

שואות ופחדים

כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

הימין החדש והמדיניות החברתית – סקירה על עשר שנות תאצ'ריזם • הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית • רשתות חברתיות לא-פורמליות ומקומן בזירת שירותי הרווחה • תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים • מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל • השפעתם של גורמים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים על הצרכים המשתנים של הזקנים מאד • קידום איכות הטיפול במטופלים ביחידות פסיכוגריאטריות.

בטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

**יוצא לאור על-ידי
המוסד לביטוח לאומי**

**ירושלים * כסלו תשי"נ * דצמבר 1989
חוברת 34**

בחוברת זו

פרופ' דייוויד פיאשאו, שמאמרו על הימין החדש ויחסו למדינת הרווחה בהקשר של אנגליה פותח את החוברת, מותח ביקורת על כוונת הימין החדש להעביר את הדאגה ליחיד הנזקק לידי כוחות השוק. "הרעיון", כותב המחבר, "שהימין החדש דוגל בו, שהחברה או העולם יכולים להתקדם רק על יסוד תועלתו האישית של היחיד, הוא לא רק בלתי רלוונטי למדיניות החברתית, אלא הוא גם מסוכן".

פרופ' אבדהם דורון סבור, שהדחיפה המודגשת כיום בארץ לעבר הפרטה של שירותים ציבוריים מקורה בחוגים אינטרסנטיים, המשתדלים להציג את כוונתם כדאגה לחירות הציבור או כפתרון מוצלח להגדלת יעילותם של השירותים. מימושה של כוונה זו, סבור המחבר, יביא ליצירת חלוקה מעמדית הייררכית בהספקת השירותים החברתיים.

על הכרסום כמעמדה של מדינת הרווחה עומד גם ד"ר יוסף קטן. כלום יהיה ביכולתן של הרשתות החברתיות הלא-פורמליות — בני משפחה וקרובים, שכנים, חברים לעבודה וכאלה שעברו חוויה משותפת, כגון בצבא או בשירות בחוץ-לארץ — למלא את החלל הריק שייווצר אם אכן תחול נסיגה של ממש במעורבותם של הארגונים הממשלתיים? דרושה כאן זהירות, סבור המחבר, ומן הראוי לחתור לפיתוח תוכניות שיתבססו על שיתוף פעולה בין המסגרות השונות הקיימות בחברה.

ברכה בן-צבי מנתחת את תרומתו של חוק ביטוח סיעוד לרווחתם של זקנים סיעודיים ומעלה כמה שאלות הדורשות עיון: מה תהיה השפעתו של השוק המתפתח להספקת שירותי סיעוד על מדיניותן של המערכות החברתיות הממלכתיות; עלותם של השירותים בעין; מקומם של מקרים חריגים וכיצד ניתן יהיה לטפל בהם לאור העובדה שהחוק דוגל בשוויון טוטלי; שאלת כמות השירותים לעומת איכותם ועוד.

ד"ר גירלד שטיינברג עוסק בקושי להכניס שינויים במבנה מערכת הבריאות בישראל ומצביע על השילוב ה"מחניק במיוחד" של מפלגתיות, אידיאולוגיה וממלכתיות. המחבר מביא שתי גישות אפשריות לרפורמה במערכת הבריאות בישראל — רפורמה בקנה מידה ארצי ורפורמה מצומצמת יותר. שתיהן יתקלו קרוב לוודאי בהתנגדות עזה.

כיצד משפיעים גורמים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים על הצרכים המשתנים של הזקנים מאוד? בכך עוסקת ברנדה מודגנשטיין, הדנה באיפיוניה של אוכלוסייה זו, בעול המוטל על המשפחה, בתפקודה המשתנה של האשה והשפעתו על רפואת הטיפול, באופציות במדיניות הביטחון הסוציאלי ובהשלכות שיהיו לחוק ביטוח סיעוד על מערכת הטיפול הממושך בישראל ועל הקשישים התלויים.

על מכשיר ניסיוני להערכת איכות הטיפול הניתן למטופלים ביחידות פסיכיאטריות מדווחות פרופ' רבקה כרגמן ועל גרשטנסקי, שמאמרו חותם את החוברת.

★

"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בחורף ובקיץ. מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברוח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית של המאמר באנגלית, וכן את שם המחבר ואת שם המאמר באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

מען המערכת: "בטחון סוציאלי", האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.

הדעות וההערכות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

המערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

חזקיה ישראל

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משה ליסק

מרדכי צפורי

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירח שמאי

יוסי תמיר

חעורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

דפוס אחוה, ירושלים

תוכן העניינים

5	פרופ' דיוויד פיאשאו	הימין החדש והמדיניות החברתית – סקירה על עשר שנות תאצ'ריזם
18	פרופ' אברהם דורון	הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית
35	ד"ר יוסף קטן	רשתות חברתיות לא-פורמליות ומקומן בזירת שירותי הרווחה
49	ברכה בן צבי	תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים
61	ד"ר גרלד מי שטיינברג	מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל
79	ברנדה מורגנשטיין	השפעתם של גורמים דמוגרפיים וסוציו- כלכליים על הצרכים המשתנים של הזקנים מאוד
99	רבקה ברגמן ויעל גרשטנסקי	קידום איכות הטיפול במטופלים ביחידות פסיכוגריאטריות
107		פרסומים חדשים
v-xii		Summaries of the Main Articles

הימין החדש והמדיניות החברתית*

סקירה על עשר שנות תאצ'ריזם

מאת פרופ' דייוויד פיאשאוי**

לה, לפחות לא בכריטניה. רוב סדר היום של המדיניות החברתית בכריטניה נקבע בשנים האחרונות בידי הימין החדש.

בהרצאה זו אֶבְחַן את השפעת הימין החדש בהקשר הבריטי. לאחר מכן אנסה להפיק מספר לקחים רחבים יותר מבחינת ההשפעות והבעיות שאתגר זה מעמיד בפני המדיניות החברתית.

ב. מהו הימין החדש?

הימין החדש איננו בדיוק אסכולה אחת של מחשבה, אך ניתן לתאר כמה מאפיינים כלליים שלו. הוא דוגל בשווקים חופשיים ובכלכלה של Laissez-faire. הוא מנסה לצמצם את השפעתה של המדינה ושל הדאגה הממלכתית להספקת שירותים. לפי השקפתו הממשלה מושפעת מאוד מן האינטרסים של היצרנים על חשבון האינטרסים של הצרכנים ושל המשתמשים בשירותים. הדאגה מצד הממשלה היא ביורוקרטית, קשיחה ובלתי יעילה, הממ"שלה נוטה להגן על האיגוד המקצועי ועל הנהגים המקצועיים המגבילים שלהם ולשמור על מונופולים ממלכתיים. הימין החדש רואה

א. מבוא

כאשר נפטר ריצ'רד טיטמוס בשנת 1973 נשא ריצ'רד קרוסמן נאום בטקס לזיכרו. שני אישים אלה היו אולי ההוגים והכותבים בעלי ההשפעה הרבה ביותר על המדיניות החברתית בכריטניה בשנות ה-50 וה-60. הם היו מאוחדים בידי דותם לישראל. היתה לי הזכות לעבוד עמם בשנות חייהם האחרונות. במהלך הטקס אמר קרוסמן על טיטמוס:

"הוא היה האדם היחיד שהכרתי היטב אשר ראה בבהירות, באופן מאיר, בעקיבות ומתוך אושר נפלא את החזון שנטשנו רובנו לעתים קרובות למדי במהלך חיינו" (לא נדפס).

בדברים שנשא ריצ'רד טיטמוס לפני 22 שנה באוניברסיטה זו הוא אמר:

"התחלנו להבין שצמיחה חברתית – הצורך באינטגרציה, הצורך ביתר שוויון בהזדמנויות, הצורך בחופש ממחסור – ראויה לאותה תשומת לב, מבחינה אינטלקטואלית כמו גם מבחינת פעולה פוליטית, כמו צמיחה כלכלית" (Titmus, 1968).

אף-על-פי שצמיחה חברתית ראויה לאותה תשומת לב כמו צמיחה כלכלית היא לא זכתה

* הרצאה לזכר ריצ'רד טיטמוס, שנישאה באוניברסיטה העברית בירושלים ב-16 במאי 1989. תרגם מאנגלית עמוס פלד.

** פרופסור למינהל שירותי רווחה בבית-הספר הלונדוני לכלכלה ולמדעי המדינה.

להטיל לפתחם של ההוגים המדיניים של הת-
קופה, שלהם היא התאימה יותר מאשר לאנשי
הכלכלה המדינית.

את עקבותיהם של הרעיונות הללו ניתן
לגלות עוד בעבר הרחוק, אולם האיק, פרידמן
ונחיק הם המחברים בעלי ההשפעה הרבה
ביותר. בבריטניה טופחו רעיונות הימין החדש
זה זמן רב במכון לעניינים כלכליים (Institute
of Economic Affairs); לאחרונה הם קיבלו
חיזוק נוסף מפעולות המרכז למחקרי מדיניות
(Center for Policy Studies), שהוקם ביו-
זמתם המשותפת של גב' תאצ'ר ומכון אדם
סמית (Adam Smith Institute).

כך, בקצרה, כאשר להשקפת העולם המי-
דינית. ומה כאשר להשקפת העולם של הפו-
ליטיקאי בעל כוח השלטון בבריטניה?

ג. ההגות המדינית של גב' תאצ'ר

גב' תאצ'ר היא פוליטיקאית בעלת דעות מוצ-
קות: פוליטיקאית של הכרה פנימית, כלשוונה.
הימין החדש הוא הגות מדינית. האם אנו
יכולים לקשר בין אמונותיה לימין החדש?
נראה, שאמונותיה הפוליטיות של גב' תאצ'ר
תואמות מאוד את אלה של הגות הימין החדש.
יועציה האישיים באו מן הימין החדש. את
אלה שביקשו להתנגד לבלימת ההוצאה הצי-
בורית היא כינתה בצורה פוגעת "טועים"
או "פורנים" והיא הדיחה את כל ה"טועים"
(ה-wets) הבולטים. גלוי לעין שהיא רואה
במגזר הפרטי את מייצר העושר ובמגזר הצי-
בורי את צרכן העושר.

נביא דוגמה אחת לעמדתה. בשנת 1983
הופץ לבקשתה בין חברי הקבינט דו"ח שהכין
הצוות המרכזי לבדיקת מדיניות (Central Pol-
icy Review Staff) (Young, 1989). מחברי
הדו"ח הציעו להפסיק את הקצבות המדינה
לכל מוסדות ההשכלה הגבוהה; להפסיק את
עדכון שיעורי הקיצבאות בהתאם לאינפלציה;
להחליף את כל שירות הכריאות במערכת ביי-
טוח בריאות פרטי; לגבות כסף עבור ביקורי

את תפקיד המדיניות החברתית, לפי המושגים
של טיטמוס, כמספקת סעד שיורי (residual
welfare), המגן על העניים ביותר בדרך של
נתינה סלקטיבית או ממוקדת (targeted), כדי
להקל על העניים או לספק מינימום של טיפול
רפואי או חינוך והשכלה. היחידים נראים כמ-
גיבים על אפשרויות הניצבות בפניהם לאור
תועלתם העצמית גרידא. אם, כפי שביטא
זאת מילטון פרידמן, משלמים לאנשים כדי
שיהיו מובטלים, אזי הם יהיו מובטלים. אחת
המטרות הספציפיות של הימין החדש היא
לצמצם את התלות במדינה. רווחה חייבת
להינתן בראש וראשונה באמצעות המשפחה,
או, כאשר היא נכשלת בכך ואינה עושה כן,
באמצעות פעולות צדקה והתנדבות.

דבר אחד בטוח לגבי הימין החדש: הוא
אינו חדש. זהו ליברליזם נוסח המאה ה-19
שקם לתחייה. ייתכן שזהו רעיון ישן, אבל כוחו
עצום. קיינס (Keynes, 1926) כתב בזמנו:

"הכלכלנים נהגו ללמד, שעושר, מסחר ומ-
כונות היו הצאצאים של התחרות החופשית...
אולם הדרוויניסטים יכלו להרחיק לכת מהם
ולומר, שתחרות חופשית היא שבנתה את
האדם. העין האנושית שוב לא היתה הוכחה
לכוח היצירה [של אלהים], שבאורח פלא
מעצב את כל הדברים בצורה הטובה ביותר;
היא היתה ההישג העליון של המקרה, הפועל
בתנאים של תחרות חופשית ויזומה חופשית.
עקרון ההישרדות של המתאימים ביותר יכול
היה להיתפס כהכללה רבתי של תורת הכלכלה
נוסח ריקרדו. התערבויות סוציאליסטיות הפכו
להיות, לאור סינתזה נהדרת זו, לא רק בלתי
כדאיות, אלא לא רצויות, ומתוכננות לבלום
את התנועה הנמשכת של התהליך האדיר שבו
עלינו אנו עצמנו כמו אפרודיטה מקרקע הבי-
ראשית של האוקיאנוס."

אולם, כפי שנאמר בהמשך מסתו של קיינס
על סוף היוזמה החופשית:

"זהו מה שהכלכלנים היו אמורים לומר.
לאמיתו של דבר אין למצוא כלל תורה כזו
בכתביהם של בני הסמכא הגדולים ביותר...
את האחריות לפופולריות של תורה זו יש

רופאים ותשלומים גבוהים יותר עבור תרופות. גב' תאצ'ר היא יוצאת דופן למדי בקרב הפוליטיקאים בכל הנוגע למידה שהשקפת עולמה והרגשת היושר המוסרית שלה מדרבנות אותה בדרכה. היא מזכירה את אותה אם השולחת את בנה לאוניברסיטה באומרה: "עם הזמן אתה תדע יותר ממני, אבל אני תמיד אדע טוב ממך". בראיון שנתנה לאחרונה אמרה גב' תאצ'ר: "אני אמשיך בתפקידי עד שיהיה לי ברור שיש אנשים היכולים לשאת את הדגל קדימה עם אותם מחויבות, אמונה, חזון, עוצמה ודבקות במטרה" (Young, 1989). עד עתה היא אינה מגלה שום סימן שהיא מאמינה שמישהו מלבדה מתאים לאמות המידה התור-בעניות שלה.

גם שירות הבריאות הלאומי גדל. ההוצאה להחזקתו עלתה ב-40% בערך, לאחר שמביאים בחשבון את האינפלציה הכללית, עם גידול של 15% בערך של כוח האדם הרפואי. התשלומים שאנשים נתבעים לשלם עבור מרשמי תרופות, טיפול של אופטיקאי וטיפול שיניים עלו בקצב מהיר יותר מן האינפלציה, אולם ביקורים אצל רופאים וטיפול בבית-חולים עדיין ניתנים חינם. במידת מה הוסטו המשאבים משירותי חירום לטיפול לטווח ארוך. אי-השוויון האזורי צומצם, שיעורי התמותה ירדו והם מפוזרים פחות. ברו"ח חדש שפורסם בינואר האחרון כתבה גב' תאצ'ר עצמה בהקדמה: "שירות הבריאות הלאומי ימשיך להיות זמין לכל, בלי קשר להכנסה, והוא ימומן גם להבא בעזרת המיסוי הכללי" (Cm. 555, 1989).

ההוצאה על שירותי רווחה אישיים, הכוללים עבודה סוציאלית, גדלה אף היא בצורה מהירה יותר מאשר התוצר המקומי הגולמי, אף-על-פי שהיא מספיקה רק בקושי להדביק את השינוי הדמוגרפי. שירותים מוסדיים ירדו יחסית למספר הקשישים והטיפול הקהילתי בוודאי לא הדביק את העברת הדגש לטיפול בקהילה.

בחינוך, ההוצאה הכוללת נותרה בדרך כלל קבועה כמונחים ריאליים. ההוצאה על בתי-ספר גדלה כמונחים ריאליים יחסית למספר הילדים. לעומת זאת בחינוך הגבוה, ההוצאה לסטודנט ירדה מעט, אף-על-פי שהשיעור של קבוצת הגיל הממשיכה ללמוד נותר קבוע. חוק הרפורמה בחינוך (The Education Re-formation Act) מאשחקד הנהיג תוכנית לימודים ארצית וניהול מקומי של בתי-ספר ואיפשר גם

לבריטניה יש ראש ממשלה שצברה בידיה עוצמה פוליטית והשפעה שאין להן אח ורע. מכל הבחינות גב' תאצ'ר שותפה לתפיסותיו של הימין החדש. לפני זמן מה חגגה גב' תאצ'ר עשר שנים בתפקיד ראש ממשלה. מה אירע להספקת השירותים החברתיים ולתנאים החברתיים בבריטניה במהלך העשור האחרון? אין זה קל להפריד בין המיתוס למציאות. נתבונן במספר תחומים לפי הסדר. ההוצאה לביטחון סוציאלי עלתה במונחים ריאליים והיא גדלה גם מהר יותר מן התוצר המקומי הגולמי (Gross Domestic Product). רוב הקיצבאות, פרט לדמי אבטלה, עלו על-פי רוב בהתאם למחירים. ההוצאה הכוללת עלתה בשל העלייה הגדולה במספר המובטלים והמשפחות החד-הוריות כמו גם בשל העלייה הגדולה במספר הקשישים. מערך כת הביטחון הסוציאלי בכללותה היתה נתונה לבדיקה מתודשת מרוקדקת שהציעה לבטל את תוכנית קיצבאות הזיקנה הממלכתית הק-שורה להכנסה (state earnings-related pension scheme), דהיינו את הרובד השני של קיצבאות הזיקנה הממלכתיות (second-tier)

ד. הישגי העשור האחרון

לבריטניה יש ראש ממשלה שצברה בידיה עוצמה פוליטית והשפעה שאין להן אח ורע. מכל הבחינות גב' תאצ'ר שותפה לתפיסותיו של הימין החדש. לפני זמן מה חגגה גב' תאצ'ר עשר שנים בתפקיד ראש ממשלה. מה אירע להספקת השירותים החברתיים ולתנאים החברתיים בבריטניה במהלך העשור האחרון? אין זה קל להפריד בין המיתוס למציאות. נתבונן במספר תחומים לפי הסדר. ההוצאה לביטחון סוציאלי עלתה במונחים ריאליים והיא גדלה גם מהר יותר מן התוצר המקומי הגולמי (Gross Domestic Product). רוב הקיצבאות, פרט לדמי אבטלה, עלו על-פי רוב בהתאם למחירים. ההוצאה הכוללת עלתה בשל העלייה הגדולה במספר המובטלים והמשפחות החד-הוריות כמו גם בשל העלייה הגדולה במספר הקשישים. מערך כת הביטחון הסוציאלי בכללותה היתה נתונה לבדיקה מתודשת מרוקדקת שהציעה לבטל את תוכנית קיצבאות הזיקנה הממלכתית הק-שורה להכנסה (state earnings-related pension scheme), דהיינו את הרובד השני של קיצבאות הזיקנה הממלכתיות (second-tier)

ההורים יורשו להצביע על הוצאת בית-ספרם משליטתה של הרשות המקומית תוך שמירה על מימון הממשלה המרכזית; דיירים בשיכון ציבורי יהיו רשאים להתארגן באגודות ניהול חדשות.

שלישית, בשירותי הרווחה, ובבריטניה באר-פן כללי יותר, היתה ירידה גדולה בכוחם של האיגודים המקצועיים, ירידה שהושגה במידה רבה באמצעות חקיקה, אך בחלקה באמצעות השפעת שיעורי האבטלה הדו-ספרתית.

רביעית, בכל התחומים הושם דגש בבקרת הניהול, בקריטריוני ביצוע, באחריות וחובת דיווח. כפי שניתן לשער, דבר זה לא נתקבל בברכה, ובמיוחד לא באוניברסיטאות.

אשר לתנאים הסוציאליים, כאן היתה עלייה בעוני היחסי ובאי-השוויון: גדלו הפערים הן בהכנסות ברוטו והן בהכנסות הפנויות, אולם בהכנסות ברוטו גדלו הפערים הרבה יותר מאשר בהכנסות הפנויות. יותר אנשים תלויים בגימלאות מטעם המדינה. אי-השוויון בין עשירים לעניים גדל, כשם שגדל הפער בעושר בין הדרום לצפון. שינויים אלה, הגם שהם חשובים, לא היו נרחבים והם אינם בראש וראשונה תוצאה של הקיצוצים במתן שירותי הרווחה. אף-על-פי כן, תחושות של חוסר אונים מצויות בשפע. תומס הרדי כתב (Hardy, 1919):

...לא נותר דבר,

זולת כאן נקמנות בקרב החזקים,

ושם זעם חסר אונים בקרב החלשים.

אני מקווה, שדי בסיכום קצר זה של מה שהתרחש בבריטניה בעשור האחרון כדי להראות שאף-על-פי שהיו שינויים בהספקת שירותי הרווחה, לא היה מהפך במדיניות החברתית. בהערכה כוללת זו כוונתי אינה להיראות שבע רצון או שאנן. סבורני, מסיבות שתובהרנה להלן, שהספקת שירותי הרווחה מפגרת הרבה אחרי הדרוש והתוצאות הן במקרים רבים מזיקות, קטלניות — ומפני שהיתה בנמצא חלוסה — טרגיות. ניתן כמובן לבקר את השקפתי הכוללת

לכתי-הספר להתארגן באופן עצמאי לקבלת מימון ישיר מן הממשלה המרכזית. ההוצאה הציבורית על הכשרה עלתה בצורה מהירה מאוד לאחר שמימון ציבורי תפס את מקומו של המימון הפרטי בהכשרה שלאחר גיל בית-הספר ואחרי שהממשלה עשתה מאמצים להרחיק את הצעירים מן הרחובות.

השינויים המרשימים ביותר התרחשו בתחום השיכון, שבו נעשה מאמץ גדול להעביר לידיים פרטיות את הדירות בשיכונים הציבוריים של המועצות המקומיות. היתה ירידה דרסטית בהתחלות הבנייה הציבורית ובערך מיליון דירות מועצה נמכרו לדייריהן. מצד שני, 7 מיליון דירות של המועצות נשארו בבעלותן והן עדיין מושכרות לדיירים. היתה ירידה גדולה בסובסידיה לבנייה ציבורית חדשה, אולם זו הועברה במידת מה לעלייה במימון ציבורי המתרכז בדיירים העניים יותר. תחום השיכון אכן בולט בכך שההוצאה הציבורית עליו ירדה במונחים ריאליים במהלך העשור האחרון. מספר חסרי הבית גדל, כפי שניתן להיווכח ברבים מרחובות לונדון. מאידך גיסא, מבחינת הנוחיות והצפיפות, חל שיפור בכל המגורים בהשכרה.

אולם, השינויים בהוצאה הציבורית אינם משקפים את התמונה הכוללת לגבי המתרחש. במספר תחומים היתה בנייה-מחדש רבה.

ראשית, חל מפנה, מהספקה ציבורית ישירה לכיוון של מימון ציבורי של שירותים המוענקים באורח פרטי או באמצעות קבלנים. לדוגמה, היה רק גידול מועט במספר בתי האבות הציבוריים, אולם היתה עלייה גדולה במימון ציבורי של מקומות במעונות פרטיים הממומגים באמצעות מערכת הביטוח הסוציאלי.

שנית, ממשלת תאצ'ר יצאה בהתקפה גדולה על הספקת מגורים ושירותי רווחה אחרים מטעם השלטון המקומי. ממשלת תאצ'ר האשימה את הרשויות המקומיות (רבות מהן בשליטת מפלגת העבודה) בפזרנות ובחוסר יעילות בהוצאות שלהן. במקרים אחדים דבר זה הוביל לריכוז ישיר בתחום הארגוני ובמקרים אחרים הותרה פנייה לסוגי התארגנות חדשים:

רצו שלא יופץ ברבים. לפיכך הם המציאו אסטרטגיה דו-צדדית.

התלק הראשון היה להפסיק לאלתר את הדיון בקבינט. 'הטועים' רצו לרמוז, שהתוכנית המדהימה של צוות המוחות אינה ראויה לעיון נוסף. ב-9 בספטמבר, במפגן נדיר של אחדות, הם הצליחו להסירה מסדר היום, בניגוד לרצונה של ראש הממשלה. אולם בכך לא היה בהכרח די. לפיכך התחבולה השנייה שנקטו היתה להדליף את תוכן הדו"ח לשבועון *The Economist*. מעשה לא מוסמך זה של ממשל פתוח הוא שחיסל סופית את המחקר בן ששת החודשים של הצוות המרכזי לבדיקת המדיניות שנועד לחשיבה על מה שאין להעלותו על הדעת. ראש הממשלה זעמה, אך התאפקה. נקטו מאמצים שונים לשם הקטנת הנזקים, כולל העמדת הפנים שהעניין כולו היה משגה לא שלה אלא של מזכיר הקבינט, סר רוברט ארמסטרונג, שהפיץ את הדו"ח בטעות והעלה אותו על סדר היום. טענה זו נתקבלה בלגלוג אצל שומעיה, שידעו היטב, כפי שאמר אחד מהם, שאף זכוב אינו, זו על הקיר בלי ידיעתה. לעיתונים נמסרה הודעה שראש הממשלה מתנגדת לדו"ח צוות המוחות ואין לה שום נגיעה אליו.

אלא שלא כך היה הדבר. ראש הממשלה דבקה בו עד שאמרו לה רוב שריה, לאחר פר-סום הכתבה באקונומיסט, שהיא עשתה שגיאה חמורה. לורד היילשם אמר בקבינט: 'זוהי השגיאה החמורה ביותר שעשתה הממשלה מאז עלתה לשלטון'. לאחר שנספרו הקולות אמרה גבי תאצ'ר, לדברי אחד השרים, ברוגזה: 'בסדר, גנזו אותו'.

לכל אחד מהם היתה דעה משלו מדוע נעשתה השגיאה. קרוב לוודאי שגים פריור היה קרוב לאמת יותר מכולם. הוא ייחס זאת לתוצאות מלחמת פאלקלנד: 'האם מישהו חושב שהיא היתה מעזה להפיץ את הדו"ח אילולי האופוריה של פאלקלנד?' שאל באורח פרטי.

למרות שהעמיד מוסיף להיות חסר ודאות, נוכל לפחות לנסות להבין מה אומרים לנו

על הישגי העשור. ראשית, רבים בבריטניה יחלקו על התיאור הרחב שלי של מה שאירע. האם לא נעשו קיצוצים בכל תחום של הספקת שירותי רווחה – בתי-ספר ובתי-חולים נסגרו, מחלקות באוניברסיטאות צומצמו מאוד. אמנם כן, אך יש להשוות את מרבית הקיצוצים לעומת אפיקים אחרים שנפתחו. מה שברור הוא, שרבים מן השירותים המסופקים אינם הולמים את הצרכים – אבל זה אינו דבר חדש. המחסור שגדל בקצה הנמוך נגרם במידה רבה עקב שינויים כלכליים או שינויים בהתפלגות המקורית של ההכנסות. אולם, ההספקה הציבורית נשמרה והקתה את ההשפעות החמורות ביותר.

ביקורת שנייה שניתן למתוח על סיכומי היא, שאף-על-פי שעדיין לא היה צמצום של פעילות המדינה, כמעט ודאי הוא שזה מה שיקרה. התארגנות עצמאית של בתי-ספר ועידוד ביטוח הבריאות הפרטי מבשרים, לדעת אחדים, התפוררות של השירותים הציבוריים המקיפים. פיתוח מסגרת תמחיר לטיפול רפואי, המוסברת במונחים של הגברת יעילותו של השירות הוא, לדעת אחדים, מבוא להפרטה נרחבת. כאשר המשק נכנס לקשיים, כפי שמתחיל לקרות עתה, אזי הלחץ על מערכת הביטוח הסוציאלית – קרוב לשליש מכלל ההוצאה הממשלתית – יעשה את הקיצוצים הדרסטיים בלתי נמנעים. אם אמנם השקפה זו נכונה – ימים יגידו. אולם, מאחר שאני עצמי ניבאתי קיצוץ דרסטי כזה במדינת הרווחה לפני שש שנים, שלא התרחש, אני מהסס לערוך שוב תחזיות מרחיקות לכת כאלה. מה עלה בגורלה של אחת ההצעות הקיצוניות יומחש אם נתכונן במה שאירע לדו"ח של הצוות המרכזי לבדיקת המדיניות שהופץ בשנת 1983, שתיארתי קודם. אני מרשה לעצמי לצטט מתוך הביוגרפיה החדשה של גבי תאצ'ר שכתב הוגו יאנג (Young, 1989):

"כאשר קיבלו שרי הממשלה את הדו"ח, באורח בלתי צפוי, נתקפו רבים מהם בהלה. הם לא יכלו למצוא בו כל היגיון כלכלי, לא כל שכן פוליטי. 'הטועים' (the wets), בפרט,

הברידות הנוראה ועם הסופיות של הצער האישי.

היכולת לחוש דאגה רגשית לחיי הפרט היא התכונה החשובה ביותר של אדם בן תרבות. היא אינה ניתנת להשגה כאשר מגבילים אותה לאנשים שצבע עורם, גזעם, דתם, לאומיותם או מעמדם הם מסוג כזה או אחר. בדיוק כאשר קבוצה זו או אחרת מעוררת את אהדתנו המלאה אנו מסוגלים לגלות את האכזריות הנוראה ביותר, או במקרה הטוב אדישות, כלפי אחרים שאינם משתייכים לקבוצה זו.

יש לברך על כך שהימין החדש סבור עכשיו שכל בני האדם, מכל הגזעים והדתות, גברים ונשים, הם יצורי אנוש אחים המקבלים החלטות על-פי אילוצים כלכליים, חברתיים ופוליטיים שונים. חסידיו דוחים סטריאוטיפים גזעניים או אחרים וחשים עלבון למראה הניוול של דעות קדומות, בין שאלה מופנות נגד בעלי עור שחור או חום, נגד יהודים או ערבים, נגד נשים או נגד בני אדם הסובלים ממגבלות גופניות או נפשיות.

מאידך גיסא, בחשיבה של הימין החדש התפתחו תפיסות מעורפלות אך ביקורתיות על תת-מעמד (underclass), או תרבות של תלות. הדברים שכתב צ'רלס מורי על ארצות הברית (Murray, 1984) והמתמקדים בקבוצות התלויות במשך תקופות ארוכות בסיוע של המדינה זוכים לתשומת לב גוברת בב-ריטניה. האחריות אינה מוטלת, כבעבר, על היחיד; עכשיו מטילים את האחריות לתנאים המוליכים כביכול לבעיה חברתית זו על המדיניות החברתית. לאמיתו של דבר הופרכו כל טיעוניו של מורי מבחינה אקדמית, בראש ובראשונה בידי "המכון לחקר העוני באוני-ברסיטת ויסקונסין" (Wisconsin Institute for Research on Poverty). אולם דבריו וחיבורים אחרים ממשיכים להעניק אמינות אקדמית כוזבת לטיעונים או לסברות של הימין החדש. עובדה היא, שהסיבה לבעיות החברתיות היא ברוב המקרים מורכבת ביותר. אין זו גישה משכנעת ביותר לראות בתגובה של מדיניות חברתית על בעיה את הגודם

הישגי העשור האחרון על הימין החדש והמדיניות החברתית.

ה. ההצלחות והכישלונות של הימין החדש

מה הושג? ההישג הראשון היה להסיט את הדיון במסגרת "הימין" מן הרעיונות בדבר היררכיה מסודרת בחברה שבה חיים "העשיר בטירתו, העני בשער הטירה". בעבר נתפס העוני כנובע מן הפגמים המוסדיים של בני המעמדות הנמוכים או הגזעים הנחותים ורבים עדיין רואים זאת כך. לפני מאה שנה כתב מתקן חברתי אחד (Smith, 1883): "במושבות מצויים שטחים נרחבים כדי לשתול בהם... את המזונחים והקטנים". אולם תחילה יש לבטל את הדלות שבהם: "אי אפשר לצפות מאנשים הגונים שיקחו אליהם ילדים דוחים, המשתמשים בלשון גסה ומשקרים... יש לעשותם חביבים ומושכים".

הימין החדש נטה לא להתייחס אל שום חלק של החברה כאל נוכרים המרגישים, חושבים ומתנהגים באופן שונה, אלא ראה בכולם יצורי אנוש אחים. את הביטוי הטוב ביותר לאנושיות משותפת זו, שאימץ לעצמו עכשיו הימין החדש למרבה המזל, נתן חבר של השמאל הישן, מייסד שירות הבריאות הלאומי (National Health Service), אניורין ביוואן, שכתב (Bevan, 1952):

"לאחר המוות הראשון אין מוות נוסף. בשורה יפה ועדינה זו מסיים המשורר דילן תומס שיר על מותו של ילד שנהרג בהתקפה על לונדון. המשורר קובע כאן את ייחודה של אישיות הפרט. אם הדמיון מסוגל לחדור אל מעמקי הטרגדיה האישית, שום כפל של אירועים אינו יכול להוסיף על התגלות זו. מספרים יכולים להחריף את התוצאות החברתיות של אסון, אולט אנו מגיעים לקצה גבול ההבנה כאשר רוחנו מזדהה הזדהות מלאה עם

שיש לחייב את המורים לתת מספר מסוים של הרצאות (A. Smith, 1784):

"אם המורה הוא איש נכון יהיה זה בלתי נעים בשבילו לדעת, בזמן שהוא מרצה בפני תלמידיו, שהוא מדבר או קורא שטויות, או משהו שהוא טוב רק מעט משטויות. יהיה זה בוודאי גם לא נעים בשבילו לראות שחלק הארי של תלמידיו נוטשים את הרצאותיו, או שהם נוכחים בהן תוך גילוי סימנים ברורים של הזנחה, זלזול, בוז ולעג."

אולם אדם סמית הכיר בכך, שהמורה העצל היה יכול להסתמך על החיבורים של תלמידיו: "כדרך של השמעת הערה עליהם מפעם

לפעם הוא יכול להשתבח בכך שהוא נושא הרצאה. די במידה הקטנה ביותר של ידיעה וחריצות כדי לאפשר לו לעשות זאת בלי לחשוף את עצמו לכוז או ללעג וכלי שיאמר דבר שהוא באמת טפשי, אבסורדי או מגוחך." ההישג הרביעי של הימין החדש ושל התאצויותם היה זיעזוע של המינהל ויצירת תחושה נרחבת של אי-ביטחון והעדר יציבות. יש הרואים בכך תנאי חיוני לשינוי ותזכורת מבורכת שהחיים קשים הם ואין בנמצא "ארו-חות חיים". אחרים רואים בכך משהו אנטי פרודוקטיבי, משהו היוצר אי שביעות רצון, התנגדות לשינויים ונעדר אותה מחויבות שהיא כה דרושה בשירותי רווחה רבים.

תומכים רבים של הימין החדש רואים בהפ-רטה הישג עיקרי. אבל, כפי שכבר נאמר, במקרים רבים היתה תזווה מהספקה ציבורית להספקה פרטית תוך-כדי המשכת המימון הציבורי. אפשר להניח בוודאות מספקת שמה שמומן מכספי ציבור יהיה גם נתון לפיקוח ציבורי. ההפרטה נתפסה כתורמת ליעילות. הספקה פרטית נתפסת בעיני הימין החדש, לעתים קרובות ללא כל עדות מסייעת, כעדיפה מטבעה על הספקה ציבורית. עבודות ניקיון בבתי-חולים הועברו לידי קבלנים משום שהן זולות יותר גם אם החיסכון הושג כולו על חשבון שכרם הנמוך בלאו הכי של עובדי הניקיון. אין כל ספק, שטוב הדבר שלהורים יש כוח של צרכנים בבתי-הספר גם כאשר

לבעיה על יסוד העובדה שהבעיה והתגובה שלובות זו בזו. אולם בחברות שבהן קבוצות אחדות מופצאות מן הכלל, או שהן עניות או מופלות — בכל מקום שבו יש אזרחים מסוג ב' — ניצב בפני מדעי החברה האתגר לחקור ולנתח את אי השוויון בהזדמנויות, בשירותים ובסיכויי החיים.

ההישג השני של הימין החדש היה קריאת התגר על הקונסנזוס של מדינת הרווחה ששלט בחשיבה במשך 30 שנה. אנשי הימין החדש יכולים לטעון בצדק שהם קבעו את סדר היום של דיוני המדיניות שנערכו לאחרונה.

הימין החדש חשף את ריקנותה של ההנחה, שהספקת שירותים ציבורית היא בהכרח דבר טוב ושהספקת שירותים באמצעות השוק היא, אם לא רעה, נחותה באופן ברור. רבים בשמאל — ובמידת מה היה טיטמוס שותף לדעה זו — ראו את הקידמה החברתית במונחים של נסיגת השווקים שהיו לא מתוכננים, ששלטו בהם רדיפת הבצע וחוקי הג'ונגל. הצוויליזציה נתפסה כשם נרדף להרחבת הספקה קולקטיבית מתוכננת המבוססת על צרכים. היום רק מעטים, בין שהם במחנה השמאל בבריטניה ובין שהם שולטים בברית המועצות ובסין, מחזיקים בעמדה זו כלפי השווקים או מאמינים בעל-יוגותה המובנת מאליה של הספקה ממשלתית מתוכננת.

שלישית, הימין החדש קרא תגר על האיגו-דים המקצועיים, על האגודות המקצועיות ועל קבוצות הלחץ. אנשי הימין החדש הדגישו, שספקי השירותים, האיגודים המקצועיים ואנשי המקצועות החופשיים כאחד פועלים למען האינטרסים שלהם, שאינם בהכרח אלה של הצרכנים או של משלמי המסים. אדם סמית — שהוא עבור הימין החדש מה שמרכס הוא עבור השמאל החדש: נערץ אך לעתים קרובות מביך — הציע תרופה לכך בתחום החינוך הגבוה. הוא הציע, שסטודנטים יהיו חופשיים לבחור את ההרצאות שרצונם לשמוע ושמשכורתם של המורים תהיה תלויה בתש-לומים שיהיה ביכולים לגייס; אבל הוא האמין

גודים המקצועיים, בשיתוף פעולה עם עובדי המדינה, מתנגדים לצמצום כוחם. כל המקצועות החופשיים העיקריים בכריטניה – מורים, עורכי דין, רופאים, עובדים סוציאליים – נתונים לאיום מצד הממשלה, אבל במידת מה מעמדם בציבור מאפשר להם לעמוד כנגדו. כמה מאנשי המקצועות האלה נהנים ממעמד שהוא חזק יותר מזה של הפוליטיקאים. לפיכך הם היו מסוגלים לארגן התנגדות יעילה.

מקור התנגדות שני בא מצדם של אלה החלויים בהוצאה הציבורית. לדוגמה, 8 מיליון הגימלאים שאת קולותיהם מבקשים לרכוש בלהיטות רבה כל כך, רגישים מאוד לשינויים בגימלאות הניתנות להם. אם העשה הממשלה קיצוצים היא תוכל להפחית את המסים, אבל דבר זה יהיה כרוך גם באובדן שירותים. האיזון הפוליטי הוא כזה שכל שינוי חייב להיות הדרגתי ולא פתאומי.

סיבה שלישית להעדר שינוי אינה קשורה במישרין ליצרנים או לצרכני שירותים, אלא לעמדות היסוד של הבוחרים. סקרי דעת קהל מראים, שהאופציה של הפחתת מסים וקיצוץ בשירותים זוכה עתה לתמיכת חלק זעיר של האוכלוסייה – 3% על-פי סקר שנערך לאחרונה (Jowell, 1987). קצת פחות ממחצית רצו שהמצב יישאר כמות שהוא, אולם מחצית האוכלוסייה ביקשה לראות הוצאה גדולה יותר על שירותים גם אם פירוש הדבר הגדלת המיסוי. אולי מפתיע הדבר שלא ניכר הבדל גדול בין העמדות האלה אצל המצביעים עבור מפלגות פוליטיות שונות. השקפה כזו מחזקת מאוד את הצורך בהספקה קולקטיבית נרחבת כדי להבטיח שתהיה לכולם נגישות לטיפול רפואי, לחינוך ולמידה כלשהי של ביטחון סוציאלי. נראה הדבר, שהימין החדש וממשלת תאצ'ר כלל לא הצליחו לשנות את העמדות הרווחות בציבור.

בתור דוגמה משנית נתבונן במחלוקת שנת-עוררה בכריטניה בענייני חקיקה הנוגעים למ-זון. בעת האחרונה פרץ ויכוח חריף בעקבות דבריה של שרה זוטרה ובעלת דעות ברורות על רוב הנושאים, לפיהם רוב הביצים שברייט-

המורים המקצועיים מעוניינים לא פחות מהם בטובת הילד ויודעים כמוהם מה טוב בשבילו. מבקשים שנאמין, שבית-חולים הממומן בעזרת ביטוח פרטי יוצר עושר, בעוד שבית-חולים הממומן במסגרת שירות הבריאות הלאומי מבזבז עושר.

בעוד שהישגיו של הימין החדש עשויים להיות שנויים במחלוקת, אין עוררין על כיש-לונותיו. לדעתי, הוא נכשל כישלון מוחלט בכל היעדים המרכזיים שלו הנוגעים למדיניות החברתית.

הוא לא הצליח להקטין את ההוצאה הציבורית; הוא לא הצליח לצמצם את מספר החלויים בשירותי הביטחון הסוציאלי; הוא לא הצליח לזוז לעבר "רווחה שירית" (residual welfare): חינוך וטיפול רפואי חנם לכל עדיין ניתנים וגם קיצבת ילדים אוניברסלית, המשולמת לכל הילדים בלא כל קשר להכנסת המשפחה, ניתנת כבעבר.

ו. לקחי התאצ'ריזם עבור הימין החדש

אילו לקחים ניתן להפיק אפוא מניסיון התאצ'ריזם? בהתכוונו לאמריקה כתב העיתונאי פ"ג' אורורק (O'Rourke, 1989):

"הדמוקרטים הם, פחות או יותר, מפלגה התומכת באקטיביזם ממשלתי, מפלגה הטוענת שבכוחה של הממשלה לעשות את בני האדם עשירים יותר, פיקחים יותר, גבוהים יותר ולסלק את עשבי הבר מן המדשאות שלהם. הרפובליקנים הם מפלגה המכריזה שהממשלה אינה מסוגלת לעשות ואחר כך מנצחת בבחירות ומוכיחה שזה נכון".

אם הממשלה אינה עושה, כפי שהימין החדש טוען, מדוע יש כל כך הרבה ממנה תחת שלטונה של ממשלה שמרנית שהתחייבה לצמצם את פעולותיה?

תשובה אפשרית אחת מדגישה את כוחות ההתנגדות. אנשי המקצועות החופשיים והאי-

לשוב להספקת שירותים התלויה בהכנסה או בעושר.

אני טוען, שהימין החדש לא הצליח להתמודד עם גבולות האינדיווידואליזם.

הקולקטיביזם חי וקיים. אחדים, כמו גב' תאצ'ר עצמה, נאלצים לנהוג על סיו מתוך אי רצון; אחרים עושים כן בהתלהבות. יש רק מעט סימנים לכך שתחומים שהפכו להיות אחריות קולקטיבית חוזרים לתחום הפרטי בלבד. ייתכן שההספקה הציבורית הישירה נמצאת בירידה, אבל האחריות הציבורית והמימון הציבורי אינם מראים כמעט שום סימן לכך. אפשר, שלאחר שמשוהו היה לאחריות קולקטיבית, או לאחר שאיזו בעיה נתפסה כמושפעת מפעולה קולקטיבית, הם יהיו לתמיד דאגה קולקטיבית. הערכים החברתיים שיצרה מדינת הרווחה לא הוחלפו כאלה של הימין החדש.

לקח שני עוסק במורכבות הברירות. טיטמוס מתח ביקורת חריפה על המודלים הפשטניים של האיש הכלכלי או איש המחשב. גישתו של פרידמן, הדוגל במס הכנסה שלילי, היא דוגמה טובה לגישה פשטנית. פרידמן טוען, שזוהי התרופה הנכונה לעוני, אולם הוא התעלם מן השאלות המתעוררות בהכרח — מהי יחידת ההכנסה ההולמת, מהו פרק הזמן הנחוץ להערכה, עד כמה יש להביא בחשבון את התנהגות העבר ככל הנוגע לחיטכון או לתשלום בעבר. לאור אי הצלחתו של פרידמן להתמודד עם שאלות מכריעות אלה היה הלגלוג של טיטמוס בהחלט במקומו.

פישוט-יתר שני הוא לחשוב שקיים גבול ברור ובלתי משתנה בין התחום הציבורי ובין התחום הפרטי. דוגמה לגבול נייד עולה מן הדאגה הגוברת בבריטניה להתעללות בילדים: הצעדים שנועדו להגביר את ההגנה על ילדים מפני התעללות בתוך משפחותיהם קשורים בהכרח בצורך להתערב בעולם המשפחה, שהיה פרטי עד עתה.

דוגמה נוספת לגבול הזו שבין הציבורי לפרטי היא התזוזה מהספקה ציבורית ישירה למימון ציבורי, שהתרחשה במעונות לקשישים. אחד הלקחים שהניסיון של בריטניה מציע

ניה מייצרת נגועות בסלמונג'ה. צריכת הביצים ירדה פלאים. יצרני הביצים רתחו מזעם. השרה "נדונה ברותחין" ו"נטרפה"; היא היתה חייבת להתפטר.

ויכוחים סוערים נסכו על השאלה האם רוב הביצים אכן נגועות. אבל כולם קיבלו ללא עוררין את הקביעה שלממשלה יש אחריות משותפת כוללת להגנה על הצרכנים.

מדוע העמדות החברתיות מגלות מחויבות רבה כל כך למדינת הרווחה? לכך אפשריות תשובות רבות.

נאמנות למערכת פוליטית כלשהי תלויה בהצדקתה את הלגיטימציה שלה; דבר זה מצדו תלוי בכללי היסוד המקובלים כהוגנים; לפיכך קרוב לוודאי שכללים אלה יהיו כרוכים באחריות משותפת לשמירה על שלומם של האזרחים.

כדי שהיחידים יפעלו כסוכנים בעלי שיקול דעת ומתוך מטרה — תנאי מוקדם לדמוקרטיה ליברלית והנחת יסוד של הימין החדש — עליהם להיות יודעי קרוא וכתוב, בריאים, יודעי דבר וחופשיים מהפליה על בסיס גזע, דת או מין — כל אחד מאלה תלוי באורח בלתי נמנע במדיניות חברתיות.

סיבה נוספת לקיום ההספקה הקולקטיבית היא ההכרה בגבולות ריבונותם של הצרכנים — אפילו אלה שהם אינטליגנטיים ואמידים. קיימים הקשרים רבים, במיוחד כאשר מדובר בטיפול רפואי, שבהם הצרכנים הם בהכרח חלשים לעומת ספקי השירות המקצועיים. באורח דומה, רבים מכירים בכך שסיכונים רבים שיש להם השלכות חברתיות, כגון אבטלה והתמוטטות הנישואין, אינם בני-ביטוח בשום שוק ביטוח פרטי סביר. לעולם לא ניתן יהיה להבטיח שירותים פרטיים לסיכונים מסוג זה. רבים מכירים בכך שהספקת שירותים מסת-רית תתרכז בהכרח בעשירים יותר שבין צרכני השירות או תובעי השירות, דבר שיגדיל את הפילוג החברתי ויקטין את הלכידות בחברה. בין שתקראו לזה קולקטיביזם, סולידריות או סתם הגינות, משנעשו שירותי הרווחה זמינים על בסיס של צרכים, רק מעטים יהיו מוכנים

הגדול תלויים בהבטחת הכנסה, או בהשלמת הכנסה כפי שקוראים לכך עתה, מפסידים הטבות מעל לסף נמוך של ליש"ט לליש"ט כאשר הם משתכרים ודבר זה נכון גם לגבי משפחות חד-הוריות. מצבם של למעלה ממי-ליון גימלאים שחסכו לעת זיקנה, אם באופן פרטי ואם באמצעות תוכניות פנסיה במסגרת העבודה, אינו טוב יותר כתוצאה מחסכנותם משום שהגימלה המשלימה שלהם כפופה למבחן אמצעים.

צחוק הגורל הוא שבוורידג', שעל מודל הביטוח הסוציאלי שלו נמתחת עתה ביקורת משום שהוא אינו די ממוקד ויקר, המליץ על קיצבאות לכל, בחלקו על יסוד הטענה המכובדת כל כך שהדבר יעודד חיסכון אישי וצבירה לעת זיקנה. אם יהיו בעתיד יותר מבחני אמצעים, והמדינה תמלא תפקיד שולי יותר, כך שאלה שחסכו יותר לעצמם יקבלו פחות מן המדינה, אזי יביא הדבר רק להחלשת התמריצים האישיים לחסוך. האסטרטגיה של הימין החדש, הדוגלת בהספקה ציבורית סלקטיבית יותר, תיראה מנוגדת לחלוטין לכוונה שלהם להגביר את התמריצים האישיים להספקה פרטית.

במידה שירחיקו לכת בכוונת המיקוד ובמבחני אמצעים, יגדל מאוד מספר האנשים שייפגעו ממלכודת עוני רחבה יותר. בהווה, מלכודות העוני החמורות ביותר פוגעות רק באלה המצויים ממש בתחתית התחלקות ההכנסות: אם יורחב המיקוד, למשל בדרך של הכפפת קיצבת הילדים למבחן אמצעים, ייכללו בכך מספרים הרבה יותר גדולים והם יעמדו בפני שיעורי מס שולי אפקטיביים הנעים מ-70% עד קרוב ל-100%. האסטרטגיה של הגברת המיקוד או הסלקטיביות בהכרת תקטין את התמריצים שיעמדו בפני בעלי הכנסות הנמוכות. היא תביא גם לעיוותים משונים בנושא בחירת המגורים שתעמוד בפני דיירים בעלי הכנסות נמוכות.

הסיבה הברורה לסלקטיביות המוגברת היא, שזוהי אסטרטגיה שהיא מעל לכל אסטרטגיה של צמצום עלויות עד למינימום. אבל אפילו

הוא, שהפרטה אין פירושה דפוליטיזציה. טי-פול שהועבר לידיים פרטיות דורש מסגרת של פיקוח. יש אירוניה בכך, שמסגרת פיקוח עלולה להיות הדוקה יותר ויעילה יותר משהיה הפיקוח הציבורי כאשר האחריות היתה לחלוטין בידי גוף ציבורי. ההנחה, שכאשר מדובר במסגרת ציבורית וללא כוונת רווח היא מתנהלת לטובת הציבור, שחררה למעשה מוסדות רבים מביקורת. בהעבירה אותם למגזר הפרטי, בתוך מסגרת של פיקוח, היה על הממשלה להגדיר יעדים ולמדוד ביצוע — מה שהוא באופן ברור פרטי עשוי להתגלות עוד יותר ציבורי ממה שהיה באופן ברור ציבורי.

הלקח השלישי הוא, שהניתוח שהציע הימין החדש לבעיה סתר את המרשם שלו עצמו. הוא נעדר עקיבות פנימית.

הדגשת הרווחה השיוויונית והמטרה של מי-קוד יעדים, עריכת מבחן אמצעים או, בלשון אחרת, הפיכת ההספקה הציבורית לסלקטיבית, מעוררת בעיה מיוחדת של תמריצים. קיים פער רציני בין פעולתו המוצעת של הימין החדש ובין ניתוחו את הבעיה. ניתוחו של הימין החדש מתרכז ביחידים ובתמריצים המונחים לפניהם. אנשי הימין החדש רוצים שאנשים יעבדו קשה יותר, יחפשו עבודה ויחסכו כסף לעת זיקנה. אולם התוצאה של מיקוד יתר ביעדי השירותים והחמרת מבחן האמצעים היא הפוכה בדיוק. מלכודת העוני בבריטניה היא תוצר של ההשפעה המצטברת של החפיפה בין מיסוי ההכנסות, תשלומים לביטוח הלאומי הקשורים להכנסה, זיכויי מס משפחתיים הכפופים למבחן אמצעים, סיוע בשכר דירה הכפוף למבחן אמצעים, והקלות מס כפופות למבחן אמצעים. ההכנסה הפנויה של משפחה עם שני ילדים המשתכרת 140 ליש"ט לשבוע, או בערך שני שלישים מן השכר הממוצע, היתה גבוהה בשנת 1988 ב-10 ליש"ט בלבד מזו של משפחה דומה שהשתכרה 60 ליש"ט לשבוע — לאמיתו של דבר, כאשר ההכנסה גדלה ב-80 ליש"ט ההכנסה הפנויה גדלה בקצת פחות מ-10 ליש"ט (Tax Benefit Model Tables, 1988). מובטלים, שרובם

אי אפשר, ולעולם לא יהיה אפשר, להעניק לו הגנה מפני נזקי הסביבה, מפני פשיעה, מפני אלימות של קבוצה או אומה, או לספק תחושה של שיתוף, שייכות או מטרה חברתית. הימין החדש רואה את הרווחה רק במונחים של שליטה על משאבים. אבל הרווחה של היחיד תלויה בהרבה יותר מזה. היא תלויה גם בתרומה שהיחיד יכול לתרום לחברה, בתחושת השותפות, בתחושה של שליטה על אירועים ובהזדמנויות הפתוחות לפניו. תעסוקה מלאה עשויה להיות אפוא חשובה יותר, בתור מדיניות חברתית, מאשר שיפורים בביטחון הסוציאלי. שחרור הנשים ומתן הזדמנויות תעסוקה עשויות להיות חיוניות יותר לטיפול בעוני במשפחות מאשר קיצבאות ילדים משופרות. המדיניות החברתית משפיעה על כל אלה ואינה עוסקת רק בהספקת אותם דברים שהשוק אינו מסוגל לספקם. הגבלת המדיניות החברתית להספקת שירותי רווחה פירושה התעלמות מן התפקיד שהיא ממלאת בעיצוב החברה. אך כאן אנו מגיעים למגבלה היסודית ביותר של הימין החדש: הוא דוגל בהשקפה שהחברה תעוצב, ושהיא צריכה להיות מעוצבת, על-ידי שווקים ולא על-פי מטרת רחבות יותר או חזון. לפיכך לדעת הימין החדש מתאים בהחלט שהמדיניות החברתית תהיה שפחתה של כלכלת השוק, שמטרתה לדאוג לנפגעי הכלכלה והחברה. לדעת הימין החדש, השוק החופשי מספק את הדינמיקה החיונית בחברה, הקובעת את הדפוס והכיוון של השינוי החברתי. הספקת שירותי רווחה מוצדקת כאמצעי שיאפשר לעניים לקבל מינימום כלשהו של כמה משאבים חיוניים. אבל את הכיוון הכללי לא יקבעו החברה והממשלה, אלא המנגנונים של השוק החופשי. השקפה כזו מתנגשת בהשקפה אשר לפיה החברה מעניקה קדימות ליצרים חברתיים אחרים, לא רק לחירויות שליליות המבוססות על חוק וסדר, כי אם גם לחירויות חיוביות המחייבות הזדמנות, אינטגרציה וצדק חברתי. חזון רחב כזה של מבנה החברה נמתח לעבר אופקים שהם רחבים הרבה יותר מאשר חזונו הצר של הימין החדש.

יעד זה עלול להיות קצרי-ראות. בהווה ניתן לצמצם את העלויות עד למינימום, אולם אם מגבילים את התמריצים להשתכר או לחסוך, אזי קרוב לוודאי שבסופו של דבר תסתגל לכך ההתנהגות, דבר שיוביל לעוני מוגבר ולהוצאה מוגברת על מתן סיוע לעניים.

אם מיקוד במדיניות החברתית מחליש את רצונם של בני אדם לדאוג לעצמם, שוב אי אפשר לתלות את קולר העוני הנובע מכך בצווארם של הקורבנות — הממשלה והחברה הן האשמות בכישלון המוסרי.

הלקח הרביעי הוא חוסר הרלוונטיות של הימין החדש לשאלות חברתיות רבות.

אי אפשר להשאיר את הדאגה לחוק וסדר בידי השוק החופשי. אפילו הימין החדש מכיר בכך, שבצד הדאגה לביטחון חייבת להתקיים גם אחריות ממשלתית לחוק וסדר. ואולם, ברור לגמרי שפשיעה היא תופעה חברתית. לפיכך תהיה זו איוולת גמורה להניח לגורמים החברתיים המביאים לפשיעה להיפתר באמצעות מנגנוני השוק.

כך גם לגבי הרבה שאלות חברתיות נוספות. פשוט אין בנמצא פתרון ריאליסטי של הימין החדש להתמכרות לסמים, לאפליה גזעית ול-הרבה מן הצרות החברתיות האחרות. כמרכן, האינדיווידואליזם אינו רלוונטי, ולו גם במקצת, לבעיות הסביבה, שאינן מכירות בתחנות מכס או בביקורת דרכונים; וגם הלאומנות אינה רלוונטית כלל לבעיות גלובליות כאלה.

הימין החדש, בהדגישו את האינדיווידואליזם, טועה בכך שהוא חושב שאנשים פועלים אך ורק כיחידים. כמובן אחד אנחנו כמובן נוהגים כך, אבל כמובן חשוב הרבה יותר אנו חלק מחברה. קשה להאמין, אבל לפי מה שנמסר אמרה הגב' תאצ'ר שדבר הנקרא חברה אינו קיים כלל (בראיון לעיתון *Woman's Own*, שהתקיים בשנת 1987). אי היכולת לראות שאנו חלק מחברה ושזהותנו ורווחתנו האישיות תלויות בפעילות הגומלין שלנו עם עמיתינו בני האדם מאפשרת לימין החדש להציע מדיניות חברתיות אינדיווידואליסטיות. אפשר לספק ליחיד טיפול רפואי או גימלה;

מעוניינים מאוד לעמוד על דגליהם שלהם. אבל דבר זה קשה לעשותו בלי בסיס איתן. שלישית, לדעתי אנו צריכים לחשוב יותר על מטרות. כמובן שהמטרות שלנו תלויות בערכים שלנו: סוג החברה שאנו רוצים לחיות בה תלוי בערכים ובמעמד שאנו מעניקים להם. מדיניות חברתית לעולם אינה יכולה להיות משוחררת מערכים. טאוני ניסח זאת בלשון בוטה: "אי אלה סוגים של חיים ושל חברה מתאימים לבני אדם ואחרים לא". האויב האמיתי היה "ההשפעה המשחיתה של סולם ערכים כוזב, המעוות לא רק את החינוך, אלא גם תחומים רחבים של החשיבה והחיים" (Tawney, 1964).

אנו חיים בעולם של תלות גומלין גוברת בין יחידים, הן בתוך המדינות והן ברמה הבינלאומית. למען עולם משולב, מלוכד ומ-תורבת, המדיניות החברתית חייבת להגביר את האפשרויות לכל. אינטגרציה ושיתוף זקוקים למדיניות חיוביות. בתחום זה מדיניותה של ארצות הברית כלפי המיעוט השחור שלה — על המדיניות המפורשות של הזדמנויות שוות ולדוגמה, המכסה של סטודנטים מבני המיעוטים הנהוגה ברבות מן האוניברסיטאות החשובות — מקדימה בהרבה את בריטניה, שבה אפילו איסוף העובדות בנושאים אתניים רק מתחיל עכשיו. אני סבור, שנושא כזה הוא חשוב הרבה יותר מאשר עניינים רבים אחרים של העבודה הסוציאלית המסורתית ושל המדיניות החברתית המסורתית. אי אפשר לקיים לאורך זמן חברה שבה נשללים מן המיעוט צדק חברתי, אינטגרציה ועוצמה. ובאותה מידה, עולם שליו תלוי בסופו של דבר בחלוקה צודקת של עושר ועוצמה. המדיניות החברתית תופסת מקום מרכזי בהתמודדות עם בעיות כאלה של אי-שוויון ואי צדק. סוגי המדיניות שהיא מעלה מצריכות לעתים קרובות קפיצה של הדמיון, שבה הקהילייה האקדמית חייבת להיות המובילה. היא עשויה להציע מדיניות שכרגע אי אפשר כלל להעלותן על הדעת — אבל להיכן שתוביל הקהילייה האקדמית

ז. אתגרים למדיניות החברתית

עד עתה הייתי ביקורתי למדי כלפי הימין החדש ותפיסתו את המדיניות החברתית. בסיום דבריי הרשו נא לי להיות חיובי יותר. שכן מתיחת ביקורת על רעיונות הימין החדש אין פירושה שהניתוח של המדיניות החברתית המסורתית נקי מפגמים.

ראשית, הייתי אומר שיש להרחיב את המורשג של צורכי רווחה בניתוח מדיניות חברתית. טיטמוס חילק את הנושא חלוקה משולשת: רווחה חברתית, רווחה תעסוקתית ורווחה פיסיקלית. מחקרים רבים בנושא שירותים מראים, שאפשר להרחיב את החלוקה המשולשת של טיטמוס לחלוקה מחומשת, כך שתכלול גם רווחה וולונטרית, הנוצרת באמצעות עבודה ללא שכר בקהילה, ורווחה משפחתית, שיוצרים אותה בני המשפחה. זו האחרונה מופקדת על חלק הארי של הטיפול החברתי בילדים, בנכים ובקשישים התשושים — וחלוקה מחדש של ההכנסה בתוך המשפחה אחראית למרכיב הגדול ביותר של ביטחון סוציאלי. כל עוד לא יובאו כל צורות רווחה אלה בחשבון במפורש, קיימת סכנה שהמדיניות החברתית יתבססו על ויחזקו את החלוקות הקיימות של אחריות שנית, אני סבור שיש למקד תשומת לב רבה יותר בהזדמנויות. המדיניות החברתית המסורתית עסקה יותר מדי בנפגעים, בליקוטים השברים ובעשיית דברים עבור אנשים. ליחידים יש, כפי שידע להעריך טיטמוס, אחריות כשם שיש להם צרכים. במחקרי מדיניות חברתית מוקדשת תשומת לב רבה יותר לעיסוק בבעיות חברתיות מאשר למניעת בעיות. מתת סעד אינה תחליף לעצמאות ולהזדמנות של אדם לעשות למען עצמו: הזדמנות זו עשויה להיות תלויה בהזדמנויות תעסוקה, שיקום, דיור — בקיצור, היא עשויה להיות תלויה בהספקת שירותים חברתיים. אולם, רק לעתים רחוקות זוכה הספקת השירותים החברתיים להיות מוערכת במונחים של האופן שבו היא תורמת להגדלת ההזדמנויות. רוב בני האדם

על יסוד תועלתו האישית של היחיד — הוא לא רק בלתי רלוונטי למדיניות החברתית, אלא הוא גם מסוכן.

יילכו גם פוליטיקאים שיש להם חזון. טיטמוס האמין בכך וגם אני מאמין בכך. לסיום, הרעיון שהימין החדש דוגל בו — שהחברה או העולם יכולים להתקדם רק

ביבליוגרפיה

- Bevan, A., *In Place of Fear*, Heinemann, London, 1952.
 Cm. 555, *Working for Patients*, HMSO, London, 1989.
 Hardy, T., *The Dynasts*, Macmillan, London, 1919.
 Jowell, R., Witherspoon, S. & Brook, L., *British Social Attitudes: The 1987 report*, Gower and SCPR, London, 1987.
 Keynes, J.M., *The End of Laissez-Faire*, Hogarth Press, London, 1926.
 Murray, C., *Losing Ground*, Basic Books, New York, 1984.
 O'Rourke, P., *Holidays in Hell*, Picador, London, 1989.
 Smith, A., *The Wealth of Nations*, London, 1784.
 Smith, S., "Social Reform", *Nineteenth Century*, Vol XIII (May 1883).
Tax/Benefit Model Tables, Department of Social Security, London, 1988.
 Tawney, R.H., *Equality*, Allen and Unwin, London, 1984.
 Titmus, R.M., *Commitment to Welfare*, Allen and Unwin, London, 1968.
 Young, H., *One of Us*, Macmillan, London, 1989.

הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית

מאת פרופ' אברהם דורון*

הקשיים שמערכת שירותי הרווחה בישראל נתונה בהם (בן אליא וג'אנר-קלוזנר, 1989). מטרת מאמר זה לבחון ולהעריך באופן ביקורתי את הגישות השונות התומכות בהפרטה של שירותי הרווחה.

הוויכוח המתנהל בארץ על ההפרטה נוגע אף הוא לשני המישורים שהזכרנו – המינהלי והפוליטי. אולם, מה שמאפיין את הוויכוח הזה הוא המידה הגבוהה של אי בהירות השולטת בו, שלפעמים יש בה לא מעט מן ההטעיה. הדבר נובע בחלקו מאי הצגה של הסוגיות הממשיות העומדות להכרעה בנושא הזה ובחלקו מן האופי האידיאולוגי של הוויכוח, שיש בו רצון חזק להעניק לגיטימציה להפרטה, ללא קשר ענייני למהות הבעיות העומדות על סדר היום. נקודת המוצא של הוויכוח היא כאילו מערכת שירותי הרווחה בארץ נתונה רובה ככולה בידי הממשלה ומתנהלת כמעין מתופול ממשלתי שאין בו חלק למגזר החוץ-ממשלתי, הפרטי והוולונטרי. מנקודת ראות זו, המצב הבלתי משביע רצון ששירותי הרווחה בישראל נקלעו אליו הוא תוצאה של נסיבות אלה ולכן הגיע הזמן לפרק את המונופול הממשלתי הקיים כביכול בתחום שירותי הרווחה. הטיעון המרכזי המושמע לעתים קרובות ביותר בהקשר זה הוא זה הנערך

מבוא

פריבטיזציה או הפרטה כמובנה הפשוט פירושה העברת הפעילות בתחומים שונים של שירותי הרווחה מידי הממשלה לידיים פרטיות ולשוק הכלכלי החופשי. להפרטה במובן זה יש שתי משמעויות: הראשונה מייצגת גישה אחת של המינהל הציבורי לניהול ענייני הכלל; השנייה משקפת תיאוריה של כלכלה מדינית, שמהותה הפחתת אחריותה של המדינה להספקת שירותים לאוכלוסייה (Gummer, 1988; Carrol, 1987). או מה שקיבל בארצות הברית את הכינוי Governmental load-shedding, היינו הורדת הנטל מן הממשלה בכל הנוגע לדאגת הכלל לענייני הרווחה של הפרט (Bendick, 1985). ההפרטה במובנים האלה, המינהליים והפוליטיים, הפכה להיות בשנים האחרונות חלופה אופנתית מאוד למדיניות החברתית המקובלת בכמה מן המדינות המתועשות המפותחות ובעיקר בבריטניה ובארצות הברית (Le Grand & Robinson, 1985). האופנה הזו, כפי שהיא אפשר לצפות, הגיעה גם למדינת ישראל ואנו עדים למאמצים רבים שעושים חסידי רעיון זה בארץ כדי שיתקבל כמעין פתרון פלאים לכל

* כיתהספר לעבודה סוציאלית על-שם פאול ברוולד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

הדאגה הציבורית למילוי צרכים חברתיים חיוניים של האוכלוסייה כוללת בתוכה את ארבע הפונקציות האלה (Kolderie, 1986):

1. האחריות למימון השירות.
2. תקינה, היינו קביעת סטנדרטים ונורמות מחייבות; כולל הבטחת הזמינות והנגישות לשירות ופיקוח על הביצוע.
3. ייצור והפקה של השירותים.
4. הגשת השירות לאוכלוסייה, ה-Delivery system.

במשק הרווחה המעורב הקיים הלכה למעשה מידת הדאגה הציבורית למילוי ארבע הפונקציות האלה יכולה ללבוש צורות ודפוסים שונים. כל דפוס כזה מבטא בעת ובעונה אחת את מידת אחריותו של הכלל להספקת שירותי הרווחה לקבוצות שונות באוכלוסייה ואת ההעדפה של דרך ביצוע המחויבות הזו בקשת הברירות הקיימות במסגרת משק הרווחה המעורב. להלן נתאר אחדים מן הדפוסים העיקריים של הפעלת שירותי הרווחה בחברתנו, שיש בהם צירוף שונה של אחריות ודרך ביצוע.

דגם א'

הממשלה אחראית ומבצעת את כל ארבע הפונקציות. דוגמה קונקרטית של דגם מסוג זה המופעל בישראל ניתן לראות בביטוח זיקנה ושאי'ים בביטוח הלאומי. הממשלה אחראית למימון השירות באמצעות המס – דמי הביטוח – שהיא גובה; היא אחראית על התקינה הקובעת את תנאי הזכאות ואת התנאים האחרים הנוגעים לביצוע בחוק ובתקנות הביטוח הלאומי; הממשלה מפיקה את השירות ומגישה אותו לאוכלוסייה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. זהו אפוא דגם שיש בו הלכה למעשה מעין בלעדיות ממשלתית על כל ארבע הפונקציות של מילוי צורכי הביטחון הסוציאלי בגבולות הצרים של רצפת הכנסה שקיבלה הממשלה על עצמה לספק לאוכלוסייה הקשישה.

בתפיסת הכלכלה המדינית שהוזכרה והטוענת, שהממשלה אינה יכולה ואינה צריכה לעשות הכל בתחום ההספקה של שירותי הרווחה ושיש להוריד את המשימה הזו מעל כתפיה.

הבעיה היא, שאין ולא היתה קיימת אף פעם בלעדיות כזו של הממשלה בהספקת שירותי הרווחה בשום ארץ בעלת משטר דמוקרטי והדבר הזה נכון במיוחד במדינת ישראל. אנו חיים, בכל הקשור בשירותי הרווחה, במשק מעורב (mixed economy), שפועלים בו זה בצד זה שירותי רווחה המופעלים בידי הממשלה, בידי גופים וולונטריים למיניהם ובידי גופים פרטיים לשם עשיית רווח (Rose, 1986). הצירוף המיוחד של שירותי רווחה ממשלתיים, וולונטריים ופרטיים יוצרים את האופי המיוחד של מערכת הרווחה, ה-Welfare system, בכל ארץ וארץ. שירותי הבריאות בישראל מופעלים, למשל, באמצעות צירוף כזה כאשר פועלים בהם זה בצד זה השירותים הוולונטריים של קופות החולים השונות, שירותי הבריאות הממשלתיים ושירותי הרפואה הפרטית. מצב דומה קיים בכל אחד מן התחומים של שירותי הרווחה. הוויכוח האמיתי על ההפרטה המתקיים אצלנו איננו לכן על בלעדיות הממשלה בתחום של הספקת שירותי הרווחה שלא קיימת במציאות, אלא על שני נושאים עיקריים אחרים: האחד, מידת המחויבות של הכלל, באמצעות הממשלה, למילוי צרכים חברתיים של האוכלוסייה בתחומים של חינוך, בריאות, ביטחון סוציאלי, שירותי הטיפול האישיים וכו'; והאחר, שינוי האיוון במשק הרווחה המעורב שהתקיים עד כה והטייתו לטובת גופים פרטיים לשם עשיית רווח. הוויכוח במהותו איננו על ההפרטה כדבר אינסטרומנטלי, היינו כאמצעי של יעילות ניהולית שיש בו תפקיד חשוב גם למגזר הוולונטרי והפרטי, אלא על טיבו ומהותו של המשטר החברתי ומידת האחריות שלו לדאגה לרווחתה של האוכלוסייה בתחומי חיים מרכזיים שפורטו לעיל, במסגרת משק הרווחה המעורב הקיים שפועלים בו זה בצד זה המגזרים השונים.

דגם ב'

הממשלה אחראית על פונקציות 1 ו-2 בלבד, בעוד שפונקציות 3 ו-4 מתמלאות באמצעות גופים חוץ-ממשלתיים. דוגמה לדגם זה אפשר לראות במענק האשפוז המוגש במסגרת ענף ביטוח אימהות של הביטוח הלאומי. הממשלה אחראית כאן למימון השירות והיא גם אחראית על התקינה בכל הגוגע לסטנדרטים ולנורמות מחייבות, כגון מספר ימי האשפוז, זמינות השירות והנגישות אליו. לעומת זאת הייצור, ההפקה וההגשה הישירה של השירות נעשים באמצעות בתי-חולים ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים כאחד. בדגם זה בא לידי ביטוי משק הרווחה המעורב, שכל הגורמים הפועלים במשק ובחברה שלנו ממלאים בו תפקיד.

דגם ג'

האחריות על כל ארבע הפונקציות מחולקת בין הממשלה ובין גורמים חוץ-ממשלתיים. קופות החולים השונות ומעונות היום לילדים בגיל רך הן דוגמאות לשירותים המופעלים על-פי דגם זה בארץ. המימון והתקינה בשירותים האלה נעשים כאן בידי הממשלה וכידי הגופים המפעילים עצמם. בדגם זה הממשלה אחראית למימון ולתקינה רק באופן חלקי. קופות החולים וארגוני הנשים הוולונטריים המפעילים את מעונות היום מגייסים חלק נכבד ממשאבי המימון שלהם בכוחות עצמם והם גם קובעים במידה רבה את נורמות ההפעלה. קופות החולים וארגוני הנשים אחראים כמעט באופן בלעדי על הייצור, ההפקה וההגשה של השירותים האלה. לפנינו אפוא דגם, שלממשלה לא רק אין בו בלעדיות כלשהי, אלא היא גם ממלאת בו תפקיד חלקי בלבד אף בנושאי המימון והתקינה. את התפקיד המרכזי ממלאים בדגם זה גופים וולונטריים הפועלים שלא לשם עשיית רווח; בתחום של הגשת שירותי הרפואה ממלאים אותו גופים עסקיים פרטיים הפועלים בשיתוף עם קופות החולים.

דגם ד'

האחריות של הממשלה היא על פונקציה 2 בלבד, ויתר הפונקציות מוטלות על גופים עסקיים פרטיים. ביטוח חובה מפני תאונות דרכים הוא דוגמה לשירות המופעל על-פי דגם זה. הממשלה אחראית כאן על התקינה בלבד, שהיא מבצעת באמצעות החקיקה ובמידת מה באמצעות הפיקוח על הביצוע. המימון, ההפקה וההגשה של השירות נעשים כולם באמצעות חברות ביטוח פרטיות הפועלות לשם עשיית רווח. זהו למעשה מעין דגם מלא של הפרטה הקיים מזה זמן רב ומשקף את הקצה האחר, של בלעדיות עסקית-פרטית, של הפעלת שירות רווחה במשק הרווחה המעורב, לעומת דגם א', המשקף את הבלעדיות הממשלתית של המערכת.

אפשריים כמובן דגמים נוספים, או וריאציות שונות של הדגמים שהוצגו כאן, שיש בהם חלוקה של הפונקציות בין הגורמים השונים. מה שתשוב להדגיש הוא, שכל דגם או וריאציה שלו יוצרים שיווי משקל שונה בין הגורמים השונים הנוטלים חלק במשק הרווחה המעורב שאנו חיים בו. באותה מידה הם גם גוררים אחריהם תוצאות בעלות משמעויות חברתיות שונות שלא תמיד אנו נותנים עליהם את הדעת במידה מספקת.

במצב של משק הרווחה המעורב, הקיים כפי שראינו הלכה למעשה, השאלה היא מה רוצים להפריט? מה עומדים *To Privatize*? הטוענים להפרטה מרבים לדבר על הצורך בפלורליזם בהפעלה של מערכת שירותי הרווחה. הם טוענים בעד ריבוי צורות הספקה של שירותים — "A Plurality of Modes of Provision" (Johnson, 1987; Kamerman) (1983; Terrel, 1987). הם מסבירים את הצורך הזה בעדיפות שיש לקיום צורות שונות של ייצור והגשה של שירותים על הבלעדיות של צורת הספקה אחת. מאחר שבמציאות אנו חיים במשק פלורליסטי כזה, התביעות להפרטה מתרכזות למעשה בנקודה אחת בלבד והיא להקטין את תפקיד הממשלה בכל אחת מן הפונקציות של הספקת שירותי הרווחה ובעיקר

זירה גלויה ופתוחה לעין, את הנושא של הספקה קולקטיבית של שירותי הרווחה ולהעבירו לתחום העלום והסמוי של הפרט ושל השוק הכלכלי החופשי. הכוונה הנמצאת בכסיס הרעיון היא הוצאת הנושא של הספקת שירותי הרווחה מתחום הפעולה הציבורית הנוגעת לכלל כולו והעברתו לתחום של האינטרס הפרטי בלבד. יש אפוא ברעיון ההפרטה במידה רבה ניסיון של דה-לגיטימציה של פעולות המדינה בתחום הרווחה, כאשר נקודת המוצא שלו הוא אינדיווידואליזם כלכלי מסורתי הטוען, שקידום האינטרס הפרטי, והאינטרס של מוסדות פרטיים, משרת בדרך הטובה ביותר את אינטרס הכלל ואת הסדר הציבורי הטוב (Lukes, 1973).

זוהי המשמעות הפוליטית הכללית של רעיון ההפרטה. אולם, חשוב להדגיש שהרעיון עצמו איננו בעל משמעות אחת בלבד. בקרב התומכים בו אפשר למצוא גוונים אידיאולוגיים ואינטרסנטיים שונים. כל אחד מן הגוונים האלה יש לו בסיס אידיאולוגי שונה והוא טומן בתוכו השלכות חברתיות שונות. סטאר (Starr, 1986) מונה ארבעה גוונים עיקריים כאלה של תפיסת ההפרטה המובאות להלן:

א. הפרטה של השוק (Market Privatisation)

תומכי גוון זה שמים את הדגש בהעברת הפעילות בתחום שירותי הרווחה אל השוק הכלכלי. את הגוון הזה מייצגים על-פי רוב כלכלנים מאסכולות שמרניות, הרואים בשוק הכלכלי את המכשיר המסוגל לתת את המענה הטוב ביותר לכל הבעיות של הספקת שירותים. לפי דעתם של אלה, גורמי השוק כמו התחרות, מניע הרווח והבחירה שהשוק יכול לספק, עדיפים על-פני הספקה קולקטיבית. המעניין הוא, שתומכי גוון זה של הפרטה ערים בדרך כלל לכישלון השוק הכלכלי החופשי לספק באופן אפקטיבי שירותי רווחה לכלל האוכלוסייה והצידוק שכישלון זה נתן להתערבות המדינה להספקתם. אולם, הטיעון שלהם הוא, שהכישלון של מוסדות חוץ של

לצמצם את תפקיד הממשלה בתחום המימון. לשון אחר, הדרישות להפרטה הן ביטוי מובהק לאותה תפיסה של כלכלה מדינית התובעת את הסרת אחריות הממשלה למילוי צרכים חברתיים חיוניים של האוכלוסייה.

המשמעות הפוליטית של רעיון ההפרטה

מבחינה פוליטית ברור אפוא, שרעיון ההפרטה איננו רעיון נייטרלי. יש לו שורשים פוליטיים מובהקים ומאחוריו עומדות מטרות פוליטיות ברורות. השורשים שלו צמחו בתוך אותם הזרמים הפוליטיים השמרניים הנאבקים לצמצומה או אף לביטולה של מדינת הרווחה בת זמננו (דורון, 1988). יש ברעיון ההפרטה העדפה אידיאולוגית ברורה נגד פעולת התערבות של המדינה במימון, בייצור ובהגשה של שירותי רווחה (Moe, 1987). ההטיה, משוא הפנים או הדעה הקדומה, הטמונים בתוכו מעוגנים ברצון להוציא מידי הממשלה פונקציות שונות שהיא מבצעת היום ישירות ולהעבירן בצורה זו או אחרת לידי גורמים חוץ-ממשלתיים (Chisman, 1986; King, 1987). הרעיון מייצג בעיקרו את המאמץ המחשבתי השמרני לגבש אלטרנטיבה קבילה למוסדות של מדינת הרווחה כפי שאלה התפתחו מאז תום מלחמת עולם השנייה ומטרתו לערער את הבסיס הרעיוני של הצורך בהתערבות קולקטיבית לשם הספקת צרכים חברתיים אחדים של האוכלוסייה.

אמנם, הדרישה להפרטה מוסברת לעתים קרובות בהדגשת הצורך בהתייעלות של שירותי הרווחה, מניעת הביורוקרטיזציה הגוברת בתוכם ובנסיבות של משבר כלכלי מתמשך — בהכרח לצמצם את ההוצאה הציבורית לשירותים החברתיים. אולם, למרות המשקל הרב שיש לטיעונים האלה, המטרות האחרות, שהן סמויות יותר, ברורות למדי. הן מכוונות להוציא מן הזירה הציבורית הפוליטית, שהיא

רבה יותר על ארגונים קהילתיים, קואופרטיבים והתארגנויות מקומיות קטנות של תושבים, דומים מאוד לרעיונות השמרניים ואפשר לראות בהם סימנים של התקרבות והתלכדות בנושא זה בין הקצוות של הקשת הפוליטית (יציב, 1986).

ג. הפרטה של אנשי עסקים (Business Privatization)

העמדה של גוון זה אינה מעוגנת באיזו תיאוריה כלכלית או סוציולוגית סדורה, אלא היא מבוססת יותר על ההנחה הרווחת בקרב הקהילייה של אנשי העסקים שהממשלה אינה אלא עסק גדול ולכן גם היא צריכה להתנהל כמו כל עסק אחר. תומכי גוון זה גם אינם צמודים מבחינה אידיאולוגית לרעיון בדבר עליונותו של השוק החופשי. התביעה שלהם להפרטה מעוגנת באינטרס שלהם לעשות עסקים ולהרוויח בהם, ולא חשובה להם ההקפדה על יסודות התחרות ועל היסודות האחרים של השוק, כל זמן שהממשלה אינה מתערבת בעסקיהם וכל זמן שמובטח להם רווח נאות.

כך אפשר לראות את קהיליית העסקים התומכת בהפרטה, אבל ממשיכה להיאבק באותו זמן על שמירת העמדות המונופוליסטיות של חבריה; היינו, הפרטה ללא תחרות, דוגמת חברת הטלפונים "טלקום" כבריטניה (Kolderie, 1986, p. 287) או הדוגמה של חברות הדלק והגז בישראל, הרוצות בכל כוחן להמשיך ולשמור על הקרטלים שלהן. דוגמאות אחרות של אנשי העסקים בישראל המשמיעים ברמה את קולם בעד הפרטה ויחד עם זאת דואגים שיסודות התחרות של השוק לא יפגעו בעסקיהם הם בעלי בתי-המרקחת, האופטיקאים וגופים דומים.

ד. הפרטה רדיקלית (Radical Privatization)

בגוון זה באה לידי ביטוי איזו רומנטיקה שמרנית קיצונית הדורשת ביטול של כל פעילות התערבות של המדינה בתחום הרווחה ובתחומי

השוק הוא לא פחות חמור בנושאים מאלה מאשר של השוק הכלכלי. ריפוי כישלונות השוק הוא רע, לפי דעתם, באותה מידה כמו המחלה עצמה (Wolf, 1979). לפיכך הם מתנגדים לתיקון כישלונות השוק באמצעות הספקה קולקטיבית בגלל אמונתם ללא סייג בעליונותו של השוק. הם איתנים בדעתם שהספקה על-ידי המדינה גרועה יותר מהספקה באמצעות השוק בגלל הפתולוגיה המבנית של מוסדות ציבור בעלי אופי ביורוקרטי. הפתולוגיה הזאת, שכאה לידי ביטוי בהעדר תחרות, גידול לא מבוקר, חוסר פיקוח ושליטה על התפוקה, אי מתן אפשרות בחירה לצרכנים וכו', היא המחייבת הפרטה בכל מקרה (Borcherding, 1977).

הפרטה שמרנית (Conservative Privatization)

הדגש בגוון זה איננו על תזרה אל השוק הכלכלי ויסודות "התחרות" שבו, אלא הרצון לחזק מחדש, כך מאמינים השמרנים, את היסודות ה"טבעיים" של החברה. תומכי גוון זה אינם מקבלים מראש את ההנחה של עליונות השוק, אך הם מעדיפים, כאלטרנטיבה לפעילות המדינה בתחום הרווחה, את הפעילות של גופים קטנים ולא פורמליים, כמו ארגונים וולונטריים, התארגנויות של הקהילה המקומית, אגודות לעזרה עצמית וכדומה. ההעדפה שלהם בכל הקשור למוסדות הרווחה, במונחים סוציולוגיים, היא של "מבנים מתווכים"; היינו, מבנים שיש בהם משום מענה פחות ביורוקרטי, ישיר יותר וקטן יותר בממדיו לבעיות אנוש (Kaufman, 1985). אף-על-פי שהגישה להפרטה בגוון זה היא, כך אפשר לומר, מתונה יותר, גם בה יש כמובן שלילה עקרונית של פעולות הרווחה מטעם המדינה.

מעניין לציין, שגוון זה של הפרטה יש בו דמיון רב, בהרבה מן ההנחות שלו ובמענים שהוא מציע, לרעיונות שמעלות גם תנועות שונות של מחנה השמאל. הרעיונות של השמאל לכיזור (דצנטרליזציה) ולהסתמכות

מה מריץ את ההפרטה?

השאלה היא מה מניע את הדחף להפרטה בתחום של שירותי הרווחה במדינת ישראל של שלהי שנות השמונים? אין ספק, שבשטח פועלים גורמים אובייקטיביים הקשורים בחוסר ההצלחה של הממשלה ושל ארגונים ציבוריים להפעיל באופן משביע רצון את הספקתם של שירותים אחרים לאוכלוסייה. אולם, נראה שהמניע להפרטה נובע גם, בחלקו לפחות, מן הרצון לחקות את הנעשה, או האמור להיעשות בתחום זה, בארצות הברית ואולי גם בבריטניה, בבחינת מה שטוב להן בוודאי טוב גם לנו. יתר על כן, הכוח המניע הוא גם במידה לא מבוטלת אידיאולוגי באופיו. ידוע שהאמונה באידיאולוגיה יש לה תמיד כוח דחף עצום להניע בני אדם לפעולה. האמונה בכוחו הכל יכול של השוק הכלכלי החופשי, שזכתה בעת האחרונה בתמיכה גוברת, ואי אמן ביכולת הפעולה הקולקטיבית של הכלל, הם בהקשר הזה גורם חשוב לתביעות להפרטה. אמונה זו בולטת במיוחד בקרב אסכולות כלכליות אחדות שזכו אצלנו במעמד דומיננטי. אסכולות אלה, המייצגות את ההפרטה של השוק, מזינות את הדחף להפרטה בספקן טיעונים, המוצגים גם כמדעיים, לחיזוק התביעות שהן ברובן אידיאולוגיות (ראה, למשל: אלכסנדר, 1989). המניע הדוחף אינו כמובן רק אידיאולוגי טהור. הוא מסתיר מאחריו, לפחות בחלקו, אינטרסים כלכליים חזקים, הן של בעלי עסקים, הן של ספקי שירותים שונים והן של אנשי מקצוע שונים, אשר המעבר להפרטה עשוי להביא להם יתרונות כלכליים גדולים (לדוגמה: רפואה פרטית בבתי-החולים הציבוריים בארץ). אין ספק, שהמניע של הפקת רווח הוא כוח ממריץ חזק בחלק מן התביעות להפרטה. מניע הרווח הוא, כמובן, מניע לגיטימי בחברה שלנו. השאלה היא האם המניע הזה יכול תמיד לשרת בדרך הטובה ביותר את האינטרסים של הכלל בתחום הספקת שירותי הרווחה, והאם הוא צריך גם להכתיב את הקדימויות

פעולה האחרים, משום שהתערבות זו היא בעיני חסידיו שורש כל הרע בחברות של זמננו. תומכי גוון זה באים רובם ככולם מן השוליים של הימין הקיצוני והם תובעים צמצום דרסטי בתפקידי המדינה והגבלת פעולותיה לשמירה על הרכוש הפרטי בלבד. רק שמירה מוחלטת על הבעלות הפרטית ועל הספקה פרטית, היינו הפרטה של כלל הבעלות הציבורית ושל כלל הפעילות הציבורית, היא הפתרון הרצוי בעיני התומכים של גוון זה והם גם מוכנים לפעול להגשמת דעותיהם.

בארץ ניתן ביטוי פומבי לעמדה זו, של ראיית פעילות ההתערבות של מדינת הרווחה כשורש כל הרע בכלכלה ובחברה הישראלית, למשל בכנס הבינלאומי על מדינת הרווחה שהתקיים בירושלים בקיץ 1983 (Bavly, 1983). המעניין הוא, שעמדות אלה אינן מוגבלות בישראל לחוגים של הימין הקיצוני, אלא הן מקובלות למדי גם בקרב קבוצות המזוהות עם הזרם המרכזי של המחשבה הכלכלית והפוליטית.

בכל הגוונים האלה של הפרטה, פרט אולי לגוון השמרני הקלסי, ניתנת תשומת לב רבה לנושאים של יעילות כלכלית. יחד עם זה יש בהם התעלמות מן החשיבות של הסוגיות הקשורות לאינטגרציה חברתית ולצדק בחלוקת ההכנסות. כולם מעלים על נס את העדיפות של פעולות גופים מתווכים למיניהם ותובעים לתת עידוד ותמיכה לארגונים וולונטריים ולהתארגנויות קהילתיות כמייצגים אמיתיים של היסודות הטבעיים בחברה. הם מעדיפים לשכוח, שמרבית הגופים המתווכים המוכרים לנו אינם מתקיימים באופן "טבעי" ובלתי תלוי בממשלה. רובם תלויים לקיומם בסיוע מטעם המדינה ולמעשה קיימת מעין חלוקת עבודה ושני הצדדים מקיימים ביניהם יחסי גומלין הדדיים הדוקים (Kramer, 1981).

באיזון הקיים בין המרכיב הציבורי למרכיב הפרטי בתחום שירותי הרווחה לגבי דמותה ואופייה של החברה הישראלית.

באופן קונקרטי השאלה היא מהי המשמעות של העברת המימון, התקינה, הייצור וההגשה של שירותי רווחה, כולם או אפילו מקצתם, לשוק הפרטי. על מנת לענות על השאלה הזאת נבחון את ההבדל בין הבסיס הרעיוני והמוסרי העומד מאחורי שירותים המופעלים בידי הכלל ובין הבסיס של פעולת שירותים כאלה בשוק של עסקים פרטיים.

השירות הציבורי מופעל בידי הכלל כדי לספק אי אלו צרכים חברתיים של האוכלוסייה. אבל השירות הציבורי איננו מסתפק בהספקת שירותים גרידא. הוא תמיד עושה זאת, או לפחות חייב לעשות זאת, עם כוונה ברורה להשגת מטרות נוספות, כמו: צדק חברתי, צמצום פערים חברתיים, מניעת מצוקה אישית, הגברת תחושת הסולידריות החברתית בקרב האוכלוסייה ועוד. השירות הציבורי פועל תמיד במסגרת המעוגנת בהסדר ציבורי הקובע את דרכי פעולתו; המסגרת הזאת קובעת, שהשירות חייב לתת די־וחשבון על מעשיו לציבור או לנציגיו הנבחרים; הוא איננו יכול להפלות בין אדם לאדם הזקוק לשירות רק על־פי יכולתו הכלכלית של האדם לשלם בעדו; והוא חייב תמיד לראות את טובתה של אוכלוסיית היעד שהשירות מיועד לה. כל אלה הם ה־Raison d'être, הצידוק לקיומו, של השירות הציבורי. ומה קורה לכל הסוגיות האלה בשירותים הפועלים בשוק הכלכלי החופשי במטרה לעשות רווח? אין ספק, שגם שירותים פרטיים מסוגלים לספק צרכים חברתיים. אולם, בניגוד לשירות הציבורי, עניינם הוא, במקרה הטוב, בהספקת השירות בלבד. אין לשירות כזה כל עניין בעשיית צדק חברתי, או בהשגת מטרות חברתיות אחרות. העניין הבלעדי שיש לשירות הפרטי הוא עשיית רווח לבעליו, ולפי מיטב יכולתו לעשות למען מירוב הרווחים, מקסימיזציה של רווחים, ותו לא. הוא אחראי במעשיו אך ורק לבעליו ואין הוא חייב לתת די־וחשבון לאיש זולת הבעלים. בוודאי אין

של המדיניות החברתית. כפי שראינו, הזרמים האידיאולוגיים שהזכרנו, של הפרטה של השוק ושל הפרטה של אנשי עסקים, נותנים לשאלה זו תשובה חיובית.

מניע אחר העומד מאחרי הדרישות להפרטה הוא האינטרס של קבוצות חזקות באוכלוסייה לשמור לעצמן את היתרונות שהפרטה בהספקת שירותים חברתיים חיוניים מבטיחה להן. יצירה של כיסים של הספקה פרטית בתחומי הבריאות, החינוך והביטחון הסוציאלי, והרחבת כיסים קיימים בתחומים אלה, מאפשרת לקבוצות העילית החזקות להמשיך ולשמור על ההבחנה בין המעמד המועדף שההפרטה מעניקה להן בכל הנוגע לנגישות ולשימוש בשירותים ובין המעמד המועדף פחות ואולי אף הירוד של כלל האוכלוסייה. ההעדפה איננה מסתיימת במעמד בלבד, אלא פירושה גם רמה גבוהה יותר של שירותים שההפרטה מבטיחה להן, ברוב המקרים, הלכה למעשה. לקבוצות אלה יש אפוא אינטרס מעשי חזק לתבוע הפרטה על־פי כל גוני הקשת האידיאולוגיים (Papadakis & Taylor-Gooby, 1987, p. 11; Walinsky, 1965). בכל אלה בא לידי ביטוי הרצון הברור של קבוצות עילית חזקות לשמור על דפוסי החלוקה המעמדית הקיימת ואולי אף להרחיבם.

המשמעות של הפרטת שירותי הרווחה

כל האמור לעיל מצביע על כך, שהוויכוח על ההפרטה מבטא במידה רבה את רצונן של קבוצות אידיאולוגיות ואינטרסנטיות חזקות בחברה הישראלית לשנות את האופי המיוחד של משק הרווחה המעורב שהתגבש בארץ ולהטות אותו לטובת השוק הפרטי בצורותיו השונות. הטיה כזו פירושה בסופו של דבר צמצום אחריות הכלל להבטחת ההספקה של שירותי הרווחה החיוניים לכלל האוכלוסייה. השאלה היא מה תהיה המשמעות של שינוי

השירות הפרטיים, היא היא הקובעת, ולא האינטרסים של הלקוחות (Kettl, 1988). במישור המינהלי הם עונים, שבכל מקרה של הפרטה הממשלה משאירה לעצמה את פונקציית התקינה והפיקוח. בדרך זו, של קביעת התנאים למי ובאיזו דרך יוגש השירות ושל פיקוח על הביצוע של הספקים הפרטיים, הממשלה אמורה להבטיח את הנגישות לשירות ואת טיב השירות לאוכלוסיית היעד לפי שיקוליה וקדימויותיה וכן לתחום את הגבולות של האינטרס העסקי לעשיית רווח. מדובר כאן על כעין ממשל באמצעות שליח (by proxy). הממשלה תלויה אפוא ביכולתו של השליח, במקרה שלנו הספק הפרטי, לעמוד בתנאים אלה. זוהי כמובן אשליה לחשוב שיש בידי הממשלה הרצון, נחישות הדעת והיכולת לקיים פיקוח כזה. המציאות מראה, שבמצב הסימביוטי הנוצר בין המפקחים ובין המפוקחים, המפקחים הופכים להיות, לעתים קרובות, המגינים על ספקי השירות, במקום שיגנו על הלקוחות שלו. מקרי השחיתות והשערוריות המתגלים מדי פעם בשירותים שונים המוגשים באמצעות ספקים פרטיים, כגון מוסדות סיעוד לקשישים בארצות הברית והמוסדות לילדים מפגרים בארץ, מראים כבירור את הגבולות של פיקוח מסוג זה. מכל מקום, שירות ציבורי, המוגש בדרך שילוחית של ספק פרטי, מחליש את הזכויות האזרחיות של האדם הנאלץ לעמוד מול בעל עסק פרטי, בהשוואה לזכויותיו בעומדו מול רשות שלטונית (Sullivan, 1987).

זהו בעיקרו הדגם המוצע לנו כחלופה לשירות הציבורי. ברור, שלא כל שירות ציבורי ממלא את כל המטרות החברתיות שלשמן נועד ושאותן מנינו לעיל. גם לכך אין בסיס במציאות. כפי שנוכחנו לדעת, גם שירותים ציבוריים יכולים להידרדר לשפל המדרגה ולהיות רחוקים מלמלא את הציפיות שיש לנו מהם. ואולם, ברור שמן השירות הפרטי איננו יכולים אפילו לצפות שיעשה משהו להשגת מטרות חברתיות רחבות יותר. זהו אחד ההבדלים החשובים בין הספקה קולקטיבית

לשירות כזה כל מחויבות לאוכלוסיית היעד של הלקוחות. המחויבות שלו, במידה שהיא קיימת, מוגבלת רק לאלה המסוגלים לשלם בעד השירות המוגש להם לפי המחיר שנקבע בשוק. מטבע העניין טובת הבעלים היא היא הקובעת, ולא טובת האוכלוסייה הנזקקת לשירות.

התשובה שנותנים תומכי ההפרטה לטענות האלה היא בשני מישורים: העסקי והמינהלי. במישור העסקי הם עונים, שלמרות רצונו של בעל העסק הפרטי לעשות רווחים יש לו גם מחויבות מפורשת ללקוחותיו משום שהאינטרס של העסק מחייב זאת. במידה שהשירות של העסק הפרטי איננו יעיל במידה מספקת ואיננו מספק את ציפיותיהם של הלקוחות, הוא צפוי להיכשל. לכאורה הדבר הזה נראה נכון, אבל בעיון מעמיק יותר הוא איננו עומד תמיד במבחן המציאות. הוא איננו עומד במבחן הזה משום שלעתים קרובות מאור ההספקה המונופוליסטית של שירות מטעם הממשלה מוחלפת במונופול או בקרטל של ארגונים בבעלות פרטית. חברות הגז בישראל המאורגנות בקרטל והמשמשות מעין תחליף למונופול ממשלתי הן דוגמה מובהקת לתופעה כזו. היקף התחרות בין הגורמים המחליפים במקרה זה מונופול ממשלתי ויכולת הניידות של הלקוח בין ספקים שונים הם כמעט אפסיים. במקרה הזה ובמקרים רבים אחרים כל המגבלות של השוק הפרטי שפורטו לעיל נשארות בעינן.

אולם, נקודה חשובה יותר היא שכאשר מדובר בשירות רווחה חיוני לאוכלוסייה, ההפרטה המתבצעת היא בהכרח תמיד חלקית בלבד. לפיכך פונקציות המימון והתקינה נשארות במידה זו או אחרת בידי הממשלה והמינהל הציבורי. האינטרס של בעל העסק הפרטי איננו נשמר אפוא בגלל סיפוק ציפיותיהם של הלקוחות, אלא הוא תלוי ביכולתו להשביע את רצון הדרגים הקובעים במינהל הציבורי הממונים על מימון השירות והאמורים לפקח על ביצוע המחויבויות שלו. היכולת לתפעל (to manipulate) את ביורוקרטיות השירות, הנתונה כולה בידי ספקי

להביא לשיפור המצב בכל אחד מן התחומים שצוינו.

במצב שהתהווה אנו נתונים לשטיפת מוח בלתי פוסקת, בכל אמצעי התקשורת הציבוריים, על חוסר היעילות של שירותי הרווחה הציבוריים. לדברים אלה יש כמובן אחיזה במציאות. לכל אחד מאתנו הזדמן בוודאי להתנסות בחוסר היעילות הזאת ובקשיחות של ביורוקרטיות השירות. אין ספק שקל מאוד למצוא פגמים כאלה בפעילותם של מוסדות שירות ציבוריים. השבועון האמריקני "טיים" תיאר פעם את הקלות הזאת של מציאת ליקויים בביורוקטיות השירות והשווה אותה למרדף אחרי לווייתן בבריכת שחייה. זאת היא בעיה קשה מאוד שחברת ההמונים שלנו מתקשה להתמודד אתה. אבל השאלה היא, האם מוסדות שירות גדולים, וולונטריים ופרטיים לשם עשיית רווח, הם אכן יעילים יותר. האמת היא, שיש מעט מאוד מחקרים המודדים את היעילות היחסית של שירותי הרווחה הציבוריים לעומת השירותים הפרטיים המסוגלים לתת תמונה מלאה המשקפת נאמנה את ההבדלים ביניהם. ממצאי המחקרים הקיימים אינם נותנים תשובה חד-משמעית לשאלות אלה (Knapp, 1984; Knapp et al., 1987). בדרך כלל, שירותי הרווחה החוץ-ממשלתיים הפרטיים אינם זוכים משום מה לאותה מידה של ביקורת שזוכים לה השירותים הציבוריים. אולם, ההתנסות בהפעלה ובקבלה של שירות כלשהו בגופים פרטיים גדולים אינה מצביעה על יתרון של גופים אלה מבחינת היעילות. למשל, היקף הוצאות המינהל, הפרסום ורווחי הסוכנים בחברות ביטוח פרטיות עולה פי שלושה ויותר על ההוצאות המקבילות של קרנות הפנסיה הציבוריות (פנחס וחביב, 1989). מי שהתנסה בהגשת תביעה לחברת ביטוח פרטית, או שהזדמן לו להתדיין על בעיה כספית כלשהי עם בנקים, או עם גופים ביורוקרטיים פרטיים אחרים, לא תמיד יוכל להצביע על יעילות או על גמישות שגילו מוסדות אלה. חוסר יעילות וקשיחות ביורוקרטית הם נחלתם של מוסדות ביורוקרטיים

ובין הספקה עסקית של השוק הכלכלי החופשי. הבדל חשוב נוסף בין הספקה של השוק ובין הספקה ציבורית הוא האפקט של Creaming (איסוף השמנת); היינו, התרכזות השירות הפרטי, שמטרתו עשיית רווח, בקבוצת הלקוחות שקל לטפל בה, שבעיותיה אינן כה קשות ושיש לאנשיה היכולת הכספית לשלם היטב בעד השירות שהם מקבלים. השירותים של השוק החופשי יספקו בוודאי שירות ברמה גבוהה, בתחומי הבריאות, החינוך, הביטחון הסוציאלי ועוד, לקבוצות עילית עשירות המסוגלות לשלם את המחיר שיידרש מהן. אולם, ספק אם השירות הפרטי יוכל לספק שירות ברמה נאותה גם לרוב-רובה של האוכלוסייה (Abel-Smith, 1976, pp. 36-40). המציאות מוכיחה, ששירותי השוק הפרטי, לאחר שאספו את קבוצות הלקוחות הטובים, היינו לאחר שעשו את ה-Creaming, אינם מעוניינים ואינם מסוגלים לדאוג להספקת שירות טוב ליתר קבוצות האוכלוסייה. במידה שהם עושים זאת, הם מספקים שירות ברמה נמוכה מאוד, כפי שמראות דוגמאות רבות.

האם תשפר ההפרטה את שירותי הרווחה לאוכלוסייה?

הטיעונים בעד ההפרטה של שירותי הרווחה אינם רק אידיאולוגיים ואינטרסנטיים. התומכים בהפרטה מסתייעים לחיזוק תביעותיהם גם בשורה של גימוקים אינסטרומנטליים בעלי משקל. הם טוענים, למשל, שההפרטה תביא להגברת היעילות בתוך שירותי הרווחה; תדרבן לעשות שימוש טוב יותר במשאבים העומדים לרשות המערכת; תרכך את הקשיחות הבירוקרטית המאפיינת את השירותים שבבעלות ציבורית ותבטיח לאזרח חופש בחירה רב יותר. כל אלה הן סוגיות חשובות שמערכת שירותי הרווחה במתכונתה הקיימת מתלבטת בהן. השאלה היא, האם יש בכוחה של ההפרטה

בהעסיקם עובדים בלתי מיומנים וכנצלם את עבודתם הזולה. אם אכן תופעה כזו של קפיטליזם החוזר להיות נצלן היא סימן היכר של יעילות, אפשר שניתן למצוא אותה בצורות אלה של הפרטה. השאלה היא האם אנו מעוניינים לתת עידוד וחזוק לתופעה זו.

הסוגיה של העדר חופש בחירה היא בלי ספק אחת הטענות הקשות המועלות בכל דיון על ההפרטה והיא אכן עקב אכילס של חלק גדול של שירותי הרווחה הממשלתיים והציבוריים. העדר אפשרות לבחור לא רק פוגע בחירותו של הפרט, אלא יש לו גם השלכות ישירות על טיב השירות המוגש לו. לשירותי רווחה שלקוחותיהם הם מעין אוכלוסייה שבויה בידיהם אין תמריץ לשמור על רמת השירות לבל תרד וגם אין להם הנעה לדאוג לשיפורו. שירותי הרווחה הממשלתיים והציבוריים הפועלים כמעין מונופול מאפשרים ללקוחותיהם, אם בכלל, מעט מאוד אפשרויות בחירה. דבר זה פוגע, במקרים רבים מאוד, ברמת השירות. אנו נתקלים בתופעה זו בשירותי החינוך הציבוריים, בשירותי הבריאות של קופת חולים הכללית ובשירותים נוספים. השאלה היא שוב, האם הפרטה עשויה להביא אתה פתרון לבעיות אלה של מיעוט אפשרויות בחירה ושל הבטחת רמת שירות נאותה. ברור, שהפרטה כשהיא לעצמה, היינו העברת שירות רווחה כלשהו לשוק הכלכלי הפרטי, לשם עשיית רווח, אין בה שום ערובה שיתקיים חופש בחירה רב מזה הקיים בשירות ציבורי. במקרה הטוב שירותים פרטיים כאלה יכולים להבטיח חופש בחירה לבעלי אמצעים שיוכלו לשלם בעד השירותים המשופרים שהם יבחרו לעצמם. מוסדות לקשישים הם דוגמה טובה לבחירה כזו הקיימת בנושא זה בשוק החופשי. מצד אחד, קשישים המסוגלים לשלם אלפי שקלים לחודש אכן יכולים לבחור לעצמם שירותים מוסדיים כאלה ברמה גבוהה מאוד. מצד שני, הדוגמה של בתי-חולים פריטיים לחולים כרוניים בארץ (שהשוכנים בהם הם גם רובם ככולם קשישים) יכולה לשמש לנו דוגמה הפוכה לקיצוניות שנייה. האוכלו-

גדולים, ואין הבדל אם הבעלות עליהם היא ציבורית, וולונטרית או פרטית לשם עשיית רווח. זוהי בעיה קשה בעידן המודרני שלנו והיא דורשת תיקון, אבל ספק אם התיקון יבוא בדרך של הפרטה.

לעתים קרובות מוזכר גם שעלות הטיפול של שירותי רווחה פרטיים, הפועלים בשוק החופשי, נמוכה בהרבה מזו של שירותים המופעלים בידי הציבור. גם כאן יש מעט מאוד מידע מחקרי מהימן היכול לתת תימוכין לטיעון זה (Knapp, 1984, pp. 209-215). עלות התפעול הנמוכה יותר של שירותי רווחה בשוק הפרטי, במידה שהיא קיימת, היא על-פי רוב פועל-יוצא של שני גורמים: רמת שירות נמוכה וניצול של העובדים המועסקים בו (ראה, למשל: Rentoul, 1987, p. 16). המידע המצוי בידינו מראה, שיכולתם של רוב שירותי הרווחה הפרטיים להתחרות בעלויותיהם עם שירותי רווחה ציבוריים נובעת מכך שרמת השירות שהם מספקים היא תחת-תקנית. שירות ציבורי אינו יכול להרשות לעצמו לפעול ברמה כזו.

בתי-החולים הפרטיים לחולים כרוניים בארץ הם דוגמה מובהקת של שירות תת-תקני כזה. עלות התפעול שלהם אכן נמוכה מפני שאף בתי-חולים ציבורי לא היה מסוגל ולא היה מוכן להסתפק בהגשת שירות ברמה נמוכה כזו. מבקר המדינה חזר וכתב על כך במפורש פעמים רבות בביקורת שלו על משרד הבריאות. באחד הדוחות כתב המבקר:

"רוב החולים הזקוקים לאישפוח ממושך הם חולים קשים ולהם בעיות קליניות וסיעודיות רבות ומסובכות. בגלל המחסור במיטות רק אחוז קטן מהחולים מאושפוזים בבתי-חולים ממשלתיים וציבוריים, שבהם רמת הטיפול ורמת הסביבה גבוהות, ואילו היתר נשלחים למוסדות פרטיים שבהם הרמה נמוכה בהרבה. כך נוצר מצב, שהמשרד מנהל שתי מסגרות שונות למילוי צרכים רפואיים דומים" (מבקר המדינה, 1976, עמ' 261).

נוסף לכך, שירותי רווחה פרטיים לא מעטים מצליחים להוריד את עלות התפעול שלהם

לא קיבלה החלטה חד-משמעית, או לפחות לא הודיעה שקיבלה החלטה כזו, להביא לידי הפרטה של שירותי הרווחה ולשנות באופן מהותי את שיווי המשקל שהתגבש במשק הרווחה המעורב המתקיים אצלנו. ואף-על-פי כן, מדיניות כזו של הפרטה צוברת תאוצה ומבוצעת במרץ רב בדרך עקיפה בידי משרדי הממשלה.

האסטרטגיה הסמויה והעקיפה של הפרטה שהיא הנפוצה היא האסטרטגיה של שחיקה (Attrition. ראה Starr, 1985). זוהי למעשה אסטרטגיה של הפרטה המופעלת תחת לחץ (גלנרסטר, 1989). היא מתבצעת בדרך של מניעת משאבים מספיקים מן השירות הציבורי ועשייתו על-ידי כך לשירות פחות טוב, פחות יעיל ופחות בריכולת למלא באופן אפקטיבי את צורכי האוכלוסייה הנזקקת לשירות. התוצאה היא, שהשירות הציבורי נעשה מוגבל יותר ביכולתו ובאפשרויותיו למלא את המשימה החברתית שהוטלה עליו. מצב זה מביא אתו בהכרח עזיבה של השירות של כל אותם אנשים בעלי יכולת כלכלית או אחרת, בעיקר מן המעמד הבינוני ומן הקבוצות האמידות יותר בקרב העובדים השכירים, ומעברם לשירותים פרטיים המוכנים ומסוגלים לספק את הצרכים של קבוצות חזקות אלה באוכלוסייה.

נטישה מסוג זה של השירות הציבורי נעשית תחת לחץ של השחיקה שקרתה בו וברוב המקרים לא מתוך בחירה מרצון. כמעט ודאי הוא, ששחיקת השירות נעשית לעתים קרובות באופן מודע ובמכוון כדי להביא לנטישת השירות הציבורי ולגרום בדרך זו הפרטה הלכה למעשה. דוגמה מובהקת לשחיקה כזו מתרחשת לנגד עינינו בשירותי הרפואה הציבוריים. אם אדם אינו יכול לקבל במסגרת השירות הציבורי את הטיפול הרפואי החיוני שהוא זקוק לו ושהוא שילם בעדו במשך כל חייו, ואם טיפול זה ניתן להשגה בתשלום באופן פרטי, יהיה זה רק הגיוני שהוא ינסה להשיג את העזרה הרפואית הנחוצה לו בשוק הפרטי. התוצאה למעשה של תהליך זה היא צמצום המחויבות של הכלל לספק צרכים

סייה המאושפזת במוסדות אלה נמצאת ברובה בתנאים קשים, אין לה כמעט כל בחירה, אין לה כל אפשרות לעבור מספק שירות אחד למשנהו ואין לה כל השפעה על טיב השירות שהיא מקבלת. מבקר המדינה כבר עמד על כך וציין, שבמוסדות אשפוז פרטיים המנוהלים על בסיס עסקי האינטרס של בעל המוסד אינו תואם בהכרח את האינטרס של החולה (מבקר המדינה, 1985, עמ' 221). לפיכך, חופש הבחירה, שהפרטה אמורה לכאורה לאפשר, הוא חסר משמעות עבור מרבית האוכלוסייה (ולא רק אוכלוסיית הקשישים).

הצורך להבטיח חופש בחירה רב יותר במסגרת מערכת שירותי הרווחה דורשת הת-ייחסות רצינית. הניסיונות לתת לסוגיה זו מענה בדרך של הפרטה בלבד אין בהם כדי לפתור את הבעיה; להיפך, הם אולי אף עלולים להחריף אותה. חופש הבחירה שהשוק הכלכלי עשוי להבטיח לקבוצות האוכלוסייה האמידות, בעלות העוצמה הפוליטית והאפשרות להשפיע על קובעי המדיניות, ישחרר את הכלל מן הלחץ לפעול למען שיפור השירות לכלל האוכלוסייה שהאופציה של בחירה בשוק החופשי אינה מצויה בידיה. מה שנחוץ הוא לפעול בתוך משק הרווחה המעורב של שירותי הרווחה, על הגוונים השונים הקיימים בו – הממשלתי, הציבורי והפרטי – ולפתח בכולם אפשרויות בחירה ריאליות שתהיינה פתוחות לכל. אופציות אלה, של יעילות שוק במסגרת של משק רווחה מעורב, הן אפשרויות.

ההפרטה הזוחלת המתבצעת הל-כה למעשה

ספק אם הוויכוח הנמשך על ההפרטה של שירותי רווחה בישראל הביא להחלטה ברורה של איזשהו גוף פוליטי רציני בדבר אימוץ מדיניות ברורה בנושא זה. במצעים שפרסמו המפלגות לקראת הבחירות לכנסת ה-12, למשל, סוגיה זו אינה מוזכרת כלל. גם הממשלה

התשלומים ה"סמליים" כביכול נעשים במהרה גדולים מאוד ומתקרבים ברמתם למחירי השיירות בשוק הפרטי, או אף עולים עליהם. לכך יש שפע של דוגמאות, למשל התשלום בעד מנת תרופות בקופת חולים. ביותר ממחצית המקרים מחירה של מנת התרופות הסטנדרטית בשוק החופשי נמוך מן המחיר ה"סמלי" שגובה הקופה. הדברים דומים מאוד בשורה של שירותים רפואיים ושירותים אחרים שהוטלו עליהם תשלומים "סמליים" כאלה. באופן זה השירות הציבורי מאבד את זכות הקיום שלו, על כל פנים במקרים אלה, משום שניתן לקבל את מה שהוא אמור היה לספק במחיר נמוך יותר בשוק הפרטי. זהו אם כן מרשם עקיף מובהק להפרטה.

אסטרטגיה עקיפה אחרת של הפרטה זוחלת היא זו של העברת מתן השירות לקבלנים (Contracting Out). הסיבה המוצהרת לשימוש באסטרטגיה זו היא הקטנת העלות ועל כן השגת חיסכון בהוצאה הציבורית על הפעלת השירות. זהו ההסדר הפשוט ביותר והנפוץ ביותר של הפרטה (Bendick, 1985). השאלה המרכזית כאן היא, איזה השפעה יש להעברה כזאת של שירות לידי קבלנים על טיב השירות המוגש לאזרח. יש לשים לב בהקשר זה לשלוש בעיות:

1. אמנם העברת הגשת השירות לידי קבלנים פרטיים יכולה להביא, בתנאים ידועים, להקטנת העלות של הפעלת השירות, אבל הדבר אינו נכון בהכרח בכל התנאים. כאשר רק קבלנים בודדים מתחרים על קבלת החוזה להפעלת השירות, או כאשר מופעלים שיקולים שונים שאינם לגופו של עניין בהענקת החוזה, או כאשר נוצרת התחרות קרטלית של המתחרים, או כאשר מדובר במקרים אחרים של שחיתות בתהליך הענקת החוזה, העלות עלולה אף לגדול. העברת הפעלת השירות לידי קבלנים בעלות נמוכה יותר נעשית ברוב המקרים מתוך ידיעה ברורה שהקבלן יגיש לצרכנים שירות ברמה נמוכה מאוד. ההחלטה להעביר את השירות לידי קבלנים מתקבלת משום שהממשלה אינה יכולה להרשות לעצמה להגיש

חיוניים של האוכלוסייה והפרטה למעשה של שירות ציבורי. עדות ברורה לכך אנו מוצאים בגידולם של שירותי הרפואה הפרטיים הגלויים והגלויים פחות.

לאסטרטגיית השחיקה הגוררת אתה הפרטה יש אפקט מצטבר חשוב. האיכות הירודה של ההספקה הציבורית גוררת אחריה תופעה שלילית הנוטה לחזק את עצמה. ככל שהשירות הציבורי יורד באיכותו כך יותר אנשים מן המעמד הבינוני נוטשים אותו ודואגים לצורך כיהם באמצעות הספקה פרטית. ככל שהנטישה הזאת גוברת כך פוחת גם הלחץ לשמירת טיב השירות ולשיפור איכותו. הלחץ לשמירת האיכות פוחת משום שרק לקבוצות החזקות של המעמד הבינוני יש היכולת לבטא באופן אפקטיבי את המתאה נגד שחיקתו של השירות הציבורי, ורק בידי הקבוצות האלה מצויה העוצמה הפוליטית לפעול ביעילות כדי לעצור את מגמת השחיקה. כאשר קבוצות האוכלוסייה החזקות מאבדות את העניין בשירות הציבורי התוצאה הבלתי נמנעת היא שחלה בו שחיקה נוספת, מפני שאותו מעמד בינוני שנטש אותו מתנגד להגדלת ההוצאה הציבורית כדי לשפר את איכות השירות הציבורי שהוא שוב אינו נזקק לו מפני שעבר להספקה פרטית. התוצאה הנוספת היא, שגם קבוצות האוכלוסייה החלשות שאינן נהנות עוד מקבלת שירות בעל איכות מספקת מפתחות גישה מזלזלת כלפיו וגם הן רוצות להימלט ממנו. כך מתרחשת הפרטה למעשה והשירות הציבורי הופך להיות שירות ירוד המשרת בסופו של דבר את העניים בלבד.

אסטרטגיה סמויה נוספת של הפרטה זוחלת היא זו של הטלת תשלומים (Parker, 1976 & 1980; Birch, 1986; Kolderie, 1986, p. 289) על השימוש בשירותי רווחה. להלכה, אסטרטגיה זו אמורה לגייס משאבים נוספים לשירות הציבורי ולווסת במידת מה, באמצעות התשלום, את הביקוש לשירות. אולם, גם היא גוררת אחריה, למעשה, הפרטה של השירות. הטלת תשלומים מתחילה תמיד בתשלום נמוך האמור להיות סמלי בלבד. אך למעשה

חלקי או מלא את מה שהוציא על שימוש בשירות הפרטי. המניע המוצהר של אסטרטגיה זו היא להוריד את הלחץ מן השירותים הציבוריים, לאפשר בחירה רבה יותר למשתמשי שים בשירות ולצמצם את ההוצאה הציבורית לשירותי הרווחה. משום מה הוצאת מס אינה נחשבת כאן הוצאה ציבורית. המניע למעשה בהרבה מקרים הוא השאיפה לעודד את הייצור וההספקה של שירותי רווחה בתוך השוק הפרטי ולספק לספקי השירות אפשרויות של עשיית רווח באמצעות סבסוד המוצר שהם מספקים. התוצאה של שימוש באסטרטגיה זו גם היא הפרטה למעשה, שכן היא מאפשרת שימוש בשירות פרטי במחיר המסובסד בידי הציבור.

אסטרטגיה זו אימצה לעצמה להלכה ממשלת הגברת תאצ'ר בבריטניה. בספר הלבן שפורסם בינואר 1989 והדן במדיניות הנוגעת לשירותי הבריאות הוכרז על צעדים מכוונים לעודד, למשל, קשישים בני 60 ומעלה לבטח את עצמם בביטוח בריאות פרטי, מחוץ לשירות הבריאות הלאומי. כל מי שישלם בעד הביטוח הפרטי הזה, בין שהוא קשיש בעצמו ובין שאלה הם בני משפחתו, ייהנה מהנחות מס נדיבות (Working for Patients, 1989, p. 69). פקידי משרד האוצר של מדינת ישראל הקדימו את הגברת תאצ'ר והעלו הצעות דומות עוד לפני שעשתה זאת ממשלת בריטניה.

כל האסטרטגיות הסמויות והעקיפות שתוארו כאן והפועלות להשלטת ההפרטה של שירותי הרווחה תואמות ומחזקות את המגמות של אותם כוחות כחברה שלנו המעוניינים להטות, אם מסיבות אידיאולוגיות או מסיבות אינטרסנטיות, את משק הרווחה לטובת השוק העסקי הפרטי. האסטרטגיות והטקטיקות העיקריות מקילות על השגת היעדים הללו. הן אינן מעוררות את הדיון הציבורי הנוקב ואת ההתנגדות שהיו מעוררות אסטרטגיות גלויות יותר. אולם, התוצאה החברתית המושגת באמצעות אסטרטגיות אלה היא ברוב המקרים חד-משמעית: צמצום אחריות הכלל להספקת שירותי רווחה לכלל האוכלוסייה.

שירות ברמה נמוכה ותת-תקנית מצד אחד ומשום שאינה יכולה להרשות לעצמה לעשות זאת בעצמה, מצד שני. התוצאה היא, שהקבלנות הפרטית מספקת לממשלה מעין אליבי להשתחרר מהגשת שירות לאוכלוסייה ברמה נאותה. למשל, הדוגמה שהוזכרה כבר לעיל, של בתי-החולים לחולים כרוניים בארץ.

2. ברוב המקרים קשה מאוד למדוד ולהעריך את ההשפעה לטווח הארוך של טיב שירותי הרווחה המוגשים באמצעות קבלנים פרטיים. הדוגמאות הניתנות בדרך כלל להצדקת העברה לידי קבלנים נלקחות מסוגי פעילות שקל יחסית למדוד את טיב הביצוע שלהם ושאינן להם השפעה מתמשכת, כגון איסוף אשפה, כביסה, הפעלת מסעדות, עבודות ניקיון. כל הדוגמאות האלה שונות במהותן משירותי הרווחה. הן אינן נוגעות לצרכים קיומיים חיוניים של האוכלוסייה ולהגשתם אין השפעה מתמשכת לטווח ארוך, כזו שיש, למשל, לשירותי חינוך ובריאות על חיי הצרכנים שלהם; אבל הן משמשות גם להצדקת העברתם של שירותי רווחה חיוניים לידי קבלנים פרטיים.

3. כפי שצוין כבר, הקטנת העלות במקרים של העברת ההספקה לקבלנים מושגת בעיקר בדרך של תשלום שכר עבודה נמוך או שלילת רוב הזכויות הסוציאליות הנלוות לעבודה המוענקות לעובדים או שניהם גם יחד. יתר על כן, קבלנים פרטיים מעסיקים פחות עובדים מקצועיים, או שהם מעסיקים עובדים בעלי מיומנויות נמוכות יותר, דבר המביא לדילול טיב השירות. הקטנת העלות מושגת אפוא במקרים רבים מאוד באמצעות ניצול עבודה זולה של עובדים מקרב קבוצות עובדים חלשות, או באמצעות הורדה מודעת של טיב השירות. השאלה היא אם זו היא הדרך הרצויה להקטנת העלויות של הספקת שירותי הרווחה.

עוד אסטרטגיה עקיפה של הפרטה זוחלת היא של מתן הנחות מס, זיכויים או ניכויים, למשתמשים בשירותי רווחה בשוק הפרטי. אדם המשתמש בשירותי רווחה בשוק הפרטי, כגון בשירות רפואי פרטי, עשוי לזכות לפי אסטרטגיה זו בהנחת מס המתזירה לו באופן

משה נסים, שחזר ואמר פעמים רבות שהוא בעד עידוד וחיוק הרפואה הפרטית. הוא אמר זאת בשעה ששירותי הרפואה הציבוריים היו נתונים במשבר עמוק בגלל צמצום חמור של המשאבים שהוקצו להם מטעם אוצר המדינה שמר נסים עמד בראשו. הממונה על התקציבים באוצר הצהיר, ש"אין מקום לדבר על רפואה שוויונית כי אבד עליה הכלח", וכוונתו היתה לאותה מתכונת של שירותים רפואיים שקופות החולים מבטיחות למבוטחיהן (ארידור, 1988). הוא טען גם, שיש ליצור במסגרת שירותי הבריאות אפשרויות למכור שירותים למי שירצו בהם ויהיו מוכנים לשלם בעדם (וכמובן גם יוכלו לעשות זאת). אלה הן רק דוגמאות אחדות ללחץ שהכוחות הפוליטיים השמרניים הפועלים בתוך הממסד הישראלי מפעילים למען הפרטה של שירותי הרווחה.

אימרוץ והשלטה של מגמות אלה על מערכת שירותי הרווחה הישראלית פירושה מתן לגיטימציה ליצירת חלוקה מעמדית הייררכית ככל הנוגע לנגישות ולשימוש בשירותי הרווחה החיוניים לכל אדם. חוד החנית של מגמה זו מתרכז בימינו בשירותי הבריאות, אבל היא בולטת בתחום הביטוח הפנסיוני והיא חודרת בהדרגה לתחומי שירות אחרים, כמו החינוך על צורותיו והשירותים הטיפוליים. המשמעות של ההתפתחות הזאת, העלולה להביא לביטול למעשה של רצפת שירותי רווחה המובטחת לכל, תשנה באופן יסודי את פני החברה הישראלית. השוני יתבטא בכך שרק השכבות האמידות, של בעלי האמצעים, או קבוצות של בעלי זכויות יתר, ייהנו מנגישות לשירותים בעלי רמה נאותה, בעוד ששאר האוכלוסייה תצטרך להסתפק ברמת שירות ירודה. הנגישות לשירותי הרווחה החיוניים תפסיק להיות זכות חברתית של אזרחות, המבטיחה לכל אדם מעמד שווה אל מול השירותים שהוא נזקק להם כחלק בלתי נפרד של מצבו הקיומי, ואת מקומם יתפוס הסולם הריבוני שיוצר השוק (Esping-Anderson, 1987).

השאלה היא, אם החלופה שהמגמה הזאת טומנת כתוכה, היינו שהכסף יהיה קנה-המידה

דיון וסיכום

במאמר זה נעשה ניסיון להבהיר את הסוגיות השונות הכרוכות בהפרטה של שירותי הרווחה. ראינו, שלא תמיד ברורה המשמעות של המושג הזה. עיקר שימושו בזירה הפוליטית-כלכלית ובתקופה האחרונה הביאו אותו אמצעי התקשורת הציבוריים לתודעת הציבור הרחב. אולם, התהודה החזקה שזכה לו המושג לא תרמה דווקא להבהרה יסודית יותר של משמעותו, והוא נעשה יותר סמל של הסכסוך החברתי והפוליטי החריף הקיים לגביו (Donnison, 1984, p. 45).

בוויכוח המתנהל על הפרטה בישראל יש להבחין היטב בין המגמות השונות של הכוחות המשתתפים בו. המגמה הדומיננטית בוויכוח כארץ היא זו התומכת בהפרטה שמרנית ובהפרטה של השוק. התוגים העומדים מאחורי מגמה זו הם ברובם כוחות אינטרסנטיים חזקים, אם מקרב אנשי העסקים או מבין אנשי המקצועות החופשיים והם פועלים במרץ רב כדי לשנות את מבנה משק הרווחה המעורב הקיים ולהטותו לטובת השוק הפרטי העסקי. מגמה זו מוצגת לציבור כאילו כוונתה להביא ליתר תחרות בתוך המשק בין ספקי שירותי רווחה ובדרך זו לייעל אותם ולשפרם למען אוכלוסיית המשתמשים. אין להכחיש שבתנאים אחרים אכן יש להפרטה של אי אלו פונקציות בהספקת שירותי הרווחה פוטנציאל כזה. אולם, המטרה המנחה את הממסד הפוליטי-כלכלי בישראל בנושא ההפרטה, ומטרה זו לא הוכרזה בגלוי, היא למעשה לחזק ולבסס את זכויות היתר של הקבוצות החזקות בחברה הישראלית בתחום שירותי הרווחה שהשוק הפרטי מבטיח להם, ובעת ובעונה אחת לצמצם את זכויותיה לקבלת שירותי רווחה של האוכלוסייה בעלת ההכנסה הבינונית והנמוכה ולהוריד את איכות שירותי הרווחה הציבוריים המוגשים לה.

ביטויים קונקרטיים של מגמה זו ניתן לראות, למשל, בהצהרותיו של שר האוצר הקודם,

בהם בלבד לא די. חשוב באותה מידה לא להתעלם מן הפגמים והליקויים של שירותי הרווחה הציבוריים הפועלים במסגרת משק הרווחה המעורב. אלה לא עמדו תמיד במבחן היעילות, ההפקה וההגשה של שירותים בעלי איכות נאותה ובעלות סבירה. לא תמיד הם היו נגישים במידה מספקת לכלל האוכלוסייה. הקשיחות הביורוקרטית שלהם פגעה ופוגעת באוכלוסייה הנזקקת להם. האחריות שלהם לציבור לקויה ואפשר גם למנות מגבלות נוספות אחרות שלהם. לכל אלה צריך לתת תשובה נאותה. החלופה של ההפרטה המוצעת לנו, על כל גווניה השמרניים והעסקיים המוצעים לנו, אין בה מענה כזה. אין ספק, שנחוץ מאמץ פוליטי וחברתי גדול על מנת לדחות את המתקפה של ההפרטה מסוגים אלה. אולם, באותה מידה דרוש גם מאמץ מחשבתי רב כדי לתת מענה לבעיות השונות של שירותי הרווחה במסגרת משק הרווחה המעורב שיוכל להתמודד עם האתגר שההפרטה מעמידה בפניהם.

העיקרי לזכייה בשירות שאדם זקוק לו, נותנת תשובה נאותה לצורכי האדם בחברתנו ולחברה הישראלית בכלל. הוגה הדעות האמריקני סידני הוק שלל מגמה זאת:

"העובדה, שיש לאדם כסף כדי לשלם בעד כל שירותי הרפואה והמיומנות הקיימת בתחום זה איננה בהכרח מזכה אותו לזכות בהם, משום שמה שהכסף שלו קונה איננו רק מוצר פרטי, אלא צורה של הון חברתי שנכנה והצטבר במשך דורות ושמישהו שאין לו כסף אבל זקוק להם ראוי להם יותר" (Hook, 1988).

דברים אלה הם בעלי תוקף רב עוד יותר בארץ שבה שירותי הרפואה ושירותי הרווחה נבנו כולם מכספי ציבור, כספי משלם המסים וכספי תרומות יהודי התפוצות. הדעת אינה טובלת שהון חברתי זה, שנצבר במשך השנים בעמל רב, יהיה נגיש בעיקר לבעלי הממון ולבעלי החזקות בחברתנו.

חשוב להבהיר טיעונים אלה כדי להבין את משמעות הסוגיות העומדות להכרעה. אולם

ביבליוגרפיה

- אלכסנדר, א', "רעש המפולת ודממת הבונים, התלות ההדרית בין הכלכליה, החברה והתיאוריה הכלכלית בישראל של שנות השמונים", יעד, 2(20) (יוני 1989).
- ארידור, ע', "הממונה על התקציבים באוצר: אבר הכלח על הרפואה השוויונית בארץ", הארץ מיום 27 למאי 1988. בן-אליא, נ' וג'אנר-קלוזנר, ד', "הפרטה כחלופה מדינית ניהולית", הארץ, מיום 12 למרס 1989.
- גלנרסטר, ה', "איזו מחויבות לרווחה?", בטחון סוציאלי, 33 (מאי 1989).
- דורון, א', "המאבק על מדינת הרווחה בישראל של שנות השמונים", חברה ורווחה, כרך ט', מס' 1 (ספטמבר 1988).
- יצוב, ג', הדברים בשפת ליבם, אדם מוציאים לאור, תל-אביב, 1986.
- מבקר המדינה, דו"ח שנתי 27, 1975/76, ירושלים, 1976.
- מבקר המדינה, דו"ח שנתי 35, 1984, ירושלים, 1985.
- פנחס, ש' וחביב, א', "בעיה בסדר גודל לאומי", הארץ, מיום 22 למרס 1989.
- Bavly, Dan, "Resistance to the Welfare State is Increasing". Paper prepared for the International Conference "The Welfare State and its Aftermath", May 1983, Jerusalem (Mimeo.).
- Bendick, Marc, "Privatizing the Delivery of Social Welfare Services", in: *Privatization*, National Conference on Social Welfare, Washington D.C., 1985. (Project on the Federal Social Role, Working Paper, V. 6).
- Birch, S., "Increasing Charges in the National Health Service: A Method of Privatizing Primary Care", *Journal of Social Policy* 15 (Part 2) (April 1986).

- Borcherding, Thomas E. (ed.), *Budgets and Bureaucrats: The Sources of Government Growth*, Duke University Press, Durham, North Carolina, 1977.
- Carrol, James D., "Public Administration in the Third Century of the Constitution: Supply Side Management, Privatisation, or Public Investment?", *Public Administration Review* (January/February 1987), p. 47.
- Chisman, Forrest, "Privatization as a Social Issue". Paper prepared for: Current Public Policy and Voluntary Organizations Panel; March 14, 1986, National Conference on Social Welfare, Washington, D.C., 1986.
- Donnison, David, "The Progressive Potential of Privatisation ", in: LeGrand, Julian & Robinson, Ray (eds.), *Privatisation and the Welfare State*, George Allen & Unwin, London, 1985.
- Esping-Anderson, Gosta, "State and Market in the Formation of Social Security Regimes, A Political Economy Approach", European University Institute, Florence, 1987 (EUI Working Paper, v. 87/281).
- Gummer, Burton, "Managing in the Public Sector: Privatization, Policy Deadlock, and the Erosion of Public Authority", *Administration in Social Work*, 12(4) (1988).
- Hook, Sidney, "The Uses of Death", *The New York Review of Books*, XXXV(7) (April 28, 1988).
- Johnson, Norman, *The Welfare State in Transition*, Wheatsheaf Books, Brighton, 1987.
- Kammerman, Sheila, "The New Mixed Economy of Welfare", *Social Work*, 28(1), (Jan-Feb. 1983).
- Kaufman, Franz-Xaver, "Major Problems and Dimensions of the Welfare State", in: Eisenstadt, S.N. & Ahimeir, Ora (eds.), *The Welfare State and its Aftermath*, Croom Helm, London, 1985.
- Kettl, Donald F., "Government by Proxy and the Public Service", *International Review of Administrative Sciences*, 54(4) (December 1988).
- King, Desmond, *The New Right — Politics, Markets and Citizenship*, Macmillan, London, 1987.
- Knapp, M., Montserrat, J., Darton, R. & Fenyo, A., "Cross-Sector, Cross-Country Efficiency Comparisons: Old People's Homes in Catalunya and England and Wales" (Discussion Paper 513), University of Kent at Canterbury, Personal Social Services Research Unit, May 1987.
- Knapp, Martin, *The Economics of Social Care*, Macmillan, London 1984.
- Kolderie, Ted, "The Two Different Concepts of Privatization", *Public Administration Review*, 46 (July/August 1986).
- Kramer, Ralph M., *Voluntary Agencies in the Welfare State*, University of California Press, Berkeley, Calif., 1981.
- LeGrand, Julian & Robinson, Ray (eds.), *Privatisation and the Welfare State*, George Allen & Unwin, London, 1985.
- Lukes, Steven, *Individualism*, Basil Blackwell, Oxford, 1973.
- Moe, Ronald C., "Exploring the Limits of Privatization", *Public Administration Review*, 47 (November/December 1987).
- Papadakis, Elim & Taylor-Gooby, Peter, *The Private Provision of Public Welfare State, Market and Community*, Wheatsheaf Books & St. Martin's Press, Brighton and New York, 1987.
- Parker, Roy A., "Charging for the Social Services", *Journal of Social Policy*, 5(4) (October 1976).
- Parker, Roy A., "Policies, Presumptions and Prospects in Charging for the Social Services", in: Judge, Ken (ed.), *Pricing the Social Services*, Macmillan, London, 1980.

- Rentoul, John, "Privatisation: The Case Against", in: Neuberger, Julia (ed.), *Privatisation, Fair Shares For All or Selling the Family Silver*, Macmillan Papermac, 1987.
- Rose, Richard, "Common Goals but Different Roles: the State's Contribution to the Welfare Mix", in: Rose, Richard & Shiratori, Rei (eds.), *The Welfare State East and West*, Oxford University Press, New York and Oxford, 1986.
- Starr, Paul, "The Meaning of Privatization", in: Privatization, National Conference on Social Welfare, Washington, D.C. 1985 (Project on the Federal Social Role, Working Paper, v. 6).
- Sullivan, Harold J., "Privatization of Public Services: a Growing Threat to Constitutional Rights", *Public Administration Review*, 47 (Nov./Dec. 1987).
- Terrel, Paul, "Private Alternatives to Public Human Service Administration", *Social Service Review*, 53(1), (March 1979).
- Wallinsky, Adam, "Keeping the Poor in Their Place: Notes on the Importance of Being One-Up", in: Shostak, B. Arthur & Gomberg, William (eds.), *New Perspectives on Poverty*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1965.
- Wolf, Charles Jr., "A Theory of Non-Market Failures", *The Public Interest*, 55. (1979).
- Working for Patients, The Health Service, Caring for the 1990s*, HMSO, London, January 1989.

רשתות חברתיות לא-פורמליות ומקומן בזירת שירותי הרווחה

מאת ד"ר יוסף קטן*

הקדמה

(1987). לפיכך נסתפק במסגרת זו באזכור קצר בלבד של ארבעה גורמים מרכזיים שתופעה זו מיוחסת להם:

א. ההאטה, ההקפאה ולעתים אף הנסיגה בצמיחה הכלכלית שהחלה במרבית מדינות המערב בראשית שנות ה-70. האטה זו פגעה ביכולתן להקצות משאבים כספיים הנחוצים לצורך החזקתה של מערכת השירותים החברתיים, שלא לדבר על המשך פיתוחה.

ב. התפשטות הערעור על הבסיס המוסרי של מדינת הרווחה. המעורבות הממשלתית המסיבית בהספקת שירותים חברתיים, המהווה נדבך בסיסי של מדינת הרווחה, חורגת לדעת מבקריה מן ההיקף הרצוי של תפקידי המדינה. התערבות זו מחזקת ללא צורך את כוחם של המנגנונים הממשלתיים, פוגעת בחירות הפרט, כובלת את חופש הבחירה, היוזמה וכוח היצירתיות שלו ומעודדת בו אדישות ופסיביות.

ג. תחושת האכזבה בחוגים רחבים מביצועיה הדלים של מדינת הרווחה. חוגים שמאליים שונים מציינים את מחדליה של מדינה זו במימוש מטרותיה החברתיות המרכזיות ואת כישלונה בהשגת היעד של הגברת השוויוניות הכלכלית בין שכבות חברתיות שונות. חוגים ימניים אינם תמהים על כישלונות אלה ורואים בהם עדות מובהקת להוצאות השליליות הנובעות ממעורבות הממשלה.

מאז אמצע שנות ה-70 חל ברבות ממדינות המערב תהליך של שחיקה בתמיכה במדינת הרווחה ובעקרונותיה. שחיקה זו ניכרת הן בקרב גורמי שלטון, הן במפלגות פוליטיות שונות, הן בחוגים אינטלקטואליים ואקדמיים והן בקבוצות אוכלוסייה רחבות (ובכללן קבוצות שתמכו בעבר בעקרונות אלה).

לירידה זו בתמיכה במדינת הרווחה היו מספר ביטויים מוחשיים הן בארצות הברית, הן בבריטניה והן במדינות מערביות אחרות (Le Grand & Robinson, 1984; Mishra, 1984; Walker, 1984; Brown 1987).

החקיקה הסוציאלית, שהיוותה את אחד המנופים העיקריים לקידום ולמימוש מטרות מדינת הרווחה, הוגבלה, ההוצאה הציבורית הריאלית המופנית למספר תחומי רווחה קוצצה, תוכניות חברתיות שונות בוטלו ותנאי הזכאות לקבלת שירותים שונים שונו במגמה לצמצם את מספר האנשים שיוכלו ליהנות מהם.

הנסיבות שהביאו לכרסום זה במעמדה ובתפקידיה של מדינת הרווחה ובתמיכה בה נסקרו בהרחבה בספרות (דורון, 1985; קטן, 1988; Le Grand & Robinson, 1984; Mishra, 1984; Offe, 1984; Walker, 1984;

* בית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

ותיבתן יכולתן למלא תפקיד מרכזי בזירת שירותי רווחה ולהחליף ולו באופן חלקי את מקומם של השירותים הממשלתיים-ציבוריים. המאמר מצביע אמנם על מספר בעיות הכי רוכות בתפקוד הרשתות החברתיות, אך הוא אינו בא להטיל ספק בתרומתן ובחיוניותן. ויחד עם זאת הוא מבקש להזהיר מפני הנטייה לראות בפעולתן מרשם ודאי לתיקון פגמיה של מדינת הרווחה ואמצעי לשחרור המדינה מתפקידיה ומאתריותה בתחום השירותים החברתיים.

הרשתות החברתיות הבלתי פורמליות וסגולותיהן

הקטגוריה של המערכות הבלתי פורמליות הפועלות בזירת הרווחה אינה עשויה מקשה אחת, אלא היא כוללת בתוכה מגוון רחב של מסגרות חברתיות כגון קבוצות לעזרה עצמית ורשתות משפחתיות. המסגרות הללו שונות אלה מאלה במבנה שלהן, בגיבושן, בהרכבן החברתי, במטרותיהן, במיקומן הגיי-אוגרפי ובצורת פעולתן. במאמר זה נתרכז במיוחד ברשתות החברתיות, שהן מרכיב מרכזי של מערכות התמיכה הבלתי פורמליות.

רשתות חברתיות לא-פורמליות מורכבות מאנשים המקיימים ביניהם קשרים על בסיס של קרבת משפחה או היכרות אישית. הרשתות כוללות בדרך כלל בני משפחה וקרובים, שכנים, חברים לעבודה וחברים שעברו יחד חוויות משותפות בעבר (כגון לימודים באותה מסגרת, שירות צבאי משותף, שהות משותפת בחוץ-לארץ). היכרויות ישירות אלה מאפשרות לאנשים לטוות קשרים עקיפים עם אנשים נוספים שעמם יש לקרובי המשפחה או לחברים היכרות ישירה; זיקתו של אדם לרשתות חברתיות עשויה ללוש צורות שונות ומגוונות. הוא עשוי להשתייך לרשת אחת (קרובי משפחה, למשל) או למספר רשתות (קרובי משפחה, שכנים, חברים). רשתות שונות אלה עשויות

ד. התגברות ההכרה בדבר התפקוד הלקוי של ארגונים ממשלתיים-ציבוריים. ארגונים אלה סובלים לדעת מבקריהם מסדרה של פגמים, כגון חוסר יעילות, בזבוז משאבים, עלויות גבוהות, ריכוזיות יתר, העדר רגישות לביקושים ספציפיים, נוקשות ארגונית והעדפת האינטרסים של הארגונים ועובדיהם על-פני האינטרסים של הצרכנים.

את מקום המעורבות הנרחבת של המדינה כמספקת שירותי רווחה אמורים למלא – על-פי גירסת מבקריה – שלושה גורמים אלטרנטיבי-וויים מרכזיים: ארגונים וולונטריים הפועלים שלא למטרות רווח, ארגונים פרטיים הפועלים למטרות רווח ומערכות תמיכה חברתיות בלתי פורמליות. גורמים אלה מילאו תפקידי סיוע מרכזיים בתקופה שקדמה להתפתחותה של מדינת הרווחה והמשיכו לתפקד בתחום זה גם בעידן המעורבות הממשלתית המוגברת, אך השפעתם צומצמה. עתה מבקשים אלה השואפים לחולל שינויים בדפוסי פעולתה של "מדינת הרווחה" להטיל שוב על ארגונים ומערכות חברתיות אלה תפקיד מרכזי בזירת הרווחה.

מאמר זה מבקש לדון בדרך תפקודו של אחד מגורמים אלה – רשתות התמיכה הבלתי פורמליות – ולבחון את המידה שבה מערכות אלה, המהוות נדבך מרכזי של גישת הטיפול הקהילתי (Community Care), עשויות למלא את החלל הריק שעשוי להיווצר, אם אכן תחול נסיגה משמעותית במעורבות הארגונים הממשלתיים.

המאמר נחלק לשלושה חלקים עיקריים. בחלק הראשון יתוארו תכונות הרשתות החברתיות הלא-פורמליות וייבחנו היתרונות העיקריים המיוחדים להם. דגש מיוחד יושם באותם יתרונות האמורים לענות על חולשותיהם של הארגונים הממשלתיים-ציבוריים. בחלק השני ייסקרו מספר עבודות מחקריות המתארות דפוסי תפקוד אופייניים של רשתות בלתי פורמליות ויאותרו נקודות תורפה שונות העשויות לאפיין את פעולתן. בחלק השלישי יסוכמו נקודות התורפה והחוזק של הרשתות

אפיינים את המגזר העירוני; אך כיום הדעה הרווחת היא, שגם במגזר זה רשתות אלה ממשיכות להתקיים ואף מתפתחות רשתות חברתיות חדשות. יחד עם זאת, רבות מן הרשתות שהיו קיימות בעבר קיבלו צורה חדשה התואמת יותר את תכונותיו המיוחדות של המרקם החברתי העירוני שהן פועלות בו עתה (Wellman & Leighton, 1979; Wellman, 1981). בספרות המקצועית יש עדויות למכביר על קיום רשתות תמיכה חברתיות ועל פעילותן הרבה במגוון רחב של תחומים (שמואלי שובל ופליישמן, 1983; שמגר-הנדלמן, תש"מ"ה; ינון ומלמד, 1986; אוסלנדר, 1988; Cantor, 1975; Shanas, 1979; Hadley & McGrath, 1980; Branch & Jette, 1983; Payne, 1983; Litwak, 1985; Wagner & Keast, 1981; Pfaff & Diemer, 1986; Antonucci & Akiyama, 1987; Auslander & Litwin, 1987).

קיומן של הרשתות החברתיות וחלקן הרב בהקצאת מענים שונים לצורכי אנשים, אינם ניתנים אפוא לערעור וכל ניסיון להעלים עין מפעילותן הוא בבחינת התכחשות למציאות. ההכרה בקיומן ובחיוניותן של הרשתות החברתיות הניעה מתכננים חברתיים באנגליה להעלות הצעות לשינויים במבנה שירותי הרווחה המקומיים המבוססים על מיצוי הפוטנציאל של רשתות אלה (Hadley & McGrath, 1980; Hadley & Hatch, 1981; Hadley et al., 1984). הכרה זו אף הטביעה את חותמה על דו"ח ועדת ברקלי, שהיתווה את התפקידים והמשימות שהעובדים הסוציאליים, באנגליה ובוויילס, צריכים למלא (The Barclay Report, 1982). על-פי המלצות דו"ח זה אחד מתפקידיו המרכזיים של העובד הסוציאלי הוא לפעול בקהילות קטנות, לאתר בהן רשתות תמיכה לא-פורמליות ולסייע להן למצות את יכולתן כמסגרת למתן מענים לצורכיהם של אנשים.

ב. המרכיבים והתכנים של הסיוע שהרשתות מושיטות לחבריהן
הסיוע שמערכות התמיכה הפורמליות והלא-

להיות קשורות אלה לאלה או מנוחקות אלה מאלה. הן עשויות להיות שונות אלה מאלה במבנה הפנימי שלהן ובמידת פריסתן. בצד רשתות סגורות ובעלות יחסים פנימיים הדוקים עשויות לפעול רשתות פתוחות ובעלות יחסים פנימיים רופפים. לפיכך השתייכות לרשת עשויה להיות אינטנסיבית ביותר וכרוכה במגעים הדוקים ותכופים בין חבריה, אך היא עשויה להיות גם רופפת למדי ובעלת קשרים רופפים. במסגרת מגעים אלה מוחלפים סוגים שונים של "סחורות", כגון כסף, תמיכה ריגושית וטיפול אישי, העשויים לסייע לחברי הרשת, לעתים – באופן משמעותי ביותר.

רשתות חברתיות עשויות להיות אפוא מקור סיוע רב ערך עבור חבריהן. משום כך אין להתפלג שבמדינות רווחה שונות גוברת והולכת בשנים האחרונות בחוגים שונים (גורמי ממשל ארציים ומקומיים, ראשי שירותים, אנשי אקדמיה, עובדים מקצועיים) ההכרה, שברשתות אלה גלום פוטנציאל רב ערך שעדיין לא מוצה בחלקו ושהן עשויות לשמש מסגרת הולמת להספקת מגוון רחב של שירותים לאנשים, ובין אלה גם שירותים שמספקים הארגונים הממשלתיים והציבוריים.

אלה התומכים בהגברת מעורבותן של רשתות התמיכה הלא-פורמליות בזירת הרווחה מצביעים על כמה תכונות של רשתות אלה המכשירות אותן למילוי תפקיד זה. תכונות אלה יתוארו להלן.

א. הרשתות החברתיות הלא-פורמליות כמסגרת קיימת ורבת חיוניות בזירת הרווחה

הרשתות החברתיות הלא-פורמליות הן תופעה של קבע הקיימת לא רק בקהילות כפריות שעדיין שומרות על אופיין המסורתי, אלא אף בחברות עירוניות מודרניות.

אמנם מספר חוקרים גרסו, שהמעבר של יחידים ומשפחות מן הכפר לעיר יביא לניתוק יחידים מרשתות תמיכה לא-פורמליות המאפיינות את המגזר הכפרי ולהגברת תלותם בארגונים ובשירותים ציבוריים פורמליים המ-

מבט על מקומן של הרשתות הלא-פורמליות בין שאר מסגרות הסיוע נותן מחקר שערכו בגרמניה פפאף ודיימר (Pffaf & Deimer, 1986). חוקרים אלה בדקו מה דעתם של ספקים ושל צרכנים של שירותים על סוגי הסיוע הניתנים על-ידי שלושה סוגים עיקריים של ארגונים: ארגוני שירות ציבוריים גדולים, ארגוני ביניים (שטיבם לא צויין) ורשתות חברתיות לא-פורמליות קטנות (רשתות המורכבות מקרובי משפחה, שכנים, חברים וכדומה).

ספקי השירותים ענו, שהרשתות הלא-פורמליות מספקות לחבריהן סוגים שונים של סיוע (אהבה, מידע, מעמד, סיוע כספי וחומרי אחר), אך בהשוואה לשתי מסגרות התמיכה האחרות הן עסקו במידה רבה יותר במתן אהבה, תמיכה ריגושיה ותום. לעומת זאת, ארגוני השירות הציבוריים הגדולים התמחו במיוחד במתן מידע ובהקצאת סיוע כספי.

תמונה דומה התקבלה מבדיקת ציפיותיהם של הצרכנים. גם הם ענו, שהרשתות הלא-פורמליות מספקות מגוון רחב של סוגי סיוע, אך הן מתרכזות במיוחד בהענקת אהבה ותמיכה ריגושיה ופחות בהקניית מידע. לעומת זאת, השירותים הציבוריים הגדולים מתרכזים לדעתם בהענקת סיוע כספי, אף-על-פי שגם הם מעניקים סוגי סיוע אחרים (פרט לתמיכה ריגושיה).

מינדל, רייט וסטארט (Mindel, Wright & Starrett, 1986) השוו בין הסיוע הניתן למדגם של קשישים בקליולנד שבארצות הברית על-ידי רשתות לא-פורמליות וארגונים פורמליים וגם הם מצביעים על קיומה של חלוקת עבודה בין שתי מסגרות אלה. בעוד שהרשתות הלא-פורמליות התרכזו בעיקר בסייעות אישית וביחסי אהבה, עזרה סיעודית, ניקיון וכדומה) ובהסעות ובדיור, הארגונים הפורמליים סיפקו לקשישים בעיקר סיוע כספי ושירותים רפואיים.

פרולנד ואחרים (Froland et al., 1981), המסתמכים על סקירת ספרות רחבה ועל סקר של מגוון רשתות סיוע לא-פורמליות שערכו בארצות הברית, מצביעים על הרפרטואר הרחב

פורמליות השונות מספקות כולל מגוון רחב של מרכיבים, כגון: כסף וסיוע חומרי אחר, עזרה אישית וביחית (למשל, הכנת ארוחות, עבודות בית, תיקונים, קניות, הסעות, השגחה על הילדים), תמיכה ריגושיה וחברתית (למשל, אהבה וחום, הקניית תחושת השתייכות חברתית, הקצאת מסגרות לפעילות חברתית), עזרה רפואית, מידע, עצות מסוגים שונים וסיוע ביצירת קשרים עם גורמים שונים (למשל, הקלת הנגישות לרשויות פורמליות שונות).

מה הם סוגי הסיוע שרשתות התמיכה הלא-פורמליות מספקות? האם הן מתמחות בתכני סיוע ספציפיים? מספר רב של עבודות, שנערכו בעיקר בארצות הברית ובאנגליה ותיארו פעילות של רשתות סיוע לא-פורמליות, התייחסו לסוגיה זו. כאן נסתפק באזכור חלק מעבודות אלה, ובכללן מספר עבודות שתיארו את פעילותן של רשתות חברתיות בישראל.

שמואלי, שובל ופליישמן (1983), המתארים את פעילותן של רשתות תמיכה משפחתיות המסייעות לזקנים בשכונה ירושלמית, מציינים שבמסגרת רשתות אלה התפתחו במידות שונות של עוצמה יחסים הדדיים שבהם הוחלף מגוון רחב של סוגי סיוע: כסף, עזרה בקניות, השגחה על הילדים, תמיכה ריגושיה, החזקת משק בית ובילוי משותף.

מורג'טלמון (תשמ"ה), שבדקה מדגם של רשתות משפחתיות בקרב בני העדה המרוקנית בישראל, מצביעה על קיומם של שני סוגי רשתות: אחת היא רב-גילית וכוללת בתוכה הורים, בנים ובנות, נכדים ונינים בלויית נספחי חיתון וקרובים נוספים. רשת זו מהווה בעיקר מסגרת למפגשים משפחתיים בחגים. הסוג השני בנוי סביב גרעין קבוע של אחים או אחיות, שאליהם מצטרפים קרובי משפחה נוספים, שהמכנה המשותף המאחד אותם הוא קרבת הגיל. רשת זו מספקת מסגרת חברתית לבילויים משותפים, להחלפת מידע, ליצירת קשרים חברתיים מסייעים ולתיווך עם מסגרות פורמליות. אולם רשתות אלה אינן מאופיינות ביחסי חליפין של כסף או סוגים אחרים של סיוע חומרי.

ציבוריים ומארגונים וולונטריים, שפעולתם מוגבלת לימים ולשעות ספציפיות, רשתות חברתיות רבות עומדות בדרך כלל לרשות חבריהן – כמקור סיוע – לא מגבלה של זמן. יתר על כן, תמיכת הרשתות ניתנת פעמים רבות באורח ספונטני ומידי ואינה מותנית באילוצים ביורוקרטיים שונים ובעי-כובים נוספים המאפיינים את פעילות ארגוני השירות הפורמליים. העובדה, שהרשתות החברתיות משוחררות מסממנים ביורוקרטיים שונים, כמו הצורך בהמתנה בתור ובמילוי טפסים המרתיעים אנשים מפנייה לקבלת סיוע, עשויה להגביר את נכונות חבריהן לפנות אליהן ולהיעזר בהן.

שנית, בשל הרקע להתהוותן, הרכבן, המבנה שלהן ואופי היחסים הפנימיים המתהווים בתוכן, קיימת בין חברי הרשתות היכרות הדדית מירבית. היכרות זו עשויה להגביר את היות החברים ערים ומחויבים לצורכי היחידים המשתייכים לרשתות אלה ואת יכולתן לספק להם מענים ההולמים את צורכיהם הייחודיים. שלישית, הסיוע הניתן במסגרת הרשתות הלא-פורמליות מבוסס על עובדת היותו של מקבל הסיוע חבר ושותף ברשת. חבר רשת המסייע לרעהו גומל בכך על סיוע שניתן לו, או שהוא מצפה לכך שבעקבות הסיוע שהוא מושיט ייחנה גם הוא מיד או בעתיד מסיוע. ההדדיות ותחושת השותפות המאפיינים את מרקם היחסים המתהווה ברשתות משחררים את חבריהן מתחושה של אי נחת העשויה להתפתח אצל אנשים המקבלים סיוע הניתן באורח חד-סטרי על-ידי ארגוני שירות ציבוריים או ארגונים וולונטריים.

רביעית, הפעלה מסיבית של רשתות חברתיות, כמסגרת להספקת סוגים שונים של סיוע ליחידים ולקבוצות תוך מיצוי הפוטנציאל הרב הגלום בהן, עשויה לאפשר לארגוני השיירות הציבוריים לקצץ בהיקף פעולתם (כעיקר באותם תחומים שבהם ניתן או יכול להינתן סיוע על-ידי הרשתות החברתיות) ולצמצם בכך את היקף המשאבים הכספיים שהם מוציאים. חמישית, הסתמכות רבה יותר על רשתות

של סוגי סיוע הניתנים על-ידי רשתות אלה לאנשים הזקוקים לסיוע. סיוע זה כולל: עזרה חומרית, שירותים שונים, תמיכה ריגושית, מסגרת לפעילות חברתית ותיווך. אבל הם מציינים, שלא כל סוגי הרשתות מספקות אותם סוגי סיוע.

החשיבות שבהושטת תמיכה ריגושית וחברתית, במסגרת רשתות חברתיות הודגשה גם בעבודות המתארות את הסיוע שרשתות אלה מושיטות לאנשים חולים (Auslander & Litwin, 1987; אוסלנדר, 1988). עבודות לא מעטות אף תיארו את תרומת התמיכה הריגושית שמעניקות לעובדים רשתות לא-פורמליות של חברים למניעת תופעות של שחיקה (פיינס, 1980; אכירס וקטן, 1987; Pines & Kafry, 1978).

מעורבות הרשתות בתחום המניעה צוינה במספר עבודות שתיארו את תרומת התמיכה החברתית הניתנת על-ידי חברים במסגרות צבאיות למניעת פגיעות נפשיות, כמו תגובת הלם קרב (סולומון ואחרים, 1988).

התמונה העולה מן המחקרים השונים היא, שברשתות לא-פורמליות אמנם זורמים סוגי סיוע שונים, אך בדרך כלל מרבית הרשתות משמשות מסגרת שבה מוחלפים משאבים, כגון תמיכה חברתית וריגושית, מידע, עצות ותיווך, אך רק בחלק מהן זורמים משאבים אחרים, כגון סיוע כספי וסיוע חומרי אחר.

התמחותן של הרשתות הלא-פורמליות בהקצאת מספר סוגי סיוע ספציפיים מצביעה על חשיבותן הרבה במערך השירותים המספקים מענים לצרכים מגוונים של אוכלוסיות ומורה על אפשרות קיומה של השלמה הדדית בינן ובין מסגרות הסיוע האחרות (Litwak, 1985).

ג. תכונות נוספות של הרשתות התורמות ליכולת הסיוע שלהן

בנוסף להיותן מסגרת סיוע חיונית מייחסים לרשתות החברתיות עוד מספר תכונות התורמות לתפקודן בזירת הרווחה. חמש מתכונות אלה נציין להלן.

ראשית, בשונה מארגוני שירות ממשלתיים-

לוח מס' 1: ליקויי שירותי הרווחה הציבוריים
ויכולת התיקון של הרשתות החברתיות

סגולות הרשתות החברתיות הלא- פורמליות	ליקויי שירותי הרווחה הציבוריים
מיצוי הולם יותר של פוטנציאל הסיוע הגלום ברשתות החברתיות עשוי לאפשר השגת חיסכון בחוצאה הציבורית המוקדשת לשירותים חברתיים.	מחסור במשאבים כספיים ובשל כך העדר יכולת לפתח את שירותי הרווחה הציבוריים.
פעילות הרשתות החברתיות מבוססת על יחסים אישיים, אינטימיות, היכרות בין אנשים בעלי רקע דומה והוויות משותפות. אופי זה של יחסים מאפשר מתן סיוע מידי ונטול מגבלות ביורוקרטיות.	האופי הביורוקרטי, האימפרסונלי, של השירותים הציבוריים היוצר ריחוק בין עובדים לצרכנים ומטיל אילוצים שונים על יחסי-הגומלין ביניהם.
ההיכרות ההדדית בין חברי רשתות מאפשרת מתן סיוע התואם את צרכיהם.	חוסר רגישות ומודעות לצרכים מגוונים של צרכנים.
חיזוק הרשתות החברתיות מגביר את אחריותן לשלום הקרובים והחברים.	העזרה הממוסדת הניתנת לאנשים מסירה מקרוביהם ומחבריהם את הדאגה לרווחתם.
מרכיב ההדדיות שבסיוע משחרר את חברי הרשתות מן האפשרות שתפתח אצלם תחושה של אות קלון.	דפוסי מתן השירות עשויים להדביק על הפונים אות קלון (סטיגמה).
הרשתות החברתיות מספקות סוגי סיוע (כגון תמיכה ריגושית וחברתית), שאינם ניתנים על-ידי השירותים הציבוריים.	השירותים הציבוריים מתמחים בעיקר כמתן סיוע כספי ומקצועי.

חברתיות כמקורות סיוע אפשריים ליחידים,
למשפחות ולקבוצות עשויה להביא לחיזוקן
של מסגרות כמו המשפחה והקהילה השכונ-
תית, להגביר את אחריותם לרווחתם של פרטים
המשתייכים אליהם ולחזק בכך את מודעותם,
רגישותם ופתיחותם לצורכי הזולת.

קיומן של רשתות חברתיות תומכות, העומ-
דות לרשות חבריהן כמקור סיוע, יכול לתרום
מבחינה זו תרומה פוטנציאלית רבה למניעת
התפתחותן של מצוקות, או להתייחסות אליהן
בעודן באיבן, ולא רק להתמודדות עמן לאחר
שהתפתחו. קיום קהילה רגישה וערה לצורכי
חבריה עשויה אף לתרום למניעת כניסתם של
אנשים למוסדות על כל הכרוך בכך, ולהקל על
השתלבותם החברתית של אנשים, כגון חולי
נפש, עבריינים ומפגרים המשתחררים ממוסדות
טיפול. אין להתפלא אפוא, שרעיונות ה"אל-
ממסוד" ו"הטיפול הקהילתי", המחייבים טי-
פול באנשים במסגרת קהילתם הטבעית ומניעת
כניסתם למסגרות מוסדיות, והחתירה לחיזוק
הרשתות החברתיות ולהסתמכות רבה יותר
עליהם, שלובים זה בזה באורח הדוק (The
Barclay Report, 1982; Payne, 1983).

בחינת הסגולות החיוביות הרבות המיוחסות
לרשתות החברתיות מעלה, שהן עשויות להע-
לות ארוכה לחלק נכבד מן הפגמים שנתלו
בשירותים הציבוריים הפורמליים, המהווים
אבן פינה של מערך השירותים החברתיים
במדינת הרווחה המודרנית. לוח מס' 1 מציג
בצורה מסכמת חלק מן הליקויים המיוחסים
לשירותי הרווחה הציבוריים והדרך שבה הרש-
תות הלא-פורמליות עשויות לתקנם.

האחריות החברתית הקולקטיבית והשתחררות מכבלי התפיסה התולה בפרטים עצמם את קולר מצוקתם ומטילה עליהם ועל קרוביהם את הדאגה לסיפוק צורכיהם.

עידוד הפעילות המקיפה של רשתות חברתיות וראייתן ככלי מרכזי למתן מענים לצרכים חברתיים וכתחליף, ולו חלקי, למעורבות הממשלתית בזירת הרווחה, מבטאים מגמה ברורה של פגיעה בעקרון האחריות החברתית הקולקטיבית, החלשת הלגיטימציה של "מדינת הרווחה" וכרסום במעמד של השירותים החברתיים האוניברסליים.

ב. תרומתן האפשרית של הרשתות החברתיות לשמירת הפער הכלכלי וההפרדה

בין שכבות חברתיות שונות

אחת ממטרותיה העיקריות של מדינת הרווחה היא החתירה למימוש העיקרון של החלוקה מחדש (Redistribution). על-פי עיקרון זה מגויסים – באמצעות מנגנוני המיסוי ובאמצעים אחרים – משאבים כספיים מקבוצות אוכלוסייה בעלות משאבים ומועברים באמצעות שירותי הרווחה השונים לקבוצות אוכלוסייה אחרות שהמשאבים שבידיהן דלים. מישור עיקרון זה נועד לבטא את ערך הסודליזם ריות החברתית והאחריות הקולקטיבית ולהביא לצמצום הפערים הכלכליים בין שכבות וקבוצות חברתיות שונות.

הסתמכות על רשתות תמיכה חברתיות לא-פורמליות כמקור מרכזי לסיוע כספי ותומרי אינו עולה בקנה אחד עם עקרון החלוקה מחדש ומציב בפניו אתגר כבד, קודם כל בגלל הרכבן של רשתות אלה, הכוללות בעיקר אנשים הקרובים זה לזה מבחינה כלכלית, חברתית ותרבותית (קרובי משפחה, שכנים המתגוררים כאותה שכונה, חברים העובדים יחד וכדומה). לפיכך הרשתות משקפות את תמונת הריבוד ואי-השוויון המאפיינת את המרקם החברתי הרחב שהן פועלות בו.

אחת ההשלכות האפשריות של מדיניות המסתמכת על רשתות העזרה הלא-פורמליות כמקור מרכזי להספקת סיוע כספי ותומרי

נראה אפוא, שכוח המשיכה של הרשתות החברתיות וראייתן כגורם רב משקל במערך שירותי הרווחה, נובעים בין השאר מן ההכרה שהן עשויות לשמש תחליף, ולו חלקי, לשיירות שמשפק המגזר הממלכתי-ציבורי ולתת מענה הולם לחלק נכבד מן הליקויים שיוחסו לו.

בצד הטיעונים בזכותן של הרשתות החברתיות הלא-פורמליות הועלו בשנים האחרונות מספר הסתייגויות מפעולתן של הרשתות החברתיות בזירת הרווחה. הנקודות העיקריות שהועלו במסגרת הראייה הביקורתית הזאת ייסקרו להלן.

הסתייגויות מפעילות הרשתות החברתיות הלא-פורמליות בזירת הרווחה

עיון בעבודות שונות הבוחנות את פעילות הרשתות החברתיות מצביע על מספר מגבלות עיקריות העשויות לפגוע בכושר תפקודן בזירת הרווחה (שמואלי, שובל ופליישמן, 1983; מורג-טלמון, תשמ"ה; שמגר-הנדלמן, תשמ"ה; ינון ומלמד, 1986; ליטוין, 1987; Mckinlay & Mckinlay, 1972; Froland et al., 1981; Pinker, 1982; Walker, 1984; 1987). חלק ממגבלות אלה יתוארו להלן.

א. ההסתמכות על הרשתות החברתיות כאמצעי לפגיעה במדינת הרווחה

מדינת הרווחה מבוססת כאמור על התערבות מקיפה של הממשלה במגוון של נושאים חברתיים וכלכליים. התערבות זו מעוגנת בהכרח, שעל המדינה מוטלת אחריות קולקטיבית לרווחתם ולביטחונם הכלכלי של אזרחיה. קבלת אחריות זו בידי המדינה היתה כרוכה בהתגברות על התפיסה שרווחתם של פרטים נתונה בעיקר בתחום אחריותם או באחריות משפחתם. מדינת הרווחה לא היתה יכולה להתפתח כפי שהתפתחה ללא אימוץ העיקרון של

זה הם אפוא דווקא אנשים, שלרשותם לא עומדים משאבים שהם יכולים לתתם בתמורה למשאבים אחרים. ההסתמכות על הרשתות החברתיות כמקור סיוע מרכזי תוך החלשת השירותים הציבוריים עשויה אפוא להביא לכך שאנשים לא יזכו לסוגי הסיוע שהם נזקקים להם או שיזכו לסיוע בהיקף ובאיכות מוגבלים.

תמונת מצב זו אינה הולמת את מטרותיה ועקרונותיה של מדינת הרווחה, שביקשה באמצעות חקיקה סוציאלית מחייבת ופיתוח מערכת עניפה של שירותי רווחה ציבוריים להביא לחילוץ ולשחרור בני אדם מתלות מוחלטת ובלעדית במערכות תמיכה לא-פורמליות, להכניסם לשיח ולהם סיוע גם בלי שיצטרפו "לשלם" עבורו ולתת בכך ביטוי מובהק לערכי האחריות הקולקטיבית והסולידריות החברתית.

ד. העדרן של רשתות חברתיות ותכונות מבניות של רשתות קיימות

ראיית הרשתות החברתיות כאמצעי תמיכה מרכזי בבני אדם מעוגנת בהנחה, שמסגרות אלה קיימות ומתפקדות ממילא. לפיכך השאלה המתעצבת בפני אלה המבקשים להסתמך עליהן היא לא כיצד ליזום אותן ולהקימן, אלא כיצד לחזקן כך שניתן יהיה למצות את הפוטנציאל הרב הגלום בהן.

ההכרה שרשתות אכן קיימות ושעובדת קיומן הופכת אותן למרכיב מרכזי במערך השירותים החברתיים בקהילה אינה מקובלת על מספר חוקרים. פינקר (Pinker, 1982), בביקורתו החריפה על דו"ח ועדת ברקלי, מעלה ספקות באשר למשמעות הקונקרטית של המושג "קהילה" ובאשר ליכולתה לשמש מוקד מרכזי למתן מענים הולמים לצורכיהם המגורניים של בני אדם. אחת מטענותיו המרכזיות היא, שאזורי מגורים רבים אינם תואמים את דימוי "הקהילה" הגלום בדו"ח הוועדה ואינם מאופיינים בקיום רשתות תמיכה מקומיות הסועדות בני אדם בעת מצוקתם. אי-אמון מוחלט ביכולת ההסתמכות על מסגרות תמיכה לא-פורמליות בחברות עירוניות מודרניות מביע גם אופה (Offe, 1984).

עשויה להיות אפוא, שאנשים המשתייכים לרשתות הדלות במשאבים כספיים, כמו אלה המתגוררים באזורי מצוקה, עשויים לא ליהנות משום סיוע או לזכות בסיוע דל בלבד (שמגרי-הנדלמן, תשמ"ה). לעומת זאת, אנשים המשתייכים לרשתות עתירות משאבים ימשיכו ליהנות מסיוע רב.

ההסתמכות על הרשתות עשויה להקשות אפוא על מימוש העיקרון של החלוקה מחדש ולחזק את הפערים בין שכבות חברתיות שונות. יתר על כן, הפגיעה בשירותים החברתיים האוניברסליים הכרוכה בחיזוק הרשתות החברתיות עשויה להקשות גם על היווצרות מוקדי מפגש ושילוב בין אנשים הבאים מרקעים חברתיים שונים.

ג. מימד ההדדיות בפעילות הרשתות החברתיות והשלכותיו

פעילותן של הרשתות החברתיות מבוססת על יחסי חליפין הדדיים בין חבריהן. חבר הזוכה לסיוע מחבר או מחברים ברשת שהוא משתייך אליה מצפים ממנו לגמול לנותני הסיוע (אלא אם כן הסיוע ניתן כתמורה ומבטא את מימוש עקרון ההדדיות). כל עוד התגמול עבור הסיוע לא סופק, המקבל נשאר בחזקת "בעל חוב" ומצפים ממנו לפרוע את חובו. נורמה זו של הדדיות עשויה להטיל עול כבד על חברי רשת הזקוקים בשל מצבם לסיוע, אך הם אינם מסוגלים לגמול עבורו. לדוגמה, מקרוב משפחה עתיר משאבים המשתייך לרשת שרוב חבריה מובטלים או קשישים ועניים, מצפים שיושיט להם סיוע, אבל הוא אינו יכול להיות בטוח כלל שיקבל תמורה עבור סיוע זה. בנסיבות אלה חבר זה עשוי להחליט להתנתק מן הרשת.

באותה מידה, חבר רשת הנקלע למצוקה חומרית עשוי להסס לפנות לקבלת סיוע מחברים אחרים מחשש שהוא יטול על עצמו מעמד של בעל חוב שאינו מסוגל לעמוד בהתחייבויותיו. מספר עדויות מורות על כך, שבשל סיבה זו קשישים רבים מהססים להיעזר ברשתות המשפחתיות שלהם. הנפגעים העיקריים ממצב

לדעתם לסוג השלישי – "הקהילה המשוחררת". תושבי קהילות אלה משתייכים למספר רשתות, שחלק נכבד מהן ממוקם מחוץ לאזורי המגורים ולעתים אף בריחוק רב מהם. רשתות אלה נבדלות זו מזו בעוצמת הקשרים ההדדיים המתקמים בתוכן, במידת סגירותן וסביכותן ובטיב המשאבים המוחלפים בתוכן.

רשתות אלה אינן חזקות אפוא כמו הרשתות המאפיינות קהילות שניצלו ותלות חבריהן בהן מוגבלת. אך, לעומת זאת, הן בעלות פריסה רחבה המאפשרת לחבריהן גישה למקורות שנבצר מהם להגיע אליהם אילו השתייכו לרשתות פנים-קהילתיות סבוכות והדוקות. רשתות אלה אינן מספקות בדרך כלל לחבריהן סיוע כספי ותומרי אחר או תמיכה ריגושית. התמחותן העיקרית היא בהספקת מידע, בתיווך ובכניית קשרים עם גורמים חיצוניים שונים. סוג זה של רשתות תואם לדעתם את תכונותיה של החברה העירונית המודרנית.

ולמן ולייטון מסכמים את סקירתם בדיווח על מחקר שערכו באחת משכונותיה של טורונטו שבקנדה. המחקר העלה, שרבים מתושבי קהילה זו השתייכו בעת ובעונה אחת לסוגים שונים של רשתות: חלשות וחזקות, מקומיות וחיצוניות, סבוכות ורופפות, בעלות יכולת רבה לגייס משאבים ובעלות יכולת חלשה לעשות זאת. דווקא אנשים שהשתייכו לסוגים שונים של רשתות היו עשויים ליהנות מן היתרונות שיש לכל אחת מהן. יחד עם זאת, השתייכות למגוון של רשתות איפיון רק חלק מן התושבים.

מסקירתם של ולמן ולייטון עולות מספר מסקנות אפשריות באשר למקומן ולתפקודן של הרשתות החברתיות במדינת הרווחה המודרנית. אחת המרכזיות שבהן היא, שהרשתות החברתיות הן תופעה מורכבת, רב-גונית ובעלת גילויים רבים. בחלק מן הקהילות גילויים אלה אכן תואמים את ציפיותיהם של אלה המבקשים לרכז שירותים במישור הקהילתי, תוך מיצוי הפוטנציאל של רשתות התמיכה הקיימות בהן. לא כך הדבר בקהילות רבות אחרות, הן אלה שבהן משקלן של הרשתות

ולמן ולייטון (Wellman, 1979; Well-) (man & Leighton, 1979) אמנם מאמצים, בסקירתם המקיפה על רשתות חברתיות, שכוונות וקהילות בחברות מערביות, את הגירסה שרשתות חברתיות הן תופעה נפוצה, אך הם מבחינים בין שלושה טיפוסים של קהילות המאופיינות ברשתות חברתיות, הנבדלות זו מזו בפוטנציאל הסיוע הגלום בהן: "קהילות אבודות" (Lost Communities), "קהילות שניצלו" (Saved Communities) ו"קהילות משוחררות" (Liberated Communities). כשל חשיבותה של טיפולוגיה זו לצורך הדיון נתאר אותה ביתר הרחבה.

"הקהילה שניצלה" היא היחידה ההולמת את הדימוי המקובל של הקהילה המסורתית המאופיינת ברמה גבוהה של יחסי-גומלין בין תושביה, בהזדהות עם מקום המגורים ובסור לידריות. חברי טיפוס זה של קהילה משתייכים בעיקר לרשת או למספר רשתות הפועלות בתוך גבולות הקהילה ונעדרות בדרך-כלל קשרים חיצוניים. רשתות אלה הן חזקות ובין חבריהן מתפתחים קשרים הדדיים הדוקים. תכונות אלה של הרשתות מקלות על תפקודן כמקור של סיוע מגוון לחבריהן הן בתקופות רגילות והן בעתות משבר. תפקודן של רשתות אלה תואם את גישתם של אלה, כמו מחברי דו"ח ברקלי, שתלו ברשתות החברתיות תקוות רבות כמקור סיוע מרכזי ברמה המקומית. יחד עם זאת, ולמן ולייטון טוענים, שסוג זה של קהילות והרשתות הפועלות בתוכן אינו אופייני למרבית אזורי המגורים בחברות מערביות מודרניות.

הסוג השני, "הקהילה האבודה", מאופיין ברשתות חברתיות בעלות תכונות שונות לחלוטין. אמנם חבריה משתייכים למספר רשתות, אך רשתות אלה הן בדרך כלל קטנות וחלשות והקשרים בין חבריהן רופפים ומקוטעים ביותר. כשל כך רשתות אלה אינן יכולות לשמש מקור סיוע הולם לחבריהן. לדעת ולמן ולייטון, סוג זה של רשתות מאפיון מספר שכונות, ובעיקר שכונות עוני.

מרבית הקהילות המודרניות משתייכות

עמדותיהם והתנהגותם של חבריהן ולצמצם את ריבונותם ואת חירותם האישית.

השפעה מגבילה זו ניכרת במיוחד ברשתות חזקות ובעלות רמה גבוהה של סביכות והיכרות הדדית. רשתות אלה חולשות על התנהגות חבריהן בין השאר כדרך של צמצום קשריהם ומגציהם עם גורמים חיצוניים, כגון עובדי ארגוני רווחה ציבוריים וחברי רשתות אחרות ושל הגבלת המידע הזורם אליהם. חברי הרשתות נתבעים לגלות נאמנות מלאה ל"קולקטיב" שהם משתייכים אליו, גם אם הדבר כרוך בפגיעה במרחב המחיה האינדיווידואלי שלהם.

עבודתם של מקינלי ומקינלי (Mckinley & Mckinley, 1972), העוסקת בהשפעת ההשתייכות לרשתות חברתיות על המידה שבה נשים בהיריון באברדין, סקוטלנד, פונות לשייכות רותי בריאות מקצועיים, מדגימה היטב היבט זה. בשל זיקתן ההדוקה של חלק מנשים אלה לרשתות משפחתיות חזקות הן הסתמכו על מידע לא-מקצועי על מצב בריאותן שסופק בידי קרובי משפחה וצמצמו את פנייתן לשירותי הבריאות המקצועיים שפעלו בקהילתן. לעומת זאת, הנשים שהשתייכו לרשתות חלשות ולפיי-כך היו משוחררות ממחויבות כלפיהן הסתייעו בשירותי הבריאות המקצועיים שעמדו לרשותן. רשתות חברתיות חזקות עשויות אפוא לשחוק את האינדיווידואליות של חבריהן, לכרסם באוטונומיה האישית שלהם ובאחריותם ולמנוע מהם את האפשרות להיחשף למקורות מידע וסיוע מגוונים.

ז. העומס הרב המוטל על חברי רשתות אלה המשבחים את סגולותיהן החיוביות של הרשתות החברתיות כמסגרות המספקות סיוע חיוני לחבריהן מרבים להביא כדוגמה את העזרה הרבה שרשתות משפחתיות מושיטות לקרובי משפחה, כגון קשישים, נכים, או חולים שבשל מצבם הפיסי או הנפשי אינם מסוגלים למלא חלק מתפקידיהם היומיומיים בכוחות עצמם (שמואלי, שובל ופליישמן Branch & Jette, 1983; Litwak, 1983; Shanias, 1979; Payne, 1983). יחד

המקומיות שולי ביותר ("קהילות אבודות") והן אלה שבהן הרשתות פרוסות על-פני אזורים שונים ("קהילות משוחררות").

המשמעות שבהפקדת האחריות למתן שירותים שונים בידי רשתות קהילתיות בהנחה שהן אכן קיימות ופעילות היא אפוא, שבקהילות רבות שבהן רשתות מעין אלה אינן קיימות עלולה להישלל מתושבים רבים היכולת לקבל סיוע הולם. עבודתה של שמגר-הנדלמן (תשמ"ה) על משפחות טעונות טיפוח בירושלים עומדת אף היא על הצורך בהבחנה בין רשתות דלות ורופפות שאינן מסוגלות להציע סיוע לחבריהן ובין רשתות חזקות, המסוגלות להושיט עזרה.

עצם קיומה של רשת חברתית לא-פורמלית אינו מספק אפוא ערובה לכך שהיא תהווה מקור תמיכה משמעותי בחבריה.

ה. סוג המשאבים הניתנים במסגרת הרשתות החברתיות

בחלק קודם של העבודה הובאו עדויות שונות על פעילות רשתות חברתיות המצביעות על כך, שמרכיבן עוסקות יותר בהקצאת משאבים כמו אהבה, תמיכה רגושה, תמיכה חברתית, הקניית תחושת השתייכות, מתן מידע, ייעוץ ותיווך, מאשר בהקצאת משאבים קונקרטיים כמו כסף וסוגים אחרים של סיוע חומרי (Froland et al., 1981; Pfaff & Deimer, 1986).

נראה, שבשל הרכבן ותכונותיהן המבניות המיוחדות רבות מן הרשתות משמשות כרווח במיוחד לחליפין הדדיים של משאבים בעלי אופי אקספרסיבי-אמוציונלי. יחד עם זאת, קשה להסתמך עליהן כמסגרת הולמת שתערוך להספקת סוגי סיוע אחרים, כגון משאבים כספיים.

ו. ההשפעה הרבה של הרשתות החברתיות על חבריהן

עבודות שונות מראות, שסוגים אחדים של רשתות חברתיות עשויות לפעול כמסגרות המפקחות באורח הדוק, מתמיד ועקיב על

ברים לנטייתם של אנשים לא מעטים לפנות לשירותים ציבוריים לצורך קבלת מענה לצור- כיהם ולהימנע מהזדקקות לרשתות החברתיות שהם משתייכים אליהן.

נקודות התורפה והחוזק של הרשתות החברתיות ויכולתן למלא את מקומם של השירותים הממשלתיים-ציבוריים

בריון דלעיל הוצגו היתרונות והחסרונות של הרשתות החברתיות כמסגרות תומכות. יתרונות וחסרונות אלה מוצגים בצורה מסכמת בלוח מס' 2.

לוח מס' 2: היתרונות והחסרונות של הרשתות החברתיות הלא-פורמליות כמערכות תמיכה

יתרונות	חסרונות
הרשתות החברתיות כמסגרת מסייעת הן עובדה קיימת בזירת הרווחה.	הסתמכות על הרשתות החברתיות כפגיעה בלגיטימציה של מדינת הרווחה.
זמינות הרשתות החברתיות ואופיין הלא-פורמלי – מקל על הפניה אליהן.	הסתמכות על הרשתות החברתיות כגורם לניתוק ולהעמקת פערים בין שכבות חברתיות שונות.
הרשתות החברתיות מכירות את צורכי חבריהן ורגישות להן.	בקהילות רבות רשתות חברתיות פועלות בצורה מוגבלת או אינן פועלות כלל.
הסיוע הניתן במסגרת הרשתות מבוסס על הדדיות ועל כן הוא נטול סטיגמה.	רשתות חברתיות אינן מצטיינות בהושטת סוגים אחדים של סיוע.

עם זאת, חלק מעבודות אלה, ומספר עבודות נוספות (שמואלי, שובל ופליישמן, 1983; Cantor, 1983; Walker, 1984; 1987), הדגישו, שהסיוע לקרובי משפחה חולים הכרוך בקיום קשר יומיומי הדוק ומסור עמם, מטיל על המסייעים עומס נפשי ופיסי כבד ביותר. לעומס זה עשויות להיות מספר השלכות אפשריות, כגון פגיעה קשה ברווחתו הכלכלית והנפשית של המסייע ושחיקת נכונותו להמשיך ולטפל בבן המשפחה. שחיקה זה עשויה להביא לברסום בחוסן העתידי של הרשת כמסגרת מסייעת. מספר עבודות (Walker, 1984; 1987) הדגישו במיוחד את הפגיעה הקשה של הסדרי הסיוע של הרשתות בנשים, הנושאות בעיקר הנטל של העזרה. היצמדותן של הנשים לבית ועיסוקן במלאכת הטיפול הקשה, בנוסף ליתר המשימות שהן מעורבות בהן, מונעת מהן לצאת לעבודה, פוגעת בעצמאותן ומחבלת ביכולתן להתפתח.

ח. אופי היחסים בין חברי הרשתות הגירסה, לפיה ברשתות חברתיות (כמו ברשתות משפחתיות) שוררים יחסים של תום, תמיכה ואהבה ועל הן מהוות מסגרת הולמת להקצאת סוגי סיוע שונים, הוכחה במקרים לא מעטים כנטולת בסיס.

מספר עבודות מעידות על כך, שהיחסים בין חברי רשתות עשויים להתאפיין דווקא ביחסי איבה עמוקים, במתחים חריפים ובחוסר נכונות להושיט סיוע. יתר על כן, מספר עבודות אף מעידות על קיום רשתות משפחתיות שהתפתחו בהן יחסי ניצול מחפירים שקורבנותיהם העיקריים הם לעתים קרובות קשישים וחולים המתקשים לכלכל את מעשיהם בכוחות עצמם. בנים הנוטלים את חסכונית הוריהם הקשישים ומותירים להם אמצעי קיום מינימליים, או קרובים המשתלטים על ביתו של בן משפחה חולה ומאלצים אותו לעבור ולהתגורר במוסד בעל איכות חיים נמוכה, הם דוגמאות שכיחות ליחסי ניצול מעין אלה.

קיומן של רשתות שאינן מושיטות סיוע לחבריהן, או אף פוגעות בהן, הוא אחד ההס-

ואף לייעד להן מקום מרכזי בזירת שירותי הרווחה, גם אם הדבר יבוא על חשבון המקום שתופסים כיום בזירה זו השירותים הממלכתיים.

מתנגדי גישה זו, הרואים בהרחבת פריסתן של הרשתות החברתיות סכנה של ממש למדינת הרווחה ולעקרונותיה הבסיסיים, יכולים להסתמך על המידע המצביע על העדרן של רשתות חברתיות בקהילות רבות, על תפקודן המוגבל ואף על השפעותיהן השליליות.

הן התומכים והן המתנגדים מתייחסים אפוא לסוגים שונים של רשתות ולתפקוד שונה של אותן רשתות כלפי חברים שונים.

לפיכך יש להתייחס במידה רבה של זהירות לתפיסה הרואה ברשתות החברתיות הלא-פורמליות תחליף לשירותים הממלכתיים. החזרת האחריות להקצאת שירותים בסיסיים לאנשים, ליחידות משפחתיות וקהילתיות, עשויה להותיר אנשים רבים ללא סיוע ולהגביר פערים חברתיים. יחד עם זאת, חוסך התייחסות לרשתות החברתיות עשויה להביא להתעלמות ממסגרת חברתית רבת חיוניות.

בעת תכנון שירותים חברתיים יש לחתור אפוא לפיתוח תוכניות שיתבססו על שיתוף פעולה הולם בין מסגרות שונות (שירותים ממלכתיים, ארגונים וולונטריים, מסגרות פרטיות ורשתות חברתיות לא-פורמליות) תוך מיצוי היתרונות והפחתת החסרונות הגלומים בהם.

סיכום

זירת שירותי הרווחה כוללת ארבעה מגזרים מרכזיים העוסקים בהספקת מענים לצורכי אנשים: המגזר הממלכתי, המגזר הוולונטרי, המגזר הלא-פורמלי והמגזר הפרטי. מאמר זה הוקדש לבחינת אחד המרכיבים המרכזיים של המגזר הלא-פורמלי – הרשתות החברתיות הלא-פורמליות. במאמר תוארו סגולותיהן

הימנעות פרטים מפנייה לרשתות והנטייה להינתק מהן בשל אי-היכולת להשתלכ ביחסי החליפין ההדדיים.

העומס הרב המוטל על חברי רשתות והשלכותיו.

ההשפעה הטוטלית של רשתות על חבריהן ושלילת חירותם.

הרשתות מתמחות בהושטת סיוע שאינו ניתן במסגרות אחרות

הפעלת הרשתות מביאה לחיסכון בהוצאה הציבורית.

הסתמכות על הרשתות מביאה לחיזוק המשפחה ולגיבוש הקהילה כמערכות רגישות ותומכות המסייעות גם בתחום המניעה.

הרשתות החברתיות הלא-פורמליות הן אפוא תופעה מורכבת ורבת גוונים וצורות. מורכבותה של תופעה חברתית זו ניכרת היטב בתפקודה כמסגרת מסייעת ותומכת בחבריה ומשפיעה על עיצוב דפוסי התנהגותם ועל עמדותיהם.

מבחינת פוטנציאל הסיוע הגלום בהן ניתן להבחין בין שלושה סוגים עיקריים של רשתות: 1. רשתות מסייעות. ברשתות אלה החברים נהנים מסוג אחד, או מסוגים שונים, של סיוע, הניתנים ברמות שונות של תכיפות ועוצמה. בשל גיוון זה הסיוע עשוי להיות מוגבל או מקיף.

2. רשתות נייטרליות. אמנם רשתות אלה קיימות, אך חבריהן אינם תופסים אותן כמקור סיוע.

3. רשתות שליליות. רשתות אלה פוגעות בחברים אחדים בתוכן, שוללות את חירותם, ומנצלות אותם.

ראוי לציין, שרשתות הנתפסות בעיני חלק מחבריהן כמסייעות, עשויות להיתפס בעיני חברים אחרים כנייטרליות או אף כשוללות תמיכה.

קיומן של רשתות המושיטות סוגים שונים של סיוע לחבריהן מהווה ללא ספק בסיס להשקפה הגורסת, שיש לפתח ולמצות את הפוטנציאל הרב הגלום במסגרת חברתית זו

החיוביות והשליליות והודגש הצורך להתייחס
 בזהירות לראייתם כתחליפים לשירותי הרווחה
 הממלכתיים. כמו-כן, הצבענו על הצורך
 בפיתוח תוכניות לשיתוף בין המגזרים השונים,
 על מנת שיתרונותיו של המגזר הלא-פורמלי
 יבואו לידי ביטוי.

ביבליוגרפיה

- אבירם, א', קטן י', "השתלבות מקצועית-ארגונית של בוגרי בתי-הספר לעבודה סוציאלית בישראל - מחקר מעקב על פני זמן", דו"ח מוגש למכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה, תל-אביב, 1986.
- אוסלנדר, ג', "רשתות חברתיות, תמיכה חברתית והחלמה ממחלות", חברה ורווחה, ח/3 (1988).
- דורון, א', מדינת הרווחה בעידן של תמורות, מאגנס, ירושלים, 1985.
- ינון, י', מלמד, ט', "הקשר בין טיב ההתייחסות אל הרשת החברתית ובין חיפוש עזרה מסוכני עזרה שונים", בטחון סוציאלי, 28 (1986), עמ' 127-140.
- ליטוין, ה', "מדינת הרווחה והסקטור השלישי - מבט ביקורתי", חברה ורווחה, ח/1 (1984), עמ' 84-92.
- מורג-טלמון, פ', "רשתות משפחתיות וקליטה חברתית בקרב בני העדה המרוקאית בישראל", בתוך: א' אחימאיר וי' עידן (עורכים), רשתות חברתיות בחברה מתגבשת, מחקרי מכון ירושלים לחקר ישראל, ירושלים, תשמ"ה.
- סלומון, ו', מיקולינסר, מ', הובפול, ס', "עצמת הקרב, תמיכה חברתית, בדידות ותגובות קרב: הניכיון הישראלי", חברה ורווחה, ח/2 (1988).
- פינס, א', שחיקה נפשית, תל-אביב, ציריקובר, 1980.
- קטן, י', "ארגונים וולונטריים - תחליף או שותף לפעילות המדינה בתחום הרווחה", בטחון סוציאלי, 32 (1988), עמ' 57-73.
- שמגר-הנדלמן, ל', "קידום חברתי ורשתות חברתיות במשפחות טעונות טיפוח בירושלים", בתוך: א' אחימאיר וי' עידן (עורכים), רשתות חברתיות בחברה מתגבשת, מחקרי מכון ירושלים לחקר ישראל, ירושלים, תשמ"ה.
- שמואלי, א', שובל, י', פליישמן, ר', "התמיכה הלא-פורמלית בקשישים. רשתות חברתיות כשכונת בקעה בירושלים", בטחון סוציאלי, 25 (1983), עמ' 68-78.
- Antonucci, T.C. & Akiyama, H., "Social Networks in Adult Life: A Preliminary Examination of the Convoy Model", *Journal of Gerontology*, 42 (1987), pp. 519-527.
- Auslander, G.K. & Litwin, H., "The Parameter of Network Intervention: A Social Work Application", *Social Service Review*, 61 (1987), pp. 305-318.
- Brown, L., "Hunger in the U.S.", *Scientific American*, 256 (1987), pp. 21-25.
- Branch, L.G. & Jette, A.M., "Elders Use of Informal Long Term Care Assistance", *The Gerontologist*, 23 (1983), pp. 51-56.
- Cantor, M.H., "Life Space and the Social Support Systems of the Inner City Elderly of New York", *The Gerontologist*, 15 (1975), pp. 23-26.
- Froland, C., Pancoast, D.L., Chapman, J. & Kimboko, P.J., *Helping Networks and Human Services*, Sage Publications, 1981.
- Hadley, R. & McGrath, M., "Going Local: Neighborhood Special Services", Bedford Square Press, London, 1984.
- LeGrand, J. & Robinson, P. (eds.), *Privatisation and the Welfare State*, George Allen & Unwin, London, 1984.
- Litwak, E., *Helping the Elderly: The Contemporary Roles of Informal and Formal Systems*, The Guilford Press, New York, 1985.
- Mckinlay, J.B. & Mckinlay, S.M., "Some Characteristics of Lower Working Class Utilizers and Under-utilizers of Maternity Care Services", *Journal of Health and Social Behavior*, 13 (1972).
- Mindel, C.H., Wright, R. & Starrett, R., "Informal and Formal Health and Social Support

- Systems of Black and White Elderly. A Comparative Approach", *The Gerontologist*, 26 (1986), p. 279.
- Mishra, R., *The Welfare State in Crisis*, Harvester Press, 1984.
- Offe, C.K., *Contradictions of the Welfare State*, Hutchinson, London, 1984.
- Payne, M., *Social Care in the Community*, McMillan, London, 1983.
- Pfaff, M. & Diemer, K., "Designing the Welfare Mix on the Basis of the Comparative Resource Potential of Different Social Networks". Paper presented for the International Expert Meeting on Planning the Welfare Mix, Canada, 1986.
- Pines, A. & Kafry, D., "Occupational Tedium in the Social Services", *Social Work*, 23 (1978), pp. 499-506.
- Pinker, R., "An Alternative View", in: The Barclay Report, *Social Workers, their Role and Tasks*, Bedford Square Press, London, 1982.
- Shanas, E., "The Family as a Social Support System in Old Age", *The Gerontologist*, 19 (1979), pp. 169-174.
- The Barclay Report, *Social Workers, Their Roles and Tasks*, Bedford Square Press, London, 1982.
- Wagner, D.A. & Keast, F., "Informal Groups and the Elderly: A Preliminary Examination of the Mediation Function", *Research on Aging*, 3 (1984), pp. 325-332.
- Walker, A., *Social Planning*, Oxford, 1984.
- Walker, A., "Clients, Consumers or Partners? Privatization and User Participation in the Social Services". Paper presented at the Seminar on the Position and Participation of Clients as a Key Question in Advancing Social Policy. Helsinki, Finland, 1987.
- Wellman, B. & Leighton, B., "Networks, Neighbourhoods and Communities: Approaches to the Study of the Community Question", *Urban Affairs Quarterly*, 14 (1979), pp. 363-390.
- Wellman, B., "The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers", *American Journal of Sociology*, 84 (1979), pp. 1201-1231.

תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים

מאת ברכה בן צבי

אב לתכנון שירותים לזקנים, תוך מתן תשומת לב מירבית לאוכלוסיית המוגבלים. לעומת פריסה רחבה במגוון ההתערבויות המקצועיות קיבלה אוכלוסייה מצומצמת יחסית שירותי טיפול אישי ועזרת-בית, שכן בעקבות מגבלות תקציב הותנה סיוע זה במבחני הכנסות מח-מירים. עד אפריל 1986 ניתנו שירותי סיעוד ל-1,315 זקנים ומשפחות בלבד. לפיכך אחד המאפיינים הבולטים של שירותים אלה הוא סטיגמה שדבקה בהם כשירותים לעניים, סטיגמה המרתיעה רבים מלפנות אליהם. זאת ועוד, מתן השירותים אינו מעוגן בחקיקה; זוהי עובדה מרתיעה, משום שקבלתם נתפסת בבחינת "חסד", ולא בבחינת זכות מוקנית. בהעדר חקיקה המסדירה שוויון ואחידות יש לעובדים הסוציאליים מרווח רחב לשיקול דעת, דבר שאפשר גמישות בקביעת הזכאים, בהיקף שירותים, בסל שירותים, במטרתם ודרכי תשלום מגוונות. חלק משירותי הסיעוד נרכשו אצל ארגון מט"ב, שהוא מוסד ללא כוונת רווח. לזקנים אחרים ניתנו כספים לתשלום למטפלות ובמקרים רבים נוספים הועבר התשלום במיש-רין מן השלטון המקומי למטפלות פרטיות שאותרו והוזמנו בידי עובדים סוציאליים. מסגרת שנייה שסיפקה שירותי סיעוד לפני

מבוא: הרקע שקדם להפעלת חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד לא נולד על קרקע בתולה. במשך שנים רבות פעלו בישראל שירותי רווחה ובריאות שסיפקו שירותי סיעוד לחולים רתוקים לבתיהם. שירותים אלה לא סופקו מתוקף חוק כלשהו, אלא על-פי הסדרים מנהליים שונים ומגוונים שבאו לענות על צרכים ומצוקות של חולים רתוקים ומשפחותיהם. השירות למען הזקן במשרד העבודה והרווחה, הפועל באמצעות הלשכות לשירותים חברתיים, שהיה והוא עדיין כתובת לאוכלוסיות המצוקה, פיתח שירותים מגוונים שנועדו לתת פתרונות לצורכי הזקנים. תחומי ההתערבות והסיוע מתפרסים על תחומי מצוקה שונים כמו: שירותי ייעוץ וטיפול ביחסים בין-אישיים במשפחה; בעיות הנובעות מכדידות; עוני ומחסור בצידוד בסיסי; צרכים באביזרי עזר אישיים; קשיים בניהול משק-בית; התמודדות עם מצבי חולי וריתוק. מלבד זאת פיתח השירות למען הזקן פרויקטים קהילתיים לפתרון בעיות של קבוצות: מרכזי יום, מועדונים ועוד. במספר יישובים הוחל בפיתוח תוכניות

* מנהלת אגף שיקום וסיעוד, המוסד לביטוח לאומי.

ביטוח סיעוד כפרק בחוק הביטוח הלאומי התקבל בשנת 1980 כחוק מסגרת בלבד ומאז הוחל בגביית כספים למענו בסך 0.2% מהכנסתם האישית של המבוטחים.

באפריל 1986, לאחר דיונים ארוכים והתייחסות מודרניות עם שאלות מקצועיות ועם הבדלי גישות עקרוניים, התקבל בכנסת חוק ביטוח סיעוד שהיה אמור להיות מופעל בשני שלבים: הראשון באפריל 1986 והשני באפריל 1988. בשלב הראשון הוקצו מן הכספים שהצטברו 3 מיליון ש"ח לשנה (במחירי מרס 1986) למשרד העבודה והרווחה ו-3 מיליון למשרד הבריאות. סכומים אלה נועדו להרחיב, בתקופה זו, את הסיוע בטיפול אישי ובעזרת-בית לאוכלוסיית הזקנים הסיעודיים, באמצעות משרדים אלה ועל-פי הכללים ודרכי הסיוע שהיו נהוגים בהם¹. משאבים אלה, שהועברו למשרדים, אכן הרחיבו את היקף אוכלוסיית המקבלים של שירותי טיפול אישי ועזרת-בית: לקראת הפעלת החוק, לפני 1 באפריל 1988, קיבלו 7,300 זקנים סיעודיים שירותים כלהלן:

היקף מקבלי טיפול אישי ועזרת-בית לפני הפעלת החוק

הגוף המספק את השירותים	עד מרס 1986	עד מרס 1988
משרד העבודה והרווחה	1,315	2,000
משרד הבריאות	1,000	—
קופת חולים הכללית	2,700	5,300
סך-הכל	5,015	7,300
סך-כל ההוצאה	5.5 מיליון דולר	9.5 מיליון דולר

מרס 1986 היו לשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות. למרות שמוקד פעילותו ואחריותו של משרד הבריאות הוא תחום האשפוז הסיעודי, אי אפשר היה להתעלם מאוכלוסייה סיעודית שהמתינה לאשפוז בביתה בתנאים קשים. משום כך סיפק משרד הבריאות שירותי טיפול אישי ל-1,000 חולים סיעודיים. מעצם התמקדותו של משרד הבריאות בנושאי האשפוז הסיעודי ניתן היה להניח, ששירותי הטיפול האישי אכן סופקו לחולים סיעודיים קשים, כשהיבט הרפואי הוא המכריע במצוקתם. בשל מגבלות תקציב הותנה הסיוע שניתן במבחני הכנסות מחמירים. במהלך השנים החליט המשרד להעביר את הטיפול באוכלוסייה זו, לרבות הספקת שירותי הסיעוד, לקופת חולים הכללית. ההוצאה כוסתה מתקציב המשרד.

המסגרת השלישית שהגישה שירותי סיעוד עד מרס 1986 הן קופות החולים, ובעיקר קופת חולים הכללית. קופת חולים חזרה והדגישה שהתקנון אינו מחייב אותה להקנות למבוטחיה זכויות לשירותי סיעוד בבית, אך היא נטלה על עצמה מטלה זו לנוכח הזדקנותה המואצת של האוכלוסייה ובשל המצוקה והשכיחות הגבוהה של חולים מרותקים שבאו בעקבותיה והעול הכבד שהוטל על המשפחות ועל הקהילה. מספר המקבלים שירותי סיעוד מקופת חולים הגיע ל-2,700 חולים. כדי להתמודד עם אוכלוסייה זו פיתחה קופת חולים הכללית מנגנון ארגוני מקצועי — "יחידות להמשך טיפול". יחידות אלה נשענו על רשת המרפאות הפרוסות ברחבי הארץ, שסיפקו ועודן מספקות ביקורי בית של אחיות בבתי משפחות החולים, טיפול רפואי, הדרכה, מעקב ופיקוח על בריאותם. דרכי הסיוע לחולים התחלקו לשניים: האחת, הזמנת השירות מארגון מט"ב ומימונו; והשנייה, הנפוצה יותר, מתן תשלום ישיר למשפחות עבור הספקת שירותים לפי בחירת המשפחה תמורת הצגת קבלות.

¹ סכומים נוספים הוקצו מכספי החוק להרחבת מספר המאושפזים במוסדות ולפיתוח שירותים בקהילה. מאמר זה לא יעסוק בתחומים אלה.

טבעית מוכנת מאליה, שבני המשפחה נוטלים על עצמם ואין תשלום או פיצוי למשפחה עבור שירותיה.

הגימלה נועדה להקל על המשפחה בהתמודדותה היומיומית עם הקשיים המוטלים עליה על מנת לדחות, ואולי אף למנוע, את נקודת השבירה, דהיינו את אותו שלב שבו המשפחה נוטה להחליט להוציא את הזקן מן הבית ולאשטוז במחלקה סיעודית.

בהיות מטרת הגימלה להקל על המשפחה את גטל הטיפול בזקן, מעצם מהותה היא "נוטלת" חלק מתפקידי המשפחה בטיפול היומיומי הבסיסי והבלתי-פרופסי-יונלי בזקן. הכוונה אינה שהגימלה תתפוס את מקומם של כוחות מקצועיים, שהם מחובתם של שירותי הבריאות והרווחה, כמו פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, רפואה ושירותי ייעוץ פסיכוסוציאליים. הגימלה נועדה להחליף באופן חלקי אותן מטלות המוטלות על כתפי המשפחה בהתמודדות היומיומית, כמו רחצה, הלבשה, האכלה, ניידות בבית, טיפול בהפרשות והשגחה מפני סיכונים.

החוק קובע עדיפות לגימלה בעין, כלומר מתן שירותים ישירים לזקן דוגמת טיפול אישי ועזרת-בית; רק כאשר אלה אינם בנמצא תיתכן המרתם בקיצבה כספית. מכוונת עיקרון זה עולה, שסיוע ממוקד להתמודדות המשפחה במטלותיה הכבדות יובטח בהספקות שירותי טיפול לזקן. מאידך גיסא, קצבה כספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה, ולא בהכרח תוצא למטרה שהגימלה נועדה לה.

מאחר שהגימלה מיועדת לממן שירותים על-פי העקרונות הנ"ל נגזרת ממנה החובה להתאים את השירותים למאפייניה של המשפחה: הכוחות הפועלים בה, אורחות חייה, טעמה ובחירתה. לפיכך נקבע סל שירותים גמיש ככל האפשר, במסגרת הגדרת שירותי הסיעוד בחוק, הכולל טיפול אישי בזקן, סיוע במשק הבית,

א. עקרונות מנחים בתכנון יישום החוק הנובעים מהוראות החוק ומכוונת המחוקק

העקרונות שיתוארו להלן הנחו את תכנון ביצוע החוק ואת ההיערכות ליישומו הלכה למעשה ולאורם החוק מופעל זה שנה.

1. חוק ביטוח סיעוד הוא חוק קהילתי והמשמעות הנגזרת מכך היא, שהוא נועד לסייע לזקנים החיים בקרב משפחותיהם ובקהילה, ולא נועד לסייע לזקנים השוהים במוסדות סיעודיים.

2. בהיותו חוק שנועד להוסיף משאבים כספיים למערכות הסיוע לחולים סיעודיים בקהילה מתחייב ממנו, שינצל את התשתית הארגונית הקיימת והפועלת כבר בשטח ושישתלב באורח מירבי עם שירותים נוספים, כחוליה מקשרת ברצף השירותים לטובתם של זקנים סיעודיים.

3. הגימלה מיועדת לזקנים סיעודיים התלויים בעזרת הזולת בביצוע רוב פעולות היומיום או תלויים בו לחלוטין. דהיינו: לזקנים שמידת תלותם בזולת היא רבה וקשה. היא אינה מיועדת לזקנים בעלי מוגבלות תפקודית קלה, שתלותם בעזרת הזולת אינה רבה.

4. גימלת הסיעוד מוגבלת לשתי רמות סיוע הנקבעות לפי חומרת המצב ומידת התלות בזולת ואינה מיועדת לכסות את כל צרכיו של הזקן בשירותי סיעוד. משמעות עיקרון זה היא, שהחוק יסייע בשיעורים צנועים יחסית לזקנים רבים, ולא יסייע בהיקף גבוה לזקנים מעטים.

5. גימלת הסיעוד לא נועדה להחליף את הסיוע שהזקן הסיעודי מקבל ממשפחתו. יתרה מזו, בעצם היות הגימלה צנועה יחסית היא מסתמכת ונשענת על תשומות טבעיות שהמשפחות נוטלות על עצמן כטיפולן בזקן הסיעודי שבביתן. שירותי בני המשפחה לזקן מקובלים כמחויבות

משפטי בהגשת תלונתו. לעניין תוכנית הטיפול וביצועה, הזקן או מי שמייצג אותו רשאי לפנות לוועדת ערר שהוקמה במיוחד לביטוח סיעוד. בוועדות אלה מכהנים אחיות בעלות ניסיון מקצועי בתחום הגריאטרי, עובדים סוציאליים בעלי ניסיון מקצועי בתחום זקנה, בריאות ושיקום ופקידים בכירים של המוסד לביטוח לאומי. ערעור על החלטות ועדות ערר מובא לבית הדין לעבודה.

ב. לקחים ומסקנות ראשוניות לאחר שנת ההפעלה הראשונה

להלן אסקור את תרומותיו של חוק ביטוח סיעוד, כפי שהן משתקפות לקראת תום השנה הראשונה להפעלתו.

1. היקף הפעילות²

מספר תובעי גימלת סיעוד	45,573
בוצעו מבחני תלות בבית הזקן	48,861 (מתוכם)
5,000 בדיקות חוזרות	
נמצאו זכאים לגימלאות סיעוד	21,934
מקבלים שירותים בעין	18,934
מקבלים קצבה בכסף באין שירותים (ומני)	172
נדחו ככלתי זכאים (לרוב בשל מבחן תלות)	21,265
סירבו לקבל שירותים	775
נפטרו במהלך השנה	12.7%
עלות נצפית לתשלומי גימלאות הסיעוד לשנת 1989	62.2 מיליון דולר

בבואנו להשוות את היקף האוכלוסייה שנמצאה זכאית לגימלת סיעוד במסגרת החוק עם זו

השגחה, מרכז יום שבו ניתנים שירותי סיעוד, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, הובלת ארוחות. קביעת תוכנית הטיפול מתוך סל השירותים נקבע בעצה אחת עם המשפחה.

10. פועל יוצא מהיות חוק זה ביטוחי הוא העיקרון שהגימלה מובטחת לכל מי שנמצא זכאי על-פי כללים אחידים ושוויוניים הקבועים בחוק ובתקנות. האחריות לביטוח הזכאות לגימלה הוטלה על המוסד לביטוח לאומי, שנעזר לשם כך במבחני תלות מובנים ונייטרליים ככל שניתן.

11. על-פי החוק הוטלה האחריות לקביעת תוכנית הטיפול והדאגה למימושה על ועדה מקצועית אזורית, המורכבת מעובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים, מאחות שהיא נציגת שירותי הבריאות המקומיים ומפקיד תביעות של המוסד לביטוח לאומי, הפועל באותו איזור.

12. הזכאות לגימלת הסיעוד מותנית במבחן הכנסות. התניה זו אינה מתיישבת עם עקרונות חוק ביטוחי גבייתו והיא בבחינת חריג במערכת הגימלאות של המוסד לביטוח לאומי. למרבה הצער הוכנס עיקרון זה לחוק כאילו, בשל מגבלות תקציביות. בפועל, האוכלוסייה שנדחתה בשל הכנסות גבוהות היא קטנה מאוד וזאת אולי בשל שכיחותם הנמוכה יחסית של זקנים בקרב בעלי הכנסות גבוהות. אפשר, שפועלת ההסברה הרחבה שנקט המוסד עם הפעלת החוק, שבו הודגשה בין היתר נקודה זו, הרתיעה זקנים בעלי הכנסות גבוהות.

13. עיקרון נוסף המעוגן בחוק הוא הזכות לערער הן על קביעת הזכאות והן על תוכנית הטיפול. לעניין הזכאות, הזקן או מי שמייצג אותו רשאי לפנות לבית הדין לעבודה ולשם כך הוא זכאי ליהנות מסיוע

² החוק נכנס לחוקסו ב-1.4.1988. הנתונים טרם התייצבו והם משקפים מצב פעילות בחודש יולי 1989. כמובן יש להביא בחשבון את גורם הדינמיות: בכל נקודת זמן יש כאלה המצויים בתהליך של ביצוע מבחני תלות ויש כאלה הנמצאים בתהליך של הכנת תוכנית טיפול.

שקיבלה שירותי סיעוד בטרם כניסת החוק לתוקפו (ראה במבוא) נראה, שחוק ביטוח סיעוד הביא להרחבה עצומה של אוכלוסייה נזקקת שלא זכתה קודם לכן לסיוע במצוקתה. מן הנתונים הארעיים המצטברים עולה, שש-כיתותם של זקנים סיעודיים שלא היו מוכרים קודם לכן ולא "נהנו" משירותים, בקרב בעלי הכנסות נמוכות, היא גבוהה מאוד ואין ספק שהפנייה למוסד לביטוח לאומי, הנעדר סטיג-מה והמקנה זכות חוקית לקבלת סיוע הקלה עליהם לתבוע אותו. זאת ועוד, שיעור הדחיות בשל רמת הכנסה גבוהה הוא נמוך מן הצפוי על-פי החפלות ההכנסות של הקשישים. הקשר בין רמת ההכנסה, רמת התפקוד ודפוסי הפנייה לקבלת גימלה עדיין טעון חקירה ובריקה יסודית שתיעשה בבוא הזמן.

אין ספק, ששיעור המיצוי הרחב בפרק זמן כה קצר מעיד על המצוקה הקשה ועל היקף הנזקקות לשירותי סיעוד של זקנים סיעודיים ומשפחותיהם ועל מחסור חמור ששרר לפני הפעלת החוק בשירותים לאוכלוסייה זו. לפיכך אין ספק בתרומתו האדירה של החוק למילוי החלל הריק שהיה קיים עד כה.

2. מסלול אחיד ושווה לכל הזקנים במימוש קבלת גימלת שירותי סיעוד

(א) שלב הזכאות

זקנים ומשפחותיהם או נציגים אחרים שהורשו לייצגם על-פי התקנות פונים בתביעה לגימלה מאז כניסת החוק לכתובת אחת. הפנייה כיום, של כל תובע, היא למוסד לביטוח לאומי אשר באמצעות 17 סניפיו האזוריים אחראי באופן בלעדי לקביעת הזכאות לגימלה. פקידי התביעות של המוסד לביטוח לאומי, לאחר קבלת התביעה ובריקת ההסדרים שנקבעו לכך, מפעילים ביקורי בית של אחיות בריאות הציבור, שהן עובדות משרד הבריאות שאומנו במיוחד לבצע מבחני תלות בבתי הזקנים. תוצאות המבחנים מוחזרות לפקידי התביעות ואלה מחליטים, על-פיהם ולפי כללים אחידים, מי זכאי לגימלת שירותי סיעוד ומי לא.

(ב) מבחני תלות אחידים בתהליך התכנון שקדם להפעלת החוק גובש, תוך שמירה על העיקרון של שוויון בפני החוק, מבחן תלות אחיד לבריקת רמת תפקודו של הפונה. בגיבוש המבחן עסקו כל הגורמים שסיפקו שירותי סיעוד בטרם נכנס החוק לתוקפו. התברר, שלכל גורם היו שיטות משלו לאבחון, עובדה שיצרה שונות גדולה בהערכת מידת תלותו של חולה סיעודי ו"שפות" מקצועיות רבות בקרב הגורמים השונים שטיפלו בחולים סיעודיים.

לאחר סקירת ובריקת כל השיטות שהיו מקובלות ונהוגות עד לכניסת החוק ולאחר סקירת הספרות המקצועית המצויה בחרו כל השותפים שיטה של בדיקת (ADL Activity Daily Living), שהיתה נהוגה במוסד לביטוח לאומי בשביל אוכלוסיית נכים, שביניהם מצויים קשישים רבים, ואשר מהימנותה נראתה הגבוהה ביותר. מבחן התלות על-פי שיטה זו הוא מובנה, נשען על ניקוד לגבי פעולות היומיום השונות ומבוצע בבית הזקן.

כיום, שנה לאחר הפעלת החוק, כאשר מרבית הזקנים שקיבלו קודם לכן שירותי סיעוד במסגרות הקודמות עברו מבחן תלות זה, ורבים נוספים פנו בתביעה לקבלת גימלת סיעוד, ניתן להצביע על הישג בולט ומכריע: כל הזקנים נבחנים לפי אותם קריטריונים וכל אנשי המקצוע מדברים בשפה אחידה. הגדרת החולה הסיעודי הזכאי לשירותי סיעוד הפכה להיות נורמה מעוגנת בכללים ברורים וגלויים. קביעת הזכאות (או הדחייה) מבוצעת בשיטה אחידה ושווה ועל-פי אותן אמות מידה. כל הגורמים הנוגעים בדבר אימצו את השיטה כטובה ביותר המצויה בשלב זה. מאידך גיסא, עדיין יש צורך בשיפורים ואין ספק, שהכמות הגדולה של מבחני התלות המבוצעים והאילוף של לוח הזמנים המוכתב בחוק פגמו קמעא באיכות. כמו כן נותרה בעיה בבריקת הצורך בהשגחה על הזקן למניעת סיכון לעצמו או לאחרים. מסתבר, שבדיקת תחום זה לענייננו סבוכה ומורכבת ואין בנמצא מבחנים שיש להם תקפות מהימנה לעניין זה.

הבעיות הן בתחום חיי המשפחה תמונה לכך העובדת הסוציאלית.

רעיון זה היה מקובל כבר לפני שנכנס החוק לתוקף והוא הופעל בידי צוותים שנקראו "צו" מת", אך אלה פעלו רק במספר מקומות קטן ופעולתם לא נעשתה במתכונת אחידה. קביעת ועדה מקצועית מקומית כחוק ביטוח סיעוד, שבידיה סמכות מוחלטת לקבל החלטות ואחריות מלאה לממש שירותי סיעוד לכל, נתנה תנופה לרעיון ה"צומת" ויצרה גורמה אחידה ומחייבת בכל הארץ לשותפות ברובה זו, שהיא בעלת יתרונות רבים ומגוונים כשביל הזקן.

זאת ועוד, היותם של חברי הוועדות עובדי לשכות לשירותים חברתיים, מרפאות קופת חולים וסניפי הביטוח הלאומי, מאפשרת להם לתמוך במגוון השירותים האחרים העומדים לרשותו של הזכאי בקהילה, מעבר לשירותי סיעוד, ולמצותם. לדוגמה, הפעלת שירותי רפואה מן המרפאה, הפעלת טיפול סוציאלי, ציוד או אמצעי אחר מן המחלקה לשירותי משפחה, הפעלת זכויות או בידורים ממערכת המוסד לביטוח לאומי. עקב כך אוכלוסייה זו, הרתוקה לביתה, נהנית מרשת שירותים רחבה יותר מזו שזכתה לה בעבר. גזכיר כאן, שלפני כניסת החוק לתוקפו נעשה מבצע גדול היקף שבו קיבלו כל 600 חברי הוועדות בארץ הכשרה של יומיים. ההכשרה ניתנה בקבוצות מעורבות של 30 משתתפים בערך. מבצע זה פתח עידן של שותפות חסרת תקדים ונעדרת אינטרסים סקטורליים המלווה מאז את יישום החוק.

(ד) לוח זמנים

החוק קבע לוח זמנים מחייב בן חודשיים להיפעלת שירותי סיעוד. עיכוב במימוש הספקת השירותים מעבר לתקופה זו מזכה את המשפחה בקצבה כספית (זמנית עד להפעלת שירותים). ניתן לציין מתוך קורת-רוח, שכל העוסקים בחוק — עובדים סוציאליים, אחיות ופקידי-התביעות — נרתמו לעבודה מתוך הרגשת שליחות ורצון לראות בהצלחת החוק. היקף מקבלי השירותים בעין לעומת מקבלי קצבת

המבחן שבידינו אינו מספק את דרישותינו ואנו שוקדים על שיפורו. מלבד זאת הזמין המוסד לביטוח לאומי מחקר על הנושא ואנו מקווים שגם הוא יתרום לקידום הסוגיה הזו במהלך השנה השנייה.

(ג) שלב תוכנית הטיפול

תוכנית הטיפול נקבעת על-ידי ועדה מקצועית מקומית שחבריה הם עובד סוציאלי העובד בלשכה לשירותי חברה וקהילה, אחות אזורית של קופת חולים הכללית ופקיד תביעות של המוסד לביטוח לאומי. ועדה מקצועית מקומית זו מבטיחה את שילוב כל הגורמים הנוגעים לעניין במישור המקומי לשם טיפול בחולים סני-עודיים זקנים ושולחת לפי העניין עובד סוציאלי או אחות לביקור בית, שבמהלכו מאבחנים את מצב המשפחה לצורך הכנת תוכנית הטיפול. הכנת התוכנית על פרטיה נעשית בעצה אחת עם המשפחה. הוועדה המקצועית המקומית מזמינה את השירותים מחברות ציבוריות או פרטיות המעסיקות מטפלים או מטפלות ואשר הוסמכו לתת שירותים לאחר שמילאו שורה של תנאים דרושים, כגון העסקת עובד סוציאלי או אחות לפקח על ביצוע השירותים. גותני השירותים מקבלים דיווח על ביצוע השירותים חתום בידי הזקן או בני משפחתו וזה מוגש לאישור הוועדה המקצועית המקומית ומועבר לסניף הביטוח הלאומי לתשלום במישרין. מסלול אחיד זה מבטיח מידת מה של בקרה על ביצוע השירותים, דבר שלא היה קיים קודם לכן. ברחבי הארץ מופעלות 200 ועדות מקצועיות מקומיות (בכל רשות מקומית), המונחות בעבודתן על-פי כללי עבודה אחידים ושווים.

קביעת תוכניות הטיפול נעשית בשיתוף עם המטופל וחלוקת התפקידים בין המטפל למטופל ומשפחתו מוסדרת על-פי חוברת הנג-חיות. בין היתר נקבע לכל זקן ומשפחתו עובד מקצועי אחראי המקשר ומלווה את הטיפול. במקרים שבהם הבעיות קשורות לבריאות תמונה אחות לעובד האחראי ובמקרים שבהם

רבה מאוד של כוח האדם בשירות הציבורי. שיטות שונות שהיו נהוגות לפני כן בלשכות לשירותים חברתיים ובקופת חולים להעסקת מטפלים ומטפלות לא מוכרים, שאותרו מקרב שכנים ומכרים, לא אפשרו פיקוח ואף הן היו מחייבות בסופו של דבר יחסי עובד-מעביד. תשלומים ישירים למשפחות, על מנת שאלה ירכשו שירותים שאינם מאושרים על-פי החוק, לו התאפשרו, היו מסכלים בעקיפין את כוונת החוק והופכים אותו לחוק של מתן קצבות בכסף ולא שירותים בעין.

לפיכך הוחלט להעסיק מטפלים או מטפלות אך ורק באמצעות חברות, בין שהן מלכ"ר (מוסד ללא כוונת רווח דוגמת מט"ב) ובין שהן פרטיות. נקבעו מחירים אחידים על מנת להבטיח היקף שווה של שירות ולמנוע מיקוח ומניפולציות. התברר, שהשוק החופשי נענה לאתגר ומיום כניסת החוק פועלות בארץ 41 אגודות ציבוריות שהוכרו כנותני שירותים ועוד 70 חברות עסקיות למטרת רווח שהוכרו אף הן.

נקבע תהליך שיבטיח מתן השירותים ברמה מקצועית סבירה, לפיו נבדקת כל חברה בידי הנהלת השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, המאשר את כשירותה. נותן שירות המצויד באישור כזה, חותם על הסכם עם המוסד לביטוח לאומי. התנאים שנותן שירות נדרש לעמוד בהם עובדו במשותף בידי כל השותפים. תנאים אלה הם: העסקת עובד סוציאלי או אחות מטעם החברה לשם הדרכה ופיקוח שוטף על המטפלים הנשלחים למשפחות, ביטוח המטפלים, תשלום על-פי חוק שכר מינימום, שליחת ממלא או ממלאת מקום כאשר המטפל נמצא בחופשה או חולה, תשלום בעד חופשות, ימי מחלה ופיצויים למטפלים, כנדרש על-פי דין, הבטחת בריאותם והתאמתם לתפקידם של המטפלים, הימנעות משליחת מטפלים בעלי עבר פלילי ותנאים הכלולים בהסכם.

ברשות כל ועדה מקצועית מקומית מצויה רשימה של "נותני שירותים" מורשים להתקשרות והוועדה המקומית ממונה על קיום פיקוח שוטף על נותני השירותים. לפני העובדים

כסף יעיד על המאמצים האדירים שהושקעו ועל הכנסת נורמה, שלא היתה נהוגה עד אז, של עמידה בלוח זמנים.

(ה) סל השירותים

בהיות חוק ביטוח סיעוד חוק המקנה שירותים בעין היה ברור למתכננים, ששירותים אלה צריכים להתאים למירב המשפחות, שיש בהן גוונים שונים בכל הנוגע לאורחות חיים, מנהגים, הכוחות הפועלים בהן, תנאי המגורים שלהן ועוד. יחד עם גמישות בשירותים שיענו על הגוונים השונים, מן ההכרח להבטיח את יעדי הגימלה ולמנוע אפשרות שייעשה בה שימוש למטרות שהן אולי חשובות כשלעצמן אבל נכללות בתחומי האחריות של המשרדים הייעודיים. לפיכך תוכנן סל שירותים מוגדר, שלא נועד למלא את החסר או להשלים את הגירעון התקציבי הנצחי הקיים בשירותים הפרה-רפואיים או הפסיכוסוציאליים. כך, למשל, ברור שפזיזותרפיה, ריפוי דיבור או שירות דומה אחר מתחייבים מסל שירותי הרפואה; ייעוץ וטיפול בבעיות בין-אישיות, מחסור ומצוקה מתחייבים מסל שירותי הרווחה. אחיות קופת חולים ועובדים סוציאליים החברים בוועדה משמשים מקשרים להפעלת שירותי המרפאות והמחלקות לשירותי חברה וקהילה. משום כך היתה ויש בהפעלת סל השירותים משום תוספת נפח של שירותי עזר ישירים למשפחה, בהיקף ובכמות מרשימים ביותר.

(ו) נותני השירותים — חברות להעסקת מטפלים ומטפלות

לפני הפעלת החוק העסיק ארגון מט"ב בערך 1,000 מטפלים או מטפלות. מלבד זאת פעלו בשטח כמה עמותות למען הזקן שנתנו פתרונות מקומיים ומוגבלים. היה ברור למתכננים, שא-לה לא יספיקו לנוכח הגידול הצפוי בביקוש לשירותי סיעוד. העסקה ישירה של מטפלים או מטפלות מטעם המוסד לביטוח לאומי או גורמים ממלכתיים אחרים השותפים להפעלה נבדקה ונמצאה בלתי אפשרית שכן הדבר היה יוצר ביניהם יחסי עובד-מעביד ומביא להגדלה

ביקורי בית אלה הם תרומה נלווית נוספת, בעלת ערך וחשיבות, להגברת תשומת הלב לאוכלוסייה זו, שחלקה הגדול, אלפי זקנים, לא זכה לכך קודם לכן.

4. הרחבת אוכלוסיית המטופלים והשפעתה על העובדים הסוציאליים ועל המחלקה לשירותים חברתיים

משיחות בלתי רשמיות עם עמיתים עובדים סוציאליים עולה תחושה של סיפוק רב השורר אצלם בעקבות חשיפת אוכלוסייה בלתי מוכרת זו, שאין ספק שחלקה הגדול נתון במצוקה כבדה. העובדים הסוציאליים הביעו את הרגשתם הטובה מכך שניתן להם לסייע לזקנים אלה כאשר יש בידיהם המשאבים להספקת שירותי סיעוד.

נראה, שגם המחלקות לשירותים חברתיים הפיקו מכך רווח, שכן הן מגישות עתה שירות אוניברסלי ומשפרות במידת מה את התווית שדבקה בהם של שירותים עניים המיועדים לעניים בלבד. זאת ועוד, אין ספק שהודות להפעלת החוק זכתה גם אוכלוסיית הזקנים לעדיפות גבוהה יותר בלשכות לשירותים חברתיים, עדיפות שהיא היתה ראויה לה לאור היקפה וצרכיה הרבים.

5. מתנדבים

החוק עורר פעילות ענפה גם בקרב אגודות שונות של מתנדבים. בשלב זה אציין את השירות לייעוץ לקשיש הפועל במסגרת המוסד לביטוח לאומי, שהוא מן הגדולים מסוגו בארץ ובו פועלים קרוב ל-3,000 מתנדבים. המתנדבים, שרובם ככולם פנסיונרים ואנשים בגיל מתקדם, גילו רגישות מיוחדת להפעלת חוק זה. במבצע שנערך לאחרונה ואשר בו נערכו ביקורי בית אצל 1,000 זקנים סיעודיים המקבלים שירותי סיעוד מכוח החוק, קיבלנו לראשונה משוב נייטרלי. מבין הזקנים הביעו בערך 800 שביעות רצון מן השירותים; אחרים היו שבעי רצון פחות ואצל מעטים אותרו בעיות. המתנדבים היו פעילים מאוד בהתערבויות לשיפור ולתיקון התקלות. בעתיד מתוכננת פעילות שיטתית

הסוציאליים והאחיות נפתחו אפשרויות שלא היו בעבר. לרשותם עומדים היקף ומגוון של נותני שירותים מאורגנים, שהם בבחינת כתובת נגישה ומהירה לפניות ומשאבי עזר חסרי-תקדים בהפעלת מטפלים. ייתכן, שבמקרה פרטני זה או אחר נפגעה האפשרות לווריאציה ייחודית, אך כנגד ההפסד הפרטני יש לראות את הסכנות האורכות בהעסקת אלפי מטפלים הפועלים בסגנונות שונים ומשונים.

מן העובדים הסוציאליים והאחיות נחסך העומס שבחיפוש ובאיתור המטפל הבודד, ונמנעו מהם הסתבכויות קשות ונטל כבד, טענות ומענות ופתח למניפולציות מסוגים שונים. העובדים הסוציאליים והאחיות יכולים להפנות את הכוחות שהשתחררו מן העומס לתפקידיהם המקצועיים: בניית תוכנית טיפול, הנחיה, הדרכה, ייעוץ ופיקוח שוטף על ביצוע השירותים.

3. תשומת הלב הרבה שזקנים סיעודיים

זוכים לה

תרומה נוספת הנזקפת לזכות החוק היא ביקורי הבית הרבים ותשומת הלב שהזקנים זוכים לה. אחיות בריאות הציבור, עובדות משרד הב-ריאות, עורכות ביקורי בית אצל כל זקן לצורך מבחן התלות הנמשך 2-3 שעות. לא אחת הן מאתרות מצבים קשים הדורשים התערבויות מהירות והן נרתמות לכך.

עובדים סוציאליים, עובדי שירותי הרווחה המקומיים ואחיות קופת חולים מבקרים בבית הזקן לצורך אבחון כוחות המשפחה, משאלו-תיה והתאמת תוכנית הטיפול והם משמשים חוליה נוספת, מקשרת, להפעלת שירותים נוספים מן המרפאות ומן הלשכות לשירותים חברתיים.

עובד סוציאלי או אחות שנקבעו להיות עובד אחראי, מקשר ומלווה, עורכים פיקוח שוטף ומבקרים אף הם בבית הזקן.

"נותני השירותים", המכניסים לבית הזקן מטפלים או מטפלות, וכן עובד מקצועי כנדרש מהם להדרכה ולפיקוח על עבודת המטפלים, אף הם מבקרים בבית הזקן.

ג. שאלות למחשבה ולדיון

ביטוח סיעוד הוא נדבך חשוב נוסף במסגרת הביטחון הסוציאלי, המופעל על-ידי המוסד לביטוח הלאומי. אין ספק, שאוכלוסיית הזקנים הסיעודיים ומשפחותיהם הם קשיי שם צוקתם רבה והסיוע להם, למרות היותו צנוע יחסית, הוא בבחינת אות כבוד לחברה הישראלית, שהעלתה את חשיבותם בסולם העדיפויות החברתי, למרות הקשיים הכלכליים שבהם המשק הישראלי שרוי.

לאחר שנת ההפעלה הראשונה נראה, שת-רומת החוק כמתואר לעיל מעידה על הישגים מרשימים ומגוונים לרווחתם של הזקנים הסיעודיים ומשפחותיהם. יחד עם זאת, מתעוררות שאלות שמן הראוי להתעמק בהן על-מנת לתקן ולשפר את המשך יישומו:

1. צמיחתם המואצת של שירותי סיעוד פרטיים (נושא ההפרטה)

לנוכח הצמיחה המהירה של חברות חדשות בשוק הפרטי להספקת שירותי סיעוד בהכרח מתעוררת השאלה: מדוע ה"ביזנס" הזה כדאי כל כך ליזמים? מי הוא המרוויח העיקרי ועל חשבון מי הוא מפיק את רווחיו? איזו השפעה יש לצמיחת שוק זה על הממסד המקצועי, על עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, על אחיות בקופת חולים ועל המוסד לביטוח לאומי? אילו השפעות יש לצמיחת שוק זה על מדיניות המערכות החברתיות הממלכתיות? כאמור, נערך עתה מחקר מלווה, שיסייע להבין בצורה יסודית ומעמיקה יותר את מרכיביה ואת השלכותיה החברתיות והכלכליות של התפתחות זו.

2. עלות העבודה של שירותים בעין

שירותים בעין מתבצעים בידי מטפלים ועקב זאת גם כאן, כמו בכל תחום אחר בישראל, מדובר בעלויות גבוהות. למותר לציין, שעלותם של עובדים אלה מכוסה וממומנת מן הגימלאות שנועדו לזקנים הסיעודיים. הדיונים שקדמו

עם מתנדבים שיערכו ביקורי בית ידידותיים אצל חולים סיעודיים. יחד עם זאת תיבדק גם האפשרות לנצל את הביקורים לצורך בקרה.

6. שיתוף פעולה בין הביטוח הלאומי, משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת חולים הכללית

בתהליכי התכנון והיישום של החוק חברו יחד המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה, קופת חולים הכללית ומשרד הבריאות. מעטות הן הדוגמאות לשיתוף פעולה כה מוצלח כפי שנתגלה בנושא הפעלת חוק ביטוח סיעוד.

אנשי המטה במשרדים האלה, שעמלו בהכנות וביישום, כמו גם הוועדות המקומיות, שחברים בהן נציגי מערכות שונות, התעלו והם ממשיכים להתעלות על הנטיות להסתגר בדיאמונותיהם ועל האינטרסים המקצועיים והארגוניים הצרים. לכולם היתה משותפת תחושת השליחות והרצון להצליח במימוש החוק למען האוכלוסייה הזו.

הגופים השותפים, המיוצגים על-ידי אנשי המטה, ממשיכים לשמש קבוצת עבודה מלווה. מכיוון שהם מאגדים בתוכם את כל הגופים המקצועיים, בתחומי הבריאות, העבודה הסוציאלית והחוק, ניתן להם להגיע לראייה כוללת של הצרכים, ראייה התורמת לפיתוח הטיפול הכוללני בשטח לטובת הזקן ומשפחתו. המידע והניסיון המצטברים מועברים מיד מגוף אחד לחברו וזוכים לדיון ולטיפול משותף ולגיבוש עמדות אחידות שינחו את פעולות הוועדות המקצועיות המקומיות. בהסכמת הגופים השותפים מוזרמות ההוראות הכתובות לוועדות המקצועיות המקומיות ולנותני השירותים מכתובת אחת, המוסד לביטוח לאומי, דבר המונע פרשנויות שונות, אי-הבנות, חיכוכים וסתירות ותורם להפעלה אחידה ושווה עד כמה שניתן ברחבי הארץ.

3. הפסד שיקול דעת והתייחסות לחריגים החוק מאפשר לתת גימלת שירותים נמוכה יחסית לרבים, לעומת גימלה גבוהה הנדרשת לעתים במקרים קשים וחריגים. עם הפעלת החוק הצטמצמו בצורה דרסטית האפשרויות שהיו קיימות קודם לסייע למקרים דחופים במיוחד ולחריגים. כמו־כן, כשל הסטנדרטיזציה והימנעות מיצירת תקדימים שישפיעו על הכלל, ומתוך הכרח לנהוג בשוויון כלפי החוק, אין אפשרות לבוא במסגרת הפעלת החוק לעזרתם של מקרים יוצאי דופן. נשאלת אפוא השאלה, האם חקיקה, כללים וזכויות שוות שמים לאל את עידן ההתייחסות למקרים חריגים? האם השפעת יישום החוק על הגורמים השותפים בהפעלת החוק תמנע התייחסות בעתיד לחריגים גם במסגרות שמחוץ להפעלת החוק?

4. הטיפול בזקנים שאינם זכאים על־פי חוק ביטוח סיעוד

הצלחת החוק, שמשמעותה מאמץ רבתי של העובדים הסוציאליים והאחיות לטפל בזכאי החוק שהם זקנים סיעודיים במצבי תלות קשים וחריפים, מעלה את השאלה האם לא היתה "החלפה" של אוכלוסיות יעד בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים ובקופת חולים? לשון אחר, האם התמקדות בטיפול בקשישים המוגבלים אינה מביאה להזנחת אוכלוסיות אחרות שגם הן שרויות במצוקה?

מן הנתונים שבידינו ידוע לנו, שמתוך 5,700 מטופלי קופת חולים לפני החוק רק 2,500 הוכרו כזכאים על־פי החוק. היכן הם היום 3,200 הזקנים שלא נקלטו כזכאים בחוק? האם היום הם אינם מטופלים? כמו־כן נשאלת אותה השאלה לגבי אוכלוסייה רחבה של זקנים תשושים, בודדים, הנתונים במצבי מצוקה קשים ושונים, אך אינם סיעודיים במשמעות החוק ואשר היו קודם לכן בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים.

האם היתה "החלפה" של אוכלוסיות יעד בטיפול במערכות הרווחה והבריאות? האם, בצד קליטת החולים הקשים, מקצתם סיעודיים,

לקבלת החוק היו מלווים התלבטויות וויכוחים סוערים על שירותים בעין לעומת קצבאות בכסף וכל צד הביא נימוקים משכנעים משלו לתמיכה בעמדתו.

כידוע, ההכרעה בחוק היא למתן שירותים בעין, חרף הספקות שליוו את המתכננים באשר לזמינות שירותים כהיקף שיידרש. במהלך היישום הפתיעה את כל הנוגעים בדבר צמיחתם וזמינותם של שירותים בהיקף הנדרש, המלווים כמובן עלות מנהלית כבדה למדי הכרוכה בהספקת השירותים. עלות זו מעוררת שאלות רבות המחייבות בחינה מתמדת, אם כדי להוריד את צדקת הדרך ואם כדי להגיע למסקנות אחרות. בדיון יש להביא בחשבון, שאנשים נוטים להעדיף קצבאות בכסף על פני גימלאות בעין. אך יש לבחון את הסוגייה לנוכח השאלה: האם אכן ייעשה בכסף זה שימוש בהתאם לכוונת החוק או שמא ייבלעו הכספים האלה בתקציב המשפחה? ועוד, האם רמת חייהם של תושבי ישראל, ובעיקר של זקניה, שמנהגיהם ואורחות חייהם התגבשו לפני 50 שנים לפחות, מתאימה לרכישת שירותי עזר לביתם?

עלות נוספת המוטלת על תקציב ביטוח סיעוד נובעת מאופיו המיוחד של החוק, אשר הפעלתו בדרך של שירותים בעין כרוכה בתגבור כוח האדם המקצועי הנדרש להפעלתם. למרות שניתן לציין בסיפוק שלא נבנו ארגוני שירות חדשים ושמרבית ההפעלה של החוק נספגה כמנגנונים הקיימים של המוסד לביטוח לאומי, של המחלקות לשירותים חברתיים, של משרד הבריאות ושל קופת חולים, בכל זאת היה צורך לתגבר את המנגנונים הקיימים בעזרת תוספת קטנה יחסית של עובדים סוציאליים ושל אחיות בקופת חולים ובמשרד הבריאות.

בבחינת העלות הכוללת של חוק ייחודי זה מן הראוי יהיה להתייחס הן לעלות העבודה של המטפלים והמטפלות והן לעלותם של המנגנונים הביורוקרטיים והמקצועיים, עלויות שאי אפשר להימנע מהן בהפעלת חוק המתבסס על שירותים בעין.

רכים גם העצמאות ליטול את גורלם בידיהם ולהשתמש בשיקול דעתם בכל הנוגע לשימוש בכספי הגימלאות. זאת ועוד, רבים נעזרים במטפלים או במטפלות שהשיגו לעצמם בדרך של הסדרים עצמאיים; במשך השנים נוצרו אצל רבים מהם יחסי מטפל-מטופל חיוביים וחמים. עקב הפעלת החוק במסלול אחיד ושוויוני, כאשר השירותים מופעלים תמיד בדרך של הזמנת מטפלים באמצעות החברות, מצטמצמות אופציות טיפול אחרות. בשל החשש לפרוץ תהליכים אלה, שיגררו אחריהם תקדימים העלולים ליצור איפה ואיפה, מנענו אפשרויות כאלה. הפתרונות שאפשרנו, כדי להותיר מעט חופש בחירה, הם מוגבלים. משפחה רשאית להפנות את המטפל הפרטי או המטפלת הפרטית שבתרו לאחת החברות, כדי שזו תשמש "מעביד" ותפרוס עליהם את מערכת הפיקוח וההדרכה ותגבה עבורם את תשלומי הביטוח המתחייבים על-פי דין.

7. "סרבנים" לקבלת שירותים במהלך שנת ההפעלה הראשונה סירבו 640 משפחות מתוך 17,893 הזכאיות לקבל את השירותים שהוצעו להם. על-פי הוראות החוק מי שמסרב לקבל שירותים כאשר אלה זמינים ומוצעים לו מוותר למעשה על קבלת הגימלאה. אנו ערים לכך שקיימות משפחות שאינן מעוניינות להכניס מטפלים או מטפלות זרים לבתיהן בשל סיבות שונות, בין היתר בגלל רצונן לטפל ביקריהן בעצמן. הכנסת נורמות אחידות לכלל המשפחות בישראל יש בה ללא ספק משום כפייה על אורח החיים של משפחות אלה.

מספר הסרבנים, למרות שאינו גדול יחסית, מחייב בחינה מעמיקה של אוכלוסייה זו ושל ההשלכות שיהיו לדרכי הביצוע של החוק על חייהם.

8. השירותים הניתנים בקהילה דוחים או מונעים סידור מוסדי ולבסוף נחזור ונעלה את השאלה בדבר תילופים אפשריים בין שירותים קהילתיים למוסדיים.

שקיבלו שירותים קודם לכן, ואחרים שלא היו בטיפול קודם לכן, לא הוזנחו זקנים נזקקים אחרים?

5. כמות שירותים אל מול איכותם ההיקף הרב של שירותים המסופקים כיום לאוכלוסיית יעד שגדלה במידה כה רבה תוך זמן קצר כל כך; הסטנדרטיזציה של התהליכים המינהליים והמקצועיים; ה"הפרטה" וזמינותן של חברות ואגודות המספקות מטפלים והנוחות היחסית הכרוכה בכך, האין כל אלה צריכים לעודד אותנו לבדוק את איכותם של השירותים שאנו מספקים?

כשל צמיחה מואצת זו, הן בהיקף אוכלוסיית היעד הזכאית והן בהיקף השירותים המופעלים, נדרשת הפעלה מסיבית של מערכת בקרה. המוסד לביטוח לאומי מתכנן כבר בחודשים הקרובים לגבש מודל בקרה נרחב שיתמקד בשני נושאים. האחד: בדיקות מדגמיות של זקנים ומשפחותיהם כדי לעמוד על מידת שביעות הרצון שלהם מן השירותים שהם מקבלים; והשני: בדיקה שיטתית של כל נותני השירותים וכאיזו מידה הם עומדים בתנאים שהתחייבו להם.

מערך בקרה זה, מן הראוי וההכרח שתהיה לו השפעה על הגורמים השותפים בהפעלת החוק לשם הסקת מסקנות ולהעברה ישירה של מידע לרמת הפרט לשם תיקון שוטף של תקלות. למיטב ידיעתנו, לא קיים כיום בארץ מודל דומה ללימוד ולחיקוי של שיטות בקרה על הספקת שירותי טיפול מסוג זה תוך אילוצי כוח אדם נתון, שאין לצפות להרחבתו בתקופה זו. אנו עומדים אפוא בפני אתגר מקצועי רציני.

6. הפטרונות של הממסד בשיקולי דעת של הפרט

בהסתמך על הוראות החוק ועל התהליכים שנכנו כנגזרים ממנו ניתנה הסמכות לוועדה המקצועית המקומית לקבוע תוכניות טיפול ולממשן. אין ספק, שבצד התערבות זו, שכוונה תה לסייע לזקנים ולמשפחותיהם, נלקחת מידי

ההנחה המוקדמת היתה, שתגבור מערך השי-
רותים הקהילתיים יביא עמו דחייה ואולי אף
מניעה של אשפות הזקן במוסד. אין ספק בכך,
שהישארותו של הזקן במשפחתו היא בגדר
הישג הומני כשלעצמו ודרך זו מביאה ככל

הנראה גם לחיסכון בתקציב. שאלה זו מעלה
לדיון את מרבית הסוגיות שנסקרו לעיל ומן
הראוי שתיחקר ותיבדק לאורך זמן יחד עם
הפעלת החוק.

ביבליוגרפיה

- הועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, דין וחשבון, הוגש לשר העבודה והרווחה, ירושלים, מאי 1983.
וילברשטיין, יוסף ואחרים, צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים בבני ברק, שירותים נחוצים ועלותם,
יולי 1981.
- פקטור, חיים, גוטמן, מיכל ושמואלי עמיר, מיפוי מערך השירותים לטיפול ממושך לקשישים בישראל, ירושלים,
1982.
- מורגנשטיין, ברנדה, היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על-ידי המשפחה וגורמים בקהילה, בבני
ברק ובאר-שבוע, 1984.
- חביב, ג'ק, פקטור חיים ברודסקי, ג'ני ודולב ט', הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה ובקשישים
הממחינים למיסוד, ירושלים, 1986.
- חביב, ג'ק, פקטור חיים וכאר, שמואל, "צרכים ארציים לקשישים מוגבלים, היום ובשנים הבאות", ביטחון סוציאלי,
30 (1987), עמ' 103-119.
- כהן, שלמה, "חוק ביטוח סיעוד - רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה", ביטחון סוציאלי, 30 (1987).
שניט, דן, "חוק ביטוח סיעוד - ההיבט המשפטי", ביטחון סוציאלי, 30 (יוני 1987).
מייס, ננסי ודר מיטר, רבינס, 36 שעות ביממה, הוצאת מלב"ב, ירושלים, 1988.

מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל

מאת ד"ר ג'רלד מ' שטיינברג*

מבוא

נוספים כדי לשנות מן הקצה אל הקצה את המבנה המוסדי של שירותי הבריאות. ייתכן שהבעיות לא נפתרו, אבל המערכות הללו הן דינמיות וגמישות ומבקשות לצמצם את הנזק ולשפר את רמת השירות. כאשר מתגלים פגמים במערכת חדשה ננקטים צעדים כדי לתקן אותם.

בישראל, לעומת זאת, לא השתנה מבנה שירותי הבריאות מאז קום המדינה, למרות הצעות רפורמה ודו"חות ביקורת רבים. למעלה מ-80% מן הטיפול הראשוני ניתן במרפאות קופת חולים הכללית של ההסתדרות. מערכת האשפוז מתחלקת, כמו בשנות ה-50, בין בתי-החולים של קופת חולים הכללית ובין בתי-החולים של משרד הבריאות; בנוסף לאלה יש עוד כמה בתי-חולים המופעלים בידי העיריות (בתל-אביב) ובתי-חולים פרטיים ללא כוונת רווח (בירושלים). במקום להתרכז בתכנון וכו-ויסות בתי-החולים, הרופאים והמערכת בכלל-לוחה, משרד הבריאות מקדיש את רוב משאביו לפעילות היומיומית של בתי-החולים הממ-שלתיים, עוסק ביישוב המשכרים התקציביים התכופים, בפעולות כוח אדם ובבעיות תפעול אחרות. שתי המערכות הגדולות פועלות במידה רבה באורח עצמאי (למרות הסכם החלוקה

ישראל, כהרבה מדינות מתועשות אחרות, מתקשה מאוד להעניק טיפול רפואי טוב לאוכל-לוסייתה. גם בישראל, כמו במערב אירופה ובצפון אמריקה, מערכת הבריאות נתונה במח-סור כרוני בכספים ומתקשה בהפעלת בתי-חולים ומרפאות באורח יעיל וצודק ובמתן ביטוח לחולים ותשלום ראוי לרופאים.

אולם, מה שמייחד את ישראל הוא העדר שינוי מוסדי יסודי בתגובה לאתגרים אלה. במדינות אחרות הניצבות בפני בעיות דומות הוכנסו כמה פעמים שינויים של ממש במוסדות ובמבנה של שירותי הבריאות. בבריטניה הו-בילו ועדות מלכותיות ו"ספרים לבנים" לשינוי מבנה שירות הבריאות הלאומי (National Health Service). כדי לשפר את יעילות המוסדות הובאו אליהם מנהלי בתי-חולים מקצועיים ומנהלים אחרים שקיבלו הכשרה מקצועית. בארצות הברית הוקמו, במהלך עשרים השנים האחרונות, ארגונים לשמירת הבריאות (Health Maintenance Organi-zations, H.M.O), הונהגו תוכניות ממשל-תיות כדי לפקח על המחירים וננקטו צעדים

* חוקר במרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה ומרצה בכיר בחוג למדעי המדינה, אוניברסיטת בר-אילן. תרגם מאנגלית עמוס פלד.

עבודת המחקר עבור פרויקט זה נעשתה במרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה. סיוע מחקרי הגישה ד"ר איטה ביק.

ראל הושם הדגש על המהות, ואילו המבנה והתהליך הוזנחו יחסית. מחקרים ודו"חות רבים בחנו את הבעיות הכרוכות כמתן שירותי בריאות והציעו רפורמות. במקרים אחדים הדי-גישו הצעות אלה את אי יכולתם של המוסדות העיקריים במערכת – משרד הבריאות וקופת החולים הכללית – לאמץ את השינויים הארגוניים שהיו דרושים לרפורמה. מעט מאוד מן הרפורמות שהוצעו למערכת אכן בוצעו.

חוקרי מדיניות הציבור הראו, שבכל נושא ומסגרת פוליטית מוסדות וארגונים הם גורמים חשובים ביותר בקביעת מהות המדיניות. טל-קוט פרסונס ואסכולת "הפונקציונליסט המבני" (Structural Functionalist) הראו, שבמקרים רבים המבנה המוסדי שבאמצעותו נקבעת המדיניות ומהות המדיניות קשורים זה בזה קשר הדוק (Parsons, 1956, pp. 63-85; 1960, pp. 225-239). חוקרים אחרים בתחום התיאוריה הארגונית התמקדו במשתנים, כגון ריכוזיות, תקשורת, ארגונים אפורמליים, דינמיקה ארגונית, התנהגות מנהלית וגורמים אחרים, בניסיון להבין כיצד נקבעות ומבוצעות מדיניות. הוכח, שגורמים כאלה ממלאים תפקיד מכריע בקביעת יעילות ארגונית ובמידת הגמישות או ההתנגדות לשינוי.

על-פי העדות שהציגו בלאו וסקוט, לסוגים שונים של ארגונים יש יעדים שונים, המשפיעים על המבנה שלהם ועל פעולתם. לדוגמה, המבנה והפעולה של גופים וולונטריים לעזרה הדדית, כגון איגודים מקצועיים, נבדלים לחלוטין מגופים פרטיים למטרות רווח או מגופים ממשלתיים. יש לצפות, שמערכות לשירותי רפואה, כגון בתי-חולים או מרפאות, המופעלות בידי ארגון וולונטרי, יהיו שונות במידה רבה ממערכות בריאות המופעלות בידי איגוד מקצועי, מפלגה פוליטית או מדינה (Blau & Scott, 1962, pp. 27-58).

במחקרים שערך על תהליך המדיניות הציבורית בארצות הברית הצביע וילדבסקי על האילוצים אשר מוסדות ותהליכים מוסדיים ופוליטיים כופים על קביעת מדיניות. למשל, התוצאה של פולמוסים בענייני מדיניות נקבעת

לאזורים משנת 1981) ועקב כך נגרמות לעתים קרובות כאזורים אחדים כפילויות בשירותים, בעוד שאזורים אחרים נשארים מוזנחים ומקופחים. הן ברמה הלאומית והן ברמת בתי-החולים הבודדים, אין למצוא מנהלי בתי-חולים מקצועיים. למרות שהיא עושה שימוש בטכנולוגיה ובטכניקות הרפואיות החדשות ביותר, מבחינה מוסדית וארגונית המערכת נתפסת לעתים קרובות כבלתי יעילה בצורה מסוכנת וגוף שאיננו יכול להסתגל לשינויים (מבקר המדינה, 1989).

בעבר הכירו הכל בקיומן של בעיות אלה. ישראל יכולה להיחשב המדינה הראשונה בעולם מבחינת מספר הוועדות שהוקמו לבדיקת מצב המערכת, הדו"חות והתוכניות לארגון מחדש שהוכנו ונוסחו. הצעות שונות לרפורמה במערכת האשפוז נדונות עתה, אולם יישומן ממשיך להתקל בהתנגדות משום שבידי מוסדות אלה יש כוח פוליטי ובירוקרטי המאפשר להם להתנגד לשינוי.

המחקר הנוכחי, כחלק מתוכנית המחקר הנערך עתה במרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה, נועד לסייע בהבנת טיבם והשפעתם של המשתנים המוסדיים במערכת הבריאות ולעמוד על הגורמים שמנעו או חסמו את הארגון מחדש והתיקונים. על בסיס המודלים הכלליים של שינוי מוסדי במדיניות הציבור, בהקשר הישראלי הספציפי, יידון תפקיד הממשלה ביצירת גמישות ארגונית וביצוע רפורמות ארגוניות ומוסדיות הדרושות לבנייה מחדש של מערכת הבריאות בישראל.

חשיבות המוסדות במדיניות

בחקר מערכת הבריאות בישראל, כבתחומים אחרים של מדיניות הציבור, חשוב להבחין בין מהות המדיניות, ובין המבנה והתהליכים, שבאמצעותם נקבעת (או לא נקבעת) המדיניות, ולבחון את זיקת הגומלין בין המשתנים הללו. במחקרים הקודמים על מדיניות הבריאות בישראל

נבדקות תגובות אלה ניתן להבין את תהליך קביעת המדיניות בכל תחום, לרבות בריאות, ועל יסוד זה אולי אפילו לשלוט עליו.

המבנה המוסדי של מערכת הבריאות בישראל

כמו רוב המוסדות האחרים בישראל, אלה המהווים את מערכת הבריאות הורתם ולידתם בתקופת הגלים הראשונים של העלייה הציונית בתחילת המאה ה-20. בשנת 1912 יסדו 150 חברים מן היישוב החדש את קופת החולים היהודית הראשונה. קבוצה זו, שהתבססה על ביטוח הדדי, היתה מאוחר יותר הגרעין שממנו צמחה קופת החולים הכללית של ההסתדרות. בשנת 1929 החלה קופת חולים הכללית להקים רשת של בתי-חולים כדי להשלים בכך את רשת המרפאות שהקימה בתחום היישוב היהודי. במעשה זה מילאה קופת החולים הכללית, כמוה כמוסדות אחרים של ההסתדרות, תפקיד חשוב ביישוב הארץ וסייעה בהקמת התשתית להתפתחות תנועת העבודה הציונית. מבחינה אידיאולוגיה הדגישו, ההסתדרות בכלל וקופת החולים הכללית בפרט, את מתן השירותים לכל המגזרים באוכלוסייה על בסיס שווה. כתוצאה ממאמצים אלה פחתו שיעורי תמותת התינוקות באורח דרמטי ומחלות כגון מלריה הודברו במידה רבה (Cohen, 1985, pp. 80-82).

במרוצת השנים הוקמו מוסדות בריאות נוספים וקופות חולים נוספות. בשנת 1933 הקימה התנועה הרוויזיוניסטית את "קופת חולים לאומית". בשנת 1936 הקימו הציונים הכלליים קופת חולים משלהם; זו התמזגה בסופו של דבר עם קבוצות אחרות והיתה ל"קופת חולים מאוחדת". קופה אחרת, הידועה בשמה "קופת חולים מכבי", נוסדה בשנת 1941 בידי רופאים עולים מגרמניה שביקשו לספק לעצמם תעסוקה (הלוי, 1979, עמ' 50-55). לכל אחד מן המוסדות הללו, כמו גם לקופות

כמידה רבה עקב התהליכים ו"הזירה" הפוליטית שבה מתקבלות ההחלטות. מדיניות סביבית תיות הנקבעות בידי הממשל הן שונות מאוד מאלה הנקבעות בידי הקונגרס באמצעות חקיקת חוקים, או באמצעות מערכת בתי-המשפט והתהליך המשפטי. בכל מקרה, לתהליך ולמבנה השונה של קביעת המדיניות יש השפעה מכרעת על התוצאה, אפילו כאשר כל המשתתפים נשארים קבועים. מדיניות הנתקלות בהתנגדות מצד הממשל עשויות להיקבע באמצעות תהליך החקיקה, ואלה שלא ניתן, מבחינה פוליטית, לעצבן בקונגרס יכולות להיקבע בידי בתי-המשפט (Wildavsky, 1979).

וילדבסקי וחוקרים אחרים הראו, שגורם המפתח בקביעת מדיניות ושינוי הוא עוצמה; ברוב המקרים, שינויים המגדילים את עוצמתו של מוסד, תקציבו, ייעודו, תפקידו או אחריותו, ייתקלו בהתנגדותם של המוסדות המושפעים. במקרה זה, המוסדות בעלי העוצמה הרבה ביותר יקבעו את התוצאה. למשל, המאמצים להגיש שיטות תקצוב חדשות (PPBS ו-ZBB), שהיו נותנות לגורמים חיצוניים תפקיד רב יותר בהכנתה ובקביעתה של חלוקת המשאבים, נתקלו בהתנגדות מוצלחת בארצות הברית. למנהלים שביקשו לכפות שיטות אלה לא היתה עוצמה מספקת לגבי הסוכנויות הקשורות בכך (Wildavsky, 1974; 1986). ברור אפוא, שבפיתוח מרשמי מדיניות יש לשקול היטב את העוצמה והתהליך הדרושים כדי לממש מאמצים אלה.

בישראל, כפי שהראו אקצין ודרור לפני למעלה מעשרים שנה, האידיאולוגיה והמבנים הפוליטיים בתהליכי מדיניות הציבור היו וממשיכים להיות שזורים זה בזה בצורה הדוקה (Akzin & Dror, 1966; Bilski, 1980). שינויי מדיניות המשפיעים על אינטרסים פוליטיים או ביורוקרטיים (וכך הוא הדבר ברוב תחומי המדיניות, החל בטלוויזיה וכלה בספורט) חייבים לעסוק בתגובות של הממשלה והכנסת, ובישראל אלה נמצאות, ביסודו של דבר, בשליטת המפלגות הפוליטיות, ההסתדרות, והביורוקרטיה השלטונית. רק כאשר

האחרות התרחב בהתמדה וגם בתי-החולים הממשלתיים הם עתה גורם חשוב במערכת. ביסודו של דבר, כל מערכת מופעלת באורח עצמאי וכתוצאה מכך המערכת הכוללת אינה יעילה ויש בה כפילויות רבות בתחומים אחדים ומחסור תמור בשירותים בתחומים אחרים. הטיפול הרפואי הפרטי ושירותי הרפואה הבלתי-תי חוקיים ("הרפואה השחורה") גברו במידה רבה.

משבר במערכת

למרות הקיפאון המוסדי תפקדה המערכת טוב למדי עד אמצע שנות ה-70. אולם בשנות ה-80 החלה המערכת להתמוטט. המוסדות העיקריים סבלו ממחסור כרוני בכספים וכאשר פחת שכרם של הרופאים, האחיות, הטכנאים ועובדי התחזוקה בהשוואה לקבוצות אחרות, הם דרשו תשלום מוגדל. בה בשעה נמשך ואף הואץ "הדחף לחדש". רופאים וחולים המשיכו לדרוש שייעשה שימוש בטכנולוגיות ובטיפולים החדשים ביותר, אך הכספים להפעלת טכנולוגיות אלה חסרו. תקופות החמתנה לטיפול התארכו בהתמדה. ברמת בית-החולים הבודד, המנהלים הרפואיים לא היו מסוגלים להתמודד עם הלחצים ועם האתגרים והמשרבים שזימנה להם תקופה זו. המערכת ומוסדותיה קפאו על שמריהם בהתנגדם לרוב המאמצים להנהיג שינויים. התוצאה היתה אי-יעילות, המתנות ארוכות לניתוחים ולטיפולים אחרים, עיצומים ושבתות.

בשנת 1988 היו בישראל 1,800 מרפאות לטיפול ראשוני ו-53 בתי-חולים כלליים, גרי-אטריים ופסיכיאטריים. המספר הכולל של המיטות בכל המוסדות הללו היה 25,000. בשנת 1988 היתה ההוצאה על הפעלת המוסדות האלה ושאר חלקי מערכת הבריאות בישראל 4.3 מיליארד ש"ח, שהם 7.6% מן התוצר הלאומי הגולמי בישראל ו-35% מן ההוצאה האזרחית (להוציא פירעון חובות). בערך 40%

קטנות אחרות, היה מספר קטן של חברים. בשנת 1948 היו 90% בערך מן האוכלוסייה היהודית בארץ חברים בקופת החולים הכללית. לאחר קום המדינה המשיכה קופת החולים הכללית להיות המקור העיקרי לטיפול רפואי. בידי משרד הבריאות היתה אחריות נומינלית לפיקוח על פעולות הקופה ומוסדות אחרים, אך המשרד התערב רק מעט בתחומים אלה. משרד הבריאות הפעיל את בתי-החולים שהקימה ממשלת המנדט וכמה מבתי החולים העירוניים, כמו גם אלה שפותחו כדי לטפל בפליטים היהודיים במהלך מלחמת העולם השנייה ולאחריה ביוזמת הג'וינט והדסה (בית-החולים ובית-הספר לרפואה בירושלים ממשיכים להיות מופעלים בידי הדסה. בדרך כלל, מערכת בתי-החולים בירושלים נותרה במידה רבה מחוץ לרשתות קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות).

בתקופת העלייה ההמונית שלאחר קום המדינה מילאה קופת החולים הכללית תפקיד חשוב בקליטה, ובמשך כל התקופה הזאת היתה אחראית במידה רבה לקביעת רמת הטיפול הרפואי בישראל. קופת החולים הכללית הנהיגה בדרך כלל שירותים וטכניקות חדשים והיא המשיכה לפתח את רשת המרפאות ובתי החולים שלה בנגב, בגליל ובאזורים אחרים עם הגידול באוכלוסייה. מנהלי קופת החולים הכללית ראו במוסד שלהם — ומבחינות רבות הם עדיין רואים בהם — את המקור העיקרי לטיפול רפואי בארץ, החל בטיפול מונע וכלה בשיקום (לרבות הספקת תרופות) (דורון, 1988, עמ' 2626-2628). סיכומו של דבר, את רוב הישגי מערכת הבריאות בישראל ניתן לייחס למערכת קופת החולים הכללית.

אולם, באופן רשמי קופת החולים הכללית היתה ועודנה ארגון וולונטרי וחלק מן ההסתדרות. לאחר שגדלה המדינה ומשהתפתחו מוסדותיה, נעשתה הזיקה בין קופת החולים הכללית לממשלה מקור של בלבול ומורכבות הזיקה היא אחד המכשולים בדרך לשינוי. לא-מיתו של דבר, קופת החולים הכללית לא היתה המקור היחיד לטיפול רפואי. תפקיד הקופות

להקטין את התפוסה רק יביאו לסגירת יחידות ובתי-חולים ולצמצום כוח האדם. מסיבה זו נוצרת התנגדות אצל הרופאים והמנהלים. התוצאה מכל זה היא, שבעוד ש-30% בערך מן המיטות בבתי-החולים תפוסות בידי תולים לצורך בדיקות שאינן מחייבות אשפוז, מספר החולים הממתינים לטיפולים שכן מחייבים אשפוז גדל מיום ליום. לפי דו"ח מבקר משרד הבריאות מנובמבר 1987 המתין יותר מ-37,000 חולים לניתוח בבתי-החולים הממשלתיים. תקופות ההמתנה היו בין שישה חודשים לשנתיים. לדברי החוקר ב' רוזן, "ההמתנות היו כה ארוכות עד שחולים רבים אף לא טרחו להוסיף את שמותיהם לרשימות הממתינים" (Rosen, 1989, p. 17). ראה גם פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 3936, עדות גב' שושנה ארבל-אלמוזלינו).

במאי 1989 פרסם מבקר המדינה דו"ח מפורט על בית-החולים כילינסון, שהוא המוסד הגדול ביותר של קופת החולים הכללית ומבחינות רבות נושא הדגל שלה. בדו"ח צוינו ליקויים יסודיים בתחומים רבים. בין היתר הצביעו מחברי הדו"ח על עיכובים ממושכים בביצוע בדיקות מכריעות ובהעברת התוצאות לרופאים. רק 15% מתוצאות הביופסיות היו זמינות תוך 10 ימים, ו-33% מהן נמשכו עד 60 יום. הדו"ח מותח ביקורת קשה על התנאים הפיסיים השוררים בבית-החולים. לדוגמה, שטח חו של מתקן הרנטגן לילדים "פחות מ-9 מ"ר ללא חלונות או אוורור. החדר היה בלתי מתאים לחלוטין, והחולים הצעירים הנאלצים להמתין במסדרונות הצרים בתוך חשופים בצורה מסוכנת לזיהומים". הציוד והמתקנים לא נוצלו בצורה יעילה. "ביחידת האולטרה-סאונד לילדים... אפילו המיפויים הדחופים נדחים עד חמישה חודשים. ניתוח חירום מבוצע רק חמישה ימים בשבוע במשמרת בוקר אחת". ברוב המקרים הניתוחים אינם מתחילים לפני השעה 8 בבוקר. ואם ניתוח אחד מסתיים באמצע הבוקר אין מתחילים בניתוח שני, מחשש שהוא יסתיים אחרי המשמרת הראשונה.

מסכום זה מוציאה קופת החולים הכללית ומעל 20% ממנו מוצא על הפעלת בתי-החולים הממשלתיים (משרד האוצר, 1988, עמ' 8). שכר והטבות נלוות אחרות תופסות בין 75% ל-80% מן ההוצאה הכוללת על בריאות. למעלה מ-78,000 איש מועסקים במוסדות אלה (כמעט 6% מכוח העבודה בישראל), מהם 10,000 רופאים. מבחינת היחס של רופאים לתושבים (2.9 רופאים ל-1,000 נפש) ישראל תופסת את אחד המקומות הראשונים בעולם (50% מעל הנורמה למדינות המתועשות הע-שירות. משרד האוצר, 1988, עמ' 27), כוח העבודה במגזר זה גדל בשיעור שנתי ממוצע של 4.5%, אבל שיעור ההוצאה לא היה מסוגל להדביקו (עופר, 1987, עמ' 110). כאמור, לאחר שפחת שכרם של הרופאים ושל אנשי המקצוע האחרים בתחום הרפואה במידה גדולה, פתחו קבוצות עובדים אלה בסדרת עיצומים ושבתות שפגעו במערכת הבריאות. למרות מספרם הגדול של הרופאים, המ-תקנים הרפואיים, כגון מרפאות וציוד בתי-חולים (לרבות מתקני ניתוח וטכנולוגיית אב-חון), תמיד מנוצלים פחות מדי. בתי-החולים של קופת החולים הכללית באיזור תל-אביב, למשל, פועלים בתפוסה של 62% עד 70% (משרד האוצר, 1988, עמ' 43). בשל מגבלות תקציב, מרפאות ומתקנים אחרים מופעלים לעתים קרובות רק שעות אחדות ביום. לדעת חוקרים רבים, העובדה שבתי-חולים ממשלתיים מתקצבים על בסיס אחיד (Flat Basis) התלוי רק במספר המיטות התפוסות וללא קשר לעלות הטיפולים המיוחדים, היא המקור העיקרי לחוסר היעילות (Rosen & Ellenczweig, 1988, p. 4) (החל מאפריל 1989 היה התעריף 345 ש"ח ליום אשפוז). הכל מודים, שמערכת תקציב זו היא המונעת פיתוח של תמריץ כלשהו שיצמצם את מספר האשפוזים ויגביר את היעילות. ואכן, למנהלי בתי-חולים אין לאמיתו של דבר שליטה על ההכנסות וההוצאות ואף אין בידיהם שום תמריצים להגברת היעילות או שיפור השירות. נהפוך הוא, בשל המבנה הנוכחי, המאמצים

לחצים חיצוניים לשינוי

הבעיות המיוחדות של מערכת הבריאות, כגון מימון ותשלום שכר, והבעיה הכללית יותר של חוסר יעילות מתמדת, למרות ההכרה הרחבה בצורך בשינוי, הן סימפטומטיות למצב רחב יותר השורר בישראל. כאמור, אמנם כמה מן הבעיות שמערכת הבריאות בישראל ניצבת בפניהן אינן ייחודיות בשום פנים ואופן, אבל הן החמירו עקב תנאים ושינויים פוליטיים וסוציולוגיים שהתחוללו. שני הגורמים החשובים ביותר היו הגידול במעמד הבינוני בישראל וקץ תקופת שליטתן של מפלגת העבודה והסתדרות במדינה.

א. השינוי החברתי-כלכלי בישראל בתקופה שלאחר מלחמת ששת הימים עבר המשק הישראלי תקופה של התרחבות וצמיחה מהירה. ישראל הפכה להיות מחברה מתפתחת לחברה של מעמד בינוני עם רמת חיים וסגנון חיים ושאיפות המבוססים על הנהוג במערב אירופה יותר מאשר בארצות אפריקה או במזרח התיכון. כתוצאה מכך גברו גם הציפיות בכל הנוגע לטיפול רפואי והדרישות ממערכת הבריאות. אמצעים נרחבים של בריאות הציבור וטיפול חירום שוב לא נחשבו מספיקים והישגים רגילים פנו יותר ויותר למרפאות ולבתי-חולים בעניינים שגרתיים וכדי לעבור בדיקות אלקטיביות. החברה הישראלית ערה מאוד כדרך כלל להתקדמות החלה בתחום הרפואה, לטכניקות החדשות, לתרופות ולטיפולים, והיא דורשת שירותים אלה מיד לאחר שאלה נעשים זמינים בארצות אחרות. הרופאים הישראליים רצו להיענות לבקשות אלה ונתנו עדיפות גבוהה לטיפוחה של רמה גבוהה ומעודכנת של הרפואה בארץ.

בדומה לחברות אחרות, גם בארץ גילתה אוכלוסיית המעמד הבינוני שהתרחבה רצון ליהנות מסגנון שונה של שירות רפואי. רבים מן הנהלים הרגילים של מרפאות קופת חולים, שנועדו להעניק טיפול נאות לכלל האוכלוסייה,

כתוצאה מכך, ציין המבקר, למרות תורים ארוכים לניתוחים וטיפולים אלקטיביים בבתי-חולים ברחבי המדינה, התפוסה במחלקות רבות בבתי-חולים בילינסון הינה מתחת לנורמה וכין הנמוכות במדינה. מ-1983 עד 1987 נע שיעור התפוסה במחלקה האונקולוגית בין 40% ל-49%, הרבה פחות מבבתי-חולים אחרים. לעומת זאת, כמתקנים שבהם העלויות נמוכות יחסית לתגמול, אשפוזם של החולים התארך. לדוגמה, רוב ניתוחי העיניים מבוצעים באורח שגרתי על בסיס מרפאות חוץ (אשפוז יום) בבתי-חולים אחרים, אך בבית-חולים בילינסון, מציין המבקר, המתינה קבוצה של 600 חולים לניתוחי עיניים, דבר שגרם צבירה כוללת של 2,530 ימי אשפוז (מבקר המדינה, 1989).

למרות שהכל מודים שמוסדות אלה והנהלים האלה הם המקור העיקרי לחוסר יעילות הם נשמרים והרפורמות שהוצעו לא אומצו. תקציב בתי-חולים על בסיס שיטת קבוצת אבחון (Diagnostic Related Group - DRG), ותשלום שכר לרופאים על בסיס תשלום לגולגולת הוצעו חדשות לבקרים, אולם אף אחת מהצעות אלה לא מומשה. ארגון מחדש בקנה מידה גדול של כלל מערכת האשפוז באמצעות הקמת רשות אשפוז ארצית הוצע אף הוא בהזדמנויות רבות, אולם כל ניסיון ללכת בדרך זו נחסם ונבלם עד כה בהצלחה מרובה.

הארגון מחדש של מערכת קופת חולים הכללית נבדק אף הוא פעמים רבות. נכתבו דו"חות פנימיים שונים ובהם הצעות להגברת היעילות בדרך של ביזור, מתן אוטונומיה מנהלית ותקציבית לאזורים, למרפאות ולבתי-חולים המהווים את מערכת קופת חולים הכללית, והכשרת מנהלים רפואיים מקצועיים (קופת חולים כללית, 1984). אולם, למרות ההמלצות הללו המערכת עודנה ריכוזית מאוד, בלתי גמישה ובלתי יעילה.

קופת חולים הכללית מופקדת על יותר מ-80% מן הטיפול הראשוני בישראל באמצעות הפעלת 1,200 מרפאות; יותר מ-40% מבתי-החולים הכלליים במדינה עדיין מופעלים בידי הסתדרות העובדים הכללית בא"י. החברים משלמים תשלום חודשי (מס אחיד) להסתדרות, דבר המקנה להם זכות לקבל שירותים, כראש וראשונה חברים בקופת החולים הכללית. ההסתדרות מצדה שולטת על קופת החולים הכללית, דבר שמשמעו לטענת המבקרים הכפפה של האינטרסים והיעדים של הקופה לאלה של ההסתדרות.

בשנות ה-50 שאף בן גוריון להעביר לידי המדינה פונקציות רבות של ההסתדרות, ובכללן את תפקידי קופת חולים. ברוב המקרים הוא אכן הצליח לממש את רצונו, אבל במקרה של קופת החולים הכללית, שנחשבה גכס חשוב מדי של ההסתדרות ומפא"י לוותר עליו, הוא נכשל.

עד שנת 1977 שלטה בממשלות ישראל מפלגת העבודה ובפועל היה הגבול בין מוסדות המדינה ובין ההסתדרות לעתים קרובות מטושטש. כאמור, במהלך תקופה זו תפס משרד הבריאות במידה רבה מקום משני ביחס לקופת החולים הכללית והסתפק בהענקת סובסידיות ובהפעלת בתי-החולים שמחוץ לרשת של קופת החולים הכללית. בדרך כלל לא התערב המשרד במדיניות ובנהלים של מערכת הרפואה של ההסתדרות. הממשלה העניקה באמצעות משרדי הבריאות והאוצר סובסידיות לבנייתם ולהפעלתם של מתקני קופת חולים, כגון בית-החולים באילת ובית-הספר לרפואה ובית-החולים ע"ש סורוקה בבאר שבע, אך מתקנים אלה וכלל המערכת של מרפאות ובתי-חולים של קופת החולים הכללית הופעלו באורח עצמאי ונותרו מחוץ לשליטת משרד הבריאות. לאחר בחירות 1977, שבעקבותיהן היה הליכוד לשותף הקואליציוני הדומיננטי, השתנתה לחלוטין האווירה הפוליטית שפעלו בה קופת החולים הכללית ומערכת הבריאות כולה. אחדים מחברי הליכוד סברו, שהמדינה אפשרה שלא כדין לקופת החולים הכללית

שוב לא נחשבו מספיקים. למשל, רוב החולים לא הופנו (וברבות ממרפאות קופת החולים הכללית עדיין אינם מופנים) לרופאים ספציפיים, אלא טופלו בידי צוות מתחלף; עקב כך יחסי רופאים-חולים לטווח ארוך היו נדירים. המערכת היתה פטרונית מאוד ולחולים לא היתה אפשרות לבחור את רופאיהם. גם לא היתה שיטה לקבוע תור מראש, דבר שהביא לבזבוז של שעות רבות בהמתנה. הטיפול בבתי-החולים היה לא מספק לעתים קרובות ומשאלים וסקרים שנערכו העלו שהחולים אינם שבעי רצון מן הטיפול שניתן להם (Rosen, 1989, p. 32; Ellenczweig, 1983, p. 366).

בנוסף לכך, העדר תיאום בין ההיבטים השונים של המערכת משמען היה, שנעשה רק מעקב מועט בשלבי הטיפול השונים. מערכת הבריאות בישראל היא אופקית במידה רבה ופירוש הדבר הוא, שחולה מתחיל את דרכו באורח שגרתי בטיפול או באבחנה הניתנים במרפאה וכאשר הוא מועבר לבית-חולים הרופאים שהחלו בטיפול שוב אינם מעורבים בעניין ורופא חדש לחלוטין מקבל לידי את האחריות לטיפול בו. התהליך הרפואי והמינהלי (בדיקות, רישומים וכו') מתחיל למעשה מהתחלה (קופת חולים הכללית טוענת שהיא מאורגנת בצורה אנכית, אולם בפועל המערכת פועלת בצורה אופקית תוך קיום תקשורת מועטה בלבד, אם בכלל, בין המרפאות לבתי-החולים Jerusalem Center for Public Affairs, 1986, p. 15). נושאים אחרים, כגון זכויות החולים והצורך להיוועץ בחולה ולדווח לו אינם מוכרים במידה רבה במערכת הישראלית. כל הגורמים הללו היו אולי בעלי חשיבות משנית בשנות ה-50 וה-60 של המאה הנוכחית, כאשר היתה ישראל חברה מתפתחת של חלוצים ופליטים. אבל בחברה הגדלה והאמידה של המעמד הבינוני בשנות ה-70 גורמים אלה הפכו להיות נושאים בולטים ומקורות ללחץ לשינוי מוסדי.

ב. שינויים פוליטיים וקץ תקופת שליטתן של מפלגת העבודה וההסתדרות במדינה

של מערכת הבריאות בישראל והכבידו את הלחצים להכניס בה שינוי מוסדי.

מאמצים לרפורמה ותגובות מוסדיות: כישלון החלוקה לאזורים

לחצים משולבים אלה היו אמורים להיות כוח של ממש לשינוי האופי והארגון של מתן טיפול רפואי בישראל. אולם בפועל נותר המבנה המוסדי והארגוני של מערכת הבריאות בישראל ביסודו כשהיה במשך עשרות שנים. למרות הצורך הברור לקבוע עדיפויות בין דרישות הטיפול הרפואי, להתאים את המשאבים לשירותים ולחזק את מעמדם של המנהלים המקצועיים, השינויים לא בוצעו.

כאמור, הצורך בשינוי מוסדי נדון בדרגים שונים ופורסמו בעניין זה דו"חות ומחקרים רבים. אחדים מאלה, כגון דו"ח ועדת מן משנת 1968, דו"ח ועדת זוהר משנת 1978 ודו"ח ועדת טריינין משנת 1988, המליצו על ארגון מחדש של מערכת האשפוז. כינונה של רשת אזורית נפרדת, המשלבת את מערכות הבריאות של קופת החולים הכללית ושל משרד הבריאות, היתה מגבירה את היעילות ומצמצמת כפילויות. מידת מה של אוטונומיה אזורית, בעיקר בכל הנוגע להקצאות התקציב וכוח אדם, היתה מבטיחה גמישות רבה יותר בסיפוק הצרכים המיוחדים של אוכלוסיית כל איזור.

לאמיתו של דבר התעלמו מדו"ח ועדת מן, אולם בשל השינויים הפוליטיים של שנות ה-70 המאוחרות נעשה בכל זאת מאמץ נוסף בכיוון זה. לאחר הדו"ח של ועדת זוהר ביקשה ממשלת הליכוד לכפות חלוקה לאזורים ובשנת 1981 הכריז משרד הבריאות שימומשו בכל איזור "מודלים אחדים של שירותי בריאות אזוריים מקיפים... ותוכנית בתי-חולים אזוריים" (Tulchinsky, Lunenfeld, Haber & Handelsman, 1982, p. 344). מתקן אחד הפך להיות בית-חולים אזורי ייעודי בעוד

ולהסתדרות לפלוש לתחומי האחריות והזכויות הבלעדיות של המדינה. יתרה מזו, הסובסידיות הממשלתיות וכספים אחרים שהוענקו לקופת החולים הכללית נראו כאמצעי לתמיכה במפלגת העבודה והסתדרות.

שינויים פוליטיים אלה הובילו לשינוי יסודי ביחסים בין קופת החולים הכללית ובין הממשלה (ובמיוחד משרדי האוצר והבריאות). קופת החולים הכללית שוב לא יכלה לסמוך על העצמאות שנהנתה ממנה בעבר וגם לא על הסובסידיות ועל צורות אחרות של סיוע מממשלתי. אולם, כפי שיוסבר להלן, קופת החולים הכללית ומערכת הבריאות שבשליטתה מעולם לא הסתגלו לשינוי זה באופי השלטון.

קופת החולים הכללית, יחד עם ההסתדרות, מפלגת העבודה ובעלי בריתה, הצליחו להדוף מאמצי רפורמה, כגון הנהגת מערכת ביטוח בריאות ממלכתי המופעלת בידי הממשלה (שתבוא במקום מערכת הביטוח של קופת החולים הכללית) או הקמת רשות אשפוז עצמאית (Ellenczweig, 1983, p. 382). ראה גם: אלנצווייג, דה-פריז, הלוי וצ'רניחובסקי, 1986). אולם, למרות כל זאת לא הכניסו קופת החולים הכללית וההסתדרות שום שינויים מוסדיים או מנהליים של ממש והמשיכו לפעול כפי שפעלו במשך 30 השנים שקדמו למהפך.

מצב זה הוליד במישרין לשורת משברים במערכת. לדוגמה, בשנת התקציב 1984/85 טענה הממשלה, שקופת החולים הכללית לא שילמה את חובותיה לבתי-החולים הממשלתיים של משרד הבריאות וקופת החולים הכללית טענה כנגדה שלא הועברו אליה הכספים והסובסידיות שהובטחו לה מטעם המדינה. במהלך הפולמוס הציבורי על סוגיה זו, ובמאמצי שתי היריבות להגביר את הלחץ על על זו, הכריזה קופת החולים הכללית באורח דרמטי שבגלל מחסור בכספים היא אינה מסוגלת לספק לחוליה תרופות ולבתי-החולים שלה ציוד (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 2630, 2640, 2661, 2688, עדות ח' דורון). משכרים כאלה חרפו את בעיותיה

לניתוחי לב פתוח, החליט בית-החולים כרמל של קופת החולים הכללית באורח עצמאי לפתוח יחידה דומה (לטענתו, הסיבה היתה ביקוש מוגבר, אך הוא התעלם מתוכניותיו של בית-החולים רמב"ם להתרחב) ומשרד הבריאות לא היה מסוגל למנוע פעולה זו (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 2675-2677, עדות ח' דורון). התכנון המשותף והשילוב היו חסרי כל חשיבות.

יתרה מזו, ההיבטים התקציביים של הרפורמה מעולם לא הוגשמו. המימון עבור בתי-חולים אזוריים ועל-אזוריים עודנו מבוסס על תפוסת מיטות בתי-חולים, דבר שפירושו שבמקום לקבל תמריצים להגבלת כניסתם של חולים מחוץ לאזור עודדו כניסה בלתי מוגבלת. הביזור, הגמישות ו"משחק הגומלין" של היצע וביקוש שהובטחו, מעולם לא הגיעו לכלל מימוש. קיצורו של דבר, למרות ההסכם הפורמלי, בפועל, מידת הרפורמה הארגונית והמוסדית היתה מזערית.

המקורות המוסדיים להתנגדות

בישראל, המדיניות הציבורית בכלל, ומדיניות מתן הטיפול הרפואי בפרט, נקבעות ביסודו של דבר על-פי שילוב של שלושה גורמים דומיננטיים: (1) האינטרסים של המפלגות הפוליטיות (מפלגתיות); (2) אידיאולוגיה; (3) תפקידה הכל-מקיף של המדינה (ממלכתיות). כל אחד מן הגורמים הללו הוא מטבעו מקור לשמרנות והתנגדות לשינוי.

1. מפלגתיות

הגורם המוסדי העיקרי במתן שירות רפואי, קופת החולים הכללית, הוא בשליטת ההסתדרות, הקשורה מצדה למפלגת העבודה. כל שינוי שהנהלת קופת החולים הכללית עשויה לרצות להנהיג חייב לקבל את אישורה של ההסתדרות. פירוש הדבר שהוא טעון הסכמתה של מפלגת העבודה. אי הכנסת שינויים מוסדיים מפליגים

שאי אלה טיפולים וטכנולוגיות ספציפיים יותר נשמרו בידיהם של בתי-החולים העל-אזוריים. בעקבות הפעלת החלוקה לאזורים שניים מבתי-החולים העל-אזוריים (בילינסון וסורוקה) מופעלים בידי קופת החולים הכללית, שניים (רמב"ם ושיבא) בידי משרד הבריאות, אחד בידי משרד הבריאות ועיריית תל-אביב במשותף, ואחד (הרסה בירושלים) הוא מוסד פרטי שלא למטרות רווח. על-פי ההסכם, התכנון בכל איזור היה אמור להיות מתואם עם המחקרים הראשוניים כמו גם עם המשניים. כדי להגביר את היעילות היה פיתוחם של משאבים אזוריים כגון יחידות חדשות אמור להתרכז סביב בית החולים האזורי העיקרי. אבל בעוד שאוכלוסיית כל איזור היתה חופשית לבחור בין מרפאות מקומיות, לא יכלו התושבים לפנות אל מחוץ לאיזור לשם בדיקות וטיפולים שהציעו בתי-החולים האזוריים. בהסכם נקבע, שישונו הקצאות תקציב ממשרד הבריאות כך שהן יתבססו על החתך הדמוגרפי של האיזור. במוכן הרחב הסכם זה על חלוקה לאזורים בא להבטיח טיפול רפואי משולב בצורה אנכית, לצמצם כפילויות ואי יעילות, להגביר אוטונומיה אזורית וליצור תמריצים להקטנת העלויות ולשיפור איכות השירות.

בשנת 1982 כתב פרופ' ברוך מודן, שהיה אז מנכ"ל משרד הבריאות, שהסכם זה לחלוקה לאזורים הוא תוכנית מקיפה ואמיצה לעיצובה מחדש של מערכת הבריאות הלאומית הכוללת בתוכה את יישומה של "גישה אחידה" ו"חיסול הכפילויות" (Modan, 1982, p. 343). ואכן, לו הוגשמה תוכנית זו במלואה, היתה מתוללת מהפכה במערכת הבריאות בישראל.

אולם, לאמיתו של דבר תוכנית החלוקה לאזורים חוללה שינוי קטן מאוד. מערכות קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות עודן מנוהלות, מופעלות ומתוקצבות באורח עצמאי. התחרות על המשאבים המעטים עודנה נמשכת והרמה הגבוהה של חוסר יעילות וכפילות אף הולכת ומתחזקת. לדוגמה, למרות שבית-החולים רמב"ם, המופעל בידי משרד הבריאות, הוא בית-חולים על-אזורי לצפון ומפעיל יחידה

ממנו ב-50% עולה ב-14% פחות (70 מיליון ש"ח) (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 2641, עדות ח' דורון). יחס זה משתקף גם בתקציבים הגבוהים של בתי-החרו-לים הבודדים של קופת החולים הכללית, כגון בילינסון בפתח תקוה, בהשוואה לבתי-החולים של משרד הבריאות, כגון רמב"ם בחיפה. במקרה זה, ההבדל הוא בשיעור של 30%, אף-על-פי שבית-חולים רמב"ם כבית-החולים העל-אזורי הצפוני אחראי על הטיפול בנפגעי צה"ל באיזור והוא יכול להיחשב כמחייב קיבולת מינהלית רחבה יותר (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 2645-2648, עדות ח' דורון).

ההצעות לרפורמה במדיניות הבריאות המשפיעות על קופת החולים הכללית נתפסו אפוא כניסיונות להחליש את ההסתדרות, ועקב כך את מפלגת העבודה ולפיכך הן נתקלו בהתנגדות. מזכ"ל ההסתדרות אף טען, שוועדת החקירה המשפטית הרשמית לבדיקת מערכת הבריאות נועדה להחליש את קופת החולים הכללית ("הארץ" מיום 28.2.89). הכנסת מנה-לים מקצועיים אף היא נתקלת בהתנגדות, שכן "מומחים" אלה נחשבים נאמנים קודם כל לסטנדרטים מקצועיים ולעמיתים למקצוע ורק במקום שני למפלגת העבודה או להסתדרות.

2. אידיאולוגיה

האידיאולוגיה של ההסתדרות ומפלגת העבודה היתה אף היא מכשול רציני לשינוי. מחקרים וניתוחים רבים הראו, שארגונים אידיאולוגיים מתנגדים מטבע ברייתם לשינוי אף יותר מכיו-רוקרטיות לא אידיאולוגיות. דבקותה האידיאו-לוגית של ההסתדרות בשוויון הכללי הפורמלי לגבי שכר, תשלומים ושירותים מנע את הג-שמתם של מספר חידושים שנועדו להגביר את היעילות. לדוגמה, ההדגשה הפורמלית של סולם שכר יחיד בלמה את פיתוחה של תוכנית עקיבה של תמריצים לעידוד רופאים לעסוק ברפואה באותם אזורים ובאותן התמחויות שבהם קיים מחסור. ההסתדרות מנעה שוב ושוב הטלת תשלום על מנת לצמצם ביקורים

בקופת חולים הכללית הוא במידה מכרעת תוצאה של מורכבות מבנית זו ושל התנגדות ראשי ההסתדרות ומנהיגים פוליטיים לשינויים העלולים לצמצם את שליטתם בקופת החולים הכללית.

כאמור, עוד לפני יותר מ-30 שנה שאף בן גוריון להעביר לידי הממשלה את התפקידים של ההסתדרות ושל מוסדות אחרים של טרם מדינה. אז כעתה, הצעות רפורמה כלשהן הע-לולות לפגוע בכוחה של קופת החולים הכללית נדחו עד מהרה. שינויים כגון כינון מערכת בתי-חולים עצמאית מאיימים על לבה של מערכת קופת החולים הכללית. כל התוכניות שנראו במאיימות באוכדן השליטה על פעולות תקציב וכוח אדם נדחו בידי קופת החולים הכללית, ההסתדרות ומפלגת העבודה, וכל עוד היתה מפלגת העבודה בשלטון — גם בידי הממשלה ומשרד הבריאות.

אבל גם אחרי 1977 המשיכה ההסתדרות להתנגד בהצלחה לכל ההצעות הללו. ההס-תדרות ומפלגת העבודה עודן רואות בקופת החולים הכללית מקור עיקרי של חברים, הכנסה וכוח. לדברי פרופ' אשר אריאן, "חלק גדול מן ההשתייכות הציבורית להסתדרות נבע בעיקר מן הרצון להנות משירותי הרפואה שהיא מספקת" (Arian, 1984, p. 50). בשנות ה-50, רק 40% מדמי החבר (מס אחיד) הופנו בפועל לקופת החולים הכללית; 40% אחרים הופנו להסתדרות עצמה עבור המינהל והמפל-גות הפוליטיות וכדומה ו-20% הופנו לפנסיות. בשנת 1957 עלה אחוז המס שהועבר לקופת-חולים ל-43%; בשנות ה-60 המאוחרות הוא גדל ל-60% וכיום הוא עומד על 70% בקירוב (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 3961, עדות שושנה ארבל-אלמוזלינו).

קופת החולים הכללית מהווה גם מקור עיקרי של פטרונות לגבי ההסתדרות. במערכת קופת החולים הכללית יש למעלה מ-4,000 עובדים מינהליים (מבקר המדינה, 1985). תק-ציב המינהל השנתי של בתי-החולים של קופת החולים הכללית הוא 81 מיליון ש"ח, בעוד שמינהל מערכת משרד הבריאות, שהיא גדולה

את מחויבותם לשוויון ולפיתוח הפריפריה. לא נקבעו קדימויות. בית-החולים ובית-הספר לרפואה ע"ש סורוקה ממשיכים להיות מתוק-צבים, בעוד שבתי-חולים אחרים במדינה משוועים לתקציבי תפעול.

אחד הסימנים הברורים לאי היכולת לבחור ולקבוע סדר קדימויות היא שיטת התקצוב התוספתי (Incremental Budgeting). בכל מערכת קופת החולים הכללית, כמו גם במשרד הבריאות, התקציבים השנתיים מבוססים כמעט לחלוטין על הקצאת השנה הקודמת, עומס החולים וכוח העבודה, עם כמה התאמות אפשריות בשל האינפלציה. שינויים משמעותיים בתקציבים, בין שמדובר בכל האזורים, בין שמדובר באזור אחד ובין שמדובר בכתתי-חולים ובמרפאות, אינם קיימים כלל. שינויים כאלה יהיו אינדיקציה לקביעת סולם קדימויות, אולם אין שום עדות לכך. עקב זאת, לאחר יותר מעשר שנים של משבר כספי במערכת, במקום לקבוע סדר קדימויות כדי להבטיח את השגת היעדים החיוניים ביותר, לא נקבע שום סדר קדימויות וכל המערכת עומדת על סף התמוטטות.

אידיאולוגיית השוויון היתה גם מקור לרי-כוזיות וסיבה לחשש מפני מתן רשות למנהלים מקומיים או אזוריים לקבוע עדיפויות ולבצע שינויים (אולם, שוב, המציאות אינה תואמת את האידיאולוגיה המוצהרת. אזורים נבחרים קיבלו הקצאות תקציב וכוח אדם לנפש גבוהות יותר, או קיבלו יותר ציוד טכנולוגי או אחר. למעשה נוצרו פערים באיכות השירותים (Modan, 1982, pp. 338-339). כל עוד מערכת הב-ריאות בכללותה נחשבת תומכת בצורה קשיחה של שוויון, יוזמות אזוריות או אפילו מקומיות (ברמת בתי-החולים או המרפאות הכוודות) העשויות להכניס סטיות, סופן להידחות. האי-דיאולוגיה היתה אפוא מקור התנגדות לביזור בקופת החולים הכללית וחסמה כל יוזמה ושינוי מקומיים גם ברמה זו.

3. ממלכתיות

ביורוקרטיות ממשלתיות ומעין-ציבוריות גדו-

מיותרים אצל הרופאים ובמרפאות. הניסיונות לקצר את תקופות ההמתנה לטיפולים כירורגיים בדרך של יצירת משמרת שנייה נבלמו משום שההסתדרות עמדה על כך, שכל חברי הצוות הרפואי, גם אלה שאינם קשורים במשמרת השנייה, יפוצו בצורה שווה.

אידיאולוגיה זו נולדה ופותחה במידה רבה משנות ה-20 עד שנות ה-40 והיא נותרה כשהיתה עד שנות ה-60. אולם כאשר הפכה ישראל יותר ויותר להיות חברה של המעמד הבינוני, השוויון בקבלת טיפול רפואי שוב לא נחשב בעיני חלק גדול מן האוכלוסייה יעד יחיד, או במקרים אחדים עיקרי או אף בלעדי. בתחומים רבים של התנהגות כלכלית ואחרת החברה הישראלית הפכה להיות חברה בעלת אוריינטציית שוק ופלורליסטית. לחלק גדול של האוכלוסייה יש משאבים לטיפול רפואי נוסף והוא מחפש מנגנונים להשגת טיפול זה. מספר מוסדות מבקשים להעניק טיפול כזה, אולם האידיאולוגיה של קופת החולים הכללית של ההסתדרות ומפלגת העבודה ממ-שיכה להדגיש את השוויון.

האידיאולוגיה אף מונעת את יצירת הקדי-מויות והברירות בין חלופות מתחרות. האידי-אולוגיה של ההסתדרות/מפלגת העבודה/קופת החולים הכללית מדגישה יעדים ציוניים, כגון פיתוח אזורים חקלאיים, פיתוח הנגב ויישובי הצפון, בנוסף ל"שוויון השירות" לכל החברים. בשל כך החליטה קופת החולים הכללית ליטול על עצמה מספר פרויקטים "לאומיים", כגון פיתוח המרכז הרפואי ובית-הספר לרפואה ע"ש סורוקה בבאר שבע. למרות שכל החוקרים מסכימים שמספר בתי-הספר לרפואה בארץ, לאור מספרם העודף של הרופאים בישראל, גדול מדי, קופת החולים הכללית מצדיקה את קיומו של בית-הספר לרפואה ע"ש סורוקה בטענה שהוא הכרחי לפיתוח איזור הנגב (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 2688, עדות ח' דורון).

במשך שנים רבות, למרות הצמצום שחל בתקציב קופת החולים הכללית, המשיכו קובעי המדיניות, לרבות הנהגת ההסתדרות, לקיים

חולים עצמאיים, תצמצם במידה רבה את שליטתם ואת כוחם.

הפוליטיקאים שכיהנו כשרי הבריאות חוללו רק שינוי זעיר במשרד. בדרך כלל היה לשרים רק מעט כוח להכניס שינויים חיצוניים. רובם ככולם כיהנו בתפקידם תקופות קצרות (שנתיים עד שלוש שנים) והיו שבוים בידי עובדי המשרד ואלה, כאמור, מתנגדים לשינוי.

אופציות לרפורמה: דה-פוליטיזציה ותחרות

למרות המשברים עדיין מצויים בידי מדינת ישראל המשאבים והאלמנטים היסודיים להפעלת מערכת בריאות מתקדמת ויעילה. מספר הרופאים ודמתם, תשתית בתי-החולים והמרפאות ומידת ההתעניינות של הציבור בארץ בנושא הטיפול הרפואי הניתן בישראל עודם גבוהים.

כפי שהראה ניתוח זה, בעיות מערכת הבריאות בישראל וגורמי אי היעילות והכפילויות, כמו גם השביתות והעיצומים שפגעו במתן טיפול רפואי, הם, במידה רבה מאוד, מוסדיים מטיבם. השילוב של מפלגתיות, אידיאולוגיה וממלכתיות התגלה כמחניק במיוחד.

במובן הרחב, העדויות שהוצגו בניתוח זה מצביעות על שתי גישות אפשריות לרפורמה במערכת הבריאות בישראל. גישה אחת תתמקד בשינוי מוסדי בקנה מידה גדול, כגון הקמת רשות אשפוז ארצית עצמאית או בתי-חולים עצמאיים שיתחרו על חולים. הגישה השנייה מתמקדת ברפורמה בקנה מידה קטן יותר כמבנים הקיימים, במיוחד בקופת החולים הכללית ובמשרד הבריאות. הגישה הראשונה תחייב שינוי מכריע וחסר תקדים באופי מערכות קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות. הקמת מערכת יעילה של בתי-חולים עצמאיים תשלול מן המוסדות הללו את אחד מתפקידיהם העיקריים, את מקורות התעסוקה שלהם ואת הכספים המוזרמים אליהם. לפיכך יש לצפות להתנגדות

לוח כגון משרד הבריאות וקופת החולים הכללית הן בדרך כלל – ובישראל בפרט – מאוד בלתי גמישות ומתנגדות לשינוי. הן נוטות להגן על משאביהן ותקציביהן, נמנעות מסיכונים המתלווים לחידושים, מתכננות בצורה תוספתית (Incrementally) ומגבילות שינויים בסגל העובדים. מוסדות ממשלתיים נוטים להיות מונופוליסטיים מטיבם ולמנוע את התפתחות כוחות השוק, התחרות ומקורות דומים של לחצים לחידוש ולשינוי.

בישראל מופקד משרד הבריאות על הפעלתו הישירה של חלק הארי של מערכת הבריאות. המשרד מעסיק בערך 20,000 עובדים ומופקד על הפעלתם הישירה של 33 בתי-חולים (משרד האוצר, 1989, עמ' 81). קידומו של כל עובד במערכת טעון אישורו של משרד הבריאות, וגם התקציב וההוצאה של כל בית-חולים נערכים ומתאשרים במשרד הבריאות. אחריות תפעולית זו מנעה למעשה ממשרד הבריאות לפעול בתחום התכנון או הוויסות של מערכת הבריאות הלאומית.

ניסיונות רבים להנהיג רפורמות במשרד הבריאות בדרך של הפרדת פעולות בתי-החולים מפונקציות התכנון והוויסות נדחו בידי משרד הבריאות עצמו. בשנת 1988 קראה ועדת טריינין למדיניות חדשה ולארגון מחדש של מערכת הבריאות כדי לשחרר את משרד הבריאות מן הניהול הישיר של שירותי בריאות אישיים, לרבות בתי-חולים. רק שחרור מניהול ישיר של מתן שירות יאפשר למשרד הבריאות להתרכז בתפקידים העיקריים שלו כאחראי לקביעת מדיניות ולתיאום מערכת הבריאות בכללותה (Chinitz, 1988, p. 40). אולם, ביורוקרטיה ממשלתית הן קשיחות אף יותר מן ההסתדרות, ומשרד הבריאות התנגד לצמצום בהיקף אחריותו, תקציבו וכוח האדם שלו. פקידי משרד הבריאות השולטים כיום על תקציב של יותר ממיליארד ש"ח ערים לעובדה, שהנהגת רפורמה, כגון הקמת רשות אשפוז עצמאית שהיא בעלת יכולת לקבוע סדרי עדיפויות תקציביים, שכר, תנאי העסקה ותשלומים, או בניית מערכת מבחרת של בתי-

15%, כדי להקטין עלויות עקיפות ומינהליות (*The Jerusalem Post* מיום 15.1.89). קיצוץ זה אמור להתבצע באמצעות שחיקה, ולא באמצעות צמצומים ישירים. אבל לאור אי מימושן של הצהרות כאלה בעבר יש להתייחס להצהרה זו בזהירות. לאחר שהמ־תחרה העיקרית של קופת החולים הכללית, קופת חולים מכבי, החלה להציע לחבריה את האפשרות לרכוש ביטוח נוסף כדי לממן טיפול בחו"ל (כאשר טיפול כזה אינו זמין בישראל), הלכה בעקבותיה גם קופת החולים הכללית של ההסתדרות. אף-על-פי שהיה זה צעד קטן למדי, הוא היה בבחינת שינוי אידי-אולוגי גדול לגבי ההסתדרות, שהתנגדה לכל צורה של ביטוח מרצון נוסף מעין זה המבוסס על תשלום; שכן יש בכך, לדעת ההסתדרות, משום פגיעה בשוויון דווקני. באורח דומה, אתגרי התחרות, שהם חזקים במיוחד באיזור ירושלים, הוליכו את קופת החולים הכללית לנסות להנהיג באיזור זה ניהול מבוזר (המתיר מידה רבה של חידוש).

המידה שבה תחרות זו נשמרת ומטפחת שינוי מוסדי מתמיד וממשי יותר, במיוחד בקו־פת החולים הכללית, תלוי במספר גורמים. הגם שהיא מוכנה, במידה מוגבלת, להסכים לתחרות, המשיכה קופת החולים הכללית לנקוט צעדים להגבלת התחרות מצד קופות החולים האחרות. המכרזים מציינים, שקופת החולים הכללית שולטת במערכת ומשתמשת בשליטתה כדי להגביל את התחרות. לדוגמה, בתי-החולים של קופת החולים הכללית ביקשו להגביל את גישתם של חברי קופת החולים מכבי למרפאות החוץ של בתי-החולים של קופת החולים הכללית, למרות שאחדים מבתי-החולים אלה נקבעו כבתי-חולים אזוריים ומציעים טיפולים בלעדיים, שעבורם קופת החולים הכללית מקבלת כספים מן הממשלה (פרוטוקול ועדת החקירה הממלכתית, 1988, עמ' 1302, 1306, עדות ר' רוטר). מספר רב של ישראלים המועסקים במפעלים השייכים להסתדרות נדרשים לשלם את דמי החבר לקופת החולים הכללית, וקופת החולים הכללית מקבלת אוטומטית את תשלום

לכל רפורמה מצד המוסדות הללו. עקב זאת, ובשל השמרנות, הקשיחות וההתנגדות לשינוי, וכן האינטרסים המשוריינים, הטבועים במהותן של הביורוקרטיות הממשלתיות והכמו־מ־שלטיות, ימשיכו להתקיים הקשיים בהנהגת הרפורמות הנחוצות כל כך במערכת הבריאות. ברור, שביצוע שינויים מוסדיים רציניים כאלה יחייבו הקצאת משאבים פוליטיים גדולים מאוד בקנה מידה אשר ההנהגה הפוליטית לא היתה מסוגלת בעבר, או לא רצתה, להקצות. כאמור, אפילו בן גוריון, בשיא כוחו, לא הצליח לנתק את קופת החולים הכללית מן ההסתדרות. גם המאמצים שנעשו במשך עשרות שנים לשנות את הביורוקרטיה של משרד הבריאות העלו חרס. כל עוד לא יכירו בסולם העוצמה הפוליטית והביורוקרטית וישתמשו בו להשגת השינויים המוסדיים, כל ההצעות התלויות בשינויים כאלה נידונו לכישלון. לשון אחר, ה"דה-פוליטיזציה" של מערכת הבריאות בישראל נשמעת הרבה יותר פשוטה משהיא בפועל.

לחלופין ניתן לנסות רפורמות פחות שא־פתניות ויומרותיות בדרך של הגברת התחרות והנהגת ביזור בתוך המסגרות המוסדיות הקיימות של משרד הבריאות וקופת החולים הכללית. גישה כזו תאפשר למערכת הבריאות בישראל להסתמך על הקיים ועל פוטנציאל המבנה הנוכחי. וכבר נעשו כמה ניסיונות בכיוון זה. הדרישות הנובעות מן הסביבה החברתית-כלכלית ובמיוחד הלחצים התחרותיים מצד קופת החולים האחרות והמוסדות הרפואיים הפרטיים אילצו את קופת החולים הכללית להרחיב את מידת החופש של חולים לבחור לעצמם רופאים כראות עיניהם. קופת החולים הכללית נעשתה פתוחה יותר, דינמית יותר ופחות ביורוקרטית, ואפילו ניסתה להנהיג במרפאות אחדות שיטה של קביעת תור לרופא בטלפון.

ראשי קופת החולים הכללית הודו בהשפעתה הגוברת של התחרות על המערכת. המנכ"ל הנוכחי, נחום פסה, הצהיר, שקופת החולים הכללית תצמצם את מספר עובדיה ב-

גם ויסות כדי למנוע שימוש לרעה (Chinitz, 1988).

רפואה פרטית, חוקית ובלתי חוקית (או "שחורה"), צצה אף היא כמקור רציני של תחרות למערכת הקיימת. לא הממשלה ולא ההסתדרות עודדו את צמיחתה של חלופה זו, אף-על-פי שהן הרשו לה להתקיים, בחלקו משום שהיא מספקת תעסוקה למספר אנשי מקצוע בתחום הרפואה שאינם מוכנים להסתפק בשכר הנמוך שהם מקבלים כיום במערכות של משרד הבריאות וקופת החולים הכללית, ובחלקו משום שהיא מעניקה למי שידו משגת לשלם יותר טיפול רפואי באיכות גבוהה שניתן להשיגו במהירות ובקלות.

בגלל הכישלונות ואי-שביעות הרצון ממערכת המרפאות ובתי-החולים של משרד הבריאות וקופת החולים הכללית, התארכות תקופת ההמתנה לניתוח, שאלות איכות, העדר אפשרות בחירה וליקויים ביחסי רופא-חולה (לרבות טיפול מעקב), אזורחים רבים מגלים עניין בקבלת טיפול רפואי פרטי. לדברי רוזן, בתקופה שבין 1982 ו-1986 עלתה כמות האשפוזים בבתי-החולים הפרטיים בשיעור שנתי של 18.1%, בעוד שהאשפוזים בבתי-החולים של קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות עלתה בשיעור של 2.5% לשנה בלבד. המרכז הרפואי בהרצליה הוא אולי הגוף הפרטי הגדול ביותר מסוג זה. בו מתבצעים בערך 5,000 ניתוחים לשנה, תוך שימוש בטכניקות חדישות של אבחון וכירורגיה ("הארץ" מיום 6.4.88). בתי-החולים האחרים, כגון בית-החולים אסותא בתל-אביב, הולכים גם הם בכיוון דומה. הוקמו מספר קרנות ביטוח פרטיות (כגון שילוח והביטוח החדש הקרוי "פירסט קלאס"), אשר בניגוד לארבע הקופות אינן מעמידות לרשות החולים מתקנים או טיפול אבל הן מסייעות לעידוד מגמה זו במידת מה. כל עוד המערכת הקיימת מתנגדת לשינויים המוסדיים והארגוניים החשובים מן הסוג הדרוש להגברת היעילות, להקטנת ההוצאות ולהעלאת איכות השירות, ימשיכו להתפתח סוגים אלה של טיפול פרטי, ואולי גם של טיפול בלתי חוקי.

המעסיק (המס המקביל) עבור קבוצה זו. קופת החולים הכללית אף התנגדה בהצלחה להעברת האחריות לגביית תשלומי העובדים לקופות (מס אחיד) למוסד לביטוח לאומי, דבר שהיה מאפשר בעקיפין לעובדי ההסתדרות להצטרף לקופות החולים האחרות (אלנצווייג, דה-פריז, הלוי, צ'רניחובסקי, 1986, עמ' 30-35).

קופת החולים הכללית אף ביקשה להעלות את דמי האשפוז המוטלים על אלה שאינם חברי קופת החולים הכללית ואף ניסתה לזכות נתח גדול יותר של המס המקביל, שגובה המוסד לביטוח לאומי, על חשבון קופות החולים האחרות. המבקרים אף ציינו, שהסוכסידיה של 81 מיליון ש"ח שהקציב משרד האוצר (בראשותו של שמעון פרס) לקופת החולים הכללית בתחילת שנת 1989 תקטין את הלחצים לשינויים ארגוניים הנחשבים דרושים להגברת היעילות ולשיפור איכות הטיפול במערכת.

הצעות לכונן רשות אשפוז ארצית שלא תהיה תלויה מבחינה תפעולית במשרד הבריאות נתקלו בהתנגדות פקידי המשרד הזה. הטענה היתה, שאי-תלות וביזור אלה יהיו בלתי יעילים (כאילו תיתכן מערכת בלתי יעילה עוד יותר מן המערכת הקיימת). עובדי משרד הבריאות הציעו הקמת רשות אשפוז ממשלתית ריכוזית שבה יתקבלו החלטות מדיניות, ובכללן תקבולים ותשלומים (בעיקר רמות השכר), ובית-החולים הבודד רק יבצע מדיניות אלה (ראיון עם אורן טוקטלי, 15.3.89). אין זה מקרה, שמערכת כזו תשמר גם את תפקידו הביורוקרטי של משרד הבריאות.

כל רפורמה במערכת תהיה חייבת גם לפתח מערכות חדשות של תיגמול. קופת חולים מאוחדת וקופת חולים מכבי כבר עושות שימוש במס גולגולת (Capitation) ובאי אלה מערכות גמול של תשלום עבור שירות. התרחבות שיטות כאלה לרשתות קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות עשויה להיות אמצעי להגברת היעילות תוך הגדלה בוזמנית של הכנסת הרופאים במרפאות ובבתי-החולים. או-לם, כפי שמציין חניניץ, יישום שיטה כזו יחייב

עות מאזן כוחות זה בקרב מספקי שירותי הבריאות (בתי-חולים פרטיים וציבוריים, ארגונים לשמירת הבריאות), רופאים, מבטחים, קבוצות צרכנים וכדומה. אם גורם כוודר כלשהו נעשה חזק מדי, המדינה תתערב כדי לחזק את היסודות החלשים יותר שהם מקור הכוח הנגדי (Countervailing Power). לפיתוחה של תיאוריה זו ראה: Galbraith, 1956. וראה גם: Lowi, 1966).

מערכת הבריאות בישראל, על השילוב הקיים בה, של רשתות קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות, ושל קופות חולים קטנות, איגודי רופאים וחברות ביטוח פרטיות, אינה נמצאת בשליטתה הבלעדית של המדינה ואף אינה פלורליסטית באורח אופרטיבי. ואולם, למערכת זו יש רבים מן המאפיינים של מונופולין או קרטל. היא נשלטת במידה רבה בידי משרד הבריאות וקופת החולים הכללית, המקיימות ביניהן רק מעט תחרות אמיתית בכל הנוגע ליעילות ולאיכות הטיפול בחולים.

עקב השילוב של ממלכתיות, מפלגתיות ואידיאולוגיה במערכת, שינוי משמעותי ברמה כלשהי מחייב פיתוח של מאזן כוחות בקרב הגורמים המתחרים. במקום להיות ספק עיקרי של שירותי רפואה (ובדרך זו להיעשות גורם במערכת) יכול היה מודל "הכוח הנגדי" של מדיניות הציבור לגרום לכך שמשרד הבריאות יפעל כ"מאזן", בחזקו את הגורמים החלשים יותר במערכת, כגון קופות החולים הקטנות, המבטחים הפרטיים וקבוצות צרכנים. תפקיד זה היה מאפשר למשרד הבריאות לפעול כמ"ווסת במיוחד לגבי קופת החולים הכללית, שהיא בלתי מווסתת במידה רבה במערכת הנוכחית.

הגם שתוכנית מפורטת ליצירת מערכת המבוססת על כוח נגדי היא מעבר לתחומו של מאמר זה, ברור שכדי לבצע שינוי זה יהיה על הממשלה לשים קץ לפיקוח התפעולי על בתי-החולים (ועל-ידי כך לשים קץ לתחרות על הכוח והמשאבים בין מערכות משרד הבריאות לקופת החולים הכללית). צעדים נוספים יחייבו קודם כל נקיטת גישה דינמית למדיניות הבריאות, גישה שאיננה בנמצא כיום.

קיימת הכרה מוגבלת אך גוברת בתפקיד החשוב שיכולים למלא מנהלים מקצועיים של מרפאות ובתי-חולים במערכת הבריאות בישראל. מספר רופאים-מנהלים, כגון המנכ"ל הקודם של קופת החולים הכללית פרופ' חיים דורון, הודו שיש צורך מיוחד בפיתוח תוכנית הכשרה לעובדים כאלה, ושעד שתפותח תוכנית כזו מן הראוי להפיק תועלת מן המיומנויות של האנשים הבודדים שהוכשרו בתחום זה שכבר נמצאים בישראל.

כוח נגדי

במדינת הרווחה המודרנית המדינה מופקדת על הבטחת מתן שירותים חברתיים כגון טיפול רפואי לכלל האוכלוסייה. במערכות סוציאל-ליסטיות ריכוזיות מאוד המדינה מספקת את הטיפול הזה במישרין, באמצעות צורה כלשהי של מערכת מרפאות ובתי-חולים שהיא מפעילה. במערכות פלורליסטיות מבוזרות יחסית, תפקיד המדינה מוגבל ליצירת התשתית החוקית, המוסדית והכלכלית שבה ניתן להעניק רמה משביעה רצון של שירותים לאוכלוסייה, בהסתמך על המשאבים הזמינים.

בארצות הברית הממשלה מספקת שירותים רפואיים אחדים במישרין, אולם הן הממשל הפדרלי והן הממשל של המדינות הבודדות מגלים בעקיפין פעילות בקביעת מדיניות הטיפול הרפואי. במקרה זה מוסדות המדינה, כגון המשרד הפדרלי לבריאות ושירותי רווחה, פועלים כדי לשמור על מאזן כוחות ועל צורה של תחרות המתנהלת בקרב היסודות המתחרים השונים הקובעים יחד את מדיניות הבריאות (לדיון מפורט ראה: Chinitz, 1988. ליישום גישה זו ראה: Enthoven, 1978, pp. 650-656, 709-720). על-פי תיאוריה זו, הממשלה מופקדת על ויסות הזירה שבה נקבעת המדיניות ועליה להבטיח ששום גורם ושום קבוצה או יחיד לא ייעשו חזקים מדי. הגמישות וההיענות במערכת נשמרות באמצע-

מסקנות

ברור, שכדי שתהיה להם השפעה יהיה על ועדות ועל כל הצעות שהן שנועדו להנהיג רפורמה במערכת הבריאות בישראל לשקול בכובד ראש את הנושאים הארגוניים, המוסדיים והפוליטיים. המפתחות לרפורמה – תחרות וגמישות בכלל ותכנון מחדש של בסיס תיגמול והעסקת מנהלים מקצועיים בפרט – כבר זכו להכרה. האתגר הוא לתרגם הכרה זו למדיניות ולרפורמה של ממש במערכת, בהקשר הפוליטי, טי, המוסדי והארגוני הנתון ולטפל בבעיות ובלחצים שמנעו עד היום כל שינוי.

הגם שלרבים מן השינויים הארגוניים והמוסדיים המוצעים, ובכללם תחרות מוגברת וביזור מערכות משרד הבריאות וקופת החולים הכללית, עלולות להיות תוצאות שליליות, עובדה היא, שעד כה לא נוסה ולא בוצע אף אחד מן השינויים הללו. המערכת הסגורה מאוד והריכוזית מאוד שהיתה קיימת במשך למעלה מארבעים שנה נכשלה; דק שינוי מוסדי עשוי לחולל שיפור. הגם שייתכן ששינויים אלה הם פתות ממושלים ועלולים לחייב הסתגלות וחידוש מתמידים (כמו במערכות הבריאות בארצות הברית ובבריטניה, למשל), האלטרנטיבה היא קשיחות ואי-יעילות מתמידות שעליהן צריכים לשלם החברה, בכלל, והאזרחים הבודדים, בפרט.

סיכום

אף-על-פי שהמשבר במערכת הבריאות בישראל נגרם עקב גורמים רבים, המוסדות המהווים מערכת זו ותגובותיהם (או העדר תגובותיהם) לשינויים בסביבה הם בעלי חשיבות ראשונה במעלה. מדינות אחרות הניצבות בפני משברים במערכת הבריאות, במיוחד לגבי עלויות ותגמולים, פיתחו וכוננו שינויים ור-

פורמות מוסדיים יסודיים (גם אם אלה לא תמיד מספיקים לפתרון בעיותיהן המיוחדות). אולם בישראל המערכת נותרה בעיקרה ללא שינוי. רבות מן הבעיות הספציפיות נגרמו עקב גורמים מוסדיים שנבעו מאופיים ומפעולותיהם של קופת החולים הכללית, של ההסתדרות ושל משרד הבריאות ומן הקשר (או העדר הקשר) ביניהם.

מבחינה מוסדית, מערכת זו נותרה במידה רבה ללא שינוי מאז 1948 או אפילו לפני כן. בה בעת, התחוללו שינויים מפליגים במעמד התברתי-כלכלי של האוכלוסייה בישראל, שינויים דמוגרפיים (קיומה של אוכלוסייה מבוגרת גדולה במיוחד). בנוסף לכך, ההקשר הפוליטי שבו פועלים קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות, אשר נשלט עד שנת 1977 בידי מפלגת העבודה וההסתדרות, השתנה מן הקצה אל הקצה. גורמים אלה הביאו ללחצים להכנסת שינוי באופייה ובניהולה של מערכת הבריאות הראשונית והמשנית; העדר השינוי תרם למשבר הנוכחי.

בעיות מערכת הבריאות בישראל נחקרו ונדונו שוב ושוב, והועלו הצעות רבות. אולם, בדרך כלל נכשלו ההצעות האלה להנהגת רפורמות מוסדיות, כגון הסכם החלוקה לא-זורים של בתי-החולים משנת 1981. כפי שהוכח במחקר זה, ניתן לייחס את דחיית הרפורמה לשילוב של האינטרסים של המפלגות הפוליטיות ("מפלגתיות") והאידיאולוגיה של קופת החולים הכללית של ההסתדרות ולתפיסת קידה החובקת-כל של המדינה ("ממלכתיות") במערכת.

על יסוד זה מועלות כאן הצעות לרפורמה מוסדית של מערכת הבריאות. הקמתה והפעלתה של רשות אשפוז עצמאית תביא לעימות ישיר עם הכוחות הפוליטיים והביורוקרטיים של קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות, שעד כה חסמו ובלמו מאמצים כאלה.

לחלופין, מועלית כאן הצעה המבוססת על פיתוח מערכת כוחות הפועלים נגד, שבי מסגרתם תפעל הממשלה ליצירת התשתית החוקית, המוסדית והכלכלית הדרושה כדי

לשמור על זהותם ולהמשיך ולקיים בידיהם את תפקידיהם המוסדיים, בעוד שהממשלה תהיה מופקדת על ויסות מערכת פלורליסטית.

להתגבר על בעיות ה"מפלגתיות", ה"אידיאולוגיה" וה"ממלכתיות". דבר זה יאפשר למוסדות הקיימים, ולקופת החולים הכללית בפרט,

ביבליוגרפיה

- אלנצווייג, אבי-יקר, דה-פריז, אנדרי, הלוי, ח"ש, צ'רניחובסקי, ד', "ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל", בטחון סוציאלי, 28 (1986), עמ' 5-30.
- דובר, הילדה, "תהליך עיצובה של מדיניות הבריאות בישראל, באספקלריה של הצעות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" (עבודה לתיאור מ.א. במחלקה למדעי המדינה, אוניברסיטת בר-אילן, 1985).
- הלוי, ח"ש, "הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל", בטחון סוציאלי, 17 (מרס 1979), עמ' 5-50.
- מבקר המדינה, דו"ח על הביקורת בקופת חולים לעובדים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ-ישראל, ירושלים, 1985.
- מבקר המדינה, דו"ח על הביקורת בבית החולים בילינסון, ירושלים 1989.
- משרד האוצר, מערכת הבריאות בישראל (ועדת מילגרום), ירושלים, אוגוסט 1988.
- משרד הבריאות, הצעת תקציב לשנת הכספים, 1989, ירושלים, ינואר 1989.
- עופר, ג', "ההוצאה הלאומית לשירותים חברתיים", בחוך: "קום (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 87-1986, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, 1987.
- פרוטוקול ועדת-החקירה הממלכתית לבדיקה תפוקתה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1988-1989.
- קופת חולים כללית, דו"ח המלצות ועדת גנן להערכות מחודשת של שירותי הבריאות של קופת חולים, 14.3.1984.
- Akzin, B. & Dror, Y., *Israel: High Pressure Planning*, Syracuse University Press, Syracuse, 1966.
- Arian, A., "Health Care in Israel: Political and Administrative Aspects", *International Political Science Review*, II (1984).
- Bilski R., (ed.), *Can Planning Replace Politics?: The Israeli Experience*, Nijoff, The Hague, 1980.
- Blau, P.M. & Scott, W.R., *Formal Organizations*, Chandler Publishing, San Francisco, 1962.
- Chinitz, D., "Options for the Israeli Health Care System: A Comparative Institutional Analysis", Brookdale Institute, Jerusalem, July 1988 (unpublished).
- Cohen, Rivka, "The Israeli Health System: Power, Politics and Policies" (Unpublished Ph.D. Dissertation, University of Toronto, 1985).
- Ellencweig, A.Y., "The New Israeli Health Care Reform: An Analysis of a National Need", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, VIII (1983).
- Enthoven, A., "Consumer Choice Health Plan", *The New England Journal of Medicine*, (298) Nos. 12 and 13 (1978).
- Galbraith, J.K., *American Capitalism: The Concept of Countervailing Power*, Houghton Mifflin, Boston, 1956.
- Jerusalem Center for Public Affairs, *Improving Israel's Health Care System: A Dialogue With Dr. Arthur Eidelman*, Jerusalem Center for Public Affairs, Jerusalem, 1986.
- Lowi, T.J., "Distribution, Regulation, Redistribution: The Functions of Government", in: R.B. Ripley (ed.), *Public Policies and their Politics*, W.W. Norton, New York, 1966.
- Modan, B., "Current Status of Health Services in Israel", *Israel Journal of Medical Sciences*, XVIII (1982).
- Parsons, Talcott, *Structure and Process in Modern Societies: Essays*, The Free Press, Glencoe, 1960.

- Parsons, Talcott, "Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations, I, II", *Administrative Science Quarterly*, I (1956).
- Rosen, Bruce & Ellencweig, Avi-Yacar, *A Mapping of Health Care Reimbursement in Israel*, Brookdale Institute, Jerusalem, May 1988.
- Rosen, Bruce, *Physician Reimbursement in Israel: An Analysis of Selected Policy Proposals*, Brookdale Institute, Jerusalem, January 1989.
- Tulchinsky, T.H., Lunenfeld, B., Haber, S. & Hadelsman, M., "Israel Health Review", *Israel Journal of Medical Sciences*, XVIII (1982).
- Wildavsky, Aaron, *The Politics of the Budgetary Process*, Little Brown, Boston, 1974.
- Wildavsky, Aaron, *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*, McMillan Press, London, 1979.
- Wildavsky, Aaron, *Budgeting: A Comparative Theory of Budgeting Processes*, Transaction Books, New Brunswick, 1986.

השפעתם של גורמים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים על הצרכים המשתנים של הזקנים מאוד*

מאת ברנדה מורגנשטיין**

מבוא

דו"ח של ארגון הבריאות העולמי משנת 1987, בתקופת השנים 1980-2020 האוכלוסייה הכוללת של העולם המתפתח צפויה לגדול ב-95 אחוזים, בעוד שהאוכלוסייה הזקנה תגדל ב-240 אחוזים. התקופה שבה הגידול צפוי להיות מהיר יותר היא העשור השני והעשור השלישי של המאה הקרובה.

שיעור הקשישים, שכאמור גדל בהתמדה במאה הנוכחית, היה בשנת 1980 בערך 7.5 אחוזים מאוכלוסיית העולם; בשנת 2025 צפוי שיעור זה להגיע ל-9.5 אחוזים. באזורים מפותחים יותר שיעורם של בני 65 ומעלה באוכלוסייה יהיה בממוצע 17.3 אחוזים; באחדות ממדינות צפון ומערב אירופה, כגון דנמרק, הולנד, גרמניה המערבית ושוודיה, יעלה השיעור על 22 אחוזים. דרך אגב, האוכלוסייה המזדקנת בקצב המהיר ביותר היא זו של יפן (תרשים מס' 1).

תוחלת החיים בגיל 65 הולכת וגדלה וכשנת 2035 היא תגיע בארצות הברית ככל הנראה ל-82 שנים לגברים ול-87.3 שנים לנשים. בספרות הזקנים מאוד הם כדרך כלל אלה שמעל לגיל 80 או 85. ואמנם, לא רק שהאוכלוסייה הזקנה הולכת וגדלה, אלא שהאוכלוסייה הזקנה עצמה הולכת ומזדקנת

אחת הבעיות החריפות ביותר הניצבות היום בפני מגזרי הבריאות והרווחה היא כיצד להבטיח מתן מענה לצרכים הגוברים של האוכלוסייה הקשישה. ברוב הארצות, ההוצאות לנפש על הזקנים מאוד כבר גדולות יותר מאשר על כל קבוצת גיל אחרת. במונחי משאבים, יש להניח, שככל שמספר הקשישים הולך וגדל כן יצטרכו לגדול המשאבים שקשישים אלה ישתמשו בהם בהשוואה למשאבים הדרושים לשנתונים הצעירים יותר. המדינות המערביות המתועשות נתונות עתה תחת לחצים כבדים לצמצם את ההוצאות להבטחת הכנסה ולתוכניות בריאות ורווחה, ויחד עם זה חלקם של הקשישים באוכלוסייה, במיוחד של הזקנים מאוד, הולכת וגדלה והיא צפויה לגדול עוד יותר בשנים הקרובות. במקביל לגידול זה יגברו גם הלחצים להעניק לקשישים הפגיעים טיפול הולם.

התופעה של אוכלוסייה מזדקנת מצויה הן בארצות מתפתחות והן בארצות מפותחות. ברוב הארצות, האוכלוסייה הזקנה גדלה בקצב מהיר יותר מאשר האוכלוסייה בכללותה. לפי

* מבוסס על הרצאת הרקע שהוגשה בכנס איסטי"א, שנערך בירושלים באפריל 1989.
** מנהלת מחלקת מחקר גמלאות ארוכות מועד, מינהל מחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

תרשים מס' 1: שיעורם של בני 65+ בסך-כל האוכלוסייה



דהיינו, יותר ויותר אנשים יגיעו לגילים הגבוהים, 80, 90 ו-100 (תרשים מס' 2). עובדה היא, שמערכת הבריאות שלנו מצליחה להחזיק בחיים יותר ויותר אנשים חולים, אמנם במחיר גבוה מאוד. ייתכן שאנשים שפרשו מעבודתם והמתקיימים מהכנסתם או בעזרת נכסים שצברו במהלך חייהם לא יוכלו לשאת בנטל הכרוך בהוצאות צפויות אלה. לכן הוצאות אלה נחשבות יותר ויותר חלק מתחום האחריות הממשלתית והציבורית. האם זוהי גישה ריאליסטית מבחינה פיננסית? האם ממשלות יכולות לתכנן מדיניות ולכנות תוכניות על-פי תחזית של הוצאות גדלות והולכות, בלי לשקול ברצינות אופציות אחרות, שחלקן אולי סותרות עקרונות קודמים של הביטחון הסוציאלי? ההערכות של ההוצאה הציבורית לבריאות לגפש עבור קשישים בשנת 1984 נעות מ-1,200

ככל שבני אדם רבים יותר מגיעים לגילים הגבוהים יותר. למעשה, רוב הגידול יתרחש בקבוצה של בני 80 ויותר; בארצות אחדות (כגון: גרמניה, דנמרק, אוסטריה ושוודיה) קבוצה זו תהווה כמעט רבע מן האוכלוסייה הקשישה.

הוצאות ציבוריות על קשישים

על הגידול בשיעורם של הזקנים מאוד תשפיע בוודאי גם הירידה בתמותה הודות להתקדמות הטכנולוגיה והרפואה. אם יהיו עליות נוספות בתוחלת החיים בעקבות תגליות חשובות בטיפול במחלות כמו סרטן ומחלות לב, אזי ייתכן שהתצפיות הנוכחיות לגבי גידול האוכלוסייה הקשישה יתגלו כהערכות חסר;

תרשים מס' 2: שיעורם של בני 80+ באוכלוסייה הקשישה



לוח 1. סך-כל ההוצאה הציבורית על הקשישים כאחוז מן התוצר הלאומי הגולמי, וסך-כל הוצאות בריאות הציבור על קשישים כאחוז מן התוצר הלאומי הגולמי, במדינות נבחרות (בדולרים של ארצות הברית)

המדינה	השנה	סך-כל ההוצאה הציבורית לנפש על קשישים אחוז מן התל"ג	הסכום	סך-כל הוצאות בריאות הציבור על קשישים אחוז מן התל"ג	הסכום
ארצות הברית	1981	5.9	6,366	1.1	1,212
קנדה	1982	5.4	6,096	1.2	1,370
דנמרק	1980	10.1	8,499	2.8	2,356
צרפת	1980	9.8	7,993	2.3	1,876
הולנד	1982	8.2	7,861	1.6	1,534
נורווגיה	1981	5.7	5,005	2.9	2,546
שוודיה	1982	14.5	12,293	*	*
בריטניה	1980	7.7	4,416	1.7	975

המקור: הסנאט של ארצות הברית (1984).
* אין נתונים

וחברתיים ישפיעו על האיזון האופטימלי בין מגזרים אלה?

ד. בדומה לכך, מהו האיזון הרצוי בין טיפול קהילתי וטיפול מוסדי וכיצד ניתן להשיג איזון זה בעזרת התמריצים הטמונים בתוכניות שבמימון ציבורי?

ה. השאלה שעליה תצטרך כל מדינה לתת את הדעת היא האם גידולים צפויים בהוצאות לבריאות וסיעוד יעלו על הגידול הכלכלי הריאלי. האם החברה, ובמיוחד האוכלוסייה העובדת, תהיה מוכנה או מסוגלת לשאת בנטל הכספי הנוסף? איזו מדיניות כלכליות יש לקבוע על מנת להשיג צמיחה כלכלית יחד עם יעדים של צמצום בהוצאות?

איפיוני אוכלוסיית הזקנים מאוד

בתור קבוצה, הזקנים מאוד נבדלים היום מן הזקנים הצעירים יותר בכמה דברים. להלן כמה מאלה:

א. כצפוי, בקבוצה זו יש שכיחות גבוהה יותר של תחלואה ומוות. יתר על כן, בארצות כמו גרמניה ויפן, שיעורי התמותה של גברים זקנים גבוהים יותר ב־40 אחוזים מאלה של נשים.
ב. לפיכך, בקרב בני 80 ומעלה קיים יחס מיוחד בין בני המינים, המתבטא בשיעור גדול של נשים לעומת גברים. מספר הנשים הזקנות עולה בהרבה על מספר הגברים הזקנים ברוב ארצות העולם ושיעור הנשים גדל בהתמדה עם כל שנתון, במיוחד באזורים העירוניים. בארצות מפותחות, שיעור הנשים בקבוצה של בני 80+ עולה על 70 אחוזים. משום כך הבעיות החברתיות, הכלכליות ובעיות הבריאות של הזקנים מאוד הן בעיקר בעיות של נשים (תרשים מס' 3).

ג. כתוצאה מכך, בין הזקנים מאוד גדולה יותר השכיחות של אלמנות ושל מגורים לבוד, ועקב כך גם שכיחות גבוהה יותר של בדידות.

ד. בקרב הזקנים מאוד רמות ההישגים מבחינת ההשכלה הן נמוכות יותר.

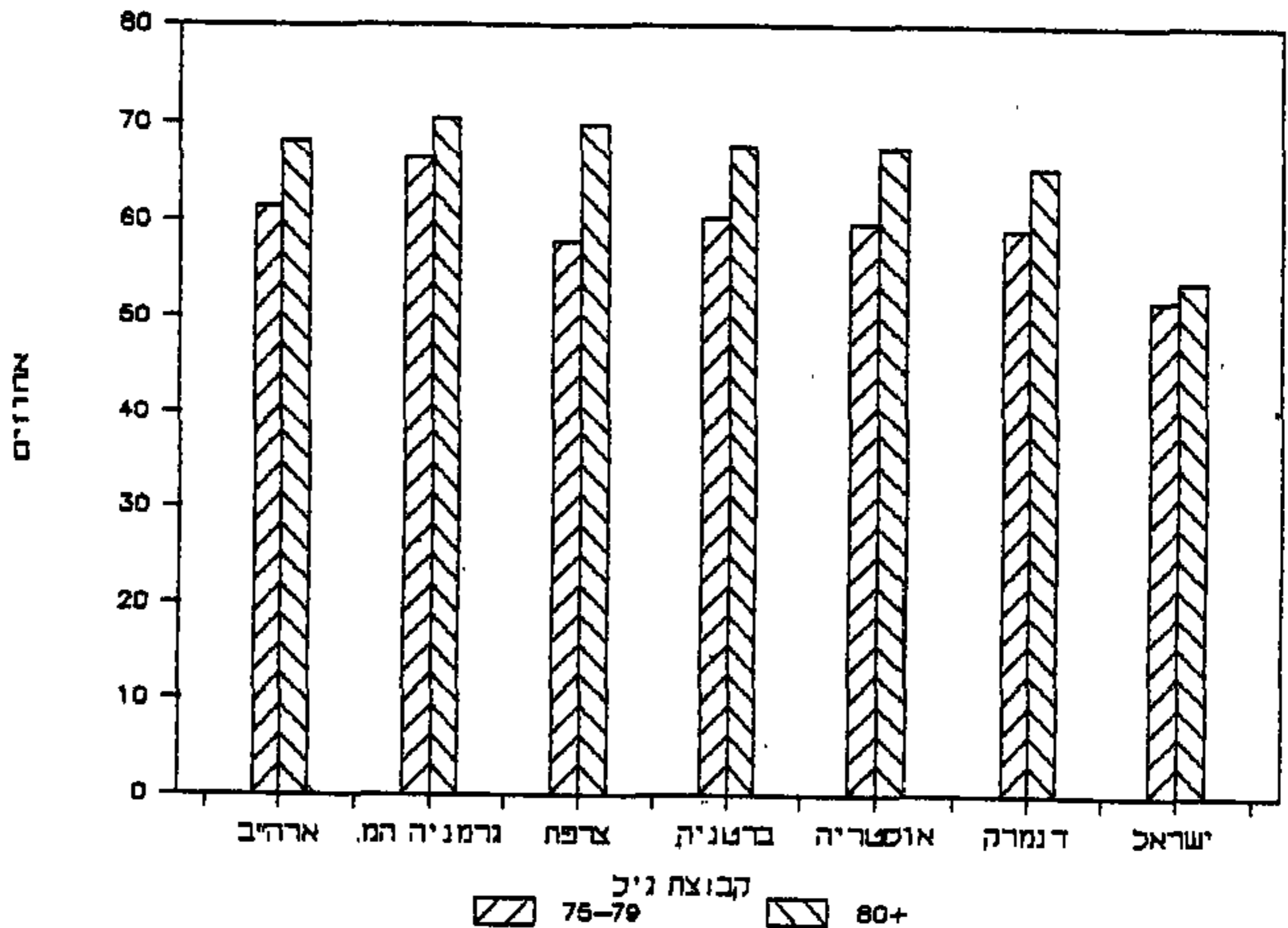
דולר בארצות הברית עד 2,500 דולר בארצות הסקנדינאיות. כפי שניתן לראות בלוח מס' 1, ההוצאה הציבורית לבריאות עבור קשישים כפרופורציה של התל"ג משתנה מארץ לארץ והיא מגיעה עד 3 אחוזים בנורווגיה. ההוצאה הציבורית הכוללת לנפש עבור קשישים נעה בין 5.4 אחוזים בקנדה עד 14.5 אחוזים בשוודיה. בארצות הברית, למשל, הוכפל מאז שנת 1960 חלק התקציב הפדראלי המוקצב לתוכניות לקשישים. יתר על כן, הוצאות הבריאות הגבוהות ביותר הן עבור הזקנים מאוד.

המגמות הדמוגרפיות הנוכחיות והעתידיות מעלות כמה שאלות מרכזיות:

א. האם הזדקנות האוכלוסיות תוביל באופן אוטומטי לגידול משמעותי בהוצאה הציבורית לבריאות ורווחה, במיוחד עבור הזקנים מאוד? האם הגידול הצפוי בהוצאה הציבורית יהיה חיזוי ישיר ובלתי נמנע של היקף גידול האוכלוסייה ושל הדפוסים הנוכחיים של שימוש בשירותים, או שניתן יהיה לענות על צרכים עתידיים תוך יתר ביקורת על עלויות באמצעות החלטות של מדיניות המגבילות פרמטרים כמו רמת כיסוי, רמות גימלה, פיקוח על היצע של מיטות מוסדיות והרחבת תפקידו של המגזר הפרטי?

ב. אילו קבוצות של הזקנים מאוד ידרשו איזה סוג של שירותים או תוכניות? האם התוכניות יהיו מיועדות לענות על צרכים חריפים של קבוצות קטנות, כגון המוגבלים מאוד, הפגיעים מבחינה קוגניטיבית, העניים ואלה שאין להם תמיכה משפחתית? או אולי יועדו התוכניות לספק רמה בסיסית של טיפול וסיוע לאוכלוסייה רחבה יותר של זקנים מאוד?
ג. אילו מן השירותים הדרושים יכולים או צריכים להינתן תחת המטרייה של תוכניות זכאות של ביטחון סוציאלי ואילו מהם צריכים להישאר באחריותן של תוכניות סעד שאינן מבוססות על עקרון הזכאות, של טיפול בלתי פורמלי, או של השוק הפרטי? מהו האיזון הרצוי בין טיפול פורמלי ובלתי פורמלי, של טיפול פרטי וציבורי? אילו אילוצים כלכליים

תרשים מס' 3: שיעורן של הנשים באוכלוסיית הזקנים לפי קבוצות גיל



י. כתוצאה מכך, הזקנים מאוד מאופיינים בתלות גדולה במשפחה בכל הנוגע לטיפול אישי ובכל הקשור לשירותי משק הבית. למרות כל ההבדלים האלה, אוכלוסייה זו אינה כלל וכלל הומוגנית או סטטית. למרות שאנו נוהגים לראות בקשישים קבוצה אחת, שגיליה משתרעים על 35 שנים בערך, למעשה קיימת בתוך הקבוצה שונות רבה. יש לתת על כך את הדעת בשעה שבאים לתכנן מדיניות בתחום הביטחון הסוציאלי.

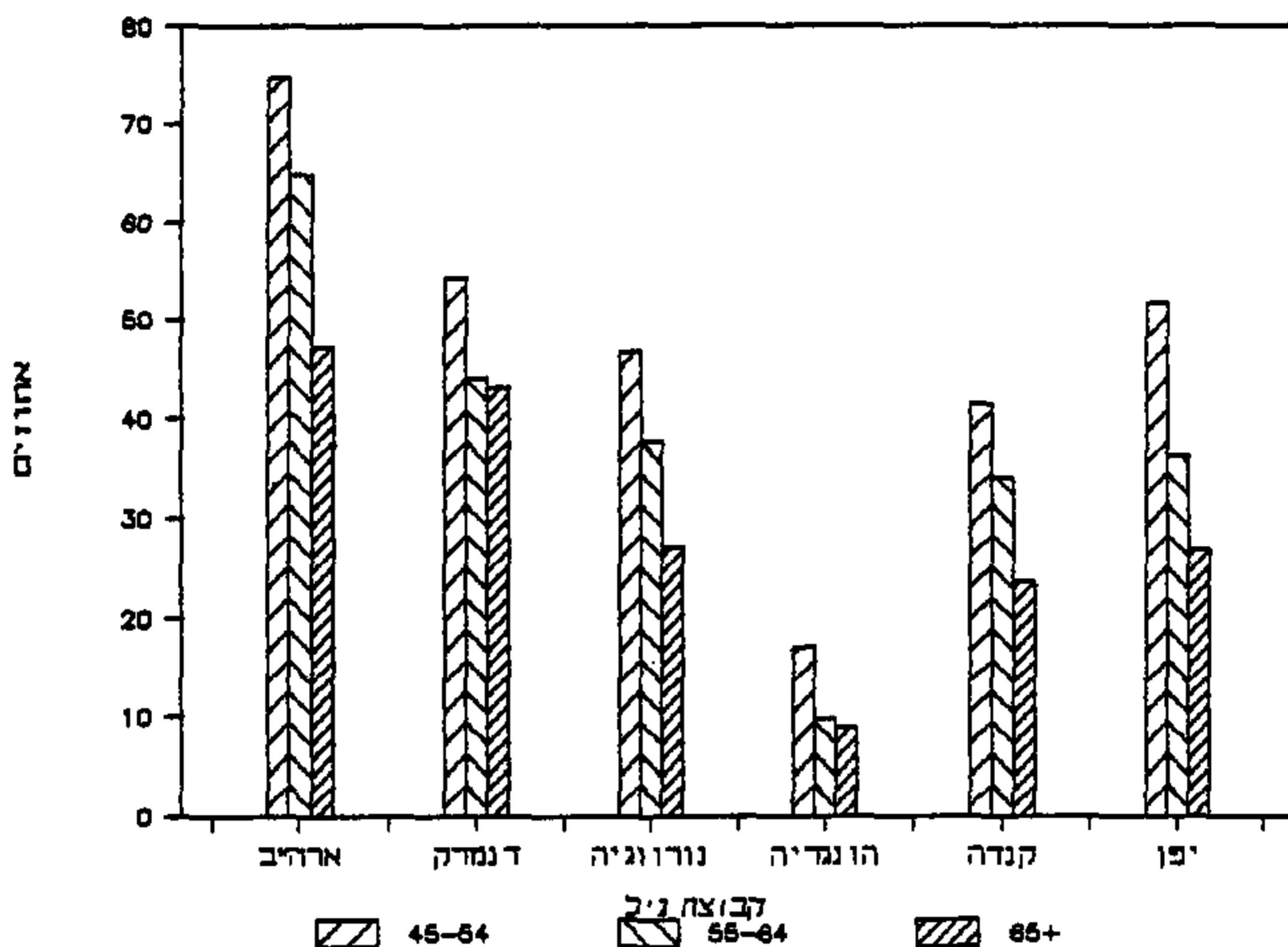
בנוסף לרב-גונית הקיימת בשנתונים הנוכחיים של הזקנים מאוד, אוכלוסייה זו גם משתנה בטיבה במשך הזמן. כדי להגיע לתחזיות מדויקות לגבי קבוצות עתידיות עלינו לעיין כבר היום בשנתונים הצעירים יותר. לדוגמה, שנתונים עתידיים של בני +80 יהיו מאופיינים ברמות השכלה גבוהות יותר. בשנתונים הצעירים השיעור של בעלי השכלה תיכונית עולה בהתמדה — הן אצל הנשים והן

ה. רמות ההכנסה גמוכות יותר.

ו. בקבוצה זו נעשה כאמור שימוש נרחב בשירותים יקרים, ובמיוחד בשירותים רפואיים אבחנתיים ושירותי טיפול בבתי-חולים ובמוסדות סיעודיים. לדוגמה, בארצות הברית שיעור ימי האשפוז ל-1,000 נפש גבוה בקרב בני +85 פי שניים מאשר בקרב הזקנים הצעירים יותר. שיעור דיירי מוסדות סיעודיים גבוה פי 11 אצל הגברים ופי 16 אצל הנשים.

ז. קיים שיעור גבוה יותר של תלות בביצוע פעולות יומיומיות כמו ניידות, התלבשות, רחצה ושמירה על הניקיון האישי. למרות שההגדרות השונות מקשות על ההשוואה, מחקרים בישראל ובארצות הברית הראו שמתוך אוכלוסיית הקשישים הגרים בבית, בין 7 ל-8 אחוזים זקוקים לעזרה של ממש מן הזולת על מנת לבצע פעולות יומיומיות (ADL). שיעורי תלות אלה גדלים בצורה חדה ככל שעולה הגיל, והם מגיעים ל-25 אחוזים בקרב בני +85.

תרשים מס' 4: שיעורם באוכלוסייה של גברים בעלי השכלה תיכונית לפי קבוצות גיל



לעתיד. גורמים נוספים, שאותם אפשר להביא בחשבון בתכנון לעתיד, ושלמעשה נותחו בזהירות רבה בישראל בזמן הכנת חוק ביטוח סיעוד, נכללים במודל לתכנון טיפול מקיף במסגרת הביטחון הסוציאלי.

כאמור, מוצעת גישה פלורליסטית יותר בבדיקת יחסי הגומלין בין המשתנים הדמוגרפיים, החברתיים והכלכליים השונים, במקום להשתמש בנתונים המתייחסים לקשישים כקבוצה הומוגנית אחת. בצורה זו אנו יכולים להתייחס לצרכים של קבוצות שונות בתוך אוכלוסיית הקשישים, שלא כולן יודקו לשירותים במימון ציבורי. גישה זו מקלה על זיהוי מהות הרבגוניות בתוך האוכלוסייה המבוגרת וכן זיהוי קבוצות יעד עם צרכים אקוטיים ספציפיים. חשוב שכל חברה תקבע איזה מן הגורמים הדמוגרפיים, החברתיים והכלכליים האלה מהווים אילוצים במערכת ואי-זה מהם אולי ניתנים לשינוי (ראה תרשים מס' 5).

אצל הגברים. לפיכך יש לצפות לכך, שקבוצות אחדות ייהנו מרמות הכנסה גבוהות יותר ומכריאות טובה. יתר על כן, הגורמים המשתנים של מצב משפחתי, יחס קירבה וסידורי מגורים, חשובים מאוד בקביעת האופציות לטיפול פורמלי ובלתי פורמלי ובשימוש שיעשו הזקנים מאוד בטיפול סיעודי; אלה מושפעים מגורמים כמו: אורך חיים, שיעורים משתנים של ילודה וגירושין והשתתפות גדלה והולכת של נשים בכוח העבודה.

אילו גורמים נוספים יש להביא בחשבון בהגדרת צורכי הזקנים מאוד ובבדיקת האופציות למדיניות כדי להתמודד עם לחצים להרחבת תוכניות קיימות, דבר הכרוך בהוצאות גבוהות יותר?

על-פי רוב, הספרות המתייחסת להערכת סוגי הצרכים והיקפם – או לדרישה לשירותים – עבור הזקנים מאוד, התמקדה בעיקר בנתוני אוכלוסייה דמוגרפיים מן העבר והאומדנים

תרשים מס' 5: הגורמים המשפיעים על צרכים ותוכניות לקשישים

א. גורמי רקע

<u>דמוגרפיים</u>	<u>חברתיים</u>	<u>כלכליים</u>
- נהוני אוכלוסין	- גודל המשפחה	- מערכת כלכלית ספציפית
- מבני גילאים בעבר	- מצב משפחתי, שיעורי גירושין	- מבני מס
- ותזויים לעתיד	- סידורי מגורים (במיוחד	- יחסי תלות/גיל
- יחסי גיל/מין	- % הגרים עם בן/בת זוג ו- % הגרים לבד).	- גידול התל"ג
- התפלגויות גיאוגרפיות	- רמות השכלה	- שיעורי האינפלציה
- דפוסי הגירה	- תפקידן המסורתי של נשים	- הזצאות על כריאות ורווחה
- שיעורי תמותה, תוחלת חיים לקבוצות גיל	- מגמות השתתפות נשים	- (לפי קבוצות גיל)
- שיעורי פרייון	- כבת העבודה	- מצבים כלכליים של קשישים
- שיעורי תלואה	- דפוסי טיפול בלתי פורמלי	- עלויות ישירות לקשיש על טיפול
	- ציפיות משתנות לשירותים, עדיפויות	- שיעורי השתתפות בכת עבודה של קבוצות ספציפיות: קשישים, נשים
	- גיל פרישה	
	- מספר ילדים, קירבת מגורים	

שיעורי התלות בפעולות יום-יום

ב. דפוסי נוכחיים של היענות לצרכים

- א. סוג השירותים והגמלאות הכלכליים, בהיאותיים וחברתיים (העברות כספיות ובעין)
- ב. כיסוי: שיעורי מיסוד והספקת טיפול ביתי
- ג. הלימות, כיסוי והבשלת תוכניות לבטחון סוציאלי ופנסיה מעבודה
- ד. מבני מימון וחלוקת אחריות
- ה. תפקיד הסקטור הפרטי

ג. נושאי מדיניות

- משאבים זמינים, פרטיים וציבוריים
- יציבות כלכלית וצמיחה
- כיסוי אוניברסלי לעומת גישה סלקטיבית, פלוריסטית
- דאגה לאיכות
- הרכב שירותים פרטי/ציבורי
- שיקולי עלות/תועלת של טיפול ביתי לעומת מוסדי
- אלטרנטיבות מימון, כמו חלוקת עלויות, רה-ארגון של הוצאות, הפחתות סלקטיביות ברמות הגמלה, שינויים בגיל הפרישה, וכו'.

ד. יעדי תוכניות

<u>בטחון כלכלי</u>	<u>מניעה ושמירה על בריאות</u>	<u>טיפול מרפא/משקם</u>	<u>סיעוד</u>
שכר, תסכונות בטחון סוציאלי פנסיות מעבודה דיר	בריאות הציבור אמצעים לבטיחות אישית תמיכות חברתיות	טיפול רפואי ראשוני טיפול אקוטי בב"ח שיקום תמיכות חברתיות	טיפול אישי בבית טיפול יום למבוגרים בקהילה טיפול מוסדי

תלויה ביעדי המדיניות הספציפיים שיוגדרו. המשקפים מערכות חברתיות ופוליטיות, חלוקת אחריות בין גופים ממשלתיים שונים, מסורות, תרבויות ועדיפויות וכן התייחסות לעלויות, למערכות מימון ולתפקיד שממלא השוק הפרטי.

שנית, במקום להיאחז במערכות קיימות, כל חברה צריכה לבדוק אפשרויות לשנות דפוסים נוכחיים של היענות לצרכים, כגון האיזון בין טיפול מוסדי לטיפול לא-מוסדי והתפקיד של המגורים הפרטיים והבלתי פורמליים. בכל חברה, אפשרות השינוי של הדפוסים הנוכחיים

שלישית, עלינו לבדוק את מגוון האופציות למימון ולפיתוח תוכניות, שחלק מהן אולי סותרות אי אלה מסורות של פיתוח מדיניות הביטחון הסוציאלי. אופציות אלה חייבות להגדיר אלטרנטיבות בכמה תחומים בסיסיים, הקשורים זה לזה והמהווים רצף של טיפול, במקום להתמקד בחיסכון או בהוצאה כתחום אחד ללא התייחסות לחלופות בתחום אחר. תחומים אלה כוללים: ביטחון כלכלי, דיור, מניעה וטיפול בתחום הבריאות, שיקום, ושירותי אחזקה או סיעוד.

חיוני הוא לקבוע סדר עדיפויות בהקצאת משאבים בין תחומי התערבות אלה. בביטחון הסוציאלי חשוב במיוחד למצוא איזון בין תוכניות להבטחת הכנסה ובין אלה להספקת שירותים, וכן קביעת גבולות בין תוכניות המבוססות על עקרון הזכאות ובין אלה שאינן מבוססות על עיקרון זה.

משתנה אחד שבהכרח קובע את גודל האוכלוסייה הזקוקה לשירותים במימון ציבורי הוא ההכנסה. על-פי הנתונים סיכון העוני בדרך כלל גבוה יותר בקרב בני 75+ מאשר אצל קבוצות אחרות. הבדלים משמעותיים קיימים בין ארץ לארץ; בשוודיה אין כלל עוני בקבוצות אלה (לוח 2). מחקרים כמו ה-LIS (Luxemburg

Income Survey), האוסף נתונים לאורך זמן על-פי הגדרות אחידות, יאפשרו לנו להשוות ולעקוב אחר שינויים במצב הכלכלי של הקשישים בארצות שונות. יחד עם הכשלת תוכנית הביטוח הסוציאלי ופנסיות תחוקתיות, עשויה לגדול הכנסת הקשישים הודות לנכסים מצטברים ולגימלאות פרישה גבוהות יותר.

עם כל זאת אנחנו זקוקים לנתוני הכנסה טובים יותר לדורות העתידים של קשישים. על מנת לחזות מראש את מצבם הכלכלי של בני 85 בשנת 2020 עלינו להסתכל על בני 50 כיום ולבדוק כיצד הם מושפעים מגורמים כמו כיסוי תוכניות פנסיה, דפוסי שכר, שינויים בהשתתפות נשים בכוח העבודה וכו'. במדינות כמו אנגליה וארצות הברית, למשל, המצב הכלכלי של הקשישים, כפי שהוא משתקף בהכנסה ובנכסים (בעיקר ערך הבית), צפוי להשתפר במידה ניכרת עד שנת 2020.

מדובר בשיפור מעמדם הכלכלי של קשישים העומדים על סף הפרישה. מניחותי חתך אנו יודעים רק מעט על השינויים בדפוסי הכנסה והוצאה הקשורים בתהליך ההזדקנות עצמו, ובמיוחד על הידלדלות משאבים לאורך זמן – הדורשים מחקר לאורך זמן. אנחנו יודעים, שככל שהגיל עולה כן מצטמצם היקף הרכישות

לוח 2. שיעור העוני* בקרב קשישים בני 65+ ובסך-כל האוכלוסייה במדינות נבחרות

המדינה	בני 65-74	בני 75+	סך-כל האוכלוסייה
קנדה	11.2	12.1	12.1
גרמניה המערבית	12.7	15.2	7.2
ישראל	22.6	27.1	14.5
נורווגיה	2.7	7.3	4.8
שוודיה	0.0	0.0	5.0
בריטניה	16.2	22.0	8.8
ארצות הברית	17.8	25.5	16.9
ממוצע	11.9	15.6	9.9

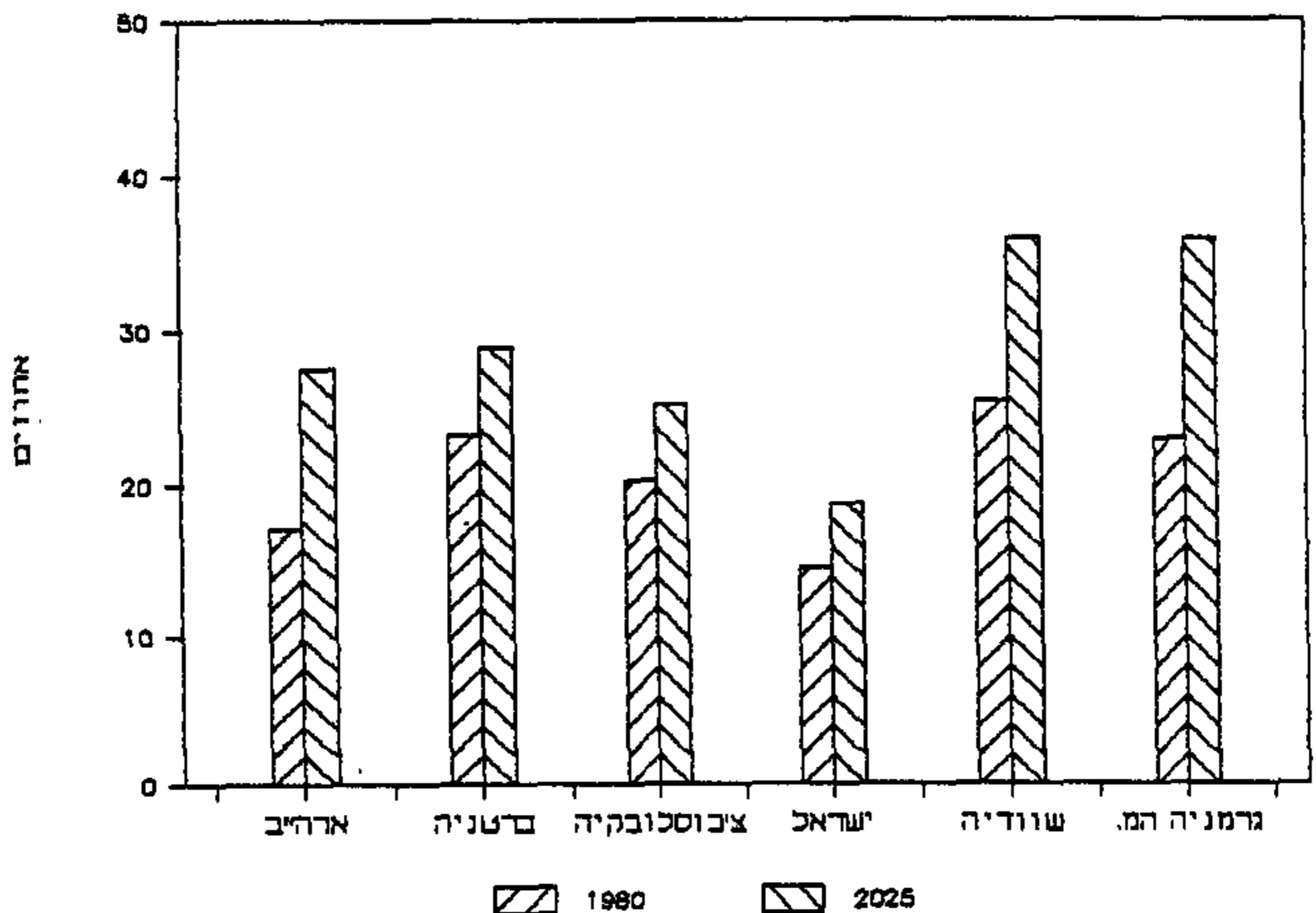
מוגדר כאנשים השייכים למשפחות בעלות הכנסה נקייה שחיא מתחת לממוצע עבור כל המשפחות במדינה הנרונה.

המקור: Heldstrom & Ringen (1985). מבוסס על Luxembourg Income Study

להזדקנות האוכלוסייה יש השלכות חשובות על גודלה של האוכלוסייה העובדת ועל מבנה הגילים כתוכה וכן על היחס שבין אוכלוסיית בני 65+ לאוכלוסיית בני 15-64. על-פי דו"ח של OECD שפורסם לאחרונה, עד העשור השני של המאה הבאה מספרי האנשים בגילאי העבודה צפויים לרדת כמעט בכל המדינות המתועשות. כפי שניתן לראות בתרשים מס' 6, המראה רק מספר ארצות, יחס התלות של זיקנה צפוי לעלות בכל האזורים העיקריים בעולם. העליות הדרמטיות ביותר מתרחשות בארצות המפותחות יותר (ובאסיה המזרחית). ככל שאנשים חיים יותר זמן, וככל שהתמותה הולכת וקטנה, כך יורגשו יותר הקשיים הכרוכים בתמיכה בתוכניות ביטחון סוציאלי מקיפות. ארצות העולם יצטרכו להתמודד עם עול פיסקלי גדל והולך ככל שההוצאות עולות וככל שאוכלוסיית גילאי העבודה מצטמצמת. אולם, מספרים אלה כשלעצמם אינם נותנים תמונה שלמה של התפוקה הכלכלית של שתי

הבסיסיות, אך איננו יודעים, — וגם קשה לחזות — את היקף ההוצאות על בריאות, טיפול רפואי וכו'. מנקודת מבט של מדיניות, השאלה היא האם לדורות עתידיים של הזקנים מאוד תהיה האפשרות לשלם עבור חלק גדול יותר של עלויות הבריאות הגבוהות שלהם, או שמא יאזלו משאביהם עד שהם יגיעו לגיל מתקדם. לפיכך נתונים על הידלדלות נכסים לאורך זמן הם רלוונטיים מאוד אם רצוננו לשקול בזהירות ובאופן מציאותי התחלקות בהוצאות ואלטרנטיבות אחרות להספקת טיפול רפואי וסיעודי לזקנים מאוד, כיוון שתוכניות המבוססות על התחלקות בהוצאות לא יתאפשרו אם משאביהם של אלה שיצטרכו להתחלק בהוצאות כבר אזלו. נתבונן לרגע באילוף כלכלי אחד הקשור להזדקנות האוכלוסייה ולפרודוקטיביות, המשפיעות על הגדרת צרכים ועל יכולת החברה לשאת בעלות כיסויים של צרכים אלה: יחסי תלות של זיקנה (תרשים מס' 6).

תרשים מס' 6: יחסי תלות של זקנה



היכולות לתת טיפול לא פורמלי בבית). לאלה יש להוסיף מגמות בסידורי מגורים, כגון שיעורי הקשישים הגרים לבד, וכן מעמד כלכלי ורמת השכלה, שכולם משפיעים לא רק על מגמות של טיפול פורמלי ולא פורמלי, אלא גם על ציפיות הקשישי והמשפחה בנוגע לסוגי התוכניות שניתן לפתח ובנוגע ליכולתם לשלם בעד שירותים.

הן המחקר והן הניסיון ממשיכים להעיד שהמשפחה היא עדיין ותמיד להיות גם להבא נותן הטיפול העיקרי לקשישים. מחקרים הראו, שלפחות 80 אחוזים מן הקשישים התלויים (בפעולות פונקציונליות של חיי היומיום) מקבלים טיפול מבני משפחה. למעשה, אם מתבוננים מיהם הזכאים היום לשירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד בישראל, או מיהם מקבלי שירותים במדינות אחרות, למשל במסגרת התוכנית לטיפול ממשך במניטובה שבקנדה, רואים, שהמגזר הפורמלי מנוצל באופן יעיל רק כאשר בן משפחה אחד בקהילה נמצא בתמונה והוא אחראי לתיאום השירותים. למרות שלא ניתן להמשיך ולראות במשפחה משאב חינם, ומדינת ישראל אמנם הכירה בחוק הסייעוד שלה בחשיבות של הפחתת העול המוטל על המשפחות, יש לבסס אומדנים לגבי היקף העול והעלות הציבוריים על מדיניות ברורה בנוגע לחלק העול הכלול באחריות המגורים הלא פורמליים, כלומר המשפחה, או באחריות השוק הפרטי.

אך ברור, שבהתחשב בהכרת המעמסה ההולכת וגדלה על המשפחות והצורך לספק סיוע מוקדם על מנת למנוע משבר, תשירות, התמוטטות ובסופו של דבר אשפוז במוסד, דרושה הסתכלות רחבה יותר על אוכלוסיית היעד, הסתכלות שבה גם הזקן התלוי וגם משפחתו מהווים יעדים של התוכנית שתתקבל. למעשה אומצה גישה זו בחוק ביטוח סיעוד בישראל, שנועד להשתתף בעול הטיפול בקשיש בדרך של חלוקת האחריות בין הקשיש ומשפחתו המטפלת ובין הציבור.

התייחסות מורחבת אל אוכלוסיית היעד צריכה להיות מלווה בגישה גמישה לתכנון

קבוצות גיל אלה, או של המידה שבה המשק מסוגל לתמוך בעלויות צפויות. למעשה, מגמות אלה עלולות להיות חמורות עוד יותר אם נביא בחשבון גם את רמות האבטלה, שהן כבר גבוהות במספר ארצות ושאותן קשה לחזות מראש. אך, מצד שני, עלינו לזכור שיחסי התלות של זיקנה משקפים את עול התמיכה באלה שאמנם אינם עובדים, אך אינם בהכרח בלתי פרודוקטיביים, כיוון שלא כל תפוקה ניתן למדוד במונחים כמותיים. הדרך שבה החברה והפרט מתייחסים אל עול הטיפול קשורה לגורמים אחרים מלבד נתוני אוכלוסין והוצאה, גורמים שאחד מהם הוא גישת החברה לזקניה והערך שהיא מייחסת לתפקידיהם כצרכנים, בני משפחה תורמים, מתנדבים וכיוצא בזה.

תפקיד המשפחה המטפלת

היבט נוסף של עול הטיפול בקשישים, שאינו נמדד במונחים כלכליים או ביחסי תלות דמוגרפיים, הוא המעמסה הממשית המידית למשפחה. בתכנון הטיפול המקיף בזקנים תצטרך כל חברה להחליט מה יהיה המשך תפקידה הצפוי של המשפחה בנתינת טיפול, כיוון שלסוג זה של החלטה יש השלכות מעשיות ואופרטיביות עבור סוגי התוכניות שאותן יש לפתח.

כמה מן התנאים היכולים להשפיע על דפוסי טיפול בלתי פורמלי, ציפיות המשפחה ושימוש בשירותים כבר אותרו בספרות כמשפיעים על סוגי התוכניות שהתפתחו בחברות שונות, ובמיוחד על האיזון בין טיפול פורמלי לטיפול לא פורמלי ובין טיפול קהילתי לטיפול מוסדי. תנאים אלה כוללים: שיעורי פרוץ שונים בין שנתונים שונים, שיעורי גירושין (המשפיעים על הימצאותם של ילדים בנתוני טיפול לא פורמלי), המצב המשפחתי של הקשישים (הימצאות של בן/בת זוג כנותן טיפול) והשתתפות נשים בכוח העבודה (נוכחות נשים

ארצות שונות בשיעורי האנשים הצריכים והמקבלים טיפול בבית, וכן בשיעור מקבלי טיפול במוסדות. נכון, למשל, שבכל העולם המתפתח, להוציא יפן, החיים לבד בעת זיקנה הופכים להיות נורמה חברתית. מגמה זו נובעת מחלקן הגבוה של אלמנות בקרב הקשישים, וכן משיעורים גדלים של גירושין ופרידה.

חשוב לציין יחד עם זאת, שמגורים לבד אינם כשלעצמם גורם סיכון גבוה עבור קשישים, אלא אם כן הדבר מלווה סיכונים כלכליים, חברתיים, סיכונים לבריאות, לנפש ועוד. האמת היא, שרוב הזקנים מחשיבים את עצמאותם: לא רק שלחיות לבד אינו נתפס בעיניהם כגורם סיכון, אלא שהוא פרי החלטה אישית ובחירה שלהם להיות עצמאיים. יתרה מזו, למרות שיותר ויותר זקנים חיים לבד, אין עדות לכך שהם אינם מקבלים תמיכה מילדים ומקרוכי משפחה אחרים כאשר תמיכה כזו דרושה להם.

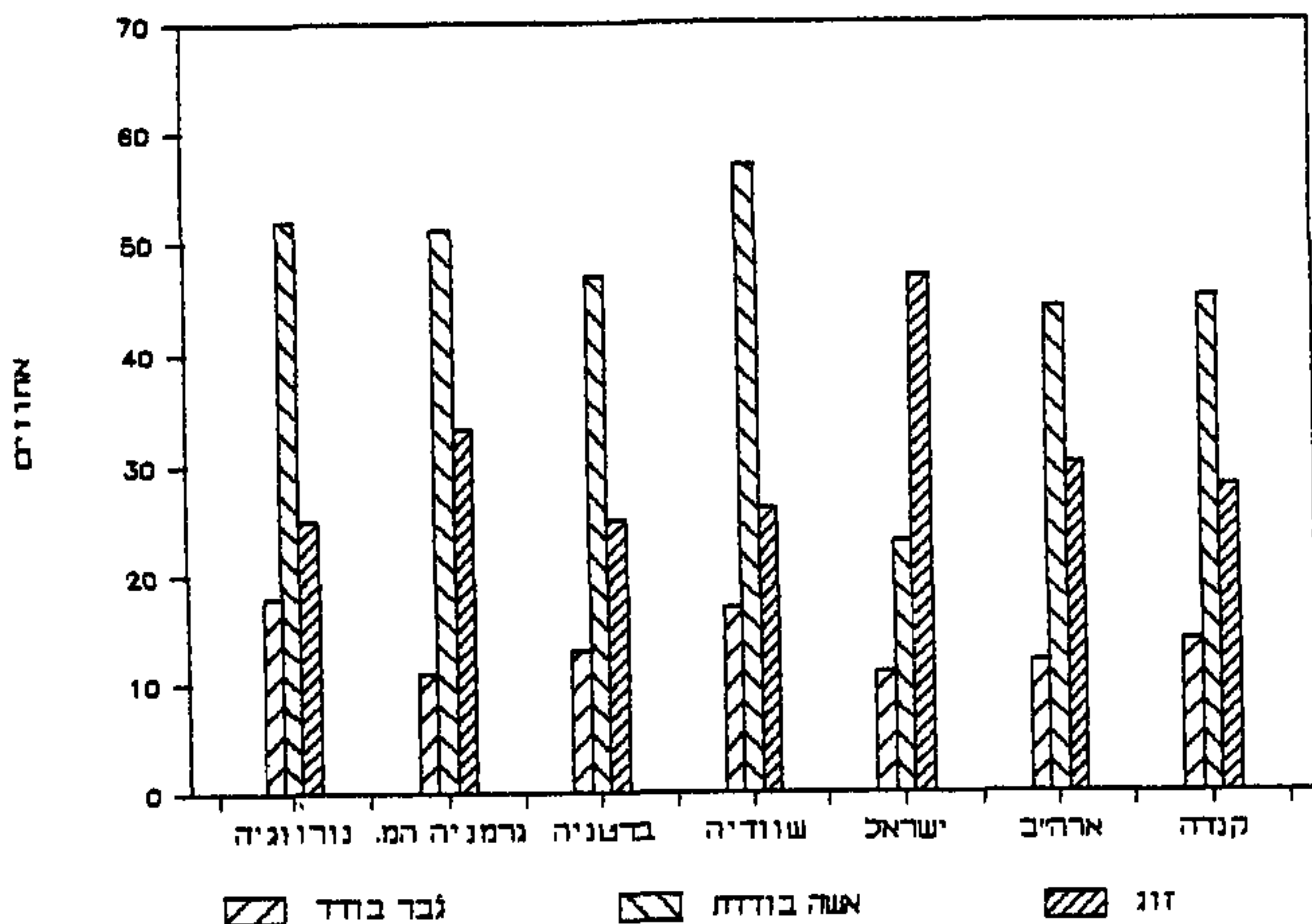
ישראל נבדלת מארצות אירופיות בכך שבה

סוגי הגימלאות והשירותים שייכללו בתוכנית מקיפה, שחלקם יכולים אף להיות זמינים לבני המשפחה המטפלים עצמם. אם רוצים לתת תשובה הולמת לצורכי המשפחה ולציפיותיה, אזי דאגה למשפחה חייבת להיות היבט אינטגרלי של התכנון, כמו במסגרת חוק ביטוח סיעוד בישראל.

כפי שהוזכר כבר, המידה שבה קרובי משפחה יכולים לתת טיפול קשורה למספר גורמים: דמוגרפיים, כלכליים וחברתיים. לדוגמה, המטפלים בזקנים מאוד הם בדרך כלל זקנים בעצמם: בני זוג וילדים מבוגרים הקרובים בעצמם לגיל פרישה. לכן נוכחותם של בני זוג וילדים, גילם וקרבת מגוריהם לזקנים הם שיקבעו במידה רבה את יכולתה של המשפחה ליטול על עצמה את האחריות לקשישים בעתיד ואת סוגי הסיוע הציבורי הדרוש.

לפיכך הרכב משק הבית של הזקן הוא גורם חשוב, היכול להסביר הבדלים בין

תרשים מס' 7: הרכב משק הבית של קשישים בני 75+



לשיעורים גדלים והולכים של השתתפות נשים בכוח העבודה יכולה להיות השפעה כפולה: הזמן הפנוי לטיפול עלול להצטמצם, בעוד שמצבן הכלכלי המשופר של הנשים, זכויותיהן לפנסיה, הסכונות וכו' יכולים להיטיב את מצבן כצרכני שירותים. ממצאים (העומדים להתפרסם) של מחקר כלל-ארצי שנערך בישראל על קשישים מעידים על כך, שבעוד ששיעורי הכיסוי בפנסיה מעבודה מגיעים כנראה לנקודת רוויה אצל גברים, נשים העומדות היום על סף פרישה צברו יחסית יותר זכויות פנסיה מאשר נשים שכבר פרשו. אם נכון הדבר, שמשפחות שבהן האשה עובדת מסוגלות יותר לרכוש שירותי טיפול, אזי ייתכן שהמגמה לרכוש שירותים מן המגזר הפרטי תעלה כתוצאה מהשתתפותן הגדלה והולכת של נשים בכוח העבודה.

לאור מחקרים המראים שלמרות התחזיות, משפחות אינן נוטשות את אחריותן כמטפלים, המשמעות של מגמה זו היא כפולה: יותר משפחות צפויות להפעיל יותר עצמאות הן בדרך שבה הן מטפלות והן בבחירת השירותים; ככל שיכולת ההשתכרות שלהן עולה, כך

שיעור נמוך הרבה יותר של אנשים חיים לבד וקיים בה שיעור גבוה של זוגות. עובדה זו יכולה להסביר את השיעור הנמוך של מיסוד — 4.5 אחוזים — ואת השיעור הגבוה של תמיכה משפחתית (ראה תרשים מס' 7).

תפקידה המשתנה של האשה

התפקיד המשתנה של הנשים בחברה הוזכר במחקרים רבים כגורם המשפיע על דפוס הטיפול הלא פורמלי ועל תגובת המגזר הציבורי לצרכים. שיעור גדל והולך של נשים נכנס לכוח העבודה והאשה העובדת אינה יכולה למלא את התפקיד המסורתי של מטפלת במשרה מלאה. מעניין במיוחד לבחון את שיעורי ההשתתפות בכוח העבודה בקרב קבוצות גיל שהן פגיעות במיוחד כמטפלות פוטנציאליות. בארצות הברית, בישראל, בשוודיה ובקנדה, למשל, עלה באופן משמעותי שיעור הנשים העובדות בנות 55–64, לעומת דפוסי פרישה מוקדמים יותר ויותר בקרב גברים, באותם הגילאים (לוח 3).

לוח 3. אחוז השינוי בשיעורי ההשתתפות בכוח העבודה, לפי מין וקבוצת גיל, במדינות נבחרות, בין השנים 1965 ו-1985.

נשים		גברים		המדינה
+65	55-64	+65	55-64	
-2.6	+1.4	-16.3	-23.2	ארצות הברית
-1.8	+6.8	-14.0	-16.2	קנדה
-6.1	0.0	-19.3	-3.7	יפן
-9.3	-5.9	-23.0	-25.9	צרפת
-5.3	-6.3	-18.8	-27.1	גרמניה
-3.3	-1.5	-16.1	-26.3	בריטניה
-2.6	-3.8	-9.5	-16.6	איטליה
-8.4	+20.7	-26.7	-12.3	שוודיה
+0.5	+8.1	-7.5	-2.2	ישראל
+1.0	-2.0	-7.4	-23.7	פינלנד
-1.6	-0.4	-7.4	-27.0	הולנד
-5.6	-2.0	-20.0	-17.9	ספרד

– קביעת תפקיד רחב יותר למגזר הפרטי בהשלמת תוכניות ביטוח סוציאלי בארצות אחדות על מנת להקל במידת מה את הלחצים על תוכניות ציבוריות בסיסיות.

– בדיקת אפשרויות להרחבת בסיס המס כדי שיכלול אי אלה חלקים של האוכלוסייה הזקנה, בלי לפגוע בקבוצות בעלות הכנסה נמוכה.

– ואחרון אחרון, ניתן לאזן תמריצים לטיפול מוסדי יקר בעזרת תוכניות דיור וטיפול אישי המבוססות בקהילה והנותנות שירותים על-פי רצף הצרכים המשתנה של הקשיש.

אשר לטיפול בבית ובקהילה לעומת טיפול במוסדות – מחקר בין-לאומי שנעשה מטעם איסס"א בשנת 1986 הראה בעליל, שגורמים אחרים מלבד נתוני אוכלוסין, שנקבעו בעזרת חירץ, משפיעים על שיעורים במוסדות ויש להביא אותם בחשבון בחיזוי מספר המיטות הדרושות. רוב המדינות המתועשות סבורות, ששיעור המיסוד שלהן גבוה יותר מן הדרוש ומן הרצוי. רובן מבצעות כיום מדיניות של הרחבת שירותי סיעוד הניתנים בבית ובקהילה. השאלה אם באמת יש תחלופה בין שני המגזרים ואם טיפול בית הוא יקר פחות מטיפול מוסדי נתונה במחלוקת, אף-על-פי שמספר מחקרים שנעשו בישראל תומכים כנראה בעמדה זו, לפחות במה שנוגע לזקנים התלויים פחות. בימים אלה, מכון ברוקדייל בישראל יחד עם המוסד לביטוח לאומי עורכים מחקר הבודק את השפעת חוק ביטוח סיעוד על דפוסי ושיעורי המיסוד בישראל. אך בהנחה, שאם יש מיטה פנויה, כמוסד סיעודי או בבית-חולים אקוטי, היא תיתפס, אזי הפחתת שיעורי המיסוד, המאפשרת את דחיית הכניסה למוסד סיעודי, היא למעשה גם שאלה של מדיניות הפיקוח על היצע המיטות, ולא רק שאלה של נתינת טיפול ביתי. רק אם נחליט להטיל הגבלות קשיחות על מספר המיטות, תהיה הפחתה במיסוד. מסיבה זו ייתכן, שאין זה מוצדק לבסס תכנון לטווח ארוך של בניית מוסדות והרחבתם אך ורק על הבסיס של שיעורי שימוש נוכחיים וגידול האוכלוסייה. הדגש צריך להיות הן על הגבלת מספר

נשים, שבאופן מסורתי מנהלות את הטיפול, יוכלו לקנות יותר שירותים. גם שיפור במצבם הכלכלי של הקשישים יאפשר לחלקם לשאת בחלק מן ההוצאות הקשורות לטיפול. העיקרון של התחלקות בהוצאות הציבור מצד אחד והקשיש ובני משפחתו מצד שני הופך להיות סעיף מרכזי במספר תוכניות ממשלתיות לסיעוד בארצות הברית.

אופציות במדיניות הביטחון הסוציאלי

ואכן, במקום החרדה ששררה לנוכח ההוצאה הציבורית הגדלה והולכת בכל הנוגע לטיפול בקשישים, יש היום מידת מה של נכונות לבדוק אופציות אחרות, כגון זו של התחלקות בכיסוי ההוצאות הכרוכות במתן טיפול לקבוצות בעלות סיכון גבוה. בנוסף לזקנים עצמם, ההשתתפות בהוצאות יכולה לכלול גם את האוכלוסייה העובדת הצעירה יותר, שכבר החלה להכיר בחשיבות של השקעת חלק מהכנסתה הנוכחית כביטוח נגד סיכונים עתידיים של טיפול רפואי קטסטרופי ושאוּלִי תהיה מוכנה גם לבטח את עצמה נגד הסיכון של טיפול סיעודי בבית ובמוסדות.

אופציות אלטרנטיביות נוספות כוללות:

- שינוי הגיוני במבנה ההוצאות החברתיות בהתאם לשינויים דמוגרפיים ולצרכים משתנים; למשל, הפניית משאבים מתוכניות עבור צעירים לתוכניות עבור זקנים.
- צמצום היקף האוכלוסיות הזכאיות לגימלאות במסגרת הביטוח הסוציאלי (לדוגמה, בדרך של העלאת גיל הפרישה).
- עידוד התפוקה בקרב האוכלוסייה העובדת.
- השתתפות גדלה והולכת בכוח העבודה מצד קבוצות אחדות, כגון נשים והזקנים עצמם.
- צמצום בשיעורי ההחלפה של הגימלה, יחד עם העלאת שכר ריאליות.
- קביעת כללי זכאות מוגדרים היטב על מנת להעניק שירותים וגימלאות רק לקבוצות המיועדות לכך באופן ספציפי (targeting).

רמת הגימלה הנמוכה מספקת 11-12 שעות שבועיות של טיפול אישי, בעוד שהרמה הגבוהה מספקת 17-18 שעות שבועיות. הדגש הוא על שירותים בעין, ולא על גימלאות כספיות. רק במקרים מוגדרים היטב, שבהם אין שירותים זמינים, והזכאי מטופל בידי בן משפחה הגר עמו, ניתן לשלם גימלה כספית עד שאפשר יהיה להשיג שירותים.

5. סוגי השירותים שניתן להשיג במסגרת חוק ביטוח סיעוד מוגדרים בסל שירותים מוגדר, והם כוללים עזרה אישית בבית או במקומות מאורגנים בקהילה (כגון מרכזים לטיפול יום), עזרה ביתית (עם עבודות בית בסיסיות), גימלת שירותים מיוחדים, כביסה, הכנת ארוחות והגשתן והספקת מוצרי ספיגה. שירותים רפואיים, פדורפואיים ופיזיותרפיה ושירותי תמיכה חברתית, אינם מכוסים במסגרת החוק והם ממשיכים להיות באחריות הבלעדית של מוסדות הבריאות והרווחה.

6. למוסד לביטוח לאומי יש אחריות כוללת על ביצוע החוק ומעקב אחריו. אך יש חלוקת אחריות מלאה בביצוע החוק בפועל בין המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה וקופת חולים של ההסתדרות. לוועדות מקצועיות מקומיות המוגדרות בחוק יש סמכות לקבוע תוכניות טיפול, לספק שירותים, לעקוב אחר שינויים ולדווח. ועדות מקומיות אלה מורכבות מעובד סוציאלי בכיר ממחלקת הרווחה של השלטון המקומי, אחות מקופת החולים ופקיד מן המוסד לביטוח לאומי.

כפי שהוזכר, סידור זה מבזר את התפקידים המקצועיים החשובים ביותר ברמה של ניהול הטיפול, מתוך הכרה שתפקידים אלה מובנים ביותר ומטופלים בצורה הטובה ביותר ברמה המקצועית המקומית בידי עובדים סוציאליים ואחיות המייצגים את מוסדות הבריאות והרווחה האחרניים.

7. בנוסף לכך שהיא מציינת אילו שירותים יש לתת, תוכנית הטיפול שהוועדה המקומית מעבדת גם מציינת אילו גופים ייתנו את השירותים. התוכנית כולה מתבצעת על בסיס

המיטות והן על פיתוח אלטרנטיבות בקהילה למיסוד, גם לתקופות קצרות, המאפשרות דחיית המיסוד.

חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד בישראל לפחות הרחיב אופציות אלה וכך איפשר את דחיית המיסוד באמצעות הצעת שירותים בבית לאותם קשישים הנמצאים ברשימות ההמתנה. באופן כזה המעבר מבית למוסד ייעשה, כך אנו מקווים, גמיש יותר.

להלן מספר עקרונות של חוק ביטוח סיעוד:

1. מי זכאי לפי חוק זה? גברים מעל גיל 65 ונשים מעל גיל 60 שהם מוגבלים מאוד בביצוע פעולות היומיום, או הזקוקים להשגחה מתמדת בגלל הסיכון שיזיקו לעצמם או לסביבתם — אלה זכאים לשירותים. יש שתי דמות זכאות, על-פי דרגת התלות הנקבעת על-ידי אחות בריאות הציבור ממשדד הבריאות, המשתמשת בכלי הערכה אחיד ואובייקטיבי למדידת יכולת התפקוד. כל אדם מקבל ציון המבוסס על ביקור בית. בתנאים אחרים ניתנות נקודות נוספות לאנשים הגרים לבד ולאלה הזקוקים להשגחה אישית מתמדת.

2. הגימלה מיועדת לקשישים הגרים בבית ובקהילה. לכן רק אנשים הגרים מחוץ למוסדות סיעוד ומחלקות סיעודיות יכולים להגיש תביעה לגימלה. אולם, אנשים הגרים בדוור מוגן או בבתי אבות, שפחות ממחצית החזקתם נעשית במימון ציבורי, יכולים גם הם להגיש תביעה. לגבי קשישים המקבלים גימלה בזמן שהם גרים בבית, אם יחליטו להיכנס למוסד סיעודי, הגימלה תיפסק ביום שהם נכנסים למוסד.

3. זכאות לגימלה מבוססת על מבחן הכנסות, והכוונה היא להכנסת הזקן ובן או בת הזוג. מבחן ההכנסות הוא ליברלי למדי. נתונים לשנת 1988 מראים, שמעט מאוד תובעים נדחו בגלל רמת הכנסתם.

4. הגימלאות מספקות רמה בסיסית של טיפול.

מקסימלי במסגרת החוק וכן, נדגיש, פיקוח מקסימלי על קביעת אוכלוסיית היעד ועל העלויות. הפיקוח המרכזי על מי שיהיה זכאי, על גודל האוכלוסייה הזכאית, וכתוצאה מכך העלות של התוכנית, הם יסוד חיוני וחדשני בחוק ביטוח סיעוד.

מצד שני, הביזור במתן השירותים מבוסס על העיקרון החשוב, שברמה הבסיסית והמשמעותית ביותר, המשפחה היא שותף פעיל, יחד עם עובדים סוציאליים מקומיים ואחיות, בקביעת סוגי השירותים הדרושים לקשיש ומתי יש לתת שירותים אלה. למשפחה יש תפקיד פעיל בתיאום השירותים. דבר זה משקף גישה לא של התערבות חיצונית בבחירה אישית ועדיפות אישית, אלא של פיתוח מודל שבו מעריכים במשותף את צורכי המשפחה ובחירותיה, שהם למעשה גורמים עיקריים בתכנון השירותים במסגרת החוק.

הדגש, אם כן, הוא על המלים זכאות ושירותים, צירוף שאיננו מצוי בארצות אחרות באותה דרך שבה הוא מצוי בישראל. יש כאן צירוף של גישה, שהיא אוניברסלית וביטוחית, בזכאות לשירותים, על-פי דרישות אינדיווידואליות ומשפחתיות.

תרומה חשובה של חוק ביטוח סיעוד בישראל היא, שהוא העלה נושאים רבים, שקודם לכן נשארו בתחום הספרות המקצועית בלבד, לדיון הציבורי ולהכרעה ציבורית. סוגיות אלה כוללות את הסכנה של החלפת המשפחה ותפקיד המשפחה במתן טיפול ואת הסכנות הכרוכות בתלות-יתר בתוכניות הציבוריות, את הקשר בין הטיפול הלא פורמלי ובין שירותים פורמליים, את המניעים הציבוריים לטיפול קהילתי לעומת טיפול מוסדי, גימלאות בכסף לעומת גימלאות בעין, ריכוז לעומת ביזור בביצוע, תפקידי גופים פרטיים וציבוריים בפיתוח שירותים והספקתם וכן, בישראל, החסרונות, היתרונות ושיקולי העלות של תוכנית ביטוחית חברתית המבוססת על זכאות, לעומת תוכניות ציבוריות קיימות המבוססות על ביצוע סלקטיבי יותר תוך הקצאת משאבים מן המיסוי הכללי. חלק

קבלנות-משנה וכך מעוררת דרישות חשובות הנוגעות לנתינת רישיון, מעקב, בדיקת איכות ופיקוח. ניתן לערוך חוזה להשכרת שירותים אך ורק עם גופים פרטיים וללא מטרת רווח, בעלי מעמד חוקי ומאושרים בידי משרד העבודה והרווחה. לא ניתן להעביר גימלאות לאנשים פרטיים המספקים טיפול.

המטרה העיקרית של חוק ביטוח סיעוד היא להגדיר באופן פורמלי את המחויבות החוקית של המדינה לספק רמה בסיסית של שירותים לזקנים הסיעוריים, על בסיס זכאות אישית וכללי זכאות מוגדרים היטב, ובכך לענות על הצרכים הטיפוליים של הזקנים הזכאים ולסייע למשפחה היא המטפל העיקרי. משום כך לחוק ביטוח סיעוד יש כאמור שתי אוכלוסיות יעד: הקשישים המוגבלים ומשפחותיהם.

חוק ביטוח סיעוד הוא חדשני לא מפני שהוא מספק שירותים לזקנים, אלא מפני שהוא חלק ממערכת הביטחון הסוציאלי בישראל והוא פועל לפי עקרונות ביטוחיים וממומן מדמי ביטוח שמשלמת האוכלוסייה המבוטחת. מטרת החוק היא לאפשר לאנשים התלויים בעזרת הזולת להישאר בבית כל זמן שאפשר, ולחזק את המשפחה המטפלת בדרך של מתן שירותים. הדגש הוא על הספקת שירותי בית וקהילה, ולא שירותי מוסד. לפי החוק, הפרט זכאי לשירותים רק אם הוא אינו גר במוסד סיעודי. אולם יש להדגיש, שהחוק אינו בא להחליף את המשפחה או ליטול ממנה את אחריותה. המשפחה תמשיך לשאת באחריות העיקרית לטיפול בפרט וברווחתו, כיוון שכאמור, הגימלה מכסה רק חלק מן העלויות הבסיסיות הכרוכות בטיפול.

ישראל פיתחה צירוף מעניין של תפקידים מרוכזים ומבוזרים בביצוע חוק ביטוח סיעוד. יש חלוקה ברורה בין קביעת הזכאות, מצד אחד, ובין מתן השירותים, מצד שני. קביעת תוכנית טיפול, מתן השירותים ותיאום הטיפול הם תפקידים מבוזרים, בעוד שקביעת זכאות ומעקב המבוססים על כללים וכלים אחידים, הם באחריותו המרוכזת של המוסד לביטוח לאומי. זאת על מנת להבטיח אחידות ושוויון

בית שעורכים עובדים סוציאליים ואחיות, בנהלים אחדים לקביעת תוכנית הטיפול, לאישור ספקי שירותים פרטיים והעסקתם ולביצוע עבודה מקצועית תוך דיווח ומעקב בתקופות זמן מוגבלות. הודות לחוק הסיעוד, קשישים תלויים, שבעבר אולי כלל לא היו במגע עם אנשי מקצוע, זוכים היום לביקורי בית קבועים של אנשי מקצוע.

שנה לאחר חקיקתו כבר הגדלנו את אוכלוסיית המבוטחים פי ארבעה וכאשר נסיים לטפל בכל התביעות הצפויות, נגיע לכיסוי של כמעט 5 אחוזים מן האוכלוסייה הקשישה הפוטנציאלית (60+ בנשים, 65+ בגברים) שיקבלו שירותים. אם נוסיף לכך את 4.5 האחוזים מאוכלוסיית הקשישים השוהים במוסדות, נוכל לומר שישראל מתקרבת לרמה סבירה של מענה לצורכי סיעוד והיא מספקת, באמצעות חוק סיעוד, אופציה ריאלית לטיפול בקהילה.

כמובן שלתוכנית מסוג זה יש בעיות משלה, במיוחד בתקופה זו של מעבר ממערכת אחת לשנייה. לפעמים נראה, שיש לנו עדיין יותר שאלות מאשר תשובות. כיוון שמדובר בתוכנית אוניברסלית, המספקת רק רמה בסיסית של מענה לצרכים, יש קשישים הזקוקים למספר גדול יותר של שעות טיפול משניתן לתת במסגרת החוק. מי יספק שירותים אלה? סכנת הקיצוצים בתקציבי גורמים אחראיים אחרים, ובשירותים חיוניים לקשישים הורגשה עם חקיקת החוק והיא עדיין קיימת. בעיה אפשרית נוספת היא, שבגלל המאמצים הניהוליים והמקצועיים המושקעים בקליטת המספרים הגדולים של תביעות (בערך 8 אחוזים מן האוכלוסייה הקשישה הגישו תביעה במשך השנה האחרונה) ושל זכאים, תיתכן נטייה להזניח שירותים חשובים אחרים, או קבוצות אוכלוסייה שונות בקרב אוכלוסיית הקשישים שיש להן צרכים שונים. איננו יודעים, למשל, מה יהיה גורלם של אלה שאינם זכאים לגימלאות סיעוד אך זקוקים לשירותי תמיכה, או של אלה שלאחר אירוע רפואי זקוקים בדחיפות מירבית לעזרה לטווח קצר בביתם.

משאלות אלה הוכרעו בחוק, חלק מהן עדיין נמצאות בדיון.

לחוק ביטוח סיעוד כבר היתה השלכה חשובה על מערכת הטיפול הממושך בישראל. במידה רבה, הצלחת החוק בהשגת יעדים חברתיים ובהיענות לצרכים תלויה במידת התיאום ושיתוף הפעולה, שכבר קיימת ושעוד תתפתח, בין הגופים והארגונים השונים. יש כבר אי אלה סימנים לכך, שגימלאות הסיעוד אינן מהוות מערכת נפרדת, אלא הן הופכות להיות לאט לאט חלק מתוכנית משופרת, בעלת פוטנציאל לתיאום עוד יותר גדול בין חוק ביטוח סיעוד ובין מסגרות אחרות.

באמצעות הוועדות המקצועיות המקומיות נוצרה למעשה הזדמנות מיוחדת לצמצום הפיצול בין מערכות ושירותים ולשיפור שיתוף הפעולה בין הגורמים השונים. התקווה היא, שדבר זה יאפשר גישה מקיפה יותר בהערכת צורכי הקשישים ובמתן מענים לצרכים אלה — זאת הודות לאפיקי התיאום שפותחו, כתוצאה מן החוק, בכל הארץ, באזורים העירוניים והכפריים גם יחד.

אם נדע לנצל תיאום זה כהלכה, לוועדות המקומיות יש פוטנציאל לשמש מוקד קליטה מקצועי (single-entry point) לתוך כלל מערכת הטיפול והשירותים לקשישים, מוקד שיספק הערכה בסיסית והפניה לשירותים אחרים במידה שיש בהם צורך, ובשלב מאוחר יותר אולי הוא ישמש מוקד לסינון והפניה לצורך הסידור המוסדי. בדרך זו יובטח רצף הגיוני יותר בהקצאת שירותים ומשאבים על-פי הצרכים וכן תוקל המעמסה הכבדה מנשוא של ריצה מארגון לארגון, המוטלת על אוכלוסיית הקשישים ובני משפחותיהם דווקא במצבים הקשים ביותר.

יתר על כן, עצם העובדה שחוק הסיעוד הוא תוכנית סטטוטורית, ביטוחית, כבר הכניסה מידה גדולה של אחידות בכלים ובנהלים המשמשים להערכת צרכים ולהספקת שירותים, כלים שבינתיים אומצו בידי אנשי מקצוע בתחומים אחרים. העבודה במסגרת החוק באה לידי ביטוי גם ברשת מורחבת מאוד של ביקורי

יחד עם נותני שירותים ציבוריים. בעקבות התפתחות זו חובה על המוסד לביטוח לאומי לפתח במהירות ובקפדנות מערכת לבדיקה ולפיקוח של איכות השירותים; להכין תוכנית למעקב ולפיקוח צמוד אחר מתן שירותים על-ידי גופים פרטיים וציבוריים כאחד; לדאוג לאיכות הטיפול הניתן על-ידי המטפלות; לדאוג שייעשה שימוש יעיל ומקסימלי בגימלאות המשולמות עבור שירותים; בקיצור — לוודא שהגורמים השונים אמנם מספקים שירותים ביעילות ומעניקים טיפול באמצעים טובים, בהתאם להחלטת הוועדות המקומיות, הן במושגים של השעות הניתנות והן מבחינת איכות הטיפול.

ההשלכה המשמעותית ביותר שיש לחוק הסייעוד היא, שהוא הביא לשינוי בסיסי ביותר בתשומת הלב הניתנת לאוכלוסייה חשובה שהיתה מוזנחת בעבר מבחינת שירותי רווחה. לקשישים התלויים ניתנים כעת המשקל והדגש הראויים במושגים של תכנון, פיתוח ומתן שירותים, הקצאת משאבים והתערבות מקצועית. זוהי התועלת האמיתית וההולמת של הכללת תוכנית מסוג זה במסגרת הביטוח הסוציאלי.

תחום זה תמיד היה באחריות קופות החולים, וכך צריך להיות גם בעתיד. לכן חשוב לוודא שארגונים ציבוריים אחרים אינם משתחררים מאחריותם בתחומים שונים: שירותי רפואה ובריאות, טיפול אישי-סיעודי, פיזיותרפיה, דיור ושירותי תמיכה חברתיים לקשישים על בסיס סלקטיבי, ושארגונים אלה לא יקצו תקציבים, אלא יערכו ויתאימו מחדש את תוכניותיהם ואת הקריטריונים שלהם במטרה להשלים את חוק הסייעוד.

אחד ההישגים העיקריים של החוק, על אף הספקנות שהיתה קיימת לפני ביצועו, הוא שהחוק הביא בעקבותיו גידול גיאומטרי הן בשירותים והן בכוח אדם. לפני חקיקת החוק שררה דעה, ששיעור משמעותי של אוכלוסיית הקשישים הזכאים תקבל גימלאות בכסף בגלל אי יכולתנו לספק שירותים. אולם היום רק 150 מתוך 17,000 איש נהנים מגימלה כספית. השירותים הקהילתיים לטיפול אישי התפתחו במידה מספקת כך שניתן טיפול אף למספר הגדול של זכאים המרוכזים באזורים העירוניים.

כחלק מגידול זה בשירותים גדל מאז הפעלת החוק מספר הגורמים הפרטיים למטרות רווח,

ביבליוגרפיה

- סקטור, ח' גוטמן, מיכל ושמואלי, ע', מיפוי מערך השירותים לטיפול ממושך בקשישים בישראל, ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, 1980.
- מורגנשטיין, ברנדה, הצורך בסיוע אישי ובעזרה במשק הבית והספקתו על-ידי המשפחה והשירותים הקהילתיים, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1984.
- מורגנשטיין, ברנדה, וורנר, פרלה, שירותים לטיפול ממושך בקשישים באנגליה, סקוטלנד, הולנד ונורווגיה, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1982.
- שוכל, י', פליישמן, רחל ושמואלי, ע', המיכה לא פורמלית הקשישים: רשתות חברתיות בשכונות בירושלים, מכון ברוקדייל, ירושלים, 1984.
- מורגנשטיין, ברנדה ושמאי, נירה, "סוגיות בתכנון חוק ביטוח סיעוד כמערכת הביטוח הסוציאלי בישראל", ביטחון סוציאלי, 30 (יוני 1987), עמ' 25-39.

Achdut, L. & Tamir, Y. *Retirement and Well-being among the Elderly*, National Insurance Institute, Jerusalem, 1986.

Almid, G., "Risk Factors in Eighty-plus Year-olds Living at Home — An Investigation of a Danish Community", *Aging and Human Development*, 21(3) (1985), pp. 227-234.

- Atkins, C.L., "The Economic Status of the Oldest Old", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2) (1985), pp. 395-419.
- Barer, Morris L., Evans, Robert G., Hertzman C. & Lomas, J., "Aging and Health Care Utilization: New Evidence in Old Fallacies", *Social Science and Medicine*, 24 (10) (1987), pp. 851-862.
- Binstock, R.H., "Old Myths' Frequent Misconceptions About the Elderly", in: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2), 1985.
- Brody, E.M., "Women in the Middle and Family Help to Older People", *The Gerontologist*, H(5) (1981), pp. 471-800.
- Brody, J., "Life-expectancy and Health of Older Persons", *Journal of the American Geriatric Society*, 30 (1982), pp. 681-683.
- Connidis, I., "The Service Needs of Older People — Implications for Public Policy", *Canadian Journal of Aging*, 4(1) (1985), pp. 3-10.
- Cuyler, A.J. & Birch S., "Caring for the Elderly: A European Perspective on Today and Tomorrow", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10(3) (1985), pp. 469-487.
- Davies, A.M., *The Epidemiology of Aging*, JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1984.
- Davis, C.K., *Long Term Care Provided Within the Framework of Health Care Schemes*, International Social Security Association, Geneva, 1986.
- Freer, C., "Old Myths: Frequent Misconceptions about the Elderly", in: N. Wells & C. Freer (eds.), *The Ageing Population, Burden or Challenge*, The MacMillan Press Ltd., London, 1988.
- Gilliand, P., "Domiciliary Care: A Partial Alternative to Institutionalization", paper presented at Expert Group Meeting on Long-Term Care of the Elderly and Disabled, Oslo, International Social Security Association, University of Lausanne, Lausanne, 1983.
- Gilliand, P., "Towards the Study of the Standard of Living of Old People in Switzerland", *International Social Security Review*, 4 (1982), pp. 554-570.
- Gottesman, L. & Cohen, E., "Meeting the Challenge of the Rapid Increase in the Needs of the Disabled Elderly", paper presented at Symposium on Aging in the Jewish World (draft), Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1985.
- Grana, J.M., "Disability Allowances for Long-Term Care in Western Europe and the United States", *International Social Security Review*, 36(1), (1983), pp. 207-221.
- Gruenberg, L. & Pillimar, K., "Disability Allowances for Long-Term Care", in: J.J. Callahan & S.S. Wallach (eds.), *Reforming the Long-Term Care System*, Lexington Books, Lexington, 1981.
- Habib, J., "The Economy and the Aged", in: Binstock, R.H. & Shanas, E. (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (2nd ed.), Van Nostrand Reinhold Co., New York, 1985.
- Havens, B., "The Many Faces to Canadian Aging", paper delivered at International Conference on Aging, Birmingham, Alabama, May 12, 1988.
- Hedstrom, P. & Ringen, S., "Age and Income in Contemporary Society", paper prepared for The Luxembourg Income Study (draft), Swedish Institute for Social Research, Stockholm, 1985.
- Hoover, S.L. & Siegel, J.S., "International Demographic Trends and Perspectives on Aging", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 1(1), (1986), pp. 5-30.
- Kahn, A., "Program and Demographic Characteristics of Supplemental Security Income Recipients", *Social Security Bulletin*, 50(5) (1987), pp. 23-58.
- Luce, B., Liu, K. & Manton, K.G., "Estimating the Long-Term Care Population and Its Use of Services", in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research No. 21, International Social Security Association, Geneva, 1984.

- Manton, K.G. & Soldo, B.J., "Dynamics of Health Changes in the Oldest Old: New Perspectives and Evidence", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63 (2) (1985), pp. 206-285.
- Montgomery, R., "Services for Families of the Aged: Which Ones Will Work Best", *Aging*, 347 (1984), pp. 17-22.
- Morginstin, B. & Shamai, N., "Long-Term Care Insurance in Israel", in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research, No. 12, International Social Security Association, Geneva, 1984.
- Morginstin, B. & Shamai, N., "Long-term Care Insurance as a Social Policy Instrument", paper presented at Symposium on Aging in the Jewish World, JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1985.
- "Nordic Countries Emphasize Community Care", *Aging International*, 13(7) (1986).
- Ogawa, N., "Population of Japan: Aging of the Population", *Country Monograph Series*, No. 11, United Nations, ESCAD, 1984, pp. 249-268.
- Ogawa, N., "Economic Implications of Japan's Aging Population", *International Labour Review*, 121 (1) (1982), pp. 17-33.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *Ageing Populations*, Paris, 1988.
- Policy Research Institute and Project Hope Center for Health Affairs, *Health Prospect 1983/2003*, Maryland, U.S.A., 1985.
- Rabin, D.L. & Stockton, P., *Long-Term Care for the Elderly — A Factbook*, Oxford U. Press, New York, 1987.
- Rice, D., "Long-Term Care of the Elderly and the Disabled", in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research No. 21, International Social Security Association, Geneva, 1984.
- Rice, D.R. & Feldman, J.J., "Living Longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly", *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 61(3), (1983), pp. 363-396.
- Riley, M.W., "Introducing the Oldest Old", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2), (1985), pp. 177-186.
- Rivlin, A.M. & Wiener, J., *Caring for the Disabled Elderly: Who Will Pay?*, The Brookings Institution, Washington, D.C., 1988.
- Rosenwaik, I., "A Demographic Portrait of the Oldest Old", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2) (1985), pp. 187-205.
- Sang, J., "The Family Support System of the Elderly", in: Vogel, R.J. & Palmer, H.C. (eds.), *Long-Term Care Perspectives from Research and Demonstrations*, HCFA U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C., 1982.
- Shanas, E., "Social Myths as Hypothesis: The Case of the Family Relations of Old People", *Gerontologist*, 19(3) (1979).
- Simanis, J.G., "Health Care Expenditures: International Comparisons, 1970-80", *Social Security Bulletin*, 50(10), (1987), pp. 19-23.
- "Social Protection and the Over 75's", *Studies and Research*, No. 12, International Social Security Association.
- Soldo, B.J. & Manton, K.G., "Changes in the Health Status and Service Needs of the Oldest Old: Current Patterns and Future Trends", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2), (1985), pp. 286-323.
- Suzman, R. & Riley, M.W., "Introducing the Oldest Old", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2) (1985), p. 177.
- Taylor, R., "The Elderly as Members of Society: An Examination of Social Differences in

- an Elderly Population", in: Wells, N. & Freer, C. (eds.), *The Aging Population, Burden or Challenge*, The MacMillan Press, Ltd., London, 1988.
- Torrey, B.B., "Sharing Increasing Costs on Declining Income: The Visible Dilemmas of the Invisible Aged", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2), (1985), pp. 377-394.
- Torrey, B.B., Kinsela, K. & Taeuber, C.M., *An Aging World*, U.S. Department of Commerce, International Population Reports Series, Bureau of the Census, 1987.
- United States General Accountancy Office (GAD), "An Aging Society: Meeting the Needs of the Elderly While Responding to Rising Federal Costs", Washington, D.C., 1986.
- U.S. Senate, "Long-Term Care in Western Europe and Canada: Implications for the United States", Special Committee on Aging, U.S. Government Printing Office, 1984.
- United Nations, *World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1982*, Population Studies, No. 86, New York, 1985.
- United Nations, *World Population Trends, Population and Development Interrelations and Population Policies*, Vol. 1, Population Studies No. 93, New York, 1985.
- United Nations, *Consequences of Mortality Trends and Differentials*, Population Studies No. 95, New York, 1986.
- Vogel, R.J. & Palmer, H.C. (eds.), *Long-Term Care Perspectives from Research and Demonstrations*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C., 1982.
- Wells, N. & Freer, C., *The Aging Population: Burden or Challenge?* The MacMillan Press, Ltd., London, 1988.
- WHO, *World Health Statistics Annual*, Geneva, 1987.

קידום איכות הטיפול במטופלים ביחידות פסיכוגריאטריות

מאת רבקה ברגמן* ויעל גרשטנסקי**

מבוא

בזמן, במרץ, בסבלנות ובאמצעים כספיים, עם התדרדרות מצבו של החולה יכולתם הולכת ומצטמצמת ולכל היותר הם מסוגלים להקדיש לו חלק משעות היממה. גם הקשר עם המטופל נעשה קשה יותר ויותר, דבר המוסיף נטל נוסף, רגשי, על המעמסה שיוצרות הבעיות הטכניות והאחרות הכרוכות בטיפול כזה.

אנחנו מאמינות, שרוב אנשי הסגל במוסדות הגריאטריים מעוניינים להעניק למטופליהם טיפול טוב ככל האפשר. הנחה זו מבוססת על מחקרים שדיווחו על רמה גבוהה של מחויבות (רוט וכהן, 1986), על סיפוק רב ועל מיעוט תחלופה בקרב אנשי סגל (Bergman et al., 1983). ברם, קיימים גורמים רבים המשפיעים על "הרצון הטוב" ומסכלים את הגשת הטיפול הטוב ביותר האפשרי.

לדברי חוקרים, ככל שדרך הניהול של המוסד ריכוזית יותר, כן גדלה תלות אנשי הסגל והמטופלים בהחלטות שהן מעבר לשליטתם וכן גדל הבידוד בקרב המטופלים עצמם ובינם ובין אנשי הסגל.

לפי אומדן אחד (Haber-Schaim, 1985), בישראל, 6% מבני שישים וחמש ומעלה סובלים מתשישות נפש (דמנטיה) במידה בינונית עד חמורה; מתוכם נמצאים 20%

איכות הטיפול צריכה להיות מעניינם של צרכנים, נותני שירות, מפקחים על שירותי בריאות ורווחה, מטופלים ומשפחותיהם והציבור הרחב. הצורך להבטיח רמת טיפול נאותה עולה ככל שעולה רמת הפגיעות של החולה ומשפחתו. מבין כל המטופלים, החולה הפסיכוגריאטרי, המאושפז במוסד, הוא הפגיע ביותר. לקשישים תשושי נפש, שהם פגיעים מבחינה פיסית, נפשית ורגשית, יכולת מזערית לבטא את צורכיהם ולהיות ערים לסכנות הצפויות להם.

משפחות החולים משמשות בדרך כלל סגוריהם של החולים. בני המשפחה שוהים ליד החולה ומסייעים להשלים את הטיפול שאנשי הסגל מעניקים. הם משמשים לו לפה ועוזרים לו בקבלת החלטות. אך עם הזמן, בני המשפחה המטפלים בחולה הפסיכוגריאטרי בבית, שהם בדרך כלל בן-זוג או בת-זוג קשישים, אח או אחות, בן או בת, מגיעים למצב של עייפות ושחיקה, עד ששוב אין בכוחם להתערב בענייניו או לתבוע למענו טיפול משופר. גם אם נתברכו בני המשפחה

* פרופסור לסיעוד, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

** אחות מוסמכת, סגנית מנהלת בית-הספר לסיעוד, מרכז רפואי, תל השומר.

תודתנו נתונה למכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל על מימון הפרויקט.

(ג) ניתן לאסוף את הנתונים הנחוצים בקלות יחסית וניתן לנתחם, אם יש צורך בכך, בצורה ידנית.

(ד) הנתונים ניתנים לאיסוף הן ברמת היחידה כולה והן ברמת המטופל היחיד.

(ה) הנתונים אמורים לחשוף נקודות חיוביות ונקודות תורפה וניתן יהיה להיעזר בהם לשיפור איכות הטיפול בחולים, לצורכי הוראה, פיקוח ומחקר. המחברות מאמינות, שהכלי המוצע, בהיותו פשוט יחסית, יעודד אומדן תכוף של מצב המטופלים ומתן טיפול משופר בהתאם, ברמה המעשית וברמת הפיקוח והניהול.

ועדה מייעצת רב-מקצועית של מומחים בתחום מדעי החברה, מומחים לסייעוד גריאטרי ונוירולוגית שהתמחתה בטיפול בחולים פסיכוגריאטריים בחנו את הפרויקט בשלבים שונים.

לאיסוף הנתונים קדמה סקירת הספרות המקצועית הנוגעת לעניין; הנתונים עצמם נאספו בדרך של ראיון ותצפית. סקירת הספרות עסקה בנושאים אלה: היקף הצרכים של חולים פסיכוגריאטריים, משאבי טיפול בכלל ובישראל בפרט, שיטות לאיסוף נתונים וכלים להערכת איכות הטיפול. שיטת איסוף הנתונים היתה אינדיקטיבית כדי להיות קרובים ככל האפשר לתפיסת המטפלים הישירים, הן מטפלים מקצועיים והן בני משפחה. משום כך נאספו הנתונים העיקריים באמצעות ראיון משפחות, אנשי הצוות ומספר מטופלים. בסך הכל נבדקו 33 איש, על בסיס גישת ה־Grounded Theory (Glazer & Strauss, 1967). מהלך הראיון, בהיותו גמיש, אפשר שיחה פתוחה על הנושאים הרלוונטיים והמראיין היה יכול לכלול בו היבטים שהעלו מרואיינים קודמים. הראיון נמשך בין שעה לשעתיים ובמהלכו התבקשו המרואיינים להציג נתונים אובייקטיביים ולתאר את מצבם לפי תפיסתם הם. בין היתר נכללו בו שאלות כגון:

1. תאר אירוע שהיית עד לו או ששמעת עליו, אשר תרם לרווחתו של המטופל הפסיכוגריאטרי.

במוסדות. לפי ברגמן (Bergman, 1987) מצויות בישראל 34 יחידות פסיכוגריאטריות ומספרם של כל החולים הפסיכוגריאטריים בכל המחלקות הפועלות ב-111 מוסדות נאמד ב-2,000. פליישמן ועמיתיה (Fleishman et al., 1987) בדקו את איכות הטיפול של 136 חולים בתשעה מוסדות סיעודיים בישראל. הם מצאו, שהחולים הפגועים מבחינה שכלית קיבלו טיפול שאיכותו נמוכה מזו שקיבלו חולים שאינם פגועים מבחינה שכלית ושהסגל היה ער פחות לצורכיהם.

הפרויקט

לאור הצורך לשפר את איכות הטיפול בחולים פסיכוגריאטריים קיבלו על עצמן המחברות לפתח כלי להערכת איכות הטיפול בקשישים פגועים בנפשם המאושפזים במוסדות. הכוונה היתה, שכלי כזה יוכל לשמש בסיס לכלים נוספים שישמשו להערכת איכות הטיפול בקשישים תשושי נפש במסגרות אחרות, כגון הבית או מרכז-יום.

השקפת העולם שעמדה בבסיס העבודה הנחתה את המטרה העיקרית של כלי ההערכה. זה נועד לשמש בעיקרו לקידום איכות הטיפול, בעוד שנושאים הקשורים בפיקוח ובמימון יהיו רק מטרות משניות. מכאן עולה, שחשוב שכלי ההערכה יהיה שמיש בידי צוות המטפלים הישירים ושאלה יהיו שותפים לאומדן, לקביעת העדיפויות ולתכנון השינויים לאורך כל הדרך. גורם זה היה אמור גם להיות גורם מאחד בעבודת החוקרות. הכלי המוצע שונה משיטות ההערכה המצויות מבחינות אלה:

(א) הוא ממוקד בתחומים שהם ייחודיים לאיכות הטיפול במטופלים פסיכוגריאטריים.
(ב) יכולים להשתמש בו בקלות אנשים שיש להם היכולת ליישם שינויים במחלקות שמדובר בהן, כגון אחיות אחראיות ביחידה ומפקחים על שירותי הבריאות. כלומר, כדי להשתמש בכלי ההערכה המוצע אין צורך להביא אנשים מבחוץ.

מצוינת) עלולה להיות מושגת כתוצאה מהגבלת גיעות וניידות.

3. המהלך המדרדרי של המחלה, בהיותה כרונית, מקשה על הערכת תוצאות הטיפול של הפרט מאחר שגם לטיפול איכותי יש השפעה מוגבלת על השיפור במצבו של החולה.

מדדי התהליך והמבנה נבחרו אפוא בגלל הסיבות האלה:

(1) תהליך יכול לשקף היבטים רגשיים ואינסטרומנטליים של מתן טיפול ולעתים קרובות ניתן להפעיל מיד אמצעים לשיפור.

(2) מבנה (צוות, מתקנים, מדיניות) יחשוף נקודות חזקות ונקודות תורפה במערכת התמיכה שיוכלו לקבל "טיפול" מטעם מינהל השירות.

בהסתמך על הספרות המקצועית החליטו המחברות והוועדה המייעצת על מספר קריטריונים לגבי הפריטים שישמשו להערכת איכות הטיפול:

— מתן חשיבות לאיכות הטיפול הניתן למטופלים פסיכוגריאטריים.

— נפיצות.

— אפשרות הכחנה בין טיפול טוב לגרוע.

— נגישות. נתונים עליה ניתן לדלות בעזרת עריכת תצפית או ראיון או מתוך רשומות.

— מדידות.

— להימנע מחדירה לחייהם של המטופלים ולא לגרום להם סבל.

למעלה מ-40 פריטים ששימשו לאיסוף הנתונים ענו על רוב הקריטריונים הללו. מתוכם נבחרו תשעה פריטים הקשורים לארבעה מוקדים:

— המטופל כפרט: שליטה על סוגרים, גיעות, תזונה, אומדן בריאות ומצב נפשי.

— קבוצת מטופלים: פעילות קבוצתית.

— משפחה: תמיכה.

— היחידה בכללותה: רחיצת חולים, חולים בחדריהם.

כל אחד מתשעת הפריטים נבדק בשלושה תחומים ובכל תחום נכללו בין אחד לארבעה מדדים.

2. תאר אירוע שהיית עד לו או ששמעת עליו, שלדעתך לא היה צריך לקרות.

3. מה הן, לדעתך, הנקודות החשובות שיש להתייחס אליהן על מנת שהחולה יקבל את הטיפול הטוב ביותר? דרג לפי סדר חשיבות.

4. מה הם התחומים החשובים למשפחות המטופלים בהתייחס לצורכיהן הן?

5. מה הם ההיבטים המתייחסים לצוות העשויים לתרום לדעתך לטיפול איכותי בחולים (למשל: רמת הצוות המטפל, מספר חבריו, קיומו או אי קיומו של צוות רב-מקצועי)?

התצפיות נערכו על התנהגות הצוות המטפל ועל התנהגות החולים ומשפחותיהם; על יחסי גומלין בצוות, בין החולים לבין עצמם, בין הצוות לחולים ובין הצוות למשפחות החולים. כמו-כן הושם דגש בסביבה הפיסית והרגשית-חברתית.

הנתונים נאספו בשש מחלקות פסיכו-גריאטריות במרכז גריאטרי גדול, בבית-חולים גדול ובמוסדות סיעודיים פסיכוגריאטריים. מחלקות אלה ייצגו את כל מגוון השירותים, החל מאלה הנחשבים טובים וכלה באלה הנחשבים גרועים.

פיתוח כלי המחקר

בהערכת איכות הטיפול משמשות בדרך כלל שלוש גישות עיקריות, אם בנפרד ואם במשולב: גישת המבנה, גישת התהליך וגישת התוצאה. שלושתן נשקלו בבניית הכלי. גישת התוצאה, הנחשבת בדרך כלל גישת ההערכה המועדפת, נדחתה בגלל הסיבות האלה:

1. מטופלים פסיכוגריאטריים אינם מסוגלים, בדרך כלל, להביע את צורכיהם, כאכס או את שביעות רצונם. לפיכך קשה מאוד לקבל נתוני תוצאה התלויים בדיווח של המטופלים.

2. תוצאה עשויה להיות "טובה" למרות שאיכות הטיפול המובילה לתוצאה היא גרועה. למשל, מספר מזערי של תאונות (תוצאה

התחום המינהלי

— מדיניות

— צוות

— מתקנים

— רישום ודיווח.

התחום הרגשי

— יחסי גומלין בין חברי הצוות למטופלים.

— פרטיות ואסתטיקה.

— ניצול מירבי של יכולות המטופל.

התחום האינסטרומנטלי

— ביצוע טכני (כולל בטיחות).

(1) פותח סולם ציונים בן חמש דרגות:

(2) מזיק, (3) גרוע, (4) סביר, (5) טוב, (5)

מצוין. דוגמאות ניתנו רק לגבי הציונים 1,

3, 5 והמעריכים התבקשו להשתמש בשיפוטם

ולהביא דוגמאות נוספות לרמות טיפול שזיהו.

לדוגמה: ממדים הקשורים בצוות (תחום

מנהלי) בנושא ניעות מטופלים.

1. מזיק: מחסור חמור באנשי צוות או

הימצאות אנשי צוות לא מיומנים.

2. סביר: הצוות גדול מספיק לניעות שגרתית

של מטופלים.

3. מצוין: צוות מיומן, במספר הולם, להבטחת

ניעות אישית מתוכננת.

תוך-כדי בניית כלי ההערכה נתעורר הצורך

לבדוק את איכות הטיפול בשלבים שונים

של המחלה. מומחים רבים תיארו את שלבי

הפגיעה הפסיכוגריאטרית. גארלאנד, למשל

(Garland, 1977), כלל במכשיר ה-Care שלו

חמישה שלבים: מוגבל, מחמיר, תלוי, נסוג,

מדרדר. רייסברג (Reisberg, 1986) מדבר

על שבעה שלבים. ויליאמס (L. Williams,

1986) התמקדה בשלושה שלבים עיקריים.

למחקר זה נבחר סיווג של ארבעה שלבים:

1. ירידה בזיכרון ובהתמצאות, שינויים

רגשיים, שיפוט מוטעה.

2. שכחה בולטת, תעייה, תיתכן פעילות יתר.

3. חוסר התמצאות, אי שליטה בסוגרים,

מגבלות בניעות.

4. ריתוק לכיסא או למיטה, כחישות, שתיקה,

חוסר תגובה.

בנוסף לכך, מצב המטופל כפרט יכול

להשתנות מבחינה תפקודית והתנהגותית מרמה

אחת לשנייה כתוצאה ממצב בלבול זמני או

עקב תנאי סביבה. יתרה מזו, מטופל עלול

להיות פגוע באופן חמור לגבי רכיבים אחדים

של הסולם, אולם לתפקד טוב ככל האחרים.

למשל, הוא יכול לשתוק ולא לשלוט בסוגרים

ולא להיות מוגבל בניידותו. מן הראוי לזכור

נקודות אלה בזמן השימוש בחלוקה ל-4

שלבים ולבחור, לצורך התצפית, במטופלים

שמצבם יציב.

היות שחולים בשלב 1 נמצאים בבית או

בבתי אבות, החליט צוות המחקר להתמקד

בשלבים 2, 3 ו-4. הוכנו דוגמאות לסיווג

החולים על-פי השלבים השונים. לגבי ניעות

— מטופל בשלב 2 הוא מי שמסוגל לנוע

בחופשיות, נמצא לעתים קרובות בפעילות יתר

וזקוק, לפיכך, להשגחה במרחב שבו יוכל

לנוע בחופשיות ובבטיחות ולהימנע מפגיעה.

מטופל בשלב 4 זקוק לסיוע מלא בניעות,

ולכן איכות הטיפול בו תלויה בתדירות שינויי

התנחות, בגובה המיטות ובשימוש במגיני

מיטות.

שלושת מקורות הידע — סקירת הספרות,

ראיונות ותצפיות — הניבו שפע של מידע

בסיסי, שסייע בבחירת הפריטים והמדדים

להערכת איכות הטיפול.

רצוננו להציג בקצרה מספר נקודות שיבהירו

את הגיוון ואת ההיקף של המידע שעלה בנושא

"האכלה/תזונה".

תזונה והאכלה חשובים למטופלים כדי

לספק להם את צורכי האנרגיה, לווסת את

מערכת העיכול וכחוויה מהנה, גופנית, נפשית

ובין-אישית. מתוך הראיונות עלו 4 תחומים

עיקריים בנושא האכילה: האוכל, תהליך

האכילה/האכלה, הסביבה והתנהגויות חריגות.

הן בני המשפחה והן אנשי הצוות אמרו

שכמות האוכל שניתנה למטופלים היתה

מספקת. אחות ציינה את חשיבותה של ארוחת

ערב משביעה אך קלה על מנת שהחולים יישנו

מטופלים אחרים; נמצאו מטופלים שנהגו לאכול שיריים ופסולת, ניירות וכו'.

מ' ויליאמס (M. Williams, 1986) התייחסה לנקודות שהוזכרו בדברי המרואיינים והוסיפה שלושה פריטים חשובים: ניטור משקלו של המטופל כסמן לכמות המזון והרכבו, בדיקת הפה של המטופל אחת לשבוע, כדי לגלות אם יש צורך בטיפול או בשינוי המזון, ומתן תשומת לב לכך שהמטופל ישתה לפחות שני ליטר נוזלים ביום.

הראיונות והספרות המקצועית מצביעים על הצורך לכלול את התזונה כקריטריון לאיכות טיפול, תוך הדגשת תהליך ההאכלה; נושא אחרון זה נראה בעייתי ביותר.

בדיקת כלי המחקר

לפני קביעת תכנית הביצוע של כלי ההערכה הקדימו לו המחברות מחקר מקדים. לשם כך נערכה תצפית על 6 מטופלים בחדר-יום, במשך שעה וחצי עד שעתיים, שאפשרה לאסוף את רוב הנתונים בתחום הרגשי והאינסטרומנטלי. כמו-כן רואיינה האחות האחראית של היחידה. כל אחת משתי החוקרות עשתה הערכה נפרדת ואחר כך הושו התוצאות ונמצאו זהות כמעט. שלושה צוותים, כל אחד מורכב משתי אחיות, גויסו לשם בדיקת כלי ההערכה במסגרות שונות:

1. שתי אחיות גריאטריות בכירות העובדות במרכז גריאטרי גדול בדקו את כלי ההערכה במחלקה פסיכוגריאטרית סגורה בבית-חולים גריאטרי.
 2. שתי אחיות מתחום החינוך (בסיעוד גריאטרי ובסיעוד פסיכיאטרי) ערכו תצפיות במחלקה פסיכוגריאטרית בבית-חולים פסיכיאטרי.
 3. שתי אחיות מפקחות ערכו תצפית במחלקה פסיכוגריאטרית במרכז הגריאטרי שהן עובדות בו. התצפיות נעשו כחלק בלתי נפרד מעבודת הפיקוח הקבועה שלהן.
- בכל שלושת הצוותים היתה הסכמה גבוהה

היטב. מסקנה נוספת שעלתה היא, שיש לתת את הדעת על הרכב המזון הניתן למטופלים המגלים פעילות יתר על מנת לספק את צורכי האנרגיה שלהם.

תהליך האכילה/האכלה ראוי לתשומת לב. בשל המחסור באנשי צוות ועקב כך העדר מספיק תשומת לב הנחוצה למספר גדול של מטופלים לא היתה הארוחה חוויה חיובית. למטופלים המסוגלים לאכול בכוחות עצמם לא תמיד ניתן עידוד לעשות כן משום שהדבר הצריך זמן רב מדי. מחקר על מטופלים, שנערך ב-21 מוסדות סיעודיים בשוודיה (Backstrom, Norberg & Norberg, 1987), הצביע על ההכרח שאותו מאכיל ימשיך עם אותו מטופל ועל הצורך להקצות לפעילות זו זמן נוסף. בעקבות מחקר זה נערך מחקר אמפירי ובמסגרתו הוקצה לכל אחד משישה מטופלים מאכיל קבוע למשך 14 ארוחות. הממצאים העלו, שהמאכילים הקבועים היטיבו להבין את מטופליהם והפגינו כלפיהם עמדה חיובית יותר. הם גם הפיקו יותר סיפוק מעבודתם (Athlin & Norberg, 1987).

אחות אחראית במחלקה אמרה, שכאשר מטופלים מסרבים לאכול היא מנסה להאכילם מאוחר יותר. כאשר מטופל סירב לאכול בעקיבות וגם לא הסכים שיאכילו אותו היא טחנה את האוכל במערבל מזון והאכילה אותו בעזרת מזרק. האכלה בעזרת זונדה שימשה רק בתור אמצעי אחרון. אותה אחות דיווחה בכתב על כל המקרים שבהם היו קשיים להאכיל את החולים, ותיארה את התנהגות המטופל ואת כמות המזון שאכל. היא גם עקבה אחר שינויים בהתנהגות האכילה.

רוב המשיבים מתחו ביקורת על הכנת האוכל והגשתו. בייחוד התלוננו בני המשפחה. כלי האוכל (בדרך כלל רק כף) והסינרים נמצאו טעונים שיפור. חדר האוכל, לאחר ארוחה, נראה כשרה קרב. לרעת אחת האחיות שרואיינו, יש לעקוב אחר התנהגות הריגה אצל חולים פסיכוגריאטריים בכל הנוגע לאכילה. היו מטופלים שנטלו מזון מצלחות של

נגישות

לא תמיד היו כל הפריטים נגישים. היה קושי לצפות בתמיכת בני המשפחה מאחר שלעתים קרובות לא היו בני המשפחה נוכחים בשעת איסוף הנתונים. קושי נוסף היה שלא ניתן לצפות באי שליטה על סוגרים משום שהמטופלים היו מחותלים. מידע על אומדן בריאות נתקבל רק מראיון האחות האחראית במחלקה. על רחצה וחולים בחדרים ניתן היה לצפות רק בשעות אחדות של היממה.

יעילות

השימוש בכלי ההערכה הראה, שניתן להעריך בעזרתו מחלקה כחלק בלתי נפרד מעבודת הצוות. יתרון נוסף היה, שניתן לעשות זאת תוך כמה שעות באמצעות צופה מבחוץ. את ניתוח הנתונים ניתן להשלים, בצורה ידנית, תוך שעה עד שעתיים.

שיקולים אתיים

לא היתה כל עדות על חדירה לרשות הפרט או גרימה לאי נוחות למטופלים, למשפחה או לצוות.

הנוסח הסופי של כלי המחקר כולל:

1. תשע מערכות של חדריכים — אחד לכל פריט (אי שליטה על הפרשות, ניעות, האכלה, אומדן בריאות, מצב נפשי, תמיכה במשפחה, פעילות קבוצתית, רחצה ומטופלים בחדריהם) עם דוגמאות לטיפול מזיק, טיפול סביר וטיפול מצוין בהתאם לשלב המחלה (2, 3, 4) שהמטופל נמצא בו. הודגש, שהיו אלה רק דוגמאות ושהמערך עשוי לזהות היבטים אחרים של טיפול המדגימים את הרמות הללו.
2. שלושה טפסים לאיסוף נתונים:
 - תצפית במטופל יחיד (7 פריטים).
 - תצפית במחלקה כולה (2 פריטים)
 - ראיון עם האחות האחראית (היבטים מינהליים של כל 9 הפריטים).
3. טפסים לעיבוד הנתונים לשם חישוב ממוצעי כל המשתנים.

בין שתי האחיות לגבי כל הפריטים. ההבדלים שהיו נעלמו למעשה כאשר חושבו ממוצעי הפריט והתחום.

חוות הדעת של צוות מס' 3 חשובה ביותר מאחר שכלי ההערכה נועד לשמש להערכה מתמשכת ולהנהגת שיפורים בידי השירות עצמו. האחיות החברות בצוות זה טענו, שלא נתקלו בשום קושי לשלב את ההערכות כחלק מעבודתן. הן זיהו בעיות שלא היו ידועות להן ויחד עם אנשי הצוות והנהלה עשו שימוש בממצאים כדי לשפר את איכות הטיפול.

למרכה הצער אי אפשר היה לבדוק את כלי ההערכה בדרך של ניתוח סטטיסטי, בגלל המספר הקטן של המקרים שנבדקו. להלן בדיקת הכלי בעזרת קריטריונים הנהוגים בבדיקת כלי הערכה.

תוקף

הכלי נבנה על סמך 3 מקורות: ראיונות עם אנשים הקשורים ישירות לטיפול בחולים פסיכוגריאטריים, תצפיות וסקירת הספרות במקצועית. לדעת המומחים חברי הוועדה המייעצת וחברי הצוותים שערכו את התצפיות, תכני המחקר הם בעלי חשיבות מן המעלה הראשונה לאיכות הטיפול של מטופלים פסיכוגריאטריים.

מהימנות

היתה הסכמה גבוהה לגבי הציונים ולגבי הממוצעים כפי שנרשמו בידי שני צופים בכל צוות.

רגישות

הכלי סיפק סולם בן 5 דרגות בליווי דוגמאות. המעריכים עשו שימוש בכל טווח הציונים.

ייחודיות

כל ציון התייחס למדידה ייחודית של הפריט ולגבי החולה בשלב מסוים של מחלתו. מדידה זו אפשרה ניתוח רחב של ממוצעים.

לתכנון משותף של הדרכים לשיפור רחיצת מטופלים ביחידה זו. הצוות ביחידה זו החליט להתמקד בכל פעם בנושא אחר לשם העלאת איכות הטיפול.

ביחידה אחרת דווח על מיפוי כללי של איכות הטיפול ועל החלטה שנתקבלה לשפר את הצד האסתטי, משום שהוא מאפשר להשיג תוך זמן קצר תוצאות נראות לעין. היתה פנייה אל הנהלת המוסד, אל המשפחות ואל אנשי הצוות עצמם ואלה נענו וסיפקו אביזרים לשיפור הצד האסתטי של היחידה: ביגוד, וילונות, תמונות ועוד.

במוסד אחר, שבו פועלות ארבע יחידות אשפוז, נבדקו בכל יחידה מרכיבים אחרים של כלי ההערכה. בדיון משותף שערך הצוות מ-4 היחידות הוחלט להעמיק את הבדיקה על מנת להחליט מה יהיה התחום שבו יתמקדו לשיפור הטיפול.

באחד מבתי החולים, שבו פועלות 4 מחלקות גריאטריות, מונתה אחת, לפי בקשתה, לריכוז הנושא ולבדיקת איכות הטיפול יחד עם אנשי הצוות של כל אחת מן המחלקות.

המחברות סבורות, שבשלב זה גילו הצוותים התייחסות חיובית ועניינית לנושא. נקבעו פגישות המשך לייעוץ במוסדות ופגישות הערכה כלליות של האחיות מ-10 היחידות. בהרצאות מפתח שנערכו במספר כינוסים בארץ ובחוץ-לארץ דווח על כלי ההערכה שפותחו והתגובות שנתקבלו היו חיוביות. כמו-כן נתקבלה הזמנה ללמד את השימוש בכלי בשני מרכזים בחוץ-לארץ.

אנו מקוות, שניסיונות אלה ואחרים שייעשו במשך הזמן בשימוש בכלי ההערכה אכן יתרמו לשיפור איכות הטיפול בחולים פסיכוגריאטרים.

שימוש בהערכה

לאחר עיבוד הנתונים וריכוז הממצאים ניתן לזהות נקודות חוזק ותורפה בכל יחידה ויחידה. בממצאים אלה ניתן להשתמש למטרות שלהלן:

1. דיונים עם הצוות או עם ההנהלה לשם קביעת דרכים לתיקון נקודות התורפה (דירוגים 1-2).
2. לימוד הגורמים המעלים את איכות הטיפול (דירוגים 4-5) והעברת המידע הזה לשם העלאת איכות הטיפול ביחידות אחרות.
3. מעקב אחר מטופלים, אם הומלץ על כך.
4. הצגת הממצאים, בעיקר דוגמאות ממשיות, בפגישות חת"ש (חינוך תוך שירות) ובשיעורים הניתנים לתלמידי סיעוד.
5. הצגת הממצאים בפני עמיתים למקצוע בדרך של הרצאות, דו"חות ופרסומים.
6. בחינת החומר למטרת מחקר או כבסיס למחקר לאורך זמן.
7. שימוש בהערכה לשם פיתוח נוסף של כלי ההערכה.

כשלב ראשון ליישום נשלח כלי ההערכה ליחידות פסיכוגריאטריות במוסדות ציבוריים ולממונים עליהן. נערך יום עיון ובו נדונה הפעלת כלי ההערכה בנוכחות אחיות אחראיות ב-10 יחידות שבהן מאושפזים חולים פסיכוגריאטריים. בעת הדיון הציעו המשתתפות להפעיל את כלי ההערכה בכל אחת מן היחידות לפי סדר ובדרך המתאימים להן.

כפגישת מעקב, שנערכה כעבור חודשיים, דווח על מה שהתרחש. מאחת היחידות דווח על בדיקת הנושא של "רחיצת מטופלים" בידי כל אחד מאנשי הצוות והממצאים הביאו

ביבליוגרפיה

- רוט-כהן, ח', "גורמים המשפיעים על מחויבות מקצועית של האחיות לסייעוד גריאטרי" (עבודת גמר לתואר מוסמך בחוג לסייעוד, אוניברסיטת תל-אביב, 1986).
- Athlin, E. & Norberg, A., "Caregivers' Attitudes to and Interpretations of the Behaviour of Severely Demented Patients during Feeding in a Patient Assignment Care System", *International Journal of Nursing Studies*, No. 24(2) (1987), pp. 145-153.
- Backstrom, A., Norberg, & A., Norberg, B., "Feeding Difficulties in Long-stay Patients in Nursing Homes", *International Journal of Nursing Studies* 24(1) (1987), pp. 69-76.
- Bergman, R., Eckerling, S., Golander, H., Sharon, R. & Tomer, A., *Nursing the Aged*, The Brookdale Institute, Jerusalem, 1983.
- Bergman, S., *Psychogeriatric Services*, The Brookdale Institute, Jerusalem, 1987.
- Chartock, P., "Creating a Therapeutic Community for the Care of the Mentally Impaired in Nursing Homes", Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, November 1985.
- Fleishman, R., Rosen, A., Tomer, A. & Schwartz, R., "Cognitive Impairment and the Quality of Care in Long-Term Care Institutions", *Comprehensive Gerontology*, 1(1), (1987), pp. 18-23.
- Garland, B., "Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)", *International Journal of Aging and Human Development*, 8 (1977), pp. 9-42.
- Glaser, N. & Strauss, A., *The Discovery as Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Press, Chicago, 1967.
- Haber-Schaim, N., *Senile Dementia in Israel: A First Assessment*, No. D-113-85, The Brookdale Institute, Jerusalem, 1985.
- Linn, M., Gurel, L. & Linn, B., "Patient Outcome Measure of Quality of Nursing Home Care", *American Journal of Public Health*, 67(4) (1977), pp. 337-344.
- Reisberg, B., "Dementia: A Systematic Approach to Identifying Non-Reversible Trends", *Geriatrics*, 41(4), (1986), pp. 30-40.
- Rys-Hearne, C., "Quality, Staffing and Dependency: Non-Government Nursing Home", Paper Delivered at the Annual Australian Geriatric Conference, Adelaide, October 1986.
- Smith, G., "Resistance to Change in Geriatric Care", *International Journal of Nursing Studies*, 23(1), (1986), pp. 61-70.
- Williams, L., "Alzheimer's Disease: The Need for Caring", *Journal of Gerontological Nursing*, 12(2), (1986), pp. 21-28.
- Williams, M., "Outcome Criteria for the Resident with Alzheimer's Disease", School of Nursing, University of California (draft), San Francisco, 1986.

פרסומים חדשים

באר, שמואל, פקטור, חיים, מוסדות לטיפול ממושך ומסגרת דיור מוגן: המצב בי 1987 והתפתחויות לאורך זמן, ירושלים: ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, 1989. 46 עמ' + תמצית ותוכן עניינים באנגלית.

זהו דו"ח מחקר וחלק ממרכז המידע הארצי לשירותים לקשישים הפועל במכון ברוקדייל בשיתוף עם ג'וינט ישראל. דו"ח זה בא להציג נתונים כמותיים על המערכת המוסדית לטיפול ממושך בקשישים ועל תוכניות הדיור המוגן נכון לשנת 1987. הדו"ח כולל טבלאות מפורטות על התפתחות המוסדות והתוכניות השונות. בנספחים מובאים נתונים על המוסדות לטיפול ממושך, תעריפי החזקת קשישים בהם, רשימת הפרויקטים להוספת מיטות ורשימה של תוכניות הדיור המוגן בישראל.

וונר, יוחנן, גולן, מרים, חובב, מאיר (עורכים), שירותי תקן והעבודה הסוציאלית, תל-אביב: פפירוס, 1989. 276 עמ'.

השירותים הסוציאליים העוסקים בטיפול בבני אדם שסטו מן הנורמות החברתיות, כגון עבריינים צעירים, נערות הנתונות במצוקה ואסירים שהשתחררו מן הכלא, היו נושאו של כנס שנערך מטעם אוניברסיטת תל-אביב. ההרצאות שנישאו בכנס מובאות בקובץ זה. בין הנשאים הנכללים בקובץ: נורמות עברייניות של חבורות רחוב יהודיות וערביות (משה שרר), עבריינות של ילדים מוכים (חניתה צימרין), עבריינות נוער בקיבוצים (אילנה סביר), שירות המבחן לנוער (לוי עדן), שירות המבחן למבוגרים (אבידב פלאי), טיפול משפחתי בעבריינים מבוגרים (שושנה אדמתי ומיכל הדני), טיפול בנערות הנתונות במצוקה (עדנה בראון), עונשים חליפיים למאסר (מאיר חובב), הכנת האסיר לקראת שחרורו והכנת הקהילה לקבלתו (אברהם הופמן).

לוצקי, דוד, האדם בעידן הרווחה והצרכנות, תל-אביב: מדע רון (לוצקי), 1989. 448 עמ' + XI.

הספר "מנסה להסביר את בעיות הצרכנות הנבונה" בחברה המודרנית, שמאפיין אותה המעבר מן המשטרים המנוגדים של קפיטליזם ושל קומוניזם לחברה צרכנית במדינת הרווחה הדוגלת בדמוקרטיה חברתית. ואלה פרקי הספר: מדיניות רווחה כדגם לאיכות חיים; האדם – הגורם הקובע בחברת הרווחה; הרווחה ומשמעותה הממלכתית; ישראל – דגם למדינת רווחה; הבריאות – פונקציה לאומית לקיומיות ולקידמה; החינוך – ערך לאזרחות נבונה; האדם – בטחונו הסוציאלי ושירותיו החברתיים; השלטון המקומי לרווחת האדם; ההסתדרות – תנועת העבודה והרווחה של האדם העובד; הכלכלה בשירותי הרווחה; האדם בסבך השיווק המודרני; תקציב המשפחה כמודד הרווחה; האדם וסל הצריכה למינימום הקיום; האמת והדין בחברת הרווחה; כלי-ניתוח לחשיבה יוצרת; מושגי הרווחה בימי קדם; ארגוני הרווחה והצרכנות בעולם ובישראל.

מוטליס, חיים, פנים רבות לזיקנה, מספרדית: רות ורדי, תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד, 1989. 192 עמ'.

המחבר, רופא יהודי מצילה העוסק בתחום הגריאטריה, דן בהשלכות הזיקנה על מצבו של האדם, מעמדו בחברה, אושרו ובריאותו. בספר מוצגים ששת פניה של הזיקנה: הפן הכרונולוגי, הפן הביולוגי, הפן הנפשי, הפן התפקודי, הפן החברתי-כלכלי, הפן התרבותי. המחבר מתמודד עם השאלה: מדוע אנו מזדקנים ולמרות שאינו נותן תשובה חד-משמעית הוא רואה בזיקנה אחת מ"שלוש ההתפרצויות הגדולות של המאה הנוכחית". המחבר מציע לחלק את גילי האדם הזקן לשלושה גילי ביניים: בני 60 עד 75 הם הקשישים; בני 76 עד 85 הם הזקנים; בני 86 ומעלה הם הישישים.

קופ, יעקב (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1988-89, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, נובמבר 1989. 242 עמ' (הופיע גם במהדורה אנגלית).

הקובץ מחולק לשלושה חלקים: א. ההוצאה החברתית: הוצאות הממשלה לתחום החברתי 1988-89 (יעקב קופ, יואל בלנקט ודלית שרון); סובסידיות למוצרי יסוד והתחלקות ההכנסות במשק (לאה אחדות ואפרים צדקה); ב. סוגיות בחינוך: תנאי מחקר של מדענים בישראל (גדעון שפסקי); משוב במערכת החינוך (זהבה שש); חינוך לגיל הרך במגזר הערבי בישראל (וליד אבו גוש ושלומית כנען); ג. תהליכים דמוגרפיים והשלכותיהם החברתיים (יעקב קופ, יואל בלנקט ודלית שרון): שינויים דמוגרפיים ושירותים חברתיים בריכוזים העירוניים הגדולים; ירושלים - איפיון דמוגרפי כבסיס לתכנון שירותים.

Bennett, William I., Goldfinger, Stephen E. & Johnson, Timothy, G., *Your Good Health, How to Stay Well and What to Do When You Are Not*, Harvard University Press, 1987, 448 pp.

מטרת הספר לסייע לקורא לשמור על בריאותו ולבחור ולסגן את המידע הקשור לבריאות - במה להתחשב, ממה להתעלם, מה צריך להראיג, מה צריך לשכוח. הכותבים הם שלושה רופאים והם מעמידים בראש ענינם את המניעה, במה לבחור בחיי היום יום כדי שלא להזדקק לרופאים. יחד עם זה, כאשר קיים צורך לפנות לבעלי מקצוע בתחום הבריאות, הם מייעצים מה לשאול בכל הנוגע לאבחנה ולטיפול וכיצד להיות שותף מלא בהחלטות הנוגעות לבריאות. המחברים מניחים, שהקורא מעוניין בחיים טובים ורוצה לדעת כיצד לשמור עליהם לנוכח הכוחות שמפעילות החברה והסביבה.

Boadway, Robin W. & Bruce, Neil, *Welfare Economics*, Oxford, England: Basil Blackwell, 1984, 344 pp.

ספר זה הוא מבוא לכלכלת הרווחה. הוא נכתב במקורו לסטודנטים של שנה ג' באוניברסיטה ולמבקשים להתמחות בתחום זה בלימודי המוסמך. חלקו הראשון של הספר מציג את התיאוריה של כלכלת הרווחה. החלק השני מוקדש ליישום. נדונה בו מדידת שינויים ברווחה במשק של אדם יחיד ובמשק של בני אדם רבים. בפרקו האחרון של הספר מובאת סקירת הספרות הערכנית הנוגעת לניתוח עלות-שכר. מקום נרחב מוקדש לרעיונות שפיתח בתחילת המאה הכלכלן האיטלקי וילפרדו פארטו.

Chalis, Linda, Fuller, Susan, Henwood, Melanie, Klein, Rudolf, Plowden, William, Webb, Adrian, Whittingham, Peter, Wistow, Gerald, *Joint Approaches to Social Policy — Rationality and Practice*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988. 284 pp.

בעיקרו של דבר הספר עוסק ברציונליות בתוך קבלת החלטות וביסודו מונחת ההנחה ששיפורים במנגנון קבלת ההחלטות יכולים להביא להחלטות טובות יותר. המחברים מבקשים להציע לקורא הבנה ברורה של המציאות במקום המלל הנלווה כרגיל לתיאום מדיניות. מטרתם להציג לפני קובעי המדיניות בכל הרמות את הכלים המושגיים הבסיסיים הנחוצים לתיאום מדיניות מוצלח.

Gustafsson, B.A. & Klevmarken, N.A. (eds.), *The Political Economy of Social Security*, Amsterdam, The Netherlands: North-Holland, Elsevir Science Publishers B.V., 1989. 240 pp.

זהו ספר מתוך הסדרה Contributions to Economic Analysis, שמטרתה לפרסם מחקרים המציגים תרומות חדשות למדע הכלכלה. בין המאמרים הכלולים בספר: שינויים חברתיים והמצב הפיננסי של מערכת הביטחון הסוציאלי במערב-גרמניה (הנסייורגן קרופ); מודלים של בחירה וביטחון סוציאלי (רובין בואדוויי דייויד וילדאסין); השלכות של מדיניות חברתית במסגרת של ניתוח לאורך החיים (אן-שארלוט סטאהלברג); על יציבותה של מערכת הביטחון הסוציאלי (ברנרד ואן פראג ורמקו אוסטנדרפ); ניתוח מאקר-כלכלי של ביטחון סוציאלי מתרומת המעסיק (אדוורד פאלמר ומארטן פאלמה); דמי אבטלה ושוק העבודה. גישת מיקרו/מאקרו (פיטר טן האקן, אריה קאפטיין ואיסולד וויטיץ); השלכות של דמי אבטלה מורחבים בשוודיה (אנדרס ביורקלונד וברטיל הולמלונד); שותפויות ציבוריות ופרטיות בביטחון סוציאלי – המדיניות שנקטה לאחרונה בבריטניה (ג'ון קרידי וריצ'רד ריסני).

Longman, Phillip, *Born to Pay. The New Politics of Aging in America*, Boston, Mass.: Houghton Mifflin Co., 1987. 308 pp.

זהו הספר הראשון הסוקר באופן מקיף את תוכניות הביטוח הסוציאלי של ארצות הברית. המחבר מנתח את סיכוייו של הדור הגדול ביותר בתולדות ארצות הברית (דור ה-Baby Boom) לקבל את מה שהוא משלם עבורו היום: גימלאות הביטוח הלאומי לעת זיקנה. מסקנתו פסימית: לבני דור זה, המרוחקים 20 שנה מגיל הפרישה, צפויים קשיים רבים בעת שיפרשו מן העבודה. הסיבה: הגידול הרב במספר הקשישים וההזדקנות המהירה של האוכלוסייה. מכאן גם שמו של הספר: "נולדו כדי לשלם". אם לא יינקטו צעדים, טוען המחבר, תעמוד אמריקה בעוד זמן לא רב לפני מלחמה של ממש בין הדורות.

Mohan, Brij, *The Logic of Social Welfare — Conjectures and Formulations*, Hertfordshire, England, and New York, N.Y.: Harvester, Wheatsheaf and St. Martin's Press, 1988. 176 pp.

לנוכח הגישות הפסימיות והתבוסתנות השולטות היום כלפי הרווחה הסוציאלית, ספר זה מציע אלטרנטיבות הנובעות מעקרונות הומניסטיים, אוניברסליים ושוויוניים. הספר מבקש לחשוף משהו מן המיתוסים והמציאויות הקשורים לתופעת הרווחה החברתית בתקופה שבה מדינת הרווחה נלחמת על הלגיטימיות שלה.

Sinclair, Peter, *Unemployment — Economic Theory and Evidence*, Oxford, England: Basil Blackwell, 1987. 312 pp.

ספר זה הוא מדריך מעודכן ומקיף בכל הנוגע לכלכלת אבטלה. המחבר מנתח את התיאוריות הכלכליות שהוצעו בבריטניה, בארצות הברית ובאירופה. כמו כן נסקרות המדיניות שהוצעו ויושמו במאמץ לצמצם את הרמה הממוצעת של אבטלה או להשפיע על התרחשותה.