

בטחון! סוציאליזם!

כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

רפורמות במערכת הבריאות בדמוקרטיה מתועשות: צמיחתו של מודל חדש • טיפול רפואי למי – הפעלת העדפות ציבוריות • אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בזקנים באוסטרליה • גורמים המשפיעים על השתתפות דיירים בשישה מוסדות לזקנים בישראל • דיוור קהילתי למבוגרים הלוקים בפיגור שכלי: מאפייני דיור וכיווני התפתחות אפשריים • דילמות ארגוניות בהספקת שירותי טיפול ביתי • חוק הסיעוד – הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומן • סוגיות בפנסיה • תגובה למאמרו של פרופ' אברהם דורן 'הגדרת העוני ומדידתו – הסוגיה הלא פתורה' • תשובתו של פרופ' דורן.

בטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

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

**ירושלים • שבט תשנ"ג • ינואר 1993
חוברת 39**

בחוברת זו

מערכת הבריאות, הטיפול הרפואי הציבורי והרפורמות הדרושות בהם הן הנושא שמוקדשים לו שני המאמרים הפותחים את החוברת. ד"ר דב צ'רניחובסקי מנתח במאמרו את המאמצים שנעשו ושעודם נעשים במדינות הדמוקרטיות המתועשות כדי לייעל את פעולתן של מערכות הבריאות ומציג מודל חדש המתפתח בהן. פרופ' אלן מיינארד מבקש לעמוד על מאפייניהן של האידיאולוגיות המתחרות, הליברליות וה"קולקטיביסטיות", ועל הנתק בין האידיאולוגיות ובין האופן שבו המערכות פועלות למעשה.

נושא הטיפול בקשישים הוא הנושא השני שמוקדש לו מקום נכבד בחוברת. ברנדה מורנגשטיין מביאה רשמי סיור באוסטרליה, שבה הוחל בשנת 1986 ברפורמה במערכת הטיפול בזקנים, רפורמה שטרם נסתיימה ואשר קשייה והישגיה נותנים חומר למחשבה. פרופ' יוסף קטן מתאר את הגורמים המשפיעים על השתתפות דיירי מוסדות לזקנים בקביעת מדיניות המוסד שהם שוהים בו ודפוסי פעולתו, לאור ממצאים של מחקר שנערך על שישה מוסדות לזקנים בישראל.

ד"ר חיה שורץ עוסקת באוכלוסייה שונה במקצת של נוקמים: מכוגרים הלוקים בשכלם, ובדיוור על סוגיו השונים, מחוץ למסגרת המשפחה, היינו "דיוור קהילתי", שבו שוהים אנשים ונשים אלה.

ד"ר הלל שמיר ופרופ' יחזקאל הזנפלד עוסקים בנושא של הספקת שירותי טיפול ביתי לאוכלוסייה הקשישה, כתחליף לטיפול המוסדי, מן ההיבט הארגוני. כלומר, מצד בדיקת מאפייניה ובעיותיה של תעשיית הטיפול הביתי, על שני מגזריה העיקריים, הפרטי והציבורי שלא-למטרות-רווח, תוך ניתוח המצב בארצות הברית והשוואתו לנעשה בארץ. נושא זה קשור בנושא שבו עוסק מאמרה של ברכה בן-צבי: חוק ביטוח סיעוד, שכבר עברו ארבע שנים מאז הוחל בהפעלתו. המחברת עומדת, בין היתר, על ריבוי החברות לטיפול בקשישים שקמו בעקבות הביקוש הגובר לשירותי בית לקשיש.

בנושא שונה במקצת עוסק מאמרו של דב פלג, המוקדש לפנסיה שמקבלים רוב-רובם של העובדים הפורשים מעבודתם בארץ. המחבר, המצדד בתחרות במשק, מציע לכנות את הפנסיה כשלוש קומות: (א) הביטוח הלאומי; (ב) הפנסיה מעבודה; (ג) החסכונות והביטוח שאדם עושה לעצמו מרצון. שלוש ה"קומות" חייבות להתנהל בנפרד זו מזו ושתי הראשונות אמורות להבטיח שתמשך, פחות או יותר, רמת החיים הקיימת של העובד.

רשימתו של פרופ' פיטר טאוונסנד, המגיב על מאמרו של פרופ' אברהם דורון על נושא קו העוני, שפורסם בזמנו על דפי בטחון סוציאלי, ודברי התשובה של פרופ' דורון, חותמים את שורת מאמרי החוברת.

★

"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה; בחורף ובקיץ.

מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברווח 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", מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.

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

המערכת:

גב' עירא כהנמן (יו"ר)

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

חזקיה ישראל

שלמה כהן

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משה ליסק

מרדכי צפורי

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירח שמאי

יוסי תמיר

העורך:

דפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

דפוס אחוח, ירושלים

תוכן העניינים

		רפורמות במערכות הבריאות בדמוקרטיה מתועשות: צמיחתו של מודל חדש
5	ד"ר דב צ'רניחובסקי	
39	פרופ' אלן מיינרד	טיפול רפואי למי – הפעלת העדפות ציבוריות
51	ברנדה מורגנשטיין	אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בזקנים באוסטרליה
		גורמים המשפיעים על השתתפות דיירים בשישה מוסדות לזקנים בישראל
67	פרופ' יוסף קטן	
		דיוור קהילתי למבוגרים הלוקים בפיגור שכלי: מאפייני דיוריו וכיווני התפתחות אפשריים
83	ד"ר חיה שוורץ	
	ד"ר הלל שמיד, פרופ' יחזקאל הזנפלד	דילמות ארגוניות בהספקת שירותי טיפול ביתי
96		
110	ברכה בן-צבי	חוק הסיעוד – הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו
122	דב פלג	סוגיות בפנסיה
		תגובה למאמרו של פרופ' אברהם דורון "הגדרת העוני ומדידתו – הסוגיה הלא פתורה"
136	פרופ' פיטר טאונסנד	
137		תשובתו של פרופ' דורון
138	אריה וולף, עו"ד	חקיקה ופסיקה סוציאלית
144		פרסומים חדשים
V-XII		Summaries of the Main Articles

רפורמות במערכות הבריאות בדמוקרטיה מתועשות: צמיחתו של מודל חדש

מאת ד"ר דב צ'רניחובסקי*

מבוא

תמשיך להיות פרטית ביסודה, גם במימון. ואף-על-פי כן, בארצות הברית מופעלות שתי תוכניות בריאות במימון ציבורי: Medicare ו-Medicaid. מערכות אלה דומות במאפייני היסוד שלהן למערכות הפועלות במדינות האחרות. יתר על כן, ארצות הברית מצטיינת בפיתוח מערכות מידע ובטכנולוגיות ניהול, המסייעות ליישום רפורמות במדינות אחרות.

למרות המגוון הרחב של מערכות הבריאות והשינויים שהן עוברות, קיים דמיון רב במטרות ובעקרונות של הרפורמות המוצעות והמיושמות במדינות השונות². למעשה, בדמוקרטיה המתועשות מתפתח מודל בעל גוון אוניברסלי במימון, בארגון, ובניהול של מערכות בריאות. המודל המתפתח תוצה תפיסות אידיאולוגיות (מערכת "פרטית" לעומת מערכת "ציבורית") ומסגרות מושגיות ("מערכת שוק" לעומת "מערכת תכנון מרכזי"). המודל משלב בתוכו עקרונות של מימון ציבורי במימון שירותי בריאות ועם עקרונות של תחרות בארגון, בניהול ובהספקת השירותים.

צירוף זה של "פרטי" ו"ציבורי" יוצר

רפורמות במערכת הבריאות הפכו להיות, בשני העשורים האחרונים, מוקד להתעניינות ציבורית ופוליטית בדמוקרטיה המתועשות, וכיחוד במדינות ה-OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)¹. במערב אירופה, באוסטרליה, בניו-זילנד ובצפון אמריקה נמשך הלחץ לשינוי כלכלי וארגוני במערכות הבריאות. אוסטרליה, ספרד, איטליה וגרמניה הנהיגו רפורמות יסודיות במערכות הבריאות שלהן במשך שנות ה-80 ועדיין לא נאמרה בהן המלה האחרונה. כבריטניה, בהולנד, בניו-זילנד וגם בישראל הוצעו רפורמות במערכת והוחל ביישומן; במדינות נוספות, כגון שוודיה, נעשים ניסיונות שונים להנהיג שינויים בעלי אופי מערכתי.

רק בארצות הברית השינוי במערכת הבריאות מתגהל באיטיות, למרות הלחצים הכבדים הדוחפים לכיוון זה. לכך גורמים גופים ומוסדות המעוניינים בכך שהמערכת

* היחידה למדיניות וניהול מערכות בריאות, המרכז למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.
1 הכוונה בעיקר לארצות המפותחות של הגוש המערבי לשעבר.
2 לפיתוח נוסף של נושאים אלה ראה Hurst (1991).

פרקים ג' עד ח', עוסק במודל המתפתח מבחינת העקרונות המנחים במימון, בארגון ובניהול מערכות בריאות; החלק השלישי, פרקים ט'-י', מתייחס לאתגרים העיקריים הניצבים בפני המודל החדש.

א. המודל הישן

עד לאחרונה נהגו חוקרים ופוליטיקאים לסווג את מערכות הבריאות בדמוקרטיה המתועשות לאורכה של קשת, שבקצה האחד שלה נמצאת המערכת ה"פרטית" או מערכת ה"שוק" של ארצות הברית, ואילו בקצה השני נמצאת המערכת ה"ציבורית" או המערכת "המתוכננת" של בריטניה. מערכות בריאות במדינות מתועשות אחרות נהגו למקם אי שם בין הקצוות (Culyer et al., 1989; Cullis & West, 1985)³, למרות שאין ולא היתה במדינות הללו מערכת טהורה לפי הגדרה זו או אחרת.

אחדים מן המאפיינים העיקריים של מערכות הבריאות בשתי המדינות המייצגות את הקצוות מתוארים בלוח מס' 1. במערכת ה"פרטית" ביטוחי בריאות ושירותי בריאות הם מוצרי שוק. לפיכך, הביקוש לשירותים "מוקצב" באמצעות מחירים והגבלות שונות על האפשרות לרכוש ביטוח בריאות פרטי, או לחלופין באמצעות היכולת והנכונות לשלם עבור ביטוח ושירות. במערכת ה"ציבורית" שירותי הבריאות הם זכות אזרחית שמקנות החברה או המדינה. לפיכך, הביקוש "מוקצב"

לעתים קרובות סבך מושגי ופוליטי בשל הנטייה להיאחז בעמדה פוליטית-אידיאולוגית או מושגית, אם "ציבורית" ואם "פרטית". העמדה ה"ציבורית" מתפרשת לעתים, בטעות, כמערכת בריאות ממשלתית, ואילו זו ה"פרטית" מתפרשת, גם היא בטעות, כמערכת פרטית וממוסחרת. עמדות קיצוניות אינן רלוונטיות בהקשר של מערכות בריאות מודרניות, המבוססות על שילוב מיוחד של "ציבורי" ו"פרטי".

יש דמיון בין הסוגיות הכלכליות והארגוניות במערכות השונות, וגם בין הפתרונות הכלליים הניתנים להן. הסוגיות הן בתחומים של יתר שוויוניות, ריסון עלויות ושיפורים ביעילות, בסיפוק רצונם של הצרכנים ובאיכות הטיפול. ההבדלים ברפורמות או בפתרונות הספציפיים המוצעים במדינות השונות נובעים מהבדלים ברקע ההיסטורי או ב"תנאי הפתיחה" של השינויים. קיימת מגמה של התכנסות למודל בעל עקרונות אחידים וברורים.

המאמר הנוכחי מבקש להבהיר את הסוגיות הללו ולתאר את האסטרטגיות המקובלות היום, כדי להתמודד עמן במערכות השונות. הצעות הרפורמה בישראל מובאות בעיקר לשם הדגמה. יחד עם זאת, המאמר מבקש להעמיד את הצעות הרפורמה בישראל שהציעה "ועדת נתניהו" בפרספקטיבה של מערכות בריאות אחרות (ועדת החקירה הממלכתית, 1990).

המאמר נחלק לשלושה חלקים: החלק הראשון, פרקים א' וב', עוסק ברקע של הרפורמות במערכות הבריאות; החלק השני,

3 מיון זה מבוסס על הבחנה פילוסופית יותר מאשר על מציאות. רפואה קהילתית כבריטניה, למשל, ניתנת בעיקר בידי רופאים כלליים פרטיים, ואילו בארצות הברית, הממשלה הפדרלית מממנת בערך 41% של מערכת הבריאות. את המערכות הסוציאליסטיות של מדינות הגוש המזרחי ניתן לזהות עם המודל הממלכתי הטהור בכך שהן מערכות משולבות כמלואן או "מערכות ישירות", שבהן השירותים הם במימון המדינה, נתונים בבעלותה והיא המפעילה אותם. עובדי המערכת הם עובדי מדינה.

לוח מס' 1. מאפיינים בסיסיים של מערכות הבריאות בבריטניה ובארצות-הברית

מערכת "שוק/פרטית" ארצות-הברית	מערכת ציבורית/ממלכתית בריטניה
שירותי בריאות וביטוח בריאות הם מוצרי שוק; הביקוש מוקצב באמצעות חריפים והגבלות שונות על ביטוח פרטי;	שירותי בריאות הם זכרות אזרחית; הביקוש מוקצב באמצעותם של תקצוב לניהול והספקה ישירים של נתוני שירותים;
15% מן האוכלוסייה (בערך 37 מיליון נפש) אינם מבוטחים;	"ביטוח" אוניברסלי;
תוחלת החיים בלידה (1988): זכרים — 71.5 שנה; נקבות — 78.3 שנה;	תוחלת החיים בלידה (1988): זכרים — 72.4 שנה; נקבות — 78.1 שנה;
תמותת ילדים לכל 1,000 לידות: (1988) 10.0;	תמותת ילדים לכל 1,000 לידות: (1988) 9.0;
% מן ההוצאה הלאומית על בריאות (1989): 11.8;	% מן ההוצאה הלאומית על בריאות (1989): 6.8;
החלק ה"ציבורי" בהוצאה על בריאות (1989): 42%;	החלק ה"ציבורי" בהוצאה על בריאות (1989): 87%;
הוצאה שנתית לבריאות לנפש (1989): 2,354 דולר;	הוצאה שנתית לבריאות לנפש (1989): 836 דולר;
צורת פיצוי עיקרית לספקי שירות: תשלום-עבור-שירות באמצעות מבטחים שהם "צד שלישי";	צורת פיצוי עיקרית על שירות: קפיטציה ושכר המשולם מטעם או באמצעות המדינה;
מערכות בקרת וויסות עליות: 1. ויסות השקעות, בעיקר בכתי-חולים; 2. תשלומים קבועים מראש (Prospective Payment); 3. רישוי כוח-אדם;	מערכות בקרת וויסות עליות: 1. תקצוב וקיצוב שירותים.
בעיית מערכת: 1. שוויוניות עקב חוסר נגישות לשירותים בשל מחסומי מחירים; 2. עליות מחירים והוצאה בלתי מבוקרים; 3. חוסר יעילות חברתית: עלות גבוהה של מערכת ביחס לרמות הבריאות השוויוניות שהיא משיגה.	בעיית מערכת: 1. תורים (נגישות מוגבלת) בעיקר עבור טיפולים אלקטיביים; 2. חוסר רגישות לצרכנים; 3. חוסר יעילות בייצור (פנימית): בעיקר פרוץ נמוך של גורמי ייצור (נתן לוויכוח).

מקור הנתונים: הנתונים: (Scheiber & Poullier 1991).

מצד אחד, קיימות בעיות הנובעות מחוסר שוויוניות ומ"אי צדק חברתי", ממחירי טיפול מאמירים ומן ההוצאה הגדלה והולכת על בריאות במדינות הנוטות למערכות "שוק". מצד שני, קיימות בעיות הנובעות מחוסר רגישות לצורכי הציבור ומחוסר יעילות בייצור במערכות "ממלכתיות".

ב. הקונסנזוס

כיום הולכת ומתפתחת תמימות דעים, או קונסנזוס, לגבי מספר סוגיות יסוד במערכות בריאות מודרניות. תמימות דעים זו נוגעת לנגישות לשירותים, לתפקיד שירותי הרפואה ולרגישות לצרכן והיא עומדת ביסוד המודל המתפתח. להלן מספר נקודות מרכזיות אשר לגביהן מתפתח קונסנזוס.

1. נגישות לשירותים — עקרון הסולידריות

עקרון הסולידריות — לפיו מימון סל שירותים בסיסי עבור היחיד צריך להתבסס על יכולת תשלום, אך הנגישות לסל תהיה על-פי צורך — מקובל כמעט על הכול כיום, כשם שמקובלת הזכות לחינוך יסודי. יש הכרה בכך, שבריאות טובה אינה רק עוד "מצרך" בסל המצרכים של הצרכן. בכוחו של חולי למנוע הנאה מצריכה בכלל; יתרה מזו, בריאות לקויה עלולה למנוע מיחידים להרוויח די אף לקניית מוצרי צריכה מינימליים. שירותי בריאות וביטוח הממומנים באופן פרטי — על-פי היכולת והנכונות לשלם — עלולים אפוא להותיר אנשים

באמצעות מערכת מתן השירותים; המערכת מתוקצבת ישירות ולעתים אף מנוהלת בידי המדינה. לפיכך, כל אורח בריטי נהנה מנגישות לסל שירותי בריאות בסיסי, בעוד ש-37 מיליון אמריקנים הם חסרי ביטוח.

לפי מדדי תמותה בסיסיים, אוכלוסיית בריטניה בריאה קצת יותר מאשר אוכלוסיית ארצות הברית. למרות זאת, בריטניה מוציאה רק 7% בערך מן התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) על בריאות, בעוד שארצות הברית מוציאה 13% בערך. הבדל זה נובע, בין השאר, מן העובדה, שבארצות הברית, "צד שלישי" — חברות ביטוח והמדינות השונות — הוא המשלם לנותני שירותים עצמאיים העובדים בשיטת תשלום-עבור-שירות. במערכת כזו אין כל תמריץ לבקרה על הוצאות במערכת. לעומת זאת, בבריטניה מערכת הבריאות מתוקצבת בידי המדינה, המפצה עבור שירות בעיקר לפי שיטת הקפיטציה, או שכר.

אופייה הציבורי של המערכת הבריטית משתקף בחלקה של הממשלה בהוצאות הבריאות הלאומיות — 87% בבריטניה, לעומת 42% בארצות הברית⁴.

לשתי המערכות יש מנגנוני פיקוח על עלויות. בבריטניה יש קיצוב באמצעות התקציב ובארצות הברית יש ניסיונות לפקח באמצעות צעדים לוויסות השקעות (בעיקר בבתי חולים) וקביעת הסדרי תשלום פרוספקטיביים וקפיטציה (Diagnostic Related Groupings — DRGs) עבור שירותים הניתנים לצרכנים והממומנים בידי הציבור.

הצרכנים (ומכאן הפוליטיקאים) לא היו שבעי רצון משתי המערכות שתוארו לעיל.

4 חלקו של המימון הציבורי בארצות הברית גבוה מן המוצג בנתונים דלעיל עקב הנחות המס הניתנות בארצות הברית כנגד ביטוח והוצאה על שירותי רפואה.

ובכתי חולים פרטיים וציבוריים ולחולים יש חופש בחירה בין רופאים ומוסדות;
 2. רוב האנשים מקבלים כיסוי ביטוח בריאות באמצעות מקום העבודה;
 3. את ביטוח הבריאות מספקים מבטחים רבים, שהם "צד שלישי" בין החולה לרופא (U.S. General Accounting Office, 1991, p. 4).

במדינות אלה הנגישות מובטחת באמצעות חובת ביטוח. יש חשיבות ראשונה במעלה להבחנה בין מערכות בריאות, שבהן הגישה לסל בסיסי של שירותים היא זכות אזרחית ובין מערכות שבהן יש חובת ביטוח. המגמה ברפורמות של מערכות בריאות היא להפוך חובת ביטוח לזכות אזרחית, ולא להיפך. אוסטרליה, ספרד ואיטליה, שהיו להן מאפייני מערכת שבה יש חובת ביטוח, העניקו במשך שנות ה-80 ביטוח אוניברסלי באמצעות המדינה, היינו הפכו סל שירותי בריאות לזכות אזרחית.

בכך הלכו המדינות הללו בעקבות בריטניה, קנדה, ניו-זילנד וארצות סקנדינביה. הצעות הרפורמה של ישראל ("ועדת נתניהו") והולנד ("ועדת Dekker") נועדו גם לצרף את שתי המדינות הללו לקבוצת מדינות זו. בקבוצת מדינות זו המדינה נושאת באחריות למימון שירותי הבריאות, אף-על-פי שעל-פי רוב מדובר במערכות בריאות, שמערכת הספקת השירותים בהן אינה ציבורית. יש לציין ולהדגיש, שבישראל אין חובת ביטוח בריאות ואין גם חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ישראל היא אפוא חריג מבחינה זו בין המדינות המפותחות.

רק במדינות הגוש המזרחי לשעבר קיימת נטייה הפוכה אבל גם זו נכלמת לאחרונה באמצעות חזית של מוסדות בינלאומיים העוסקים בנושא.

לסיכום נקודה זו, למרות שכל מערכות הבריאות מדגישות שוויוניות וצדק חברתי

ללא כיסוי ביטוח וללא יכולת לשלם עבור שירות, במיוחד כאשר החולה נוטה להיות (או נעשה) גם חסר אמצעים. לפיכך, עזרה הדדית מינימלית דורשת את התערבותה של המדינה כדי להבטיח נגישות לסל בריאות בסיסי, שהוא מקובל מבחינה חברתית.

לפיכך מערכות בריאות מנסות, מצד אחד, לספק טיפול שווה לצורך שווה, ומצד שני, להגן על משק הבית מהוצאות בריאות בלתי צפויות. חברות משיגות זאת בכך שהן תובעות מן השכבות העשירות לסכסד את השכבות החלשות (כאשר הבריאות "שווה") ובכך שהן דורשות מן הבריאים לסכסד את החולים (בהכנסה "שווה"). בדרך זו מממשים את עקרון הסולידריות.

רק ארצות הברית של אמריקה ממשיכה לשלול את עקרון הסולידריות כערך בסיסי במימון מערכת הבריאות. ארצות הברית אמנם מכירה בכך שקשישיה וענייה זכאים לסל שירותים. יחד עם זאת, ל-15% מן האוכלוסייה אין נגישות לטיפול רפואי בשל העדר ביטוח מתאים, למרות גודל ההוצאה על בריאות – קרוב ל-13% מן התל"ג – קצב העלייה של ההוצאה על בריאות והעובדה שהמימון הציבורי תופס 42% מן ההוצאה על בריאות בארצות הברית. העדר נגישות זה הפך להיות סוגיה פוליטית מרכזית בארצות הברית. בדמוקרטיה מתועשות אחרות המצב השורר בארצות הברית נחשב זה זמן רב בלתי קביל מבחינה חברתית.

נגישות אוניברסלית, או כמעט אוניברסלית, לסל שירותים בסיסי, הנמצא בפיקוח המדינה, מאפיינת גם מערכות כגון אלה של גרמניה, צרפת ויפן, הדומות למערכת של ארצות הברית בשלושה מאפיינים מרכזיים:

1. הטיפול הרפואי ניתן בידי רופאים פרטיים

להיות אחראית לסיפוקו, לפחות באופן חלקי, מן הסיבות שתוארו בסעיף הקודם בהקשר של עקרון הסולידריות.

לשינוי הגישה לגבי משמעות הטיפול הרפואי בבעיית הטיפול יש מספר השלכות על המימון, הארגון והניהול של מערכות בריאות. ראשית, הקצאת הוצאות ציבוריות לבריאות צריכה להיעשות בהקשר רחב, הכולל התייחסות לאורח חיים ולתנאי סביבה, ולא דווקא לשירותי רפואה בלבד. שנית, למרות ההתפתחות הטכנולוגית ברפואה, המשקל שמייחסים לדעתו של הרופא לעומת דעתו של הצרכן, כמפתח להפעלת מערכות, חשיבותו הולכת ופוחתת. דעתם של הלקוחות, מקבלי השירותים, על הקצאת משאבים, הופכת להיות חשובה יותר מאשר דעת המומחים בתחום הרפואי. שלישיית, הוצאות על טיפול רפואי, שאינן מגלות שיפור במצב הבריאות של האוכלוסייה, מתקבלות באופן גובר והולך, הן בעיני הציבור והן בעיני קובעי המדיניות, כצורה של העברת הכנסות מן הציבור אל העובדים במגזר הבריאות, בעיקר הרופאים, שבידיהם מצוי הכוח להכתיב את רמת ההוצאות הללו.

רביעית, הצטמצם תפקידו של הטיפול הרפואי במניעת מחלות וניתן לבצע פעולות התומכות ברפואה מונעת מחוץ למגזר הבריאות (למשל, חינוך לבריאות).

לסיכום, מסתמנת מגמת ירידה בחשיבותם היחסית של הרפואה והרופאים בפתרון בעיות בריאות.

3. ריסון הוצאות ויעילות מערכת במהלך עשרים השנים האחרונות עסוקות ממשלות – ללא הבדלי תפיסה והשקפת עולם, בין שהן דוגלות במערכת שוק (כמו בארצות הברית), בין שהן תומכות במערכת מעורבת (כמו בגרמניה) ובין שהן מאמינות במערכת ציבורית (כמו בשוודיה)

בהספקת שירותי רפואה (McClelland, 1991), נושאים אלה אינם עוד בעלי חשיבות פוליטית עליונה במרבית המשקים המפותחים. בראש דאגתן של המדינות המפותחות בנושא זה עומדות שאלות הנוגעות לסוגיות היישום של עקרון הסולידריות וכיצד לטפל בנושאים הקשורים להשתתפות הצרכן בתשלום בעת קבלת השירות (co-payment), על-פי רוב בהקשר של ריסון הוצאות והגדלת יעילות המערכת, ולא בהקשר של מימון המערכת.

מערכות בריאות הממומנות על יסודות מימון ציבורי זוכות לתמיכה ציבורית רחבה, בחלקו משום שנבחרי הציבור הגיעו להכרה, שאפילו העשירים אינם מחוסנים מפני הנזק הכלכלי העלול להיגרם ליחיד ולמשפחה עקב בריאות לקויה. למרות התנגדותה האידיאולוגית ל"יתר" התערבות ציבורית, ממשלתה השמרנית של בריטניה, הנמצאת בשלטון מאז שנת 1979, אינה מתכוונת להעביר למימון פרטי את שירותי הבריאות הלאומיים של בריטניה (British National Health Service או NHS).

2. תפקידו של השירות הרפואי בכלכלות מודרניות הולכת וגוברת ההכרה, שטיפול רפואי אינו עוד התשובה הבלעדית, ואולי אף לא העיקרית, לבעיות הבריאות. התשובה לבעיות אלה מצויה בשילוב של טיפול רפואי ושינויים באורחות החיים והסביבה (Contandriopoulos, 1991). עמדה זו מוצאת חיזוק בהעדר קשר סטטיסטי בין גובה ההוצאה על שירותי רפואה ומצב הבריאות של האוכלוסיות במדינות ה-OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development, 1990). יחד עם זאת, מקובל להניח שנגישות לשירות רפואי מספקת גם צורך פסיכולוגי וחברתי עמוק, אשר החברה באמצעות המדינה צריכה

ההבדל בין "יעילות פנימית" (מיקרו) ליעילות ברמת המערכת או ברמה החברתית (מקרו) מחייב הבהרה בהקשר של הדיון כאן. יש לעשות שתי הבחנות בסיסיות בעניין זה. האחת היא הבחנה בין היעילות של המערכת ובין היעילות של יחידה כלכלית בודדת, השנייה היא הבחנה בין "טיפול רפואי" ובין "בריאות". נכון, שיחזמות פרטיות עשויות להמריץ ליעילות כלכלית יותר מאשר יחזמות ציבוריות. אך יש לזכור, שמערכת מימון בריאות פרטית עלולה להיות מלווה במונופולים, גם ברמת הרופא הבודד, ושהיא עלולה למנוע ניצול "יתרונות לגודל". במיוחד היא יוצרת עלויות בכסף ובזמן, המוצאים על איסוף מידע לצרכנים, מבטחים ונותני השירות כאחד, כאשר כל גורם מנסה למצוא בשוק את ההזדמנות הטובה ביותר. כמו כן, יש עלויות אדמיניסטרציה גבוהות של יחידות רבות. לפיכך, עלות מערכת עלולה להיות גבוהה יותר במערכות "פרטיות" מאשר במערכות "ציבוריות", למרות שהיחידות הבודדות עצמן עשויות להיות מנוהלות ומתופעלות ביתר יעילות במערכת הבריאות הפרטית מאשר במערכת הציבורית. מלבד זאת, מערכת השוק עשויה לספק יותר טיפול תמורת הוצאות, אך לא בהכרח יותר בריאות, כפי שמוצג בלוח מס' 1.

הגישה המקובלת היא, שבגלל "בורות הצרכן" בנושא הטיפול הרפואי ומשמעותו, ובשל יכולתו של נותן השירות להניע את הביקושים לטובתו שלו, המדינה והחברה מסוגלות לבצע החלטות נבונות יותר מאשר האזרחים הבודדים בכל הנוגע לגודל ההוצאה הכוללת (1) על בריאות ולהקצאתה בין אזרחים ושירותים. לפיכך, גם במערכות שאינן תלויות

— בריסון העלייה בהוצאה על שירותי הבריאות. ההוצאות הגדלות, הן במונחים דולריים מוחלטים והן כאחוז מן התוצר המקומי הגולמי (Scheiber & Poullier, 1988-1989), משפיעות באופן שלילי על יכולת התחרות של המדינות בשווקים בינלאומיים, במיוחד לאור הירידה בצמיחה הכלכלית של מדינות מפותחות בשנות ה-70 וה-80.

יתרה מזו, גם מדיניות התעסוקה סבלה עקב הלחצים שהופעלו על מעסיקים להגדיל את הפרשותיהם למימון שירותי הבריאות של עובדיהם. נושא זה נעשה מרכזי בארצות הברית של היום. הבעיה חריפה במיוחד נוכח חוסר האפשרות להצדיק באופן מדעי את הגידול בהוצאה לבריאות בעזרת שיפורים ברמת הבריאות של האוכלוסייה.

נראה אפוא, שמערכות ציבוריות לא זו בלבד שהן שוויוניות יותר, הן גם מעניקות תמורה רבה יותר להשקעה בשירותי רפואה: הן משיגות גישה שוויונית יותר לשירותים ובריאות משופרת ברמת הוצאה נמוכה יותר. מערכות אלה מצליחות לרסן עלויות טוב יותר מאשר מערכות המבוססות על חברות ביטוח. זאת ועוד, דומה שמערכות הביטוח אינן איתנות מבחינה פיננסית לאורך זמן (U.S. General Accounting Office, 1991). מצבה של קופת חולים כללית בישראל היא דוגמה למצב זה, ששרויות בו גם חברות ביטוח אמריקניות. הבעיות הפיננסיות הללו יהיו בסופו של דבר, בעיות של המדינה.

לעומת זאת, יש הטוענים שמערכות ציבוריות יעילות פחות בייצור השירותים ("יעילות פנימית") מאשר מערכות פרטיות, וגם שהן נוגסות נתחים גדלים והולכים מן התקציב הציבורי.⁵

5 אין ראיה מוצקה לכך, שאכן מוסדות ציבוריים יעילים פחות מפרטיים. ראה, למשל, את הדיון אצל קוליר ואחרים (Culyer et al., 1989), עמ' 28.

בתקציבים ממשלתיים למימון שירותי בריאות, כגון המערכת הגרמנית, הממשלות מנסות לקבוע יעדי הוצאה גלובליים. אבל זה, כנראה, אינו הפתרון לבעיה. המסקנה של אחת מיחידות המחקר של הקונגרס האמריקני היא, ש"למרות הצלחתם של אמצעי הריסון במיתון גידול ההוצאה בצרפת ובגרמניה, למשל, ההוצאות על שירותי בריאות מוסיפות לגדול" (U.S. General Accounting Office, 1991, p. 38).6

4. שביעות רצונו של הצרכן

צרכנים אינם שבעי רצון ממערכות הבריאות הציבוריות, כגון אלה של שוודיה ובריטניה, בשל חוסר רגישותן לצורכי הלקוחות. תורים לניתוחים אלקטיביים ולמומחים אינם מקובלים על צרכנים. מגמות דומות התפתחו אף בקנדה. כמו־כן, מניחים ששירותים אלה סובלים מחוסר יעילות פנימית בייצור, כפי שהוסבר לעיל. טענות אלה מופנות, ככלל, נגד מערכות ריכוזיות ומתוקצבות, לרבות תת-מערכות — בעיקר בתי-חולים "ציבוריים" (הנהנים מתקציב ישיר של המדינה) — גם במערכות, שבהן הבסיס להספקת השירותים בקהילה הוא פרטי וקיים בהן תשלום עבור שירות באמצעות המדינה, או "מבטח" אחר. הדבר נובע מריכוזיות בניהול ומהעדר תמריצים לשיפור רצונו של הצרכן (ראה, לדוגמה, Enthoven, 1991). כמו־כן, רבים התפקחו מן האשליה, שממשלה או גופים ריכוזיים אחרים יכולים לנהל ולספק שירותי בריאות בצורה המניחה את דעת הצרכנים. מערכות כאלה נעשו מסורבלות והן כורעות תחת נטל גדל והולך של ביורוקרטיה ושל בעיות ביחסי עבודה.⁷

שביעות הרצון של הצרכן — זה הנהנה מנגישות לשירות — אף אינה בעיה בארצות הברית. הבעיה חמורה פחות בצרפת ובגרמניה מאשר בבריטניה, למשל. מערכות הנשענות על שיטה של תשלום-עבור-שירות (fee-for-service), לפחות עבור חלק מן הטיפול הראשוני בקהילה, מספקות יותר את רצונו של הצרכן מאשר מערכות הנותנות שירות ישיר באצעות עובדים בשכר או במערכת קפיטציה, שיטות פיצוי שאינן מבוססות על תפוקה (Blendon et al., 1990). המערכות המבוססות על תשלום-עבור-שירות, בעיקר במסגרת ביטוח, יוצאות ונשכרות מריבוי ספקי שירותים שיש ביניהם תחרות, סמויה לפחות. כאמור, הבעיות במערכות אלה הן ההוצאות הגבוהות והולכות, הנגרמות בשל אי יכולתה של המדינה לפקח על כמות השירותים גם כאשר המחירים נקבעים בדרך של התערבות המדינה בין המבטחים, לרבות המדינה עצמה, ובין ספקי השירות.

אף-על-פי ששביעות הרצון של הצרכן היא נושא חשוב בפני עצמו, יש לראות גם בהקשר של הסוגיות של ריסון הוצאות וצדק חברתי, כפי שהוסברו לעיל. צרכנים שאינם מרוצים ממערכת ציבורית או מתת-מערכת ציבורית, כגון בתי-חולים, מפנים את הביקוש לשירותים פרטיים ומעודדים את השוק הפרטי.

בשוק זה שירותי הרפואה מתייקרים, לעתים קרובות ללא שיפור ממשי במצב הבריאות של האוכלוסייה, ולא מובטחת נגישות שווה לשירות. פירושו של דבר הוא אי-שביעות רצון של הצרכן, העלולה לערער את המאמץ הציבורי לפקח על עלויות ולשמור

6 הביטוי "פיקוח על תקציבים" בציטוט זה משמעו "פיקוח על הוצאות": הראשון מתייחס להוצאות של המדינה, ואילו האחרון מתייחס למאמצי הממשלה לפקח על הוצאות המערכת כולה, ציבורית ופרטית כאחת.

7 יש לציין, שמאמצי הביזור הם מעבר למגזר הבריאות ונעשים גם במגזרים אחרים.

כוח-אדם ומנגנונים לתשלומים קבועים מראש, כגון קפיטציה ו־DRGs (Diagnostic Related Groupings). השאלה העומדת בפני מעצבי מדיניות אינה האם לפקח על שירותי הבריאות, אלא כיצד (Evans, 1983). ניתן לווסת מערכות בריאות ולפקח עליהן באמצעות תמריצים המוקנים בארגון המערכת ובמערכות המימון והפיצוי ובאמצעות הוראות, או תכתיבים, ממשלתיים. מרכיבים של כל צורות הפיקוח קיימים בכל המערכות. רוב המדינות מעדיפות להשתמש בתמריצים – שפירושם פיקוח עצמי – ולא בהוראות הדורשות שיטור מטעם הממשל.

ג. המודל החדש

המודל החדש מתפתח על בסיס הקונסנזוס שתואר לעיל. המודל בא לתת פתרונות טכנוקרטיים ואינו נשען על אידיאולוגיה. מטרתו לקדם יעילות חברתית ושביעות רצון, ולא דוקטרינה. המודל מנסה לשלב את היתרונות של המערכת הציבורית – שוויוניות, צדק ויעילות חברתית (ברמת המקרו) – עם אלה של המערכות הפרטיות – שביעות רצון של הצרכן ויעילות פנימית בתחום הספקת השירותים (ברמת המיקרו). ככלל, ניתן לתאר את המודל החדש כך: הוא נשען על העיקרון שסל שירותים בסיסי הוא זכותו של האזרח. תפקידי המפתח של המערכת מופרדים זה מזה, לפחות מבחינה מושגית. תפקידים אלה הם: (1) מימון השירותים; (2) ארגון וניהול שירותים הממומנים בידי הציבור; (3) הספקת שירותים. תפקידים אלה יכולים להתבצע

על שוויוניות, או צדק חברתי, במערכת. בגלל אי-שביעות הרצון של הצרכנים ממשלות נתונות תחת לחץ לצמצם את תפקידן בארגון, בניהול (מיקרו) ובהספקת שירותי הרפואה, שלא אחת נעשים נטל פוליטי. אי-שביעות רצונו של הצרכן היא שהביאה, בסופו של דבר, את ממשלת ישראל למינוי ועדת חקירה, היא "ועדת נתניהו", שהוקמה בשנת 1988 כדי לבדוק את מערכת הבריאות הישראלית. המערכת היתה נתונה במצוקה של תורים, בעיקר לגיתוחים אלקטיביים, שהביאו לכך שיותר ויותר שירותים סופקו מחוץ לתחום קופות החולים. אלה עודדו את יצירתם של שווקים "שחורים" ו"אפורים" שסיפקו שירותים לציבור, ותופעת התשלומים "מתחת לשולחן" נעשתה נפוצה יותר ויותר.⁸ מבחינה זו המערכת הישראלית היא מיוחדת במינה. למרות שהיא אינה ציבורית, היא סובלת למעשה מן החוליים של המערכת הציבורית בשל הריכוזיות בניהול. כמובן, היא סובלת מחוליה של מערכת לא ציבורית, בעיקר בתחום הפיננסי.

5. פיקוח, בקרה והתערבות ציבוריים אין שווקים חופשיים לשירותי בריאות. כל מערכות הבריאות מצויות בצורה זו או אחרת תחת פיקוח ובקרה ציבוריים. לפיכך המרחב ליחמה פרטית מוגבל בכל מקרה. גם מערכות הנשענות על "ביטוח פרטי" – כגון בצרפת, בגרמניה וביפן – נמצאות תחת פיקוח ממשלתי הדוק (U.S. General Accounting Office, 1991).

אפילו ארצות הברית מווסתת את מערכת הבריאות ומפקחת עליה, בעיקר באמצעות פיקוח על השקעות בבתי חולים, רישוי

8 "ציבורי" מתייחס כאן גם לשירותים הניתנים באמצעות קופות החולים, למרות שהן אינן בבעלות הממשלה ומימון העיקרי אינו בא ממנה. התייחסות זו נובעת מן העובדה, שגופים אלה ממומנים בעיקר ממיסוי והם מוסדות שלא למטרות רווח.

(Hurst, 1991), המוכר לעתים כ"מודל ישיר" ("Direct Model") משלב את כל התפקידים (מימון, ארגון וניהול, הספקת שירותים) במסגרת אחת (צד שמאל של תרשים מס' 1). דוגמאות של מודל כזה ניתן למצוא במערכת הממלכתית הטהורה שהיתה נהוגה במדינות הגוש המזרחי לשעבר וגם באותם ארגונים לשמירת הבריאות (Health Maintenance Organizations) בארצות הברית, הממלאים גם תפקידי ביטוח ומימון, גם תפקידי ארגון וגם תפקידים של הספקת שירותים. גם קופת החולים הכללית בישראל היא מודל של אינטגרציה מלאה⁹.

במודל מסוג "חזה ציבורי" (Public Contract Model) המדינה מממנת את השירותים באמצעות תשלום ישיר לספקים עצמאיים, המנהלים ומספקים את השירות (לדוגמה, בריטניה, קנדה, אוסטרליה). במודל מסוג "תשלום ציבורי" (Public Reimbursement Model) המדינה והצרכנים מממנים את הטיפול במשותף — לפחות מבחינה תיאורטית — באמצעות תשלום ישיר לספקים עצמאיים עבור ניהול והספקת הטיפול, כאשר המדינה מפצה את הצרכנים (לדוגמה, צרפת)¹¹. במובנים רבים שני המודלים האחרונים עשויים להתקיים באותה מערכת.

בידי המגזר הפרטי או בידי המגזר הציבורי, או בידי שניהם יחד. במימון, המודל החדש מחזק עקרונות של מימון ציבורי של שירותי הבריאות — לאו דווקא באמצעות הממשלה. בארגון, בניהול ובהספקת שירותים המודל מחזק יסודות של תחרות — לאו דווקא באמצעות גורמים פרטיים⁹.

באמצעות העקרונות של מימון ציבורי, המטרה היא להגיע לצדק וליעילות חברתית. באמצעות העקרונות של תחרות המטרה להשביע את רצון הצרכן ולהגיע ליעילות פנימית בהספקת השירותים. מבחינה מושגית המודל החדש קשור למונח "תחרות מנוהלת" של אנטהובן, שפירושו שהגופים המנהלים, ולא יחידים, רוכשים שירותים מגורמים מתחרים, במסגרת תקציבים שנקבעו מראש בידי גורם ציבורי (Enthoven, 1988). המודל החדש על עקרונותיו מתואר בתרשים מס' 1. מערכות בריאות ניתנות לתיאור ולמיון על-פי עקרונות המודל החדש כמתואר בתרשים מס' 2. ככלל, ניתן לראות את התפתחות המודל החדש כהתכנסות מערכות במשבצת השמאלית התחתונה.

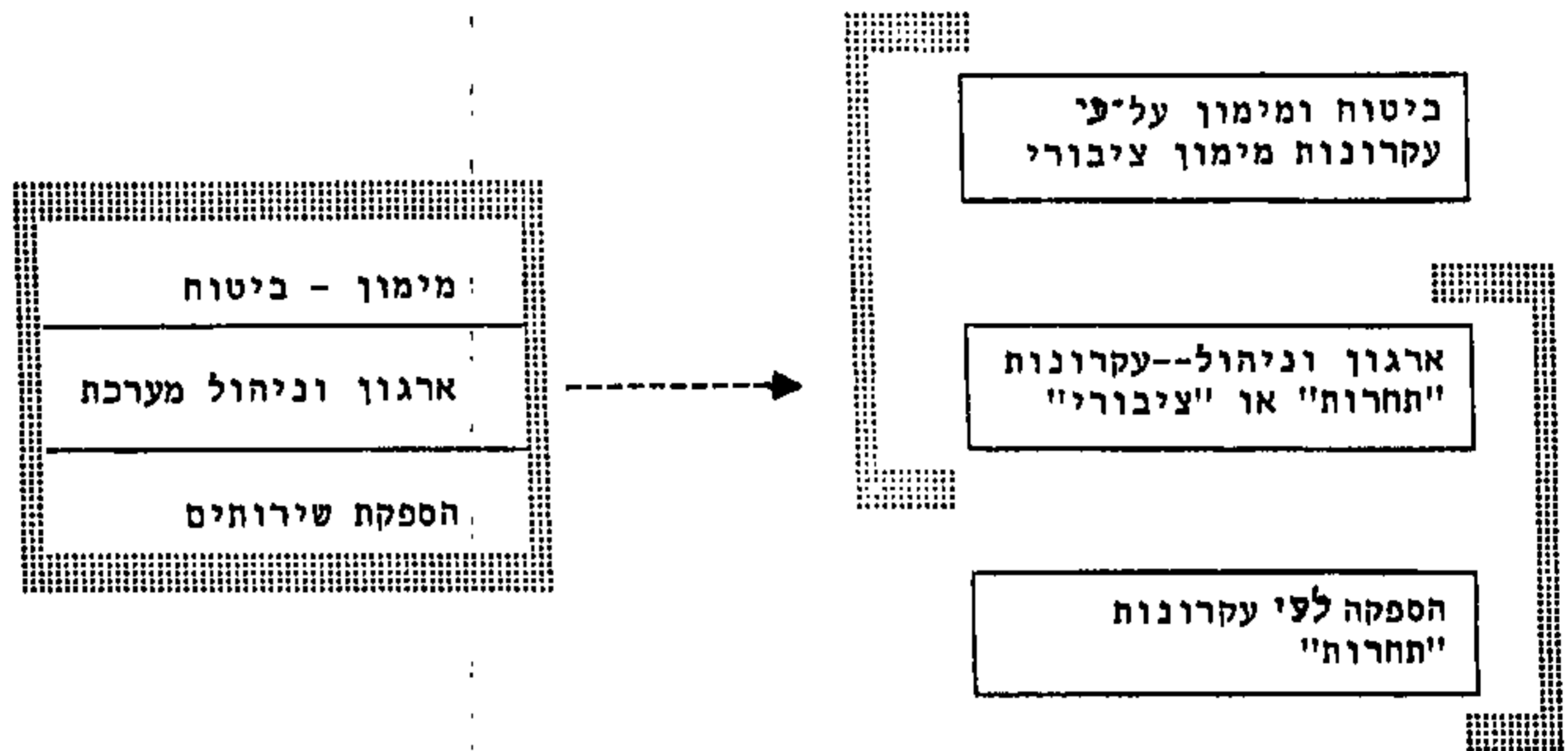
מערכות שונות ממלאות את שלושת תפקידי המערכת בדרכים שונות. "מודל של אינטגרציה מלאה" (The Fully Intergated Model) על-פי הטיפולוגיה של הארטט

9. המונח "תחרות" מתייחס לשיטת הקצאת המשאבים, בעוד ש"הפרטה" מתייחסת לבעלות על נכסים ולאופן שבו מחלקים עודפי הכנסות על הוצאות תפעוליות. בעלות פרטית אינה תנאי הכרחי לתחרות. בעלות פרטית על נכסים פירושה שהממשלה מפקחת פחות על נכסים אלה, ומשום כך בעלות פרטית תואמת יותר מערכת תחרותית. שאלת הבעלות ועודף הכנסה על הוצאה תפעולית עשויה להיות לא רלוונטית בהקשר של ניהול והספקת שירותי בריאות מממנים בידי הציבור, כפי שיידון להלן בהקשר של מערכות המשלכות מרכיבים פרטיים וציבוריים. יחד עם זאת, זהו נושא העלול לעורר ויכוח חברתי ופוליטי רציני, היות שהציבור עלול להיות רגיש להעברת מסגרות שירותי בריאות ציבוריים לבעלות פרטית ולמה שנתפס כ"מסחור" של הרפואה (לנעשה בשוודיה, למשל, ראה; Saltman & Von Otter, 1987). מסיבה זו, תאגידים ציבוריים עצמאיים (כגון בבריטניה ובישראל) הם לפעמים פתרונות עדיפים על-פני הפרטה.

10. אין לכלכל בין שילוב של פונקציות של מערכת, המוצגות כאן, ובין שילוב אנכי בהספקת צורות שונות של רפואה: רפואה מונעת ורפואה ראשונית, או רפואה ראשונית ואשפוז.

11. מימון במובן זה פירושו תשלום על מתן שירותים. חשוב להבחין בין מימון במובן של מערכת גיוס משאבים ושיטות של גביית אמצעי המימון ובין תשלום או פיצוי על הספקת שירות.

תרשים מס' 1. הצגה סכמטית של המודל המתפתח



תרשים מס' 2. קלסיפיקציה של מערכות לפי חפיקי מערכת

הספקת שירותים		פרטי תחרותי	מ י מ ו ן
תחרותי (מתכנ פרטי)	צבורי		
ארה"ב			
גרמניה			
יפן			
צרפת			
אוסטרליה			
הולנד	בריטניה	סקנדינביה	
קנדה		רוסיה	צבורי

הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות ("ועדת נתניהו") את המלצותיה על העקרונות האלה: ראשית, הנגישות לסל שירותים שהוא מקובל מבחינה חברתית היא זכות אזרחית (ממשלת ישראל, 1990). שנית, הוועדה אימצה גם את העיקרון,

העקרונות של המודל החדש מנחים את הרפורמות בשירותי הבריאות שהוצעו או בוצעו בבריטניה, בהולנד, בישראל ובניו-זילנד (משרד הבריאות, 1988; HMSO, 1989; Chernichovsky, 1991; Upton, 1991). בישראל, למשל, ביססה ועדת החקירה

הכנסות משקי בית ומעסיקים (חלק שמאלי עליון בתרשים מס' 3) ומהכנסות כלליות של הממשלה. בגלל סיבות שיפורטו בהמשך ייגבו המסים באמצעות המוסד לביטוח לאומי וזה יקצה אותם בשיטת הקפיטציה לקופות חולים ארציות, שתפעלנה כמרכזי עלות אזוריים. קופות אלה תהיינה אחראיות להספקת סל שירותים בסיסי לאוכלוסייה. תפקיד הממשלה יתמצה בעיקר בנושאים של קביעת מדיניות, לרבות קביעת רמות מימון וקריטריונים להקצאת משאבים, ובבקרת המערכת. בנוסף לכך, רשות בריאות ממלכתית תפקח על המערכת באמצעות לשכות בריאות אזוריות.

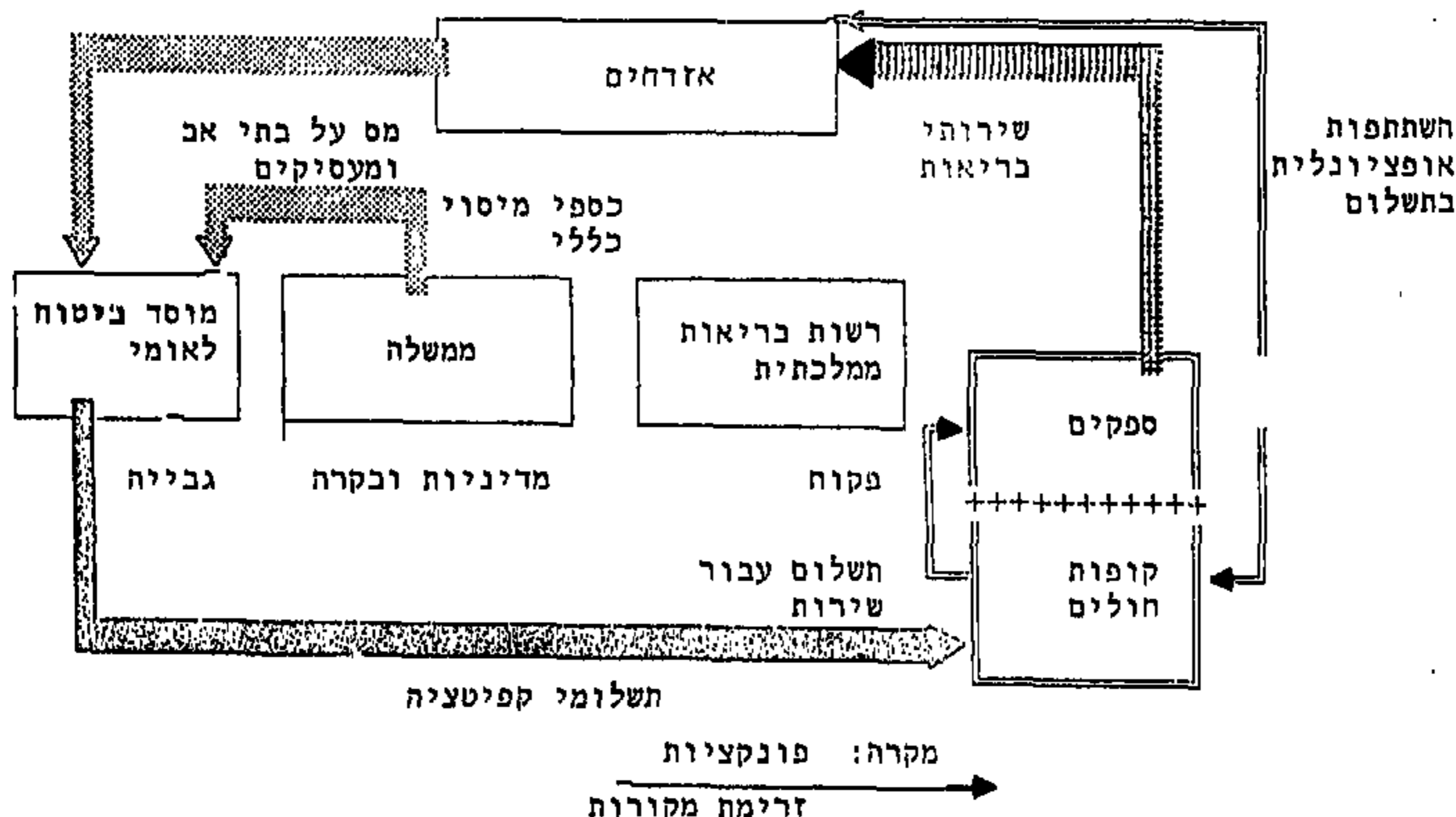
שיש להקצות משאבים לאומיים באמצעות עקרונות מימון ציבורי. תהליך זה, סיכמה הוועדה, צריך להסתייע בחוות דעת של מומחים, באמצעות מועצה לאומית, אבל הוא אינו צריך להיקבע בידיהם. שלישית, הוועדה המליצה שאין להשאיר את הספקת שירותי הבריאות, ובמיוחד לא את מימנם, בידי כוחות השוק, אלא יש לשמור על אופיים הציבורי. חברי הוועדה טענו, שיש לחזק את אופייה השוויוני של המערכת באמצעות מימון ציבורי. רביעית, למרות הנקודות שצוינו הגיעה הוועדה למסקנה, שהממשלה אינה צריכה להיות מעורבת בארגון ובניהול שוטף של הספקת שירותים. הוועדה קבעה, שהארגון, הניהול וההספקה של שירותים צריכים להיות מופקדים בידי גופים לא-ממשלתיים.

ניתן לסכם את המלצות ועדת החקירה הישראלית בעזרת תרשים מס' 3. המערכת תמומן בעיקר באמצעות מס ייעודי על

ד. עקרון המימון הציבורי

כפי שצוין לעיל, מימון שירותי הבריאות על-פי המודל החדש נעשה לפי עקרונות

תרשים מס' 3. הצגה סכמטית של הצעות הרפורמה הישראלית



או אזוריות, מעניקים לממשל המרכזי מנגנוני "ענישה" כלפי הממשלות או האדמיניסטרציות המקומיות לצורך מימוש עקרונות הסולידריות באמצעות מימון ציבורי על בסיס ארצי או פדרלי. מנגנונים כאלה קיימים בשוודיה, בקנדה ובאוסטרליה וגם בארצות הברית (לגבי Medicare ו-Medicaid).

אולם, למרות שעיקר האינטראקציה בין רמות ממשל שונות עשויה לטוב סביב נושאים של צדק ושוויוניות, נדרשת תשומת לב גם לנושא ריסון העלויות. הרעיון הוא למנוע את עידודם של מודלים ופתרונות אזוריים המביאים להעלאת הוצאות במערכת כולה, בחלקו, משום שהציבור אינו סובל פערים אזוריים באותה מדינה בנגישות לשירותים. קנדה היא דוגמה טובה לגישה זו. פורבינציות המתירות גביית תשלום נוסף, מעבר לתשלום הממשלתי מן החולים, מאבדות את זכותן למענקים פדרליים לצורך מימון שירותי בריאות. ואכן, אין פרובינציות כאלה.

כאמור, מימון ציבורי התגלה כדרך הטובה ביותר ל"שיבה על מכסה סיר לחץ של ההוצאות" (Evans, 1983, p. 34). כלומר, ניתן לפקח בצורה גלובלית על ההוצאות בצורה הטובה ביותר באמצעות תקציב המדינה וקנייה מונופסונית (מונופול של קונים. לדוגמה, קנדה ואוסטרליה). לחלופין, הממשלה יכולה לקבוע יעדי הוצאות לאומיות ותעריפים עבור שירותים, כמו שנעשה בצרפת, בגרמניה וביפן, שבהן מערכות הבריאות מבוססות על מערכות ביטוח פרטיות.

דוגמאות אחרונות לרפורמות, שאימצו מימון ציבורי באמצעות מימון ממשלתי (ביטוח בריאות ממלכתי) הן הקמת ה-Medicare באוסטרליה בשנת 1984, השינויים שהוכנסו למשל בספרד בשנת

מימון ציבורי, שניתן ליישם בדרכים שונות. לעקרונות אלה יש שתי מטרות:

1. לספק ביטוח אוניברסלי לשם מימוש עקרון הסולידריות, הקובע שנגישות לסל שירותים בסיסי היא זכותו של האזרח;
2. להשיג יעילות מערכתית (ברמת המקרו) באמצעות תקצוב גלובלי, עלויות גבייה נמוכות ופיקוח מתאים על מגזר הממומן על יסודות מימון ציבורי.

יש להדגיש, שהמודל בנוי על ההכרה שהאחריות והבעלות על הארגון, הניהול והספקת השירותים אינה חשובה למימוש עקרון הסולידריות. לפיכך, גם אם המימון הוא ציבורי, הממשלה אינה צריכה להיות המארגנת והמנהלת או הספקית של השירותים.

ביישום עקרונות המימון הציבורי חשוב להקפיד על שמירת הצדק והשוויוניות, כאשר מימון השירותים מבוסס על מיסוי או על משאבים אזוריים-מקומיים, דוגמת זה הקיים בפרובינציות של קנדה. על-פי רוב אזורים שונים מאופיינים בתנאים סוציו-אקונומיים ובמצבי בריאות שונים של האוכלוסייה. כלומר, יש הבדלים בין-אזוריים בצורכי הבריאות ובמשאבים הנדרשים כדי לענות עליהם. במקרים כאלה, צריכות רשויות מקומיות, או אזוריות, לפעול בשיתוף פעולה הדוק עם ממשל פדרלי או מרכזי על מנת להגיע להקצאה צודקת של משאבים בין-אזוריים. במצבים אלה משימתן של הרשויות הפדרליות, או של ממשלות מרכזיות, היא לבטל את הבדלי הנגישות באמצעות מימון המערכת, ואילו משימתם של הממשל או האדמיניסטרציה המקומית תהיה לטפל בנושאים הנוגעים לארגון ולניהול המערכת. על-פי רוב, המשאבים אשר ממשל פדרלי או מרכזי מעביר לרשויות מקומיות

כלליות של הממשלה ממיסוי. באוסטרליה, למשל, חלק מן ההכנסה מקורו ב"מס בריאות" המוטל על הכנסות פרטיות. הדרך השנייה ידועה לעתים בשם "המודל הקונטיננטלי" (Continental Model) והיא מקובלת, למשל, בגרמניה, בצרפת וביפן. היא מתבססת על הכנסות מביטוח סוציאלי המנוהל בידי חברות ביטוח, או קופות חולים המבוקרות בידי הממשלה.

מאמר זה מכליל את חברות הביטוח או קופות החולים במערכת המימון הציבורי. גישה זו ננקטה מאחר שבמרבית המקרים, אם לא בכולם – למעט ארצות הברית – "המבטחים" הם, למעשה, "שלוחות" של המדינה. הצטרפות לתוכנית, בין בתשלום ובין במה שמכונה "פרמיות ביטוח", והזכאות לסל שירותים בסיסי, הן בגדר חובה. זאת ועוד, הפרמיות מבוססות לרוב על הכנסה, ולא על מידת הסיכון הביטוחי של המבוטח. המבטחים מצדם, אינם יכולים לדחות מבוטח משיקולים של "סיכון גבוה". מערכות הבריאות של גרמניה וצרפת מדגימות היטב את מודל הביטוח הסוציאלי לפי הגדרה זו. בשתייהן ניתן לקופות החולים חופש מינהלי בתוך מערכת הנמצאת תחת פיקוח וויסות כבדים של הממשלה. בצרפת המימון הוא, למעשה, חלק ממערכת הביטוח הסוציאלי של המדינה. בשתי המדינות, גרמניה וצרפת, הממשלות מנסות להפעיל הגבלות גלובליות על הוצאה לבריאות.

שתי צורות היישום של עקרון המימון הציבורי נבדלות זו מזו בעיקר בהשלכות הפוליטיות והכלכליות שלהן. ביטוח סוציאלי

1986 ובניו-זילנד בשנת 1992, ושתי ההצעות המקיפות של הולנד וישראל¹².

למרות ש-96% מאוכלוסיית ישראל חברים באחת מארבע קופות חולים, קראה "ועדת נתניהו" לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיבטיח את זכותו של כל אזרח לשירות ויספק מסגרת חוקתית למימון ולהספקת שירותים. יתרה מזו, לחוק כזה יש מספר יתרונות מעשיים נוספים:

1. סיוע לדפוליטיזציה של מערכת שירותי הבריאות, בהטילו את האחריות לשירותי הבריאות על המדינה ובבטלו את הקשר בין הזכאות לשירות ובין חברות ארגונית אחרת, כגון החברות בהסתדרות העובדים הכללית או בארגון עובדים אחר;
2. קביעה ברורה של סטנדרטים לגבי הגדרות הזכאות של סל השירותים הבסיסי;
3. הבטחת הספקת סל השירותים הזה, בלא קשר למקור המימון ולמצבו הפיננסי; כאמור, יישום עקרונות מימון ציבורי אינו חייב להיעשות דווקא באמצעות תקציב המדינה.

ה. יישום עקרון המימון הציבורי

יש שתי דרכים עיקריות ליישום עקרון המימון הציבורי במערכת הבריאות. הראשונה ידועה בשם "מודל הקומונוולת" (Commonwealth Model) ומייצגת את השיטה המקובלת בבריטניה, בקנדה, בסקנדינביה, באיטליה ובאוסטרליה. היא מתבססת על הכנסות

12. עקרון המימון הציבורי בולט יותר במגזר בתי החולים, שבו בתי חולים ציבוריים או "מוכרים" מתוקצבים ישירות בידי המדינה. תופעה זו היא פועל יוצא של מסורת תמיכה כספית בבתי חולים מצד גורמים ונוסים דתיים. אף-על-פי כן, בתי החולים מתוקצבים כיום ישירות בידי ממשלות כאמצעי לריסון הוצאות (במגזר שבו ההוצאות עולות באופן חד), לתמיכה במחקר ובחינוך רפואי, להרחבת שוויוניות הנגישות ולהרחבת ביטוח מפני אסונות. דבר זה הוכיל לפיתוח מודל משולב במגזר בתי החולים. התוצאות של מצב זה יתוארו להלן.

וודהנדלר והימלשטיין מציינים, שבבריטניה הוצאות המינהל הן 4-6 אחוזים מתוך סך כל ההוצאות על בריאות, בהשוואה ל-22% בארצות הברית (Woodhandler & Himmelstein, 1991).¹³

אשר למימון באמצעות מיסוי מעסיקים – מרכיב חשוב של המודל האירופי והישראלי – חשוב לזכור, שבישראל – באופן ייחודי למדי – המעסיקים אינם פועלים כ"מתווכים" בין העובדים ובין המבטחים והספקים.¹⁴ המעסיקים מפרישים לקרן כללית – הביטוח הלאומי – ולא למבטחים-ספקים ישירות. דבר זה מעניק לעובדים באופן עקרוני שני יתרונות בולטים. ראשית, העובדה שהפרשות המעסיקים אינן מיועדות מראש למבטח זה או אחר מאפשרת לעובדים לבחור כל מבטח-ספק כרצונם ללא התערבות המעסיק. כלומר, סידור זה מקדם את התחרות בין קופות החולים ובין ספקי השירותים. שנית, המערכת משחררת את המעסיקים מן הצורך להביא בחשבון את הוצאות ביטוח הבריאות בעת שכירת העובדים, מאחר שה"פרמיות" שהם משלמים אינן תלויות ב"פרופיל" הבריאות של עובדיהם. יתר על כן, אם כל המקורות יופנו לאותה קרן, ניתן יהיה לאחד את המימון של המעסיקים יחד עם משאבים אחרים ולהקצות את סך כל המימון בהתאם למדיניות ממלכתית. בדרך זו ניתנת תמיכה לשוק פנימי של שירותים – במסגרת מגבלות הוצאה גלובליות – גם כאשר מימון המעסיקים הוא גדול.

ניתן להתנגד למערכת המורכבת ממבטחים רבים גם מנימוקים של צדק ושוויון, במיוחד כאשר סידורי הביטוח הם מקומיים, כמו אלה בגרמניה, וכאשר יש גם אפשרות לצאת

או אחר שהוא חובה, הוא "מס ייעודי" על הכנסה של יחידים ועל סך השכר שהמעסיקים משלמים ("מס מקביל"). אין אפוא קשר ישיר בין מס כזה – לטוב ולרע – ובין המיסוי הכללי: ניתן לזהות בכירור את המס עם ההוצאה לבריאות. פעילות במסגרת תקנות ממשלתיות מאפשרת ל"חברות ביטוח" ולגופים ציבוריים אך לא-ממשלתיים אחרים (para-statal) להעלות "פרמיות" לצורך מימון הוצאות בריאות במהירות רבה יותר משיכולה ממשלה להעלות באמצעות מסים ולהקצותם לבריאות. למרות זאת, כפי שעוד יוסבר בהמשך, הממשלה יכולה להשתמש בהפרשות לביטוח סוציאלי כחלק מן הכלים הפיסקליים שלה ואין בביטוח הסוציאלי באמצעות "חברות ביטוח", או גופים אחרים, משום הגנה מושלמת מפני מדיניות ממשלתית בתחום המיסוי והגבייה לצורכי בריאות.

הבעיה העיקרית היא, שהביטוח הסוציאלי, בצורה זו או אחרת, מביא למימון וכיסוי "ביטוחי" "מעשה טלאים". ביטוח עובדים ממומן בידי המעסיקים או האיגודים המקצועיים (כך בגרמניה, בצרפת, באוסטריה וביפן וכמובן בישראל), לפחות באופן חלקי. שכבות אחרות באוכלוסייה – המובטלים ואלה שפרשו מן העבודה, העניים, האוכלוסיות הכפריות והעובדים העצמאיים וקוקים לסידורי מימון חליפיים, הוררשים מעורבות ממשלתית בצורה זו או אחרת. ככל שמספר הגופים המממנים גדול יותר, גם הוצאות הגבייה והאדמיניסטרציה גבוהות יותר. לצורך השוואה מציין אוונס, שהוצאות הביטוח והמינהל בארצות הברית בשנת 1987 היו בערך 0.6% מן התל"ג ובקנדה רק 0.1% (Evans, 1990, p. 114).

13 זה כולל גם עלויות ביצוע של תשלומים פרטיים, ולא רק עלויות גבייה.

14 המעסיקים, שהם כחלקם מפעלים בבעלות ההסתדרות ובניהולה, יכולים להפעיל לחצים כדי להצטרף לקופת חולים זו או אחרת.

במובן זה שהם למעשה מסים על הכנסה ואין בינם לבין "פרמיות" ביטוח ולא כלום. בסוף שנות ה-80 הם היו 70% של מימון שירותי הבריאות. חמישית מן המימון מקורה בהכנסות כלליות הנובעות בעיקר מהכנסות ממסים פרוגרסיביים של הממשלה; בערך שליש מקורו בתרומות מעסיקים ("מס מקביל"), שהן אחוז קבוע של המשכורת המעוגן אף הוא בתקנון המיסוי; עוד חמישית מקורה בהפרשות ל"ביטוח" מרצון על הכנסה של חברי כל אחת מארבע קופות החולים. השאר — 30% בערך — מומן ישירות בידי משקי בית.

המחלוקת הפוליטית בישראל בדבר הפרשות החובה של המעסיקים לביטוח בריאות ("מס מקביל") מעניינת ומציגה את הסוגיה של "מס יעודי". משרד האוצר רואה בהפרשות חובה אלה חלק מן המימון שהממשלה מממנת את המערכת וטוען שחלקו במימון בשנת 88-1987 הגיע ל-51%, המורכבים מ-21% ממסים כלליים ו-30% שהתקבלו מ"מס מקביל".

משרד האוצר אף נוקט מדיניות המשתמעת

ממעגל הביטוח (Opting out). אפשרות זו מעניקה ליחידים יכולת לבטח את עצמם ולא לתרום למערכת הכללית, או לחלופין לקבל הטבות מס לצורך ביטוח פרטי. הולנד, למשל, ביטלה את האפשרות לצאת ממעגל המבוטחים ושוודיה ביטלה את הטבות המס לביטוח פרטי בשנת 1988. אחד האתגרים העומדים בפני המערכת הגרמנית, למשל, הוא להשוות פרמיות והטבות בין קופות ואזורים ולבטל את האפשרות הנתונה לשכבות האמידות לצאת ממעגל הביטוח שבפיקוח המדינה. דבר זה נעשה מנימוקים של שוויוניות וצדק חברתי, שמשמעותם היא שהאמידים תומכים בחלשים במימון שירותי בריאות. את זאת ניתן להשיג בצורה הטובה ביותר כאשר הכספים נגבים ומוקצים בידי גוף מרכזי, כפי שנהוג במיסוי הכללי.

במערכת הישראלית מצויות כל אפשרויות המימון הציבורי לשירותי הבריאות והיא אכן חשופה למורכבויות שהן אופייניות לכל אחת מהן. שלושת מקורות המימון הראשונים המוצגים בלוח מס' 2 מבוססים על הכנסות בעלות אופי של מימון ציבורי

לוח מס' 2. שינויים בהתפלגות מקורות המימון

מקור המימון	1978-79 אחוזים	1987-88 אחוזים
1. ממשלה וגופים ציבוריים*	45	21
2. הפרשות מעסיקים — "מס מקביל"	17	30
3. הפרשות חברי קופת חולים — "מס אחיד"	18	18
4. הוצאות משק בית ישירות**	20	31
	100	100

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1990, לוח 7, עמ' 135.

הערות:

* כולל הפרשות של 1%-2% מעיריות וממועצות מקומיות, כמו גם תשלומים ישירים של המוסד לביטוח לאומי בגין תשלומים לנשים שילדו ו"פרמיות" ביטוח ותשלומים לנוקיים ולקשישים.

** כולל תרומות והעברות סדטיות.

להסתדרות העובדים הלאומית השייכת אליה. מכאן, שדמי החבר לאיגוד העובדים נגבים יחד עם התשלומים עבור ביטוח רפואי, נוהג המסייע לפוליטיזציה של מערכת הבריאות. ועדת החקירה הישראלית המליצה על מימון שירותי הבריאות ב"מימון ייעודי"; כלומר, היא דחקה ברשויות לשמור על מקורות המימון הנוכחיים, אבל לאחד את מימון הממשלה ו"דמי החבר" לקופות החולים ל"מס הבריאות" על משקי בית (צירוף של פריטים 1 ו-3 בלוח מס' 2). המס יהיה זהה בעקרונותיו למס ההכנסה הנוכחי ויכול להיות אחוז קבוע ממנו, אבל הוא ייגבה באמצעות המוסד לביטוח לאומי, ולא בידי הממשלה. דרגות המס ודרגות מימון שירותי הבריאות תיקבענה בכנסת, על-פי המלצות שרי הבריאות והאוצר, אשר ייועצו עם מועצה מייצגת שתורכב ממומחים ממגוון של תחומים¹⁵. זאת ועוד, יותר לקופות החולים, לפי שיקול דעתן, לגבות דמי שימוש עד תקרת תשלום שתקבע הממשלה. בנוסף לכך, הממשלה יכולה גם היא להוסיף למימון הניתן למערכת על-פי שיקוליה, מעבר למחויבותה כלפי השכבות החלשות. פרט לדמי השימוש בשירות, אם ייקבעו, כל הכנסות המערכת תיגבנה ותוקצינה, בלא התחשבות במקורותיהן. מערכת המימון המוצעת נועדה להשיג מספר מטרות. ראשית, היא יוצרת קשר ישיר וברור (שקיפות) בין ציפיות הציבור ממערכת הבריאות ובין תרומתו למימונה. דבר זה משפר את הדיון והתהליכים הפוליטיים

מגישה זו. בזמן המאבק באינפלציה, בשנות ה-80, ניסתה הממשלה לשמור על כך שהאחוז של שני מקורות המימון הללו יחד יישמר קבוע, בהקטינה את החלק של ההכנסות הכלליות במימון הבריאות מ-45% ל-21% ובהגדילה את חלקו של ה"מס מקביל" מ-17% ל-30% (למרות ויתורים למעסיקים מעת לעת)¹⁶. תוך-כדי התהליך גדל המימון הפרטי מ-20% ל-31%.

לעומת זאת, שתי קופות החולים הגדולות — המבטחות יחד בערך 90% מן האוכלוסייה — טוענות שלמרות ש"המס המקביל" מעוגן בחוקי המס, מקורו בהסכמים בין איגודים מקצועיים למעסיקים, ולפיכך אינו צריך להיחשב חלק ממימון הממשלה במערכת. קופות החולים טוענות, ובצדק, שהמס הופקד בידי המוסד לביטוח לאומי, גוף ממלכתי, מסיבות של יעילות — עלות גבייה נמוכה — ועקרונות הצדק כפי שהוזכרו לעיל (ניתוק הזיקה בין המעסיק לחברת הביטוח) וגבייה לפי הכנסה וחלוקה לפי מדד "צורך" (שלא כאן המקום להרחיב את הדיבור עליו).

את "מסי החבר" קופות החולים גובות ישירות מן החברים או המבוטחים בקופות. מסים אלה מעלים סוגיה מרכזית נוספת בנושא מימון מערכות הבריאות. אשר לקופת החולים הכללית, ההפרשות הן חלק מדמי החברות להסתדרות העובדים הכללית, אשר העבירה בשנים האחרונות בערך 70% מהם לקופת החולים שלה. בדומה לכך, "קופת חולים לאומית" גובה דמי חברות ישירות, אבל העבירה 30% מסך כל התשלומים

15 יש מחלוקת קבועה בין משרד האוצר ובין משרד הבריאות בנושא זה ובנושאים דומים. משרד האוצר, מנקודת מבט משקית רחבה, מתייחס מטבע הדברים למסים ולהוצאות על בריאות כאל אמצעי מדיניות שיש להם השפעה על האינפלציה, התעסוקה, כושר התחרות בשווקים בינלאומיים וכו'. משרד הבריאות, המטפל במימון שירותי הבריאות, מתנגד לקיצוצי תקציב שיכרסמו בפעילותו.

16 מנגנון הגבייה כאן אינו מקרי. למרות שיש צידוק משיקולי עלויות גבייה להאחדת הגבייה של שתי המערכות (הממשלה והמוסד לביטוח לאומי), הדבר לא נעשה ולא הומלץ על מנת להרחיק את הממשלה מן הביטוח הסוציאלי ומתפרשות ייעודיות בחחומי הרווחה.

הכנסות (מלאה) למימון השירותים (Cost Recovery) באמצעות מחירים. מימון ייעודי "משחרר" אפוא את הממשלה מאחריות ישירה למגזר שהוא בעייתי מבחינת המימון, בלי להקריב עקרונות של מימון ציבורי ובלו להסיר את הפיקוח הממלכתי על ההוצאה.

ו. ארגון וניהול השירותים – "מחזיקי-תקציב"

ארגון צורת מתן השירות וניהולו, או ניהול התקציב הציבורי, לטובת האזרחים, התפתחו כפונקציות מיוחדות ומוגדרות במודל החדש. המגמה היא להפעיל פונקציות אלה באמצעות גופים מתחרים ב"שוק הפנימי", במסגרת תקציב ציבורי גלובלי. תנאי התחרות קובעים למעשה, שגופים אלה אינם יכולים להיות ממשלה או ביורוקרטיה ריכוזית אחרת. המטרה היא להפקיע מגופים ריכוזיים את התפקידים של ארגון צורת מתן השירות וניהולו, לא כל שכן את הספקתו, לטובת תחרות ורגישות לצורכי הצרכן.

על מנת להבין את המודל המתפתח יש לעשות הבחנה ברורה בין פונקציות ארגון השירות וניהולו (להלן הניהול) ובין פונקציית ההספקה שלו, כפי שמודגם בתרשימים מס' 1 ומס' 2. ההפרדה בין פונקציות הניהול וההספקה יוצרת שני נדבכים של תחרות לטובת הצרכנים – תחרות בין גופים מנהלים או "מחזיקי תקציב" ותחרות בין ספקי שירותים. מצב זה מאפשר את קיומם של מודלים אלטרנטיביים הן של ארגון והן של הספקת שירותים. את התחרות מעודדים בעזרת קיומם של גופים מנהלים וספקים רבים ובעזרת הפרדה בין פונקציית ניהול השירותים – יצירת קוני שירותים עבור

הקשורים לרמת מימון שירותי הבריאות. שנית, מימון המערכת מתבסס על מס פרוגרסיבי, בדומה למס ההכנסה, ומתבצע לפיכך על פי עקרונות הצדק והשוויונות שעל פיהם נקבע המימון הציבורי במדינה בכלל. שלישית, המערכת פועלת במסגרת תקציב ידועה ו"נוקשה". רביעית, אין קשר בין מקורות המימון ובין שימושיהם. דבר זה מקל על המערכת לא רק לקדם את עקרונות הצדק והשוויונות, אלא גם לקבוע מדיניות וקדימויות ומונע שירותים (ואוכלוסיות) אחדים להיות רגישים לתנודות במקורות מימון המיועדים להם.

הולנד הציעה לאחרונה רפורמות דומות, לפיהן (רוב) הכספים שנועדו לשירותי הבריאות שהם על בסיס מימון ציבורי, ייגבו בידי קופה מרכזית ולא בידי גופים פרטיים ולאחר מכן יחולקו שוב ל"קופות החולים" או לחברות הביטוח.

משרדי אוצר אינם אוהדים תקציבים ייעודיים משום שהם מגבילים את מדיניות האוצר, גם אם האוצר יכול לעקוף ייעוד תקציבים, כפי שהודגם לעיל במקרה של ישראל (ראה גם McLeary, 1991).

אלא שבמקרה של מערכת בריאות, ייעוד תקציבי עשוי להיות לטובת כל הצדדים. בניגוד למגזרים אחרים, מימון שירותי בריאות יכול להיעשות בעזרת מנגנון חלופי: חברות הביטוח וקופות החולים. גם כאשר יש פיקוח כבד על אלה, זו אפשרות גרועה מבחינה כלכלית: היא יקרה ומעניקה לאוצר עוד פחות חופש פעולה מאשר מס ייעודי.

יתרה מזו, בנושאים השנויים במחלוקת, כמו אלה הקשורים לשירותי הבריאות, ייעוד תקציבי עושה את המימון ואת הקצאת התקציבים לשירותי הבריאות פשוטים וגלויים. הדבר נעשה באמצעות הגדרת רמת שירותי הבריאות, שהציבור מוכן לשלם עבורה בלי להזדקק למערכת השוק, או לגביית

— נושא בחלק מן הסיכון הפיננסי הכרוך בהספקת שירותי בריאות.

בפני הצרכנים עומדת האפשרות לבחור, ברמה הראשונה בין גופים מנהלים וכרמה השנייה — בין ספקי שירותים. מידת חופש הבחירה בין הספקים תלויה באופי ארגון השירות וניהולו בידי הגוף המנהל או מחזיק התקציב. גוף זה עשוי להעניק לצרכן חופש בחירה המוגבל בצורה זו או אחרת. זהו אחד ההבדלים, למשל, בין קופת חולים הכללית ל"מכבי"; זו האחרונה מעניקה לחבריה חופש רב יותר בבחירת ספקי השירות.

כפי שצוין, מחזיקי התקציב או המנהלים יכולים להיות אזורים, לאומיים או צירוף של השניים, בהתאם לפילוסופיית הארגון וניהול השירותים, גודל האוכלוסייה ופיזור ואופי האדמיניסטרציה. במקרה של גופים אזוריים, הגופים המנהלים יכולים להיות הנהלות אזוריות, ולא קופות חולים. על-פי רוב אלה הן אדמיניסטרציות מקומיות, חלק מן הממשל. כך נהוג בקנדה, בבריטניה ובשוודיה, למשל. במקרה של גופים מארגנים-מנהלים לאומיים, אלה יכולות להיות קופות חולים לאומיות, דוגמת אלה הפועלות בהולנד ובישראל.

לכל אחת מן השיטות יש יתרונות וחסרונות, התלויים בעיקר בגודל האוכלוסייה ובצפיפותה. הפתרון האזורי טוב לטיפול בבעיות מקומיות. כאשר הגוף המנהל הוא חלק מאדמיניסטרציה ממשלתית (מקומית), הסיכוי ששיקולים פיננסיים קצרי טווח יהיו דומיננטיים, הם נמוכים. לפיכך הסיכוי הוא שתינתן תשומת לב רבה יותר לרפואה מונעת ולאיכות טיפול (לא בהכרח שירות). בשיטה הבריטית גם רשות הבריאות המקומית וגם ה-GP הם מחזיקי תקציב. הגיוני להניח, כפי שאכן קורה בשטח, שהרשות מטפלת בנושאים של רפואה מונעת יותר מאשר ברפואה קורקטיבית. יש כאן

האזרח — ובין הפונקציה של הספקת השירות — יצירת מוכרי שירות. כל ארגון מנהל יכול לארגן את צורת הספקת השירות כהבנתו, לרבות הספקת השירות לעצמו.

חוזי ההתקשרות בין הגורמים השונים במערכת הם כדלהלן: הגורם המממן, הגובה את ההכנסות עבור מערכת הבריאות (על בסיס עקרונות מימון ציבורי. ראה תרשים מס' 2), מפקיד את פונקציית ניהול התקציב בידי "מחזיקי תקציב". מחזיק-תקציב יכול להיות ישות ציבורית, כגון מנהל אזורי (כמקובל בשוודיה, או רשות הבריאות המקומית בבריטניה) או חברות "ביטוח" (כנהוג, במוכנים ידועים, בהולנד ובישראל). גם ספק שירות יכול להיות מחזיק תקציב מלא או חלקי (כגון הרופא בקהילה, ה-GP הבריטי). הכינוי מחזיק-התקציב מציין אפוא מנהל או נאמן להספקת הכסף הציבורי בחלקו או במלואו.

אנו יכולים לראות אפוא, שלצורך הספקת הסל כולו יש "שעטנו" של מחזיקי תקציב, כגון זה שהתפתח בבריטניה ושעליו ידובר בהמשך. מחזיקי התקציב אחראים אפוא להספקת השירותים באמצעות קנייתם בצורה זו או אחרת, הספקתם הישירה, או צירוף של שתי האפשרויות.

ההנחה היא, שמחזיקי התקציב, הממומנים בדרך כלל בשיטת קפיטציה, ידאגו להספקת השירות בצורה היעילה והאיכותית ביותר (Chernichovsky, 1993a). כאשר הגורם המממן מפקיד את הסל כולו, לרבות שירותי מניעה ואשפוז, בידי מחזיק תקציב או גוף מנהל אחד, ההנחה היא, שמנהל הסל יבחר את צירוף השירותים היעיל ביותר. בוודאי לא יהיה לו תמריץ להעמיס הוצאות על גורם אחר — תופעה הידועה בשם cost-shifting — מאחר שאותו גורם נושא בכל ההוצאות. יתר על כן, הגוף המנהל — עקב התקשרות בשיטת קפיטציה

כ"מחזיקות תקציב" המארגנות ומנהלות שירותים, ובין גופים שהם ספקי שירותים. היינו, המדינה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי אמורה להתקשר – במסגרת רשות הבריאות – עם הקופות כ"מחזיקות תקציב" או כמנהלות. הקופות מצדן תתקשרנה – בכל צורה הנראית להן – עם ספקי שירותים. הקופות יכולות להעניק את השירות בעצמן – כפי שעושה קופת חולים הכללית – או להתקשר עם גורמים פרטיים בצורה של תשלום עבור שירות או קפיטציה, כפי שעושות שאר הקופות הקטנות.

ועדת נתניהו ביטאה העדפה של קופות חולים המעניקות חלק מן השירותים בעצמן, כאמצעי לעידוד ארגונים שהם גם מנהלים ("מבטחים") וגם נותני שירות או (Health Maintenance Organizations) HMOs, קופות הנשענות על מערכת מרפאות הפועלות בקהילה, כפי שמקובל כיום בישראל.

מוסדות שהם "קופות חולים" או מחזיקי תקציב אינם רשאים, לפי הצעות הרפורמה הישראלית, לסרב לקבל אזרח המבקש להתקבל כ"חבר" בקופה. דבר זה נועד למנוע "סלקציה שלילית" – בחירת חברים שהטיפול בהם זול יחסית (אנשים צעירים ובריאים). יתרה מזו, אזרחים רשאים להחליף קופה מעת לעת. סידור זה נועד לעודד תחרות בין הקופות.

לפי המלצות הוועדה, נוסף על קבלת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי, הקופות רשאיות לגבות תשלום עבור שירות עד לתקרה שיקבע משרד הבריאות. עקב כך, כל הוצאה "עודפת" בגין טיפול תוטל על כתפי הקופה. הרשות לגבות תשלום עבור שירות מעניקה לקופות מכשיר נוסף להתחרות בינן

מעין "קונפליקט מובנה" – לטוב ולרע – במערכת. שני הגופים מתחרים ביניהם במידת מה ומשלימים זה את זה במידת מה. החיסרון הבולט של מערכת אזורית, המונעת פעילות "מנהלים" לאומיים שונים, הוא מניעת תחרות וחוסר האפשרות לנסות מגוון של שיטות הספקת שירותים, כפי שהדבר ניתן במקרה של קופות חולים לאומיות שונות הפועלות באיזור אחד, כמו בישראל. שיטה שיש בה אדמיניסטרציה ממשלתית מנהלת על בסיס אזורי היא יעילה כאשר המערכת עובדת מול ספקים פרטיים רבים המתחרים ביניהם. אז יש לצרכנים אפשרות כחירה רבה בין ספקים לממשל (קונה יחיד) ויש אפשרות טובה לבקרת התוצאות.

הפתרון על "בסיס לאומי" מאפשר מוסדות ניהול מגוונים, המסוגלים להתחלק עם מסגרת המימון הציבורי בסיכון הפיננסי של הספקת שירותי בריאות, והמנצלים יתרונות לגודל, קנייה מרוכזת וזולה, וניהול מרכזי טיפול והתמחות ארציים, המסוגלים בעיקר להתחרות בינם לבין עצמם. מוסדות כאלה עשויים אף לסייע לצמצום פערים בין אזוריים, ביחוד כאשר הם מאפשרים לחולים לנוע בין אזוריים. דוגמה טובה למצב זה הן קופות החולים בישראל.

ברור, שניתן לשלב את שתי האופציות. בישראל, למשל, המליצה ועדת נתניהו, שארגון וניהול השירותים יהיו נתונים בידי קופות חולים ארציות, אך הפועלות כמרכזי עלות אזוריים המדווחים להנהלות אזוריות, שהן חלק מן האדמיניסטרציה הממלכתית¹⁷. למעשה, הוועדה עשתה הבחנה מושגית ומעשית בין קופות החולים הממלאות בראש ובראשונה פונקציה של קופות חולים,

17 ועדת הישום של המלצות "ועדת נתניהו" קבעה, שקופות חולים יכולות להיות גם גופים פרטיים.

מוסדית. שילוב כזה אינו מחויב המציאות כמובן.

בתחום הספקת השירותים המודל המתפתח מבטא שתי מגמות, המחקות את מערכת השוק של ארצות הברית – שהיא מושא החיקוי של המודל החדש בתחום הספקת השירותים. מטרתן להגביר את התחרות בין ספקי שירותים. ניתן לראות במגמות אלה ניסיון לספק נדבך נוסף של תחרות במערכת – תחרות בין ספקי שירותים – בנוסף על התחרות הפוטנציאלית בין מוסדות המנהלים והמארגנים – מחזיקי התקציב. מטרתה של תחרות זו לעודד את צמיחתם של שירותים יעילים יותר ורגישים יותר לדרישות הצרכנים. המגמות הללו משקפות:

(1) ביזור הספקת השירותים בקהילה באמצעות ריבוי מספר ספקי השירותים, אך לא בהכרח, באמצעות רופאים העובדים כבודדים;

(2) האצת השילוב בין רפואה ראשונית לרפואה מונעת;

(3) עידוד הפרדה בין הרפואה הראשונית לאשפוז.

להלן יידונו כמה סוגיות המתלוות למגמות אלה.

1. מספר ספקי השירותים וגודלם
המטרה העיקרית של הגדלת מספר ספקי השירותים העצמאיים היא לעודד תחרות במכירת שירותים לגופים מנהלים, בין ציבוריים ובין לאו, ולאפשר בחירה מירבית לצרכן. שוק מרוכה ספקים גם מסייע למנהלי שירותים בצבירת כוח מונופסוני ביחס לספקי השירותים. כוח זה עוזר למוסדות

לבין עצמן. מאחר שלתשלום יש תקרה, התחרות ביניהן תהיה על גובה תשלום זה, אם ייגבה בכלל, ועל איכות השירותים¹⁸.

לסיכום, בדרך של העברת האחריות להספקת סל שירותים למוסד שהוא "מחזיק תקציב" או מארגן-מנהל שירותים, כגון קופת חולים, ניסתה ועדת נתניהו לעודד מודלים חליפיים של הספקת שירותים ולמנוע – באמצעות מתן הסל כולו לקופה – "העמסת הוצאות" בדרך של העברת חולים ממוסד בבעלות אחת למוסד בבעלות שנייה. האופי הלאומי של הקופות מאפשר פעילות של מספר קופות באותו איזור. הפתרון הישראלי דומה להצעת הפתרון ההולנדית ומסתייע במציאות שקיימות בה קופות חולים, למרות שעדיין אין ביטוח בריאות ממלכתי.

ז. הספקת שירותי בריאות

כפי שכבר נאמר, יש להפריד בצורה מושגית בין הספקת שירותים ובין ארגוןם וניהולם במסגרת מימון, המבוסס על עקרונות תקציב ציבורי. גופים מנהלים או "מחזיקי תקציב" יכולים לספק שירות את כל השירותים – רפואה ראשונית, שירותי רפואה מונעת, טיפולים מיוחדים ואשפוז – או חלק מהם, באמצעות מרפאות או בתי החולים, או לא לספקם כלל באופן ישיר. שיטת ה-HMO המלא, הקיימת בארצות הברית והשלטת בישראל, בעיקר בקופת חולים הכללית, משלבת את הארגון והניהול וכמעט את כל הספקת השירות באותה מסגרת

18 תשלום כזה עבור שירות הוא בכל זאת בעייתי, מאחר שהוא עלול להיות מכשיר לברירה שלילית. תשלום גבוה עלול לעודד הצטרפות אוכלוסייה בעלת יכולה לשלם. מכאן גם חשיבות התקרה.

מערכות הספקה ריכוזיות יותר, דוגמת זו שבשוודיה (Saltman, 1990) ובישראל, נתונות תחת לחץ לפצל ספקים גדולים. באותה עת מערכות מבוזרות המאופיינות ברופאים העובדים בקהילה כבודדים, כמו בקנדה ובבריטניה, נתונות בלחץ ליצור מרפאות קבוצתיות. מרפאות קטנות של קבוצות רופאים, המתחרות ביניהן (היכולות לשאת בחלק מן הסיכון בהספקת שירות בתקציב גלובלי ובחלק ממשומות הניהול) תהיינה אולי המבנה האופטימלי של שירותי הרפואה הראשונית במודל החדש¹⁹.

2. ספקי השירות לסוגיהם והיחסים ביניהם

כאינטראקציה בין ספקי שירות ניתן להבחין בשתי מגמות: הראשונה היא לשלב בצורה אנכית בין רפואה ראשונית ובין רפואה מונעת. המגמה השנייה היא להפריד, לפחות בניהול, בין הרפואה הראשונית ובין רפואת מומחים ואשפוז וליצור יחסי קונה-מוכר בין רפואה ראשונית לרפואה שמעליה.

בעקבות חיסולן של מחלות מדבקות רבות במדינות המפותחות, שירותי הרפואה ממלאים היום תפקיד משני יותר מאשר בעבר במניעת מחלה. לשינויים באורח החיים ובתנאי סביבה יש תפקידים הולכים וגדלים בקביעת רמת הבריאות. למצב זה יש מספר השלכות. ראשית, מבחינה טכנולוגית יותר קשה היום להפריד בין טיפול ראשוני לטיפול מונע²⁰. שנית, ככל שבריאותו של אדם תלויה פחות בבריאות זולתו, קטן הצורך בהתערבות המדינה בטיפול מונע²¹. נוסף על

המנהלים ולמדינה לסקח על עלויות. הדוגמה העיקרית למערכת מסוג זה היא המערכת הקנדית, שבה הפרובינציות גם מממנות וגם מנהלות שירותים, אגב רכישת שירותי רפואה ראשונית מרופאים פרטיים.

יחד עם זאת, למערכת מרובת ספקים קטנים יש מספר חסרונות, העלולים להשפיע לרעה על יעילות המערכת ועל איכות הטיפול. ראשית, ההוצאות לניהול ומינהל של יחידות קטנות גבוהות יחסית למערכת בכללה. יחידות קטנות הן "נושאות סיכון" גרועות ומשום כך אינן יכולות לקחת על עצמן חלק מן הסיכון הפיננסי ומהתחייבויות הניהול של הגופים המנהלים באמצעות לקיחת תשלום קפיטציה גלובלי, למשל, עבור המטופלים שלהן. מכאן, שככל שמספר ספקי השירותים הקטנים גדול יותר, כך גדל הצורך בגופים מנהלים מקצועיים. צורך כזה בולט בימים אלה במערכת הבריטית. המטרה של הפקדת תקציב השירותים (לפי שיטת הקפיטציה) כולו, או חלק גדול ממנו, בידי ה-GPs, או הפיכת רופאים אלה למנהלים או למחזיקי תקציב, נוסף על היותם ספקי שירותי רפואה ראשונית, מביאה לצמיחתן של קבוצות מומחים, שתפקידן לנהל סיכון ולעסוק בחלק מן הניהול העסקי של מספר GPs. אין צורך בקבוצות כאלה כאשר הספקים הם גדולים מספיק כדי לקיים מערכות סיכון וניהול כלכליות משלהם. נוסף לכך, הסברה היא שיחידות גדולות יותר, למשל, רופאים העובדים יחד במרפאה, יכולות לספק טיפול באיכות טובה יותר בזכות בקרת עמיתים (peer review).

19 יש תמריצים חשובים נוספים לרופאים העובדים במרפאות קבוצתיות. ציוד יקר עשוי להיות תמריץ להקמת מרפאות קבוצתיות. יתרה מזו, סידורי עבודה, בעיקר עבור רופאים (לדוגמה, חופשות), הם גמישים יותר במרפאות קבוצתיות.

20 לדוגמה, מעקב ובקרה של יתר לחץ דם היא אפשרות מונעת עיקרית בחברות מפותחות. דבר זה דורש תשומת לב רפואית מלאה, מעקב מונע וטיפול בעת הצורך.

21 התפשטות מחלת האיידס עלולה להביא לשינוי קו הטיעון הזה.

כך, כאשר גופים מנהלים עוסקים בעלויות, הם ייטו קרוב לוודאי לפתח אסטרטגיה ארוכת טווח עבור שירותי רפואה מונעת כדי לחסוך בהוצאות על שירותים רפואיים. משום כך יש עניין בשילוב שירותים מונעים עם שירותים קורטיביים לפחות מבחינה מינהלית. על אלה נוספים שיקולי תועלת ועלות. שירותים מפוצלים נוחים פחות מאשר שירותים משולבים לצרכנים המעדיפים לקבל את כל הטיפול הקהילתי מספק אחד במתקן אחד.

יחד עם זאת, נעשה ניסיון להפריד בין הבעלות והניהול של רפואה קהילתית ובין שירותי אשפוז. המטרה היא ליצור שוק של מוכרים וקונים לשירותים של בתי החולים ולשירותים מיוחדים ועל-ידי כך להגביר את התחרות. ברוב הדמוקרטיה המתועשות יש הפרדה בין מערכת הרפואה הראשונית ובין מערכת האשפוז. כלומר, שתי המערכות אינן מנוהלות בידי אותם גופים. לא זה המצב בבריטניה, למשל, או בקופת החולים הכללית בישראל. כאשר קיימת הפרדה בבעלות של המוסדות, עולה השאלה העקרונית כיצד לממן את בתי החולים. ניתן לתקצב את בתי החולים ישירות באמצעות הגוף המממן את השירות (למשל, הממשלה) או הגוף המנהל (קופת החולים), או באמצעות מכירת השירותים לגורמים המפנים לאשפוז. צירוף כלשהו של השניים אפשרי גם הוא.

מערכות המשלכות בצורה אנכית את הרפואה הראשונית והאשפוז או המתקצבות את בתי החולים באופן ישיר (כפי שתואר לעיל) מבטלות את כוחות השוק (יחסי מוכר-קונה) באינטראקציה בין הרפואה הראשונית לרפואה שניונית²². מצב דברים זה יוצר מספר בעיות. ברמת הרפואה הראשונית

האשפוז אינו עולה מאומה לאלה (הרופאים בקהילה) המפנים חולים לטיפולים מיוחדים או לאשפוז; לפיכך, יש תמריץ "לבעוט את החולה למעלה", לבית חולים, ולא לטפל בו בקהילה. תמריץ זה חזק במיוחד במערכת המשולבת באופן מלא; רופאים ראשוניים, במיוחד אלה שאינם מקבלים תשלום-עבור-שירות, יוצאים נשכרים מהתנהגות כזו מאחר שהיא מפחיתה את עומס עבודתם וגם את הסיכון הנובע מטיפול. התנהגות זו עולה בקנה אחד עם רצונם של מנהלי בתי החולים לשמור על שיעורי תפוסה גבוהים ובסופו של דבר להשיג משאבים רבים יותר לאשפוז. במערכות שבהן הרופאים בקהילה מקבלים תשלום עבור פעילות (למשל, בגרמניה, בצרפת, בקנדה ובאוסטרליה), הבעיה חמורה פחות, מכיוון שהפניית החולה לבית החולים עשויה להקטין את ההכנסה של נותני השירותים בקהילה.

ברמת האשפוז, במערכת המתוקצבת (באופן מרכזי), לא מוטלת אחריות תקציבית על אלה המפנים חולים לבתי-החולים. לפיכך, אין בית החולים נושא באחריות כלפי הגורמים המפנים והחולים עצמם. הכנסת בית החולים אינה נקבעת על בסיס של תפוקה, אלא על בסיס של תשומות. יתרה מזו, מערכות המתוקצבות מן המרכז נופלות לעתים קרובות ל"מלכודת יעילות": החוסכים נענשים בכך שחסכוניותיהם מתורגמים לקיצוצי תקציב. כלומר, המערכת המתוקצבת, בייחוד במערכת המשולבת באופן מלא, אינה נותנת שום תמריצים לחיסכון בהוצאות ולהגברת שביעות רצונו של הצרכן משירותי האשפוז.

כתוצאה מכך, המגמה היא לנתק את התקצוב מניהול האשפוז ולהביא ליחסים של "קונה-מוכר" בין הרופאים בקהילה, המפנים

22 במרבית הארצות המפותחות, במקרים רבים, בתי חולים המוכרים כמוסדות ציבוריים אינם בהכרח בבעלות המדינה. במקרים אלה הם מוסדות הזכאים לתקצוב ישיר מן הממשלה (כדומה לנהוג בצרפת, בקנדה ובאוסטרליה).

לוותר — על מוסדות אשפוז המתוקצבים ישירות מתקציב ציבורי או מתקציב מרכזי אחר. הוויתור הוא בצורת יצירת תאגידים הפועלים באמצעות הכנסה המותנית במכירת שירותים, במקום מוסדות הפועלים בעזרת תקציבים קבועים המבוססים על תשומות. כשל העובדה ש"הכסף נע עם החולים", חייבים תאגידים אלה, כדי לשמור על קיומם, להשקיע את מירב מאמציהם בטיפול ובטיפול רצונם של הצרכן ושל הרופא בקהילה. במערכת כזו מוסבת השליטה על הקצאת המשאבים לאשפוז מן המומחים הפועלים בבית החולים לרוכשי השירותים בקהילה. יצירתם של קוני שירותי אשפוז היא עניין מסובך יותר. הסוגיה המרכזית כאן היא מי "ינהל" את תקציב האשפוז או יקנה שירותים הולמים עבור הקהילה. כאן יש שתי אפשרויות: האפשרות הראשונה היא — הגוף המארגן והמנהל או המחזיק בתקציב שדובר עליו לעיל. האפשרות השנייה היא — הרופא הכללי בקהילה, היכול לפעול לבדו או בקבוצת רופאים. לפי האפשרות הראשונה, הגוף המנהל, גוף שאינו נותן שירות באופן ישיר (למשל, קופת חולים "מכבי") רוכש שירותי אשפוז למען הרופאים הכלליים בקהילה. לפי האפשרות השנייה, הרופאים הכלליים בקהילה נעשים מחזיקי תקציב אשפוז והם קונים שירותים מבתי חולים ומגורמים אחרים עבור החולים שלהם. לגופים מנהלים גדולים יש די כוח מיקוח כדי להשיג הסכמים רווחיים מבחינה פיננסית בינם ובין בתי החולים וספקי שירות מומחים אחרים. אחריותם של גופים אלה להספקת טיפול במסגרת תקציב קבוע ובסביבה חזרתית גורמת לכך שיפתחו מערכות בקרה, אשר תשפרנה גם את איכות הטיפול. וגם תבקרנה עלויות. גופים אלה עשויים גם להשקיע ברפואה מונעת כאמצעי לחיסכון בטווח הארוך.

לאשפוז, ובין רפואת מומחים ובתי החולים או השירותים האחרים העובדים על בסיס של הפניה. בדרך זו אלה היוצרים את העלויות, הגורמים המפנים — שבידם תקציב אשפוז — הם גם הסופגים אותם.

ביחסי קונה-מוכר יש מטרה סמויה לחשוף בתי חולים, המקבלים תשלום עבור שירותים ספציפיים, לתחרות מחירים, יותר מאשר לחשוף לאותה תחרות רופאים ושירותים בקהילה המקבלים תשלום על בסיס שכר, קפיטציה או סידור גלובלי אחר. ההצדקה לכך היא, שבת-חולים הם פחות עתירי עבודה משירותים בקהילה, במיוחד מרופאים פרטיים, ומשום כך יש טעם בתחרות מחירים בין בתי חולים היכולים לספוג עלויות בדרך של הנהגת שינויים בשיטות טיפול ובטכנולוגיה.

שנית, בניסיון לפקח על עלויות מניחים שבתחרות מחירים יסתייגו בתי החולים מהכנסת טכנולוגיות חדשות ויקרות, שאינן מוצדקות מבחינת יעילות-עלות. שלישית, והחשוב מכל, מתקבל על הדעת שגישה זו תחזק את הטיפול הקהילתי; רופאים בקהילה מקבלים עידוד להיות "שומרי סף" ולפקח על תקציב עבור סל השירותים כולו ולגרום לכך שבתי החולים יהיו אחראים מבחינה תקציבית בפני רופאים אלה.

3. מוכרים וקונים שירותי אשפוז ורפואת מומחים

קל יותר ליצור "מוכרים" של שירותי אשפוז ורפואת מומחים מאשר ליצור "קונים" לאותם שירותים. מוכרים של שירותים אלה יכולים להיות בתי חולים שהם תאגידים ציבוריים עצמאיים (Public Self Governing Hospital Trusts), כמו שנעשה בבריטניה ובשוודיה, למשל. במקרים אלה למדינה (ברמה פדרלית או מקומית) יש בעלות ושליטה ישירה — שעליהם היא רוצה

ולמעורבות של המגזר הפרטי ולתחרות בניהול ובהספקת השירותים, המדינה נושאת באחריות הסופית להספקה סדירה של טיפול רפואי איכותי במגבלות ההוצאה (לא בהכרח רק תקציב) שהיא קבעה. מחויבות זו היא רק חלק ממחויבויותיה האחרות, המקבלות משנה תוקף במסגרת המודל המתפתח. מחויבויות אלה הן קביעת מדיניות, איסוף והספקת מידע, סיוע בפיתוח המערכת, מימון מחקר והכשרה, פיקוח על מונופולים ומונופסונים ועוד. ניתן למלא מחויבויות אלה באמצעות בקרה ופיקוח כלליים, פיקוח על התקשרויות חוזיות במערכת הבריאות וגם באמצעות אפיקים אחרים של מימון ומעורבות ציבוריים. אמצעים אלה יידונו בקצרה להלן.

1. קביעת מדיניות

קביעת מדיניות היא מחויבות בסיסית של המדינה בכל דרגות הממשל. אם הממשלה מבטיחה לציבור בצורה זו או אחרת סל שירותים תוך-כדי הגבלת ההוצאות הכרוכות בהספקתו, עליה לקבוע קדימויות ולהבטיח את מילואן באופן יעיל, איכותי והוגן. דבר זה מחייב קביעת דרישות במשאבים והבטחת קריטריונים ומנגנונים להקצאתם בצורה שתסייע להשגת מטרות המערכת.

מעבר לאחריותה למדיניות לטווח קצר המדינה ממשיכה להיות אחראית לקווי מדיניות, שיש להם השלכות ארוכות טווח על המערכת, במיוחד בכל הנוגע לחינוך רפואי והכשרה, לאימוץ טכנולוגיה חדשה ולהקצאת משאבי אנוש ומשאבים אחרים ברמה האזורית.

2. קפיטציה ואופי ההתקשרויות

החוזיות במערכת הבריאות

על-פי המודל החדש, היחסים בין מנגנון מממן למנגנון מנהל שירותים, שיטת

לעומת זאת, יחידות קטנות יותר – רופאים כלליים העובדים לבד או במרפאה קבוצתית – מיטיבים פעמים רבות לדעת מה הם צורכי החולה ויכולים להחליט החלטות לטובת החולה ולשפר את שביעות רצונו. אולם הם תסרים הן את היכולת לשאת בסיכון הפיננסי, בייחוד כזה הנובע מניצול תקציב אשפוז, והן את כוח המיקוח בעת המשא-ומתן עם בתי החולים.

על-פי המלצות ועדת נתניהו תהינה קופות החולים בישראל "מתזיקות התקציב" הנושאות באחריות לסל שירותי הבריאות הציבורי כולו, לרבות שירותי מניעה. למרות שהדבר הוא בבחינת רצוי בלבד, המליצה הוועדה, שהקופות לא תנהלנה את בתי החולים שלהן, כדי למנוע מערכת משולבת באופן מלא.

בנושא זה יש להצעת הרפורמה הישראלית, המבוססת על מערכת קופות החולים הנוכחית, כמה יתרונות. ראשית, היא מקטינה את ניגוד האינטרסים שבין הרופאים בקהילה ובין ה"הנהלות האזוריות", בניגוד למצב הקיים בבריטניה, שם הרופאים הכלליים בקהילה והנהלות הבריאות האזוריות (DHAs) גם יחד אמורים לקנות שירותי אשפוז מתאגידי בתי חולים. שנית, קופות חולים יכולות לשאת ב"סיכון" פיננסי גדול יותר. שלישית, הן מסוגלות לפעול טוב יותר נגד המונופולים האפשריים של בתי החולים המקומיים. יחד עם זאת, קופות החולים בישראל עלולות ליצור לחץ מונופסוני על בתי חולים מקומיים קטנים ולהעמיד את קיומם בסכנה.

ח. מחויבות המדינה (מעבר

למימון ציבורי)

למרות המרחב הגדול הפתוח לתחרות

האפשר, העדפת מבוטחים בעלי סיכון נמוך בידי גופים מנהלים וספקי שירות ובאמצעות פיקוח על מידת הסיכון שהגופים נוטלים על עצמם. פירוש הדבר, שהממשלה צריכה לקבוע את "חוקי המשחק" בין קוני השירותים, המנהלים את הקופות, ובין מוכרי השירותים, הספקים.

מגוון סוגיות הפיקוח הבסיסיות, שיהיה צורך לעסוק בו, מובא בתרשים מס' 4, המציג את הקצוות של מצבים אפשריים. באופן אידיאלי, רצוי שיהיו מוכרים רבים וקונים רבים, כלומר שתהיה תחרות אמיתית במסגרת ההוצאה הגלובלית וכוחות השוק התחרותי יקבעו את המחירים ואת אופי החוזים (צד ימין בתחתית תרשים מס' 4).

במקרה זה ניתן להפחית את התערבות הממשלה למינימום. כמו־כן, אפשר שלא תידרש התערבות הממשלה כאשר יש מוכר בודד – מונופול, וקונה בודד – מונופסון. התיאוריה הכלכלית אינה מסבירה היטב כיצד ייקבעו אופי ההתקשרויות והמחירים בין המוכר לקונה בשוק כזה. ההנחה היא, שתהיה התמקחות ובמהלכה יגיעו הן הקונה והן המוכר להסכם לפי "אסטרטגיה של הישרדות הדדית", שכן האחד תלוי בשני לצורך קיומו. מצב כזה קיים למשל, לפחות

ההקצאה והפיצוי העיקרית במערכת היא שיטת הקפיטציה או תשלום לנפש. הקפיטציה מתיישבת עם עקרונותיו היסודיים של המודל החדש משתי בחינות: ראשית, היא מבטיחה שליטה גלובלית על הוצאות באמצעות התקשרויות המבוססות על קביעת תקרת עלויות; שנית, היא מאפשרת הקצאה תופשית של משאבים באמצעות גופים מארגנים – מנהלים המתקשרים בחוזים על הזכות לספק שירותים לאוכלוסייה בצורה יעילה (Chernichovsky, 1993a).

הקפיטציה באה, למעשה, במקום שוק ביטוח רפואי "כושל" (Arrow, 1963). גופים מנהלים וספקים, המקבלים תשלום באמצעות הקפיטציה, נושאים בחלק מן הסיכון הפיננסי הכרוך בהספקת סל השירותים הבסיסי, שבגינו נעשתה התקשרות עם הגורם המממן. בשיטת הקפיטציה על הממשלה לדאוג להגברת התחרות בין מנהלי שירותים (קופות) מחד גיסא ובין מוכרי שירותים, מאידך גיסא. אבל באותה עת, עליה לדאוג לחוסנם הכלכלי של כל הגופים במסגרת התקציב הגלובלי, בנוסף להבטחה של הספקת שירות הולם ואיכותי. הממשלה יכולה למלא משימה זו בקביעת נוסחת קפיטציה המבוססת על קבוצות סיכון. הדבר נעשה כדי להפחית, ככל

תרשים מס' 4. מוסדות מנהלים וספקי שירותים – הצגה סכמטית של יחסים אפשריים

מוסדות מנהלים קונים

	רבים	בודד
מונופסון / מונופול	מונופסון	מונופול
מונופול	תחרות	

מ) ו י ר י (ס)
ס פ ק י ס

בשירותים, עלויות ותפוקות ולהשתמש בממצאים שאספה כדי לעצב את המדיניות ולממשה. אלה דרושים, בין השאר, לצורך פיתוח קריטריונים וכלים להקצאת משאבים ציבוריים לשירותי הבריאות, לאזורים, למנהלי שירותים או לקופות חולים.

מאחר שלמדינה יש גם עניין בריסון הוצאות ובקידום יעילות, עליה לזהות שירותים יעילים ולהפיץ מידע מתאים על מנת לקדם את יעילות המערכת. מידע מסוג זה חשוב להגדרת דרישות משאבים עבור המערכת והוא חשוב למשאומתן עם מנהלים וספקי שירות בעת קביעת אופי ההתקשרויות החוזיות במערכת (מחירים וכו') והפיקוח עליהן.

המדינה צריכה גם להבטיח שוויוניות בנגישות לשירותים ובאיכות הטיפול. פונקציות אלה חשובות במיוחד במסגרת המודל החדש מאחר שמנהלי השירותים, ובמידה פחותה יותר ספקי השירותים, מתוקצבים מראש בדרך כלל בשיטת הקפיטציה. תנאים אלה עלולים להביא להעדפת מטופלים בעלי סיכון נמוך הן בעת קבלת מבוטחים והן בטיפול בחולים. מנהלי וספקי שירות, בניסיון לקצץ בעלויות, עלולים להוריד את הסטנדרטים של הטיפול (Van de Ven & Van Vliet, 1990; Chernichovsky, 1993a).

אף-על-פי שארצות הברית מקדימה את כל המדינות בפיתוח טכנולוגיית מידע ניהולי (Enthoven, 1989), דווקא בריטניה – בזכות המערכת שלה – עושה שימוש מירבי בנתונים רלוונטיים (לצורך הקצאת משאבים) ברמות האזוריות והארציות. במסגרת המודל החדש חשוב לספק מידע מתאים לצרכנים. כפי שצוין קודם, במדינות מפותחות גוברת החשיבות של דעת הצרכן לעומת דעת המומחים. שינוי זה נובע בחלקו מעליית רמת המודעות והידע של הציבור

תיאורטית, ביחסים בין בית החולים "סרוקה" בבאר-שבע והנהלה המחוזית של קופת חולים במקום.

התערבות הממשלה לצורך קביעת אופי החוזה והמחירים תידרש בדרך כלל במצב של מונופול או מונופסון ודומיהם על מנת שגופים אלה לא ינצלו את מעמדם בשוק, כפי שעלול לקרות באזורים מרוחקים. במקרים אלה התערבות הממשלה לא תהיה שונה מהתערבותה במגזרים אחרים במשק ובחברה, במקרים דומים. יחד עם זאת, יש לה תפקיד גדול יותר במגזר הבריאות בשל אחריותה הישירה למערכת.

כחלק מן המאמץ לפקח על אופי התקשרויות המערכת המדינה יכולה לפתח מנגנונים של פיצוי ומחירים, כגון שיטת הקפיטציה וה-DRGs. בתנאים אלה לא יהיה זה נכון מצד הממשלה לספק "רשתות ביטחון" לגופים כושלים. רשתות כאלה רק תחזקנה את התמריצים השליליים לגופים ובכך גם את הסבירות לכישלונם הכלכלי. למרות זאת, אין מנוס מביטחונות אחדים, במיוחד בתקופת מעבר ומשבר. ה-Medicaid, למשל, מספק כיסוי "להגנה מפני הפסד לא צפוי" ל-HMO, כדי למנוע התמוטטות כלכלית של גופים אלה כתוצאה ממצבים לא שגרתיים.

3. מידע

על המדינה לאסוף מידע עדכני על מערכת הבריאות. למרות שהמדינה, לפי המודל החדש, מתירה ללקוחות, למנהלים ולספקים למצות את תפקידם בארגון ובניהול ברמת המיקרו, עדיין מוטל עליה לסייע בהשגת יעילות ואיכות טיפול ושירות ואת זאת היא תעשה באמצעות איסוף, ארגון והפצת מידע מתאים לציבור.

לצורך אלה על המדינה, ראשית, לאסוף נתונים על אפידמיולוגיה, שימוש

החינוך והמחקר, ובוודאי מבחינת הספקת השירותים.

מחקר עשוי להיות נושא פחות חשוב מאשר חינוך. בהקשר של דיון זה בכל המערכות, לרבות המערכת הציבורית, המחקר מבוסס לעתים קרובות בעיקר על קרנות (soft funds) הניתנות כמענק מטעם הממשלה וגופים אחרים²³. כאשר מחקר מתבצע מתוך תקציבים שהוקצו לשירות, רצוי שלא יתבצע כלל, מאחר שעלול להיות בכך פגם ציבורי. לפיכך, אפילו בתחום זה אולי ראוי שתיעשה הפרדה ברורה של מחויבות ואחריות תקציבית לגבי מימון ומטרות.

ובחלקו מן ההכרה הגוברת שבריאנות תלויה בהרגלי חיים אולי אף יותר מאשר בטיפול רפואי. לפיכך, בכלכלות מפותחות חינוך לבריאות הוא דרך חשובה לשיפור הבריאות, באופן שבו מושגת תועלת-עלות מירבית. מידע מתאים גם מגביר תחרות, שהיא מאבגי היסוד של המודל החדש. מידע רלוונטי עשוי לאפשר לצרכנים לבחור להם מנהלי וספקי שירותים באופן מושכל יותר, ובכך לשפר את שביעות רצונם ואת יעילות המערכת בכלל. בהצעות הרפורמה ההולנדית, למשל, מושם דגש רב על תפקיד הממשלה בעדכון שוטף של הצרכנים בכל הקשור לענייני בריאות, כולל מידע על מנהלי וספקי שירות.

ט. אתגרים

למיישמי רפורמות המודל המתפתח ולמנהלי המערכות החדשות צפויים אתגרים. אתגרים אלה הם בעיקר בשילוב מערכות פרטיות וציבוריות, בפיתוח והשקעה בטכנולוגיה חדשה, בשמירה על גמישות המערכת ובהתמודדות עם קבוצות אינטרסים.

1. השילוב הציבורי-פרטי של שירותי הבריאות

על-פי המודל המתפתח, ניהול והספקת השירותים יכולים להתבצע באמצעות גורמים פרטיים. בכל מקרה אלה צריכים להיות, אם לא גופים פרטיים, אזי מוסדות ללא כוונת רווח, שהם עצמאיים ולא ממשלתיים. האתגר המרכזי הוא אפוא שילוב כספים פרטיים וציבוריים בנקודות ניהול השירות והספקתו.

4. חינוך ומחקר רפואיים

בסביבה תחרותית, והדבר אמור בעיקר לגבי בתי חולים, מובע לעתים החשש שחינוך ומחקר רפואיים נתונים בסכנה, למרות שלחשש זה אין חיזוק במציאות על-פי הניסיון האמריקני, שהוא דוגמה מוכחת לכך שהחינוך והמחקר הטובים ביותר יכולים להתקיים בסביבה תחרותית לחלוטין. כאשר חינוך רפואי מסובסד מסיבה זו או אחרת, הממשלה צריכה להגדיר בצורה ברורה את אמצעי המימון המתאימים ואת האחריות לגביהם.

במקרים רבים, במיוחד בישראל, מימון הכשרת רופאים ואחיות הפך להיות חלק בלתי נפרד ממערכת הספקת השירות. יתרה מזו, חינוך רפואי (ומחקר) הפכו להיות לא פעם מטרות בפני עצמן, לשביעות רצונם של ספקי השירות ולא של הציבור הרחב, ועל חשבון הספקת השירותים. לפיכך, תקציב מוגדר ואחריות ברורה רצויים גם מבחינת

23 לעתים קרובות אנשי המקצוע, האחראים על "קרנות רכות" למחקר, הם אלה המתנגדים לשאת באחריות לכספים המוקצים לשירות.

המימון הפרטי חשוב במודל המתפתח בגלל סיבות אחדות. הראשונה והחשובה היא, שתקצוב מרכזי וקביעת תקרה של הוצאות עומדים בסתירה לעקרון הבחירה החופשית. בחברה חופשית אין למנוע מיחידים להוציא את כספם כטוב בעיניהם במסגרת החוק. שנית, הוצאה פרטית, יותר מאשר הוצאה ציבורית, עשויה לשקף את רצונותיהם של יחידים ומשום כך הוצאה פרטית יכולה "להדריך" את המימון הציבורי במונחים של העדפות הצרכן וקדימויותיו. שלישית, כסף פרטי יכול להשלים מימון ציבורי, אם שתי צורות המימון מטופלות כיאות, זו לצד זו.

אף-על-פי כן, העיקרון המנחה במימון ציבורי של שירותי בריאות הוא, שאם יש צורך בשירות כלשהו – בהתאם להגדרה הציבורית של "צורך" – יש להבטיח את השירות באופן ציבורי. יחד עם זאת, לאזרח יש זכות ליהנות מתנאי נוחות פיסיים, שידו משגת לשלם עבורם: חדרים פרטיים, בחירה ברופאים וכו'. יש לו גם זכות לבטח את עצמו מפני הסיכון לשאת בהוצאות אלה. כמובן, יש תחומים אפורים רבים בהגדרות הסכוכות של "צרכים" ו"תנאי נוחות". מקומו של חולה בתור לניתוח אלקטיבי, למשל, שהוא חלק מסל השירותים הציבורי, אינו יכול להיחשב חלק מ"תנאי הנוחות", מכיוון שהדבר יערער את הנגישות השוויונית לטיפול הממומן בידי הציבור, והרי זו אחת הסיבות למימון ציבורי. האתגר הוא לעזור לאנשים לבחור בצורה מושכלת ולעודד מימון פרטי לסבסוד מגוון פעולות ציבוריות – ולא להיפך – בלי לסכן את

אופיים הפרטי של השירותים שנרכשו באופן פרטי.

השאלות הבסיסיות בתחום הביטוח הפרטי הן: האם בני אדם אכן קונים כביטוח זה שירות שהוא שונה מן השירות שהם זכאים לו על-פי ה"חווה" הציבורי? ואם כן, האם קנייה זו באה על חשבון הציבור שאינו מבוטח בביטוח פרטי או המשלם מכיסו בצורה אחרת?

מבוטחים בביטוח פרטי, בבתי חולים ציבוריים למשל, לא תמיד נהנים מתנאים טובים יותר מאשר חולים המבוטחים בביטוח ציבורי. אם וכאשר הם זוכים לתנאים טובים יותר, אפשר שהדבר בא על חשבון חולים המבוטחים בביטוח ציבורי. זו המציאות בבתי חולים ציבוריים באוסטרליה, למשל, שם חולים פרטיים וציבוריים נמצאים בכפיפה אחת (Waldby, et al., n.d.)²⁴.

ככלל, בהשוואה למערכת שהיא חסרת ביטוח לחלוטין – המבוססת על תשלום-עבור-שירות בלבד – מערכת המבוססת על ביטוח פרטי היא צודקת יותר מבחינה שוויונית. אולם, בהשוואה למערכת המבוססת על עקרונות של מימון ציבורי, ביטוח פרטי תורם לאי-צדק, משום שהוא תלוי בהכנסה, במיוחד בשל העובדה, שככלל המבוטח הפרטי עשוי לקבל טיפול רב יותר וטוב יותר מאשר מי שאינו מבוטח, לפחות בשירותים קהילתיים ופרטיים.

באוסטרליה, שם מקובל ביטוח פרטי לצד ביטוח ציבורי בבתי החולים הציבוריים, הביטוח הפרטי הוא בדרך כלל תלוי-הכנסה. דווקא אלה הנוטים באופן טבעי לבטח את עצמם באופן פרטי הם הקשישים

24 יש להדגיש בהקשר זה, שהאחריות הממשלתית הבסיסית במקרה זה היא להבטיח שחברות הביטוח תבטחנה תנאי נוחות שאכן זמינים במערכת, ושהן לא יטעו את הציבור בהבטחות שוא כביטוח שירותים, שבסופו של דבר אי אפשר לספקם.

ככלל, ברמת הרפואה הראשונית עלויות הון אינן שיקול חשוב ומשום כך ניתן להכלילן בפיצוי הניתן לנוחן השירות. ברמות רפואה גבוהות יותר אפשר להגדיר "השקעות גדולות", בעיקר בטכנולוגיה יקרה וחדשה, העשויות להיות מעין מוצר ציבורי, במונח שיעילותן הכלכלית עלולה להיות נמוכה, אלא אם כן מובטח להן ביקוש רחב דיו. לפיכך ממשלות שיש בהן מגוון רחב של תפיסות ואידיאולוגיות, נוטות לפקח על השקעות הון מסוג זה במערכות הבריאות שלהן. פיקוח כזה נע מדרישה ל"תעודת צורך" (certificate of need), כפי שנעשה לגבי השקעה פרטית בבתי חולים בארצות הברית, עד ליצירת מונופול (מקומי או מרכזי) של הממשלה על השקעות כאלה, כפי שנהוג בקנדה או בשוודיה, למשל.

האתגר הוא לזהות ולהגדיר השקעות כאלה ובד בבד להישמר מפני יצירת בעלות של המדינה על מתקני בריאות, או מפני מעורבותה הישירה בהספקת טיפול, בניגוד לתפיסה של המודל החדש. אם הממשלה ממשיכה להיות המקור הבלעדי למימון של השקעות שונות, יהיה קשה לנתק את הקשר בין תקציב ציבורי ובין מה שקרוי מתקנים ובייחוד בתי חולים "ציבוריים".

ועדת נתניהו הציעה שתי דרכים לטיפול בסוגיה זו. דו"ח הרוב (בעמדת הרוב) המליץ, שהמדינה תוסיף לממן מה שקרוי "השקעות גדולות". דעת המיעוט (בעמדת הרוב) של מחבר מאמר זה בנושא זה היא, שבעת הצורך המדינה תהיה ערבה בלבד להשקעות אלה, בעוד שהאחריות והבעלות יישארו בידי גופים מנהלים וספקים, היינו קופות החולים. ראוי לחזור ולומר, שאם הגופים המנהלים של השירותים או מחזיקי התקציב הם גדולים דים, כגון קופות החולים הישראליות, הם

שיכולתם הכלכלית היא הנמוכה ביותר והם גם אלה הזקוקים ביותר לשירותי הבריאות; יחד עם זה, יכולתם לשפוט את הביטוח שהם קונים היא נמוכה ביותר (Wilcox, 1991).²⁵

כאשר ביטוח ומימון פרטיים באופן כללי אינם מופרדים בנקודת מתן השירותים מן המימון הציבורי, הדבר עלול להעמיד בסכנה את מטרות המימון הציבורי (Chernichovsky, 1993b).

2. השקעה, פיתוח וטכנולוגיה חדשה
השקעה ופיתוח במערכת הבריאות קשורים קשר הדוק ברכישת טכנולוגיה חדשה. דברים אלה ממשיכים להיות אתגר גם במסגרת המודל החדש.

עקרון התחרות בהספקת שירות גורס, שהקצאת המשאבים בידי גופים מנהלים וספקים היא רציונאלית. פירושו של דבר, שגופים אלה מפוצים על כל עלויותיהם בערכי שוק – כולל עלות תשומות הון (בניין וציוד). לפיכך ניתן לטעון, שיש לשלם למנהלי ולספקי שירות – בכל הרמות – את העלות הכוללת של הטיפול, כולל עלות ההון. מציאות כזאת מותירה את החלטות ההשקעה בידי גופים אלה, בין השאר על מנת שיוכלו להשתמש בהשקעותיהם לצורך משיכת לקוחות באופן תחרותי.

יחד עם זאת, יש עניין ציבורי במניעת "השקעות יתר". ראשית, מצב כזה תורם לאינפלציה בשירותי הרפואה, משום שהוא יוצר תמריץ לשימוש בציוד זמין, במיוחד כאשר הוא ממומן באופן פרטי. יתרה מזו, הדבר תורם לבזבז, עניין העשוי להיות מכריע כאשר הציוד מיובא. גם האלטרנטיבה של "תת-ניצול" התשתית ההונית אינה רצויה.

25 וילקוקס טוענת עוד, שאין מיידעים את הציבור בנוגע לזכויות ועל מלוא האפשרויות שהביטוח הפרטי מציע.

להתפתח "שווקים שחורים ואפורים" ותפקידו של המימון הפרטי עלול לגדול בניגוד לתפיסת המודל החדש. כל אלה יתרחשו, ללא ספק, גם אם יקוצצו השירותים וההכנסות של הצוות הרפואי. דבר זה התרחש בישראל במהלך שנות ה-80 וכעת הוא מתרחש במדינות הגוש המזרחי לשעבר. מדיניות מתאימה והחלטית עשויה לסייע למניעת התפתחויות מסוג זה, העלולות לערער את יכולת הקיום של המערכת לטווח ארוך. מדיניות כזו יכולה לקבוע תחומי שירות שבהם יבוצעו קיצוצים. היא יכולה גם להציע קווים מנחים לדיון מחודש בתשלומים עבור שירות ובהתקשרויות בין גורמים שונים במערכת ולניתוב מימון פרטי לצד מימון ציבורי בדרכים שלא יהיו מנוגדות לעקרונות שעליהם מושתתת המערכת. מדיניות כזו יכולה להסתייע רבות במערכת מימון מרכזית ואחידה.

4. אינטרסים

ניסיונות רפורמה עומדים תמיד בפני התנגדויות של קבוצות עניין ולחץ, המחזיקות בדעות שונות ובאינטרסים שהם לעתים מנוגדים. למרות אופיים קצרה-טווח של אינטרסים שונים, הם עלולים להיות חזקים דים כדי לסכל ניסיונות רפורמה, גם אם הם חסרים מניעים פוליטיים ואינם משרתים קבוצת אינטרסים זאת או אחרת. זו הסיבה, למשל, לעמדתו המסורתית של איגוד הרופאים האמריקני (AMA) נגד ה-HMOs ולתמיכתו בשיטת תשלום-עבור-שירות. עמדה זו הולכת ונחלשת נוכח מצב השירותים בארצות הברית. דוגמה אחרת מציעות ישראל והולנד: במדינות אלה תמכו קבוצות שונות וגופים שונים בהקמת ועדות עצמאיות לרפורמה, אך בדיעבד הם מסרבים לתמוך בהמלצותיהן.

הדרך היחידה להביא לשינוי במערכת

יכולים לטפל בהשקעות גדולות גם ללא התערבות המדינה. זו אחת ההצדקות לקיומם של גופים "מחזיקי תקציב" גדולים.

3. גמישות

בשל אופייה הציבורי של מערכת הבריאות מבחינת המימון, אין מנוס מ"שעבוד" המערכת למדיניות הכלכלית הכוללת של הממשלה. גם אם המימון הוא ייעודי, המערכת אינה מחוסנת מפני מדיניות כזו, כפי שכבר ראינו לגבי המערכת הישראלית בנושא ה"מס המקביל". זהו מחיר הערבות הציבורית למימון מערכת הבריאות. המערכת צריכה לקיים אפוא מידה של גמישות, שתאפשר לה לפעול ברמות משתנות (גם כלפי מטה) של מימון.

הדבר מסתייע במודל החדש בכמה אופנים. כאשר כל המשאבים הפיננסיים מרוכזים בקרן אחת, ניתן לפזר את המקורות במערכת באופן שווה בלי ל"חשוף" פעילות כלשהי לתנודות במקורות מימון ידועים. לדוגמה, במערכת הישראלית שינויים בתקציב ממשלתי חושפים בראש וראשונה שירותים, שהם במימון ישיר של הממשלה (בריאות ציבור, בריאות הנפש, ובתי חולים ממשלתיים), לשינויים תקציביים אלה.

קרן מרכזית מסייעת למערכת לשמור על שוויוניות בעוד שהיא משנה את המטרות ואת העדיפויות בהתאם למימון. יחד עם זאת, מרגע שנקבעו רמות השירות, שקיבלו גושפנקה של "צורך" בעיני הציבור, קשה להוריד את הרמות הללו. בעיה זו מחריפה בעיקר עקב אי גמישות (כלפי מטה) של מערכת השכר של כוח האדם הרפואי, שהיא ההוצאה העיקרית במערכת.

כאשר יש מצוקה תקציבית המערכת ניצבת אפוא מול מספר סכנות. התשתית והציוד עלולים להיפגע ובעקבותיהם גם איכות הטיפול והשירות. כמובן שעלולים

חברתית רגישה. שיתוף הפעולה ביישום רפורמה מצד אנשי הרפואה הוא מכריע, במיוחד לאור אופיו הכלכלי והמינהלי של המודל החדש.

מאחר שמדינות שונות ממשיכות בחיפושן אחר עקרונות למערכת בריאות יעילה, אל להן לשכוח שתקציב מרכזי ותקרת עלויות עומדים בסתירה לעקרון הבחירה החופשית, שהוא מאשיות הדמוקרטיה. ביזור ותחרות בניהול ובהספקת טיפול עשויים להותיר נושאי מפתח בלתי פתורים, כגון כיצד לנצל את יתרונות הגודל ואת המימון הריכוזי ואת ההשקעות בטכנולוגיה חדשה ויקרה. אזורים קטנים ופריפריים אף עלולים לא להפיק כל תועלת מהתחרות במערכת.

יש להתמודד עם סוגיות אלה וגם עם סוגיות חדשות נוספות שתעלינה בעתיד, באמצעות יצירת מערכת שירותי בריאות, שבה ה"פרטי" וה"ציבורי" משלימים זה את זה בדרך המנצלת את היתרונות היחסיים של כל אחד מהם. כך תממשנה מטרותיה של מערכת שירותי הבריאות בצורה היעילה ביותר.

דמוקרטיה היא, מן הסתם, מנהיגות חזקה. באופן פרדוקסלי אולי, המערכות הישנות במדינות הגוש המזרחי לשעבר עשויות לעמוד בפני התנגדות קטנה יותר לשינוי נוכח תהליכי שינוי כלליים ומסיביים, המעניקים הזדמנויות לשינוי מהותי גם במערכות הבריאות. הזדמנויות כאלה לעתים אינן קיימות בדמוקרטיה המתועשות.

י. סיכום

מאמר זה ניסה לעמוד על אתגרים ופתרונות שהועלו בעת החיפוש אחר עקרונות לגיבוש מערכות בריאות יעילות בעולם. אין מערכת אידיאלית ואי אפשר להעתיק מערכת ממדינה אחת לחברתה. גם במודל המתפתח, כפי שתואר לעיל, נשארו אתגרים גנריים – כלליים – בצד אתגרים שהם מיוחדים למערכות שונות. יתרה מזו, סוגיות חדשות עוד תעלינה במשך הזמן. רפורמות הן עניין יקר מבחינות רבות ותמיד יש להן מתנגדים, בין השאר משום שטיפול רפואי הוא סוגיה

ביבליוגרפיה.

- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, ירושלים, 1990.
- Abel-Smith, B., "World Trends in Health Care Financing and Delivery", International Symposium on Health Care Systems, Taiwan, Dec. 18-19, 1989.
- Arrow, K.J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, Vol. 53 (1963), pp. 942-973.
- Blendon, E.J. et al., "Satisfaction with Health Care Systems in Ten Nations", *Health Affairs* (Summer 1990). pp. 185-192.
- Chernichovsky, D., "Economic Dimensions of the Crisis in the Israeli Health-Care System; Key Principles and Proposals for Reform", JDC-Brookdale Institute Research Report RR-28-91, Jerusalem, 1991.
- Chernichovsky, D., "Capitation Revisited; the Case of Israel", 1993a (Processed).
- Chernichovsky, D., "Is the Mix Right? Private-Public Mix in the Australian Health Care System", 1993b (Processed).
- Contandriopoulos, A.P., "Regulation and Performance of Health Systems", in: World Health

- Organization, *Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe*, Report on a meeting held by WHO, Geneva, 22–26 April 1991.
- Cullis, G.J. & West, G.P., "French Health Care: Viewpoint A — System X?", *Health Policy*, 5 (1985), pp. 143–149.
- Culyer, A.J. et al., "Alternative Systems of Health Care Provision: An Essay on Motes and Beams", in: Olsen M. (ed.), *A New Approach to the Economics of Health Care*, 131–150, American Enterprise Institute, Washington D.C. 1989.
- Enthoven, A.C., "Managed Competition: an Agenda for Action", *Health Affairs* (Summer 1988), pp. 25–47.
- Enthoven, A.C., "What Can Europeans Learn from Americans?", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement (1989).
- Enthoven, A.C., "Internal Market Reform of the British National Health Service", *Health Affairs* (Fall 1991), pp. 60–70.
- Evans, R.G., "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation", *Journal of Health Politics and Law* (Spring 1983).
- Evans, R.G., "Tension, Compression and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15 (1) (1990), pp. 101–129.
- Gerdtham, Ulf-G. et al., "A Pooled Cross-Sectional Analysis of Health Care Expenditure of the OECD Countries", 2nd Congress on Health Economics, University of Zurich, 1990.
- Her Majesty's Stationery Office (HMSO), *Working for Patients*, London, 1989.
- Hurst, W.J., "Reforming Health Care in Seven European Countries", *Health Affairs* (Fall 1991), pp. 7–21.
- McClelland, A., *In Fair Health? Equity and the Health System*, Background Paper 3, National Health Strategy, Melbourne, 1991.
- McLeary, W., "The Earmarking of Government Revenue: A Review of Some World Bank Experience", *World Bank Research Observer*, 6 (1) (1991).
- Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs, *Changing Health Care in the Netherlands*, The Hague, 1988a.
- Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs, *Changing Health Care in the Netherlands*, Rijswijk, 1988b.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, OECD, Paris, 1990.
- Saltman, B.R., "Competition and Reform in the Swedish Health System", *Milbank Quarterly*, 68 (4) (1990), pp. 597–819.
- Saltman, B.R. & Von Otter, G., "Competition and Reform in the Swedish Health System", *Health Policy* 7 (1987), pp. 21–40.
- Scheiber, J.G. & Poullier, J.P., "International Health Care Expenditure Trends: 1987", *Health Affairs* (Fall 1989).
- Scheiber, J.G., Poullier, J.P. & Greenwald, L.M., "Health Care Systems in Twenty Four Countries", *Health Affairs* (Fall 1991), pp. 22–38.
- Scheiber, J.G. & Poullier, J.P., "International Health Expenditure and Utilization Trends", *Health Affairs* (Fall 1988).
- The Manchester United Friendly Society, "Rates Rise, But Why?", *The Communicator*, Melbourne (March 1991).
- Twaddle, C.A. & Hessler, M.R., "Power and Change: The Case of the Swedish Commission of Inquiry on Health and Sickness Care", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 11 No. 1 (Spring 1986), pp. 19–40.
- U.S. General Accounting Office (GAO), *Health Care Spending Control: The Experience of France, Germany, and Japan*, Washington D.C., 1991.

- Upton, S., "Your Health and Public Health; A Statement of Government Health Policy", Wellington, 1991.
- Van de Ven, W.P.M.M & Van Vliet, R.C.J.A., "How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Insurance Market", 2nd World Congress in Health Economics, University of Zurich, September 1990.
- Waldby, J.C. et al., "The Influence of Health Insurance Status on the Organisation of Patient Care in the New South Wales Public Health System", Faculty of Medicine, University of Sydney, n.d. (Mimeo).
- Wilcox, S., *A Health Risk? Use of Private Insurance*, Background paper No 4, National Health Strategy, Melbourne, 1991.
- Woodhandler, S. & Himmelstein, D., "The Deteriorating Administrative Efficiency of the United States Health Care System", *New England Journal of Medicine* (1991), pp. 1253-1258.

טיפול רפואי למי – הפעלת העדפות ציבוריות

מאת פרופ' אלן מיינרד*

על המאפיינים של אדיאולוגיות מתחרות – ליברליות (כוחות השוק) ושל הלייבור, או תנועת "העבודה" (קולקטיביסטיות) – ולבדוק את הנתק בין המאפיינים האידיאליים של מערכת שירותי הבריאות על-פי כל אחת מן האדיאולוגיות ובין האופן שבו כל מערכת כזאת פועלת למעשה, ולהסיק כמה מסקנות לגבי תכנון מדיניות בריאות. הניתוח שואף להיות אובייקטיבי, אך ברור שהמחבר שותף לעמדתו האדיאולוגית של ריצ'רד טיטמוס, גם אם הפירוש הניתן לעמדה זו בשנות ה-90 יש בו בהכרח הפנמה של טיעונים ההולמים יותר גישה סוציאליטית-ליברלית.

ב. מה הן מטרותיה של מערכת שירותי הבריאות?

המאפיינים של אדיאולוגיית השוק ושל האדיאולוגיה הקולקטיביסטית מובאים בקיצור בלוח מס' 1, שנלקח מחיבוריהם

א. מבוא

תכנונה של מדינת רווחה בכלל ושל מערכת שירותי בריאות בפרט חייב לשקף את ההעדפות הציבוריות. הדיון בנושא מדיניות הבריאות כולל בתוכו בדרך כלל איזושהי עמדה אדיאולוגית. לפיכך, כאשר דנים ברפורמה במערכת הבריאות חשוב לומר בבירור ולזהות בבהירות את ההנחות האדיאולוגיות המקופלות בכל אחת מן ההצעות המועלות.

גישה כזאת אינה בהכרח נוחה לפוליטיקאים, משום שלעתים קרובות הם נאלצים להתמודד עם שדולות חזקות. בשל כך הם ניגשים לרפורמה כמו שסרטן הים מתקדם – בדרך עקלתון ובאופן שאינו ניתן לחיזוי מראש. לא פעם "התקדמות" פוליטית נעשית על-פי הגישה ה"מרקסית" לחיים: "היושר וההגינות הם סוד החיים. אם אתה יכול לזייף אותם – הצלחת" (גראוצ'ו מרקס).

מטרתה של הרצאה זו היא לעמוד

* פרופסור לכלכלה ומנהל המרכז לכלכלת בריאות באוניברסיטת יורק, אנגליה.
הרצאה מס' 8 לזיכרו של ריצ'רד טיטמוס. ניתנה ביום 18 במאי 1992 בבית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

לוח מס' 1. עמדות שנוהגים לקשור עם האידיאולוגיות המתחרות

השקפה ב'	השקפה א'	אחריות אישית
<p>תמריצים אישיים להשגת הישגים הם דבר רצוי, אך כישלון כלכלי אינו זהה לשחיתות מוסרית או לפחיתות ערך חברתית.</p>	<p>החירות האישית להגשת הישגים חשובה מאוד והיא נחלשת כאשר מגישים לבני אדם תגמולים בלי שהם עמלו למענם. יתרה מזו, תגמולים המתקבלים ללא מאמץ מחלישים גם את הכוח המניע להשגת רווחה כלכלית וכתוצאה מכך, בגלל הקשר ההדוק בין הרגשת רווחה מוסרית ובין המאמץ האישי להשגת הישגים, מתערערת הרגשת הרווחה המוסרית.</p>	דאגת החברה
<p>לא דוחים פעולות צדקה פרטית, אך היא נחפסת כמסוכנת-ככוח מבחינה מוסרית (מפני שלעתים קרובות היא משפילה את המקבל ומשחיתה את הנותן) וכדרך כלל היא אינה מחולקת באופן צודק. נראה, שעדיף להקים מנגנונים חברתיים היוצרים ומעודדים אצל אדם את היכולת לדאוג לעצמו ושהם נגישים בכפוף לכללים ברורים ככל הנוגע לזכאות ומיושמים בידי החברה באופן צודק ותוך קבלת ברכתה הגלויה של החברה בכללותה.</p>	<p>דרוויניזם חברתי מכתוב כביכול אדישות חסרת רחמים כלפי גורלם של אלה שאינם מסוגלים להצליח. לפי עמדה קיצונית פחות, צדקה, שרצוי היה שתתבצע תחת חסות פרטית, היא המכשיר הנאות, אך יש להפעילו בתנאים שנקבעו מראש בזהירות; למשל, המקבל הפוטנציאלי חייב לגייס תחילה את כל משאביו הוא, וכאשר ינתן לו הסיוע, רצוי שלא ימצא במצב טוב מזה של מי שמקיים את עצמו בכוחותיו (הוא עקרון "הזכאות הפחותה").</p>	חופש
<p>חופש נתפס כקיומן של הזדמנויות אמיתיות לבחירה; למרות שאילוצים כלכליים יש בהם באופן גלוי כפייה פחותה משיש באילוצים פוליטיים, אילוצים אלה הם ממשיים לא פחות מן האילוצים הכלכליים ולעתים קרובות הם מגבילים באופן אפקטיבי את הבחירה. תופש אינו בלתי ניתן לחלוקה וניתן להקריב אותו בתחום אחד כדי להשיג חופש רב יותר בתחום אחר. ממשלה איננה איום חיוני על יחידים בחברה, אלא היא האמצעי שבעזרתו יחידים משיגים מרחב גדול יותר של פעולה (כלומר, חופש אמיתי רב יותר).</p>	<p>יש לחתור לחופש כטוב העליון בפני עצמו. כפייה מחלישה הן את האחריות האישית והן את הביטויים מרצון של דאגה חברתית. תכנון בריאות ריכוזי ומתן תפקיד נרחב לממשלה במימון שירותי בריאות נתפסים כהגבלה חסרת הצדקה של חופש הלוקחות כמו גם של אנשי המקצוע הרפואה. לפיכך הרפואה הפרטית נחשבת חומת-מגן נגד רודנות.</p>	שוויון
<p>מאחר שהצידוק המוסרי היחיד לשימוש בהישג אישי כבסיס לחלוקת תגמולים הוא שלכל אדם יש הזדמנויות שוות להגיע להישג כזה, יש לשים את הדגש העיקרי בשוויון הזדמנויות; כאשר אי אפשר להבטיח זאת, מערער הדבר את הערך המוסרי של ההישג. שוויון נתפס כהרחבתו לרבים של החופש שממנו נהנים רק מעטים.</p>	<p>שוויון בפני החוק הוא מושג-המפתח, והוא תופס את המקום הראשון, אולם ניתנת קדימות לחופש כל אימת שיש קונפליקט בין השניים.</p>	

המבקשים אותם. הממשלה היא המחליטה, באופן מפורש, כמה תשלם החברה לרכישת שנים נוספות של חיי איכות (QALY). לפיכך, סוג זה של קיצוב במערכת הוא גלוי, אבל סוגי הטיפול, שהם אולי מועילים, אך מניבים מספר מועט של שנות חיי איכות, לא יזכו על-פי שיטה זו למימון. דוגמה טובה לגישה זו ניתן לראות בההצעות לקיצוב שירותי הרפואה שהועלו במדינת אורגון שבארצות הברית (Klein, 1991; Maynard, 1992).

מה צריכה להיות אפוא המטרה של מערכת שירותי בריאות? הליברל, המעוניין להגדיל ככל שרק אפשר את חופש הפרט, רוצה לארגן את מערכת הבריאות בעזרת שווקים פרטיים המספקים שירותי רפואה וכיסוי ביטוחי המאפשר לקנות אותם. אולם, את המשאבים המוקצים לכך (והנגישות לטיפול) הוא רוצה להשאיר לנכונותו וליכולתו של היחיד לשלם.

הקולקטיביסט, המעוניין בהשוויית ההזדמנויות והאפשרויות של האדם להיות חופשי ולהתקדם, רוצה לארגן את מערכת שירותי הבריאות כך שבידי הממשלה תהיה השליטה במקורות הפיננסיים, ואם אפשר – גם בהספקת השירותים, ושהקצאת המשאבים הרפואיים תיעשה על בסיס יכולתו של המטופל להפיק תועלת מן הטיפול.

בלהט הוויכוח על מדיניות מתערפלת ההבחנה בין המטרות ובין האמצעים של שתי האידיאולוגיות. המפלגות היריבות מתאמצות להגביר את התמיכה בדרכן בכך שהן מטשטשות את ההבדלים בין עמדותיהן. גם הדבקות במטרות השונות משתנה במשך הזמן בדרכים המשקפות דפוסים בינלאומיים של אמונה.

תנועת העבודה הציונית שאפה ליצור בארץ-ישראל חברה צודקת; דובריה, דוגמת נחמן סירקין (1898), דגלו ב"צדק, תכנון

של דונבדיאן (Donabedian, 1971) ושל מיינרד וויליאמס (Maynard & Williams, 1985).

הגישה הליברלית ("ימנית" ו"פרידמנית" הם שמות נוספים לתיאור גישה זו) שואפת להקצות את שירותי הרפואה על בסיס נכונותו ויכולתו של היחיד לשלם. למיעוט באוכלוסייה שחסרים לו האמצעים לשלם תגיש המדינה סיוע. המאפיינים הבולטים בגישה הליברלית הם אחריותו האינדיווידואלית של היחיד וביזור בקבלת ההחלטות. התערבות ממשלתית בשוק שירותי הרפואה נתפסת כאיום על חופש היחיד וגם כוויתור על אחריותו האישית ומביאה להחלשת הנכונות לעזור לזולת. בעיני הליברלים, החופש הוא המטרה הראשונה במעלה הצריכה להנחות את התנהגותם של היחיד והחברה.

הקולקטיביסט מעוניין בראש וראשונה בשוויון הזדמנויות. כל עוד ההזדמנויות להצלחה אישית מחולקות באופן בלתי שווה, המאבק להשגת השוויון הוא הדרך להרחבת תחולתו של החופש, שרק מעטים נהנים ממנו, על רבים נוספים. הקולקטיביסט שואף להקצות את שירותי הרפואה על בסיס של צורך. דבר זה דורש שמי שמקצה את המשאבים יעשה שיקול טכני כדי לזהות מי הם החולים שיפיקו את התועלת הרבה ביותר מן הטיפול במונחים של שיפור תוחלת החיים ואיכות החיים של המטופלים; כלומר, עקרון התועלת של הקולקטיביסטים מחייב, שמשאבי טיפול מצומצמים יועדו לאותם מטופלים, שרבים הסיכויים שהטיפול בהם יניב את את המספר הגדול ביותר של שנות חיי איכות (Quality Adjusted Life Years, QALY) או בעלות נמוכה ככל האפשר.

הצעד השני בשיטה המבוססת על צרכים הוא קבלת החלטה חברתית מפורשת באיזו מידה כדאי להגיש שירותי רפואה לאלה

לוח מס' 2. השוק: האידיאל והמצוי

המצוי	האידיאל'	
		ביקוש
1. רופאים פועלים כסוכנים והם מתווכי הביקוש למען הצרכנים.	1. היחיד הוא השופט הטוב ביותר של רווחתו.	
2. עדיפויות נקבעות על-פי כללי ההחזר הכספי של קרנות ביטוח.	2. עדיפויות נקבעות על-פי הנכונות והיכולת של היחיד לשלם.	
3. מאחר שהכיסוי של הביטוח הפרטי הוא פעילות הנעשית לשם רווח, מידת מה של הערכת הסיכון היא בלתי נמנעת, לפיכך הכיסוי אינו מלא והוא בלתי אחיד ומצוות את נכונותו ויכולתו של היחיד לשלם.	3. הביטוח הפרטי ממתן את אופיו הלא-יציב והסיכוני בכוח של הביקוש.	
4. ניסיונות לשנות את התחלקות ההכנסה והעושר באופן בלתי תלוי נתקלים בהתנגדות בנימוק שהם הורסים תמריצים (שאחד מהם הוא יכולתו של העשיר לרכוש שירותים רפואיים רבים יותר).	4. נושאים הקשורים בצדק יטופלו במקומות אחרים (למשל, מערכות המס והביטוח הסוציאלי).	
		הספקת שירות
1. מה שרווחי ביותר לספקים אינו תואם בהכרח את טובתם העיקרית של הצרכנים, ומאחר שלא הצרכנים ולא הספקים יודעים באופן ברור מספיק מה משרת את טובת הראשונים, הדבר משאיר בידי הספקים שיקול דעת רחב.	1. רווח הוא הדרך הנאותה והיעילה להניע ספקים להיענות לצרכים של מבקשי שירות.	
2. עדיפויות נקבעות לפי המידה שבה אפשר להניע צרכנים להיפרד מכספם ועל-פי העלות של סיפוק דפוס ה"ביקוש".	2. עדיפויות נקבעות לפי הנכונות והיכולת של בני אדם לשלם ועל-פי העלות השולית של ההיענות למבוקש.	
3. מניע הרווח יוצר תמריץ חזק לפיצול השוק ולנוהגי אפליה במחירים וגם לכריחת הסכמים כובלים עם אנשי מקצוע אחרים.	3. לספקים יש תמריץ עז לאמץ שיטות של העלות הנמוכה ביותר של הספקה.	
		מנגנון התאמה
1. נעשה שימוש בכללי אחיקה מקצועית כדי להקשות על התחרות הגלויה.	1. ספקים מתחרים רבים מבטיחים שמחירי ההיצע יהיו גמוכים וישקפו עלויות.	
2. הצרכנים חסרים מידע על האיכות והכישורים, ומאחר שהם מבוטחים, הם עלולים לעשות יד אחת עם הרופאים (נגד המבטחים) ו"לנפח" את העלות.	2. צרכנים הבקיאים בעניינים מסוגלים לחפש לעצמם את דרך הטיפול הטובה מבחינה העלות הכספית שלה.	
3. הערמת קשיים על הכניסה למקצוע והגבלת מספר המתקבלים, כדי לשמור על רווחיות.	3. כאשר הטיפול הרפואי רווחי במחירי השוק, ייכנסו אנשים רבים יותר למקצוע הרפואה, ולפיכך ההיצע יענה לביקוש.	

לוח מס' 2 (המשך).

המצוי	האידיאלי
4. כג. שר יש ירידה בביקוש, הרופאים מרחיבים את טווח הפעילויות ודוחקים הצדה דיסציפלינות סמוכות.	4. לעומת זאת, אם העיסוק ברפואה אינו משתלם, יעזבו אנשים את המקצוע או יפסיקו להיכנס אליו עד שתשוב המערכת לשיווי משקל.
1. הצרכנים שופטים את המערכת לפי יכולתם להשיג מישהו שיעשה את מה שהם זקוקים לו בלי שיעשה אותם "עניים מבחינה רפואית" או ישנה יותר מדי את הערכת הסיכון שלהם.	1. הצרכנים שופטים את השיטה לפי יכולתם להשיג מישהו שיעשה מה שהם מבקשים – מתי, היכן ובאופן שהם רוצים זאת.
2. יצרנים שופטים את המערכת לפי איכות החיים שהם יכולים להפיק ממנה.	2. יצרנים שופטים את השיטה לפי טיבה של הפרנסה שהם יכולים להפיק ממנה.

של שירותי הרפואה. הליברלים מבקרים את מעשיה של השיטה הקולקטיביסטית ומעלים על נס את אידיאל השוק שלהם. הקולקטיביסטים מבקרים את מעשיה של שיטת השוק הליברלית ומשבחים את רעיונותיהם הסוציאליסטיים. קיטוב זה בין האידיאל ובין המעשה במערכות בריאות מתחרות מוצג באופן תמציתי בלוחות מס' 2 ו-3 (Maynard & Williams, 1985), תוך הבחנה בין היצע, ביקוש, מנגנוני התאמה וקריטריונים של הצלחה.

אלה האחרונים מעניינים במיוחד. התוצאה האידיאלית בשוק פרטי היא, שהצרכן מקבל את מה שהוא רוצה בזמן ובמקום שהוא דורש זאת ובצורה המספקת את ציפיותיו ואת צרכיו הרפואיים. ספק השירות מעריך את הצלחת השוק על-פי טיב הפרנסה שהפיק ממנו, הלכה למעשה. אבל הצרכן מעריך את המערכת על-פי יכולתה לספק את הטיפול הרפואי שהוא רוצה בו, בלי שזו תשפיע על מידת הסיכון שלו ובלי שתהפוך אותו לנזקק מבחינת יכולתו להשיג עזרה רפואית.

בתוצאה האידיאלית של מערכת שירות

הגיוני וסולידריות חברתית" (צוטט אצל Doron & Kramer, 1991, עמ' 12). גם במדינת ישראל, כמו במקומות אחרים בעולם, מתנהל עתה ויכוח על תפקיד הממשלה ועל עתידה של מדינת הרווחה. בעוד שה"שמאל" עודנו דוגל ביצירת חברה צודקת ושוויונית יותר, האידיאולוגיה שממנה ניזון חלק נכבד של המדיניות הציבורית בעולם כולו משקפת דאגה לחופש הפרט ולאחריותו, ואלה מגבירים את אי-השוויון בנגישות לצורות שונות של סיוע שהחברה מספקת.

ג. רטוריקה של מדיניות:
ההבחנה בין האידיאל ובין
המעשה

לא זו בלבד שהוויכוח האידיאולוגי מעורפל, אולי במתכוון, בשעה שהמפלגות הפוליטיות מבקשות את תמיכת הציבור; בלבול דומה קיים גם ברטוריקה של האידיאולוגיות המתחרות בכל הנוגע לפעולתן של דרכים תלויות לארגון המימון וההספקה

לוח מס' 3. שירות הבריאות הלאומי בכריטניה: המציאות והאידיאל

האידיאל	המצוי
ביקוש	
1. בני אדם, כאשר הם חולים, בדרך כלל אינם מסוגלים לשקול היטב את טובתם.	1. הרופאים פועלים בתור סוכנים ומאבחנו את צורכי לקוחותיהם.
2. העדיפויות בנוגע לצרכים נקבעות לפי שיקולים חברתיים.	2. העדיפויות נקבעות על-פי מעמדו המקצועי של הרופא, לפי הערכתו את מצב החולה, ולפי נטייתו המשוערת של החולה לעזור בעיות.
3. מתן שירותים חינם עושה את טבעו הסיכוני בכוח של הביקוש לשירותי רפואה בלתי רלוונטי.	3. פטור מן הצורך בתשלום כספי ישיר בנקודת קבלת השירות והעדר דירוג סיכוני מאפשרים לחולים לחפש טיפול גם במקרים שוליים או כאלה שאין בהם צורך.
4. מאחר שאין סיכוי שהחלקות ההכנסות והעושר תהיה צודקת באשר לצורך בטיפול רפואי, יש לבודד את שירות הבריאות הלאומי מהשפעתה.	4. ניסיונות לחקן אי-צדק במערכת החברתית והכלכלית בעזרת נגישות מבדילה ומפצה לשירותי הבריאות מובילים להישענות על השירות הרפואי בנסיבות שבהן אין סיכוי שימצא לבעליה פתרון מוצלח מבחינת העלות.
הספקה	
1. אתיקה מקצועית ומסירות לשירות הציבורי הם המניע הנאות, תוך התמקדות בהצלחה בריפוי או בטיפול.	1. מסירות מקצועית אישית והנעה היונקת את ההשראה מן הציבור קרוב לוודאי שייחלשו ויתנוונו לציניות אם אחרים, שאינם שותפים לרגשות אלה נתפסים כמצליחים יפה בנקטם התנהגות שהיא באופן בוטה אנוכית.
2. העדיפויות נקבעות לפי המקום שבו ניתן להגיע לשיפורים הגדולים ביותר בשוליים בתחום הטיפול והריפוי.	2. עדיפויות נקבעות לפי מה שמביא את הסיפוק המקצועי הרב ביותר.
3. הגבלה שנקבעה מראש על המשאבים הזמינים יוצרת אצל הספקים מניע חזק לאמץ שיטות הספקה שעלותן היא הנמוכה ביותר.	3. מאחר שיעילות מבחינת עלות אינה מקובלת כאחריות רפואית נאותה, לחצים מסוג זה רק מעוררים מתח בין "אנשי מקצוע" ל"מנהלים".
מנגנוני התאמה	
1. בקרה מרכזית על הפעילות מבטיחה ביקורת על יעילות ההספקה של השירות ולחץ של ההנהלה שהמערכת תהיה יעילה מבחינת העלות.	1. מאחר שאין צורך לפקט נתוני העלות למטרות של גביית תשלום, לא נוצר בדרך השגרה מידע שימושי רב על העלות.
2. קלינאים שהם בקיאים בעניינים מסוגלים להמליץ לחוליהם על הטיפול היעיל ביותר מבחינת המחיר.	2. הקלינאים יודעים רק מעט על העלות ואין להם תמריץ ישיר לפעול על-פי המידע שבידיהם ולפעמים יש להם אפילו מניעים שליליים (כלומר הורדת העלות עלולה לעשות את החיים קשים יותר או מספקים פחות עבורם).

לוח מס' 3 (המשך).

המצוי	האידיאל
<p>3. מעט מאוד ידוע על היעילות היחסית של עלות הטיפולים השונים, וגם כאשר הדבר ידוע, רופאים נזהרים מלפעול לפי מידע זה לפני שנוצר לגביהם קונסנזוס מקצועי כללי.</p> <p>4. הפסקת פעולתם של שירותים שנעשו מיותרים היא עניין שקשה לבצעו מפני שהיא מאיימת על הפרנסה של קבוצה מרוכזת של מומחים ובני אדם שניתן לזהותם התלויים בכך; לעומת זאת, הנהנים מפחדים וניתנים לזיהוי רק כ"סטטיסטיקה".</p>	<p>3. אם נוצר לחץ על מספר שירותים או התמחויות, יופנו משאבים כדי להרחיבם.</p> <p>4. מתקנים או התמחויות שהלחץ עליהם חלש יקוצצו כדי לשחרר משאבים לשימושים אחרים.</p>
<p>1. מאחר שההיבט הקל ביותר למדידה של מצב הבריאות הוא תוחלת החיים, הדיון נתון תחת שליטתם של נתונים על תמותה ושל סיכויי מיתה, לרעם של טיפולים הקשורים במצבים שאינם מסכנים את החיים.</p> <p>2. בהעדר נתונים מדויקים על יעילות מבחינת העלות, יצרנים שופטים את המערכת בהתאם למידה שבה היא מאפשרת להם לבצע את הטיפולים הנראים להם מעניינים ביותר והמביאים להם סיפוק.</p>	<p>1. קהל הבוחרים שופט את המערכת לפי המידה שבה היא משפרת את מצב הבריאות של האוכלוסייה בכללותה ביחס למשאבים המוקצים לה.</p> <p>2. יצרנים שופטים את המערכת לפי יכולתה לאפשר את הספקת דרכי הטיפול שהן לדעתם יעילות מבחינת העלות.</p>

הלאומי בבריטניה בהשגת אידיאל זה. נתוני התמותה דלים ולרוב מערכות הבריאות יש רק מעט נתונים על תחלואה. כתוצאה מכך, מקבלי החלטות – רופאים ומנהלים – מתמקדים בהתערבויות מצילות חיים (כגון השתלות), במקום בפעולות המשפרות את איכות החיים (כגון זיהויו של דיכאון והטיפול בו). לספקים אין כמעט מושג אם הטיפולים שהם מספקים יעילים מבחינת העלות. כתוצאה מחוסר ידע זה ובגלל מערכת תמריצים (תגמולים) לקויה, הם נוטים לספק

הבריאות הלאומי (NHS) של הקולקטיביסט, הצרכן מעריך את הצלחתה של המערכת לפי יעילותה בשיפור מצב הבריאות (QALY) של האוכלוסייה במידה המירבית בעזרת התקציב המוגבל הזמין. באופן אידיאלי, ספקי השירות צריכים להגדיר את הצלחת המערכת ביחס ליכולתם לספק שירותי טיפול רפואי, שהם יעילים מבחינת העלות שלהם, לאוכלוסייה המממנת את פעילותם בעזרת המסים שהיא משלמת. אולם, בפועל נכשל שירות הבריאות

למרות הראיות המצביעות על כך ששיעורי ההישארות בחיים דומים ושאיכות החיים לאחר לומפקטומיה (הפוגעת פחות בהופעה החיצונית) גבוהה יותר. קיימים הבדלים גדולים בין אזורים גיאוגרפיים לגבי שיעורי הניתוחים של שבר, טחורים, הרחקת כיס המרה, כריתת הערמונית, כריתת רחם – גם לאחר שמביאים בחשבון גיל וגורמים נוספים (ראה, למשל, דברי מקפרסון אצל Anderson & Mooney, 1990). הבדלים דומים קיימים גם בארצות הברית. נפברג הצביע, למשל, על הבדלים גדולים מאוד בשיעורי הניתוח באזורים הגיאוגרפיים הסמוכים ניו-היבן ובוסטון (Wennberg, 1989). בכל המחקרים הללו טוענים אנשי-המקצוע שדרכי הטיפול שלהם הן "נאותות" וחושפים בכך את אי-הדיוק של אומנות הרפואה.

אי-דיוק זה משקף את העובדה, שמרבית דרכי הטיפול הנמצאות בשימוש היום אין להן הוכחה מספקת מבחינת התוצאה שלהן (תועלת רפואית לחולה) (Cochrane, 1972; Black, 1986). רוב הטיפול הרפואי הוא ניסיוני ותוצאותיו לא בטוחות, למרות שבת-הספר לרפואה מכשירים רופאים לפעול כאילו התוצאות בטוחות ומבוססות.

הבעיה של אי-ידיעת התוצאות והבדלים בין שיטות טיפול נעשית קשה עוד יותר בגלל הכוח המונופוליסטי הן בתוך מקצוע הרפואה והן במגזרים אחרים של ספקי שירות, כגון בתי-החולים ותעשיית התרופות. לעתים קרובות מונופולים אלה נוצרים ונתמכים בידי המדינה, וזו נרתעת בדרך כלל מהפעלת פיקוח על התנהגותם של המונופולים שהיא יוצרת ער שתפקודם הלקוי נעשה חמור.

הכלכלן הסקוטי הקלאסי בן המאה ה-18, אדם סמית, כבר טען בזמנו ש"אנשים בעלי אותו משלח-יד נפגשים לעתים רחוקות, ולו גם למטרות שעשוע ובידור, אך השיחה ביניהם מסתיימת בקנוניה נגד הציבור, או

את הטיפולים שיש להם עניין בהם ושהם מספקים בעיניהם שלהם.

בבריטניה מתנהל דיון על המדיניות של שירות הבריאות הלאומי (NHS) מדי ארבע או חמש שנים. מה שמאפיין את הדיונים הללו הוא השימוש שעושים סניגורי השוק בסטריאוטיפים האידיאליים שלהם וביקורתם על דרכים שבהם פועלת המערכת למעשה. תשובתו של הקולקטיביסט על התקפה זו היא למתוח ביקורת על הדרכים שבהן פועל השוק למעשה ולימוד סניגוריה על האידיאלים של שירות הבריאות הלאומי. בוויכוחים כאלה יש משום בזבוז של משאבים יקרים, אבל הם חומר טוב לטחנת-הקמח הפוליטית בבריטניה ובמדינות הדמוקרטיות האחרות (McLachlan & Maynard, 1982).

ד. ההשתמעויות לקביעת מדיניות

1. כשל השוק

תהיה אשר תהיה האידיאולוגיה שמאמצים, הליברלית או הקולקטיביסטית, שוק שירותי הרפואה מגלה מאפיינים של "כשל שוק" הקיימים בכל מקום והמטילים הגבלות על קביעת המדיניות ודורשים פתרון.

אופייני לכל השווקים של שירותי רפואה הוא קיומם של הבדלים גדולים במהותן (טיפוסים שונים של תהליך) ובכמותן של דרכי הטיפול (התירופיות). לדוגמה, יש מנתחים המטפלים בסרטן השד באמצעות כריתת השד (מספקטומיה) בעוד שאחרים נוקטים לשם כך דרך של הרחקת הגידול (לומפקטומיה). ההבדל הזה ממשיך להתקיים

2. האם התחרות היא פתרון לכשל שוק?

למרות התמיכה הברורה המוענקת לתחרות בשוק שירותי הבריאות, היא לא נחלה הצלחה רבה לא בריסון המחירים וגם לא בשיפור היעילות בהקצאת המשאבים (ראה, למשל, Miller & Enthoven, 1991; Luft, 1991). השאלה היא מדוע?

בארצות הברית נכשלה התחרות בגלל מגוון של סיבות. מעסיקים יצרו "ביקוש בלתי מודע למחיר" מפני שלא הצליחו לתבוע תוכניות ביטוח היוצרות תחרות במחירים. הם נטו לבקש ממבטחים ומארגונים שקיבלו על עצמם את האחריות להספקת שירותי בריאות לעובדים (HMO's), להשתתף במכרזים ולקבוע את תעריף הפרמיות (שעל פיו יוכלו העובדים לבחור את הכיסוי שלהם) לפי הצעות העלות הממוצעת. פירוש הדבר היה שמבטחים שגבו יותר מן הממוצע נותרו ללא לקוחות. אולם פירושו של דבר היה גם, שהמבטחים שגבו מחירים נמוכים מן הממוצע העלו את גובה הפרמיות שלהם (מפני שלא היה להם שום תמריץ לחסוך) ועקב כך הם העלו את המחיר הממוצע של הכיסוי ויצרו אינפלציה של מחירים בסיכוב הבא של החוזים.

גורם נוסף שהכשיל את התחרות בשוק שירותי הבריאות בארצות הברית היה מערכת המיסוי המסבדת את רכישת ביטוח הבריאות. לפיכך, מבוטחים שנהגו בחסכנות חסכו רק 60 סנט נטו מכל דולר של הוצאה על ביטוח בריאות מפני שהם הפסידו 40 סנט של סובסידיה מס פדרלית. סובסידיה זו, יחד עם ההוצאה הפדרלית על תוכניות Medicare, Medicaid ותוכנית שירותי הרפואה למשוחררי הצבא האמריקני, מסתכמת ביותר מ-50 סנט לכל דולר של הוצאה לשירותי רפואה הממומן בידי הממשלה. הסובסידיה הזאת היא מרכיב

באיזו תחבולה להעלאת מחירים...". הפתרון היחיד, לדעת סמית, לבעיות כאלה הוא תחרות: "...הטענה שתאגידים דרושים לשם ניהול טוב יותר של עסקים אין לה בסיס. המשמעת האמיתית והמוצלחת המופעלת על בעל המקצוע אינה זו של התאגיד שלו, אלא זו של לקוחותיו. החשש שמא יאבד את פרנסתו הוא המרסן את מעשה התרמית שלו ומתקן את רשלנותו. תאגיד בלעדי בהכרח מחליש את כוחה של משמעת זאת" (Smith, 1776, 1976, vol. 1, pp. 145-146).

הכוח המונופוליסטי של המקצוע גובר בשל חוסר הסימטריה בידע המצוי בשוק שירותי הבריאות. באופן רגיל, החולה מאציל את קבלת ההחלטות ל"סוכן" שלו, הרופא, מפני שהלה נחשב "מומחה" בכל הנוגע לאבחנה, לטיפול ולפרוגנוזה. באופן זה הרופא הופך להיות מעין שומר-סף המפקח על הגישה להספקת הטיפול הרפואי וכיוצא את הביקוש לשירות. הרופא עלול לנצל את מעמד הסוכן הזה ולעודד ביקוש לשירותיו הוא. הפיקוח על ביקוש תלוי-ספק זה מהווה בעיה מרכזית אם מטרותיהם של אנשי המקצוע הן לקדם את המטרות הכספיות במקום להביא מרפא לחולה.

רדיפה זו של רופאים אחרי תגמולים כספיים נעשית קלה יותר בגלל הסכנה המוסרית שיצרו ביטוח הבריאות הפרטי והציבורי. זכאות לקבלת שירותי רפואה מורידה את מחסומי המחיר הכספי בפני צריכה של שירותים אלה וכתוצאה מכך אין לחולה וגם לא לסוכן שלו, הרופא, תמריץ לחיסכון. הנטל של התוצאות הכספיות של צריכת שירותי הרפואה מוטל על צד שלישי במערכת היחסים שבין הרופא לחולה. בעיות התשלום על-ידי "צד שלישי" זה תרמו לעלייה המהירה במחירים; למשל, בארצות הברית, שבה יוצאו בשנה זו 14% מן התוצר הלאומי הגולמי על שירותי הבריאות.

טען, שרופאים, שהם הבעלים-המשקיעים במתקנים של שירותים רפואיים, עלולים להתפתות להתנהגות שאינה אתית ולהגביר את אינפלציית העלויות (Relman, 1992). ניסיונות לבלום התפתחויות בלתי רצויות כאלה בעזרת כללי התנהגות מקצועיים בלבד לא עלו יפה בסביבה התחרותית של שוק שירותי הבריאות בארצות הברית (Fuchs, 1987; American Medical Association, 1992).

מכאן, שקשה ליצור תחרות ולקיים אותה. ואף-על-פי כן ממשיכים התומכים בה להתוות דרכים כיצד ליישמה (Enthoven & Kronick, 1989). מטרתן של רפורמות אלה היא ליצור תחרות מוסדרת, כלומר תחרות הן בין מבטחים (בצד הביקוש) והן בין ספקים (בצד ההיצע).

בבריטניה אמורות הרפורמות בשירותי הבריאות ליצור תחרות מוסדרת, דהיינו תחרות בין ספקים (בצד ההיצע), אך לא בין המוסדות המממנים. בשנת 1982 טענה ראש ממשלת בריטניה מרגרט תאצ'ר נגד האידיאל הליברלי של הסדרת הנגישות לשירותים רפואיים על-פי הנכונות והיכולת לשלם: "העיקרון, שיש לספק טיפול רפואי נאות לכל, בלי להתחשב ביכולת לשלם, חייב להיות הבסיס לכל הסדר של מימון השירותים הרפואיים".

רפורמות חוזרות ונשנות של שירותי הבריאות הלאומי בבריטניה חייבו את הפוליטיקאים להתמודד עם הנושאים הקשים הקשורים ל"מרוויחים ומפסידים" שיצרה התחרות. פוליטיקאים רואים בשיפורים בתחום המשאבים ובהגברת יעילות (ה"מרוויחים") משהו מושך. אבל הם מגלים שקשה יותר להתמודד עם רציונליזציה ועם סגירת מתקנים באזורי בחירה שוליים, (ה"מפסידים"). רק פוליטיקאים מעטים הם "אמיצים" כמו רוי קרוק (Roy Kroc), מייסד

חשוב בגירעון התקציבי של הממשל הפדרלי. גם העדר מידע השוואתי מתוקנן היכול להקל על הבחירה של המבטחים ושל המעסיקים והמועסקים תרם לכישלונה של התחרות. המבטחים אינם מסוגלים להעריך טכנולוגיות באופן שניתן להגן עליהן באמצעי התקשורת, בבתי-המשפט ובעיני הציבור. יתר על כן, שיתוף פעולה של מבטחים הוא מעשה בלתי חוקי מפני שהוא מפר את החוק נגד קרטלים.

הגידול בתקנות המסדירות את שוק הבריאות בארצות הברית הוא באורח פרדוקסלי מה שמאפיין את הניסיון ליצור תחרות בשוק זה והוא אף ערער את כללי ההתנהגות הפרופסיונליים של מקצוע הרפואה. אדם סמית אמנם הודה בצורך לחסל את קביעת המחירים השרירותית בעזרתה של התחרות, אבל הוא הודה גם בהכרח לקיים סטנדרטים מקצועיים (Maynard, 1991): "שכר העבודה משתנה לפי האמון הרב או המועט שיש לתת בעובד... אנו מפקידים את בריאותנו בידי הרופא; את רכושנו, ולפעמים את חיינו ואת שמנו הטוב בידי עורך הדין והמשפטן. אמון כזה אי אפשר לתת בביטחה באנשים ממעמד עלוב או נמוך מאוד. לפיכך התגמול שלהם צריך להיות כזה שיעניק להם אותו מעמד בחברה אשר אמון כה חשוב מחייב. הזמן הממושך וההוצאה הגדולה שיש להשקיע בחינוכם, כאשר מצרפים אותם עם מעמד זה, בהכרח מעלים עוד יותר את שכר עבודתם" (Smith, 1776, 1976).

לעתים קרובות כללי ההתנהגות הפרפסונלית נראים כמסדירים את הפעולה של מקצוע הרפואה בצורה יעילה למדי. תחרות עלולה לערער כללי התנהגות אלה וליצור, באמצעות אינטרס עצמי, שימוש יתר בשירותי הרפואה ואינפלציה של עלויות. קלמן, עורכו הקודם של כתב העת *New England Journal of Medicine*

שהם בעלי ביטוח פרטי או ציבורי. יעד כזה לא יקבל מענה מספקים שמרניים, שלעתים קרובות מדי מתכננים ומפעילים מערכות שירותי בריאות כדי שאלה ימשיכו לפעול על-פי "הסגנון שהם רגילים לו". קיים צורך דחוף להציב אתגר בפני שיטות הטיפול הקיימות ולהשוות את הביצוע עם "דרכי הטיפול הטובות ביותר", תוך הסתמכות על ממצאי מחקר טוב; מה שדרוש הוא מהפכה מיודעת ונמשכת! אם לא תושג תוצאה דינמית זו, המבוססת על בדיקות וחקיקה נמשכים, אנו יכולים להיות בטוחים שגלים של רטוריקה אידיאולוגית ימשיכו לערפל את דיון המדיניות והן את הרפורמות. דבר זה יניב תוצאות שיש בהן רק מעט שיפור יסודי במערכת שירותי הבריאות ויבטיח, שהעדפות הציבור למען טיפול רפואי באיכות גבוהה ובעלות נמוכה לא יגיעו לכלל מימוש. תוצאה כזאת היתה מוכרת מאוד למנהלים ולמתקנים בעבר: "התאמצנו קשה מאוד, אך דומה שבכל פעם שהתחלנו להתגבש לצוותים היו מארגנים אותנו מחדש. בשלב מאוחר יותר בחיי למדתי, שאנו נוטים לפגוש כל מצב חדש באמצעות ארגון מחדש, וזו יכולה להיות שיטה נפלאה ליצירת אשליה של התקדמות, בעוד שהיא יוצרת בלבול, אי-יעילות ודמורליזציה" (קאיוס פטרוניוס, 66 לספירה).

רשת "McDonalds", שאמרו עליו, שכאשר נשאל מה היה עושה אילו ראה מתחרה שלו טובע, השיב שהיה "מכניס לו לפה צינור השקיה"! אולם, השאלה האם אפשר ליצור ולקיים תחרות בארצות הברית או במערכת קולקטיביסטית כמו שירות הבריאות הלאומי בבריטניה היא שאלה אמפירית, שעדיין אין לה סימוכין. הרפורמות הדרושות כדי שהשוק "יפעל" דומות מאוד לאלה הדרושות כדי שמערכת שירותי הבריאות של השיטה הקולקטיביסטית תצליח. אבל עד שתבוצענה רפורמות אלה בהצלחה, אולי אפשר להצביע על סוגיית הקונפליקט האידיאולוגי, אך לדחות את הדיון בה לוויכוח פוליטי שייערך בעתיד?

ה. סיכום

הוויכוח על מערכת שירותי הרפואה, כמו על מדינת הרווחה, הוא לוחט ולעתים קרובות מדי הרטוריקה מסיטה את תשומת הלב מן הצורך בחיקונים בהספקת שירותי הרפואה על מנת שזו תשקף בצורה יעילה יותר את העדפותיהם של החולים ושל סוכניהם, בין

ביבליוגרפיה

- American Medical Association, "Conflicts of Interest: Physician Ownership of Medical Facilities", *Journal of the American Medical Association*, 17 (1992), pp. 2366-2369.
- Anderson, T.F. & Mooney, G. (eds.), *The Challenge of Medical Practice Variations*, Macmillan, London, 1990.
- Black, A.D., *An Anthology of False Antitheses*, Rock Carling 1984 Fellowship, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1986.

- Cochrane, A.L., *Effectiveness and Efficiency*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- Donabedian, A., "Social Responsibility for Personal Health Services: an Examination of Basic Values, *Inquiry*, 8, 2 (1971), pp. 3-19.
- Doron, A., & Kramer, R.M., *The Welfare State in Israel: the Evolution of Social Security Policy and Practice*, Westview Press, Boulder, San Francisco and Oxford, 1991.
- Enthoven, A.C. & Kronick, R.A., "Consumer Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy", *New England Journal of Medicine*, 320 (1989), pp. 29-37, 94-101.
- Enthoven, A.C., "Market Forces and Health Care Costs", *Journal of the American Medical Association*, 266, 19 (1991), pp. 2751-2752.
- Fuchs, V., "The Counter Revolution in Health Care Financing", *New England Journal of Medicine*, 316, 18 (1987), pp. 1154-1156.
- Klein, R., "On the Oregon Trail: Rationing Health Care", *British Medical Journal*, 302 (1991), pp. 1-2.
- Maynard A., "Competition in Health Care: the British Experience", paper given to a conference at the Brookdale Institute, Jerusalem December, 1991.
- Maynard, A., "Priorities: Follow the Oregon Trail?", *Medical Audit News*, 2, Part 2 (1992), pp. 20-22.
- Maynard, A. & Williams, A., "Privatisation and Health Care", in: J. Le Grand & R. Robinson (eds.), *Privatisation and the Welfare State*, Allen and Unwin, London, 1985.
- McLachlan, G. & Maynard, A. (eds.), *The Public Private Mix for Health*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1992.
- Miller, R.H. & Luft, H.S., "Perspective, Diversity and Transition in Health Insurance Plans", *Health Affairs*, Vol. 1, No 4 (1991), pp. 37-44.
- Relman, A., "What Market Values are Doing to Medicine", *Atlantic Monthly*, 269 (1992), pp. 269, 298.
- Smith, A., *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Oxford University Press (1776), 1976.
- Wenneberg, J.E. et al., "Hospital Use and Mortality Among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven", *New England Journal of Medicine*, 321 (7) (1989), pp. 1158-1173.

אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בזקנים באוסטרליה

מאת ברנדה מורגנשטיין

הקדמה

בחודש נובמבר 1991 ערכתי באוסטרליה סיור מקצועי שנמשך שלושה שבועות ונועד למתן הרצאות ולקיום פגישות עם אנשי מקצוע העוסקים בתחום הזקנה**. במהלך הסיור, שהתקיים בעת שנערך באוסטרליה הכנס הגרונטולוגי השנתי, היתה לי הזדמנות ללמוד על מערכת הטיפול בזקן במדינה זו, ובמיוחד על אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בזקנים (Aged Care Strategy Reform). רפורמה זו החלה בשנת 1986 והיא יכולה לשמש דוגמה מעניינת לניסיון של הדרג הפוליטי-תכנוני והקהילייה המקצועית באוסטרליה לגשת לנושא הטיפול הממושך בקשיש תוך גישה רחבה ואינטגרטיבית ותוך שימת דגש בשאיפה להגיע לאיזון בין מערכות שונות.

אמנם מדובר במערכת שהיא שונה מאוד מזו הקיימת בישראל (לוח מס' 1), ואף-על-פי כן ניתן ללמוד מדרכי החשיבה הנהוגות באוסטרליה ולהשליך על ניסיונות דומים שנעשו בישראל. במיוחד חשוב לבחון את הגישה האינטגרטיבית הבסיסית, את תהליכי המעקב אחר השינויים בצורה שיטתית, את בחינת יחסי הגומלין בין המערכות ואת המחשבות באשר להמשכת הרפורמה בעתיד ולהעמקתה¹.

מספר גורמים חברו יחד עד שהתקבלה ההחלטה שיש לערוך רפורמה במערכת השירותים לקשישים:

- א. העדר תוכנית לאומית מרכזית וסדרי עדיפויות בתכנון. הממשל המרכזי (Commonwealth) עסק בעיקר בנהלים ובתקציבי שירותים ספציפיים ולא מילא תפקיד מרכזי בתכנון בעל יעדים ברורים.
- ב. העדר תכנון בהתאם לצרכים. פיתוח

* מנהלת מחלקת מחקר גמלאות ארוכות מועד, מינהל מחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

** את הסיור מימנה קרן ריצ'רד מ' גיבסון (Richard M. Gibson Travelling Fellowship), המממנת מדי שנה ביקור מומחה באוסטרליה.

1. תהליך הרפורמה מלווה במעקב מובנה שוטף. בחקופת היוזי באוסטרליה היו דיתים רבים סביב פרסום נתוני הערכה לאחר חמש שנים. רוב המידע והלוחות בדו"ח הנוכחי מקורם בפרסומים אלה ובמיוחד: *Aged Care Reform Strategy: Mid-Term Review, 1990-91*, Commonwealth Department of Health, Housing and Dr) שריכזה ד"ר אנה האז (Anna House, Director, Office of the Aged), אשר תודתי ניתנת לה במיוחד.

לוח מס' 1. נתונים בסיסיים: אוסטרליה וישראל – השוואה

ישראל	אוסטרליה	
4.8 מיליון (1990)	16.7 מיליון (1989/90)	גודל האוכלוסייה
10%	11.3%	שיעור הקשישים בני 65+
17%	19.9%	שיעור בני 80+ בקרב הקשישים
47.8	93.3	מספר מיטות מוסדיות ל-1,000
19.5	56.8	מהן: מיטות סיעודיות
18.4	36.5	מיטות לתשושים

places). המטרה היא להגיע, תוך 20 שנה בערך, ליחס של 40 מיטות סיעודיות ל-60 מיטות במוסדות לתשושים, כלומר ההיפך ממה שהיה קיים בזמן שהחלה הרפורמה, אך לשמור על השיעור של 100 מיטות ל-1,000 קשישים. הצעדים שנקטו לשם הגשמת מטרה זו היו:

- (1) שינוי הפרוצדורות לאישור המימון לבנייה ולמימון שוטף.
 - (2) קביעת שיטת מימון שוטף על-פי רמת המוגבלות של הקשישים.
 - (3) תכנון לפי צרכים (Needs-based planning) כדי להביא לצמצום הפערים בין האזורים.
- ב. הרחבת השירותים הניתנים לקשישים מוגבלים בקהילה. לשם כך ננקטים צעדים אלה:

- (1) פיתוח ומימון שירותים קהילתיים (Home and Community Care—HACC).
 - (2) פיתוח התוכנית הנקראת "אופציות קהילתיות" (Community Options), המאפשרת שימוש בתקציב למילוי צרכים מיוחדים מאוד של קשישים המתאימים למוסד סיעודי אך בוחרים לגור בביתם.
 - (3) חופשונים (respite care), במיוחד במוסדות סיעוד.
- ג. גידול ריאלי בהוצאת הממשלה המרכזית על הטיפול בקשישים.

שירותים היה מבוסס בעיקר על יוזמות של מגישי הצעות (submission-based) מקומיות. בשל כך נוצרו פערים גדולים בין אזורים מבחינת רמות כיסוי וצורך בהספקת השירותים. על-פי רוב נעשתה חלוקת התקציבים על בסיס תרבותי או השתייכות למסגרת וולונטרית או דתית.

ג. מחסור בשירותים קהילתיים והעדר מסגרת מימון קבועה.

ד. אי-שביעות רצון מדפוסי השימוש במוסדות סיעוד. בגלל העדר מבחן אחיד להערכת צרכים (assessment mechanism) לא היתה אחידות בכל הנוגע לאישור הסידור במוסד על-פי צורכי הפרט.

ה. קיום הסדרי מימון שוטף למוסדות שלא בהתאם לרמת המוגבלות של הקשישים.

ו. חוסר איזון בין סוגי המיטות המוסדיות למיניהן ובין היקף השירותים המוסדיים לשירותים הקהילתיים.

הרפורמה הגדירה כיעדי שינוי עיקריים את שיפור המאזן בהוצאות לטיפול ממושך במגזר הקהילתי לעומת המגזר המוסדי ושינוי בהקצאת המשאבים בין מיטות סיעודיות ובין מיטות לעצמאיים ותשושים.

המטרות הספציפיות של הרפורמה היו כדלקמן:

- א. שיפור הייעוד במיטות מוסדיות (improved targeting of residential care)

שירותי ההערכה, כדי שקשישים חשופים יוכלו לבחור את סוג הטיפול ואת רמת הטיפול המתאימים ביותר לצורכיהם;

(3) מימון הון מוגבר כדי לאפשר את הרחבת מגזר ההוסטלים;

(4) הצמדה שנתית של סובסידיות השהייה בהוסטל (למעוטי יכולת) והגדלה ריאלית ואף הצמדה של הסובסידיה לטיפול אישי בהוסטלים (לזקוקים לטיפול אישי);

(5) בניית תוכנית לשירותים מיוחדים לטיפול בצורכי קהילות אתניות: ילידים ותושבי האי Torres Strait ולקשישים חשופי נפש ותשושים אחרים בעלי צרכים מיוחדים;

(6) הקמת קרנות נוספות להרחבת תוכנית הטיפול הביתי והקהילתי (HACC).

שלב ב' — הוכרז במרס 1987 וכלל את הצעדים האלה:

(1) התחלת המעבר לשיטת מימון סטנדרטית עבור עלות התשתית של מוסדות סיעוד לא-ממשלתיים ב-1 ביולי 1987 (Standard Aggregated Module — SAM). תקופת המעבר היתה אמורה להסתיים ב-1 ביולי 1991;

(2) הנהגת קריטריונים, החל מיולי 1987, לאיכות הטיפול במוסדות סיעוד והנהגת סדרי פיקוח כדי להבטיח את העמידה בהם;

(3) הגדלה ריאלית נוספת בשלבים של הסובסידיה לטיפול אישי בהוסטלים, במשך 5 שנים.

שלב ג' — הוכרז בספטמבר 1987 ונכללו בו הצעדים האלה:

(1) הסדרי מימון מחודשים של הוסטלים;

(2) הגנה פיננסית לתושבים מבחינת התשלומים הנגבים מהם ודמי כניסה;

(3) סובסידיות הון המיועדות למעוטי יכולת.

שלב ד' — החל ב-1 ביולי 1988 ונכללו בו הצעדים האלה:

(1) קביעת סטנדרטים של כוח אדם לשירותי סיעוד וטיפול אישי במוסדות סיעוד על-

ד. העמקת השירותים המיועדים לקשישים דמנטיים ולמיעוטים.

ה. התאמת השירותים לצרכים: הקמת ועדות הערכה (Geriatric Assessment Teams — GATS) למגזר המוסדי והקהילתי וקביעת רמות מימון שוטף על-פי רמת המוגבלות של קשישים במוסדות.

ו. שיפור באיכות השירותים הניתנים לקשיש, הכולל:

(1) קביעת סטנדרטים למוסדות סיעוד ותוכנית בקרה;

(2) קביעת סטנדרטים לשירותים בקהילה;

(3) הגדרת זכויות הדיירים במוסדות;

(4) הגדרת זכויות הלקוח בשירותים קהילתיים;

(5) תוכנית הכשרה לכוח אדם במוסדות ובשירותים קהילתיים.

ז. איזון בין מערכות לטיפול ממושך, טיפול אקוטי בבתי-חולים, טיפול שיקומי ודיוור.

ח. שיפור איסוף הנתונים וההערכה המחקרית בהערכת הצרכים ובמתן שירותים, הכולל:

(1) מימון מחקרים כלליים;

(2) מחקר באוכלוסיות סיכון מיוחדות.

שמונה שלבי הביצוע של הרפורמה

לביצוע הרפורמה נקבעו שמונה שלבים כדלקמן:

שלב א' — אוגוסט 1986, ובו נכללו צעדים אלה:

(1) הנהגת הסדרי תכנון חדשים למוסדות סיעוד ולהוסטלים (בתי אבות לעצמאיים ולתשושים) השומרים על היחס של 100 מקומות טיפול מוסדיים לכל 1,000 תושבים בגיל 70 ומעלה, אך בעת ובעונה אחת חותרים להגיע לשיעור של 60 מקומות ל-1,000 לבני 70 ומעלה בהוסטלים ולשיעור של 40 מקומות ל-1,000 לבני 70 ומעלה במוסדות סיעוד.

(2) הקמת קרנות נוספות לשם הרחבת

(3) השתתפות של היוזמה הפרטית במגזר ההוסטלים שתאפשר לקיים 1,000 מיטות בשנת 1990/91 ובשנים הבאות. המגזר הפרטי לא יהיה זכאי להון ולקרנות להגברת הון, אך יהיה חייב לעמוד בכל הדרישות, כולל קווי תכנון, הערכה ונגישות למעוטי יכולת.

(4) בחינה מחודשת של סובסידיות שוטפות להוסטלים, שמטרתה לבחון מחדש את הסובסידיות הנוכחיות לאור מידת היענותם לקבל קשישים מוגבלים יותר, ולתכנן מבנה מימון מתאים יותר לטיפול ברמות תלות גבוהות.

תמיכה בבני משפחה המטפלים בקשיש שכללה:

(1) גידול ריאלי ממשי של הסובסידיות הניתנות למוסדות סיעוד ולהוסטלים עבור טיפול בדיירים הזקוקים לטיפול נופשון;

(2) שינויים בהסדרים לשירותי הנופשון במוסדות, כדי לאשר מימון למספר ימי מיטות נופשון במקום עבור מספר מיטות נופשון;

(3) פיתוח דרכי תיאום ברישום לשירותי נופשון במוסדות ובהוסטלים באמצעות צוותי הערכה גריאטריים.

שילוב שירותים שכלל:

(1) פיתוח והערכה של תוכנית האופציות בקהילה (Community options) ושל תוכנית האופציות בהוסטלים (Hostel options), שנועדו לספק חלופות של טיפול קהילתי וביתי לטיפול מוסדי ושילוב של שירותי טיפול מוסדיים וקהילתיים;

(2) פיתוח תוכניות משותפות עם רשויות דיור, כדי לקדם שילוב של דיור ציבורי ואסטרטגיות טיפול לקשיש התשוש.

רפורמה בחקיקה, שכללה:

(1) תיקון וגיבוש של חקיקה הנוגעת לטיפול בקשיש וזאת בשפה פשוטה, המובנת לספקי שירות ולמשתמשים פוטנציאליים בשירותים לקשיש.

פי היקף השירותים הדרושים לדייר ושיטת מימון המבוססת על אמות-מידה אלה (Care Aggregated Module — CAM).

(2) פיתוח ויישום של מערכת טיפול מסוג נופשון גם במוסדות סיעוד וגם בהוסטלים; (3) הקמת מנגנונים משופרים והענקת סמכויות חוקיות לפיקוח ולגילוי מעשי מרמה בשירותים מוסדיים.

שלב ה' — הוכרז באוגוסט 1989, כולל את שילוב פילוסופיית הזכויות של המשתמש בתוכנית, כדלקמן:

(1) מתן מידע מוגבר לדיירי מוסדות ובני משפחותיהם באשר לזכויות ולמבחר דרכי הטיפול;

(2) ניסוח אמנה והסכם להגנת הזכויות והאחריות של דיירים במוסדות סיעוד ובהוסטלים;

(3) הנהגה בשלבים של מנגנוני קנגור (advocacy);

(4) ייסוד פורומים לצרכן הקשיש;

(5) הוצאה לפועל של פיתוח מרכזים קהילתיים רב-תכליתיים;

(6) הסדרי מימון מיוחדים עבור מוסדות קטנים;

(7) פיתוח מערכות מיחשוב חדשות לקידום המינהל והאישורים והתשלומים הקשורים להון ולסובסידיות שוטפות של הוסטלים.

שלב ו' — הוחל באוגוסט 1990. בשלב זה נכללו:

רפורמות בהוסטלים, שכללו:

(1) פיתוח קריטריוני הערכה (outcome measures) להוסטלים תוך הידברות עם התעשייה והצרכנים. הפיקוח היה אמור להתבצע בינואר 1991;

(2) הרחבת שירותי ההערכה הגריאטרית (GAT), כדי לאפשר הערכה מקיפה לשם כניסה להוסטל. הדבר היה אמור להתבצע בשלבים החל בשנת 1990/91 ולקבל כיסוי מלא בשנת 1992/94;

גידול בהקצאת משאבים לקשישים

מטעם הממשלה המרכזית

הגידול שחל בהוצאות הממשלה המרכזית משקף את המדיניות השואפת להרחיב את ההקצאה הלאומית לטיפול בקשיש. יתר על כן, השינוי באיזון לטובת המגזר הקהילתי, וגם השינוי בתוך המגזר המוסדי, מסידור סיעודי לסידור בבתי אבות לתשושים ולעצמאיים (הוסטלים), מצביעים על צעדים חיוביים לקראת השגת יעדי הרפורמה. סך כל ההוצאה הריאלית של הממשלה המרכזית גדל ב-28% בין 1985 ל-1990, בהשוואה ל-16% של גידול באוכלוסיית בני 70 ומעלה ושל 25% גידול באוכלוסיית בני 80 ומעלה. ההוצאה הלאומית על מוסדות סיעוד גדלה ב-8.8%, לעומת גידול של 127% בסבסוד ההוסטלים וגידול של 95% בהוצאה על שירותים קהילתיים (לוח מס' 2). יש לשים לב לגידול בהוצאה למימון הערכה גריאטרית (346%).

מעקב והערכה של הרפורמה בטיפול בקשיש. השלבים הבאים בהערכה היו כדלקמן, אך ניתן לשנותם לאור הבדיקה הנוכחית.

שלב ז':

- (1) ביצוע המלצות המעקב הנוכחי;
- (2) ביצוע המלצות בדיקת הסובסידיה החוזרת להוסטלים.

שלב ח':

- (1) פיתוח מערכת משולבת של תכנון עבור שירותי הטיפול המוסדי והקהילתי בקשיש תוך ראייה כוללת של שילוב בין בתי חולים, מסגרות דיור ושיקום.
- (2) שילוב הרוק יותר של טיפול קהילתי וטיפול מוסדי, כדי להגדיל את מרחב בחירתו של הקשיש;
- (3) פיתוח מנגנוני הערכה משולבים לכל סוגי הטיפול בקשיש;
- (4) חקיקת חוקים חדשים כדי לחזק ולגבש את הרפורמה בת שמונת השלבים.

לוח מס' 2. ההוצאה הלאומית על טיפול בקשיש 1985-1986 ו-1990-1991 (הנתונים לפי ערך הדולר בשנת 1991)

% גידול	1991-1990		1986-1985		תחום תוכנית טיפול מוסדי
	%	מיליוני דולרים (אוסטרליים)	%	מיליוני דולרים (אוסטרליים)	
8.8	68.9	1,556.0	81.0	1,429.9	מימון שוטף למוסדות סיעוד
127.4	8.4	189.9	4.7	83.5	סובסידיות למעונות
*	1.9	42.6	*	0.6	שירותים מיוחדים ¹
*	0.1	2.6	*	—	זכויותיו של המשתמש והכשרה
18.3	70.3	1,791.1	85.8	1,514.0	סך-כל מימון שוטף
96.8	5.7	129.5	3.7	65.8	הון
95.3	12.4	278.9	8.1	142.8	טיפול קהילתי ובית ²
-8.3	1.5	33.0	2.0	36.0	גמלה לטיפול סיעודי-רפואי ביתי
346.4	1.1	25.0	0.3	5.6	הערכה גריאטרית
28.0	100.0	2,257.5	100.0	1,764.2	סך הכל

* העדר כל הוצאה או הוצאה קטנה מכרי לחשב עליות משמעותיות באתחום 1985-1986.
 1. שירותים מיוחדים כוללים מענקים למעונות לתשושי נפש, לשירותי טיפול יומי מאושרים ולמרכזים רב-תכליתיים.
 2. נתוני HAAC כוללים נתונים על צעירים מוגבלים.

\$404 ל-\$660 ולמוסדות סיעוד בין \$26 ל-\$105. בלוח מס' 4 ניתן לראות את משמעות אי-השוויון בהקצאה במונחי שיעורי כיסוי שונים: מספר מיטות הסיעוד ל-1,000 נפש נע בין 48 ל-66 והמיטות לתשושים-עצמאיים — בין 24 ל-45 ל-1,000. גובה ההוצאות לנפש על שירותים לקשישים ומוגבלים בקהילה נע בין \$87 ל-\$161 לשנה. יחד עם זאת, נתונים אחרים לגבי הוצאות הממשל המרכזי על הטיפול בקשיש בלבד מצביעים על צמצום השונות בין המדינות ביחס למוצע ארצי מ-31% בשנת 1983—1984 ל-23% ב-91—1990. כדי להגיע ליתר שוויוניות בהקצאת משאבים ובכיסוי צרכים תוך אינטגרציה בתכנון ובמימון המגזר המוסדי והקהילתי, מוצע היום באוסטרליה שהאחריות והתקצוב ירוכזו בממשל המרכזי.

צמצום הבדלים אזוריים בהקצאות לקשישים
למרות הגידול בהקצאה, גם באוסטרליה, כמו בישראל, קיימים הבדלים בין האזורים, גם לאחר הרפורמה, בכל הנוגע להקצאת משאבי הממשלה המרכזית ואלה של המדינות המרכיבות את אוסטרליה (States). ההבדלים נובעים מסיבות היסטוריות של מתן אישורים לשירותים שלא על-פי צרכים, שיטות מימון ללא הגבלה תקציבית ושונות רבה בדרג הממשלות והמדינות השונות בהקצאת משאבים המתקבלים מן הממשל המרכזי עבור שירותים במוסדות ובקהילה. לוח מס' 3 מראה את ההקצאה לנפש, עבור אוכלוסיית קשישים ומוגבלים, לפי מספר שירותים רפואיים וחברתיים. ההקצאה לנפש בבתי חולים ציבוריים נעה לפי האזורים בין

לוח מס' 3. ההוצאה על תוכניות בריאות בקהילה ובמדינה, לפי איזור 1998/90 (דולרים לנפש)

אוסטרליה	הטריטוריה הטרנטוריה	טסמניה	אוסטרליה המערבית	אוסטרליה הדרומית	קווינסלנד	ויקטוריה	אוסטרליה החדשה	
500	640	660	500	508	404	482	544	בתי חולים ציבוריים
225	190	122	201	190	221	208	256	גמלאות Medicare
								גמלאות לטיפול במוסדות סיעוד
87	36	26	87	72	69	87	96	מעונות לקשישים
9	5	3	9	9	11	9	9	טיפול ביתי וקהילתי
22	13	13	18	24	14	26	22	גמלאות לתרופות
68	39	19	67	55	67	63	78	סך דולרים לנפש
911	923	863	882	858	787	874	1,005	סך דולר לנפש
								מהממוצע באוסטרליה
	-6	-51	-29	-53	+14	-37	94+	מיליוני דולר סטייה
	-2	-8	+13	+83	-345	-159	+539	מן ההתפלגות לנפש

1. ההוצאה מתייחסת לשנת 1988/89.

2. הלוח כולל גם את ההוצאה של המדינות וגם את ההוצאה הלאומית, וכן משקף סדרי עדיפות שונים של המדינות. סך כל ההוצאה על תוכניות המופיעות בלוח הוא 13.853 מיליארד דולר. תוכניות גדולות נוספות של ההוצאה הציבורית שלא נכללו הן שירותי המדינה הפסיכיאטריים, גבייה עבור מוסדות סיעוד ומעונות של המדינה. בריאות הציבור, שירותי בריאות לילד ולמשפחה, שירותי אמבולנס.

המקור: *The Australian Health Jigsaw, National Health Strategy Issues Paper No. 1, Dept. of Health, Housing and Community Services, Canberra.*

לוח מס' 4. שימוש במוסדות סיעוד, מעונות, הערכה גריאטרית, בתי חולים אקוטיים לשהייה ממושכת וטיפול ביתי וקהילתי במדינות השונות

אוכלוסיית המדינה (כמיליונים)	שירותים ביתיים וקהילתיים \$ לאדם מוגבל (1988/89)	הערכה גריאטרית לקוחות ל-1,000 קשישים בגיל +70 (יולי-דצמבר 1989)	מיטות לחולה לסייעודיים בבתי חולים ציבוריים ל-1,000 איש בגיל +70 (1987/88)	מיטות במעונות ל-1,000 איש בגיל +70 (30 ביוני 1989)	מיטות סיעודיות ל-1,000 איש בגיל +70 (30 ביוני 1989)
אוסטרליה	139	13.6	3.9	33.4	66.2
הטריטוריה האוסטרלית המרכזית	161	44.3	2.1	31.9	51.2
הטריטוריה הצפונית	96	26.3	3.7	42.6	60.6
טסמניה	157	62.0	—	42.8	63.6
אוסטרליה המערבית	123	24.8	5.2	45.4	62.1
אוסטרליה הדרומית	114	31.0	6.1	23.9	61.4
קווינסלנד	87	428.0 ¹	5.0	29.2	64.8
ויקטוריה	—	13.2	3.9	40.9	47.9
סאות'וויילס החדשה	141	29.4	3.3	36.2	60.5

1. בטריטוריה הצפונית 46% מלקוחות צוותי ההערכה הגריאטרית טרם הגיעו לגיל 65, לעומת ממוצע ארצי של 9%. בכך יש לחלות את השימוש המוגבר בשירותים אלה ב"טריטוריה הצפונית".

סיעודי, ועד 20-27 \$ לשירותים הניתנים בקהילה.

לפיכך, יעד עיקרי של הרפורמה היה לצמצם את הגידול במיטות סיעודיות ולעודד את הטיפול בקשישים בבתי אבות או בקהילה, שהם זולים יותר ומתאימים יותר מבחינת היקף הטיפול הניתן לקשיש הזקוק למסגרת מגורים מוגנת אך לא לטיפול סיעודי.

השינויים בשיעור המיטות במהלך השנים 1980-1991 מוצגים בלוח מס' 6 להלן. ניתן לראות, שמספר המיטות הסיעודיות ירד בתקופה זו מ-74 ל-57, כלומר פחות מן היעד המתוכנן לאותה שנה (59). מעניין, שלמרות מדיניות ההרחבה של ההוסטלים, לא גדל מספר המיטות לתשואים ונשאר בסביבות 36 מיטות לכל 1,000 קשישים.

שינוי ביעוד מוסדות הסיעוד

המטרה היא להגיע ליחס של 40/60 במספר המיטות הסיעודיות (Nursing), לעומת המיטות לתשואים ולעצמאיים (Hostels). אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בקשישים הושתתה על העיקרון שיש לספק צרכים אישיים תוך חלוקה יעילה יותר ושוויונית של משאבים. גם היום נושא זה מעסיק את האוסטרלים והם בודקים את המערכת כולה לאור העלות ושוקלים את האפשרות להחליף חלק מן השירותים היקרים בשירותים זולים יותר. לוח מס' 5 מראה, למשל, את הבדלי העלות לממשלה האוסטרלית של צורות טיפול שונות. ההוצאה ליום טיפול לקשיש מוגבל מאוד נעה בין 186 \$ ליום לטיפול בבית חולים (באזורים מרוחקים, בהעדר מוסד סיעודי), ל-85% ליום אשפוז במוסד

לוח מס' 5. עלויות התמיכה הממשלתית לטיפול ממושך במסגרות שונות (דולר ליום)

מסגרת	עלות
בית חולים אקוטי כפרי, פחות מ-50 מיטות (1987/88)	\$186
מיטות סיעוד (קטיגוריה 3, לא-ממשלתי, NSW 1991)	\$85
מיטה במעון, סובסידיה לטיפול אישי למעוטי יכולת	\$22
תוכנית אופציות במעונות	\$20
תוכנית אופציות קהילתיות	\$29
טיפול נופש במעון	\$27
טיפול נופש במוסד סיעודי (קטיגוריה 3, לא-ממשלתי NSW 1991)	\$102
בית חולים פסיכיאטרי ציבורי (אוסטרליה, 1987/88)	\$194

המקור: Australian Institute of Health, 1991; Commonwealth Department of Community Services and Health, 1990.

ל-1,000 קשישים צומצמו מפער של 23 מיטות בשנת 1985 ל-18 מיטות בשנת 1991 ובמיטות לסייעודיים, מפער של 22 מיטות לפער של 14 מיטות. מבחינת שיעורי הכיסוי, בכל המדינות קיימת מגמה הולכת וגוברת לשאוף ל-40 מיטות לכל 1,000 קשישים.

הרחבת השירותים הקהילתיים יש כמה סיבות להעדר הגידול במוסדות לתשושים וצמצום במוסדות סיעוד ואפשר שהן מצביעות על הצורך לשנות את היעדים המקוריים שנקבעו לרפורמה. החשוב ביניהם,

כלומר, מספר המיטות הדביק את קצב הגידול של אוכלוסיית הקשישים, אך לא הורחב. כתוצאה מכך, סך הכל של רמת הכיסוי של מיטות מוסדיות בשנת 1991 נמוך מן היעד של 100 מיטות לכל 1,000 קשישים והוא עומד היום על 93 מיטות בערך.

הנתונים מראים, שלתוכנית הרפורמה היתה גם השפעה חיובית בכיוון של צמצום הפערים ושיעורי הכיסוי של מיטות מוסדיות בין המדינות השונות באוסטרליה. ההבדלים בין המדינות במספר המיטות בהוסטלים

לוח מס' 6. מיטות לטיפול מוסדי ל-1,000 איש בגיל +70, 1980-1991

לשנה	אוכלוסייה בגיל +70	הוסטלים		מוסדות סיעוד		סך כל המיטות	
		שיעור	מספר	שיעור	מספר	שיעור	מספר
1980 ¹	884.7	36.7	32,423	73.8	65,289	110.5	97,712
1985 ²	1064.8	32.8	34,885	67.2	71,503	100.0	106,388
1991	1290.0	36.5	47,080	56.8	73,291	93.3	120,371
תחזית יעד 1991		40.8		59.2		100.0	
תחזית יעד 1996		47.4		52.6			

1. הנתונים לשנת 1980 כוללים מיטות סיעוד למוגבלים צעירים יותר.
2. הנתונים לשנים 1985-1991 אינם כוללים מיטות למוגבלים צעירים יותר.

קיימות תוכניות במימון בלעדי של הממשלה המרכזית.

לוח מס' 7 מראה את חלוקת ההוצאות בתוכנית HACC על-פי סוג שירות ושיעור המשתמשים בכל שירות. ניתן לראות, שההוצאה העיקרית היא עבור טיפול בבית, הכולל עבודת בית קלה, הכנת אוכל, קניות וסידורים ועזרה בטיפול אישי קל.

הטיפול הביתי שונה מן המודל הקיים בישראל. באוסטרליה מטפלות אינן רשאיות לרחוץ קשיש, למשל, פעולה הנעשית בידי אחות. מכאן השיעור הגבוה — 26.8% — בהוצאות על שירותי סיעוד קהילתי, הניתן על-ידי אחיות מעשיות. בישראל עיקר השירות הזה ניתן על-ידי מטפלות בית. עוד 11% מוקצים לחופשוניים (Respite care), ובעיקר למתן שירותים במרכזי יום וכבתיהם של הקשישים (זה אינו כולל חופשוניים במוסדות סיעוד והוסטלים).

שירות מעניין וחדשני, המופעל בינתיים באופן מוגבל וניסיוני, הוא התוכנית לאופציה קהילתית (Community Options Project), הממומן מתקציבי הממשלה המרכזית בלבד. התוכנית מאפשרת לקנות כל שירות הדרוש

לדעת מעריכי התוכנית, הוא הרחבת השירותים הקהילתיים ומתן יותר אפשרויות לקשישים לדחות את הכניסה למוסד.

בעקבות המחסור בשירותים קהילתיים הועבר בשנת 1985 חוק ה-Home and Community Care Act (בקיזור HACC), שהרחיב בהרבה את יכולתן של המדינות לפתח שירותים לקשישים מוגבלים בקהילה. בדרך כלל האחריות לתכנון מקומי ולהפעלה מוטלת על המועצה המקומית, אך היקף השירותים בכל מקום עודנו תלוי במידה רבה ביוזמתם של גופים קהילתיים המגישים תוכניות. גופים קהילתיים רבים הם נותני השירותים בפועל, כולל ארגונים מבוססים כמו ארגוני שירותי סיעוד קהילתיים (Community nursing services), שהם מלכ"רים, וגופים וולונטריים דתיים למיניהם. באופן עקרוני, התקציב לשירותים קהילתיים במסגרת HACC נקבע על-פי רמת המשאבים שכל מדינה מוכנה להקציב, תוך הוספת סכום זהה מתקציב הממשלה המרכזית. קיימת מערכת ביורוקרטית מסועפת ביותר בכל רמות הממשל לצורך תכנון, אישור ומימון פרויקטים. כמו-כן

לוח מס' 7. סוגי שירותי הטיפול הקהילתי והביתי, לפי הוצאה ומשתמשים

משתמשים		סוג השירות
הוצאה	אחוז מבני הגיל	
37.2	67.5	עזרה ביתית
26.8	30.3	סיעודי-רפואי
11.0	27.0	טיפול נופשון (בעיקר מרכזי יום)
7.0	40.9	מתן מידע
1.6	32.8	הסעה
3.5	32.5	שירותי ארוחות מזון
2.1	16.6	סמך-רפואי
3.7	16.3	תיקוני בית
2.8	—	אופציות בקהילה
4.2	—	אחר

יום הוא 2.8 שעות שבועיות בממוצע במשך יום אחד בשבוע.

מבחינת אוכלוסיות היעד, השירותים הקהילתיים (המיועדים גם לנכים צעירים, המקיפים בערך 15% מן המשתמשים), ניתנו בעיקר לקשישים בני 70 ומעלה, שהם 68% מאוכלוסיית המקבלים. 54% גרים לבד, בהשוואה ל-15% בקרב כלל אוכלוסיות בני 60 ומעלה. ניתן לראות, שאוכלוסיית המשתמשים מאופיינת בשיעורים גבוהים יחסית של מוגבלים בתפקודם היומיומי והלוקים בהפרעות התנהגות (ראה לוח מס' 9).

יעדי תכנון לעתיד, להשגת איזון רב יותר בשירותים הקהילתיים, כוללים:

(1) מסגרת אינטגרטיבית לתכנון ומימון התקציבים לטיפול בקשיש במסגרת תקציב אחד.

(2) קביעת יעדים מבחינת היקף שירות ורמות כיסוי מוגדרות (benchmarks) לטיפול בקהילה, בתיאום עם יעדים כאלה עבור המגזר המוסדי.

(3) גידול ריאלי במשאבים שידביק את קצב גידול האוכלוסייה ויאפשר הקצאה שוויונית

בבית, עד לרמה של \$400 לחודש בערך, וזאת בנוסף לשירותים הביתיים הרגילים, עבור קשישים מוגבלים במיוחד, הזכאים לסידור במוסדות סיעוד. בשנת 1990/91 קיבלו בערך 3,800 בני אדם שירותים במסגרת זו, בעלות של 34 מיליון דולר. גישת התוכנית מבוססת על התאמה אישית מאוד של שירותים לקשישים מוגבלים ובני משפחה-תיהם, במטרה למנוע את הסידור במוסד.

תוכנית ניסיונית מעניינת נוספת נקראת Hostel Program. היא מאפשרת למספר בתי אבות לתת שירותי טיפול אישי בביתו של הקשיש במקום בבית האבות. כאמור, עדיין קיימים הבדלים גדולים בין המדינות בשיעורי הכיסוי של שירותים קהילתיים ואחת המטרות היא להגדיר רמות שירות וכיסוי בסיסיים (benchmarks) ושיטות מימון ופיתוח אחידים יותר, באמצעות תכנון מרכזי.

מלוח מס' 8 ניתן לראות, שהיקף השירותים אינו גדול במיוחד. בממוצע, מספר שעות העזרה הביתית הוא 1.6 והן ניתנות כממוצע פעם בשבוע. היקף השהות במרכזי

לוח מס' 8. רמת שירותי ה-HACC, אוסטרליה, פברואר 1989

סוג שירות ה-HACC	מספר שעות שירות ממוצע ללקוח בשבוע	מספר פעמים בשבוע	% משתמשים מבני גיל 65 +
עזרה ביתית	1.6	1.0	6.8
סיעודי-רפואי	0.8	1.9	2.5
סמך-רפואי	1.5	0.5	—
סמך רפואי במרכזי יום	0.2	0.5	—
נופשון בבית	2.8	0.9	—
מרכז לטיפול יום	2.7	1.9	—
ארוחות חמות הביתה	3.7	—	3.01
ארוחות חמות למרכזי יום	1.4	—	0.6
חיקוני בית	0.6	0.3	1.0
שירותי מידע	0.3	0.4	2.7
שירותי הסעה	13.1	ק"מ בשבוע	2.1

המקור: Home and Community Care Program, 1990.

לוח מס' 9. פרופיל של לקוחות הטיפול הקהילתי והביתי בקשיש התשוע (בגיל 60 +)
(כאחוזים)

איפיונים	לקוחות	אוכלוסייה בגיל 60 +	מוגבלים מאוד
סרציר-דמוגרפי			
נשים	70	55	68
גר לבד	54	15	28
יש מטפל עיקרי בבית תחומי צורך בעזרה:	56	א.ז. ¹	254
ניידות	29	9	
טיפול אישי	69	5	
תקשורת	8	5	
התנהגות	12	—	—
טיפול בהפרשות	6	—	—

1. א.ז. — אינו זמין

2. רק מטפלים הגרים עם הקשיש.

המקור: אוספי הנתונים של המשתמשים בטיפול קהילתי וביתי, 1989 ו-1990 וסקר של הקשישים והמוגבלים של הלשכה האוסטרלית לסטטיסטיקה, 1988.

מספר נתונים ותוכניות עבור קבוצת הקשישים תשושי הנפש: באוסטרליה יש אומדנים טובים באשר לשיעור הקשישים הסובלים מירידה שכלית, על-פי מספר מחקרים שנעשו. המספר המשוער של תשושי הנפש בקרב האוכלוסייה של בני 65 ומעלה הוא 136,000. בעוד שאחוז הגידול צפוי לרדת בשנים שבין 1986 ל-2,006, המספר המוחלט עולה ובשנת 2006 יהיה כפול מזה שבשנת 1986. הפער בשיעור תשישות הנפש לפי גיל באוסטרליה נע מ-1.6% בקרב בני 65-69 עד 28.7% בקרב בני 85 ומעלה (ראה לוח מס' 10).

המפתח לסוג הטיפול הדרוש לקשישים דמנטיים הוא מקום המגורים. האוכלוסייה מחולקת כדלקמן: 50% בערך מתגוררים במוסדות ו-50% בערך מתגוררים בקהילה. בערך 9% גרים בהוסטלים ו-37% בערך מתגוררים במוסדות סיעוד.

אחת המטרות המוצהרות של הרפורמה היתה להרחיב את הטיפול בקשישים אלה

בין סוגי שירותים ובין האזורים. תחום חשוב בהקשר זה הוא תכנון מחדש של מרכיבי המימון השוטף בהוסטלים, כדי לעודד טיפול ביותר דיירים מוגבלים.

(4) קביעת נורמות קבועות להערכת צרכים בידי ועדות ההערכה (GATS) והספקת שירותים קהילתיים בהתאם להערכה זו (מבחינת סדר העדיפויות ורמת השירות).

(5) הגברת השירותים למשפחות שהן המטפלים העיקריים, לסובלים מדמנטיה, לבני מיעוטים ולאלה הגרים באזורים מרוחקים.

זיהוי קבוצות יעד מיוחדות

כאמור, זיהוי הצרכים והספקת השירותים לקבוצות בעלות צרכים מיוחדים היה עיקרון חשוב בתוכנית הרפורמה. הקבוצות האלה כוללות: קשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית (דמנטיים) ומטפליהם; קבוצות של בני מיעוטים אתניים; קשישים באזורים כפריים מרוחקים, ילידי אוסטרליה המקוריים (Aboriginies) ומעוטי יכולת. להלן פירוט

לוח מס' 10. המספר המשוער של חולי דמנטיה בינונית עד קשה באוכלוסיית אוסטרליה 1986-2006

מספר (באלפים)						גיל
2006	2001	1996	1991	1986	שיעור הנפיצות	
11.5	10.2	10.7	10.5	9.1	1.6	69-65
13.6	14.4	14.0	12.1	11.3	2.4	74-70
33.2	32.3	27.9	25.8	21.7	6.7	79-75
39.0	33.9	31.2	25.9	20.2	11.1	84-80
76.0	67.3	54.8	42.9	35.5	28.7	+85
173.3	158.1	138.5	117.2	97.8		כלל בני 65
9.6		18.3				% גידול

המקור: עובר לפי A.S. Henderson & A.F. Jorm, *The Problem of Dementia in Australia*, Canberra, 1986. בהתבסס על סדרות אומדן האוכלוסין א' וב' של הלשכה האוסטרלית לסטטיסטיקה.

הרעיון היה לתכנן את הסביבה ואת הפעילויות בצורה הדומה מאוד לניהול משק בית רגיל. הפעילויות האלה כוללות הכנת אוכל, כביסה וניקיון.

גם בקהילה, קיימים מספר דגמים של שירותים לקשישים דמנטיים ולמטפלים בהם. שירות שקיבל תנופה במיוחד הוא שירות ייעוץ, תמיכה והכוונה למטפלים בבתיהם של הקשישים. זוהי תוכנית הדומה לתוכנית שפותחה בבית החולים "שערי צדק" בירושלים (מלב"ב) במימון קרן הסיעוד ובליווי מחקרי של מינהל המחקר במוסד לביטוח לאומי.

שירות נוסף הניתן בקהילה הוא יצירת קבוצות קטנות של קשישים דמנטיים המבקרים בערך פעמיים בשבוע בביתו של אחד הקשישים - מעין תוכנית אירוח לכוס תה, פעילות שהיא דומה למה שהיו רגילים לעשות בעבר. גם באוסטרליה, כמו בישראל, נכתבו תדריכים המיועדים לבני משפחה המטפלים בקשישים בביתם והוקמו קבוצות תמיכה לבני המשפחה.

הספקת שירותים בהתאם לצרכים כאמור, אחת המטרות העיקריות של הרפורמה היתה תכנון מוסדות ושירותים

במסגרת ההוסטלים ולצמצם את הסידור הסיעודי. בין האמצעים החשובים שהונהגו היו:

(1) גידול בתוספת הניתנת לטיפול אישי בהוסטלים (Personal Care Subsidy) מ-\$57.80 לשבוע בשנת 1986 ל-\$155.75 לשבוע בשנת 1991.

(2) הנהגת תוספת ללוקים בדמנטיה, בשנת 1984, בגובה \$42 לשבוע עבור 6,000 דיירים בערך השוהים בהוסטלים.

צעדים אלה הונהגו כאמור כדי לעודד את הטיפול בקשישים מוגבלים יותר בהוסטלים, ובמיוחד חולי דמנטיה. השוואה בין נתוני 1986 לאלה של 1990 על שיעורי הקשישים המוגבלים בתפקודם היומיומי או במצב הקוגניטיבי מגלה שהיתה עלייה והיום קיימת חפיפה בין אוכלוסיות המטופלות במוסדות סיעוד, ברמת מוגבלות נמוכה, ובין חלק מן הקשישים השוהים בהוסטלים. לפי דעת המתכננים עדיין קיימים פערים בין רמת המוגבלות וסוג הסכסוד. דבר זה מצריך הנהגת ייעול בהערכה ובהענקה של הסובסידיות האמורות.

באוסטרליה נעשו מספר ניסיונות לטפל בקשישים הנמצאים בהוסטלים בדרך של יצירת סביבה טבעית יותר וסגורה פחות.

מעניין, שאף-על-פי שהוועדות הוקמו בעיקר כדי לווסת את הנכנסים למוסדות סיעוד, הן קיבלו מהר מאוד חשיבות רבה מאוד בתחום ההערכה וההפניה לשירותים מתאימים בקהילה והיום מדברים על אפשרות להרחיב את סמכויות הוועדות על-פי חוק.

עדיין רוב הפניות לוועדה הן בקשות לסידור במוסד סיעודי. בלוח מס' 11 ניתן לבחון את תוצאות ההערכה של הוועדות האלה. פחות מ-25% מן הקשישים שעברו את הוועדה הופנו לסידור במוסד, ל-36% הומלץ על שירותים קהילתיים ול-10% על סידור בהוסטלים. יש לשים לב לכך, שב-14% מן המקרים היתה המלצה לשיקום כדי לשפר את רמת התפקוד של הקשיש. ממצאים אלה מראים שהוועדה מילאה תפקיד חשוב כבר בהתפתחות התוכנית האינטגרטיבית בטיפול בקשיש (לוח מס' 11) ומצביעה על כיווני הרחבת סמכויותיה בעתיד.

צעד נוסף שננקט בניסיון להתאים את השירות לקשיש התרחש במגזר המוסדי. בשנת 1988 הונהגה שיטת סיווג חדשה של דיירים במוסדות סיעוד. סיווג זה הגדיר חמש רמות מוגבלות (Resident Classification Instrument) ובמקביל חמש רמות לסכסוד

על-פי הצרכים (Needs-based planning). מטרה נוספת, ספציפית יותר, במישור של הספקת שירותים, היתה התאמת השירות לקשיש, מבחינת סוג השירות, היקפו ועלותו. נושא זה ממשיך להעסיק את אנשי התכנון היום מנקודת המבט של ראייה לעתיד.

כדי ליעל ולשפר את מידת הספקת השירותים בהתאם לצורכי הקשיש נקבע, שעד שנת 1996 כל כניסה למוסד סיעודי או הוסטל תהיה טעונה אישור של ועדת הערכה גריאטרית (GAT). ועדות אלה, הממוננות והמופעלות במשותף מתקציבי השלטון המרכזי והמדינות, מורכבות מרופא גריאטרי, אחות, מרפא בעיסוק ובדרך כלל גם עובד סוציאלי. מרבית הוועדות פועלות מתוך בית חולים ומאוישות באנשי המקצוע שבבית החולים, כולל מחלקת השיקום הגריאטרית, וגם מנציגי שירותי הבית הקהילתיים (domiciliary care). חלק מן הוועדות פועלות בתוך הקהילה. ועדות אלה בודקות בממוצע 2.5% בערך מאוכלוסיית הקשישים, ובאזורים אחדים, עד 5%. מצפים לכך, ש-10% בערך מאוכלוסיית בני 70 ומעלה יעברו ועדות הערכה אלה במהלך השנה.

לוח מס' 11. מקור ההפניה וההמלצות של צוותי הערכה גריאטרית (יולי-דצמבר, 1989)

הפעולה המומלצת (% מן המוערכים)	מקור ההפניה (% מן ההפניות)	
—	19	עצמי/משפחה
36	9	שירותי קהילה
א.ז. ¹	30	רופא כללי
א.ז. ¹	30	בית חולים
10	4	מעק
24	א.ז.	מוסד סיעודי
14	א.ז.	שיקום

1. א.ז. — אינו זמין או אינו בר-יישום; האחרים אינם מסתכמים למאה בגלל אי כלילת הקטיגוריה "אחר".
המקור: Commonwealth Department of Community Services and Health, 1990b

לסידור מוסדי-סיעודי, אך לתקופות קצרות יותר. בין השנים 1988–1990 ניתן לעקוב אחר השינויים האלה:

- (1) ירידה של 5% במספר המיטות ל-1,000 קשישים;
 (2) עלייה של 20% במספר אישורי הכניסה (admissions);
 (3) מדד הכניסות – מספר אישורי כניסה חלקי גודל אוכלוסייה – גדל ב-14%;
 (4) גידול של 19% בשיעורי התחלופה, בעוד שאחוז התחלופה בשל פטירות נשאר קבוע (בערך 67%).
 לוח מס' 12 מציג מודל לתכנון ומעקב

משותף מטעם השלטון המרכזי עבור שהייה במוסד. סיווג זה מורכב מ-12 פריטים שאותם ממלא מינהל המוסד הסיעודי.

הסבסוד ברמה הגבוהה הוא פי 2.5 לעומת הרמה הנמוכה, הדומה יותר לסבסוד בהוסטל עבור קשיש מוגבל והסובל מדמנטיה. ההנחה היא, שוועדות ההערכה והשימוש בשיטת הסבסוד אמנם תורמים להפניה של הקשישים המוגבלים יותר למוסדות סיעוד. לשינוי זה יש השלכות מבחינת תקופת שהייה ממוצעת, שהיא קצרה יותר במוסד ושיעור התחלופה גבוה יותר. לפיכך יש היום למספר גדול יותר של קשישים גישה

לוח מס' 12. סיכום המודל של הטיפול בקשיש

2001		1996		1991	
%	במספרים	%	במספרים	במספרים	
					א. האוכלוסייה
					אוכלוסייה קשישים
9.87	1,137.5	15.24	1,035.3	898.4	80–70
18.33	581.1	25.41	491.1	391.6	+80
12.59	1,718.6	18.33	1,526.4	1,290.0	סך הכל +70
					אוכלוסייה מוגבלת
9.87	315,088	15.24	286,778	248,857	80–70
18.33	324,245	25.41	274,034	218,513	+80
14.00	639,342	19.99	560,812	467,370	סך הכל +70
					ב. טיפול במוסדות סיעוד
7.99	47,431	76.4	43,920	40,802	מספר הקבלות הפוטנציאליות
	11,301		7,236	1,487	מספר הקבלות הדחופות
	27.6		28.77	31.63	שיעור הקבלה
2.59	79,052	5.32	77,053	73,162	מספר המיטות
	60.00		57.00	55.77	שיעור התחלופה
	20.00		21.05	21.52	שהייה ממוצעת
					מרופיל רמת המוגבלות במוסדות
	11.34		9.71	6.42	% קטיגוריה א'
	31.04		29.41	28.92	% קטיגוריה ב'
	40.76		39.12	35.60	% קטיגוריה ג'
	12.88		15.33	18.98	% קטיגוריה ד'
	2.98		6.43	10.08	% קטיגוריה ה'

לוח מס' 12 (המשך)

2001		1996		1991	
%	במספרים	%	במספרים	במספרים	
					ג. טיפול במעונות
29.03	81,483	43.14	63,152	47,080	מספר המקומות
	64.24		63.03	57.3	פרופיל הסובסידיה
	16.26		17.47	23.2	אחוז הטיפול האישי
					אחוז העזרה הביתית
					ד. טיפול קהילתי
14.71	562,201	19.35	490,095	410,643	מוגבלים במידה בינונית וקשה
	224,880		196,038	143,725	מקבלי שירותים קהילתיים וביתיים
	40.00		40.00	35.00	% הכיסוי
	11.47		10.72	10.54	% גבוה
	55.00		55.00	55.00	% בינוני
	33.53		34.28	34.52	% נמוך
					ההוצאה
2.59	79,052	5.32	77,053	73,162	מיטות סיעוד ביתיות
2.41	23,987	3.76	23,423	22,573	הוצאה למיטה
5.06	1,896.19	9.28	1,804.84	1,651.52	הוצאה על בתי אבות*
	60.26		63.80	73.15	% מתקציב הטיפול בקשיש
29.03	81,483	34.14	63,152	47,080	מקומות במעונות
1.67	5,779	28.39	5,684	4,427	הוצאה על מקום
31.17	470.86	72.21	358.96	208.44	הוצאה על מעון
	14.6		12.69	9.23	% מתקציב הטיפול בקשיש
					אומדן של לקוחות הטיפול
14.71	252,990	34.27	220,543	164,257	הקהילתי והביתי**
2.18	3,082	24.57	3,016	2,421	הוצאה על משתמש
17.19	779.61	67.25	66,523	397.74	הוצאות הטיפול הקהילתי והביתי
	24.78		23.51	17.62	% מתקציב הטיפול בקשיש
11.23	3,146.66	25.31	2,829.03	2,257.70	סך כל ההוצאה

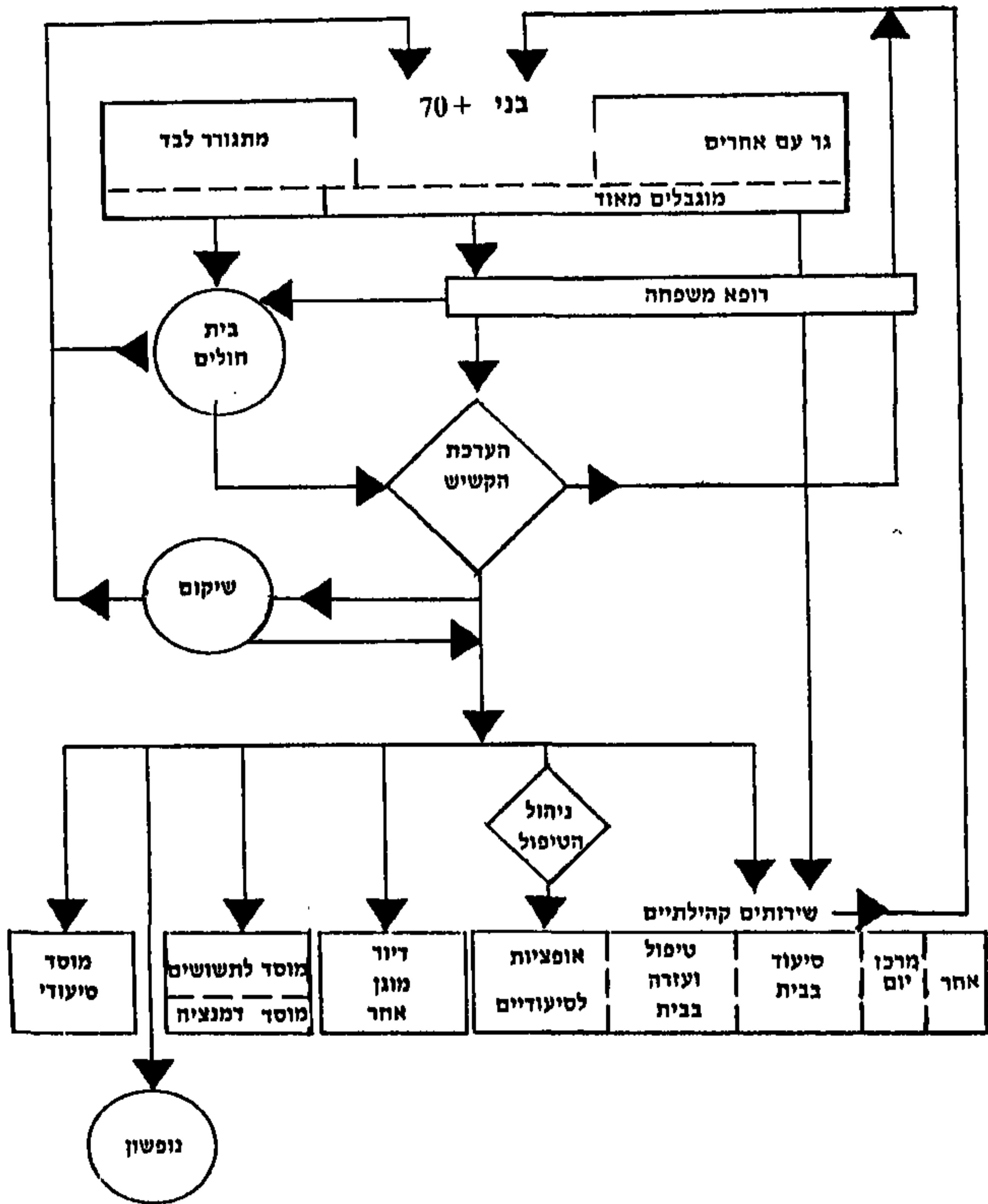
* האומדן איננו תואם את הוצאות התקציב כפי שנובע מן המודל.

** האומדן איננו כולל מוגבלים צעירים יותר, אך כולל גם את ההוצאה הלאומית ושל המדינות.

כשירותים לקשישים מרחיבות עוד יותר את הגישה האינטגרטיבית (ראה תרשים מס' 1) תוך שימת דגש ביחסי הגומלין בין הטיפול הממושך ובין הטיפול האקוטי והשיקומי. לוועדות ההערכה, הפועלות לעתים קרובות כתוך בתי-חולים, יש חלק חשוב בראייה של טיפול תמיכתי כהמשך של טיפול אקוטי.

אחר השינויים בשירותים לקשישים ל-10 השנים הבאות. מודל זה פותח כאמצעי מעקב אחר מאזן הטיפול בקשישים במגזרים השונים וכדי לבחון את השפעות השינויים במדיניות וההשלכות התקציביות הנובעות מכך. מחשבות על המשך התכנון והרפורמה

תרשים מס' 1. תיאור סכמטי של רשת השירותים לקשישים באוסטרליה



מקרא:
 ◊ החלטה קריטית
 □ טיפול ממושך
 ○ שהייה קצרה

המקור: Aged Care Reform Strategy: Mid-Term Review, 1990-91 Australian Government Publishing Service, 1991.

גורמים המשפיעים על השתתפות דיירים בשישה מוסדות לזקנים בישראל*

מאת פרופ' יוסף קטן**

מבוא

ודיירים יחידים, עשויים אף ליזום פעילויות שונות במסגרת המוסד (אירועים תרבותיים וחברתיים, פעולות עזרה הדדית, סיוע בקליטת דיירים חדשים וכדומה) ולבצעם בשיחוף פעולה עם עובדים או באופן עצמאי. למרות התהודה הרבה שזכה לה רעיון השתתפות הדיירים, והתפשטותו בארצות שונות, המידע הקיים על ביטוי המעשיים, דרכי מימושו והגורמים המשפיעים על התפתחותו במוסדות עדיין מוגבל מאוד. יתר על כן, עדיין לא ברור האם רעיון זה, שזכה לתמיכה כה רחבה מצד חוגים שונים המצויים ברובם מחוץ לזירת המוסדות, נהנה מגיבוי גם בתוך המוסדות עצמם. האם ההנהלות ועובדי המוסדות מקדמים אותו בברכה ותורמים ל"יישומו"? האם הדיירים עצמם מגלים בו עניין ומוכנים להיות מעורבים ולהשפיע? המחקר שמאמר זה מתבסס עליו ביקש לתרום להגדלת המידע בנושא השתתפות הדיירים באמצעות בחינת שתי שאלות מרכזיות בשישה מוסדות לזקנים בישראל:

רעיון השתתפות הדיירים במוסדות לזקנים זכה בשנים האחרונות לתשומת לב ולתמיכה מרובה. תמיכה זו הביאה להתפתחות מגוון של צורות ומסגרות השתתפות הקיימות כיום במספר לא מועט של מוסדות בארצות רבות ובכללן ישראל¹.

השתתפות הדיירים באה לידי ביטוי בקיום גופים פורמליים ולא פורמליים וכן באירועים ובאמצעים נוספים המאפשרים לדיירים כיחידים וכקבוצות להעביר להנהלת המוסדות ולעובדיהם מסרים שונים ולנסות להשפיע על מדיניותם ודפוסי פעולתם. מסרים אלה כוללים בין השאר: תגובות על מדיניות המוסדות ופעולותיהם, תלונות על מחדלים וליקויים שונים הפוגעים באיכות חיי הדיירים והצעות ודרישות לשינויים בתפקוד המוסדות ועובדיהם. גופי השתתפות של דיירים, כמו ועדי דיירים

* המחקר שמאמר זה מבוסס עליו נעשה בתמיכת מכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה מייסודן של אוניברסיטת תל-אביב וההסתדרות הכללית של העובדים בא"י.
** בית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.
1. סקירה על טיבן של צורות ומסגרות השתתפות אלה ומידת "נוכחותן" במוסדות לזקנים בארצות שונות מובאת בחיבורים אחרים של המחבר (קטן, 1991א'; 1991ב').

א. המטרות של השתתפות הדיירים רעיון השתתפות הדיירים ניזון מאמונות ומאידיאות שונות ומימוש עשוי לשרת מגוון של מטרות, אשר בצירופים שונים שלהן מצודדים מספר גורמים (ארגוני זקנים, עובדים מקצועיים, ארגונים הנלחמים בעד זכויות הזקנים, אנשי הממסד הממשלתי, עובדי מוסדות וכדומה) התומכים בקידום הרעיון.

מטרות אלה יתוארו בקצרה להלן².

1. מימוש זכותם העקרונית של דיירי המוסדות להשתתף בקביעת צביונה של הסביבה הארגונית שהם חיים בה.
 2. הצבת מחסומים בתוך המוסדות בפני הנטייה הפנימית להתפתחות והתעצמות של תכונות "טוטליות" המשקפות את הפוטנציאל הלא-דמוקרטי והלא הומני הגלום בהם.
 3. הגברת שביעות הרצון ותחושת הרווחה של הדיירים.
 4. העצמה (Empowerment) של הדיירים, חיזוק האוטונומיה, הדימוי העצמי ויכולת הבחירה שלהם ושיפור יכולתם להביא לשינויים מוסדיים אשר ייטיבו את איכות החיים שלהם.
 5. גיוס משאבים שונים העומדים לרשות הדיירים.
 6. קואופטציה של הדיירים.
 7. קבלת משוב על תחושות הדיירים ומידת שביעות הרצון שלהם.
 8. גיוס תמיכת הדיירים ליחסי התוך של המוסד ולשיפור חזותו ומעמדו בסביבה שהוא פועל בה.
- ניתן לראות, שבעוד שארבע המטרות הראשונות מיועדות בעיקר להבטיח את

ראשית, מה הן צורות ההשתתפות של הדיירים החיים במוסדות אלה וכיצד הן מתבטאות ומהי מידת השוני והדמיון ביניהן בתחום זה. שנית, מה הם הגורמים המשפיעים על רמת השתתפות הדיירים במוסדות אלה. ובהקשר זה, מהי תרומתם של עובדי המוסדות והדיירים למימוש של יעד זה. מאמר זה יוקדש בעיקר לתיאור ולדיון בממצאי המחקר המתייחסים לשאלה השנייה. הממצאים הנוגעים לשאלה הראשונה תוארו ונדונו בהרחבה במאמר נפרד (קטן, 1992).

המאמר נחלק לארבעה חלקים עיקריים: החלק הראשון סוקר את המרכיבים העיקריים של רעיון השתתפות הדיירים; החלק השני מתאר את ההליכים ואת שיטות המחקר; החלק השלישי מסכם בקצרה את ממצאי המחקר הנוגעים לצורות ולרמות ההשתתפות שהתפתחו במוסדות השונים; החלק הרביעי והעיקרי של המאמר עוסק בגורמים שהביאו להיווצרות דפוסי השתתפות שונים בששת המוסדות. המחקר שהמאמר מתבסס עליו הוא אקספלורטיבי וממצאיו צריכים לשמש בסיס למחקר מקיף ושיטתי יותר.

מרכיבי השתתפות הדיירים במוסדות

ההשתתפות הקונקרטי של דיירים ומידת השפעתם במוסדות ניתנת לתיאור, לאפיון ולהשוואה בין-מוסדית תוך התייחסות למספר מרכיבים עיקריים, אשר חלקם יתוארו בקצרה להלן.

2. האידיאולוגיה של השתתפות הדיירים ומרכיביה מתוארים בהרחבה בחיבורים אחרים של המחבר (קטן, 1983; 1991 א'). התייחסות ערכנית לצורות השתתפות שונות בישראל כלולה במסמנים שונים, שפותחו לצורך פיקוח על מעונות לזקנים (פלישמן ואחרים, 1991).

10. השתתפות בני משפחה באמצעות ועד של בני משפחה או בצורות אחרות.
11. פעילות גורמי בקרה חיצוניים שבאמצעותם עשויים דיירים או בני משפחותיהם להביע את דעותיהם על פעילות המוסדות.

במוסדות עשויות להתקיים במקביל חלק קטן מצורות אלה, חלק גדול יותר מהן, או מרביתן.

ג. תפקידי הדיירים המשתתפים והשפעתם על המוסד

הדיירים המעורבים בחיי המוסד במסגרת ועדי הדיירים ובמסגרת צורות השתתפות אחרות עשויים למלא מגוון רחב של תפקידים:

1. ביצוע פעילויות שגרתיות שונות על-פי הנחיות עובדי המוסד.

2. קבלת מסרים מן המוסד והעברתם לדיירים.

3. העברת מידע למוסד על צרכים, משאלות, הצעות ותלונות של דיירים.

4. ייעוץ למוסד כיצד לפעול בנושאים שונים.

5. מעורבות מעשית בתכנון ובביצוע פעילויות שונות במסגרת המוסד ומחוצה לו.

6. השתתפות בתהליכי קבלת החלטות במוסד בנושאים שונים ובביצועם.

7. שליטה על קבלת החלטות וביצועם בנושאים שונים.

טווח התפקידים שהדיירים עשויים למלא נע אפוא מתפקידים שגרתיים שהשפעתם שולית לתפקידי תיווך ולתפקידים חשובים שהשפעתם רבה.

ד. תחומי מעורבות של המשתתפים

מעורבות הדיירים במוסדות עשויה לבוא לידי ביטוי במגוון רחב של תחומים:

1. בקרב אוכלוסיית הדיירים עצמה המעורבות עשויה להתבטא בתחומים כגון:

ההומניזציה והדמוקרטיזציה של המוסדות ולקדם בכך אינטרסים של הדיירים המתגוררים בהם, ארבע המטרות האחרונות תואמות יותר את האינטרסים של המוסדות כמערכות ארגוניות.

לרעיון ההשתתפות יש אפוא פנים רבות ומגוונות. אלה עשויות להשתקף בביטויים השונים שהוא עשוי לקבל בעת מימושו.

ביטויים שונים אלה משתקפים במרכיבי ההשתתפות שיוצגו להלן. כתיאור מרכיבים אלה הסתמכנו על מספר מקורות: ספרים ומאמרים מקצועיים שונים שפורסמו בארץ ובחוצה-לארץ, שיחות עם עובדי מוסדות ודייריהם ופרסומים שונים של ארגונים ומוסדות (למשל, הגדרת תפקידי ועדי מוסדות בידי גופים כמו משרד העבודה והרווחה ו"משען").

ב. צורות ומסגרות של השתתפות

עבודות שונות על השתתפות דיירים במוסדות מצביעות על קיומן של ארבע צורות השתתפות עיקריות שיוצגו להלן:

1. אסיפת דיירים.

2. ועד דיירים כללי.

3. ועדי דיירים נוספים העוסקים בנושאים, כגון: תרבות, חברה, עזרה הדדית, קליטת דיירים חדשים, בריאות, ספרייה וכדומה.

4. ועדים משותפים להנהלה ולדיירים העוסקים בנושאים כגון: תכנון התפריט, בריאות ועוד.

5. השתתפות נציגי דיירים בוועד המנהל של המוסד (מדובר בארגונים וולונטריים שקיים בהם ועד מעין זה).

6. העסקת דיירים בתפקידים שונים במסגרת המוסד.

7. עיתון שמוציאים לאור הדיירים והנותן ביטוי לדעותיהם ולתחושותיהם.

8. עריכת סקר עמדות בקרב הדיירים.

9. קשר בלתי פורמלי בין דיירים לעובדים.

ו. אופן בחירת המשתתפים
 דיירים-משתתפים, הנוטלים חלק פעיל בגופי שיתוף שונים, כגון: ועד דיירים וועדות משותפות להנהלה ולדיירים, עשויים להגיע לתפקידיהם בארבע דרכים עיקריות, שהן שונות זו מזו בדרגת הדמוקרטיה שלהן:
 1. בחירה דמוקרטית בידי אוכלוסיית הדיירים באמצעות בחירות חשאיות או בחירות באסיפת דיירים.
 2. יוזמה עצמית, המתבטאת בהתנדבות דיירים לפעילות בגופי שיתוף.
 3. יחמת עובדי המוסד, המעודדים דיירים להתנדב למעורבות ולפעילות בחיי המוסד.
 4. המוסד עצמו ממנה דיירים להיות חברים בגופי שיתוף.
 אופן בחירת המשתתפים הוא אחד ההיבטים של מרכיב הייצוגיות שיידון להלן.

ז. ייצוגיות המשתתפים
 המידה שבה הדיירים המעורבים בגופי שיתוף אכן מייצגים את כלל ציבור הדיירים במוסד אינה מובנת מאליה. ניתן להניח, שמידה גבוהה של ייצוגיות תושג כאשר ייבחרו המשתתפים בידי הדיירים עצמם ויהיו דומים להם הן בתכונות אישיות (כגון מין, גיל, ותק במוסד, מצב בריאות, רקע חברתי-תרבותי-כלכלי), והן בתפיסת הבעיות והצרכים של דיירי המוסד.
 מידת הייצוגיות של המשתתפים עשויה להיות מושפעת גם מן הקשר בינם ובין אוכלוסיית הדיירים. מימד זה יידון להלן.

ח. טיב הקשר בין המשתתפים הפעילים לדיירי המוסד
 הקשר בין דיירי המוסדות הפעילים ובין אוכלוסיית הדיירים עשוי ללוש כמה צורות. הוא עשוי להיות הדוק ולהתבטא בקיום מפגשים קבועים ביניהם, בדיווח שוטף של המשתתפים על פעולותיהם ובקבלה קבועה

עזרה הדדית, קליטת דיירים חדשים, יישוב סכסוכים בין דיירים, פעילויות חברה ותרבות ותפקוד בית הכנסת.

2. המעורבות בתפקוד המוסד עשויה להתבטא בתחומים כגון: שירותי הבריאות והרווחה, תכנון התפריט, פיתוח ואחזקת שירותים, קבלת דיירים חדשים, מינוי עובדים והערכתם, קביעת התקציב, גובה התשלומים וקביעת תקנון-התנהגות.

3. בסביבת המוסד עשויים הדיירים להתערב בנושאים כגון: קביעת סדרי התחבורה ודרכי הגישה למוסד, תאורה ברחובות סמוכים ויחסים עם הקהילה.

הדיירים עשויים להתערב במירב התחומים, בחלקם או בקצתם. המעורבות בכל אחד מן התחומים יכולה להיעשות בצורות שונות ותוך מילוי מגוון של תפקידים.

ה. משאבי המשתתפים
 משאבי הדיירים העשויים לבוא לידי ביטוי בעת ההשתתפות כוללים ארבעה מרכיבים עיקריים:

1. ידע, מיומנויות מקצועיות וטכניות וכשרים בתחומים שונים כגון: ניהול משא-ומתן עם גורמים שונים והפעלת בית הכנסת והספרייה.
 2. ידע חווייתי המבוסס על ניסיון חיים, על אודות בעיות, צרכים ודרכי התמודדות של אנשים זקנים.

3. משאבים כספיים וחומריים אחרים. דיירים עשויים להשתמש במשאבים הכספיים לצורך מימון פעולות שונות, כגון הגברת פעולות התרבות במוסד.

4. כוח פוליטי, העשוי לאפשר לדיירים לסייע בגיוס הכרה ציבורית ותמיכה בתוכניות ובפעילויות מוסדיות שונות.

הדיירים המשתתפים בחיי המוסד עשויים לתת ביטוי לחלק קטן מן המשאבים שצוינו לעיל, לחלק גדול מהם או לרובם.

א. המוסדות

במחקר נכללו מוסדות שקיימות בהם (או היו קיימות) צורות שונות של השתתפות דיירים ואשר מנהליהם הביעו נכונות לשתף פעולה עם צוות המחקר. ארבעה מן המוסדות הם בבעלות ארגונים וולונטריים ושניים בבעלות פרטית. המוסדות שונים זה מזה בגודלם ובשיעור הדיירים העצמאיים, התשושים והסיעודיים המתגוררים בהם. לא נכללו במחקר מוסדות סיעודיים אשר בהם הפוטנציאל להשתתפות דיירים נמוך ביותר. בשניים מן המוסדות שנכללו במחקר מרבית הדיירים הם עצמאיים. במוסד אחד נמנים עם קטגוריה זו בערך 35% מן הדיירים, ואילו בשלושת המוסדות האחרים הדיירים העצמאיים הם מיעוט קטן יותר. שיעור הדיירים התשושים בארבעת המוסדות האלה נע בין 30% ל-50%.

דיירי מרבית המוסדות הם בגיל מתקדם; רק אחד המוסדות מאופיין באוכלוסייה "צעירה" יחסית (גיל ממוצע — 77).

המוסדות דומים זה לזה בשיעור הגבוה של נשים ושל בודדים ובודדות. חמישה מתוך ששת המוסדות מאופיינים בשלוש תכונות דומות נוספות: הומוגניות עדתית (רוב מכריע של ילידי אירופה), מצב כלכלי טוב של רוב הדיירים ורמת השכלה (לרוב המכריע יש לפחות השכלה יסודית).

המוסדות שנכללו במחקר אינם מהווים מדגם של המוסדות לזקנים בישראל, אך נתונים על מוסדות אחרים לזקנים בישראל מצביעים על מידה לא מעטה של דמיון בממדים שונים (שיעור הנשים, הבודדים והבודרות. הגיל והגיוון מבחינת מצב הבריאות) בין מוסדות אלה ובין מוסדות רבים אחרים. משום כך נראה, שדפוסי ההשתתפות של הדיירים שאותרו בהם עשויים לספק מבט גם על דיוקנה של תופעת ההשתתפות במוסדות רבים נוספים.

של מסרים שהדיירים מוסרים על צורכיהם. הוא עשוי להיות מתון ולהתבטא בהחלפת מידע באופן לא סדיר ולא קבוע בין הפעילים לדיירים והוא עשוי להיות מזערי ולהתבטא בקשר מועט ביותר או בהעדר כל קשר ביניהם.

ט. טיב הקשר בין המשתתפים הפעילים לצוות המוסד

הקשר בין המשתתפים הפעילים לצוות המוסד נועד להציג את האינטרסים והצרכים של הדיירים ולהגביר את השפעתם על מדיניות המוסד, מבנהו ופעולותיו.

בדומה לקשר בין המשתתפים לדיירים, גם קשר זה עשוי להיות הדוק ואינטנסיבי ולהשתקף בקיום מסגרות קבועות וסדירות של מפגש, כמו ישיבות של ועדות משותפות. הוא עשוי להיות מתון ולהתבטא בהחלפת מידע בין משתתפים לעובדים בצורה לא סדירה ולא קבועה והוא עשוי להיות מזערי ולהתבטא בקשר מועט או בהעדר כל קשר ביניהם.

כפי שצויין לעיל, מרכיבי השתתפות אלה מהווים בסיס להכרה טובה יותר של תופעת ההשתתפות ולבחינת ממדיה השונים.

ואכן, במחקר שממצאיו העיקריים יתוארו להלן, נעשה שימוש במרכיבים של מרכיבים אלה לצורך תיאור ואפיון מצב ההשתתפות בששת המוסדות ולצורך השוואה ביניהם.

המחקר — הליכים ושיטות

ההליכים והשיטות של מחקר אקספלורטיבי זה תוארו בהרחבה בעבודות אחרות של המחבר (קטן 1991 ב', 1992). לפיכך הם יתוארו כאן בקצרה.

המחקר נתייחס בעיקר לאותם נתונים אשר לגביהם היתה הסכמה בין הרוב המכריע של המרואיינים.

ממצאי המחקר

בהצגת ממצאי המחקר נתייחס לשני היבטים עיקריים. תחילה יוצגו בקצרה הממצאים הנוגעים למצב השתתפות הדיירים במוסדות השונים³. בהמשך יוצגו בהרחבה הממצאים הנוגעים לגורמים המשפיעים על מצב ההשתתפות.

מצב השתתפות הדיירים במוסדות בתמונת השתתפות הדיירים במוסדות המשתקפת במחקר בולטות עשר נקודות מרכזיות.

1. בכל אחד מן המוסדות התפתחו צורות השתתפות שונות שאיפשרו לדיירים להעביר מסרים שונים להנהלות ולעובדים. יחד עם זאת, המוסדות שונים זה מזה במספרן של צורות השתתפות, בגיווןן, בצביוןן המבני, באופן תפקודם, בדפוסי פעילות המשתתפים ובהשפעתם.

2. קיום גופי השתתפות (כמו ועד דיירים וועדים אחרים) שגילו פעילות ממשית והטביעו את חותמם על מספר תחומים בחיי המוסדות איפיין במיוחד שלושה מוסדות ובמידה פחותה מוסד רביעי. בשני מוסדות היה מספר צורות השתתפות מצומצם והשפעתן מוגבלת ביותר.

3. המוסדות שונים זה מזה גם בנוגע לקיומו של ועד דיירים (שהוא גוף השתתפות הפורמלי בעל פוטנציאל ההשפעה הגבוהה

ב. בלי המחקר ושיטות איסוף הנתונים המידע על ביטויי השתתפות במוסדות נאסף ממספר מקורות עיקריים:

1. ראיונות ממוקדים עם עובדים ודיירים. בכל המוסדות רואיינו המנהלים ולפחות אחת העובדות הסוציאליות. במרבית המוסדות רואיינו גם אחיות ואימהות בית. במוסד אחד רואיין גם רופא. לא נכללו בקרב המרואיינים עובדים לא מקצועיים העוסקים בטיפול ובאחזקה. בכל המוסדות רואיינו דיירים פעילים ובאחד מהם גם דיירים לא פעילים.

בראיונות נעשה שימוש בשאלונים. העובדים והדיירים התבקשו לענות על שאלות דומות שהתייחסו, בין השאר, למרכיבים שונים של תופעת ההשתתפות במוסדותיהם (כמו ועדי דיירים, תכונותיהם, תפקידיהם ופעולותיהם, אסיפות דיירים, קשרים בלתי פורמליים בין דיירים לעובדים) ולגורמים המשפיעים עליה. בדיקת מידת הזהות של תשובות העובדים והדיירים לשאלות המקבילות איפשרה להעריך את רמת המהימנות של המידע שסיפקו המרואיינים.

2. שיחות לא פורמליות במוסדות עם עובדים ועם דיירים נוספים.

3. במקרים שהתאפשר הדבר נאסף מידע ממספר מקורות נוספים: השתתפות באספות דיירים, השתתפות בישיבות של ועדות ועיון בחומר כתוב (עיתונים, פרסומים וכדומה).

המספר הכולל של המרואיינים במוסדות היה 50 – 27 דיירים ו-23 עובדים. לצורך קבלת תמונה כוללת על מצב השתתפות הדיירים בכל אחד מן המוסדות והגורמים המשפיעים עליו רוכזו הנתונים שנתקבלו בכל מוסד ממקורות המידע השונים ונבדקה מידת ההלימה ביניהם. בהצגת ממצאי

3. ממצאי המחקר הנוגעים לסוגיה זו נדונים בהרחבה בחיבורים אחרים של המחבר (קטן, 1991; 1992).

השפעה רבה על השתתפות הדיירים. השפעה זו מתבטאת בין השאר בייזום הקמת ועדי דיירים, בהשתתפות פעילה בישיבות ועדים אלה, בליווי צמוד של פעולותיהם וגם במעורבות באסיפות דיירים ובהכוונתן.

9. בכל המוסדות אין השתתפות של דיירים במספר תחומים מרכזיים הנוגעים למדיניותם ולסדרי עבודתם, כגון: אישור קבלת דיירים, חלוקת התקציב, מינוי עובדים ותפקוד השירותים הסוציאליים. יחד עם זאת, בכל המוסדות יש לדיירים מידה רבה של שליטה ברשות הפרט שלהם (התנהגות בחדר, שעות שינה, יציאה מן הבית ועוד) ובתחום שירותי הדת.

השוני בין המוסדות הוא במידת ההשפעה שיש לדיירים במספר תחומים אחרים, כגון פעילויות תרבות וחברה, תפקוד שירותי הבריאות ותכנון התפריט, תחומים שבהם מדיניות המוסדות מאפשרת לדיירים להשתתף ולהשפיע. בחלק מן המוסדות יש לדיירים השפעה בתחומים אלה, בחלק מהם השפעתם מוגבלת.

10. בכל המוסדות המעורבות הפעילה "בתפקידים ציבוריים" מצטמצמת לגרעין קטן של דיירים. מספר דיירים נוספים מעורבים בפעילויות ובתעסוקות שונות על בסיס אישי ובהתנדבות. יחד עם זאת, המוסדות שונים זה מזה בשיעור היחסי של הדיירים המשתתפים. תודעת ההשתתפות לא חדרה אפוא לרבדים רחבים של אוכלוסיית דיירי המוסדות. רבים מן הדיירים מגלים אדישות מוחלטת לפעילותם של גופים משתתפים ויש אחדים שאף מגלים כלפיהם ביקורתיות ועוינות (התייחסות כזאת למשתתפים פעילים מאפיינת במקרים לא מעטים גם מסגרות אחרות, כגון שכונות ומקומות עבודה).

בחינה של תמונת ההשתתפות מצביעה אפוא על קיומם של קווי דמיון ושוני בין

ביותר), מבנהו ודפוסי תפקודו. במוסד אחד לא פעל כלל ועד דיירים; במוסד שני היה קיים ועד כזה בעת ביצוע המחקר, אך רמת פעילותו היתה מוגבלת ביותר (הוועד חדל לפעול בשלב מאוחר יותר). במוסד נוסף קיים ועד דיירים, שהשיג מספר תוצאות קונקרטיות. אך הגורם העיקרי הפעיל בו היה יושב-הראש שלו. בשלושת המוסדות האחרים פעלו הוועדים בצורה מסודרת ואינטנסיבית. במוסדות אלה היו לפעילויות הוועדים תוצאות קונקרטיות שניכרו במספר תחומים מוסדיים, כגון: שינויים בסדרי עבודת השירותים הרפואיים, קיום השתלמויות לעובדים, מימון פעילויות תרבות, הוצאת עיתון דיירים.

4. התפקיד העיקרי שממלאים ועדי הדיירים במוסדות שבהם הם קיימים הוא תיווך בין הדיירים להנהלה. תפקיד זה מתבטא בהעברת מסרים שונים להנהלה, הכוללים תלונות, משאלות והצעות שונות. הדגשת התיווך בתפקודו של ועד הדיירים מקובלת הן על חברי הוועדים עצמם והן על העובדים הבכירים במוסדות. תפקיד זה גם תואם את הגדרת תפקידי הוועדים של גופי-על, כמו משרד העבודה והרווחה ו"משען".

5. מרבית הוועדים (ועדי דיירים וועדים אחרים) פועלים על בסיס של שיתוף פעולה עם הנהלות המוסדות ועובדיהם, ולא כגופים המפעילים עליהם לחצים כבדים ומקשים על פעולתם.

6. בכל המוסדות, פרט למוסד אחד, יש לאסיפת הדיירים, המתקיימת בצורות שונות ובתדירות שונות, השפעה מוגבלת מאוד.

7. מגעים לא פורמליים ברמה האישית בין דיירים לעובדים הם בכל המוסדות צינור תקשורת מרכזי להעברה הדדית של מסרים. המסרים, שאותם יוזמים בעיקר הדיירים, מתייחסים ברוב המקרים לבעיות אישיות.

8. במרבית המוסדות יש לעובדים הבכירים

אלה מצביעים על כך שניתן לייחס את דפוסי ההשתתפות השונים שהתהוו בששת המוסדות — החל בהשתתפות גבוהה של דיירים במספר תחומים בחלק מהם וכלה בהשתתפות מוגבלת ביותר באחרים — לשני גורמים מרכזיים ולזיקה ההדדית שביניהם. ראשית, המוטיבציה והנכונות להשתתפות של דיירים והכישורים והמשאבים העומדים לרשותם לצורך מימוש נכונות זו. נכונותם של דיירים ליטול חלק בפעילות של השתתפות מושפעת מגורמים שונים, אחד הכולטים שבהם הוא מידת התמיכה שהם מקבלים מדיירים אחרים. שנית, עמדת העובדים הבכירים במוסדות כלפי הרעיון של השתתפות הדיירים ומידת התמיכה הקונקרטיית שהם מעניקים לדיירים המשתתפים ולמסגרות ההשתתפות הפועלות במוסד. שני גורמים אלה יידונו להלן.

א. דיירים — מוטיבציה, נכונות וכישורים

נתוני המחקר מראים, שתנאי הכרחי לצמיחת צורות השתתפות של ממש ובעלות השפעה

המוסדות השונים (גם באלה הדומים זה לזה מבחינת הרכב האוכלוסייה) בדפוסי ההשתתפות וברמת השפעת הדיירים שנוצרו בהם. ניתן להציג את המוסדות על רצף שבחלקו האחד מוצבים אלה שבהם השתתפות הדיירים היא נמוכה ביותר וחסרת משמעות ובחלקו השני אלה שבהם הושגה "נוכחות" של השתתפות משמעותית של דיירים במספר תחומים המקובלים גם על ההנהלות.

לוח מס' 1 מציג מספר מרכיבים מרכזיים בתמונת ההשתתפות בששת המוסדות, תוך ציון ההבדלים ביניהם.

הגורמים המשפיעים על רמת ההשתתפות של הדיירים במוסדות

הנתונים שנאספו במסגרת המחקר מספקים מבט על מספר גורמים העשויים להביא להתפתחות רמות שונות של השתתפות ושל השפעה של הדיירים במוסדות. נתונים

לוח מס' 1. מרכיבים מרכזיים במצב ההשתתפות במוסדות

מוסד א'	מוסד ב'	מוסד ג'	מוסדות ד, ה' ו'
העדר ועד דיירים.	קיים ועד דיירים לא פעיל.	קיים ועד לא נבחר שפעיל בו בעיקר היו"ר. הוועד מגלה פעילות במספר התחומים. העדר ועדים אחרים.	קיימים ועדי דיירים נבחרים הפועלים בצורה סדירה במספר תחומים מוסדיים. קיימים ועדים נוספים (תרבות, בית כנסת, עיתון, עזרה הודית וכדומה) הפעילים בתחומי עיסוקם. מספר דיירים פעילים במגוון תחומים במוסד (פעולות חברה ותרבות, עזרה הדדית וכדומה). בריאות וכדומה).
העדר ועדים אחרים (ועדת תרבות, ועדת בית כנסת וכד')	העדר ועדים אחרים.	העדר ועדים אחרים.	קיימים ועדים נוספים (תרבות, בית כנסת, עיתון, עזרה הודית וכדומה) הפעילים בתחומי עיסוקם. מספר דיירים פעילים במגוון תחומים במוסד (פעולות חברה ותרבות, עזרה הדדית וכדומה). בריאות וכדומה).
דיירים בודדים מעורבים במספר תפקידים במוסד.	דיירים בודדים מעורבים במספר תפקידים במוסד.	מספר דיירים מעורבים בתחומים שונים במוסד (פעולות חברה ותרבות, עזרה הדדית וכדומה).	קיימים ועדים נוספים (תרבות, בית כנסת, עיתון, עזרה הודית וכדומה) הפעילים בתחומי עיסוקם. מספר דיירים פעילים במגוון תחומים במוסד (פעולות חברה ותרבות, עזרה הדדית, שירותי בריאות וכדומה).

בפעילותם הציבורית בתוך כותלי המוסדות. התייחסות עובדים בכירים באחד המוסדות לדיירים הפעילים מבטאת היטב תכונות אלה. העובדת הסוציאלית מתארת אותם כ"בעלי איכפתיות, יחמה, יכולת ביטוי וארגון, כושר מנהיגות, מוטיבציה לפעילות וסטטוס חברתי". המנהל מתאר את הפעילים כ"אנשים המחפשים משמעות לחיים". האחות רואה בהם "אנשים היודעים לדרוש את המגיע להם".

גם במוסד נוסף, שפעל בו ועד דיירים שגילה רמת פעילות נמוכה ונטולת השפעה משמעותית, נמנו עם חברי דיירים שהיו פעילים בעבר במפלגות פוליטיות או בארגונים וולונטריים בקהילה שבה ממוקם המוסד (רמת הפעילות הנמוכה של חברי ועד זה נבעה משילוב של נסיבות כמו מצב בריאות וגורמים אחרים שיתוארו וייבחנו בהמשך).

במוסד השישי, שבו היתה רמת הפעילות של הדיירים נמוכה מאוד — נעדר המרכיב של דיירים בעלי מוטיבציה, נכונות וכישורים להשתתפות (במוסד זה נעשו מספר ניסיונות ביחמת העובדת הסוציאלית לעודד השתתפות, אך אלה לא נשאו פרי).

פעילות הדיירים בעלי המוטיבציה והפוטנציאל למעורבות ציבורית נבעה במרבית המקרים מיחמה עצמית, או משילוב של יחמה עצמית ועידוד מוסדי (מנהל/ת המוסד או העובדת הסוציאלית שביקשו לעודד הקמת מסגרות של השתתפות, כמו ועד דיירים, פנו לצורך זה דווקא לדיירים אשו, בשל ניסיונם בפעילות ציבורית, נראו להם מתאימים להיות חברים בגופים אלה). במספר מקרים נבעה השתתפות הדיירים בעיקר מלחץ מוסדי (מנהל/ת המוסד או העובדת הסוציאלית פנו לדיירים שנראו בעיניהם בעלי פוטנציאל ולחצו עליהם לפעול במסגרות של השתתפות). אמנם דיירים אלה לא גילו עניין

במוסדות הוא נוכחותם של דיירים המצוידים הן בנכונות ובמוטיבציה לפעילות ציבורית והן בכישורים ובמשאבים העשויים לסייע להם לממש פעילות זו (בעיקר מצב בריאות תקין וניסיון של פעילות בעבר במסגרות השתתפות שונות).

בארבעה מוסדות שהתגוררו בהם מספר דיירים בעלי תכונות כאלה אכן התפתחה פעילות של דיירים משתתפים שהיתה לה השפעה קונקרטיה במספר תחומים בחיי המוסדות. למרבית הדיירים הפעילים במוסדות אלה (יושבי ראש ועדות, וחברי ועדות פעילים) היה בעבר ניסיון בפעילות ציבורית במסגרת מקומות עבודתם, בארגונים וולונטריים ובמפלגות פוליטיות. יושבי-הראש של הוועדים במוסדות אלה מילאו בעבר את התפקידים דלהלן:

1. מנהל חברה כלכלית גדולה ופעיל בארגונים וולונטריים.
2. פעיל במסגרת מפלגה פוליטית ובאיגוד המקצועי.
3. יושב-ראש של ארגון וולונטרי שאיגד בתוכו אנשים שפעלו באחד המגזרים הכלכליים.
4. פעיל בארגונים וולונטריים.

בין הפעילים האחרים היו, בין השאר: חברת מועצה ברשות מקומית ופעילה במפלגה, יושב-ראש ועד מושב ופעיל בארגונים וולונטריים, פעיל במפלגה, פעילים בארגונים וולונטריים שונים.

אצל רבים מדיירים אלה פעל "חידק" העסקנות הציבורית בעבר והם ביקשו להמשיך בפעילות דומה גם במסגרת המוסד שבו הם שוהים עכשיו. המעורבות בעסקנות ציבורית בעבר אף היקנתה לדיירים אלה כישורים ומיומנויות שונות בתחומים כגון: ניהול ישיבות, ניסוח דברים בכתב ובעל-פה, תכנון פעולות, ניהול משא-ומתן ויכולת להופיע בפני ציבור — ואלה סייעו להם

אך הוועד הפסיק לפעול לאחר תקופה קצרה מכיוון שחלק מן הדיירים גילה עוינות כלפי חברי הוועד וראה בהם "סוכנים של ההנהלה". היו גם דיירים שהאשימו את חברי הוועד (שהתגדבו לתפקידם בעידוד העובדת הסוציאלית) בניצול מעמדם למען אינטרסים אישיים. כאשר נוכחו חברי הוועד לדעת, שמעורבותם הציבורית מביאה לחיכוכים בינם ובין דיירים אחרים ומעוררת כלפיהם עוינות, הם העדיפו לחדול מפעילות זו.

ניסיון אחר של העובדת הסוציאלית, לכחור באחראים לכל קומה שישמשו — בהעדר ועד דיירים פורמלי — נציגים שידווחו לעובדי המוסד על ליקויים ופגמים שונים בקומה שהם מתגוררים בה, לא נשא אף הוא פרי בשל גילויי ביקורת כלפי "האחראים" מצד חלק מן הדיירים.

ההשפעה השלילית של עמדה ביקורתית זו על נכונות דיירים להשתתף השתקפה היטב בדברי מספר דיירים פעילים באחד המוסדות. אחת מחברות ועד הדיירים שגילה רמת פעילות נמוכה ביותר התבטאה כך: "מדוע החשש בבית אבות מביקורת חברתית הוא חזק במיוחד? מחוץ לבית האבות יש לאדם בית וחיים פרטיים ולכן גם אם מבקרים אותו במקום העבודה, הוא יכול לפצות את עצמו בביתו ועם חבריו. כאן כל מסגרות החיים של האדם קשורות זו בזו, ולכן הביקורת בתחום אחד מביאה לפגיעה כללית". דייר פעיל אחר התבטא בנושא זה באומרו: "כדי לפעול בבית אבות זה צריך להיות אדם חזק, שאינו שם לב לביקורת של אחרים".

גם במוסד נוסף, שהיתה בו רמת השתתפות גבוהה יחסית, התעוררה ביקורת כלפי חלק מחברי הוועד מצד מספר דיירים. פעילים אלה הואשמו בחוסר פעילות מספקת, בשיתוף פעולה עם ההנהלה ובדאגה לאינטרסים האישיים שלהם. במוסד זה נראו סימנים ראשונים לכך שביקורת זו

מיוחד בעסקנות ציבורית במסגרת המוסד, אך הסכימו להיענות לפניות שהופנו אליהם. רמת הפעילות של דיירים אלה היתה בדרך כלל נמוכה מאוד.

כפי שצוין בפרק קודם של המאמר, בכל המוסדות נשאה קבוצה קטנה מאוד של דיירים בעול המעורבות הפעילה. רבים מן הדיירים גילו אדישות כלפי רעיון ההשתתפות וכלפי המסגרות השונות שבהן הוא מתממש. רק מעטים נתנו להם תמיכה פעילה. חלק מן הדיירים התייחסו אל המשתתפים מתוך ביקורת ואף באיבה. דבריהם של מספר דיירים באחד המוסדות (שבו היתה רמת ההשתתפות נמוכה מאוד) מבטאים מצב זה בצורה חריפה. אחד הדיירים תיאר את ציבור הדיירים במוסד שהוא מתגורר בו בצורה זאת: "ציבור הדיירים במוסד אדיש לגמרי. אפילו כשיש פעולות חברתיות באים רק מעטים. את רוב הדיירים צריך לדחוף בכוח מן החדרים". דייר אחר התבטא בצורה דומה: "לדיירים יש גישה אינדיווידואליסטית וחסרת אכפתיות, ולכן אין טעם להקים גופים אשר ייצגו אינטרסים של כלל הדיירים. אוכלוסיית הדיירים אדישה לפעילות החורגת מן השיגרה היומית. מה שמעניין את מרבית הדיירים זה האוכל בלבד. אך גם בנושא זה אין טעם להקים ועדה מפני שיהיה קשה להגיע לדעה אחידה לגבי התפריט".

בצד העמדה האדישה וחוסר ההתעניינות, המשקפת את העדרה של "תרבות קהילתית" המעודדת השתתפות ופעילות בקרב הדיירים ומוקירה את הדיירים המשתתפים, קיימים בשלושה מן המוסדות גילויים של ביקורת ועוינות מצד מספר דיירים כלפי הדיירים הפעילים. באחד המוסדות, שבלטה בו במיוחד אווירה עוינת זו, היא מילאה תפקיד מרכזי בבלימת התפתחותם של גופי השתתפות אחדים. העובדת הסוציאלית של מוסד זה יזמה את הקמתו של ועד דיירים,

כניסתם למוסד) במסגרות שונות כגון: מפלגות פוליטיות, איגודים מקצועיים, אגודות וולונטריות או מילאו תפקידים בכירים במקומות העבודה שלהם. פעילות זו היקנתה לדיירים אלה ניסיון, כלים ומיומנויות שהקלו עליהם להשתלב ולפעול בגופי השתתפות שונים במוסד. למרות זאת, פעילות ציבורית בעבר אינה ערוכה לנכונות למעורבות מוסדות בהווה. הידרדרות במצב הבריאות היא אחד הגורמים העיקריים להימנעות דיירים בעלי פוטנציאל של פעילות מהשתתפות פעילה. גורם בולט נוסף המשתקף בדברי מספר דיירים שנימנו עם קטגוריה זו הוא הרצון להשתחרר, לעת זקנה, מן המחויבויות האישיות, המטלות, האחריות והמחלוקות הכרוכות בפעילות ציבורית. דירת המתגוררת באחד המוסדות ציינה בעניין זה שחוסר נכונותה להירתם לפעילות נובע מן הלקח שהפיקה מחוויותיה כאשתו של עסקן ציבורי, שפעילותו הקהילתית היתה כרוכה בהשקעת שעות מרובות של עבודה ללא תמורה, בחיכוכים עם אנשים, במאויים שלא באו על סיפוקם ולפיכך גם באכזבות ובעגמות נפש רבות. דיירים אלה מעדיפים אפוא להשקיע את זמנם בפעילויות העשויות לתת להם סיפוק. גורם זה קשור למימד נוסף שיידון להלן.

3. הרצון לנוח וליהנות מסיועם של אחרים. ההנחה, המהווה את אחת ההצדקות העיקריות לרעיון ההשתתפות, לפיה דיירי מוסדות צריכים לשמור על אי תלות ואוטונומיה ולהמשיך, במידת האפשר לשלוט על חייהם גם במסגרת המוסד, אינה מקובלת במלואה על דיירים לא מעטים, המעלים בין השאר טיעונים כמו "כל השנים דאגתי לאחרים, עכשיו הגיע הזמן שאחרים ידאגו לי", או "עבדתי קשה כל חיי, עכשיו אני רוצה לנוח". מספר דיירים, שגילו נכונות מעטה להשתתף,

שוחקת את הפעילים ומכרסמת בנכונותם לפעול. ביקורת זו אף מרתיעה דיירים שאינם משתתפים מלהצטרף למעגל הפעילות. ההשפעה השלילית של עמדה זו היתה מועטת באותם מוסדות שבהם פעלו בנפרד או בצוותא מספר גורמים מאזנים.

ראשית, גילויי העוינות והביקורתיות היו מעטים, ומשום כך רישומם על האווירה במוסד לא היה רב.

שנית, התגבשות קבוצה של דיירים בעלי מוטיבציה ודחף חזקים לפעילות, שאינם נרתעים מגילויי עוינות שמגלים מספר דיירים. שלישית, מעורבות דיירים שבשל תכונותיהם האישיות (יכולת מנהיגות, מחויבות ואכפתיות חברתית, אמינות, פתיחות, כושר ליצור קשרים אישיים) היו מקובלים על חלק מן הדיירים וזכו לאמונם. רביעית, מתן גיבוי ועידוד לפעילות מצד עובדי המוסד (היבט זה יידון ביתר הרחבה בהמשך).

הדחף האישי של הדיירים עצמם לפעילות והאווירה שרווחה בקרב הדיירים כלפי נושא ההשתתפות היו רק חלק מן הגורמים שהשפיעו על נכונות דיירים להשתתף. בראיונות עם דיירים (משתתפים ולא משתתפים) ועובדים הועלו מספר גורמים נוספים, אשר השפיעו, בנפרד ובמשותף, על רצונם של דיירים לקחת חלק במסגרות השתתפות:

1. מצב בריאות. דיירים במצב בריאות נפשי או פיסי ירוד גילו נכונות מעטה להשתתף. דיירים אלה גם לא היו יערי לניסיונות עידוד של עובדים, שמילאו במספר מקרים תפקיד מכריע בשכנוע דיירים שנראו להם בעלי פוטנציאל של השתתפות להצטרף למסגרות השתתפות שונות.

2. ניסיון פעילות בעבר. כפי שכבר צוין לעיל, מרבית הדיירים שגילו נכונות לפעול, ואף התמידו בכך, היו פעילים (לפני

המוסדות ומידת תמיכתם ברעיון ההשתתפות ובמימושו. גורמים אלה יידונו להלן.

ב. עובדי המוסדות — עמדות ותשומות

בכל המוסדות שנכללו במחקר תומכים בדרך כלל העובדים הבכירים (מנהלים/ות, עובדות סוציאליות, אחיות) ברעיון ההשתתפות הדיירים ומחייבים הקמת גופי ההשתתפות כמו ועדי דיירים וועדים אחרים והפעלת מסגרות ההשתתפות כמו אסיפת דיירים. בכל המוסדות יש גם לעובדים הבכירים דעה דומה הן לגבי התחומים שבהם יש לפתוח בפני הדיירים אפשרויות השפעה (חיי הדיירים ברשות הפרט שלהם, תחומי הפעילות התרבותית-חברתית-דתית, עזרה הדדית) והן לגבי התחומים שבהם אפשרויות ההשתתפות וההשפעה צריכות להישאר חסומות או מוגבלות ביותר (תקציב, קבלת דיירים חדשים, גובה תשלומים ומינוי עובדים). בכל המוסדות אף תופסים העובדים הבכירים את גופי ההשתתפות של הדיירים בעיקר כגורם בעל תפקיד של תיווך המעביר להנהלה משוב הכולל מסרים שונים על צורכי הדיירים, תחושותיהם ועמדותיהם בנושאים שונים. יחד עם זאת, עובדים אלה מגלים נכונות לאפשר לדיירים לפעול באורח קונקרטי במספר תחומים מוסכמים (בעיקר בנושאי דת, תרבות, חברה ועזרה הדדית). גישה זו של העובדים הבכירים נובעת ממספר גורמים:

רובם המכריע מכיר בחשיבות ההשתתפות ובתרומתה האפשרית לרווחתם האישית של הדיירים. מרבית המנהלים רכשו הכרה זו במסגרת קורס מנהלים שהשתתפו בו. רעיון ההשתתפות מהווה גם מרכיב בסיסי בערכים המקצועיים של העובדות הסוציאליות. העובדים הבכירים אף ערים לכך, שהשתתפות הדיירים היא דרישה

ציינו בעניין זה, שמכיוון שצורכיהם זוכים למענה הולם במסגרת המוסד שהם חיים בו, הם אינם רואים כל סיבה להתארגן בגופים של השתתפות כמו ועד דיירים, הנראים בעיניהם מסגרות החייכות להתריע על ליקויים בתפקוד המוסד. דייר שביקש לתאר באופן חיובי את רמת הטיפול והדאגה שהדיירים המתגוררים במוסד זוכים לה, ציין בהקשר זה: "כאן מתייחסים אלינו כמו אל ילדים ודואגים לכל צרכינו". תפיסה תלוית זו של הדיירים זוכה לגיבוי ולחיזוק מצד בני משפחה ועובדים הסבורים שהדיירים הזקנים זקוקים בראש ובראשונה לסייעוד ולטיפול הולמים ואין לבקש מהם ליטול על עצמם אחריות ולמלא משימות שונות בין כותלי המוסד.

דעה זו תואמת דימויים סטריאוטיפיים הרווחים בקרב גורמים שונים, ובכללם עובדי מוסדות, ואולי אף ניזונה מהם, לפיהם, זקנים — ובמיוחד אלה המתגוררים במוסדות — אינם מסוגלים לכלכל את מעשיהם בכוחות עצמם ומשום כך על קרובי משפחה או שירותים שונים (למשל, מוסדות) ליטול את האחריות עליהם ולדאוג למילוי צורכיהם.

4. החשש מעימותים עם עובדי המוסדות. מספר דיירים ציינו, שאחד הגורמים המרתיעים אותם או דיירים אחרים מלקחת חלק במסגרות ההשתתפות הוא החשש שמעורבות במוסד במסגרת גוף כמו ועד דיירים — שאחד מתפקידיו הוא להעביר להנהלה מסרים על ליקויים ובעיות — עשויה להביא לחיכוכים ועימותים עם הנהלת המוסד ועובדיו ועקב כך אלה עלולים לפגוע בתנאי חייהם במוסד.

עמדות הדיירים ומידת נכונותם להשתתף באורח פעיל בחיי המוסד מושפעים אפוא גם מגורמים אישיים כמו מצב בריאות, תכונות אישיות ורקע של פעילות ציבורית, אך גם מגורמים חיצוניים כמו עמדות עובדי

יחד עם זאת, המוסדות נבדלים אלה מאלה במידה שבה הם נוקטים פעילויות נוספות על אלה שצוינו לעיל, על מנת להגביר ולחזק את השתתפות הדיירים.

בארבעה מן המוסדות נטלו עובדים בכירים יוזמה להקמת ועדי דיירים וגופי השתתפות נוספים, יוזמה זו כללה בין השאר איתור משתתפים פוטנציאליים ועידודם לגלות פעילות (כפי שצוין לעיל, בחלק מן המוסדות השתלבה יוזמת העובדים עם יוזמת דיירים פעילים שגילו עניין במעורבות ציבורית במסגרת המוסד). בשניים מן המוסדות אף יזמו עובדים בכירים (מנהלים ועובדות סוציאליות) מספר פעילויות נוספות בתחום זה, עובדים אלה הם היחידים בכל המוסדות, שראו בנושא של השתתפות הדיירים מרכיב אינטגרלי ומרכזי של עבודתם והקדישו לו חלק נכבד מזמנם. תשומותיהם המיוחדות של עובדים אלה בתחום זה כללו, בין השאר: קיום קשר שוטף ואינטנסיבי עם ועדי הדיירים, פגישות אישיות עם חברי הוועדים, ייעוץ והדרכה לוועדים כקבוצות ולחבריהם כפרטים, תמיכה אישית בחברי ועדים שהתקשו בפעולתם וסיוע לוועדים בתכנון של פעילויות שונות ובמימושן.

אחת מעובדות אלה ציינה בהקשר זה את העיקרון המנחה אותה בקשר האינטנסיבי שהיא מקיימת עם ועד הדיירים: "אני לא רואה בוועד דיירים גוף הצריך להסתפק בהעלאת דרישות. אני רואה בו גוף הצריך להיות מוכן לקבל על עצמו אחריות". שני המוסדות נמנים עם אלה שבהם רמת השתתפות הדיירים במספר תחומים היתה גבוהה. גם במוסד נוסף, שבו היתה "נוכחות" הוועד מורגשת ביותר, תפסה העובדת הסוציאלית את נושא השתתפות הדיירים כאחד מתפקידיה וביקשה להשתתף בישיבות הוועד ולסייע בפעולותיו, אך ועד זה העדיף

לגיטימית ומקובלת, הכלולה בתקנות משרד העבודה והרווחה. עובדים שונים העלו מספר נימוקים נוספים לתמיכתם ברעיון:

— ראיית ההשתתפות כגורם מסייע לספיגת לחצים של דיירים (תפיסת הוועד כגורם הקולט לחצים ותלונות ומעביר אותם להנהלה).

— השתתפות כמענה ללחץ של דיירים התובעים מעורבות.

— הסדרת זרימה קבועה של מסרים המאפשרים להנהלה לקבל מידע על תחושות הדיירים, לאתר מוקדי אי שביעות רצון ולנסות לתקנם.

— שיפור הדימוי של המוסד בעיני גורמים חיצוניים.

— מתן אפשרות למוסד להסתייע במשאבי הדיירים (מילוי תפקידים שונים, סיוע בקשר עם גורמי חוץ וכדומה).

התמיכה העקרונית ברעיון ההשתתפות האופיינית לכל המוסדות מלווה בהקצאה של תשומות ובפעילויות שונות הנותנות לתמיכה זו ביטוי מעשי. תשומות ופעילויות אלה כוללות:

— הקצאת מתקני המוסד לפעולות חברתיות שונות של דיירים ולמפגשי ועדות.

— קיום מפגשים עם נציגי הדיירים והאזנה למסרים שהם מעבירים.

— עריכת מפגשים בין עובדים לדיירים במישור האישי.

— התייחסות לבקשות ולמשאלות של דיירים והיענות לחלק מהן (ההיענות החלקית מוסכרת בדרך כלל במשאבים מוגבלים).

— המרצת השתתפות של דיירים בפעילויות חברתיות ותרבותיות הנערכות בין כותלי המוסד.

— עידוד דיירים למלא תפקידים שונים במוסדות, כמו ניהול בית הכנסת, ארגון הספרייה, ניהול הקפטריה, הנהלת השבונות ועזרה הרדית.

לתפקידים העשויים להביא לעימותים עם עובדים, רצון להשקיע את משאבי האנרגיה האישיים באפיקים אחרים (כמו תחביבים אישיים) וחוסר גיבוי ואף ביקורת מצד דיירים אחרים.

יחד עם זאת, ממצאי המחקר מראים, שלמדיניות המוסדות ולגישת העובדים יש משקל מכריע בקביעת צביון ההשתתפות ושכמוסדות שנוצר בהם שילוב הולם בין נוכחות דיירים בעלי מוטיבציה, נכונות וכישורים אישיים לפעילות ובין גישה מוסדית תומכת שלווה בהקצאת תשומות ספציפיות ובהעמדת עובד מיוחד שיהיה אחראי באורח ישיר לנושא זה, הושגה רמת השתתפות גבוהה יותר מאשר במוסדות אחרים.

רמות נמוכות של השתתפות הושגו במוסדות שבהם שני המרכיבים גם יחד, או אחד מהם, היו חסרים.

סיכום

מניעים שונים, ובעיקר הצורך החיוני בשיפור איכות חיי הדיירים, הביאו בשנים האחרונות להגברת תשומת הלב שניתנה לרעיון השתתפות הדיירים במוסדות ולחזוק התמיכה בו מצד חוגים שונים. עדויות שונות מצביעות על כך, שתופעת השתתפות הדיירים הולכת ומתפשטת במוסדות בארצות שונות בעולם ובכללן ישראל.

יחד עם זאת, המידע הקיים בנושא זה הוא עדיין מצומצם ועבודות שונות המתארות השתתפות דיירים במוסדות מספקות מידע מוגבל בלבד על הממדים ועל מרכיבים שונים של תופעה זו. במיוחד חסר מידע מספיק על טיב הגורמים המשפיעים על התפתחות רמות שונות של השתתפות דיירים במוסדות.

לוותר על מעורבותה, על מנת לאפשר לו לפעול בצורה עצמאית לגמרי.

נראה אפוא, שבכל המוסדות ניתנה תמיכה כללית להשתתפות הדיירים ולרשות המשתתפים הועמדו משאבים שונים. אך רק בחלק מן המוסדות הוקצו לנושא זה מספר משאבים נוספים, שהתבטאו בעיקר בנטילת האחריות לפיתוח הנושא בידי עובד בכיר (מנהל/ת או עובדת סוציאלית), שראה בנושא מרכיב מרכזי בעבודתו והקדיש לו חלק נכבד מזמנו.

ראוי לציין, שבשני המוסדות שבהם היתה רמת ההשתתפות הנמוכה ביותר, גם סממני ההשתתפות הקיימים (באחד מהם ועד דיירים, ועדת תפריט ואסיפות דיירים ובשני אסיפות דיירים, העסקת דיירים וניסיונות להקים גופי השתתפות נוספים), לא היו מתהווים אלמלא מעורבות פעילה של עובדים (באחד המנהל, ובשני העובדת הסוציאלית). אפשר גם שאילו היו תשומות העובדים בשני מוסדות אלה רבות ושיטתיות יותר (למשל, העמדת עובד בעל ידע וניסיון, שיקדיש חלק גדול מזמנו לפיתוח נושא ההשתתפות ולהתגברות על קשיים ומכשולים שונים הניצבים על דרכו), ניתן היה להגיע גם בהם לרמת השתתפות גבוהה יותר. אבל יש להניח, שבשל תכונות הדיירים במוסדות אלה (גיל גבוה, מצב בריאות, העדר תחושה קהילתית ובאחד מהם העדר רקע של פעילות בעבר), היא לא היתה מגיעה לרמת ההשתתפות שהתפתחה במוסדות האחרים.

ראוי לציין, שבכל המוסדות העובדים הבכירים ולא מעטים מבין הדיירים מייחסים את הרמה וההיקף של השתתפות הדיירים לא למדיניות ההנהלות ולגישת העובדים, אלא למספר מאפיינים של הדיירים עצמם, כגון: מצב בריאות, אדישות, אינדיווידואליות, חוסר סולידריות בין דיירים, אי רצון לקבל אחריות, חוסר יוזמה, העדר נכונות להיכנס

(הנהלה ועובדים מקצועיים בכירים) כלפי רעיון ההשתתפות המלווה בנכונות מצדה להקצות תשומות קונקרטיים לצורך מימוש. שילוב זה קיים רק בחלק מן המוסדות שנבדקו.

כנקודת מוצא לעבודה זו שימש העיקרון שהשתתפות פעילה ובעלת משמעות של דיירים היא אחת מאבני הפינה המרכזיות של מוסד הומני החותר להבטיח את איכות החיים של דייריו.

ממצאי מחקר זה מראים שיעד ההשתתפות אמנם ניתן להשגה, אך לפתח מימוש רוכצים קשיים ומחסומים לא מעטים. קשיים אלה נובעים לא רק מגישת חלק מן העובדים הבכירים במוסדות, המעלים אמנם לעתים מס שפתיים לרעיון ההשתתפות, אך אינם מקצים תשומות הולמות לצורך מימוש, אלא לא פחות, ממוטיבציה מוגבלת של הרוב המכריע של הדיירים, אשר מסיכות שונות שתוארו במאמר אינם מגלים רצון להשתתף באורח פעיל בחיי המוסדות, חלק מהם אף מתייחסים באדישות ולעתים אף בעוינות כלפי אותם דיירים מעטים שקיבלו על עצמם, ביוזמתם או ביוזמת המוסד, תפקידים בגופי השתתפות (ועד דיירים, ועדות אחרות ועוד).

ממצא זה עשוי אולי להפתיע את אלה המשוכנעים שרעיון ההשתתפות, שנועד להגביר את המימד ההומני של המוסדות ואת רגישותם ופתיחותם לאוכלוסייה המתגוררת בהם, יתקבל בברכה רבה אצל הדיירים. הוא לא יפתיע, יחד עם זאת, את אלה הערים לפערים הקיימים בין רעיונות המועלים מתוך למסגרות ארגוניות, ובין מימושם בתוך הארגונים, וכן את אלה המכירים בכך, שגם במסגרות אחרות, כמו מקומות עבודה, שכונות וארגוני רווחה, מימוש רעיון ההשתתפות נתקל בקשיים.

נראה אפוא, שבחלק מן המוסדות, במיוחד באלה שלא קיים בהם גרעין של דיירים בעלי פוטנציאל להשתתפות, ניתן לממש את רעיון

במאמר זה נסקרו מרכיבי תופעת ההשתתפות והוצגו מספר ממצאים של מחקר אקספלורטיבי שביקש לספק מבט ראשוני על מצב מעורבות הדיירים בשישה מוסדות בישראל.

בבדיקת תמונת ההשתתפות התגלה, שהמוסדות נבדלים זה מזה בשלושה תחומים עיקריים: מספר צורות ההשתתפות הקיימות בהם, מספר המשתתפים הפעילים והתחומים שבהם יש לדיירים השפעה.

ממצאי המחקר מגלים, שבחלק מן המוסדות קיימות צורות רבות של השתתפות, כגון ועדים שונים, אסיפות דיירים, עיתון דיירים ועוד. ואילו בחלק מן המוסדות מספר צורות ההשתתפות קטן. בכל המוסדות ההשתתפות מושתתת על גרעין קטן של דיירים, אך המוסדות שונים זה מזה בשיעור הדיירים המשתתפים ביחס לכלל אוכלוסיית המוסד. בכל המוסדות לא קיימת השתתפות דיירים במספר תחומים מרכזיים, כגון: קביעה וחלוקה של התקציב, מינוי עובדים ואישור קבלת דיירים חדשים. יחד עם זאת, ככולם יש לדיירים מידה רבה של שליטה בתחומים הנוגעים לרשות הפרט שלהם, כגון: שעות שינה, יציאה חופשית מן הבית ובתחום שירותי הדת. השוני בין המוסדות הוא במידת ההשפעה שיש לדיירים במספר תחומים אחרים, כגון פעילויות תרבות וחברה, תפקוד שירותי הבריאות ותכנון התפריט. בחלק מן המוסדות יש לדיירים השפעה ממשית בתחומים אלה, ובחלק מהם השפעתם מוגבלת מאוד.

ממצאי המחקר מראים גם, שרעיון ההשתתפות הדיירים הוא אמנם בר השגה, אך מימוש (ולו באורח חלקי) מותנה בשילוב של שני גורמים מרכזיים: ראשית, הימצאותם של דיירים בעלי משאבים, מוטיבציה, כשרים ונכונות למעורבות פעילה בחיי המוסד. שנית, עמדה חיובית של האליטה המוסדית

ולתפקודו (כולל התייעצות על תוכניות פיתוח, שינויים פסיים ועוד).

ד. התייחסות רצינית ואוהדת לתלונות, לדרישות, לרעיונות ולהצעות שמעלים הדיירים.

ה. הקצאת תחומי פעילות ותפקידים שבהם יוכלו דיירים לפעול באורח עצמאי.

ו. עריכת השתלמויות לעובדי המוסד, ובכללם העובדים הלא-מקצועיים, שיכללו

ההתייחסות לזכויות הדיירים, ובכלל זה התייחסות להשתתפות דיירים ולמשמעויותיה.

ז. העמדת משאבים שונים (חדרים ומתקנים אחרים) לצורך פעילות גופי ההשתתפות.

ח. התייחסות לפוטנציאל המעורבות והפעילות של דיירים בעת קבלתם למוסד.

ט. פתיחת אפיקי תקשורת פורמליים (אסיפות דיירים, פגישות קבועות) ובלתי פורמליים (מדיניות של "דלת פתוחה") בין העובדים לדיירים.

פעילות של מוסדות במסגרת הדרכים שצוינו לעיל ובדרכים נוספות מותנית לא רק ביוזמה מקומית, אלא גם ביוזמה כלל-ארצית הצריכה לבוא מגופי הפיקוח הארציים (משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות) ומארגונים ארציים אחרים שרבים מן המוסדות משתייכים אליהם.

ממצאי עבודה זו מראים, שלמרות הקשיים המרובים רעיון השתתפות הדיירים ניתן למימוש, אך השגת יעד זה דורשת רצון, מחויבות ונכונות להשקיע תשומות, הן מצד הנהלות המוסדות ועובדיהם והן מצד הדיירים.

ההשתתפות לכל היותר באורח חלקי ומוגבל בלבד. לפיכך, ניסיונות לפתח במוסדות אלה השתתפות דיירים בעלת משמעות עלולה לא לשאת פירות.

ממצאי המחקר מראים גם, שבמספר מוסדות הושגה רמת השתתפות טובה במספר תחומים. ממצאים אלה מחזקים את ידיהם של אלה הסבורים שלמרות הקשיים אין להתייאש ויש לנסות ולקדם את הרעיון, במיוחד במוסדות שבהם קיים פוטנציאל

לכך, הן בדרך של הגברת המחויבות והנכונות המוסדית והן באמצעות עידודם של הדיירים המעוניינים והמוכנים להשתתף. קידום יעד זה ניתן להיעשות במגוון של דרכים, שחלק מהן יוזכר להלן:

א. ראיית ההשתתפות כזכות בסיסית של דיירים וכאחד המרכיבים המרכזיים של המדיניות המוסדית.

ב. העמדת עובד (רצוי עובדת סוציאלית) אשר יראה בנושא ההשתתפות חלק בלתי נפרד מתפקידו ויקדיש לו חלק הולם מזמנו. על עובד זה להתרכז, בין השאר, באיתור דיירים בעלי פוטנציאל להשתתפות, בהנעתם לקחת חלק בגופי השתתפות, בליווי גופים אלה בדרך של מתן סיוע, ייעוץ והדרכה, וביצירת אווירה חיובית בקרב עובדי המוסד ואוכלוסיית הדיירים כלפי הדיירים המשתתפים.

ג. התייעצות מתמדת של הנהלת המוסד עם גופי ההשתתפות ועם כלל אוכלוסיית הדיירים במגוון הנושאים הקשורים לניהול

ביבליוגרפיה

- פליישמן, רחל, רונן, ר', שפירא, א', מנדלסון, ג', בר גיורא, מרים, פיקוח על מעונות לזקנים עצמאיים ותשומים לפי שיטת המסמנים. מכון ברוקדייל ומשרד העבודה והרווחה, ירושלים, 1991.
- קטן, י', דיירים משפיעים במוסדות לזקנים באמצעות השתתפות ופעילות. אשל, ירושלים, 1991 א'.
- קטן, י', מעורבות דיירים במוסדות לזקנים – דו"ח מחקר. מכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה, תל-אביב, 1991 ב'.
- קטן, י', "השתתפות דיירים כשישה מוסדות לזקנים בישראל", גרונטולוגיה (אביב-קיץ 1992), עמ' 56-57.

דיור קהילתי למבוגרים הלוקים בפיגור שכלי: מאפייני דיוריו וכיווני התפתחות אפשריים

מאת ד"ר חיה שוורץ*

מבוא

המסגרות הראשונות של דיור קהילתי נוסדו בתחילת שנות ה-70, אך עיקר התפתחותו של דפוס דיור זה התרחשה בין השנים 1980 ל-1990. בשנים אלה הוקמו 90% ממסגרות הדיור הקיימות היום בישראל. ביוזמתה ובמימונה של אגודת "אלמו"ג" – ג'וינט ישראל, נסקרו בישראל בסוף שנת 1990 52 מסגרות דיור קהילתי שהתגוררו בהן 506 מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. מסגרות אלה פוזרות מדימונה בדרום ועד קרית שמונה בצפון, במגזר היהודי והערבי. מאמר זה מתבסס על חלק מן הממצאים של אותו סקר.

למרות שהדיור הקהילתי הפך להיות חלק בלתי נפרד של השירותים לאנשים הלוקים בפיגור שכלי בישראל, הוא זכה לתשומת לב מועטה בלבד בהגות ובמחקר בישראל. בכוונת המאמר הנוכחי לסקור את מאפייניהם של האנשים המפגרים השוהים במסגרות הדיור הקהילתי בישראל, תוך התייחסות למודלים השונים של דיור מסוג זה הקיימים היום בארץ. סקירה זו, המבוססת על ממצאים אמפיריים, תאפשר לבחון מספר

בתחילת שנת 1991 היו במדינת ישראל בערך 10,000 מבוגרים (בגיל שמעל 18), שהוגדרו כלוקים בפיגור שכלי ואשר האגף לטיפול במפגר של משרד העבודה והרווחה הכיר בהם בתור שכאלה. מתציתם גרים במשפחותיהם, והחצי השני שוהים במסגרות פנימייה ובמסגרות חוץ-ביתיות בקהילה. שיעורם של אלה השוהים במסגרות החוץ-ביתיות בקהילה, המכונות "דיור קהילתי", מגיע ל-10% מכלל אלה השוהים במסגרות חוץ-ביתיות. לצורך המאמר כללנו בהגדרה "דיור קהילתי", כל מסגרת מגורים הנמצאת בקהילה כיחידת מגורים נפרדת (לא כשלוחה או אגף של מוסד, ולא במשפחה אומנת). הנתפסת כמסגרת חלופית למשפחה הטבעית או למעון פנימייה, ואשר דייריה משתמשים בשירותי הקהילה. כמו-כן הגבלנו את עצמנו למסגרות דיור למבוגרים (+18), שדייריהן מוכרים באגף לטיפול במפגר של משרד העבודה והרווחה.

* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
האיסוף והעיבוד של המידע לצורך כתיבת מאמר זה התאפשר הודות לאגודת "אלמו"ג" – ג'וינט ישראל.

ושייך לו מבחינה ארגונית. בדירת הכשרה גרים 2-3 דיירים.

3. דירה מוגנת – מיועדת לדיירים הזקוקים למידה רבה יותר של השגחה ופיקוח. כאן גרים 4-6 דיירים.

4. דירה עצמאית – מיועדת לדיירים הזקוקים להדרכה והכוונה, אך לא להשגחה ופיקוח צמודים. כאן גרים 2-5 דיירים.

5. בית קבוצתי – מודל מגורים פחות נפוץ, שניתן לראותו כהוסטל עם מספר קטן של דיירים, או כדירה מוגנת המעניקה יותר השגחה.

מבחינת הבעלות והתפעול של מסגרות הדיור הקהילתי, נמצאות 75% מהן בידי אק"ם או עמותות ציבוריות אחרות ו-25% נמצאות בידי אנשים וגופים פרטיים.

מאפייני הדיירים

1. מין

התפלגות הדיירים מבחינת המין מוצגת בטבלה מס' 1.

מספר הגברים השוהים במסגרות הקהילתיות עולה ב-14% על מספר הנשים. בהוסטלים קיים יתרון של 16% גברים על נשים. שכיחות גבוהה יותר של גברים בולטת

היבטים של מדיניות התכנון וההפעלה של הדיור הקהילתי בישראל, הנמצא בתהליך של פיתוח, ואגב כך להציג שאלות שיש להשיב עליהן על מנת ללמוד מניסיון העבר ולהיערך לקראת העתיד.

תיאור אוכלוסיית הדיור הקהילתי יעשה באמצעות הצגת מידע דמוגרפי בסיסי: מין, גיל, רמת פיגור, בעיות ומגבלות רפואיות נלוות, מסגרת המגורים לפני מסגרת הדיור הנוכחית וניעות הדיירים במערך הדיור הקהילתי.

המודלים לדיור קהילתי בישראל

נכון לסוף שנת 1990, קיימים בישראל חמישה מודלים לדיור קהילתי:

1. הוסטל – המודל הנפוץ ביותר ובו חיה רובה של אוכלוסיית הדיור הקהילתי. בהוסטל האופייני גרים בין 11 ל-16 דיירים, הנמצאים בהשגחת אנשי צוות כמשך 24 שעות ביממה.

לצד הוסטל פועלים שלושה מודלים של דירות:

2. דירת הכשרה – נועדה להכשיר את דייריה למגורים עצמאיים בקהילה. מודל דירה זה נמצא בדרך כלל סמוך להוסטל

טבלה מס' 1. התפלגות אוכלוסיית הדיור הקהילתי על-פי מין ומודל הדיור (באחוזים)

מין	מודל הדיור				האוכלוסייה כולל
	דירה עצמאית	דירה מוגנת	דירת הכשרה	בית קבוצתי	
גברים	65	38	45	—	58
נשים	35	62	55	100	42
	100%	100%	100%	100%	100%
	(N=34)	(N=71)	(N=31)	(N=12)	(N=358)

זה בפועל בדיוור הקהילתי, והאם קיים שוני ביישום מדיניות זו לאור המודלים השונים של הדיוור?

עיון בטבלה מס' 2 מעלה, שקיים שוני בין ההוסטל לדירות באשר למגורים המשותפים של נשים וגברים. רובן של הדירות (72%) הן מסגרות דיוור חד-מיניות, בעוד שרובם של ההוסטלים הם מסגרות דיוור מעורבות. אם נוציא מכלל ההוסטלים את אלה שבמגזר הערבי (שהם מסגרות חד-מיניות), אזי נראה שההוסטל הנפוץ במגזר היהודי הוא אכן דגם מגורים מעורב שבו גרים נשים וגברים יחד.

2. גיל

בספרות נזכר גיל הדייר כאחד הקריטריונים החשובים לקבלת ההחלטה בדבר השמה בדיוור קהילתי (McCarver & Craig, 1974). יחד עם זאת, רבים מהחוקרים מתקשים להצביע על גיל הדייר כמשתנה העשוי לנבא הצלחה או כישלון בדיוור קהילתי (Sigelman, Novak, Heal & Switzky, 1980). האם גיל הדייר משמש בארץ קריטריון להחלטה באשר להשמה בדיוור קהילתי? בישראל יש התחשבות בגיל, כיוון שכמעט בכל מסגרות הדיוור הקהילתי (ב-90% מהן) נהוגה הגבלת גיל מינימלי לכניסה, וביותר ממחציתן (ב-60%) נהוגה הגבלת גיל מקסימלי. גיל הכניסה המינימלי

במיוחד בדירות העצמאיות, שם גדול מספר הגברים כמעט פי שניים ממספר הנשים. לעומת זאת, שכיחות הנשים גבוהה משכיחות הגברים בקרב דיירי דירות ההכשרה ובצורה הבולטת ביותר בדירות המוגנות. היתרון המספרי הכללי של דיירים על דיירות אינו תוצאה של מדיניות פורמלית. יש להניח, שהמספר הגבוה יחסית של גברים בדיוור הקהילתי ובדירות העצמאיות בפרט, קשור בעובדה שבמסגרות אלה קיימת רמת פיקוח מועטה על הדיירים והסתברות גבוהה יותר לחשיפה לפגיעות. נשים מפגרות עדיין זוכות להגנה רבה יותר בחברה מצד ההורים ומפעילי המסגרות. עיון בספרות המחקר העוסקת בתיאור התפתחות הדיוור הקהילתי בארצות הברית מראה, שבשנים הראשונות להתפתחות הדיוור הקהילתי היה ייצוג גבוה יותר לגברים מאשר לנשים, אך בתחילת שנות ה-80 נהפכה התמונה וגדל מספרן של הנשים (McCarver & Craig, 1974). בתחילת שנות ה-90 שוב השתנתה התמונה והיום עולה מספר הגברים השוהים בדיוור הקהילתי ב-10% על מספר הנשים (Bruininks et al., 1981). אחד העקרונות הכלולים בהצעת המדיניות של האגף לטיפול במפגר הוא: "קיום מסגרות פנימייה (קהילתיות ומוסדיות) מעורבות לשני המינים, תוך מתן אפשרות למגעים חברתיים ופיתוח יחסי חברות קבועים" (חובב, 1987). כיצד מיושם עיקרון

טבלה מס' 2. התפלגות מסגרות הדיוור על-פי מידת ההומוגניות כמשתנה "מין הדיירים" (באחוזים)

דירות*	הוסטל	כלל הדיוור	
31	24	27	מסגרת הומוגנית - גברים
41	5	29	מסגרת הומוגנית - נשים
8	71	44	מסגרת הטרוגנית: נשים וגברים

* לצורך בניית הטבלה אוחדו שלושת המודלים השונים של הדירות לקבוצה אחת "דירות".

למרות עמדתם זו של מנהלי מסגרות הדיור, נמצאה בסקר מגמה מנוגדת המעידה על כך, שדיירי הדירות העצמאיות מבוגרים יותר מדיירי הדירות המוגנות (ראה טבלה מס' 3).

3. רמת פיגור

הדיור הקהילתי בישראל התפתח בזכות אימוץ אידיאולוגיית ה"נורמליזציה", הדוגלת בכך שיש לאפשר לאדם המפגר דפוסים ותנאים הקרובים במידת האפשר לאלה הנהוגים בתרבות או בחברה שהוא חי בה (חובב, 1987). מבחינה זו כל אדם מפגר זכאי למימוש פוטנציאל הקימום שלו בסביבת המגורים הפחות מגבילה או הפחות מוסדית, קרי בדיור קהילתי (O'Brien, 1980). לרמת הפיגור של הדייר יש השלכות על ההשמה בדיור קהילתי, בשל הצורך להבטיח התאמה בין דרישות הסביבה ובין יכולת הדייר. מהי אם כן התפלגות רמת הפיגור השכלי בקרב הדיירים במודלים השונים של הדיור הקהילתי בישראל?

עיון בנתונים המוצגים בטבלה מס' 4 מלמד, שהדיור הקהילתי בישראל משרת בעיקר מבוגרים הלוקים בפיגור קל עד בינוני (87%). נתון זה מתקשר לעובדה שהדרישה

בארץ הוא 18-21 והגיל המקסימלי לקבלה לדיור קהילתי הוא 39-45. בהתחשב בעובדה, שגיל משמש קריטריון בהשמה בדיור קהילתי, נבדקה השאלה המבדלת האם המודלים השונים של הדיור הקהילתי מיועדים לדיירים בגילאים שונים?

עיון בטבלה מס' 3 מגלה, ש-84% מכלל אוכלוסיית הדיור הקהילתי עונה על קריטריון הקבלה המקובל בישראל, דהיינו: גיל הדייר 18-40. דיירים מבוגרים יותר, בגיל 41-50, ניתן למצוא בשכיחות דומה בהוסטלים, בדירות מוגנות ובדירות עצמאיות. דיירים מעל גיל 50 נמצא אך ורק בהוסטלים ומספרם קטן מאוד, והסיבה לכך היא היסטורית. מודל הדיור הראשון שהוקם היה ההוסטל ולפיכך מרוכזים הדיירים המבוגרים יותר במודל זה.

אחד הממצאים הבולטים בטבלה מס' 3 הוא שכיחותם הגבוהה של דיירים צעירים בדירות ההכשרה. 91% מדיירי דירות ההכשרה הם בגילאי 21-30. לדעת מנהלי הדיור הקהילתי בארץ, כפי שהביעו אותה בראיונות, גיל צעיר של הדייר יחד עם קריטריונים נוספים (רמת פיגור קלה, או אי קיומן של הפרעות התנהגות), מנבאים מידת הסתגלות אופטימלית לחיים בקהילה.

טבלה מס' 3. התפלגות אוכלוסיית הדיור הקהילתי על-פי גיל ומודל הדיור (באחוזים)

גיל	מודל הדיור				
	האוכלוסייה כלל	הוסטל	בית קבוצתי	דירת הכשרה	דירה מוגנת
עד 20	2	3	25	—	1
30-21	34	37	75	91	40
40-31	48	36	—	9	45
50-41	12	17	—	—	14
60-51	3	4	—	—	—
65-61	1	3	—	—	—
	100%	100%	100%	100%	100%
	(N=506)	(N=358)	(N=12)	(N=31)	(N=71)
					100% (N=34)

טבלה מס' 4. התפלגות אוכלוסיית הדיוור הקהילתי על-פי ומודל הדיוור ורמת הפיגור (כאחוזים)

רמת הפיגור	כלל האוכלוסייה	מודל הדיוור			
		הוסטל	בית קבוצתי	דירת הכשרה	דירה מוגנת
קלה	34	29	—	65	48
בינונית	53	55	92	35	46
בינונית-נמוכה	13	16	8	—	6
	100% (N=506)	100% (N=358)	100% (N=12)	100% (N=31)	100% (N=71)
					100% (N=34)

להוסטל כמשפחה אומנת למספר מפגרים ברמת פיגור בינונית ומטה. הסבר נוסף קשור, כנראה, לכדאיות הכלכלית הכרוכה בהפעלת הוסטל עם מספר גדול של דיירים בעלי רמת פיגור בינונית ומטה. המשכנו ובדקנו האם קיימת מגמה לאכלס דיירים בעלי רמת פיגור דומה באותה מסגרת דיוור? הממצאים בסקר המחקר מראים, שמגמה כזאת קיימת רק ב-29% ממסגרות הדיוור, בהתרכזות של דיירים עם פיגור קל, ובעיקר במסגרת הדירה העצמאית.

4. בעיות ומגבלות בריאות

פיגור שכלי מלווה לעתים קרובות במוגבלויות פיסיות, סנסוריות וכבעיות בריאות אחרות. קיומן של בעיות ומוגבלויות אלה עלול להוות מחסום להשמה בדיוור קהילתי (Bruininks, Rotegard, Lakin & Hill, 1987). על-פי סקר המחקר, למחצית מאוכלוסיית הדיוור הקהילתי בארץ יש בעיות ומגבלות בריאות הנלוות לפיגור השכלי.

הבעיות והמגבלות הרפואיות השכיחות הן: מגבלות סנסוריות (שמיעה, ראייה), מגבלות אורתופדיות (קשיים בשימוש בידיים או ברגליים) והתקפים אפילפטיים. שכיחות גבוהה של בעיות אלה נמצאה אצל דיירי הדירות המוגנות (48%) והבתים הקבוצתיים

לעצמאות בתפקוד יומיומי ויכולת לעבוד בשוק הפתוח נמצאו בסקר המחקר כשני הקריטריונים המוצהרים החשובים ביותר להעדפת דיירים חדשים למגורים במסגרות הקהילתיות.

רמת פיגור קלה מאפיינת את אוכלוסיית דירות ההכשרה יותר מכל מודל מגורים אחר, בשל היות הדירה הזאת מסגרת מגורים זמנית שממנה עוברים לדירות בקהילה. כנראה קיימת העדפה לקבל למודל מגורים זה דיירים בעלי רמת פיגור קלה. נטייה דומה קיימת גם בדירות העצמאיות; בהן יותר ממחצית הדיירים מוגדרים כלוקים בפיגור קל. מאידך גיסא, דיירים בעלי רמת פיגור בינונית נמוכה נמצאו בעיקר במודלים של הוסטל, בבית הקבוצתי ובדירה המוגנת. שלוש המסגרות האלה מאופיינות במידה גבוהה של השגחה אחד הממצאים הראויים לעיון הוא הייצוג הגבוה יחסית של דיירים בעלי רמת פיגור בינונית נמוכה בהוסטלים המופעלים בידי גורמים פרטיים. ב-50% בערך מן ההוסטלים שבבעלות פרטית, שרובם נפתחו באמצע שנות ה-80, מתגוררים דיירים בעלי רמת פיגור בינונית ומטה. את אחד ההסברים לממצא זה מצאנו בעת שסקרנו את תהליך התפתחות הדיוור הקהילתי בארץ. חלק מן ההוסטלים הפרטיים שימשו לפני הפיכתם

טבלה מס' 5. בעיות הבריאות השכיחות ביותר, הנלוות לפיגור השכלי, ומספר הדיירים הלוקים בהם (באחוזים) על-פי מודל הדיור

בעיית הבריאות	כלל האוכלוסייה	מודל הדיור			
		הוסטל	בית קבוצתי דירת הכשרה דירה מוגנת דירה עצמאית		
מגבלות פיסיות/אורתופדיות	7	7	8	1	20
מגבלות סנסוריות (שמיעה, ראייה)	15	9	8	27	18
מגבלות אחרות (החקפי אפילפסיה)	15	14	41	20	6
	(N=506)	(N=358)	(N=12)	(N=31)	(N=71)
					(N=34)

אוכלוסייה שהסתגלות לסביבה חדשה קשה עליה במיוחד (Heller, 1988). בערך 60% מכלל הדיירים הגרים היום בדיור הקהילתי הגיעו אליו ממשפחותיהם הטבעיות, ובערך רבע מן הדיירים הגיעו ממעונות פנימייה (מוסדות). 15% נוספים התגוררו לפני הגיעם למסגרת הנוכחית במסגרות דיור אחרות בקהילה (כולל משפחות אומנה). סקירת ההתפתחות ההיסטורית של הדיור הקהילתי בארץ מלמדת, שהדיור הקהילתי נועד בראש ובראשונה להיות פתרון מגורים חוץ-ביתי למבוגרים מפגרים שגרו קודם לכן בבית ההורים. דיירי מעונות הפנימייה היו אוכלוסיית יעד משנית, כיוון ששהו כבר במסגרת "סידור" חוץ-ביתי. את תכנון ופתיחתן של מסגרות הדיור הראשונות יזמו קבוצות של הורים לבנים ולבנות מפגרים בוגרים שחיפשו לבניהם הבוגרים פתרון מגורים מתוך למשפחה. גם בהמשך, כאשר הצטרפו ליוזמת ארגוני ההורים עמותות ציבוריות שהתארגנו ברשויות מקומיות, נמשכה המגמה לתת לתושבי הקהילה הנזקקים לפתרון דיור חוץ-ביתי בקהילה סמוך למשפחתם עדיפות על-פני תושבי הקהילה הנמצאים במעונות פנימייה. רק בשנים האחרונות, בעקבות מסקנות ועדת

(57%), מסגרות המאופיינות ברמה גבוהה של השגחה. יחד עם זאת יש לציין שגם במסגרות עצמאיות יותר, בדירות העצמאיות, נמצא אחוז גבוה למדי של דיירים הסובלים מבעיות וממגבלות רפואיות. עובדה זו מעידה על כך, שגם דיירים עם בעיות בריאות מסוגלים להתגורר. ללא פיקוח והשגחה יתרה. למרות שאחד הקריטריונים המקובלים לקבלה לדיור הקהילתי הוא העדרן של בעיות נפשיות והתנהגותיות, נמצא ש-18% מאוכלוסיית הדיור הקהילתי מקבלים באופן קבוע תרופות הרגעה, שנועדו להפחית את שכיחותן של בעיות אלה.

5. מקום מגורים קודם למסגרת הדיור הנוכחית בקהילה

הדיור הקהילתי בישראל, על-פי הגדרתו, נועד לשמש מסגרת מגורים חלופית למשפחה הטבעית או למעון פנימייה. מי היא האוכלוסייה המועדפת לדיור הקהילתי: האם אלה הם מבוגרים שגרו בעבר עם משפחתם או כאלה שהתגוררו במעונות פנימייה? האם קיים שוני בין דיירי המודלים השונים של הדיור הקהילתי מבחינת משתנה זה? לשאלות אלה יש חשיבות רבה בקביעת מדיניות ההשמה ובהכנת התהליך המשברי של "מעבר" למסגרת מגורים חדשה עבור

טבלה מס' 6. התפלגות אוכלוסיית הדיור הקהילתי על-פי מקום מגורים קודם ומודל הדיור הנבחר (באחוזים)

מקום מגורים קודם							מודל דיור נבחר (N=506)
דירה עצמאית	דירת הכשרה	הוסטל	משפחה אומנת	מוסד	משפחה	הוסטל (N=358)	
1	—	1	4	27	67	הוסטל (N=358)	
—	17	—	8	17	58	ב. קבוצתי (N=12)	
—	—	50	—	19	31	ד. הכשרה (N=13)	
11	6	33	3	11	36	ד. מוגנת (N=71)	
9	23	21	6	23	18	ד. עצמאית (N=34)	
3	3	9	4	24	57	כלל האוכלוסייה (N=506)	

חלופית נוספת לצד ההוסטל עבור אוכלוסייה המגיעה ממעונות פנימייה.

6. ניעות הדיירים

עקרון ה"נורמליזציה" שינה את הגישה הסטטית לפיה יש לתכנן ולהתאים לכל אדם מפגרי מסגרת מגורים אחת למשך כל מהלך חייו. הגישה האלטרנטיבית העדיפה רצף של מסגרות מגורים, שבו מתקיימת ניעות של הדייר ממסגרת אחת לשנייה על-פי תפקודו של הפרט. כדי לעקוב אחר הניעות במסגרות הדיור הקהילתי בישראל התבקשו מנהלי המסגרות לדווח על מספר הדיירים שעזבו את המסגרות ולאילו מסגרת עברו. המנהלים דיווחו על שיעורי עזיבה ב-80% מן המסגרות, אך בערכים נמוכים מאוד (ראה טבלה מס' 7).

הנחנו, ששיבה אל בית ההורים ומעבר למעון פנימייה ולמסגרת פחות עצמאית בקהילה, מעידים על "ניעות שלילית" של דיירים, בעוד שמעבר לדיור קהילתי המעניק יותר עצמאות מעיד על "ניעות חיובית". בהסתמך על הנחה זו ומתוך עיון בטבלה ניתן להסיק, שפרט לדירת ההכשרה, לא קיימת בשאר המודלים של הדיור מגמה של ניעות דיירים בכיוון של "ניעות חיובית".

בריק שהגישה את המלצותיה במארכ 1988, יזם האגף לטיפול במפגרי במשרד העבודה והרווחה תוכנית להוצאת מפגרים ממעונות פנימייה והעברתם לדיור קהילתי, ומספר מצומצם של מבוגרים מפגרים אמנם הועבר לדיור קהילתי (גניגר, 1991; Rimmerman, 1991).

עיון בטבלה מס' 6 יכול ללמד על מסלול ההשמה האופייני במערך הדיור הקהילתי בישראל. ההוסטל והבית הקבוצתי, המספקים פיקוח והשגחה במשך כל שעות היממה, משמשים מסגרת דיור חוץ-ביתית ראשונה בקהילה בעיקר לדיירים הבאים מבית ההורים. יחד עם זאת אפשר שדיירים יגיעו מבית ההורים גם הישר אל דירות בקהילה. יש לציין, שיותר דיירים הגיעו מביתם אל הדירה המוגנת ואל דירת ההכשרה מאשר אל הדירה העצמאית. קשה להצביע על מודל דיור קהילתי ייחודי המיועד לקליטת עוזבי מעונות הפנימייה העוברים לגור בקהילה. אלה עוברים בדרך כלל ממעון הפנימייה אל ההוסטל, אך לעתים גם באופן ישיר אל הדירה העצמאית. במהלך סקירת התפתחות המודלים השונים של הדיור הקהילתי שביצענו, הבחנו שמאז 1980 משמשת הדירה העצמאית מסגרת דיור

טבלה מס' 7. התסלגות ניעות הדיירים על-פי מודל הדיור שעזבו ולאן (באחוזים)

מקום הדיור שעזבו						
לאן עזבו	כלל					
	האוכלוסייה	הוסטל	בית קבוצתי	דירת הכשרה	דירה מוגנת	דירה עצמאית
מוסד	6	5	—	—	—	6
משפחה טבעית	5	5	8	6	3	—
דיור קהילתי עצמאי יותר	10	11	8	23	3	6
דיור קהילתי עצמאי פחות	2	—	—	3	1	9
	(N=506)	(N=358)	(N=12)	(N=31)	(N=71)	(N=34)

הקהילתי הגיעו אליו גם דיירים ממעונות פנימייה. בסוף שנת 1990 היו הבאים ממעונות פנימייה 25% מאוכלוסיית הדיור הקהילתי. בישראל לא התרחש תהליך של הוצאה מסיבית של דיירי מוסדות לקהילה בעקבות צו של בית המשפט או תחיקה (כמו בארצות הברית). בהעדר ביטוי משפטי המקביל למשפט החוקתי האמריקני, אשר מכיר בזכות האזרח ל"נורמליזציה", גם היום לא יכול מפגר בישראל השווה כמוסד לזכות לסעד משפטי לשם העברתו לקהילה. היוזמה לפתיחת מסגרות דיור קהילתי בישראל באה מארגוני הורים (אקי"ם) ומאוחר יותר גם מעמותות ציבוריות שהתארגנו על בסיס מקומי. ראייתם של שני הגורמים לא היתה ראייה כוללת המתייחסת לכלל אוכלוסיית המפגרים בישראל. משום כך מצאנו בסקר המחקר, שמאפייני הדיירים בדיור הקהילתי הם: בוגרים צעירים (20-40), הנמצאים ברמות של פיגור קל עד בינוני שמרביתם הגיעו מבית ההורים.

על-פי הנתונים שבידינו, הקריטריונים להעדרת דיירים בדיור הקהילתי אינם שונים באופן מהותי ממודל דיור אחד למשנהו. בכולם מעדיפים דיירים עצמאיים מבחינה תפקודית והעובדים בשוק הפתוח. ההחלטה באיזו מסגרת יושם דייר היתה לא אחת

ניתן להסביר ממצא זה בעזרת נתונים נוספים שאספנו. לשאלה "לו זה היה אפשרי, האם היית מעביר מישהו מדייריך למסגרות דיור אחרות?" השיבו 60% ממנהלי המסגרות בשלילה. כלומר, רוב מנהלי המסגרות רואים את המסגרות שהם מנהלים כמסגרות סטטיות. רובם הגדול אף שלל את הגבלת השהייה של הדיירים במסגרתם לטווח שנים מוגדר.

דיור קהילתי בישראל: המצוי והרצוי

מסגרות הדיור הקהילתי הראשונות למבוגרים הלוקים בפיגור שכלי נפתחו בישראל כאמור כדי לתת פתרון דיור חלופי, חוץ-ביתי, לבנים ובנות בוגרים שחיו עד אז יחד עם הוריהם. נראה, שמטרה זו מומשה הלכה למעשה. רק 5% מן הדיירים חזרו ממסגרות הדיור לבית ההורים. כלומר, ברגע שאדם עזב את משפחתו ועבר לדיור קהילתי רבים סיכוייו להיקלט בו. ממצא זה חשוב משום שהבאים מבית ההורים מהווים היום למעלה מ-60% מאוכלוסיית הדיור הקהילתי.

בהמשך תגופת הפיתוח של הדיור

1985) "טווח של שירותים". טווח השירותים הזה אכן כולל בתוכו מסגרות דיור שונות זו מזו במידת הפיקוח שהן מעניקות, וניתן למקמן על-גבי רצף בהתייחס למשתנה זה, אך התפיסה היא תפיסה סטטית.

העוסקים בהשמת דיירים בדיור הקהילתי מתלבטים בין האחריות לשלומם ולביטחונם של הדיירים מול אימוץ עקרון "הזכות להסתכן" (Perske, 1972). מנתוני סקר המחקר עולה, שבישראל עדיין קיימת גישה פטרנליסטית ומגוננת, המעדיפה שלא להסתכן ולא להעמיד דיירים בפני אתגרים העשויים להיות בעלי מרכיב סיכון גבוה. כך נמצא, למשל, שיעור נמוך יותר של נשים מגברים בדירות העצמאיות, או שהדירה היא מודל מגורים חד-מיני. אפשר שהחשש להסתכן יכול להיות אחד ההסברים לעובדת הימצאם של דיירים ברמת פיגור קלה בהוסטל, המאופייין כמודל המאפשר מידה נמוכה של בחירה ואוטונומיה. יש לשער, שמגמה זו מקבלת חיזוק מהעדפת ההורים את המסגרות המגוננות יותר (Baker & Blacher, 1988).

למרות שמסגרות הדיור הוצגו כשמרניות, נמצא מספר גדול של דיירים בעלי בעיות ומגבלות רפואיות הנלוות לפיגור, החיים בדירות עצמאיות, שבהן אין פיקוח והשגחה צמודים. כמו-כן נמצאו דירות מוגנות, שעל-פי הגדרתן מעניקות השגחה ופיקוח מקסימליים, שבהן אין איש צוות שלן בהן ולמרות זאת מנהלים הדיירים, שחלקם בעלי פיגור בינוני, אורח חיים תקין. שתי עובדות אלה מוכיחות שכנושא הנכונות להסתכן קיימות מגמות שונות בדיור הקהילתי בארץ. בשל העובדה, שרובה הגדול של אוכלוסיית הדיור הקהילתי היא עדיין צעירה (עד גיל 40) ואינה סובלת ממגבלות בניידות, התכנון הפנימי של מסגרות הדיור אינו מותאם לדיירים קשישים או מוגבלים פיסית

שרירותית והתבססה על שיקול של זמינות, קרי, איזה מודל מגורים נפתח באותה תקופה שהיה צורך לאכלסו בדיירים. לדוגמה, בשלושת המודלים: הוסטל, בית קבוצתי ודירה מוגנת הושמו דיירים הלוקים בפיגור שכלי בינוני-נמוך, שהגיעו מבית הוריהם. דוגמה נוספת היא של אדם בעל פיגור קל שעבר ממעון פנימייה להוסטל המעניק מידה רבה של השגחה, למרות שהוא זקוק לדירה עצמאית עם מידה מועטה של השגחה. לא מצאנו קריטריון מבחין שיסביר מדוע דייר א' הגיע להוסטל ודייר ב' הגיע לדירה המוגנת, או לדירה העצמאית. במסמך הקרוי "מדיניות משרד העבודה והרווחה בתחום הטיפול במפגרים", המופיע בחוזר המנהל הכללי של משרד העבודה והרווחה מיום 31.1.89, נאמר: "המודל ההתפתחותי משמש בסיס לתכנון הטיפול והשיקום עבור האדם המפגר בשכלו".

אף-על-פי שניתן להבחין בישראל במגוון של מסגרות דיור בקהילה, המעניקות מידה שונה של פיקוח, הדיור הקהילתי בישראל אינו בנוי על-פי התפיסה של "רצף התפתחות" (Hitzing, 1987), לפיו דייר המפתח כישורים נוספים לחיים בקהילה מתקדם על-גבי אותו רצף לעבר מסגרת דיור מגבילה פחות, המעניקה יותר חופש בחירה ואוטונומיה. למרות השונות הקיימת במידת הגבלת הסביבה במודלים השונים של הדיור הקהילתי, לא נמצאה מגמה של ניעות דיירים, ממודלים מגבילים יותר (הוסטל, בית קבוצתי) אל מודלים מגבילים פחות (דירה מוגנת, דירה עצמאית). למעט דירת ההכשרה, הנתפסת כמסגרת מעבר, ההתייחסות לשאר המודלים היא של דיור קבע בקהילה, ללא הגבלת זמן שהייה בהם.

במקום "רצף התפתחות", המחייב "ניעות חיובית" של דיירים בתוכו, קיים בישראל מודל המכונה בפי לנדסמן (Landesman),

לכך שניתן למצוא דיירים בעלי מאפיינים דומים בסוגי דיור שונים. בגלל סיבה זו גם לא מצאנו בדיור הקהילתי סטנדרטים ונהלים אחידים. גם במסמך הקרוי "מדיניות משרד העבודה והרווחה" מיום 31.1.89, שבו יש ניסיון להגדיר את מסגרות הדיור הקהילתי ומאפייניהן, אין ההגדרות ברורות דין, ומשום כך לא מצאנו התאמה בינן ובין מאפייני הדיירים במודלים השונים במציאות.

חובב (1987) מצביע על העדרה של שדולה חזקה שתתנגד לקיומם של המוסדות ותפעל לעידוד הקמת מסגרות דיור קהילתי ורואה בה את אחד הגורמים שמנעו את התפתחותו של הדיור הקהילתי. נכון לעכשיו המציאות שונה. בעקבות חוות דעת של אנשי מקצוע ואנשי אקדמיה הורים מפעילים לחץ לבנות מגורים בקהילה שישמשו חלופה לסידור במוסד. מתחזקת הדרישה לשלב בדיור הקהילתי יותר דיירי מוסדות וכן דיירים בכל רמות התפקוד, כולל בעלי רמת פיגור קשה יותר (תזכיר אק"ם י"ם לוועדת העבודה והרווחה של הכנסת, ינואר 1992).

אלה העוסקים בנושא הדיור החוץ-ביתי חייבים לאמץ לעצמם חשיבה חדשה. לדוגמה אזכיר את באנק-מיקלסן (Niels Erik Bank-Mikkelsen) מדנמרק, שהיה בתחילת שנות ה-60 החלוץ והמייסד של יישוב עקרון ה"נורמליזציה". גדולתו של באנק-מיקלסן היתה בכך, שלמרות ששימש מנהל השירותים לאנשים בעלי פיגור שכלי בדנמרק, גילה אומץ לב ותקף את הנושא שעליו היה אחראי ואף יצא בביקורת על השירותים המוסדיים שהיו בתחום אחריותו. הוא דרש להעמיד את האינטרסים של הלקוחות במקום ראשון בסולם העדיפויות, עודד את ההורים לצאת למאבק ציבורי נגד האנשים שהיה ממונה עליהם ולא היסס לשבור מוסכמות ולצאת נגד החוקים שהוא עצמו היה אחראי לחקיקתם בעבר (Nirje, 1992). מן הראוי

(כ-75% מן המסגרות לא ניתן להיכנס בכיסא גלגלים).

למרות הפיתוח המואץ של הדיור הקהילתי בעשור האחרון, עדיין שוהים בדיור הקהילתי רק 10% מן המפגרים המבוגרים המסודרים בסידור חוץ-ביתי ומעון הפנימייה עודנו מסגרת הדיור החוץ-ביתית העיקרית. עובדה זו עומדת בניגוד למתרחש בארצות הברית, למשל, שבה 60% מן המפגרים המבוגרים שוהים בדיור בקהילה (Lakin, Hill & Bruininks, 1988).

אחת הסיבות לתור הממתינים הארוך לסידור מוסדי במדינת ישראל היא העובדה, שההורים עדיין אינם יודעים על קיומה של חלופת הדיור הקהילתי והם מבקשים להבטיח לבניהם את החלופה הנראית להם בטוחה ביותר, היא הסידור במוסד. מה מנע עד כה מן הדיור הקהילתי להיות מסגרת מגורים מועדפת? אחת הסיבות לדחיית פתיחתן של מסגרות דיור בקהילה היא העדר מדיניות חברתית המושתתת על חקיקה שתעודד פתיחת מסגרות דיור בקהילה. עד היום התבצעה פתיחת המסגרות בקהילה באמצעות פירוש של חוק הפיקוח על המעונות משנת 1965 והתקנות הנלוות אליו. החקיקה שיש לשאוף אליה היא זו שתיצור מחויבות שהחלופה שתיבחר עבור המפגר תהיה "הכי פחות מגבילה" (LRA) ואשר תבטיח לו את החופש המירבי האפשרי.

אין די בחקיקה מתקדמת, אם לא תתלווה לה תשתית של שירותים מתאימים וזו דורשת הערכת עלויות, הקצאת תקציבים, משאבים, והגדרת מועדי ביצוע. העדרה של מדיניות ממלכתית המגדירה סדרי עדיפויות ויעדי תכנון היא גם הסיבה לכך שמערך הדיור הקיים, על המודלים השונים שבו, אינו תוצר של תכנון רציונלי. לפיכך לא תוכננו המודלים השונים בהתבסס על הערכת צרכים והתאמתם לקבוצות יעד ספציפיות. זו הסיבה

המלצת ועדת בריק (בריק, 1988) לשלב בקהילה 15%-20% מן המפגרים השוהים במוסדות וכן מפגרים בעלי רמת פיגור קשה, שאליה מצטרפים הלחצים של קבוצות הורים וחוות דעת של אנשי מקצוע, מחייבים את מתכנניו ומפעיליו של הדיור הקהילתי להיערך לקראת השינוי באוכלוסיית הדיור הקהילתי לאור קליטתן של שתי קבוצות אוכלוסייה אלה. יש צורך באבחון מחודש של דיירי הדיור הקהילתי הנוכחי כדי לבדוק אם אפשר להעבירם למסגרות מגבילות פחות (לשם כך ניתן להשתמש בהוראת חוק הסעד – טיפול במפגר, 1969, המחייבת לבדוק ולאבחן אחת ל-3 שנים), בנוסף לפתיחת מסגרות דיור חדשות. התשתית הטובה הפזורה בכל הארץ והמכילה מגוון של מסגרות דיור המעניקות דמות שונות של פיקוח והשגחה, תקל על הביצוע.

ברור, שאין להסתפק בעצם מתן האפשרות למבוגרים ברמות שונות של פיגור, הבאים מן הבית או ממוסדות, לגור בקהילה. הצלתו של הדיור הקהילתי חיבחה בשילובם ובהשתתפותם של הדיירים האלה הלכה למעשה בחיים ובשירותים של הקהילה. משום כך, פיתוחו של הדיור הקהילתי חייב להיות מלווה בתוכניות מתאימות לכך ובמחקר מעקב שיבחן את יעילותן.

המחקר האמפירי והחשיבה המדעית בתחום הדיור הקהילתי בישראל, כפי שכבר ציינו, נמצאים בראשיתם ומשום כך עדיין קשה להשיב על כל השאלות בהסתמך על המידע שהצטבר. לא התעלמנו מן השאלות הארגוניות הקשורות בהפעלתו של הדיור הקהילתי (מיהו הגורם המתפעל הרצוי, שאלת העלות, מקורות מימון אפשריים וכו'), אך בחרנו להתייחס במאמר זה רק לחלק מהן.

קיומו של הדיור הקהילתי בישראל הוא עובדה קיימת. למעלה משני עשורים

היה שהאיש ומעשיו ישמשו דוגמה ומופת לעוסקים בתחום חשוב זה.

בהנחה, שהדיור הקהילתי יתפתח ויתרחב בשנים הקרובות, מה הם הנושאים שיש לתת את הדעת עליהם? יש חשיבות לגיבוש תפיסה תיאורטית הולמת לבניית שירותי הדיור הקהילתי. האם צריך לאמץ, לדוגמה, את שיטת "רצף ההתפתחות"? לתפיסה של בניית שירותי הדיור הקהילתי על-גבי רצף יש היום גם מתנגדים. טיילור (Taylor, 1988) מעלה שתי טענות נגד תפיסת הרצף: (א) תפיסה זו נותנת לגיטימציה לבניית שירותים מגבילים; (ב) מגורים במסגרת מגבילה אינם בהכרח המסגרת המתאימה ביותר להכנת דיירים לחיים במסגרת עצמאית יותר. בגלל נימוקים כאלה קיימת היום גישה המעודדת פתיחת מסגרות דיור קטנות (דידות בקהילה) שתמשנה תחנה ראשונה ואחרונה למגורים בקהילה. בדירות אלה יינתנו לדייר שירותי תמיכה והשגחה על-פי צרכיו ועל-פי קצב התקדמותו. לאחר שיתקדם ויפתח כישורים נוספים הוא לא יאלץ לעבור למסגרת חדשה ועצמאית יותר, אלא ילקחו ממנו שירותים שהוא נזקק להם בעבר (Klein, 1991). הודות להתקדמות הטכנולוגיה, המאפיינת את תקופתנו, הומצאו מערכות שונות של פיקוח מרחוק (כפתורי מצוקה, מכשירי ביפר וכו') ואלה עשויים להחליף את התלות באיש צוות הצמוד לדייר בכל שעות היממה.

עניין נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא התהליך הטבעי של הזדקנות הדיירים. בעיות זקנה מתעוררות אצל מפגרים הרבה יותר מוקדם מאשר באוכלוסייה הרגילה. אחד החששות המובעים בספרות הוא שיהיה צורך להעביר דיירים שהזדקנו בקהילה למסגרת מוסדית (Rowitz, 1988). חייבים אפוא להיערך בעשור הקרוב לפיתוחם של מודלים שיחאימו לצורכיהם של מפגרים קשישים החיים בקהילה.

מצומצם של אנשים בעלי פיגור שכלי, שלא יהיו מסוגלים להתגורר בקהילה, חשוב לבדוק נושא זה במקביל לסוגיות הקשורות בפיתוחו של הדיור הקהילתי. שיתוף פעולה וקשר הדוק בין האוניברסיטאות, קובעי המדיניות וספקי שירותי הדיור, עשויים לתרום לחשיבה מתודשת שהיא חיונית לתכנון מערך דיור קהילתי רצוי, שיבטיח לאנשים מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי חיים של כבוד ועצמאות מירבית בתוך הקהילה.

מופעלות בישראל מסגרות דיור בקהילה. כשם שחשוב לבדוק את השפעת הדיור הקהילתי על איכות החיים של דייריו, כך חשוב לבדוק גם האם השפיע דפוס דיור חדש זה על הכנסת שינויים במבנה מעון הפנימייה בישראל; האם נעשו ניסיונות לבנות בתוך המעונות חיים קהילתיים הרומים ככל האפשר לאלה שבקהילה שמחוצה להם? מכיוון שגם בעתיד יהיה צורך ככל הנראה במעון פנימייה כמסגרת מגורים עבור מספר

ביבליוגרפיה

- בריק, י', דו"ח הועדה לבדיקה מצב הטיפול במפגרים במוסדות, ירושלים, 1988.
- גניגר, י', בן-צור, א', הכנת חוסים במעון פנימייה למעבר לדיור קהילתי: פרויקט ניסיוני, אק"ם, חיפה, 1991.
- חובב, מ', שירותי הטיפול במפגרים בישראל: הלכה למעשה, צ'ריקובר מוציאים לאור, תל-אביב, 1987.
- Baker, B.I. & Blacher, J., "Family Involvement with Community Residential Programs", in: M.P. Janicki, M. Wyngaarden Krauss & M. Mailick Zeltzer (eds.), *Community Residences for Persons with Developmental Disabilities: Here to Stay*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1988.
- Bruininks, R.H., Kudla, M.J., Hauber, F.A., Hill, B.K. & Wieck, C.A., "Recent Growth and Status of Community Residential Alternatives", in: R.H. Bruininks, C.E. Meyers, B.B. Sigford, & K.C. Lakin (eds.), *Deinstitutionalization and Community Adjustment of Mentally Retarded People* (Monograph No. 4), American Association on Mental Deficiency, Washington, D.C., 1981.
- Bruininks, R.H., Rotegard, L.L., Lakin, C.K., & Hill, B.K., in: S. Landesman & P. Vietzw (eds.), *Living Environments and Mental Retardation*, American Association on Mental Deficiency, Wahington, DC, 1987.
- Heller, T., "Transitions: Coming In and Going Out of Community Residences", in: M.P. Janicki, M. Wyngaarden Krauss & M. Mailick Seltzer (eds.), *Community Residences for Persons with Developmental Disabilities: Here to Stay*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1988.
- Hitzing, W., "Community Living Alternatives for Persons with Autism and Severe Behavior Problems", in: D.J. Cohen & A. Donneilan (eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, John Wiley, New York, 1987.
- Klein, J., *Get Me the Hell Out of Here: Supporting People with Disabilities to Live in Their Own Homes*, Institute on Disability, University of New Hampshire, 1991.
- Lakin, C.K., Hill, B.K. & Bruininks, R.H., "Trends and Issues in Growth of Community Residentail Services", in: M.P. Janicki, M. Wyngaarden Krauss & M. Mailick Seltzer (eds.), *Community Residences for Persons with Developmental Disabilities: Here to Stay*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1988.

- Landesman-Dwyer, S., "Describing and Evaluating Residential Environments", in: R.H. Bruininks & K.C. Lakin (eds.), *Living and Learning in the Least Restrictive Environment*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1985.
- McCarver, R.B. & Graig, E.M., "Placement of Retarded in the Community: Prognosis and Outcome", in: N.R. Ellis (ed.), *International Review of Research in Mental Retardation*, 7 (1974).
- Nirje, B., "Bank-Mikkelsen: Founder of Normalization Principle", *AAMR News & Notes*, 5(2)(1992), p. 4.
- O'Brien, J., "The Principle of Normalization: A Foundation of Effective Services", in: J.F. Gardner, L. Long, R. Nichols & D.M. Iagulli (eds.), *Program Issues in Environmental Characteristics of Residential Facilities for Mentally Retarded People*, University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies, Minneapolis, 1980.
- Perske, R., "The Dignity of Risk and the Mentally Retarded", *Mental Retardation*, 10 (1972), pp. 24-27.
- Rimmerman, A., *Cross-Cultural Images of Mental Retardation: Israel*, Bar-Ilan University, School of Social Work, Ramat-Gan, Israel, 1991.
- Rowitz, L., "Health Care Issues in Community Residential Settings", in: M.P. Janicki, M. Wyngaarden Krauss & M. Mailick Seltzer (eds.), *Community Residences for Persons with Developmental Disabilities: Here to Stay*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1988.
- Sigelman, C., Novak, A., Heal, L., & Switzky, H., "Factors that Affect the Success of Community Placement", in: A. Novak, & L. Heal (eds.), *Integration of Developmentally Disabled Individuals into the Community*, Paul H. Brookes, Baltimore, 1980.
- Taylor, S., "Caught in the Continuum: A Critical Analysis of the Principle of the Least Restrictive Environment", *TASH*, 13 (1988), pp. 41-53.

דילמות ארגונית בהספקת שירותי טיפול בית

ד"ר הלל שמיר, פרופ' יחזקאל הזנפלד**

ובמבנה שלה (Congressional Budget Office, 1991). לתנודות אלה יש שני גורמים יסודיים. ראשית, ילידי "התפרצות הילודה" (Baby Boom) יתחילו להגיע בשנת 2010 לגיל 65, בשנת 2020 לגיל 75 ובשנת 2030 לגיל 85. זאת ועוד, שיעורי התמותה צפויים לקטון. לפיכך, גודלה של אוכלוסיית בני 65 ומעלה צפוי להתחזק עד שנת 2030: בשנת 2010 הוא יהיה גדול יותר ב-25% ובשנת 2030 אף למעלה מכפול (להשוואה, אוכלוסיית ארצות הברית כולה צפויה לגדול בשנים 1990-2030 ב-20%). בישראל, אוכלוסיית הקשישים מעל גיל 65 ועד 74 מהווה בערך 10%, קבוצת הגיל 75-79 מהווה פחות מ-2% וכך גם קבוצת הגיל מעל 80. התחזית היא, ששיעורים אלה יישמרו עד שנת 2000 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

קרוב לוודאי, שבקרב אוכלוסיית "הקשישים ביותר" – כלומר, בני 85 ומעלה – יחלו רבים יותר במחלות כרוניות ויסבלו מנכויות, אליהן יתוספו התמעטות המשאבים הכספיים וגידול הבידוד החברתי. בארצות הברית, שיעור ימי האשפוז ל-1,000 נפש

מבוא

בכל העולם האילוך הדמוגרפי ממלא תפקיד בשירותים המסופקים לקשיש הסיעודי. לפי תחזית ארגון הבריאות העולמי תגדל בשנים 1980-2020 אוכלוסיית העולם ב-95%, ואילו האוכלוסייה הקשישה תגדל ב-240% (World Health Organization, 1987). הגידול העיקרי עתיד להתרחש בקבוצות הגיל 75 ומעלה. בשנת 1990 גדל אחוז הקשישים בגיל 75 ומעלה והגיע ל-40% מן האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה. בשנת 2000 האחוז צפוי לחזור ולגדול ל-45% בקירוב. כלומר, בסוף המאה הנוכחית בערך מחצית האוכלוסייה הקשישה תהיה מעל גיל 75. לנשים יש ייצוג יתר באוכלוסייה הקשישה; בשנת 2000 הן צפויות להיות 58% מאוכלוסיית העולם בגיל 65 ומעלה (Rice, 1984).

לפי משרד התקציבים של הקונגרס של ארצות הברית, בשנים 1990-2080 צפויות בארצות הברית תנודות דמוגרפיות בגודלה של אוכלוסיית בני 65 ומעלה

* בית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
** בית-הספר לרווחה חברתית, אוניברסיטת קליפורניה בלוס אנג'לס.

הכוללת ארגונים ציבוריים, ארגוני מתנדבים וארגונים בעלי זיכיון בלעדי (Proprietary organizations), שהמימון שלה בא מכספי ציבור, מביטוח ותשלומים פרטיים. שירותים אלה, שהם בעיקרם בעלי אופי של השגחה, עשויים לכלול טיפול אישי, ליווי וחברה, עריכת קניות, ניקוי הבית, הספקת ארוחות חמות וניהול משק הבית. בארצות הברית, הארגונים המספקים טיפול בלתי מיומן הם ארגונים שלא למטרות רווח או בעלי זיכיון בלעדי למטרות רווח והמימון עבור הטיפול הביתי מגיע בעיקר מן הלקוחות המשלמים מכספם; מ-Medicare, עבור שירותי השגחה שמצטרף להם טיפול דחוף (acute care); ומ-Medicaid. בישראל מספקים את השירותים ארגונים שלא למטרות רווח (41% מכלל השירותים) וארגונים עסקיים למטרות רווח (57% מכלל השירותים). 2% מן השירותים מסופקים באמצעות הקיבוצים. המימון לזכאים הוא לפי חוק ביטוח סיעוד הניתן ברובו הגדול מכספים שנצטברו מהפרשות דמי ביטוח לאומי.

אין ספק, שלאפיוני הארגונים המספקים טיפול ביתי בלתי מיומן ולמבנה המתפתח של התעשייה יש השפעה עמוקה על אופי השירותים הניתנים לקשיש ועל איכותם. מאמר זה סוקר את ממצאי המחקר העכשווי בנוגע להערכת הדינמיקה המתפתחת של תעשיית הטיפול הביתי, ובעיקר את סוגיות המפתח הארגוניות הניצבות בפני תעשייה זו, את הסתגלותם של הספקים הארגוניים ואת המענה שהם נותנים, וכן את ההשלכות האפשריות של הדילמות הארגוניות על הטיפול עצמו.

המסגרת התיאורטית של הניתוח הנוכחי

בקבוצת הגיל 85 ומעלה הוא 19.3%, והוא גבוה פי שניים מן האחוז המקביל בקבוצת הגיל של עד 85. עלות הטיפול בקשיש הסיעודי גדלה גם היא בצורה דרמטית. מעריכים, שבארצות הברית היתה כלל ההוצאה על בתי-אבות בשנת 1988 44.3 מיליארד דולר וההוצאה על טיפול בבית או בקהילה – 13.6 מיליארד דולר (Congressional Budget Office, 1991). התשלומים עבור טיפול ממושך זה כוסו כמעט שווה בשווה ממקורות פרטיים (47%) וממקורות פדרליים, של המדינה ושל השלטון המקומי (53%). כמעט כל התשלומים הפרטיים על טיפול ממושך מומנו בידי הנזקקים או בני משפחתם. בשנים 2001–2005 צפוי שעלות הטיפול בבתי אבות תגדל פי שניים, וזו של הטיפול בבית תגדל ב-70% (Rivlin, 1988).

אין זה מפליא, שגובר והולך הלחץ לספק שירותי טיפול ביתי כאלטרנטיבה לטיפול מוסדי¹. נוסף על הקושי הכספי, מאמצים אלה מקבלים דחיפה משחרורם המוקדם של קשישים המאושפזים בבתי-חולים עקב שיטת התשלומים הצפויה של Medicare ומן המודעות הגוברת להשפעותיו השליליות של הטיפול המוסדי על רווחת הקשיש. למרות שהמחקר על יעילותם של שירותי הבית מוגבל ושנוי במחלוקת (Kane & Kane, 1987), מחקרים אחדים מצביעים על כך שהקשישים מעדיפים בבירור להישאר בבית ושאיכות החיים שלהם ניתנת לשיפור (Linn et al., 1977; Mitchell, 1978; Bass & Rowland, 1983; Applebaum, 1988).

בתשובה לביקוש המתגבר במהירות לטיפול בבית, בייחוד לטיפול בית בלתי מיומן, צמחה תעשייה גדלה והולכת

1. אף-על-פי שטיפול ביתי זול מטיפול מוסדי, כנראה שלא כך הדבר כשמדובר בטיפול ביתי מיוחד הניתן לקשישים סיעודיים בסיכון גבוה.

ושירותים תומכים, כולל טיפול רפואי בבית; מענקים של שירותים חברתיים וקרנות של המדינות או הרשויות המקומיות (Ruther & Helbing, 1988; Harrington & Grant, 1990).

האומדן הוא, שסך כל ההוצאה על שירותי בית וגם על שירותים המעוגנים בקהילה – כולל טיפול סיעודי, שירותי עזרה רפואית ביתיים, שירותי עקרות בית, ארוחות לבית ותחבורה – היה בשנת 1988 13.5 מיליארד דולר. Medicare מימנה 2.4 מיליארד דולר מסכום זה, Medicaid – 1.3 מיליארד דולר, תשלומים ממקורות פרטיים – 5.1 מיליארד דולר, ואילו ביטוחי בריאות וכל שאר המקורות מימנו את החלק הנותר (Kane, 1989; Congressional Budget Office, 1991). בישראל סך כל ההוצאה לגמלאות סיעוד מאז הפעלת החוק בשנת 1988 ועד שנת 1992 הסתכמה ב־ 632.5 מיליון שקלים חדשים (המוסד לביטוח לאומי, 1992).

סוכנויות ממשלתיות מפקחות על התעשייה בעיקר באמצעות קביעת המחיר ומספר השעות לכל ביקור בית לשם טיפול בלקוחות הזכאים למימון ממשלתי. המחירים מחושבים בדרך כלל באופן המשקף את שכר המינימום המקובל בשוק העבודה של שירותים לא מיומנים. לקוחות המשלמים מכיסם, על-פי רוב נשים בודדות, עלולים לשלם סכום גבוה יותר, בעוד שהכנסתם נוטה להיות מוגבלת למדי. כתוצאה מכך, הרווח השולי בתעשייה זו בארצות הברית הוא נמוך מאוד.

יתר על כן, מאחר שהתעשייה היא ברובה בלתי מוסדרת (ראה להלן), היא רגישה אפילו לשינויים תחיקתיים קטנים. לדוגמה, בשנת 1980 איפשר ה־Omnibus Budget Reconciliation Act, שביטל את הדרישה לרישיון ממשלתי מן ה־Medicare,

מבוססת על המודל הכלכלי-פוליטי להבנת תפקודם של ארגונים (Hasenfeld, 1983). לפיו, שיטות שירות ההספקה על-ידי ארגוני שירותי אנוש הן פונקציה של מענים מסתגלים לכוחות כלכליים ופוליטיים בסביבותיהם החיצוניות והפנימיות. ארבעה גורמים עיקריים משפיעים על ארגוני טיפול ביתי: (1) קיומה של סביבה לא שקטה המערערת את היציבות הארגונית; (2) טכנולוגיית שירות התלויה ביחסים בין-אישיים הדוקים בין עובד ללקוח; (3) שירות שניתן מחוץ לגבולות הארגונים והמעורר סוגיות פיקוח רציניות; ו־(4) הישענות על כוח עבודה לא מיומן, שמאפיינת אותו תחלופה גבוהה ואי יציבות של צוות העובדים.

סביבה מעורבלת ואי ודאית

בתור תעשייה מאפיינים את הטיפול הביתי הלא מיומן הטרוגניות רבה ואי יציבות ומידה רבה של תמותה ארגונית, בעיקר בארצות הברית (Kane, 1989) – כולם סימני היכר של תעשייה הפועלת בסביבה חסרת שקט. לאי-שקט זה תורמים מספר גורמים. ראשית, המשאבים הזמינים לארגוני טיפול ביתי נתונים לאילוצים כבדים. המשאבים מגיעים מסוכנויות ממשלתיות, מלקוחות המשלמים בעצמם או מהענקות של צדקה. מימון ממשלתי מגיע באמצעותם של Medicare, שהוציאה בשנת 1986 2.1 מיליארד דולר על ביקורי בית רפואיים, שמהם הוצאו 54.5% בקירוב על טיפול סיעודי; Medicaid, שהוציאה בשנת 1986 1.5 מיליארד דולר על טיפול רפואי ביתי; ה־Older Americans Act הוותיק יותר, שהוציא בשנת 1985 669 מיליון דולר על מרכזי קשישים

והחמיר עוד את אי היציבות של כוח העבודה בתחום הטיפול הביתי. (Feldman, 1990). שלישית, בהשוואה לטיפול בבתי-אבות, תעשיית הטיפול הביתי היא יחסית מוסדרת פחות ונתונה פחות לפיקוח מוסדי מינימלי (Spiegel, 1987; Harrington & Grant, 1990). גם הכניסה לתעשייה והיציאה ממנה הן בלתי מוסדרות במידה רבה. לדוגמה, ברבות ממדינות ארצות הברית קבלת רישוי מותנית רק בתנאים מועטים, אם בכלל. יש רק אמות מידה מעטות, אם בכלל, שהארגונים חייבים לעמוד בהן והספקים חייבים רק במסירת דין-וחשבון מינימלי. ואכן, גרנט והרינגטון מצאו, שבעיות איכות הטיפול דומות כשמדובר הן בספקים מורשים והן בספקים שאינם מורשים של טיפול ביתי. רישיון אינו מבטיח איכות טיפול טובה יותר (Harrington & Grant, 1990). במדינות הדורשות מספקי שירות ביתי רישיון, הדרישות משקפות את אמות המידה של ה-Medicare הפדרלי, שהן חלשות (Johnson, 1988). התקנות הנוגעות להספקת טיפול לא מיומן מעטות עוד יותר.² יתרה מזו, מאחר שמרבית הארגונים לטיפול ביתי הם קטנים למדי, אין בנמצא ארגונים בעלי עמדה היכולים לקבוע אמות מידה ולאכוף אותן על ארגונים אחרים בתעשייה. העדר תקנות מוסדיות המסדירות את התעשייה יוצר קושי להשיג לגיטימיות, כגון ייפוי כוח, רישוי ממשלתי או תמיכה מצד ארגונים מקצועיים או שירותיים מוכילים כגון בתי-חולים וה-Meyer United Way (Meyer & Scott, 1983). הגידול במספרן של הסוכנויות לטיפול ביתי הנשענות על בתי-חולים וכניסת סניפים של רשתות טיפול רפואי לאומי הוא בחלקו ניסיון לעשות

כניסת ארגונים פרטיים למטרות רווח לשוק והוביל למבנה חדש של התעשייה. בשנת 1966 חלשה אגודת האחיות המבקרות (Visiting Nurse Association) על תעשיית הטיפול הרפואי הביתי המאושר בידי Medicare, שהיו בה 40% מן הסוכנויות הנ"ל, ואילו סוכנויות ציבוריות תפסו 45% מן התעשייה בשנת 1984. חלקה של אגודת האחיות המבקרות בתעשייה ירד ל-12%, ושל סוכנויות ציבוריות – ל-28%. את מקומן תפסו בעיקר ארגונים פרטיים וארגונים אחרים שלא למטרות רווח (Salvatore, 1985). ההקלה שניתנה בתקנות ה-Medicare עודדה תחילה את כניסתם של ארגונים גדולים למטרות רווח. אולם כפי שציין קיין (Kane), רבים מספקים אלה הגיעו להפסד ולרווח שולי נמוך, ואלה הביאו לכך שהם עזבו את התעשייה והשאירו אותה לארגונים בעלי זיכיון קטנים או לארגוני מתנדבים (Kane, 1989). שינויים אלה איפיינו את התחרות הגוברת בתעשייה, המתבטאת בשיעורים גבוהים יותר של הקמה ופירוק.

מגמה שנייה ומאיימת יותר המשפיעה על תעשיית הטיפול הביתי היא הצעד שעשו סוכנויות ממשלתיות כשבלמו את המחירים באמצעות כללי החזר נוקשים והטילו הגבלות על ההוצאות (Szasz, 1990). צעד זה הגביל את התרחבות התעשייה והביא למספר שינויים ארגוניים (שיידונו בהמשך). כדי לשמור על רווחיות לנוכח המגבלות החמורות המוטלות על המחירים שמותר לגבות נאלצו ארגוני הספקה להקטין את העלות ככל האפשר. מאמץ זה הוריד עוד יותר את השכר וההטבות של העובדים ועודד העסקת עובדים במשרה חלקית ועל-פי חוזה

2. אף-על-פי שהאגודה הלאומית לטיפול ביתי – אגודה מקצועית של ארגוני הטיפול הביתי – מודיעה על אמות מידה וקריטריונים המחייבים את התעשייה, אין לה אמצעי אכיפה רציניים.

ארגוני טיפול ביתי פרטיים למטרות רווח נוטים לאמץ אסטרטגיית R וכוללנית. הם מספקים מגוון גדול ומובחן של שירותים ומוצרים נוסף על טיפול משגית. אלה עשויים לכלול, לדוגמה, שירותי סיעוד פרטיים, ציוד רפואי, שירותי כביסה ותחבורה. השירותים מפותחים ומסופקים במהירות ובמקומות שונים כדי להבטיח זרימת משאבים מיידית בצורת הון חוזר, שהארגונים זקוקים לו לפעילותם (Wood, 1985–1986).

מאידך גיסא, ארגונים ציבוריים לטיפול ביתי מאמצים את האסטרטגיה של K והתמחות ומתרכזים בהספקת שירותים הניתנים בהרשאה (שמיד וסבג, 1991). ארגוני הספקה מתנדבים בדרך כלל מתחילים באסטרטגיית K, אך כשהם נתקלים בתחרות גדולה יותר, בעיקר מצד ארגונים פרטיים, הם נוטים לעבור לאסטרטגיית R (Reif, 1980; Salvatore, 1985; Bergthold et al., 1988) ואמנם, כדי לשרוד הסוכנויות הפועלות בהתנדבות מתחילות לחקות את הספקים שהם בעלי זיכיון או לפתח לוויינים משלהן לגופים העובדים לשם רווח. כתוצאה מכך, ארגוני מתנדבים או בעלי זיכיון לטיפול ביתי מגלים מידה גדלה והולכת של איזומורפיזם מבני (Balinsky & Shames, 1985).

האסטרטגיות הכוללנית והמתמחה משפיעות על שירותי הטיפול הביתי במספר דרכים. אסטרטגיה כוללנית מאפשרת לארגון לספק מערכת טיפול מקיפה יותר, להגיע לאוכלוסיית יעד רחבה יותר ולהיענות לשינויים בביקוש להספקת שירותים. אולם, אסטרטגיה כוללנית עלולה להסתיים ביעילות פחותה (Hannan & Freeman, 1977). היא מגדילה עלויות מינהליות חקוקה לפיקוח איכות מתמיד על קשת רחבה של פעילויות. מכאן, שאסטרטגיה כוללנית עלולה להקריב יעילות למען גיוון. אסטרטגיה כוללנית גם מקטינה את היציבות של מערכת השירות,

הון מן המוניטין והלגיטימיות של ארגונים גדולים יותר אלה ולפתח פלח שוק יציב. מאחר שאין ציפיות מוסדיות קבועות לגבי מבנה ארגוני ולגבי תהליכים, ארגונים לטיפול ביתי מגלים תצורות ארגוניות רבות ושונות, החל בסוכנויות הנשענות על בית-חולים ועל מרכזים רבי שירותים וכלה בסוכנויות תיווך ובבעלים פרטיים. מגוון זה של צורות ארגון להספקת טיפול ביתי מוסיף גם הוא על אי-היציבות של התעשייה ותורם ליצירת שיעור התפרקות גבוה בארצות הברית (Singh et al., 1986). בישראל, בגלל התלות הגדולה של ספקי השירותים במימון ציבורי (כערך 70%–80% מהכנסתם), שיעורי ההתפרקות הם אפסיים.

כדי להתמודד עם סביבה חסרת יציבות כזאת ארגוני ההספקה יכולים לבחור בין אסטרטגיות כוללניות לאסטרטגיות של התמחות, ובין אסטרטגיות מסוג "R" לאסטרטגיות מסוג "K". האסטרטגיה הכוללנית שואפת להגיע לאופטימיזציה בשימוש במשאבים קיימים ופוטנציאליים באמצעות פיתוח רשת רחבה של קשרים עם גורמי סביבה. אסטרטגיה זו כרוכה בהספקת מגוון של מוצרים, שירותים ותוכניות. לעומת זאת, אסטרטגיה של התמחות חותרת לפיתוח כושר מובחן וכוללת ריכוז של מוצרים ושירותים בתוך תחום סביבתי צר יחסית. בריטיין ופרימן מגדירים את הסוגיה המשלימה של אסטרטגיית R לעומת אסטרטגיית K כדלהלן: "אסטרטגיות R טהורות הן ארגונים העוברים מהר לניצול משאבים מיד כאשר אלה נעשים זמינים... הם נשענים על מהירות ההתרחבות", ואילו אסטרטגיות K מנסות להשיג יתרון תחרותי באמצעות יעילות הביצועים — במלה אחת, המרה של הזדמנויות התרחבות בפיקוח בטוח יותר על משאבים בתחומים מבוססים (Brittain & Freeman, 1980, p. 311).

טיפול הדורש מידה גבוהה של אינטימיות, יחסי גומלין מתמידים של פנים-אל-פנים, טיפול במטלות לא שגרתיות ותשובה מהירה למצבי חירום. יחד עם זאת, מצפים מעובד הטיפול הביתי, כנציגו של ארגון פורמלי, לגלות תכונות רבות של קבוצה ראשונית.

זאת ועוד, הספקת הטיפול נעשית קשה יותר בגלל המידה הגדולה של השוני בצורכיהם של הקשישים הסיעודיים ומשפחותיהם. אין זה מפתיע, שעובדי הטיפול הביתי מציינים לעתים קרובות, שאחד ההיבטים הקשים ביותר בעבודתם הן הבעיות הפיזיות וההתנהגותיות הלא צפויות שהם נתקלים בהן (Feldman, 1990). לעתים קרובות עובד הטיפול הביתי פולש לתוך מערכת מורכבת של יחסי משפחה, במיוחד בין הקשיש הסיעודי ובין ילדיו או בן זוגו. דבר זה מעניק לפעילויות הבית השגרתיות סמלים ומשמעויות פסיכו-חברתיים מורכבים ולאטנטיים, המחוללים אפקטים כלתי צפויים של גלים הרבה מעבר למטלות השגרתיות עצמן. כדברי ברגר ואנדרסון, "התערבות במשפחה היא אחד התפקידים הקשים ביותר הניצבים בפני עובד הטיפול הביתי". (Berger & Anderson, 1984).

טיפול ביתי, שלא כמו הטיפול המוסדי, מתבצע מחוץ לגבולות הארגון ודבר זה מכביד מאוד על יכולתו של הארגון להפעיל עליו פיקוח אפקטיבי. ארגון לטיפול ביתי חייב להבטיח שיתפתחו יחסי גומלין נאותים ובעלי אמון בין העובד ללקוח בעוד שהיחסים האלה אינם מתגלים בקלות לארגון. משימה זו מסתבכת עוד יותר בגלל העובדה, שהלקוחות תלויים במידה רבה מאוד בעובדים שלהם ואינם מסוגלים להבטיח בנקל את זכויותיהם כצרכנים או לפקח באופן יעיל על עובדי הטיפול הביתי שלהם. היוצאים מן הכלל הם כמובן אותם הלקוחות המשלמים מכיסם ואשר אינם

שכן סוכנויות "רודפות" אחר הזדמנויות מימון חדשות וזונחות שירותים שהמימון שלהם מצטמצם. ואחרון אחרון, אסטרטגיה כוללנית מגדילה את סכנת ההונאה, בייחוד בקרב ארגונים בעלי זיכיון לשם רווח (Fine, 1988). סוכנות המאמצת אסטרטגיה כוללנית חסרת מצפון עלולה לתבוע תשלום עבור טיפול מיומן בעוד היא מספקת טיפול בלתי מיומן ועלולה להמיר כינוי של עיסוק אחד בכינוי אחר (למשל, מטפל רפואי ביתי במקום מטפל ביתי) כדי להשיג שיעורי פיצוי גבוהים יותר עבור השירותים שניתנו.

אסטרטגיה של התמחות מאפשרת לסוכנות לספק שירות ברמה גבוהה לאוכלוסיית יעד. התמחות מחזקת מערכת שירות יציבה וכת חיזוי. היא גם יוצרת פיצול בשוק ומגדילה את העלויות של תיאום השירותים השונים לצרכן. יתר על כן, הסוכנות המתמחה מגיבה לאט על תנאי שוק משתנים, ובמיוחד על ביקוש.

טכנולוגיית שירות בין-אישי

בעוד שטכנולוגיית השירות כשהיא לעצמה — כלומר, הכיצוע של העבודות הקשורות בניהול משק בית — פשוטה למדי, הצלחתה תלויה ביחסי אמון בין-אישיים בין העובד למקבל השירותים. זוהי מערכת יחסים המתרחשת מחוץ לגבולות הארגוניים. למרות שהשירות הניתן דורש מיומנויות מעטות, הוא כרוך בפלישה לכמה תחומים שהם האישיים והפרטיים ביותר של חיי הלקוח. כדברי ליטבאק, מצפים מעובד הטיפול הביתי לפתח קשר ביוורוקרטי פורמלי כתחליף פונקציונלי ליחסים אינטימיים של קבוצה ראשונית (Litwak, 1985). אין כל ספק, שיחסי קבוצה ראשונית הם הרבה יותר יעילים להספקת

היכולת לתת ביטוי ברור למחשבות ולרגשות. למרות שהלקוחות אולי חסרים יכולת לקבל החלטה המבוססת על מידע, משאירים ללקוחות ולבני משפחתם את ההחלטה איזהו עובד הטיפול הביתי המתאים ביותר לצורכיהם וכיצד לנהל את היחסים אתו. עובדי הטיפול הביתי חייבים לסמוך על הידע שלהם, על ניסיונם ועל כישוריהם, העלולים להיות מוגבלים, כדי ליצור מערכת יחסים הולמת. תפקיד הסוכנות מצטמצם למתן נגישות ללקוחות לרשימת עובדי טיפול ביתי, לפיקוח מינהלי על העובדים ולאישור השעות והתשלומים. מבחינת הסוכנות, דרך כזו מפחיתה את עלויות ההפעלה ומגינה עליה מפני כישלונות, מאחר שהלקוחות ועובדי הטיפול הביתי חייבים לספוג את העלויות הכרוכות בתהליך ההתאמה ואת כישלונם האפשרי.

מבחינה מבנית, ארגוני הטיפול הביתי מנסים להפעיל טכנולוגיית שירות בדרך של הפיכת התהליכים לשגרתיים ובאמצעות סטנדרטים של שירות, במיוחד באמצעות קביעת הסוג ומשך הזמן של כל מרכיב ומרכיב של השירות. באופן זה הסוכנויות משתדלות לצמצם את שיקול הדעת הן של הלקוחות והן של העובדים. אסטרטגיה זו קרוב לוודאי שתזכה רק להצלחה חלקית מפני שהיא מנסה לכפות יציבות והבטחה מראש על משהו, שהוא מטבעו שירות שאינו יציב ובלתי צפוי מראש. כפי שציין ליטבאק, מבנה שגרתי כזה מותאם באופן גרוע לדרישות של טכנולוגיית השירות אלא אם כן הוא מתוגבר בהשתתפות פעילה של קבוצה ראשונית (כלומר, משפחה) בהספקתו (Litwak, 1985).

יתרה מזו, יכולתה של סוכנות להגביל את שיקול הדעת של עובדי הטיפול הביתי שלה גם היא תלויה בידיעה, שהקשיש ומשפחתו מקבלים פחות או יותר את השירותים שהם

תלויים במימון ציבורי או אחר, דבר המגדיל את יכולת הבחירה שלהם בהתאמת עובד הטיפול הביתי לצורכיהם. בדומה, מאחר שתחום העבודה והיקפה אינם ניתנים להגדרה בקלות, העובדים עלולים להיתקל במה שנראה להם כבקשות לא קבילות. אולם, מאחר שהם תלויים בלקוחותיהם לפרנסתם וחוששים מאיבוד שכרם, אפשר שיצטרכו להיענות לבקשות הללו. בקיצור, המצב של טיפול הגיתן בבית יוצר את האפשרות למערכת יחסים מנצלת.

בדרך כלל, ארגונים שהם בעלי טכנולוגיות שירות מקבילות מנסים לפקח עליהן באמצעות התמקצעות (פרופסיונליזציה) (Hasenfeld, 1983). ברור שדבר זה אינו אפשרי בארגונים של טיפול ביתי. מכאן, שניהול מוצלח של טכנולוגיית השירות תלוי בהתאמה בין עובד הטיפול הביתי ללקוח. דרך אחת להבטחת התאמה זו היא שהסוכנות נוטלת על עצמה תפקיד של שדכן פעיל; הסוכנות מנסה למצוא עובדי טיפול ביתי שיתאימו ללקוחות מבחינת הציפיות מן העבודה, הרקע התרבותי, האופי והמוזג ושהם רגישים לצרכים הרגשיים ולנכויות הפיזיות של הקשיש. כדי לעשות זאת הסוכנות חייבת להשקיע משאבים לשם השגת הערכה מקצועית של הכשרים והצרכים הן של הלקוח והן של עובד הטיפול הביתי. ההתאמה תלויה במאגר יציב של עובדי טיפול ביתי וניתן להגיע לכך אם העובדים שכירים במשרה מלאה של הסוכנות. דרך כזאת היא כמובן יקרה ואולי אינה מעשית בכלכלה הנוכחית של טיפול ביתי. אולם היא מגדילה את הסיכוי להיווצרות מערכת יחסים הולמת, שיש בה אמון בין העובד ללקוח.

דרך חלופית היא להעביר את האחריות על כתפי הלקוחות והמשפחות, למרות המגבלות שמטילים קשיי התקשורת ואי-

הנחרץ להפעלת פיקוח. העובדים עשויים, למרות הכללים והנהלים, להפעיל שיקול דעת רב במגעים שלהם עם הלקוחות. לפיכך, יכולתו של הארגון לגלות סטיות מן הכללים שקבע מצטמצמת מאוד, במיוחד כאשר הלקוח או העובד בוחרים להתעלם מהם.

העדרם של אמות מידה ומדדי אפקטיביות או איכות מוסדיים מצמצם את הפיקוח על התנהגויות גלויות לעין, כגון: נוכחות, שעות עבודה מדווחות ותלונות לקוח. אי היכולת למדוד אפקטיביות או איכות ניתן גם לניצול בידי הסוכנויות לרעת הלקוח או עובד הטיפול הביתי. עבור סוכנויות אחדות חלל ריק זה משמש דחף להפחתת איכותם וכמותם של השירותים שהלקוח זכאי להם לפי דין. עובדים עלולים, לפעמים תוך הסכמה שבשתיקה מצד הסוכנות שלהם, לנצל את תלותם של לקוחותיהם ולא לספק את מספר שעות השירות הנדרשות. אי כיבוד ההתחייבות לספק את מספר שעות השירות הנקוב, המלווה ברו"חות כוזבים על שירותים שניתנו כביכול, מאפשרים לספקים אחדים לקצור רווחים שאינם מגיעים להם ולעובדים אחדים לפצות את עצמם בפועל על השכר הנמוך וההטבות הזעירות שהם מקבלים. העדרו של מנגנון פיקוח אפקטיבי בתעשייה הפועלת ברווח שולי נמוך מזמין התנהגות חסרת מצפון (Fine, 1988).

דרך אחת להימנע ממצב כזה היא לייפות את כוחם של העובדים ולהעביר להם אחריות רבה יותר וכך לעשותם שותפים לסיפוק צורכיהם של הלקוחות. המחקר העלה, שאסטרטגיה זו קשורה קשר חיובי ומשמעותי לשביעות רצונו של העובד, לאמון שלו בהנהלה, לאמונתו בצדק שבהקצאת התגמולים ולעמדות חיוביות כלפי הארגון וגם לרמה נמוכה של תחלופת כוח אדם והיעדרויות מן העבודה. כל אלה משפיעים מצדם על יציבות היחסים בין העובד

זכאים לקבל. כדי להגיע לידיעה כזאת נדרש מן הארגון המספק להשקיע בפעילויות ייעוץ ללקוח ובהפעלת פיקוח ובקרה.

דילמת השליטה והפיקוח

מפני שטכנולוגיית הטיפול הביתי דורשת מתן חלופה פונקציונלית לתכונות רבות של קבוצה ראשונית בתנאים שאינם מתגלים לארגון בקלות, ספקים נתקלים בקשיים חמורים בבואם להפעיל שליטה ופיקוח על עובדיהם. הארגון אינו יכול לסמוך אך ורק על צרכניו כדי שימלאו או ישלימו עבורו את תפקיד הפיקוח. לקוחות שהם קשישים סיעודיים נעשים תלויים במידה גבוהה מאוד בעובדי הטיפול הביתי, ובתור שכאלה הם מתנסים בחסרון של ממש בכל הנוגע לשליטה בענייניהם, עובדה שאינה מאפשרת פיקוח מוצלח על ההתנהגות והפעולות של העובדים. הלקוחות אינם יכולים להשתמש בנקל באפשרות ה"עזיבה" (Exit) שלהם ולסיים את הקשר, או "לבטא" (voice) את דעתם, להתלונן או למחות על איכות השירות (Hirschman, 1970). כאמור לעיל, גם עובדים עלולים להימנע מלהפעיל את אופציית העזיבה או להביע את דעתם מחשש שיאבדו את הכנסתם. נוסף על כך, אחד ההיבטים הייחודיים לעבודת הטיפול הביתי הוא בידודם של העובדים מחבריהם לעבודה ועקב כך הם אינם יכולים לסמוך על עמיתים כדי לקבל עזרה או תמיכה.

אף-על-פי שארגונים לטיפול ביתי עשויים להתקין לעצמם חוקים ונהלים ולקבוע כללי פיקוח ודיווח, הם ניצבים בפני אותה דילמה שבה מתנסות ה"ביורוקרטיות ברמת רחוב". (Lipsky, 1980). כלומר, העובדים מרוחקים ממרכז השליטה של הארגון, והארגון תלוי בהם במידה רבה בכל הנוגע לקבלת המידע

ועל החובות של עובדי הטיפול הביתי ולספק לסוכנות משוב באופן סדיר. אכן, דרך מקובלת שסוכנויות נוקטות כדי להעריך את עובדי הטיפול הביתי שלהן היא על-פי מספרן וסוגן של התלונות המוגשות נגדם. כאשר היא בוחרת בדרך זו, הסוכנות סומכת על מערכת פיקוח מגיבה ולא יזומה, שגם היא מעבירה ללקוחות לפחות חלק מן האחריות לכישלונות השיטה. אין ספק, כאשר סוכנות מאמצת אסטרטגיית פיקוח יזומה לפיקוח על עובדיה, שנלווה לה שיתוף פעולה פעיל עם הלקוחות ומשפחותיהם, גם הלקוחות וגם הסוכנות יוצאים נשכרים. המחקר העלה גם, שבמידה שהלקוחות מעורבים בקביעת תוכנית הטיפול בהם כך הם נוטים יותר לשתף פעולה עם הנהלת הסוכנות ולהיות שבעי רצון (שמיד וסבג, 1990). הממצאים מראים, שסוכנויות רבות מתעניינות בדעתם של הלקוחות על איכות הטיפול ורואות בכך מרכיב חשוב בהגדרת האיכות והערכתה (Woerner, 1989).

כוח עבודה בלתי יציב

ארגונים לטיפול ביתי נשענים כמעט אך ורק על כוח עבודה לא מיומן, לא סיעודי ונשי, דבר המשפיע מאוד על מערכות הספקת השירות שלהם. רוב המחקרים מצביעים על כך, שעובדי הטיפול הביתי הם ברובן הגדול נשים בעלות רמת השכלה נמוכה, המשתכרות את שכר המינימום (Donovan, 1989; Feldman, 1990; New York State Department of Social Services, 1990). פחות ממחצית העובדים נשואים וחלק גדול מהם בארצות הברית נמנה עם המיעוטים האתניים. הרוב עובדים פחות ממשרה מלאה והכנסתם השנתית נמוכה בהרבה מקו העוני.

ללקוח ועל איכותם (Dittrich & Carrell, 1979; Folger et al., 1979; Bullock, 1983; Greenberg, 1986; Alexander & Ruderman, 1987; Folger & Konovsky, 1989).

המפתח לפיקוח ולבקרה מוצלחים הוא עריכת ביקורות תכופות בשטח, מעקב צמוד אחר עובדי הטיפול הביתי וקיום תקשורת רבה עם הקשישים ועם משפחותיהם. אלה אינם מעשים מקובלים בתעשיית הטיפול הביתי בגלל העלויות הכרוכות בהם ובגלל העדר משאבים מספיקים או תמריצים לספקים להשקיע במערכת פיקוח כזאת (Harrington & Grant, 1990). המריצים כאלה צצים על-פי רוב כאשר הסביבה החיצונית דורשת מן הארגון לגלות אחריות, כאשר סוכנות מחפשת אחר יתרון תחרותי בדרך של הדגשת האיכות של שירותיה, או כשיש לה אידיאולוגיה מקצועית חזקה בעלת מכוונות ללקוח. קרוב לוודאי, שסוכנויות הנשענות על בית-חולים, לדוגמה, תשקענה יותר במערכת פיקוח מעין זו, מפני שהקשישים שהן משרתות הם בפוטנציה לקוחות של בית-החולים (Handler, 1990). בדומה לכך, סוכנות המספקת קשת רחבה של שירותים לקשיש מכירה בכך, שאיכות הטיפול הביתי עלולה לפתוח הזדמנות לעסקים גם בפני שאר השירותים שהיא מספקת. גם ארגונים לטיפול ביחי הנתונים לשליטה מקצועית נוטים להשקיע יותר בפיקוח ובמעקב, בהתאם לאידיאולוגיית השירות שלהם.

השכיח ביותר הוא שימוש בלקוחות וכבני משפחתם כסוכני פיקוח כתחליף לפעולות הפיקוח של הארגון המספק, או כהשלמה להן. לאסטרטגיה כזאת יש היתרון הברור של הקטנת עלויות המינהל (Handler, 1990). דבר המעניק לארגון תמריץ לעודד את הלקוחות ואת משפחותיהם לפקח על השעות

של אי שביעות רצון מתנאי העבודה יחד עם שיעור גבוה של תחלופה – הנאמד ב-30%–60% לשנה (בישראל אחוזי התחלופה נמוכים יותר). דווקא מצב זה של שוליים כלכליים הוא הגורם לכך שהתקשרות הנשים לעבודה זו היא רופפת ולפיכך היא מסכלת את היציבות ואת הרציפות של הטיפול הביתי, שהקשיש תלוי בהם כל כך. באמצעות נוהלי העבודה שלהם ארגוני הספקה תורמים להתקשרות הרופפת של עובדי הטיפול הביתי לעבודתם. הכדאיות הכספית מצריכה פיקוח הדוק על עלויות העבודה ולפיכך הספקים מגבירים את עומס העבודה לעובד, מקצצים בשכר ובהטבות ומעסיקים במשרה חלקית ועל-פי חוזה עובדים שאינם זכאים להטבות הניתנות לעובדים אחרים (Szasz, 1990). בתנאים אלה גיוס עובדים והחזקתם הופכים להיות בעיות ארגוניות חמורות, שבהכרח משפיעות על איכות הטיפול ועל רציפותו.

ספקים נתקלים גם בבעיה המתמדת של בריחת עובדיהם המוכשרים והמיומנים יותר להזדמנויות תעסוקה טובות יותר בשירותים אחרים. לתלופין, עובדים אלה עלולים לפתח לעצמם קהל לקוחות משלהם, שאינם תלויים בסוכנות. וכך, השקעה בהכשרה עלולה לזרוז למעשה בריחה כזאת, אלא אם כן הספק מסוגל להציע תמריצים חזקים יותר במונחים של שכר, הטבות ותנאי עבודה – אשר, כאמור, עלולים לפגוע ברווחיות.

מחקר על תוכניות מיוחדות לשיפור איכות חיי העבודה של עובדי הטיפול הביתי מעלה, שחבילת הטבות טובה יותר, הכשרה שיטתית, פיקוח תומך, העשרת תפקיד ושעות עבודה מובטחות תורמים לשביעות רצון מעבודה ומפחיתים תחלופה (Feldman, 1990). ואף-על-פי כן, ללא מקורות מימון חיצוניים מתמידים אי אפשר לקיים תוכניות מסוג זה, שכן עלותן גבוהה

בתור קבוצה הם אינם שייכים לאיגודים המקצועיים ונהנים מביטחון תעסוקה מועט, מהטבות שוליות מעטות, מהכשרה מוגבלת ואין להם שום הזדמנויות לקידום. אפיונים אלה מאפיינים עובדים בתעשיית שירותים שולית ביותר (Baron & Newman, 1984). כאמור לעיל, תעשיות מסוג זה נוטות להיות מורכבות מסוכנויות קטנות הפועלות בשוק מקומי ותחרותי מאוד והן פגיעות במיוחד לכוחות שוק קצרי-טווח.

יתר על כן, בהיותן נשים, עובדי הטיפול הביתי מועסקים בשוק "מסומן" ("tainted"), שבו המעסיקים אינם מעריכים את עבודתם ומקפחים את שכרם, מפני שהמשרות הן בעלות סטריאוטיפ נשי וגזעי (Bergman, 1985; Teinda et al., 1987). כפי שצינו בארון וניומן, סטריאוטיפים של מין וגזע מורידים את גובה השכר, במיוחד כאשר מדובר בעבודות שאינן מאורגנות בידי האיגודים המקצועיים, כאשר הן קשורות באורח מסורתי למין ולגזע (כלומר, הן דורשות רמה נמוכה של מיומנות) וכאשר מדדי הביצוע הם עמומים ולא תר-משמעיים – כל אלה הן תכונות המציינות את עיסוקי הטיפול הביתי. מזיקה במיוחד היא העובדה, שהטיפול הביתי באופן כללי נעדר ערך כספי כתוצאה מהנחות חברתיות על תפקידי המינים.

עובדי הטיפול הביתי מוצאים שעבודתם מעניקה סיפוק במהותה בגלל ההזדמנות להגיש עזרה ממשית ובשל הגמישות והעצמאות שעבודה זו מאפשרת להם (Feldman, 1990). אבל יחד עם זאת, השכר הנמוך וההטבות המעטות והעדר כל ביטחון בעבודה וסיכויים להתפתחות בעבודה בעתיד כובלים אותם במעמד של שוליים מבחינה כלכלית שרק מעטים יכולים להיחלץ מהם ורק אם יעזבו את עבודתם זו. אין זה מפתיע אפוא, שקיימת אצל העובדים מידה גבוהה

לספק תעסוקה מלאה לעובדי הטיפול הביתי שלהם ייתקשו פחות לגייס עובדים ולהחזיק בהם (Balinsky & Shames, 1985). אולם, הבטחות לשעות עבודה הן היוצא מן הכלל ולא הכלל הרווח בתעשייה זו.

סיכום

תעשיית הטיפול הביתי הלא מיומן מוקפת בעיות מבניות יסודיות העלולות להשפיע באופן שלילי על איכות הטיפול אשר מספר גדל והולך של קשישים תלוי בו. אחד האפיונים המדאיגים ביותר של התעשייה הוא חוסר היציבות הפנימית שלו. הסביבה האקולוגית של ארגוני הטיפול הביתי מאופיינת בביקוש גובר בהתמדה לשירותי טיפול ביתי יחד עם אי ודאות באשר לזמינותם של משאבים כספיים, מידה גבוהה של תחרותיות ותלות בכוח עבודה זמין. גם את הסביבה המוסדית מאפיינים במידה דומה העדרם של כללים ואמות מידה, של תקנות ופיקוח ממשלתיים; למעשה אין בנמצא כלל אמצעים למדידת אפקטיביות. יחד סביבות אלה מובילות לכניסה וליציאה מהירות של ארגונים לטיפול ביתי, לשיעור גבוה של כישלון ארגוני, במיוחד בארצות הברית, ולמגוון גדול של תצורות ארגוניות בקרב ספקי הטיפול הביתי.

הישרדות ארגונית בהקשר כזה לובשת צורות רבות, אך מתגבשים שני דפוסים מובחנים. דפוס בולט אחד הוא יצירת פלט שוק באמצעות הספקת טיפול זול מאוד

מדי. בעיקרון, מן הדין היה שלארגונים לטיפול ביתי שלא למטרות רווח יהיה כוח עבודה יציב יותר ובעל הכשרה טובה יותר, מפני שהם יכולים לשפר את הכנסותיהם בעזרת תרומות צדקה וסובסידיות ממשלתיות ולהשקיע את העודף שאינו מתולק בהכשרה, בפיקוח, בשכר והטבות טובים יותר. המידה שבה הם חוזרים ומשקיעים בפועל תהיה תלויה בזמינותו של עודף כזה, במחויבות שלהם לאידיאולוגיות מקצועיות, במחסומים פנימיים וחיצוניים כנגד שימוש בעודף להחזקת הארגון עצמו ונגד פעולות מוגזמות של ההנהלה (Hansmann, 1987). לעומת זאת, ספקים העובדים למטרות רווח ישקיעו בכוח העבודה שלהם רק במידה הדרושה לשמירת יתרונם התחרותי.

מחקרים אף הצביעו על כך, שכושרה של סוכנות להעניק לעובדי הטיפול הביתי שעות עבודה מובטחות הוא גורם חשוב בשמירה על העובדים ובהפקת סיפוק מן העבודה (Feldman, 1990;³ New York) State Department of Social Services, 1994). אין זה מפתיע לאור המעמד הכספי הרופף של עובדי הטיפול הביתי ולנוכח ההשפעות ההרסניות הפוטנציאליות של אובדן שעות עבודה. הבטחת שעות דורשת שיהיה לארגונים המספקים ביקוש יציב פחות או יותר לשירותי טיפול ביתי נרחב ובמיוחד שיהיה להם מאגר גדול מספיק של לקוחות חליפיים הזקוקים לשירותים והיכולים לשלם עבורם. סוכנויות המשרתות לקוחות המשלמים מכיסם או כאלה הזכאים למספר מוגדל של שעות שירותים נהנות מיכולת רבה יותר להבטיח שעות עבודה יציבות. בדומה לכך, סוכנויות היכולות

3. לפי פלדמן, שיעור נכבד של עובדי מעונות אינם מעוניינים בתעסוקה מלאה, אלא בעבודה חלקית על בסיס קבוע – כלומר, 25 או פחות שעות לשבוע.

4. סקר זה הצביע על כך שסיבה עיקרית לבחירה בטיפול בית היו שעות העבודה הנוחות.

עובד הטיפול הביתי שלהם; הם מפתחים מערכות מונחות על-פי שיקול מקצועי לשם מינוי העובדים והפיקוח עליהם; והם רוכשים לקוחות וכני משפחות כשותפים פעילים בתהליך מתן הטיפול. הלקוחות הם ספקי המידע החשובים ביותר והמשוב שהם מספקים עשוי לתרום לאיתור הסטיות ולתיקון הליקויים בהספקת השירותים. כמו-כן, מתן אפשרות ללקוחות לבחור את הארגונים שיספקו להם את השירותים עשוי להגביר את תלותם של הארגונים בהם ולעורר ביניהם התחרות, לתרום להתייעלותם וכתוצאה מכך אף להביא לשיפור השירותים לטובת הלקוחות.

ללקוחות רבים ככל האפשר. כדי לעשות כן ארגונים נשענים על כוח עבודה מצוי ומשקיעים ככל האפשר פחות בהכשרה, בשכר ובהטבות הניתנים לכוח עבודה זה והם מעבירים חלק נכבד מן האחריות לקיום הטיפול ולפיקוח עליו ללקוחות ולבני המשפחה. הדפוס השני, הפחות נפוץ, הוא יצירת גומחת שוק באמצעות הפיכת כוח אדם לא מיומן למקצועי, אם בדרך של צירופו לשירותים מקצועיים אחרים ואם באמצעות שיבוצו בארגון המנוהל והמפוקח באופן מקצועי, דוגמת סוכנות הנשענת על בית-חולים. ארגונים הנוהגים לפי דפוס זה משקיעים בהכשרה, בשכר ובהטבות של

ביבליוגרפיה

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזית האוכלוסייה בישראל עד 2010, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 828, ירושלים, 1989.
- המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, הרבעון הסטטיסטי של המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1992.
- שמיד, ה', סבג, ק', חקר תיסקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד, האוניברסיטה העברית בירושלים, בית-הספר לעבודה סוציאלית ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים, 1990.
- Alexander, S. & Ruderman, M., "The Role of Procedural and Distributive Justice in Organizational Behavior", *Social Justice Research*, 1 (1987), pp. 177-198.
- Applebaum, R.A., Christianson, J.B., Harrigan M., Shore, J., "The Evaluation of the National Long-term Care Demonstration: The Effect of Channeling on Mortality, Functioning, and Well Being", *Health Services Research*, 23, no. 1 (1988), pp. 143-159.
- Balinsky, W. & Shames, J.N., "Proprietary and Voluntary Home Care Agency Evolution: The Emergence of a New Entity", *Home Health Care Services Quarterly*, 6, no. 2 (1985), pp. 5-18.
- Baron, J.N. & Newman, A.E., "For What It's Worth: Organizations, Occupations, and the Value of Work", *American Sociological Review*, 49, no. 4 (1984), pp. 454-473.
- Bass, S. & Rowland, R., *Client Satisfaction with Elderly Homemaker Services — An Evaluation*, Gerontology Program, The University of Massachusetts, Boston, 1983.
- Berger, R.B. & Anderson, S., "The In-Home Worker: Serving the Frail Elderly" *Social Work*, 29 (1984), pp. 456-461.
- Bergman, Barbara, "The Economic Case for Comparable Worth", in: Hartmann, H. (ed.), *Comparable Worth: New Directions for Research*, National Academy Press, Washington, D.C., 1985.
- Bergthold, Linda A., Estes, Carrol L., Hanes, Pamela & Swan, J.H., "Running as Fast as

- They Can: Organizational Changes in Home Health Care", in: Estes, Carroll Juanita B. Wood and Associates (eds.), *Organizational and Community Responses to Medicare Policy*, San Francisco Institute for Health and Aging, University of California, San Francisco, 1988.
- Brittain, J.W. & Freeman, J.H., "Organizational Proliferation and Density-Dependent Selection", in: Kimberly, J.R. & Miles, R.H. (eds.), *The Organizational Life Cycle*, Jossey Bass, San Francisco, 1980, pp. 291-338.
- Bullock, R.J., "Participation and Pay", *Group Organizational Studies*, 8 (1983), pp. 127-136.
- Congressional Budget Office, "Policy Choices for Long-term Care", 1991.
- Dittrich, J.E. & Carrell, M.R., "Organizational Equity Perceptions, Employee Job Satisfaction, and Departmental Absence and Turnover Rates", *Organizational Behavior Performance*, 24 (1979), pp. 29-40.
- Donovan, Rebecca, "We Care for the Most Important People in Your Life: Home Care Workers in New York City", *Women's Studies Quarterly*, 1-2 (1989), pp. 56-65.
- Feldman, Penny, *Who Cares for Them? Workers in the Home Care Industry*, Greenwood Press, New York, 1990.
- Fine, Doris R., "Women Caregivers and Home Health Workers", *Research in the Sociology of Health Care*, 7 (1988), pp. 105-117.
- Folger, R. & Konovsky, M.A., "Effects of Procedural and Distributive Justice on Reactions to Pay Raise Decisions", *Academy of Management Journal*, 32, no. 1 (1989), pp. 115-130.
- Folger, R., Rosenfield, D., Grove, J. & Corkran, L., "Effects of 'Voice' and Peer Opinions on Responses to Inequity", *Journal of Personnel Social Psychology*, 37 (1979), pp. 2253-2261.
- Greenberg, J., "Determinants of Perceived Fairness on Performance Evaluation", *Journal of Applied Psychology*, 71 (1986), pp. 340-342.
- Handler, J., *Law and the Search for Community*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1990.
- Hannan, M.T. & Freeman, J.H., "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, 82 (1977), pp. 929-964.
- Hansmann, H., "Economic Theories of Nonprofit Organizations", in: Powell, W., (ed.), *The Nonprofit Sector*, Yale University Press, New Haven, Conn., 1987, pp. 27-42.
- Harrington, Charlene, & Grant, L.A., "The Delivery, Regulation, and Politics of Home Care: A California Case Study", *The Gerontologist*, 30, no. 4 (1990), pp. 451-461.
- Hasenfeld, Y., *Human Service Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1983.
- Hirschman, A.O., *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1970.
- Johnson, S.H., "Assuring Quality of Home Health Care for the Elderly: Identifying and Developing Tools for Enforcement", report prepared for the AARP/Andrus Foundation, St. Louis University School of Law, St. Louis, 1988.
- Kane, Nancy, "The Home Care Crisis of the Nineties", *The Gerontologist*, 29, no. 1 (1989), pp. 24-31.
- Kane, Rosalie & Kane, R., *Long-term Care*, Springer, New York, 1987.
- Linn, M., Gurel, Z. & Linn, B., "Patient Outcome as a Measure of Quality Nursing Home Care", *American Journal of Public Health*, 67 (1977), pp. 337-344.
- Lipsky, M., *Street-Level Bureaucracy*, Russell Sage Foundation, New York, 1980.
- Litwak, E., *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*, The Guilford Press, New York, 1985.
- Meyer, J.W. & Richard, Scott, W. (eds.), *Organizational Environments*, Sage, Beverly Hills, 1983.

- Mitchell, J.B., "Patients Outcomes in Alternative Long-term Care Settings", *Medical Care*, 116, no. 6 (1978), pp. 439-452.
- New York State Department of Social Services, *Strengthening the Home Care Work Force in New York State: A Study of Worker Characteristics, Recruitment and Retention*, New York State Department of Social Services, Albany, N.Y., 1990.
- Rice, D., "Long-term Care and Social Security: Studies and Research", International Social Security Administration, Geneva, 1984.
- Rivlin, Alice & Wiener, J., *Caring for the Disabled Elderly*, The Brookings Institute, Washington, D.C., 1988.
- Ruchlin, H.S., Morris, J.N., Gutkin, Claire E. & Sherwood, Sylvia, "Expenditures for Long-term Care Services by Community Elders", *Health Care Financing Review*, 10, no. 3 (1989), pp. 55-65.
- Ruther, M. & Helbing, Ch., "Use and Cost of Home Health Agency Services under Medicare", *Health Care Financing Review*, 10, no. 1 (1988), pp. 105-108.
- Salvatore, Tony, "Organizational Adaptation in the VNA: Paradigm Change in the Voluntary Sector", *Home Health Care Services Quarterly* 6, no. 2 (1985), pp. 19-31.
- Singh, Jitendra V., House, R.J. & Tucker, D.J., "Organizational Change and Organizational Mortality", *Administrative Science Quarterly*, 31 (1986), pp. 587-611.
- Spiegel, A.D., *Home Health Care*, Second Edition, National Publishing, Owings Mills, Md., 1987.
- Szasz, A., "The Labor Impacts of Policy Change in Health Care: How Federal Policy Transformed Home Health Organizations and Their Labor Practices", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15, no. 1 (1990), pp. 191-210.
- Reif, Laura, "Expansion and Merger of Home Care Agencies: Optimizing Existing Resources through Organizational Redesign", *Home Health Care Services Quarterly*, no. 3 (1980), pp. 3-36.
- Tienda, Marta, Smith, Shelly A. & Ortiz, Vilma, "Industrial Resructuring, Gender Segregation, and Sex Differences in Earning", *American Sociological Review*, 52 (1987), pp. 195-210.
- Woerner, L., "Client Perspectives on Quality Care", *Caring*, 8, no. 6 (1989), pp. 47-51.
- World Health Organization, *World Health Statistics Annual*, Geneva, 1987.
- Wood, Juanita B., "The Effects of Cost Containment on Home Health Agencies", *Home Health Care Services Quarterly*, 6, no. 4 (1985/1986), pp. 59-78.

חוק הסיעוד – הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו

מאת ברכה בן-צבי*

(מוסדות ללא כוונות רווח) ומחציתן מסחריות.

4. קביעת תהליכי רישוי לחברות המספקות שירותים לאלה הנוקקים להם, קביעת תנאים, (ביניהם עמידה בחוקי העסקת עובדים), שכר מינימום, העסקת עובד סוציאלי או אחות לשם הדרכת מטפלות ופיקוח עליהם ועוד.
5. היקף חסר תקדים ובלתי צפוי של זקנים סיעודיים זכאים המקבלים שירותים בעין בקהילה.

ההשפעה של יישום חוק הסיעוד גדולה ורבה ורישומיה מתבטאים בראש ובראשונה ברווחה של מקבלי השירותים הישירים, הזקנים הסיעודיים, בהקלת העול המוטל על משפחותיהם, בארגון השירותים המופעלים על-ידי הממסד המקצועי (מחלקות לשירותי משפחה וקהילה, שירותי סיעוד של קופת-חולים, משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות והביטוח הלאומי), בהספקת שירותי הטיפול באמצעות החברות, במקומם ובמעמדם של זקנים החיים בקהילה.
כל אלה קבעו, כאמור, מודל חדש של הספקת שירותים בעין שעיקריו, יישומו ודיון בהשלכותיו יובאו בהמשך.

מבוא

בתום ארבע שנים להפעלתו של חוק ביטוח סיעוד, לאחר שנים של תכנון, מלאכת חקיקה והכנות ליישום החוק, הולכת ומתגבשת בישראל מערכת שירותים לזקנים סיעודיים שהיא מיוחדת במינה ובעלת משקל. בצד החסרונות שבוודאי קיימים במערכת זו בולטים יתרונות מעניינים ומעוררי מחשבה שאולי ישמשו גם מופת חיקוי לארגון שירותים לאוכלוסיות יעד אחרות.
ייחודו של מודל ההפעלה של חוק הסיעוד משתקף בעיקרו בתחומים אלה:

1. הפעלת שירותים בעין על-פי חוק ביטוחי שירותים שהם אוניברסליים ושוויוניים ואשר יישומם נעשה על-פי כללים אחידים.
2. קביעת סטנדרטים ונורמות של שירותים בעין לזקנים, שהם מקובלים על כל הקהילה הבין-דיסציפלינרית המקצועית וקביעת גופים ממלכתיים מחליטים ומפקחים.
3. העברת הספקת השירותים מן הממסד לחברות לא ממשלתיות, שמחציתן מלכ"רים

* מנהלת אגף שיקום וסיעוד, המוסד לביטוח לאומי.

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

6. 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 ולאשפזו במחלקה סיעודית.

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

8. החוק קובע עדיפות לגימלה בעין. כלומר, מתן שירותי טיפול ועזרת בית ישירים לזקן. רק כאשר אלה אינם בנמצא תיתכן המרתם בקיצבה כספית. הכוונה העולה מעיקרון זה היא להבטיח סיוע ממוקד להתמודדות המשפחה במטלותיה הכבדות בדרך של הספקת שירותי טיפול לזקן. מאידך גיסא, קצבה כספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה, ולא בהכרח תוצא למטרה שנועדה הגימלה להשיג, היינו הקלת עומס הטיפול. 9. מאחר שהגימלה מיועדת לממן שירותים על-פי העקרונות האלה, נגזרת ממנה החובה להתאים את השירותים למאפייניה של המשפחה: הכוחות הפועלים בה, אורחות חייה, טעמה ובחירתה. לפיכך נקבע סל

מטרות החוק

על מנת שנוכל לבחון את יישום החוק והשלכותיו ביחס למטרות כפי שעוצבו בחוק, אסקור בקצרה חלק מעיקריו כפי שפורטו במאמר קודם (בן צבי, 1989):

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 ולהשתלב במערכות הסיוע לחולים סיעודיים בקהילה מתחייב ממנו, שינצל את התשתית הארגונית הקיימת שכבר פועלת בשטח ושישתלב באורח מירבי יחד עם שירותים נוספים, כחוליה מקשרת ברצף השירותים לטובתם של זקנים סיעודיים.

3. הגימלה מיועדת לזקנים סיעודיים התלויים בעזרת הזולת בביצוע רוב פעולות היומיום או התלויים בה לחלוטין. דהיינו: זקנים שעוצמת תלותם בזולת רבה. היא אינה מיועדת לזקנים בעלי מוגבלות תפקודית קלה יחסית, 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 לשירותי סיעוד. משמעות עיקרון זה היא, שהחוק יסייע בשיעורים צנועים יחסית לזקנים רבים, יקל במעט על משפחותיהם ולא יסייע בהיקף גדול לזקנים מעטים.

5. גימלת הסיעוד לא נועדה להחליף את הסיוע שהזקן הסיעודי מקבל ממשפחתו, אלא לסייע לה במעט. יתרה מזו, בעצם היות הגימלה צנועה יחסית היא מסתמכת ונשענת על תשומות טבעיות שהמשפחות נוטלות על עצמן בטיפולן בזקן הסיעודי שבביתן. עזרת בני המשפחה לזקן מקובלת כמחויבות

כך הוא זכאי ליהנות מסיוע משפטי בהגשת תלונתו. לעניין תוכנית הטיפול וכיצועה, הזקן, או מי שמייצג אותו, רשאי לפנות לוועדת ערר שמונתה במיוחד לביטוח סיעוד. בוועדות אלה מכהנים עובדים מקצועיים בכירים כגון אחיות בעלות ניסיון מקצועי בתחום הגריאטרי, עובדים סוציאליים בעלי ניסיון מקצועי בתחום הזיקנה, הבריאות והשיקום ופקידים בכירים של המוסד לביטוח לאומי. ערעור על החלטות ועדות ערר מובא לבית הדין לעבודה.

יישום החוק – עובדות ונתונים

בשלבים מוקדמים למדי של הפעלת החוק התברר, שהאומדנים שנעשו היו נמוכים בהרבה מהיקף הבעיה כפי שהתגלתה במציאות. אחד ההסברים הוא בוודאי פער התקופות בין מועד עריכת האומדן ובין מועד הפעלת החוק. הסבר שני עניינו קבוצת תשושי הנפש. זו לא היתה מוכרת בהיקפה המלא בשירותי הבריאות והרווחה. חלקה היה בבחינת "נחבאים בשל בוש" ומבוכת המשפחה. נוסף על כך, ברור שהמומחים למיניהם ולמקצועותיהם אכן לא הכירו את היקף הבעיה. עובדה זו חוזרת ומאשרת את מה שהיה ידוע לכל מי שמספק שירותים חברתיים והוא, שבאין שירותים גם אין פניות, אך בעיות ומצוקות בוודאי ובוודאי שיש.

אנו עדים אפוא לדינמיקה לפיה יחד עם התפתחות השירותים נחשפות המצוקות והיקף הבעיה הפתיע את כל העוסקים בנושא זה. בדיקות מחודשות כמו גם מחקר שנערך מחוץ למוסד לביטוח לאומי אישרו, שהיקף הבעיה כפי שהוא מתגלה תוך-כדי

שירותים קבוע, כאשר הבחירה מתוכו גמישה ככל האפשר ונקבעת בעצה אחת עם המשפחה. במסגרת הגדרת שירותי הסיעוד על-פי סל זה בחוק, נכללים טיפול אישי בזקן, סיוע בניהול משק הבית, השגחה, מרכז-יום שבו ניתנים שירותי סיעוד, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, הובלת ארוחות.

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

11. על-פי החוק הוטלה האחריות לקביעת תוכנית הטיפול והראגה למימושה על ועדה מקצועית אזורית, שתברים בה עובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים, אחות שהיא נציגת שירותי הבריאות המקומיים ופקיד תביעות העובד באזור, והוא מייצג את המוסד לביטוח לאומי.

12. הזכאות לגימלת הסיעוד מותנית במבחן הכנסות. התניה זו אינה מתיישבת עם עקרונות חוק ביטוחי גביית ויהא בבחינת חריג במערכת הגימלאות של המוסד לביטוח לאומי. למרבה הצער הוכנס עיקרון זה לחוק כאילו, בגלל מגבלות תקציב. בפועל, האוכלוסייה שנרחתה בשל הכנסות גבוהות היא קטנה מאוד, אולי מפני ששכיחותם של זקנים בקרב בעלי הכנסות גבוהות היא נמוכה מאוד. אפשר, שפעולת ההסברה הרחבה שעשה המוסד לביטוח לאומי עם הפעלת החוק, שבו הודגשה בין היתר נקודה זו, מרתיעה מראש זקנים בעלי הכנסות גבוהות מלפנות לקבלת עזרה.

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

לרשות הוועדה המקומית עומד קטלוג ובו רשימת החברות של נותני השירותים שקיבלו רישיון להספקת שירותים לאחר מבחן שערך השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה ולאחר שחתמו על הסכם מתאים עם המוסד לביטוח לאומי. בהסכם מפורטים תנאים, לרבות חובות מעביד על-פי חוק, חובת החברה להעסיק עובד סוציאלי/אחות להדרכת מטפלים ומטפלות והפיקוח עליהם, כישורי מטפלות, תהליכי דיווח ותשלום ועוד. הוועדות המקומיות רשאיות להזמין שירותי טיפול אך ורק מנותני השירותים הנכללים ברשימות הקטלוג האזורי. בסמכותה של הוועדה המקצועית המקומית לבחור את נותן השירות, לפקח עליו ולאשר את החשבונות עבור השירותים שניתנו בפועל.

מאז תחילת החוק, למרות חששות מוקדמים שמא לא יימצאו המטפלים הדרושים, חלה בתחום זה התפתחות מהירה מאוד והוקמו חברות ספקים רבות (לפני הפעלת החוק פעלה בשטח רק חברה אחת, מט"ב, שהעסיקה לצורך מתן שירותים לא יותר מ-900 מטפלים).

להלן נתונים נבחרים לחודש אוגוסט 1992 ממערכת הנתונים הנאספת במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי (זיפקין ובייץ מוראי, 1991) וממערך הנתונים הממוכן של המוסד לביטוח לאומי המלווה את הפעלת החוק:

האוכלוסייה:

36,251	זכאים לשירותי סייעוד
47.3%	שיעור הזכאים מתוך תובעי גימלת סייעוד (1991)
52.7%	שיעור הנדחים, (רמת תלות בזולת נמוכה יותר)
23.1%	שיעור התמותה (1991)

ההפעלה אכן משקף נאמנה את המציאות (ראה שטסמן, כהן, גינובורג, 1991).

תהליך הפעלת השירותים כפי שתוכנן ויושם מוכיח את עצמו כמשרת נאמנה את הזכאים ואכן כל השותפים בהפעלה, נציגי המשרדים השונים נוטלים חלק ביישום החוק ועומדים בלוח זמנים כפי שנקבע בחוק. תהליך הזכאות הוא באחריותו הבלעדית של המוסד לביטוח לאומי, המשתמש לצורך זה בשירות קנוי של אחיות מיומנות המבצעות עבורו מבחן תלות בבית הזקן. המבחן עשוי במתכונת אחידה וקבועה ולביצועו נדרשות בערך שעתיים וחצי. התמורה המתקבלת מערכית המבחנים מועברת לאגודה לבריאות הציבור שליד משרד הבריאות.

כאמור, תוכנית הטיפול נקבעת בוועדה מקצועית מקומית שהתמנתה לכך על-פי חוק. חבריה הם: עובד סוציאלי, המשמש גם מרכז הוועדה מטעם המחלקה לשירותי משפחה וקהילה, אחות בכירה מקופת חולים, המייצגת בוועדה את שירותי הבריאות המקומיים ופקיד תביעות מן הסניף המקומי של המוסד לביטוח לאומי. הוועדה ריבונית בהחלטותיה בכל הנוגע לתוכנית הטיפול ולקביעת נותן השירות.

ברחבי הארץ פועלות בערך 200 ועדות מקצועיות מקומיות כאלה. מרכזים אותן עובדים סוציאליים בכירים והן פועלות ליד המחלקות לשירותי משפחה וקהילה. היישום, ההנחיה והמעקב נתונים בידי צוות מטה בינמקצועי, הכולל את הנהלת אגף שיקום וסייעוד במוסד לביטוח לאומי, הנהלת השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה והנהלת האגף לסייעוד בקופת חולים הכללית. המוסד לביטוח לאומי מפעיל את מערכת התשלומים ואת מערכת הניהול הכללית שבאמצעותה הוא מפיץ את המידע ואת הנתונים המצטברים לכל השותפים הנוגעים בדבר.

השירותים הניתנים:¹

	מקבלי שירותי טיפול אישי, ניקיון ועזרה במשק הבית
35,424	מספר המבקרים במרכזי יום
2,507	מספר המבקרים במרכזי יום פרטיים
	עסקיים
319	מספר המקבלים מוצרי ספינה
3,747	מספר המקבלים שירותי כביסה
571	מספר הנהנים מהובלת ארוחות
5	

ברחבי הארץ פועלות 178 חברות המספקות שירותים לזקן. מתוכן 72 חברות שהן מלכ"ר (כולל עמותות מקומיות וכו'), ו-106 חברות מסחריות פרטיות.

בכל חודש ניתנות 1,680,303 שעות טיפול בבית הזקן, מתוכן ניתנות 788,756 שעות טיפול באמצעות חברות ציבוריות (מלכ"ר), 855,336 שעות באמצעות חברות פרטיות ו-36,211 שעות בצורות אחרות (כולל קיבוצים).

אומדן תשלומי הגימלאות בשנת 1992 הוא 315 מיליון ש"ח.

דיון בסוגיות המתעוררות בעת הפעלת החוק

1. שירותים בעין מול שירותים בכסף הדיון בנושא זה מלווה אותנו כבר קרוב ל-10 שנים ותחילתו בוועדה שהכינה את חוק הסיעוד. כידוע, בחוק ביטוח סיעוד התקבלה ההכרעה לתת עדיפות לשירותים בעין ואכן כך יושם החוק ובהצלחה רבה לדעת המאמינים בו וגם לדעת רבים שהפכו להיות מאמינים בדרך זו לנוכח הצלחת היישום. בכל זאת לא תם הדיון בנושא זה

ויש כאלה המבקרים בחריפות את העדפת שירותים בעין. המבקרים האלה מתבצרים בקוטב המנוגד ומחייבים קיצבה בכסף שבה הם רואים תמיכה מוחלטת בחופש הפרט בבחירת העדפותיו. לדעתם, גימלת השירותים היא התערבות של הממסד בחיי הפרט ובקביעת דפוסי הטיפול בו. אלא שהעמדת קיצבה בכסף מול שירותים בעין היא העמדת הנושא על ערוץ חד-ערכי, שבו מוצב רק חופש הפרט מול התערבות בחייו. עמדה כזו המתעלמת לחלוטין ממכלול האפשרויות, הקשרים וההיבטים הנלווים בהפעלת שירותים לטובת זקנים סיעודיים ומשפחותיהם היא בבחינת החמצה גדולה של הנושא.

הניסיון שהצטבר במשך ארבע שנות יישום החוק בדרך של גימלאות בעין מצביע על קיומו של מגוון עשיר ביותר של הישגים ואפשרויות, שהתפתח במערכות יחסי הזקן ומשפחתו ואצל הגורמים הקהילתיים המפעילים את השירותים.

לצורך הפעלת השירותים הוטל על ועדה מקצועית מקומית לקבוע תוכנית טיפול ולדאוג למימושה. היכולת של ועדה לפעול באמצעות כעלי מקצוע כמו עובדים סוציאליים ואחיות והאתיקה המלווה את פעילותם מושתתות על פיתוח קשרים אישיים רב-ממדיים: שיחות עם הזקן ובני משפחתו, האזנה למצוקות, יצירת אמון, ביקורי בית, שותפות בנשיאה בנטל האחריות של תוכנית הטיפול, פיקוח על מטפלים, מעקב אחר הזקן החולה הסיעודי והטיפול שהוא מקבל, נכונות לעמוד לרשות המשפחה בשעת צורך, הפעלת שירותי עורף כמו מרפאות קופת החולים והמחלקות לשירותי משפחה וקהילה. לאור כל אלה יש לראות בהתערבות

1. יש זקנים המקבלים שירותי סיעוד משולבים. לדוגמה: שירותי טיפול אישיים בכיתם וביקור במשך מספר ימים במרכזי יום וגם צירופים אחרים.

לעניין הדילמה המוסרית לכאורה של צמצום חופש הפרט, מן הראוי להביא בחשבון את ייחודה של אוכלוסיית היעד – הזקנים הסיעודיים ומשפחותיהם – ואת הפעלתם של שירותי הטיפול במיוחד לטובתם.

2. על האפשרות להעניק לחלק קיצבה בכסף ולחלק גימלת שירותים בעין האם אפשר לתת לחלק מן הזקנים קיצבה בכסף ולאחרים גימלת שירותים בעין? האם כל הזכאים הם מיקשה אחת? המחוקק קבע, שתינתן קיצבה בכסף רק כאשר "אין שירותים זמינים" – כלומר כאשר הממסד אינו מסוגל להציע שירותים. רק במקרה כזה תשולם קיצבה בכסף ובשיעור נמוך יותר. במהלך שנות הפעלת החוק נשאלנו רבות בשאלה זו ואף קיבלנו פניות רבות למתן קיצבות בכסף לקבוצות אתניות (כדוויים, חרדים ואחרים) וגם מנציגי ציבור שונים בשם יחידים וקבוצות.

גם לסוגיה זו כמו לקודמתה יש פנים רבות. ראשית, נזכיר שוב שמטרתה של הגימלה להקל את עומס הטיפול בבית על מנת שהמשפחה תוכל להתמודד עמו ולדחות ככל האפשר את הצורך בסידור מוסדי. אולם, מכיוון שלמדנו מתוך היכרות עם אוכלוסיית הזקנים הזכאים שהיא בעלת הכנסות נמוכות בדרך כלל, הוספת קיצבה בכסף למשפחה עשויה לעורר את השאלה: למה לייעד את השימוש בכסף הזה? במצבים של מחסור, קשה מאוד להחליט איזה שירותים כדאי לקנות וקיימת נטייה מובנת להתאמץ ולטרוח יותר ובלבד שאפשר יהיה להשתמש בכסף הנוסף לצרכים שהם מועדפים בעיני בני המשפחה.

המחקר על השפעת חוק הסיעוד (מורגנשטיין ובייץ-מוראי, 1992) העלה, שלמרות שהמשפחות משקיעות הרבה מאוד

הממסד גם את היתרונות הגדולים שמעניק הקשר העשיר של נציגי הממסד עם הזקן ומשפחתו.

בעשייה למען הזולת תמיד יש אלמנטים של התערבות בחייו הפרטיים. לאורה של התערבות זו כדאי שנתבונן בתוכניות קיצבה בכסף, שבהן האדם חופשי נשאר חופשי לבחור בעצמו את פתרונותיו. עלינו לזכור, שמדובר בזקנים סיעודיים שהם בודדים או שמדובר במשפחות הנושאות כנטל טיפול כבד וממושך. לצד החופש לבחור יש גם ברידות במצוקה, בהכרעה ובנשיאה כנטל. במקרה זה הממסד מרוחק וגם מנוכר ומתייחס למתרחש בבית הנזקק מתוך אדישות ובלי רגש של שותפות. לכאורה, אין זה מן ההכרח שהקיצבות בכסף לא ילוו בליווי מקצועי; אך המציאות מלמדת, שכאשר אין לקשרים משמעות מחייבת, אין סיכוי שהם יתקיימו. אכן, סיוע לזולת משמעותו התערבות בחייו.

להמחשה נצביע על תחום הקיצבות לנכים. במציאות מוכרות תוכניות שר"ם (שירותים מיוחדים) לנכים ושירותים לילדים נכים. חלקה הגדול של אוכלוסייה זו בוודאי נתון במצבים של מצוקה קשה, אך הוא אינו מוכר לשירותים המקצועיים ואין ספק שחלק נכבד מכספי הקיצבות האלה המיועדות לשירותים מצטרף להכנסה המשפחתית הכוללת וספק אם הוא משמש למטרה שנועד לה.

מכיוון שהמטרה של גימלת הסיעוד היא להקל על הזקנים ומשפחותיהם בקהילה כדי לדחות או למנוע את סידורם במוסד, חובה עלינו לוודא שהגימלאות אמנם משרתות מטרה זו שהוקדשו לה משאבים כה רבים. לנוכח ניסיוננו עד כה נראה לנו, שדרך זו של גימלת שירותים בעין, לרבות ההתערבות בחיי הזכאים, מבטיחה שהמשאבים אכן יוצאו במידה מקסימלית למטרה שנקבעה.

שירותים המתאימים גם לקבוצות ייחודיות אלה.

לאור פניות של קבוצות לקבלת קיצבות בכסף ניסינו לבחון את עצמנו בחיפוש ובאיתור קבוצות מתאימות אחרות, אך עד כה לא מצאנו כאלה שנוכל למיין על-פי קריטריונים אחידים ולמנוע את פריצת הסכר שתהפוך על פיו את ביצוע החוק מבחינת העקרונות שעליהם הוא מבוסס ותכניס גישה של איפה ואיפה בקבלת החלטות הנוגעות לתביעת הפרט. כך, למשל, שללנו גם את האפשרות לתת לוועדות המקצועיות המקומיות שיקול-דעת פרטני במתן קיצבות בכסף.

במסגרת הוועדות המקומיות שהוקמו ברחבי הארץ פועלים למעלה מחמש מאות חברים משלוש דיסציפלינות מקצועיות — עובדים סוציאליים, אחיות ופקידי תביעות המועסקים בארגוני שירות שונים. בוודאי ניתן למצוא ביניהן פערים הנובעים מגורמים אנושיים טבעיים, וגם מסטריאוטיפים, מדעות קדומות ואפילו מדעות מלומדות בתחום מדעי החברה והפסיכולוגיה המתבססות על תיאוריות שאינן חד-משמעיות. לפיכך, טווח הבחירה הנראה לנו רלוונטי למשפחה הוא בתחום טעמיה בצריכת הפריטים מתוך סל השירותים הנזכר לעיל.

לאור האמור לעיל נראה לנו, שהפעלת שירותים בעין כיום ובמציאות החברתית הקיימת מתאימה ליעדי החוק ולאוכלוסיית היעד. אין זה מן הנמנע שבמציאות חברתית אחרת, או בתקופה אחרת, שבה הרגלי צריכת השירותים שונה, תיתכן בדיקת דרכים נוספות.

3. התפתחותו של שוק השירותים

מחוץ לממסד

פרופ' לסטר סלמון, ד"ר ישראל כץ ורבים אחרים מדגישים במאמרים שפרסמו בשנים

כוח עבודה בלתי פורמלי בטיפול בזקן שעמן, כולן מצביעות על קשיים רבים ועל הצורך בעזרה נוספת. רובן דיברו על מתח, לחץ, עומס פיזי, הפסד קשרים חברתיים, בעיות בריאות ועוד. לפיכך, התערבות הממסד בסדרי העדיפויות של המשפחה בהספקת שירותים משיגה גם את השמירה על יעדי הגימלה להקל על המשפחה את הטיפול בזקן וכאמור לדחות בדרך זו ואולי אף למנוע את הכנסתו למוסד.

ניתן גם לשער, שמרבית הזקנים הזכאים, לא היו רגילים בצעירותם לצורך שירותים קנויים לבית בשל רמת חייהם הנמוכה, הן בארץ והן בארצות המוצא שלהם. הכנסת כוח עזר לתוך הבית כדי לעזור לבני המשפחה לא היתה מקובלת לפני עשרות שנים.

אשר לקבוצות אתניות, למותר לציין שהדעת אינה סובלת שאלה יופלו לרעה, דבר העומד בסתירה מוחלטת לזכויות האזרח ולעקרון השוויון בפני החוק. יתרה מזו, יש הטוענים שהמשפחה הבדווית (כמו משפחות מקבוצות אתניות אחרות) היא גדולה ומאוחדת והיא עושה למען יקירה הסיעודי וגם לא מקובל אצל הבדווים להכניס למעונם כוח עזר. סביר להניח אפוא, שמשפחה, בין גדולה ובין קטנה, שבחרה והחליטה להחזיק את הזקן הסיעודי בבית קיבלה על עצמה מטלות כבדות וממושכות והיא תוכל להיעזר בפריטים מתוך סל השירותים לפי בחירתה, בין שמדובר במוצרי ספיגה, במרכזיות, בניהול משק בית, בשימוש בשירותי כביסה, בהובלת ארוחות ובעתיד הקרוב כנראה גם במשדרי מצוקה. כאמור, מטרת החוק אינה הוספת הכנסה כספית למשפחה המטפלת, ואף לא נועדה לתת פיצוי על סבל, אלא להקל את העומס באמצעות מתן שירותים. אוסיף עוד, שבמהלך השנים שבהן מופעל החוק קמות ומתגבשות חברות מקומיות של נותני

בירושלים (שמיד וסבג, 1991א; שמיד וסבג, 1991ב). כל הממצאים שהופקו בדרכים השונות הנזכרות מורים על שביעות רצון רבה (מעל 80%) של הזקנים הנהנים. למדנו, שאין הבדלים גדולים מבחינת שביעות הרצון של הזקנים בין חברות שהן מלכ"ר ובין חברות פרטיות, להוציא יתרון קל של הישגי חברת מט"ב – שמסורת רבת שנים עומדת לזכותה. אחריה, בהבדלים קטנים, עומדים הישגי החברות המסחריות הפרטיות ואחרי אלה, גם הן בהבדלים קטנים, באות עמותות ציבוריות.

עוד עלה מן המחקר, שעיקר הכנסותיהן של החברות בנושא הטיפול בזקנים בא להן מחוק הסיעוד. דבר זה מחזק את השערתנו על הרגלי צריכת השירותים, שכן מרבית המשפחות הזכאיות וגם האחרים אינם רגילים לקנות שירותי טיפול אישי ועזרת בית. נתון זה מן הראוי שייבדק במהלך השנים הבאות. התלות של החברות ועובדיהן במפעילי החוק והוועדות המקומיות מטילה עלינו אחריות כבדה, מכיוון שכל שינוי של ממש בהיקף הזמנת שירותים עשוי להוביל למשברים כלכליים, להפסקה בפעילות החברה ולפיטורי עובדים.

4. כוח אדם לטובת זקנים סיעודיים יש חשיבות רבה להפניית כוח עבודה מתאים ומוצלח לעזרת הזקנים הסיעודיים ומשפחותיהם, ולכך תורמת ההתפתחות הנזכרת לעיל. נראה אפוא, שמטרת החוק, לסייע לזקן הסיעודי התלוי בזולת ולהקל את העומס היומיומי הכבד המוטל על בני המשפחה בכל הקשור לטיפול הצרכים הבסיסיים וכדי למנוע או לדחות את הסידור במוסדי, אכן מושגת באמצעות כוח העבודה המופנה מכוח חוק ביטוח סיעוד לטובת הזקנים. אנו מעריכים, שמכוח חוק הסיעוד מצאו בערך 20.000 מטפלים ומטפלות

האחרונות את יתרונותיו של מגזר המוסדות ללא כוונת רווח, המספקים שירותי רווחה ואחרים אל מול הממשלה והממסד המספקים שירותים ישירים. נושא זה נמצא כיום במרכז הדיון הציבורי בארץ ובעולם. ביקורת נמתחת על המודלים השונים, הן על האמריקני והן על האירופיים ומגמה דומה קיימת גם בישראל. מגמה זו בהתפתחות הפעלת חוק הסיעוד היא בבחינת פריצת דרך, בכל הנוגע לאיכות להיקף, במסגרת הרחבה של הספקת שירותי רווחה בישראל.

מאז הוחל בהפעלת החוק קמו והתבססו מאות חברות, מחציתן ציבוריות מסוג מלכ"ר (מוסדות ללא כוונת רווח) ומחציתן חברות מסחריות למטרות רווחים.

למרות התפתחות מפתיעה זו הושמעו דברי ביקורת נוקבים הן נגד חברות פרטיות ה"מתעשרות" כביכול על חשבון הזקנים והן נגד חברות ציבוריות מסוג מלכ"ר, הנהנות מתמיכה ומהגנת יתר של הממסד. דברי הביקורת נשמעו מתוך החברות עצמן, מאנשי ציבור, מחוגים פוליטיים, כלכליים והסתדרותיים ומאנשים פרטיים.

המודל הישראלי מאחד בתוכו מעורבות של הממסד בקביעת זכאות, בקביעת תוכניות טיפול ומימוןן בצד קניית השירותים הישירים עצמם מחברות חוץ-ממשלתיות. מודל זה מאפשר לממסד לעסוק במידה רבה בקביעת מדיניות ארגונית ומקצועית, בפיתוח קריטריונים, בפיתוח סטנדרטים של טיפול, בפיקוח ובבקרה. המעקב וכדיקת היישום של חוק חדשני זה נעשים באינטנסיביות מרובה: באמצעות מתנדבים נערכים אלפי ביקורי בית מובנים; בעזרת חברה היצרנית מופעלת בקרה מסודרת ומתוכננת על-פי מדגמים מייצגים; הוועדות המקצועיות המקומיות מפעילות פיקוח ובקרה; בקרה נוספת מתקיימת כמוצר לוואי של מחקר גדול הנערך במסגרת האוניברסיטה העברית

לאפשר גם לכוח אדם המתמסר לעיסוק זה מסלול קידום, כמקובל בכל עיסוק מקצועי אחר. משום כך, הכשרת כוח אדם, שהיא תנאי חשוב למתן הרשאה לפעול במסגרת החוק, מנסה ללכת בשביל הביניים העובר בין פרופסיונליזציה למיומנות. בעתיד יהיה צורך לתת את הדעת על קביעת מסלולי קידום בתחום הסיעוד, כדי לבססו כעיסוק בעל ערך ובעל ייחוד.

5. בחירה והזמנה של שירותים מחברות על-פי שיקול דעת חברי הוועדה המקומית לעומת צמצום לכללים אחידים

תלונות בכל הנוגע לכוח המצטבר בידי הוועדות המקצועיות המקומיות בקביעת נתני השירותים באות מכל עבר: מן החברות המסחריות, מן המלכ"רים, מאנשי ציבור, מאנשים פרטיים ועוד. התלונות מקיפות נושאים רבים: האם הוועדה אינה עושה לעצמה עבודה קלה ובוחרת בנוח ביותר? האם ידיהם של חברי הוועדה נקיות? מדוע לא בוחרים ומעודדים חברות שהוקמו ביחמת גורמים ציבוריים מקורבים? מדוע תומכים בחברות ציבוריות? מדוע נותנים לחברות פרטיות להתעשר? ועוד ועוד.

ההתמודדות עם דילמה זו היא מורכבת ביותר: מחד גיסא, רצוננו לשמור על ריבונות הוועדה שמונתה על-פי חוק ביטוח סיעוד, כדי שתוכל להיות חופשית להפעיל את שיקוליה המקצועיים בקבלה החלטות פרטניות שבהן כלולים מרכיבים אישיים מגוונים. מאידך גיסא רצוננו לדחות כל לזות-שפתיים בידיעה שאכן שיקול הדעת מופעל ללא שיקולים זרים כלשהם. ועוד, עם התפתחותו המואצת מאוד של שוק ספקי השירותים רצוננו לשמור שיתקיים בצד חופש ההחלטה גם איזור-ביניים בין ההתפתחויות המסחריות ובין התפתחות שוק השירותים

פרנסה חלקית או מלאה (חלק מן המטפלים נותנים שירותים ליותר מזקן אחד).

חלקם הגדול של המטפלים והמטפלות רואים בעבודה זו גם ייעוד, בבחינת "כבוד את אביך ואת אמך למען יאריכון ימך". ממצא זה עלה הן ממחקר המטפלים (שמיד וסבג, 1991ב), והן מהתרשמויותינו מן הניסיון שהצטבר בשטח על הפרופיל המתגבש של המטפל הטיפוסי.

בעבר לא עמד לרשות הזקנים בביתם כוח אדם כזה, שהיקף עבודתו מתבטא במיליון וחצי שעות עבודת אדם לחודש. אין ספק, שחוק ביטוח סיעוד, בצד תרומתו ההומנית לכיבוד מעמדו של הזקן הסיעודי בקהילה, הוא שחולל את הדבר. לאחרונה משקיעות מרבית החברות המספקות שירותים לזקן יותר משאבים מבעבר בהדרכה ובטיפול עובדיהן המטפלים והן גם מפתחות לא מעט הזדהות מצד העובדים עם החברות שבהן הם עובדים ו"גאוות יחידה" בכל הקשור לטיפול בזקן.

מכאן עולה, שהיעדים של החוק הזה מושגים בדרך של מתן גימלה בעין היא כמעט אופטימלית לטובת זקנים והם מהווים תוספת נטו ייחודית למטרות שהציב החוק. קשה להתעלם ובוודאי שאין לשלול את תרומתו של יישום החוק בדרך זו לסיוע במצוקת האבטלה בכלל ובקרב העולים בפרט. ידוע לנו, שרבים מקרב העולים החדשים מצאו עבודה בתחום זה. אמנם המטרה של חוק הסיעוד אינה לפתור בעיות אבטלה, אך כפי שנאמר, "מתוך שלא לשמה בא לשמה".

ויכוח המעסיק אותנו בתחום נושא כוח אדם זה הוא "גבול המיומנות" של המטפלים והמטפלות. אנו רוצים שכוח אדם זה ייטול עליו את המטלות המוטלות על בני המשפחה, ולא את אלה שממלא כוח אדם מקצועי כמו אחיות, פיזיותרפיסטים וכו'. יחד עם זאת, יש

כמו-כן, מנסים ללמוד מן הניסיון ולהוסיף כללים לקבלת החלטות תוך שמירה על סמכות הוועדה להפעיל שיקול דעת פרטני לטובת הזקן. הדיון בנושא זה טרם מוצה.

6. מגורים בקהילה וקביעת גבולותיהם לצורך קבלת גימלת סיעוד

כזכור, חוק ביטוח סיעוד מבטיח גימלת שירותים לזקן המתגורר בקהילה, ולא לזקן המאושפז במוסד סיעודי. בכואנו לתחום את הגבולות למגורים בקהילה נשענו על הגדרת המוסד שבה משתמשים משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה, שמשמעותה מוסד שבו ניתנים שירותי טיפול. לפיכך הוכנה רשימה של המוסדות המוכרים והמבוקרים וכל מי ששוהה בהם אינו זכאי לגימלת סיעוד מאחר שהוא מקבל שירותי טיפול מכוח הסדר ציבורי אחר (במסגרת תפקידי משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה בתחום הטיפול המוסדי).

הוראה זו אמנם מעוגנת בחוק, אך מקשה על המשפחה להבין שדווקא כאשר מידרדר מצבו של הזקן או מצב המשפחה והיא נדרשת להוצאות נוספות לאשפוזו – נפסקת גימלת הסיעוד. יתרה מזו, לשם מימון החזקת הזקן במוסד המשפחה נדרשת לעמוד במבחן אמצעים גם של הדור השני.

כאמור, קשה למשפחה העומדת בפני צרכים לטווח ארוך להבין ולקבל מצב דברים כזה. יתרה מזו, כל מי שגר או שוהה דרך קבע בדיוור מוגן, במוסדות ללא רישוי, או במחלקות לעצמאיים במוסדות גריאטריים, שעיקר החזקתו בהם אינה על חשבון הציבור, זכאי לקבל גימלת הסיעוד.

הדיון בהרחבת הביטוח והחלתו גם על הסידור במוסד טרם ירד מסדר היום הציבורי. מאידך גיסא, לאור ההיקף הרחב באופן בלתי צפוי של אוכלוסיית זכאי חוק ביטוח סיעוד בקהילה ולאור הגירעון בתקציב, ספק

הציבוריים המתפתחים במסגרות קהילתיות ציבוריות.

איזון זה נראה לנו חשוב ביותר כל עוד שוק זה נמצא בהתפתחות מואצת וטרם התייצב וכל עוד לא מצוי בידינו מידע מבוסס על מגמותיו. לפיכך אנו מייחסים חשיבות רבה להישענות הממסד בביצוע חוק זה על שוק מאוזן ועל מגוון של חברות ציבוריות לצד חברות מסחריות. בד בבד עם שוק מסחרי חופשי יעיל התפתחו גם עמותות ציבוריות מקומיות וארציות המושכות אליהן מתנדבים רבים, שהם כוח עבודה מעולה התורם גם לביצוע מטלות חברתיות בקהילה ולפרט, בבחינת "הקהילה עושה למען עצמה". מגמה חברתית חיובית זו של התפתחות העמותות המקורבות לממסד המקומי נשענת לא מעט על הפעילות הכלכלית הנובעת מהזמנת שירותים מכוח חוק הסיעוד.

יחד עם מגמה חיובית זו יש לציין, שהתפתחות העמותות המקומיות נשענת במידה רבה על כוחות מקצועיים, במיוחד מתחום העבודה הסוציאלית. רובם באים מן הרשות המקומית ויש להם זיקה עמוקה לשירותים לזקנים. מכאן, שעובדים סוציאליים לא מעטים מעורבים בעבודתם הישירה או העקיפה בחוק הסיעוד וגם בפעילותם הישירה או העקיפה בעמותות המקומיות למען הזקן.

הבעיה מחריפה במקומות קטנים ומתעוררת השאלה של ניגוד אינטרסים. מבחינה פורמלית נאסר על חבר ועדה להשתתף בפעילותה של עמותה כזאת ומופעלת פעילות יזומה בהדרכה לשיפור מערכת קבלת החלטות של הוועדות. דגש חזק מושם בהשתתפות פעילה של שלושת חברי הוועדה בקבלת ההחלטה, על מנת לנטרל את האפשרות שאחד החברים יצבור בידיו כוח בכל הקשור בהזמנת השירותים.

אם אפשר להרחיב כיום את השירותים ולכלול בהם גם את הסידור במוסד. אין ספק, שבעיית הצרכים המוסדיים ופתרונם לא מוצתה ובמצב זה אפשרי רק תיקון עיוותים שולי וקרוב לוודאי שרק בכיוון של החמרה.

סיכום

למרות הדיון הנוקב בשאלות רבות, שרק חלק מהן הועלו במאמר, נראה לי המודל של חוק הסיעוד כמעניין ביותר בקידום שירותים למען אוכלוסיות יעד אחרות בכלל ולמען קבוצות אנשים עם מגבלות בפרט. מן הניסיון המצטבר בהפעלת שירותי חוק הסיעוד ניתן ללמוד, שבמודל זה המשאבים ממוקדים במטרתם יותר מאשר בתוכניות אחרות המוכרות לנו. כמו-כן נראה ממודל זה, שגימלאות המשולמות מכוח חוק הסיעוד אינן עומדות בפני עצמן והשתלבותן ברצף השירותים לזקנים מבטיחה גם את ההשתלבות הארגונית של השירותים למען הזקנים בכל מסגרותיהם. ליתרון זה יש חשיבות רבה לגבי יעילות הספקת השירותים, מניעת כפילויות והפעלה משותפת של גורמים רבים למען מטרת משותפת מעבר לשיקולים מגזריים. הישג זה נראה בעיני בעל חשיבות יוצאת מן הכלל במציאות הישראלית.

לאור הלקחים והמסקנות שנלמדו מהפעלת חוק הסיעוד ראוי אולי לבחון מחדש גימלאות ייעודיות אחרות שאינן בעלות אופי

של הבטחת הכנסה. האם גימלאות אלה צריכות להיות בעין או בכסף או במשולב? מתוך היכרות עם תוכניות הגימלאות האחרות המיועדות לאוכלוסיות יעד דומות נדמה לי שראויות לליבון מעמיק הגימלאות לילדים נכים, הגימלאות לשירותים מיוחדים למבוגרים, קיצבאות לעקרת הבית וגימלאות למוגבלים בניידות, ואולי גם תוכניות אחרות שאינן מוכרות לי. אין ללמוד מכך, שמודל חוק הסיעוד ניתן לאימוץ ולהתאמה מלאה גם לאוכלוסיות יעד אחרות, אך אין ספק שראוי לבחון גימלאות אחרות לנוכח הישגיו של חוק ביטוח סיעוד כחוק שירותים בעין. מן ההכרח לבחון אפוא בצורה מעמיקה ורחבה את מכלול התוכניות הקיימות עבור אוכלוסיית היעד הנבדקת, תוך מתן תשומת לב לצרכים, למגבלת התקציב, לעדיפויות, לרצף של שירותים נדרשים, למהות הגימלאות בתוך המערכת הכוללת ותוך התייחסות למטרות מובחנות. להפעלת חוק הסיעוד קדמה פעולה ממושכת של בחינה ותכנון שנטלו בה חלק טובי המומחים מדיסציפלינות שונות וממוסדות רבים; נערכו סקרים ומחקרים והתקיים דיון ציבורי. יש צורך בניסוי, בתיקון וביישום כאלה גם עבור כל אוכלוסיית יעד אחרת בעת שבוחנים ומפעילים תוכנית גימלאות שאינה מיועדת למחיה בלבד.

בחינה מחודשת של המערכות המיועדות לאוכלוסיות יעד נזקקות אחרות כנזכר לעיל היא לדעתי בעלת חשיבות יוצאת מן הכלל אם מבקשים לפתח מדיניות לעתיד של השירותים והגימלאות.

 ביבליוגרפיה

- בן-צבי, ברכה, "תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים", בטחון סוציאלי 34 (דצמבר 1989), עמ' 49-60.
- זיסקין, אלן, בייץ-מוראי שרית, הפעלת חוק ביטוח סיעוד: סכום נתונים מאפריל 1990 עד מרץ 1991, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- חביב, ג'ק, פקטור, חיים, באר, שמואל, צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום, ובשנים הבאות, מכון ברוקדייל, ירושלים, 1987.
- מורגנשטיין, ברנדה, בייץ-מוראי, שרית, השפעת חוק סיעוד על מערך העזרה הבלתי פורמלי בקשישים מוגבלים, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, פברואר 1992.
- שטסמן, יוחנן, כהן, אהרון, גינסבורג, גארי, הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני התלות של המוסד לביטוח לאומי ובמבחנים נוספים באוכלוסיה הקשישה בירושלים, 1991.
- שמיד, הלל, סבג, קלרה, חקר תפקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד, דו"ח מחקר, האוניברסיטה העברית בירושלים, 1990.
- שמיד, הלל, סבג, קלרה, הערכת יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותים לזקנים, האוניברסיטה העברית בירושלים, 1991א.
- שמיד, הלל, סבג, קלרה, יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותי סיעוד לזקנים, האוניברסיטה העברית בירושלים, 1991ב.
- Katz, Israel *Israel Needs More Responsible Philanthropy*, Nov. 1991.
- Salamon, Lester M., *The Scope and Theory of Partners in Public Service — Government Nonprofit Relations*, 1990.

סוגיות בפנסיה

מאת דב פלגי

הרקע

נושאי הפנסיה עומדים במרכז הדיון הציבורי בישראל וברוב ארצות העולם. בישראל פועלת זה שנתיים ועדת שטסל, שמינתה הממשלה ואשר התבקשה להגיש המלצות על כל נושאי הפנסיה (אני חבר בוועדה זו). על שולחן הכנסת הונחו שלוש הצעות חוק לפנסיה חובה – של חבר הכנסת חיים רמון, של חברי כנסת מטעם מפלגת "רץ" ושל חבר הכנסת יוסי כץ. הדיון עליהן אמור להתקיים בכנסת בקרוב.

מדי פעם עולה בכלי התקשורת נושא מצבן של קרנות הפנסיה וחוב הממשלה לפנסיה "התקציבית"; לעתים קרובות מתקיימים דיונים ציבוריים על הפנסיה ושוק ההון וידוע שמשרד האוצר רוצה לשלב את הפנסיה ברפורמה; בארצות רבות מתקיימים דיונים על הדרכים שבהן יש לטפל בעתיד בגידול הרב שחל בשיעור הגימלאים בחברה – לאור כל אלה סברתי שמן הראוי לנסח עמדה מוגדרת וברורה בסוגיות העיקריות הקובעות את ענייני הפנסיה. למותר לציין, שהדעות שאציג כאן אינן מחייבות את ההסתדרות ולא תמיד הן זהות עם עמדתה המוצהרת.

עקרון "הרווחה"

זה קרוב ל-100 שנה רוב החברות המפותחות בעולם מכירות בכך שאין להשאיר את ביטוח ההכנסה לאחר פרישה מעבודה בידי היחיד, אלא יש ליצור לשם כך מסגרת חברתית מחייבת. אחרי מלחמת העולם השנייה שולב נושא זה באחריות שלקחה על עצמה "מדינת-הרווחה". אבל בשני העשורים האחרונים ידעה מדינת הרווחה משבר ההולך ומעמיק. הסיבות למשבר זה היו, בין השאר: העלייה התלולה שחלה בשיעורה של ההוצאה החברתית בכלל ההכנסה הלאומית, דבר שחייב עלייה גדולה מאוד של המיסוי על ההכנסה; התעצמות "הביורוקרטיזציה", מנגנון הממשל מגלה יחס עויין גובר כלפי צרכני שירותי הרווחה; בציבור גברה ההרגשה שהממסד הממשלתי מגלה חוסר יעילות בכל הנוגע לייצור ולהספקה של השירותים הניתנים לו.

אין טעם להיכנס לדיון בנושאי הפנסיה על היבטיה השונים לפני שמכריעים בשאלה הבסיסית שהיא: האם הבטחת הכנסה יחסית לשכר ולהכנסה של העובד אחרי פרישתו מעבודה היא נושא אישי או שהיא נושא חברתי? חשיבותו הרבה של הנושא ליחיד

* יושב ראש האגף לביטחון סוציאלי בהסתדרות הכללית של העובדים.

המחיר שמשלמים תמורת ההסדר החברתי ואין להעלים זאת.

האחריות החברתית קשורה גם בתגודות תקופתיות החלות בהיקף הנושא. כזאת היא, למשל, תופעת ה־Baby boom הידועה, שהתגלתה בארצות רבות אחרי מלחמת העולם השנייה; כאן מדובר במספר גדול מן הרגיל של בני אדם שיגיעו בקרוב לגיל הפרישה מעבודה. תגודה אחרת, בישראל, גורמים גלי העלייה הגדולים שהגיעו בשנים האחרונות. זהו נושא קשה מאוד בכל הנוגע לפנסיה, הדורשת כמובן הכנה מראש של שנים רבות.

עקרון "הרווחה" כולל את יסוד ה"אוניברסליות", כלומר: התייחסות אחידה לכל בני החברה, ולא רק ל"עניים". הפירוש לגבי הפנסיה: לא רק ביטוח לאומי, המשלם הכנסה מינימלית לכל אזרח שפרש מן העבודה, אלא יש להבטיח לעובדים הפורשים הכנסה מלאה, יחסית להכנסתם לפני הפרישה, שתבטיח לכל אחד מהם שיוכל להמשיך ולקיים את רמת החיים שהיתה לו גם בזמן שחדל לעבוד באמצעות הסדרי הפנסיה החברתית (עד תקרה שתיקבע).

מטרת הפנסיה

היחס בין ההכנסה אחרי הפרישה מעבודה לזו שבעת העבודה נקרא "שיעור התחלופה". חשיבותן רבה בייחוד כאשר מדובר ב"פנסיה מקיפה" — במקרים של פרישה עקב גיל, נכות (שאינן לה כיסוי אחר), או פנסיה לשארי משפחה שנשארו אחרי פטירת העובד או הגימלאי. ההנחה היא, שיש ביטוח בריאות ציבורי ברמה גבוהה גם לגימלאים, כמו־כן שיש הסדר ציבורי לנושאי הסיעוד — שני נושאים שהם בעלי חשיבות מכרעת עבור

ולחברה, "כשל השוק" בנושא זה עקב הטווח הארוך מאוד של שיקוליו (50–60 שנה), והעובדה שהיחיד אינו יכול עוד לתקן את מה שהוזנח בשנים הקודמות, הצורך בקיצבה סבירה למשך זמן ארוך ולא ידוע מראש, התחושה של החברה שתמיד יהיה עליה לדאוג לזקניה — כל אלה מחייבים, לדעתי, להשאיר את נושא הפנסיה בתחום "הרווחה", היינו בתחום טיפולה של החברה בכללה.

אחרי ההכרעה העקרונית יש לעשות כל מאמץ כדי לתקן את הדברים שהביאו למשבר. השינוי העיקרי המתבקש הוא: להוציא את רוב נושאי הרווחה, והפנסיה בתוכם, מניהולה של הממשלה ולהעבירם לטיפולם של גופים "ציבוריים". גוף "ציבורי" כזה חייב להיות מלכ"ר, כלומר ללא כוונת רווח, בעל יכולת ניהול מתאימה, הכפוף לפיקוח פנימי חזק ובנוסף לו גם לפיקוח ממשלתי. מסירת הניהול לידי גוף "ציבורי" יכולה לפתור כמה בעיות, למשל, להקטין את החיכוך בין הציבור למנגנון בעזרת הפיקוח הישיר והצמוד בשטח; להגדיל את היעילות בעזרת הפיקוח הפנימי והחיצוני. שתי תוצאות אלה יכולות להקטין את ההוצאה הכוללת. כמו־כן, רצוי שהכספים שישלמו המבוטחים ישולמו ישירות למוסד הציבורי המתאים, ולא יעברו דרך תקציב המדינה ומס־ההכנסה.

הכללת כל נושא בתחום "הרווחה" גוררת עמה מרכיב של כפייה, המוטלת על כל האזרחים ומצמצמת את חופש הבחירה שלהם. שכן, האחריות החברתית לנושא מחייבת לכפות על כולם השתתפות לפי קני־מידה מוגדרים. כשמדובר בפנסיה, הדבר טעון חקיקה המטילה על הציבור ביטוח־חובה או שיש לכלול את הנושא בצורה מחייבת במסגרת הסכמי העבודה המקיפים את רוב העובדים. הגבלת חופש הפרט היא

הלאומי והפנסיה. מאחר שהביטוח הלאומי נותן בממוצע 20% מן השכר הממוצע, הפנסיה צריכה לתת את היתר עד לשיעור התחלופה הרצוי.

לדעתי, יש להגדיל את חלקו של הביטוח הלאומי ל-25% ולהקטין בהתאם את חלקה של הפנסיה היחסית לשכר, כפי שמקובל ברוב הארצות המפותחות. שינוי זה יגדיל את השפעתו של גורם השיפור בחלוקת ההכנסה במערכת.

הזכויות הבסיסיות

הזכויות הבסיסיות (כפי שהן קיימות היום בקרנות הפנסיה ובפנסיה "תקציבית") הן: גימלה תודשית לכל החיים לפורש לפי גיל; גימלה לפי אחוז הנכות לכל תקופת הנכות; גימלה לשאירים – לבן הזוג (כאן יש להשוות בין המינים, שלא כמו המצב הקיים היום) וליתומים עד הגיעם לבגרות; רציפות זכויות בין כל המערכות, כך שהיחיד יוכל לנוע באופן חופשי ממקום עבודה אחד למשנהו.

כדי שיישמר מקומו היחסי של הגימלאי בחברה מן הראוי לעדכן את הפנסיה לפי השכר הממוצע במשק, בשונה מן הקיים היום, שהגימלה מעודכנת לפי מדד המחירים (כך נהוג בקרנות הפנסיה) או לפי השכר המשולם בפועל (כפי שנהוג בפנסיה ה"תקציבית").

נושא נוסף המחייב תשומת לב הוא מצבם של בני "הגיל הרביעי" (מעל 75 שנים): יש להגדיל את הפנסיה של הנכללים בקבוצה ב-10% כדי שיישמר שיעור התחלופה גם אצל בני הגיל המתקדם. שינוי כזה כבר הונהג בכמה ארצות.

נושא אחר שכבר נדון הרבה וטרם בוצע הוא הכללת כל מרכיבי השכר שאדם מקבל בעודו שייך לשוק העבודה בתוך הפנסיה שיקבל לאחר פרישתו. היום כידוע חלק לא קטן של מרכיבי השכר אינו מבוטח

הקשישים. "שיעור התחלופה" שיבטיח שמי שפורש מעבודתו ייהנה מהמשך רמת החיים שהיתה לו ולמשפחתו בעת עבודתו הוא בין 80 ל-90 אחוזים; התחום תלוי בהסדרי מיסוי ובמידת הכיסוי לבריאות ולסיעוד. הפנסיה תתבטא אך ורק בצורת קיצבה חודשית קבועה לכל החיים (או לפי הזכויות לשאירים). היוון יתאפשר לשנים מספר ועל חלק קטן מן הפנסיה. הפנסיה תעודכן כך ששיעור התחלופה יישמר למשך כל תקופת הזכאות.

הסדרי צבירת זכויות הפנסיה צריכים להיות כאלה שתהיה "רציפות" בין כל מקומות העבודה של המבוטח – דבר זה יאפשר ניידות בלתי מופרעת של העובד, ניידות שהיא חשובה הן ליחיד והן למשק הלאומי.

הביטוח הפנסיוני הוא אחד ממקורות החיסכון החשובים למשק הלאומי. החיסכון הלאומי הוא מטרה כשלעצמה שיש להתחשב בה בבניית המערכת הארגונית לפנסיה.

הזכויות והחובות במערכת הפנסיה

רשימת הזכויות היא נקודת המוצא והבסיס למערכת הפנסיה החברתית ויש לבנות את המערכת לאורה משום שהיא מבטיחה את ביצוע המטרה. זוהי מערכת של "הטבות מוגדרות" (Defined benefits), ולא מערכת שהזכויות בה נקבעות לפי התרומה הכספית של היחיד, היינו "תרומה מוגדרת" (Defined contribution). התשלומים למערכת צריכים להיקבע לפי צורכי הבטחת מימוש הזכויות. בחישוב גובה הזכות הבסיסית לגימלה החדשית יש להביא בחשבון רק את המקורות החברתיים הבטוחים: הביטוח

לפי שיטת ה"ממוצעים" נקבע בכל חודש היחס בין השכר או ההכנסה של העובד ובין השכר הממוצע כפי שהוא מחושב בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הממוצע האריתמטי של כל היחסים האלה מחושב לאורך כל תקופת העבודה של העובד. לקבלת "השכר הקובע" לפנסיה מכפילים את היחס הממוצע שהתקבל בשכר הממוצע במשק בחודש הפרישה. ברוב הארצות המפותחות כבר עוברים לשיטה דומה תוך שינויים אחדים בהתאם לתנאי המקום.

אשר לפנסיית הנכות, זו צריכה להיות מחושבת לפי מלוא הפנסיה שהיה העובד הנפגע מקבל לו הגיע לגיל הפרישה היום תוך תיקון לפי אחוזי הנכות שייקבעו כמו היום על-פי שיקול דעת רפואי ושיקולים של הפסד הכנסה. לפי שיטה זו תחושב גם הפנסיה לשאירים. כאן יש שינוי מן הנהוג היום, שלפיו פנסיה זו מחושבת לפי השכר בפועל בלי קשר למספר שנות הביטוח הפנסיוני.

פיצוי פיטורין

לכאורה פנסיה חובה הניתנת רק בצורת קיצבה מבטלת את הצורך בפיצויי-פיטורין (ואמנם הועלו הצעות ברוח זו). כידוע, בפנסיה "המקיפה" נכללו בתשלומי המעסיק בערך 2/3 מן הסכום שהוא חייב לשלם כפיצויי-פיטורין. דבר זה מוצדק, לדעתי. אבל נדמה לי, שאין לבטל את השליש הנותר מן הסיבות האלה: בעת פיטורין השכיר נמצא בלחץ קשה ולעתים הוא נתון בקשיים כספיים. סכום זה דרוש לו אפוא מאוד. מקור זה יניב סכום כסף חד-פעמי בעת הפרישה לפי גיל וישראלים יפה את הקיצבה החודשית שיקבל העובד מעת הפרישה עד סוף חייו. כידוע העובד חייב להפריש חלק משכרו או מהכנסתו למערכת הפנסיה כדי ליצור את הבסיס הכספי לביטוח הפנסיוני. אחז

כשמדובר בפנסיה ומשום כך המטרה אינה מושגת בפועל. יש להבטיח ששינוי זה יופעל גם לגבי העבר. כמו-כן יש לאפשר לעובד להעביר בצורה נוחה את החסכונות שצבר לביטוח הפנסיוני שלו (העברה שאי אפשר לעשותה היום על-פי תקנות מס-הכנסה).

כאשר מדובר במערכת חברתית מחייבת, יש לקבוע כמובן תקרת הכנסה מבחינת הזכויות והחובות. לשם כך אפשר להיצמד לתיקרה שהיתה נהוגה בביטוח הלאומי — פי 3 מן השכר הממוצע.

יש לכלול בהסדרי הפנסיה גם את העצמאיים, מפני שחלק גדול מהם אינם מצליחים לצבור נכסים מספיקים שיבטיחו את הכנסתם אחרי הפרישה. משום כך צריך לכתוב בכל התקנות את המלה "עובד", ולא "שכיר". העצמאי פועל על-פי לחצי השוק ולפיכך הוא נתון הרבה יותר לסכנה של "כשל שוק" מבחינת הדאגה העצמית להכנסה מספקת לאחר הפרישה כעבור שנים. אם נכונה ההנחה שלעצמאי יש תמיד רכוש כלשהו, אזי אני מציע שתוטל עליו חובת-ביטוח פנסיוני בגובה של מחצית מהכנסתו (לפי שומת-המס), אך הוא יוכל לבטח גם עד כל הכנסתו.

שיטת חישוב "השכר הקובע" לפנסיה בדרך כלל היה מקובל, שהשכר האחרון הוא הקובע לצורך חישוב גובה הפנסיה (במערכות פנסיה אחדות החישוב נעשה לפי השכר הממוצע של שלוש השנים האחרונות). אבל המשק המודרני מצטיין בניידות הרבה יותר גבוהה מבעבר ובתנודות רבות בחיי העבודה לכל אורכם. לפיכך מן הראוי להעדיף שיטה המבטאת את מקומו היחסי של העובד בחברה לאורך כל שנות עבודתו. מוטב אפוא להנהיג את שיטת ה"ממוצעים" כשיטת חישוב מחייבת בכל מערכת הפנסיה.

בידי קרנות הפנסיה והפנסיה ה"תקציבית". תפקידה של הפנסיה להשלים את הכנסתו של עובד הפורש עד לגובה שכרו בעבר. עובד שעבד במשרה מלאה מקבל היום 70% מן "השכר הקובע" והמטרה אינה מושגת משום שחלק ממרכיבי השכר אינם נכללים בפנסיה וגם משום שהעדכון אינו לפי השכר הממוצע במשק (עדכון הפנסיה לפי מדד המחירים או לפי השכר ששולם לעובד בעת פרישתו יוצר פער גדל והולך בין הפורש ובין העובדים הפעילים ששכרם ממשיך לעלות בדרך כלל). רק מערכת הפועלת לפי עקרונות הפנסיה החברתית, כלומר לפי עקרון "הזכות המוקנית" (ולא לפי עקרון הזכות לפי ההפרשה) תיכלל ב"קומה" זו ותיחשב תורמת להשגת המטרה.

בקומה זו מקובלות שתי שיטות פנסיה: "מצטברת" (funding) ו"תקציבית" (pay as you go). ייתכנו כמובן שילובים של שתי השיטות. בפנסיה המצטברת יש הפרשה שוטפת מן ההכנסה לקרן-פנסיה והקרן המצטברת מהווה את העודף ההוני למתן הזכויות. אם כל הזכויות מגובות בעזרת הפרשות העבר, אזי כל דור דואג לעצמו. מאחר שהזכויות מוקנות באופן מלא לכל יחיד והקרן משותפת, קיימת במערכת הדדיות אופקית בין כל המבוטחים בכל דור ודור. בפנסיה ה"תקציבית" הגימלאות משולמות מן התקציב השוטף של המערכת או של המדינה, ממס מיוחד או מן המס הכללי. כאן יש הדדיות בין-דורית נוסף להדדיות האופקית.

לדעתי מוטב היה שכל המערכת תעבור לשיטה המצטברת וזאת מן הסיבות האלה: התלות בתקציב השוטף מסכנת את ביצוע המטרה הפנסיונית בעת קשיים תקציביים וכאלה יש ברוב השנים; המערכת חייבת לשקף את מרכיב החיסכון בצורה נכונה ובאמצעותו את מרכיב התשואה כהכנסה

זה אינו קבוע, שכן מה שקבוע במערכת הן הזכויות; ההפרשה משתנה מעת לעת לפי מצב המערכת. מקובל שבהפרשה זו משתתפים העובד והמעסיק. חלוקה זו אינה מהותית, מפני שכל ההפרשה היא חלק מן ה"שכר" או מעלות העבודה. בארצות אחרות ניתן למצוא גוונים שונים של שיטה זו – החל מתשלום מלא של כל סכום ההפרשה בידי המעסיק ועד תשלום מלא של כל הסכום בידי השכיר. עצמאי ישלם כמובן את כל אחוזי ההפרשה בעצמו. בגלל סיבות היסטוריות כדאי להמשיך ולקיים גם להבא את החלוקה המקובלת אצלנו, לפיה השכיר משלם שלישי והמעסיק משלם 2/3. בקרנות הפנסיה שיעור ההפרשה כולה מגיע היום ל-17.5% מן השכר. בארצות אחרות ההפרשה מגיעה עד 24%.

מבנה המערכת

המטרה כפי שהוגדרה לעיל תושג באמצעות מערכת המורכבת משלוש "קומות", ששתיים מהן משרתות את המטרה במלואה:

קומה א' – הביטוח הלאומי
 הביטוח הלאומי משלם קיצבה בסיסית, כזכות שווה לכל. תשלום דמי-הביטוח הוא לפי ההכנסה. יש בו מרכיב חשוב של שיפור חלוקת ההכנסה בחברה וחילוף רבים ממצב המוגדר "מתחת לקו העוני". הקיצבה המשולמת לפורשים מן העבודה בהגיעם לזיקנה ויש להם גם פנסיה היא בערך 20% מן השכר הממוצע, כאמור, אני מציע להגדיל חלק זה ל-25% ולהקטין את הפנסיה בהתאם.

קומה ב' – פנסיה
 תשלום פנסיה יחסית לשכר מבוצע היום

לנהלן במסגרת של ארגון אחד. בכמה מדינות קיים איחוד מלא או חלקי של שתי הקומות הראשונות, אך לדעתי דבר זה אינו רצוי ועדיף המצב הקיים בישראל. במסגרת המגמות ל"הפרטה" הועלו הצעות ואף נעשו ניסיונות ליישם תקנות המאפשרות ליחידים או לקבוצות להגשים את כל מה שכלול בקומה ב' באמצעות ארגון פרטי ולא ציבורי (Opting out). לדעתי, זהו מהלך פסול מפני שהוא פוגע בעקרון רציפות הזכויות ובכך הוא מקטין את הגיידות בשוק העבודה. הוא עלול גם ליצור ברירה שלילית בתוך המערכת וכך לפגוע בהדדיות ובכוח הפיננסי שלה.

אופיין של ה"קומות" שתוארו לעיל מחייב כמובן שבקומה א' יהיה ארגון ממלכתי אחד — אצלנו זהו המוסד לביטוח לאומי. בגלל סיבות היסטוריות התפתחו אצלנו בקומה ב' שתי מערכות מקבילות, המערכת "התקציבית" ועוד שש קרנות פנסיה העונות על הקריטריונים שצוינו לעיל. לדעתי, גם בקומה ב' צריך להיכלל ארגון אחד בלבד, אבל הוא חייב להיות "ציבורי", ולא ממלכתי, משום שבארגון ציבורי יש משקל רב יותר לפיקוח הציבור ויש סיכוי להתגבר על הביורוקרטיזציה. ועוד, ארגון מאוחד יבטל את הסיכונים הנוכעים מפעילותן של קרנות הפנסיה בענף כלכלי כלשהו, פעילות שיצרה לא מעט קשיים בחלק מן המערכת הקיימת היום.

בכמה מדינות נהוגה השיטה של "פנסיה מפעלית". לפי שיטה זו המעסיק הוא בעל הקרן ואחראי ליציבותה ונכסי המפעל מהווים את העורף של הקרן. השיטה נוצרה בזמנו מתוך כוונה לקשור את העובד למפעלו. בארצות אחדות קיים ביטוח ממלכתי לפנסיה זו עד תיקרה ידועה (למשל, בארצות הברית). דומני ששיטה זו אינה טובה משום שהיא פוגעת בניידות העובדים בשוק העבודה

של המערכת; השיטה המצטברת מקלה על טיפול בתנודות דמוגרפיות חזקות כאשר הן נחזות מראש. אפשרי גם שילוב של שתי השיטות, למשל בדרך של צבירה חלקית במערכת — זוהי השיטה המועדפת היום בעיני רוב המומחים בעולם ולדעתי היה כדאי להנהיגה גם אצלנו. בביטוח הלאומי יש צבירה חלקית קטנה יחסית (עד 6 שנות כיסוי). מן הראוי היה להנהיג צבירה לטווח ארוך יותר, אך לא לטווח ארוך מאוד (כמקובל בביטוח המסחרי).

עלי לחזור ולהדגיש, ששתי קומות אלה חייבות להביא להשגת המטרה. רק מערכת הפועלת לפי העיקרון של "זכות מוקנית" צריכה להיכלל בקומות אלה.

קומה ג' — חסכוניות וביטוח פרטי קומה זו כוללת את כל הצורות של חיסכון ושל ביטוח אישי שאדם עושה לעצמו ביוזמתו. היחיד הוא המחליט להשתתף במסגרות אלה לפי העדפותיו ומשום כך אין ביטחון מלא שהוא אכן יעשה כן ובוודאי שאין לדעת או להבטיח שכל בני החברה יעשו כן. כמו־כן, אין לדעת מתי יממש אדם את החסכוניות שצבר או יפדה את הביטוח ובאיזו צורה. על־פי רוב המימוש אינו נעשה בצורת קיצבה המשולמת לכל החיים. כל המערכת הזאת פועלת לפי העיקרון של "זכות לפי הפרשה". לפיכך אי אפשר לכלול את ההכנסה המתקבלת מ"קומה" זו בהבטחת המטרה שהצבתי בתחילת דברי. ל"קומה" זו ייכנסו כל ההכנסות שמעבר לתקרה שעליה חלה חובת הביטוח לפי "קומה ב'" או ההכנסות של יחידים שעדיין אינם נכללים בחובת ביטוח פנסיוני.

בגלל השוני המהותי בין הקומות חייבים לנהל כל אחת מהן כארגון נפרד. אמנם בחישוב השגת המטרה יש לכלול את שתי הקומות הראשונות, אך לא חייבים

לקבלת פנסיה, ולא לפי השכר ששולם בפועל.

6. לא תהיה עוד מערכת פנסיה "תקציבית", אלא רק מערכת פנסיה צוברת.

7. הביטוח הלאומי ייתן כבסיס 25% מן השכר הממוצע במשק.

ביצוע כל השינויים הללו יאפשר לשלם פנסיה שהיא יחסית לשכר עד לתקרה של בערך 60% פנסיה מן "השכר הקובע".

תוחלת החיים תהיה הגבול הממוצע למתן הפנסיה. מספר זה עולה ב-1.5 שנים בערך לעשור בתקופתנו ויש להביא עובדה זו בחשבון במערכת הפנסיה. תוחלת החיים בישראל היא מן הגבוהות בעולם: 79 שנים לגברים ו-81 שנים לנשים. מלבד זאת, גדל והולך שיעורם של הישישים, בני יותר מ-75 שנים. משום כך מן הראוי להגדיל את הפנסיה במקצת עבור בני קבוצה זו.

אשר לשיעור הנכים הצפוי, קיים סיכוי טוב שהוא יירד הודות לשיפור מצב הרפואה ושיטות השיקום. גם אופיין של העבודות כיום הולך ונעשה פחות פיזי ועל כן הדרישות מן הנכים אינן קשות כבעבר.

תחום נוסף שבו דורשים שינויים הוא חישוב השכר. התפתחות השכר המשולם לשכיר במשך שנות עבודתו (ובמקביל גם גידול הכנסתו של העצמאי) משפיעה מאוד על מצב המערכת: כאשר השכר עולה בהתמדה העומס על המערכת גדל; כאשר השכר עולה רק מעט, או כאשר הוא גם יורד לפעמים, העומס קטן. עד לפני 7 שנים עלה השכר הריאלי בממוצע ב-3% בערך בשנה וכך הוא חושב במערכת; משנת 1985 עלה השכר ב-1% בממוצע ובשנים האחרונות אף ירד. בארצות המפותחות מקובל שהשכר לשנת-עבודה עולה ב-1% בשנה.

אשר לקרנות עצמן, התשואה של קרן צבורה מורכבת מכמה מרכיבים: ריבית כלכלית ריאלית על היסכון במשך 30 שנה

ומסכנת את הפנסיה (כדאי לזכור את "אירוע מקסוול" ומה אירע לכספי קרן הפנסיה שם). מאחר שהפנסיה היא חלק מן השכר (עלות העבודה), לא צריך להיות למעסיק מעמד פורמלי במערכת הפנסיונית והמערכת חייבת להיות "ציבורית", דהיינו מלכ"ר, ולהימצא בניהולם של נציגי העובדים, ארגונים היציג (ההסתדרות) ומומחים. כמו-כן עליה לעמוד תחת פיקוח הדוק של הממשלה, של ארגון העובדים היציג ושל נציגי המבוטחים. מבחינת המבנה, מעמדו של המעסיק בקרנות הפנסיה כמו שהוא נהוג אצלנו הוא לדעתי המצב הנכון.

המשתנים הקובעים במערכת הם קודם כל הזכויות המביאות להשגת המטרה שדנו בהן למעלה. על שאר המשתנים אדון להלן. השינויים שיש להכניס לדעתי בתחום הזכויות הם כדלקמן:

1. אמנם כלל הזכות בעת הפרישה לפי גיל, אחרי תקופת עבודה מלאה (אצלנו 35 שנים), שהוא פנסיה של 70% מן השכר, לא ישתנה, אך יש לצבור יותר זכויות בגיל צעיר — בערך 3% מן השכר לפנסיה לשנה — ולהקטין את שיעורן בגיל המתקדם, שבו יקבלו בערך 1.5% לשנה, כדי להתאים יותר את הצבירה לערך הממשי (הנובע מאורך זמן ההפקדה הנותן יותר ריבית). שינוי זה עלול לפגוע בעולים ועל הממשלה יהיה לפצות אותם. מצד שני, אין להטיל זאת על מבוטחי קרנות הפנסיה.
2. יש לכלול את מלוא השכר "ברוטו", על כל מרכיביו, בחישוב הביטוח הפנסיוני.
3. יש לקבוע תקרה לביטוח הפנסיה החברתית — בשיעור של פי 3 מן השכר הממוצע במשק.
4. יש לעדכן את הפנסיה לפי השכר הממוצע במשק.
5. הפנסיה לשאירים תחושב לפי הסיכוי

בעולם הנטייה לדחות את תחילתה של הפרישה. גם ניסיון הקיבוץ בישראל, שבו אין חובת פרישה לפי גיל, מצביע על מגמה דומה. הגורמים המכריעים בכיוון הדחייה הם: העלייה ברמת הבריאות בגיל הפרישה, צמצום הצורך במאמץ פיזי קשה כביצוע רוב העבודות, רצונם של בני אדם רבים להמשיך בפעילות הרגילה שלהם, למרות הגיל, פעילות שהעבודה היא המרכיב העיקרי שלה.

גיל הפרישה בארצות שונות הוא בין 55 ל-70 שנה. בישראל גיל הפרישה לגברים הוא 65 ולנשים הוא גמיש – בין 60 ל-65. במדינות אחדות נתקבלו החלטות ונחקקו חוקים שמטרתם לדחות את גיל הפרישה בכמה שנים, למשל עד גיל 67. השוני הרב בין תנאי העבודה בגיל זה מוביל לגיל פרישה גמיש. לפיכך אני מציע: לאחד את גיל הפרישה לשני המינים; לקבוע גיל פרישה גמיש, 65–70, לכולם ולבצע את השינוי בהדרגה. אין לקשור בשום פנים את גיל הפרישה לפנסיה עם האבטלה במשק. גיל הפרישה נקבע לטווח ארוך מאוד, אבטלה היא מצב זמני שיש לפתור אותו בדרכים אחרות. את השינוי בגיל פרישה כדאי לבצע בתקופות של אבטלה נמוכה.

נושא מיוחד הוא הפרישה המוקדמת תחת לחץ האבטלה או בשל קשיי תפקוד בעבודה. יש לנתק לחלוטין בין הסדרים ומערכות לפרישה מוקדמת ובין מערכת הפנסיה וגיל הפרישה הרגיל. ניתוק כזה מקובל היום בעולם. מימון הפרישה המוקדמת חייב להיות מוטל על המעסיק בלבד. רעיון הפרישה המוקדמת פסול, לדעתי, מפני שיש בה משום בזבז רב של כוח עבודה הנחוץ למשק הלאומי. מלבד זאת, פרישה מוקדמת מרעה את מצבו של היחיד הן מבחינת הכנסתו והן מבחינה פסיכולוגית. לדעתי, עדיף להמיר את הפרישה המוקדמת בהסבה

מגיעה ל-4% בערך לשנה. מלבד זאת נהנה כל חיסכון במשק המודרני מהעדפות במיסוי. מרכיב נוסף הוא הסובסידיה הניתנת למערכת חברתית מן התקציב הממשלתי השוטף. צירוף כל המרכיבים האלה גותן היום תשואה שנתית ריאלית של 6% בערך. אין לשנות זאת.

אשר לדמי-הגמולין, היינו ההפרשה מן השכר או מן ההכנסה לקרן הפנסיה, זהו משתנה המאזן את המערכת לאחר קביעת כל המשתנים הקודמים ולפיכך הוא אינו קבוע. בישראל מגיע גובה דמי-הגמולין ל-17.5% מן השכר (12% משלם המעסיק ואת היתר מפריש העובד). במדינות אחרות הם מגיעים עד 24%. אשר ליחס בין דמי-הגמולין לעלות העבודה למעסיק – דמי הגמולין הם חלק מעלות העבודה הכוללת ולפיכך ייתכנו שני מצבים קיצוניים או שילוב שלהם: העלאת דמי-הגמולין תבוא על-חשבון שכר נתון או שהעלאת דמי-הגמולין היא תוספת לעלות העבודה. המצב בפועל תלוי במצב שוק העבודה ובתנאי המשא-ומתן בין המעסיקים לארגוני העובדים.

משתנה נוסף שיש להביאו בחשבון הוא גיל הפרישה. זהו משתנה חברתי הנקבע על-פי גורמים רבים: כושר עבודה, מצב שוק העבודה (אבטלה), העדפות בין עבודה לפנאי, גורמים פסיכולוגיים (רצון לפעילות בעבודה או מחוץ לה). לפיכך זהו משתנה שניתן לשינוי עקב קבלת החלטה. אלא שתהליך השינוי הוא קשה וממושך מאוד. מקובל בעולם שגיל הפרישה לנשים מוקדם יותר, למרות שאין לכך הסבר הגיוני, זולת זאת שבמדינות אחדות היה מקובל שבין בני הזוג האשה צעירה יותר ומכיוון שחשבו שרצוי ששני בני הזוג יפרשו מן העבודה יחד קבעו הבדל של 3 עד 5 שנים לטובת האשה.

בהשפעת הגורמים הללו גוברת היום

שוק ההון

ההצבר בקרן הפנסיה תופס חלק חשוב בחיסכון הלאומי וגם במימון ההון הלאומי. הסדרי הפנסיה משפיעים על החיסכון הפרטי בשני כיוונים מנוגדים: מצד אחד, ההסדר המוסדי המחייב כלפי העובד גורר אותו לחסוך מעבר להעדפתו האישית, מצד שני, הביטחון לעתיד שהפנסיה נותנת מקטין את הצורך בחיסכון אישי יזום. אמנם אין לדעת מה יהיו התוצאה וההשפעה הכוללת של שני גורמים מנוגדים אלה והן תלויות בתנאים של כל מדינה וכל שכבה כלכלית-חברתית. נראה לי, שבתנאי ישראל היתה התוצאה עד היום חיובית.

מקובל להשקיע את ההון המצטבר לפנסיה באיגרות חוב ממשלתיות ארוכות-מועד וזאת בעיקר כדי להקטין את הסיכונים הכרוכים בהשקעה. כמובן שדרך זו מקטינה את התשואה. כדי להגדילה נהוג בכמה מדינות שקרנות הפנסיה משקיעות את הכספים שבקופתן בנכסי דלא נידי או במימון משכנתאות. במדינות אחדות, בייחוד כאלה מהן שנהוגה בהן פנסיה "מפעלית", קרנות נוהגות להשקיע גם בשוק ההון הרגיל, אם בדרך של רכישת איגרות חוב ואם בצורה של בעלות ישירה (מניות). יש מדינות שבהן מותרת השקעה במפעל שבו עובדים המבוטחים. יש גם הסדרים של ביטוח השקעות כאלה (בשוודיה ובארצות הברית).

ההפרטה בתחום קרן הפנסיה, שבישראל נקראה בשם "הרפורמה", מובילה לכמה קשיים במערכת: הכניסה לשוק הסיכונים מעלה את התשואה, אך יוצרת תגודות שאינן מחייבות עם העיקרון של זכויות קבועות מראש — מכאן הנטייה להתרכז באיגרות

מקצועית ובעקבותיה להחליף את העיסוק. אפשר לשלב זאת עם דחיית גיל הפרישה, שגם היא מחייבת הסבה מקצועית ועל-פי רוב גם החלפת מקום העבודה. כמובן שתהליך כזה דורש להכין מקומות עבודה מתאימים לגילים מתקדמים — רצוי מאוד בתוך המפעלים שבהם עבדו קודם. שיטה זו מחייבת "מדיניות עבודה פעילה" כפי שהוגשמה בשוודיה ובקיבוץ. את ההסבה המקצועית יש לעשות בדרך כלל כבר כאשר העובד נמצא בגיל 50, ולא לקראת פרישתו מן העבודה.

חשוב מאוד לפתח מערכות לשם הכנת העובד לקראת הפרישה כדי להקל על המשבר הפסיכולוגי הכרוך בה. מערכות כאלה פועלות בעולם ובישראל — אך הן זקוקות להרחבה ולהעמקה וליתר תמיכה.

הפנסיה והמיסוי

הפנסיה זכאית ליהנות מיתרונות מיסוי משום שיש בה חיסכון לטווח ארוך מאוד וגם מפני שהיא פותרת בעיה שאילולי כן היתה נופלת על שכם החברה (הבטחת הכנסה). לכן מקובל בכל הארצות לתת עדיפות מס מקסימלית לפנסיה הניתנת בצורת קיצבה לכל החיים. כמובן שיש לשחרר ממס את ההפרשה בעת ביצועה, משום שהיא חלק מעלות העבודה של המעסיק. יש למסות הכנסה רק בעת מימושה בידי העובד. אין כל מקום למסות את קרן הפנסיה ופירותיה, מפני שזו מקשרת בין ההפרשה למימוש הפנסיה. עדיפויות מיסוי ברוח זו קיימות ברוב מדינות העולם. אצלנו הן מיושמות כמעט באופן מלא.

נוכחי ליום המאזן) ובין כל ההתחייבויות של קרן הפנסיה (לגימלאים קיימים, זכויות שהצטברו אצל פעילים ושיגיעו למימוש לפי כל הזכויות, זכויות שיצטברו אצל עובדים פעילים, זכויות שיצטברו אצל מצטרפים משוערים למערכת). מאחר שמדובר בחשבון עתידי לטווח ארוך מאוד, ההנחות שהחישוב בנוי עליהן הן קריטיות ליחס שבין הנכסים וההתחייבויות המחושבים בצורה אקטוארית ליום-המאזן.

כאשר מדובר בתחום של "ביטוח", כלומר גיהול סיכונים, במערכת גדולה מספיק הסיכון ניתן לחישוב והוא חלק מן החשבון האקטוארי.

שיטת החשבון האקטוארי פותחה במערכות הביטוח המסחרי ותפקידה להבטיח שמאחורי החוזה, הפוליסה, שבין המבוטח לחברה, עומד מאזן שיבטיח את קיומה בעתיד. בחוזה שבין המבוטח לחברת הביטוח הכל ברור מראש ובצירוף לחישוב גיהול הסיכונים (למשל, תמותה בביטוח חיים) המאזן האקטוארי חייב להיות מאוזן תמיד. בקרן פנסיה חברתית המצב שונה לחלוטין: אין חוזה בין המבוטח לקרן; הקרן היא של המבוטחים עצמם ומנוהלת באופן הדדי עבורם; המבוטח מכוסה ב"תקנות" שיש להן מעמד משפטי; חלות עליו תקנות שיהיו בתוקף בעת מימוש הזכות, ולא בעת כניסתו למערכת, משום שזו דינמית והגורמים הקובעים אותה משתנים כל הזמן. יתרה מזו, התשלום לקרן הפנסיה, מעין "פרמיה", הוא משתנה ומחושב לשם איזון המערכת.

לפיכך בקרן פנסיה ובביטוח הלאומי החשבון האקטוארי הוא רק כלי עזר גיהולי כדי לדעת כיצד ישפיעו הגורמים השונים על המערכות למשך מספיק שנים עד שניתן יהיה לחולל שינויים. במערכת החברתית אין צורך באיזון אקטוארי מלא, אבל דרוש שהנכסים יכסו את ההתחייבויות העתידיות

חוב ממשלתיות ארוכות מועד (ובאופן קיצוני — כמו בישראל — גם בלתי סחירות).

כניסתו לשוק ההון של גורם כבד-משקל כמו קרנות הפנסיה, ובעיקר במגזר הטווח הארוך מאוד, יוצרת מצב שבו הקרנות שולטות בכמה חברות ענק או כגופי מימון לנכסי דלא ניידים ולמשכנתאות. פירושה של "שליטה" כזאת של קרן פנסיה בגוף כלכלי, שהנהלת קרן הפנסיה היא "נאמן" של המבוטחים. אבל מה הם האינטרסים של ה"נאמן" בעת השליטה? האם "הנאמן" מסוגל לנהל נכון את מערכת הפנסיה ובעת-ובעונה אחת להשתתף בניהול גופים כלכליים? המציאות בארצות הברית ובבריטניה הראתה, שמצב כזה הוא מסוכן ויוצר עיוותים במשק.

בכל מדינה מודרנית, אף "המופרטת" ביותר, יש תחומים רבים שבהם המדינה משקיעה בתשתית חברתית וכלכלית (תחבורה, חינוך, בריאות, שמירת איכות הסביבה ועוד). על-פי הסדר הנכון עליה לקיים לשם כך ליד התקציב הרגיל שלה "תקציב-פיתוח". המימון של תקציב הפיתוח יכול וצריך לבוא קודם כל מן הצבירה של קומות א' ו-ב' בכיטחון הסוציאלי. אני מציע אפוא, מבנה הדומה לקיים בישראל, שבו קרן הפנסיה (והביטוח הלאומי) משקיעים רק באגרות חוב ממשלתיות מיועדות ומיוחדות שאינן סחירות לתקופה של 20 עד 30 שנה, בתשואה קבועה ריאלית של 6%, הכוללת את כל המרכיבים שצינתי. איגרות חוב אלה ייתנו את המימון לתקציב-הפיתוח של המדינה.

החשבון האקטוארי

זהו כידוע חשבון לעתיד המחשב את היחס בין הנכסים (נכס נתון והכנסות עתידיות בערך

עליית שכר של 3% לשנה). כלומר, במצב הנוכחי אין צורך בשום שינוי בדמי-הגמולין. אלא ששלוש מבין הקרנות, התופסות יחד בערך רבע מן המערכת, מצבן קשה יותר (מצבה של אחת מהן, קרן הבניין, התופסת בערך 4% מן המערכת, טעון שינוי מידוי). לפיכך הפתרון המתבקש הוא איחוד הקרנות לקרן אחת, ולא פגיעה בזכויות או העלאת דמי-הגמולין.

שיטה זו של "שנות-כיסוי" מחייבות, יחד עם חשבון אקטוארי מלא ככלי ניהולי, מקובלת היום על רוב המומחים בתחום הפנסיה החברתית בעולם הרחב. יחד עם זאת, אין להכחיש את קיומה של מחלוקת בתחום זה. שיטה זו מאפשרת להקטין במידה רבה את הקרן הצבורה ולפיכך גם את העומס שהיא מטילה על החוב הפנימי הלאומי ועל ניהולה בשוק ההון.

חקיקה

בשל עקרון "הרווחה" מן הראוי שתהיה חקיקה גם לגבי קומה ב'. כלומר, יש להטיל חובת ביטוח פנסיה יחסית לשכר או להכנסה על כל עובד. חקיקה כזו קיימת ברוב המדינות המפותחות. בישראל עדיין אין חוק כזה, ומן הראוי היה לחוקק אותו. כבר הזכרנו את 3 הצעות החוק לפנסיה-חובה שהוגשו לכנסת, אלא שחייבים להצביע על כך ששתיים מהן, של חבר הכנסת רמון ושל מפלגת "רץ", מערכבות בין קומות ב' ו-ג' ולפיכך הן פסולות, ההצעה השלישית, של חבר הכנסת יוסי כץ, מפורטת יותר והיא מתבססת על העקרונות שתוארו כאן.

יש להזכיר, שעד היום יסוד הכפייה המקופל ביישום עקרון "הרווחה" מיושם באמצעות הסכמי העבודה ו"הרתבתם".

למספר שנים מספיק, עם שולי ביטחון ששינויים יזומים ימשיכו את היציבות. מכאן המונח "שנות-כיסוי" שנקבע בביטוח הלאומי לקצבאות ארוכות מועד, כגון זיקנה. הוחלט שיש צורך בקרן שהיא גדולה פי 3 עד 6 מהוצאה שנתית כוללת, משום שבטווח שנים כזה ניתן לשנות את דמי-הביטוח.

בקרב-פנסיה "מפעלית" יש צורך בחשבון אקטוארי מאוזן לטווח ארוך, מפני שהקרן קטנה יחסית וקשורה לנכסים של המפעל עצמו. בקרנות כאלה יש לעתים עודף אקטוארי לשם מימוש יתרונות מיסוי. בקרן פנסיה חברתית גדולה די בכיסוי למספר שנים מספיק עם תחזית לטווח ארוך מאוד ככלי ניהולי. הגורמים המשתנים במערכת נחונים לשינויים כה גדולים שאין גם בסיס רציני לחשבון אקטוארי מדויק לטווח ארוך מאוד.

באופן מפורט יותר: תוחלת החיים נתונה כאמור, לרבות גידולה המשוער; גיל הפרישה מחושב לפי המצב היום; יש רק אפשרות שיועלה, אך הקצב אינו ברור; קיים לחץ חזק להורדת התשואה, אך יש הצדקה להמשך המצב הנוכחי, שבו היא בשיעור של 6% לשנה, ויש לקוות שהדבר גם יושג. דמי-הגמולין הם המאזנים את המערכת ולפיכך הם מחושבים לפי המצב הנוכחי.

כאשר נערך החשבון האקטוארי לקרנות-הפנסיה ההסתדרותיות לפי ההנחות הללו מצורפים אליו לוחות נוספים: פריסת החשבון על-פני השנים הבאות, תוך הצגת הזרמות הכספים בכל שנה (ובכך ניתן לראות שנות-כיסוי בהנחות שונות); מצב הפנסיות עתה, כדי שאפשר יהיה לראות את רמת מימוש הזכויות; נתונים סטטיסטיים שונים. בחשבון אקטוארי מאוחד לקרנות הפנסיה ההסתדרותיות יש בערך 15 שנות-כיסוי. לפי זרמי הכספים עד השנה ה-34 החשבון השנתי הוא חיובי (החשבון עדיין נעשה לפי

ובביטוח בריאות. בתחום הפנסיה של קומה ב' המצב שונה לחלוטין. לעולה שאינו יכול להעביר זכויות מלאות מארץ מוצאו יש שתי בעיות מרכזיות: אם הגיע ארצה והחל לעבוד בגיל מבוגר הוא לא יוכל לצבור 10 שנות אכשרה ולפיכך לא יהיה זכאי לקבלת פנסיה כלל. גם אם עלה ארצה והחל לעבוד כשהוא עודנו באמצע חייו, הוא יקבל פנסיה חלקית בלבד, בהתאם למשך הזמן שבו השתייך לקרן (בפנסיה ה"תקציבית" המצב טוב יותר).

לפתרון הבעיה הראשונה הקימה הממשלה לפני שנים רבות תוכנית תג"ם ("תוכנית גמלאות מיוחדת" לעולים), אך מאז 1983 היא מסרבת לקלוט לתוכה עולים נוספים. לפתרון הבעיה השנייה נעשה בעבר שימוש בתקנה האומרת, שלאחר 10 שנות העבודה הראשונות, בכל גיל, יקבל העובד זכות כפולה. תקנה זו היא אחד הגורמים של הגירעון האקטוארי בקרנות; הפנסיה. מערכת הפנסיה ביטלה את התקנה הזאת, משום שלא רצתה ליטול על עצמה עול שהממשלה היתה חייבת לשאת בו. השלמת פנסיה, ולו בצורה חלקית ל-100.000 עולים, צריכה לעלות מבחינה אקטוארית חצי מיליארד ש"ח בערך ובכך צריכה לשאת הממשלה ישירות. ההסתדרות והתאחדויות העולים התריעו על בעיות אלה פעמים רבות, אך הממשלה עדיין מסרבת לטפל בהן.

סיכום

בישראל קיימת מערכת סוציאלית להבטחת ההכנסה לפורשים מעבודה שהיא בין הטובות בעולם. המבנה שלה נכון מבחינת ה"קומות" ועיקרי התקנות עונים על הבעיות השינויים שתוארו לעיל נועדו לשכלל את

משום כך כל הסדרי הפנסיה חלים על השכירים בלבד, ורק על 80% מהם בערך; לחצי מיליון עובדים, שכירים ועצמאיים, אין הסדר מחייב ומסודר של פנסיה יחסית לשכר או להכנסה, לפיכך יש צורך רחוף בחקיקה מתאימה.

החקיקה צפויה לחולל כמה שינויים בהשוואה למצב הקיים. החשוב שבהם הוא שלכל עובד יהיה הסדר פנסיה יחסית לשכר או להכנסה. נוסף על כך תבוטל האפשרות למשוך את הכסף שהצטבר בקרן. פיצויי הפיטורין ישולבו בחוק פנסיה-חובה לפי העיקרון שהוזכר לעיל.

מלבד אלה ייקבעו בחוק גם שיטות ההשקעה והתשואה, דבר שימנע ברירה שלילית בין קרנות-פנסיה ואת הסיכון הכרוך בקיומו של קשר עם ענף כלכלי או עם מגזר אחד.

לדעתי, רצוי היה שתהיה רק קרן-פנסיה אחת, או לפחות שייקבע בחוק גודל מינימלי גדול מאוד, וכן חובת גיוון ענפי ומיגזרי. רצוי שכל העובדים במקום-עבודה אחד ישתייכו לקרן אחת. ועוד אני מציע, שהחוק יבוצע באמצעות קרן-פנסיה "ציבורית" אחת או 2-3 קרנות כאלה ולא יותר. אפשר ורצוי להשתמש לשם כך בקרנות ההסתדרותיות הקיימות. הפיקוח הממשלתי והציבורי על הקרנות ייקבע בחוק ויהיה מקיף ויעיל כדרוש.

יש לקבוע בחקיקה שוויון מלא בין שני המינים לגבי כל הזכויות והחובות. כמו-כן יש לקבוע, שהזכות הפנסיונית שייכת לשני בני-משפחה גם אם אחד מהם לא עבד כלל או עבד באופן חלקי בלבד.

פנסיה לעולים

בביטוח הלאומי זכו העולים במלוא הזכויות כבר מיום בואם ארצה. הוא הדין בחינוך

הארצות המפותחות ולהפסיק את הלחצים הפוליטיים ואת המסע להטלת אימה על הציבור בהזכרת "הגירעון האקטוארי"; לאחר איחוד קרנות הפנסיה, לא יהיה לכך כל שחר. לבסוף, רצוני להעיר, בהמשך לאמור לעיל, שכל מי שדוגל בהנהגת משק תחרותי במגזרים המתאימים לכך במשק הישראלי, ואני אחד מהם, חייב לזכור, ששיטות "הרווחה" ו"מדינת-הרווחה" נולדו כדי לפתור לפחות חלק מן הבעיות החברתיות הכרוכות בהגדלת הפערים בחברה עקב פעולת השוק התחרותי. קידום נושאי הרווחה, והפנסיה בתוכם, הוא כלי עזר ולפעמים תנאי להנהגת שוק תחרותי ואינו עומד בניגוד לו. בעבר התנגדו הסוציאליסטים לשיטות "הרווחה", מפני שסברו ששיטות אלה מקהות את הניגודים בחברה ולפיכך מקלות על הקפיטליזם. היום מבינים הסוציאליסטים ששיטות "הרווחה" מקדמות את החברה בכלל ובשל כך הן עולות בקנה אחד גם עם המצע הרעיוני שלהם.

המערכת עוד יותר. השינויים העיקריים שהוצעו כאן הם: תחיקה מתאימה, ביטול השיטה "התקציבית", איחוד קרנות הפנסיה ההסתדרותיות לקרן אחת וביצוע החוק באמצעות הקרן המאוחדת הזו. לקרן המאוחדת אין שום בעיה פיננסית בתנאים הנוכחיים, משום שיש מספיק "שנות כיסוי" והאופק האקטוארי ארוך מספיק לגבי שינויים שיחולו במשתנים הפנימיים. יש לאפשר לעצמאיים להשתלב במערכת ולהעביר אליה חסכונות שרובם מחזיקים כיום בקופות גמל. הנהגת השיטה של "שנות כיסוי" גם בקומה ב' תקטין את גודל הקרן הצבורה וכך ייקטן העומס על החוב הלאומי. יש לקבוע מיד תקרה לביטוח הפנסיוני, בשיעור של פי 3 מן השכר הממוצע במשק; דבר זה חשוב בעיקר עם כניסת העצמאיים והצורך לתת פתרון לבעלי הכנסה גבוהה. יש להחליט מיד על הכנסת שינויים בגיל הפרישה ולפרוס את ביצועם על 10 שנים לפחות. כלומר, יש להגיע להסכמה לאומית ולחקיקה מתאימה בתחום הפנסיה, כפי שנעשה הדבר ברוב

ביבליוגרפיה

- דו"ח ועדת שטפל (ועדה ציבורית לבחינת מערכת הפנסיה), 1990, (עדות דב פלג).
 דורון, א', מדינת הרווחה בעידן של תמורות, הוצאת מועצת בתי-הספר לעבודה סוציאלית, ירושלים, 1985.
 ורמוס, ב', "האם נעמד בעומס תשלומי הפנסיה?", רבעון לכלכלה מס' 122 (1984).
 כהנא, י', ספר ביטוח החיים, הפנסיה והגמל בישראל, הוצאת עתרת, תל-אביב, 1988.
 לוצקי, ד', גרונטולוגיה, מבוא לחקר הזיקנה, תל-אביב, 1986.
 לוצקי, ד', האדם בעידן הרווחה והצרכנות, תל-אביב, 1989.
 פלג, ד', "הפנסיה — מערכת חברתית או ביטוח אישי", בטחון סוציאלי 33 (מאי 1988), עמ' 14-21.
 פסקי-דין של בית המשפט העליון, בג"צ 2010/90, בג"צ 5292/90, חברות הביטוח נגד משרד האוצר ונגד ההסתדרות.

סרג, מ' (עורך), ביטוח מנהלים, פנסיה וקופות-גמל, תל-אביב, 1990.

Bergman, Sh., Gerhard, N. & Walter, T., *Early Retirement*, Brookdile & Kessler, 1988.
 Bodie, Z., "Managing Pension and Retirement Assets", 199 p.

- Bodie, Z., "Pension Funding in 5 Countries", 1990.
- Commission of the European Community, *Comparative Tables of the Social Security Schemes*, 1989.
- Cuomo, M.M., *Our Money's Worth*, N.Y. State, 1989.
- Daykin, C.D., *Demography and Financing of Social Security*, ISSA, 1989.
- Daykin, C.D., "Analysis of Methods of Financing Income for Retirement", *Studies & Research*, No. 30 (1992).
- Deaton, R.L., *The Political Economy of Pensions*, University of British Columbia Press, 1989.
- Doron, A., & Kramer, R.M., *The Welfare State in Israel*, Westview Press, 1991.
- Holzmann, R., "The Provision of Complementary Pensions", *International Social Security Review*, No. 1-2 (1991).

תגובה למאמרו של פרופ' אברהם דורון "הגדרת העוני ומדידתו – הסוגיה הלא פתורה"*

מאת פרופ' פיטר טאונסנד**

חיפוש אחר מקסם שוא, משום שהמדע אינו יכול לתת תשובה לשאלה שהיא ביסודה חברתית ערכית" (שם).

אולם, שאלה זו אינה מדעית פחות מאשר רמת הסיכון הקביל של קרינה שנחשפים לה עובדים בתחנת כוח אטומית, או רמת הסיכון הקביל של התמוטטות גשר תלוי עקב רוחות עזות. הבעיה בחקר ה"עוני" היא להפנות את תשומת הלב למדידת הצורות והתוצאות של חסך חומרי וחברתי התואם רמות הכנסה (או הוצאה) מוגדרות ולהצביע על הניסיון הסטטיסטי של חסך כזה באוכלוסיות. מגוחך לטעון, שלרמת משאבים אין השלכות שניתן למדוד אותן בצורה מדעית עבור בני אדם – במונחים של בריאות, אורך ימים ויכולת למלא את חובותיהם בעבודה, במשפחה ובתור אזרחים.

יש להתגבר על הפיתוי להיכנע ללעגם של הולכי בחלם פוליטיים – כשם שצריך לכבד לעג כזה. הפוליטיקאים רשאים להביע את דעתם על רמת הסיכון הקבילה, אך אסור להרשות להם להשתיק או לבטל את

מאמר זה הוא סקירה נרחבת של הגישות להגדרת קו העוני שננקטו בבריטניה, בארצות הברית ובישראל. לפי דורון, חלק מן העבודה המוקדמת שנעשתה בישראל בנושא זה בוטל בגלל סיבות פוליטיות. וזוהי תרומתה החשובה ביותר של הסקירה שלו: היא מראה בעזרת דוגמה זו, שחקירות כאלה מאיימות על אינטרסים משוריינים עד כדי כך, שנציגים של המדינה חייבים לבטל את ערכן של ראיות חברתיות שנאספו בצורה מדעית ולהטיל ספק בנכונות הבסיס האינטלקטואלי של הסטנדרטים שאומצו. חבל שדורון מקבל בחלקו תהליך זה של "הידבקות" – אם אפשר לקרוא לזה כך. הוא עושה רק חלק מן הדרך לקראת קבלת קיומו של סטנדרט מדעי. בעמ' 28 (עמ' 16 בגרסה העברית) הוא אומר, שזוהי משימה בלתי אפשרית. לדבריו, "...געשו במשך השנים ניסיונות רבים לקבוע קו עוני מדעי אובייקטיבי, קו עוני שהקביעה שלו תהיה מנוחקת מן הערכים האישיים והפוליטיים של הקובע". והוא ממשיך: "היה בניסיונות האלה משום

* בטחון סוציאלי, 32 (אוקטובר 1988), עמ' 15-32. המחבר מגיב כמובן על נוסחו האנגלי של המאמר: Abraham Doron, "Definition and Measurement of Poverty – The Unsolved Issue", *Social Security, Special English Edition*, Vol. 2 (July 1990), pp. 27-50.

** מרכז מייכל הרינגטון לערכים דמוקרטיים ושינוי חברתי, קורנל קולג', אוניברסיטת העיר ניו-יורק, ניו-יורק.

אין כל התייחסות להשפעה המזיקה של סף מוגדר, או של רמות שונות של הכנסה נמוכה, על עבודה יצרנית, חינוך ילדים, יחסים חברתיים, בריאות ורווחה. מה שחשוב אינו שלאנשים בעלי הכנסה נמוכה יש פחות מאשר לאחרים. דבר זה הוא מובן מאליו. מה שחשוב הוא מה רמת ההכנסה הנמוכה גורמת — במונחים של חסך חומרי, אבטלה, בידוד חברתי ומוות בטרם עת. אם הקשרים הללו נחקרים ומוכחים לשביעות רצונו של ההיגיון המדעי, אזי לפחות אחדות מן ההשתמעויות להבנה ולעשייה הן בלתי נמנעות.

הממצאים שגילו מדעני החברה על הבעיה ואת התיאוריות, שחייבים ליצור כדי להסביר את הבעיה.

דורון מנסה להתעלם מן הפוליטיקה וגם אינו מצליח להציג כראוי את הגישה ה"יחסית" להגדרת העוני. בעמ' 29 (עמ' 17 בגירסה העברית) הוא כותב: "אנשים ומשפחות נמצאים: בעוני, לפי הגדרה זו, כאשר מצבם נחות במידה רבה בהשוואה למצבם של רוב האנשים והמשפחות באותה חברה או קהילה" (הדגשה שלי. פ"ט). הדימוי, שמשפט זה יוצר, הוא דימוי של הקצה התחתון של התפלגות בלתי שווה.

תשובתו של פרופ' דורון:

פרופ' טאונסנד על התוצאות המזיקות של הכנסה נמוכה ועוני על חסכים חומריים, בריאות, בידוד חברתי, תוחלת חיים וכו'. לא התייחסתי לסוגיות אלה במאמרי משום שחשבתי שדברים אלה הם מובנים מאליהם. ייתכן שהייתי צריך לעשות זאת כדי לא להשאיר שום ספק בעניין.

בנסיבות הקיימות נושא העוני, וההיקף הגדול של תופעת העוני בחברה הישראלית, אינם מרשים לנו להוריד את הנושא מסדר היום הלאומי שלנו. אני מקווה שדיון קצר זה יתרום תרומה קטנה נוספת לחיפושים אחר פתרון בעיית העוני.

אני מעריך מאוד את העובדה, שפרופ' טאונסנד הקדיש מזמנו כדי להגיב על מאמרי בנושא הגדרת העוני. נכון הוא, שאני נוקט עמדה שונה במקצת מפרופ' טאונסנד בעניין הגדרת העוני ומדידתו. אין ביני ובין פרופ' טאונסנד חילוקי דעות על כך שבכל מקרה עוני יכול להיתפס רק כבעיה של מרחק. אבל אנו חלוקים בדעותינו בשאלה האם ניתן לקבוע מרחק זה על בסיס סטטיסטי-מדעי טהור בלבד. הוויכוח בעניין זה מתנהל כבר מספר שנים על דפיהם של כתבי עת מדעיים שונים ואני שמח שניתנה לי כאן הזדמנות להמשיך בוויכוח זה.

ברור שאין אני חולק על דעותיו של

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עו"ד

הלוואה לנכה לרכישת רכב

יהונתן, עורך-דין, הוא נכה בעל דרגת נכות לצמיתות בשיעור של מאה אחוזים. הוא מרותק, לצורכי ניידות, לכיסא גלגלים ממונע. יהונתן עתר לבית המשפט הגבוה לצדק בבקשה להורות למוסד לביטוח לאומי לאשר לו הלוואה (שתיהפך בסופו של דבר למענק) לרכישת רכב המותאם במיוחד למצבו, בשיעור של שמונים אחוזים משווי הרכב ואביזריו. בנוסף, ולחילופין, הוא ביקש בעתירתו ליתן צו שיוורה לממשלת ישראל, למשרד העבודה והרווחה ולמוסד לביטוח לאומי, לתקן את הוראות ה"הסדר בדבר מתן הלוואות לרכישת רכב למוגבלים בניידות", שנחתם ביום 10 במאי שנת 1981, בין ממשלת ישראל ובין המוסד לביטוח לאומי, באופן שיאפשר לעותר לקבל מן המוסד לביטוח לאומי הלוואה לרכישת הרכב ואביזריו בשיעור המבוקש. נזכיר, שאותו הסדר הוא חלק בלתי נפרד מן ההסכם בדבר גימלת ניידות שנחתם בין אותם צדדים באחד ביוני 1977, מכוח הוראת סעיף 200 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח – 1968. על-פי ההסכם וההסדר נכה שהוא "מוגבל בניידות" זכאי, בין היתר, לשתי הטבות:

א. לקבל הלוואה עומדת, בשיעור המותאם לדרגת הנכות שנקבעה לצורך העניין, לכיסוי המסים על "הרכב הקובע", המגיע לו על-פי המפורט באותו הסכם.

ב. נוסף על ההלוואה העומדת, "מבקש ההלוואה", העומד בתנאי ההסדר, זכאי גם להלוואה בסכום הנע בין עשרים לשמונים אחוזים ממחיר הרכב (על-פי מחיר הקרן) ללא מסים. רמת הסיוע, על-פי ההסדר, היא פרוגרסיבית, בהתאם לרמת הכנסתו של הנכה. אדם, שהכנסתו עולה על מאה וחמישים אחוזים מן "הסכום הקובע", לא יהיה זכאי להלוואה הנוספת על-פי ההסדר.

יהונתן קיבל את ההלוואה העומדת לכיסוי המסים על-פי הסכם הניידות, אך לא אושרה לו ההלוואה הנוספת, שכן הכנסתו עלתה בהרבה על מאה וחמישים אחוזים מן "הסכום הקובע" על-פי ההסדר.

יהונתן טען, שההוראה המתנה את הענקת ההלוואה ברמת הכנסתו של "המוגבל בניידות" היא שרירותית ובלתי-סבירה באופן קיצוני. אלמלא השקיע מאמצים קשים בתהליך שיקומו, היה זכאי לקבל את ההלוואה, כך הוא טוען. ולפיכך, לדבריו, יש בכללים שנקבעו משום "... תמריץ שלילי, לפיו על הנכה להימנע מלשקם עצמו, שכן במידה ויעשה כן, ובמידה ויצליח, ייענש ולא יזכה לקבל את ההטבות, שאותן זוכים לקבל כל אותם הנכים אשר לא שיקמו עצמם".

מוסיף יהונתן וטוען, מטרת ההסכם כולו לעזור לנכים המוגבלים בניידות ברכישת רכב, ובמיוחד לעודד ולדרבן נכים לשקם את עצמם. כללי ההסכם אינם מיישמים באופן

הולם את מטרתו ותכליתו של ההסכם ושל חוק הביטוח הלאומי. אי-סבירותם הקיצונית של הכללים בולטת לנוכח העובדה, שהוצאותיו של יהונתן על רכישת הרכב, שנעשתה בשנת 1989, היו בערך מאה חמישים ואחד אלף ש"ח בעוד שהכנסותיו באותה שנה הגיעו לסך כולל של מאה ארבעים וארבעה אלף ש"ח בלבד. לא נותר לו אפוא סכום כלשהו לכיסוי הוצאות מחייתו. התנאים שנכללו בהסדר לקבלת ההלוואה נקבעו תוך התעלמות מצורכי הנכה המוגבל בניידות ללא כל פתיחות וללא כל יחס הוגן, ואין הם מאמצים כללי שזיזן אלמנטריים.

השופט גבריאלי בך אומר, שחרף האהרה הרבה הנתונה לעותר וההערכה למאמציו המוצלחים להתגבר על מגבלותיו הגופניות, אין באפשרותו לקבל את טיעונו, חאת בעיקר על-סמך השיקולים דלהלן:

א. הפרופוזיציה, לפיה יש לראות בהסדר, נושא העתירה, משום גורם המאיין את התמריץ של הנכה לשקם את עצמו, אינה מקובלת עלי. השיקום של המוגבל בתנעותיו מסיבות פיסיות שכרו בצידו, הרבה מעבר לכל הטבה חומרית אינצידנטאלית. אם מתלווה לכך סיוע זה או אחר – מה טוב, אך בשום אופן אין לראות בכך גורם מכריע. סבורני, כי תוך חשבון נפש כנה עם עצמו יגיע גם העותר למסקנה, כי העובדה, שהצליח במאמץ כביר ובעזרת כוח רצונו העז, להתגבר על מגבלותיו ולסיים בהצלחה את לימודי המשפטים ולרכוש לעצמו מקצוע שיוכל להתפרנס ממנו בכבוד, תורמת, היא עצמה, לאיכות חייו, להרגשת סיפוק, ולחיוזק בטחונו העצמי לאין ערוך יותר מכל עזרה חיצונית, רצויה ככל שזו תהיה.

ב. טענת המשיבים (הממשלה, המוסד לביטוח לאומי ומשרד העבודה והרווחה. א"ז) היא, שהתנאת התנאים האמורים להענקת הלוואות היא פתעליוצא של אילוצים תקציביים, שעל משרד האוצר להתמודד אתם. קיומם של אילוצים אלה הוא כיום אף בידיעתו השיפוטית של בית המשפט. על נושא דומה כתב השופט אלוך: "ענייננו במדיניות הענקת הטבות סוציאליות לנכים; מקובל עלי כי בסוגיה זו צורך יש להגביל ולתחום את ההטבות לפי האילוצים התקציביים בהם נתונים הצדדים להסכם, ועל-פיהם יש לקבוע סדרי עדיפויות". אשר לטענתו של יהונתן, לפיה הוא "משועבד לרכב", ולפיה הוציא על רכישת הרכב המיוחד סכום העולה על הכנסתו השנתית, מצטט השופט בך את העובדות שהצביעו עליהן המשיבים:

(1) העותר אינו מחליף את רכבו מדי שנה בשנה, אלא רק אחת למספר שנים. לפיכך יש לפרוס את עלות מימונו של הרכב על-פני מספר שנים, כך שמסיכום כולל של הכנסות העותר באותן שנים, שממנו מופחתת עלות מימונו של הרכב, עדיין נשארת בידיו הכנסה יפה, וזאת אף בהתחשב בהוצאותיו המיוחדות הנובעות ממגבלותיו.

(2) גם אין להתעלם מכך, שניתנה לעותר הלוואה לתשלום המסים על הרכב, ושבתור נכה מוענק לו פטור מלא ממס-הכנסה על סכום הכנסה גבוה (באותה תקופה – 14,705 ש"ח לחודש). בכך בא לידי ביטוי רצונה של המדינה לסייע בידי נכה, המנסה להשתקם בכוחות עצמו והמשתכר למחיתו ממשלח ידו.

אין ספק, שהפתרון שבחרו בו המשיבים אינו עונה באופן אופטימלי על צורכיהם ועל ציפיותיהם של כל האנשים המוגבלים בניידות בשל מגבלות פיסיות. אך מאידך גיסא, אין גם לומר, שקשירת הסיוע באופן פרוגרסיבי להכנסות הנוגעים בדבר ממקורות אחרים היא בלתי סבירה בעליל, או מקוממת, ומחייבת או מצדיקה בשל כך את התערבותו של בית-המשפט הגבוה לצדק.

על סמך כל אלה דוחים השופט בך, שהצטרפו אליו השופטים לזין ובן-יאיר, את עתירתו של יהונתן.

אימוץ עדיף על אומנה

שרה (כל השמות בדויים. א"ו), ילידת שנת 1947, סובלת ממחלת-נפש כרונית. החל משנת 1968 היא מאושפזת לסירוגין, לתקופות קצרות או ממושכות, בבית-חולים לחולי נפש. בעלה, דויד, הוא אדם מוגבל בתפיסתו, סובל מקשיים חמורים מבחינה רגשית ובין-אישית ומתפקד בצורה מוגבלת. הוא בעל סף תסכול נמוך ביותר.

לבני הזוג חמישה ילדים. הבת הבכורה נולדה בשנת 1972 ובהיותה תינוקת סדרה, עקב הזנחה קשה מצד האם ובשל מצבה הנפשי המערער, במוסד של ויצ"ו. לאחר מספר חודשים הוחזרה התינוקת לביתה ונשארה שם עד הגיעה לגיל שנתיים. בתקופה זו היא הזנחה באופן חמור. משום כך היא הוצאה מביתה והוכנסה למוסד לילדים ומאז גדלה במוסדות שונים. היא סובלת מפגיגור ומצבה ירוד. יחסיה עם אמה משובשים, אך היא קשורה לאביה, אוהבת אותו ומגלה כלפיו דאגה.

הבן השני, יליד 1973, שהה תחילה בבית הוריו. בגיל שנה הוכנס גם הוא למוסד של ויצ"ו. מאז הוא שוהה במוסדות. הוא נער נאה ומקובל על חבריו, אך חלש בלימודים ונתון לעתים להתפרצויות זעם. הוא שומר על קשר טוב עם אביו, דואג לו ומתפקד בפועל כ"ראש משפחה" ומשמש משענת לאביו.

בי-1978 נולד הבן השלישי. בהיותו בן חמישה חודשים בערך סדר במוסד של ויצ"ו עקב אשפוזה של אמו. בגיל שנתיים וחצי הועבר למשפחה אומנת בקיבוץ והוא נמצא שם עד היום. הוא השתלב יפה בחברת הילדים, אך זקוק לסיוע בלימודים וניכרים אצלו קשיי התנהגות.

הבת הרביעית נולדה בשנת 1980, בהיות אמה מאושפזת בבית-חולים אברבנאל. מיד לאחר לידתה סדרה במוסד. בהיותה בת שמונה חודשים הועבר למשפחה אומנת, משפחת ג', ושם היא נמצאת עד היום. המשפחה האומנת היא משפחה חמה ואוהבת ומתמסרת לגידולה ולפיכך הולדה מתגברת על הקשיים שהיו בהתפתחותה. ארבעת הילדים הוצאו מן הבית בהסכמת הוריהם וגם היום ההורים אינם מבקשים לקבל את ילדיהם לחזקתם ולגדלם בביתם.

בשנת 1988 נולדה לבני הזוג ילדתם החמישית, בעת שהאם שוב היתה מאושפזת בבית-חולים אברבנאל עקב התקף פסיכוטי חריף. לאחר הלידה התנגדו ההורים למסור אותה למשפחה אומנת ודרשו שתסודר במוסד לילדים. בית משפט השלום לנער הורה להוציאה באורח זמני מרשות הוריה ולהחזיקה במקום שיקבעו פקידי הסעד. בעקבות זאת סדרה הקטינה בבית משפחה אומנת. חודש לאחר מכן החליט בית המשפט המחוזי להכריז עליה שהיא בת-אימוץ והיא הועברה למשפחה המועמדת לאימוץ. מאז היא נמצאת במשפחה זו, מתפתחת בצורה טובה, אין לה כל קשר עם הוריה והיא אינה מכירה איש מבני משפחתה.

ההורים ערערו בפני בית המשפט העליון. הם אינם חולקים על הקביעה שהאם אינה מסוגלת לגדל את הבת. אבל לא כן לגבי האב. אך מירב טענותיהם הוקדשו לכך שטובת הקטינה אינה באימוצה, שכן קיים פתרון חלופי וטוב ממנו עבודה והוא סידורה במשפחה האומנת שבה גדלה אחותה (הבת הרביעית) בהצלחה מרובה.

המשנה לנשיא בית המשפט העליון, השופט מנחם אלון, נתן את פסק-הדין. לגבי האם אין הדעות חלוקות. היא סובלת שנים רבות מסכיזופרניה כרונית המלווה בהתפרצויות חריפות המחייבות אשפוז בבית חולים לחולי נפש. אין סיכוי נראה לעין שיחול שיפור במצבה.

האב, יליד 1946, עובד כפועל ואינו מתמיד להחזיק במקומות עבודתו. בחוות דעתה של פסיכולוגית קלינית נאמר, בין היתר, שהוא מתפקד בצורה שולית וסובל מקשיים חמורים

מבחינה רגשית ובין-אישית. קיימת אצלו אי-יכולת ליצור קשרים רגשיים בוגרים. ליקויים אלה החריפו במהלך שבע-עשרה השנים שבהן הוא נשוי לאשתו, בשל מערכת יחסים פתולוגית בין השניים. האינטראקציה ביניהם מאופיינת בתלות הדדית ובשליטה מוחלטת של המופרעות של האשה. בחוות הדעת על האב נאמר, בין היתר: "עקב חולשותיו, מגבלותיו ומערכת היחסים הפתולוגית הצמדה עם... (אשתו), אינו יכול להוות עבור ילדיו דמות אב יציבה ומבינה ואינו מסוגל לספק להם צרכים רגשיים, קוגניטיביים וחברתיים".

פרקליטו של האב טען, שמן הראוי לבחון את תפקידו במנותק מאשתו ושנפרד ממנה אפשר שתפקודו הוא גבולי, אך עדיין הוא מסוגל לדאוג לילדיו.

אמנם כן, קובע השופט אלון, בדרך כלל אין לפקד "עוץ" ההורה האחר על ההורה האחר, ויש להוכיח את קיומה של עילת אימוץ כלפי כל אחד מן ההורים. אך לאור מערכת היחסים הפתולוגית בינו ובין אשתו אין תפקידו יכול להיבחן במנותק מאשתו ומערכת יחסים זו היא חלק מחוסר יכולתו לתפקד כאב. חייהם של השניים מתוארת בספרות הפסיכולוגית כ"שיגעון בשניים". מדובר בשני אנשים מופרעים שהמופרעות מלכדת אותם, המופרע פחות (האב) מסתגל למופרע יותר (האם) ומאמץ את התנהגותו. הקשר ביניהם אמיץ ותלותי והאחד אינו יכול עוד בלי השני. מכאן שקיימת עילת אימוץ על-פיה ראוי בית המשפט להכריז על הקטינה שהיא בת-אימוץ.

נותר לבחון, האם ראוי להורות על אימוצה בהתחשב בשלומה וטובתה, או שמא יש לאמץ, באופן חלופי, את הצעת פרקליטו של האב לאומנה אצל משפחת ג', המשפחה שבה גדלה אחותה הגדולה (הבת הרביעית) בהצלחה רבה. כך יגדלו שתי האחיות יחד באותה משפחה והקשר בין הקטינה למשפחתה לא ינותק.

בית המשפט המחוזי קבע, שטובת הילדה תהיה באימוצה. עיקרי הנמקתו היו אלה: הדעה המקובלת על המומחים לדבר היא, שיש להעדיף אימוץ על אומנה. אומנה אינה מקנה יציבות, ביטחון וקשר עמוק כפי שמאפשר האימוץ, ושלא כאימוץ, המהווה בסיס לתא משפחתי לכל החיים, היא מסתיימת בגיל הבגרות. באומנה הילדים חשופים לבעיות חריפות יותר של זהות עצמית ושל השתייכות. ביקור ההורים אצל בתם הרביעית במשפחה האומנת מביאה להתפרצויות. חשיפת הקטינה לביקורים אלה ולהיכרות עם הוריה רק תזיק לה והיתרון שיש בקשר עם האחיות אינו יכול למלא את הצורך בקשר הורי, שרק הוא יכול להעניק תמיכה וביסוס נפשיים הדרושים לילדה לצורך התפתחותה התקינה.

השופט אלון סבור, לעומת זאת, שהדיון בנושא אימוצו של ילד מוכרע, לעולם, על-פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה. לא ניתן להכריע בגורלו של ילד על-פי כללים קבועים מראש. אילו היו בפניו הנתונים שהיו בפני בית המשפט המחוזי, לא היה פוסק כמותו. אלא שתוך-כדי הליכי הדיון באו לעולם מציאות עובדתית ושינוי מהותי במצבה של הקטינה – היא שוזה אצל המשפחה המבקשת לאמצה למעלה משנתיים וחצי. במשך כל אותה תקופה היא נותקה כליל מבני-משפחתה, אינה מכירה את הוריה או את אחיה, היא נקלטה היטב במשפחה שבה היא נמצאת ובמשפחה זו נמצאים עולמה וקשריה הפסיכולוגיים-רגשיים. לנתקה היום מן המשפחה המאמצת ולהעבירה לאומנה עלולים להשפיע עליה לרעה, ומי לידינו יתקע שנוק זה יהיה ניתן לתיקון? השאלה, אם מן הראוי היה להעביר את הקטינה למשפחה ג', האומנת את אחותה, לאחר שעברו כבר למעלה משנתיים וחצי מיום שהועברה למשפחה המבקשת לאמצה, היא אקדמית בלבד.

פרקליט החורים ער לכך, שהעברתה של הקטינה היום מן המשפחה המאמצת, שאליה נקשרה ושהיא גדלה ומתפתחת כבר למעלה משנתיים וחצי, למשפחה האומנת, עלולה להביא את הקטינה לכלל משבר קשה. אך, לטענתו, היא תתגבר על משבר

זה ולטווח הארוך תצמח לה תועלת מכך שתגדל יחד עם אחותה הטבעית ומשמירת הקשר עם יתר אחיה והוריה (קשר שינתק אם אכן תאומץ כחוק). לבקשת בית המשפט העליון הוגשה בסוגיה זו חוות דעת של מומחה. הלה קבע, שטובתה של האחות, הבת הרביעית, תהיה אם תועבר הקטינה לאומנה יחד עמה, אך בזכות אישיותה וההורות הטובה של המשפחה האומנת היא תוכל להשלים עם הניתוק מן הקטינה. מאידך גיסא, טובתה של הקטינה הוא שתישאר במשפחה המבקשת לאמצה. הוריה המאמצים מעניקים לה הורות באיכות גבוהה ביותר. היא מאושרת. העברתה למשפחה ג' תגרום לה טראומה נפשית קשה, שתתבטא בהפרעות התנהגות קשות.

מסכם השופט אלון: נטייתו היתה שמלכתחילה מן הראוי היה להעביר את הקטינה לאומנה אצל משפחת ג', כדי שתגדל בצוותא עם אחותה. אך היום יהיה זה לטובתה אם תישאר אצל המשפחה המאמצת. טובתה ושלומה של הקטינה דורשים ומחייבים להשאירה במשפחה שהיא נמצאת אצלה היום. וכך נפסק.

מעט מן הנעשה במקומות אחרים בעולם

מאבק שהתנהל בארצות הברית לא מזמן בעניין אימוצה של אליסה, תינוקת אינדיאנית בת תשעה חודשים, נהפך לעימות גדול בין תרבויות. ואלה פרטי המקרה: פטרישיה, אמה של התינוקת. צעירה לא נשואה בת 21 מן השבט האינדיאני נבאחו, רצתה שבתה תאומץ בידי בני זוג מסן-חוזה שבקליפורניה, ריק ושריל, שלמעשה טיפלו בתינוקת מאז לידתה. לכך התנגדו מנהיגי הנבחרים של השבט, שחששו שגידול מספרם של ילדים אינדיאניים המאומצים בידי משפחות לא-אינדיאניות יאיים על קיומם כעם. הם רצו לגדל את התינוקת בשמורה שבה חי השבט, במדינת אריזונה שבארצות הברית.

את הפגישה בין האם ובין הזוג המאמץ הסדירו עורכי-דין מסן-חוזה העוסקים בהסדרת אימוצים. פטרישיה גרה בבית הזוג במשך שלושה חודשים בערך לפני שילדה את אליסה. באפריל השנה הצליחו מנהיגי השבט לשכנע שופט מקליפורניה והלה קבע, שכל החלטה על אימוץ תוכרע בבתי הדין השבטיים. שופט שבטי החזיר, באורח זמני, את אליסה להוריה המאמצים, אך ההחלטה הסופית טרם ניתנה. בין הצדדים היו חילופי האשמות חריפים. האם והמאמצים טענו, שמנהיגי השבט הפרו הסכם, לפיו תישאר אליסה בבית סבתה עד לדיון. במקום זאת הושמה התינוקת בבית זר ושם הזניחו אותה והיא חלתה. מנהיגי השבט טענו, שהמחלה נבעה רק משינוי המזון שניתן לתינוקת.

המאבק על אליסה הוא הסתעפויות של חוק פדראלי לטובת הילד האינדיאני משנת 1978, חוק שיושם באלפי סכסוכי אימוץ והמסמך את בתי הדין השבטיים להחליט במרבית סכסוכי החזקה ואימוץ של ילדים אינדיאניים.

מקרי האימוץ הרבים נגרמו עקב המספר הגדול של הריונות בקרב נערות צעירות, אלכוהוליות והזריון מחוץ לנישואין בשמורות האינדיאניות המרדשות. לפני שהתקבל החוק נהגו בתי-משפט מקומיים להעביר ילדים אינדיאניים לאימוץ בבתי משפחות לא-אינדיאניות. "בריחת התינוקות" עוררה בקרב אנשי השבטים דאגה וחרדה לעצם קיומם ולהישרדות תרבותם.

מחקרים שנערכו בין השנים 1969 ו-1974 גילו, שבערך 25 אחוזים מילדי האינדיאנים נמסרו למוסדות או לאימוץ במשפחות לא אינדיאניות. מומחה למשפט אינדיאני טוען, שבמקרים רבים נטלו עובדים סוציאליים ילדים מהוריהם אך ורק משום שבתיהם לא

היו מצוידים בצנרת פנימית ובשירותים. החוק הצליח למנע זאת. אולם מנקודת ראות אינדיאנית, הצלחת החוק איננה מלאה. בתי משפט מקומיים עדיין יכולים ליטול את הסמכות להחליט במקרי החזקה ואימוץ בעזרת יישום הוראת "הסיבה הטובה". למשל, אם יש מקום לחשש שהילד יזנח או ייפגע אם יישאר בשמורה השבטית. משפטנית אינדיאנית התריעה על כך, שהוראה זו קיבלה פרשנות ליברלית ביותר.

מאידך גיסא טענים מתנגדי החוק שלא מקרב האינדיאנים, שהוראותיו מאפשרות לבתי הדין השבטיים להוציא ילדים אינדיאניים מבתי משפחות מאמצות, שבהם חיו הילדים באושר זה שנים. כך יכולים השבטים לדרוש החזקת ילדים שמעולם לא חיו בשמורה, רק משום שאחד מהוריהם הוא אינדיאני למחצה או לרביע.

למרבה האירוניה, האב המאמץ של אליסה הוא אינדיאני לרביע, משבט הטרסקאן ממקסיקו. הוא הבטיח, שידאג שלא תישלל כליל מאליסה מורשתה התרבותית השבטית, אך לדעתו המצוקה והעוני שבהם תחיה הילדה בשמורה מאפילים על כל הטובות הנשקפות לה משימור הזהות התרבותית. "ממילא יש סיכוי שתבחל בחיי השמורה, תנטוש ולעולם לא תחזור לשם", אמר. בינתיים מצפה התינוקת אליסה להכרעה בעניינה כשהיא מכוסה בשכבה של אבקה מתוקה, שזרה עליה רופא-אליל אינדיאני בטקס שבטי, כדי לגרש רוחות רעות. אולי תגן עליה האבקה מפני פגיעותיו של המאבק החריף הניטש על אימוצה.

פרסומים חדשים

אילון, עפרה ולהד, מולי, כל החיים לפניך. בניית התמודדות ומניעת התאבדות, הרצאת נורד, חיפה, 1992. 215 עמ'.

הספר הוא תוכנית לחיזוק החוסן האישי, לבניית התמודדות ולמניעת התאבדות בקרב ילדים ובני נוער. הספר מציע מאגר עשיר של חומרים לקריאה והפעלה בשיטת הטיפול הנעזרת בסיפור ובמטאפורה. הפעילות מבוססות על מעורבות, הנעה והנאה, ומטרתה שחרור מן הפחד ומן הרתיעה שהנושא מעורר.

אליצור, יואל ומנוחין, סלודור, מיסוד' השגעון, משפחות, טיפול וחברה, הרצאת שוקן, ירושלים ותל-אביב, 1992. 288 עמ'.

באמצעות סיפורן האישי של ארבע משפחות ישראליות המחברים בודקים את יחסי הגומלין שבין היחיד, המשפחה והמוסדות הטיפוליים. אגב כך נחשפים הבלבול והמצוקה של משפחות שהגיעו למבוי סתום. המפגש בין המשפחה המטופלת במקרה של שגעון חושף לא רק את בעיותיהם של המטופל ושל בני משפחתו, אלא גם דעות קדומות של תרפיסטים, אידיאולוגיות הטוענות לאובייקטיביות מדעית ותיוג המנציח הסתכלות פשטנית על מציאות מורכבת. המחברים מציגים אלטרנטיבה של טיפול קהילתי מקיף, שעיקרו גישה מערכתית המשלבת את הטיפול ביחיד או במשפחה יחד עם גיוס משאבים קהילתיים המעניקים את התמיכה החיובית ברגעי השבירה.

בן עזר, גדי, כמו אור בכד, עלייתם וקליטתם של יהודי אתיופיה, הרצאת ראובן מס, ירושלים, 1992. 317 עמ'.

הספר מתאר את תהליך עלייתם וקליטתם בארץ של יהודי אתיופיה ומנסה להציג את הבעיות הכרוכות בתהליך זה. עיקר ההתמקדות היא בילדים ובבני נוער. מתוארים מפגשים כגון בין בני הנוער למטופל, מפגשים המתקיימים בבית-הספר, בצבא וברחוב הישראלי. המחבר הוא פסיכולוג קליני וארגוני והתמחה בעבודה בין-תרבותית ובכלל זה בקרב עולי אתיופיה.

בראדשו, ג'ון, השיבה אל הילדות, מאנגלית: חנה פוטשניק, מטר, תל-אביב, תשנ"ב-1992. 272 עמ'.

הספר נועד לכל אדם ומטרתו, לדברי המחבר, להציג דרך חדשה לקשור קשר עם הילד הפנימי המצוי בכל אחד ואחד מאתנו. לדעת המחבר, שכתב את הספר בעקבות ניסיונו

בהנחיית סדנה באותו שם, אנשים רבים נשאם בתוכם תחושת יגון בלתי פתורה, הנמשכת מאז הילדות ואשר סיבותיה הן נטישה, התעללות (בכל צורה שהיא), הזנחה של צרכי התלות שלהם בהיותם ילדים בהתפתחותם, וכן הבלבול והטשטוש הנוצרים בעקבות תפקוד לקוי או העדר תפקוד של המערכת המשפחתית. נוסף על קריאת דברי העיון (והמובאות מדברי הוגים, משוררים ויוצרים), הקורא מחמן ואף מצוץ לבצע את התרגילים השונים שבספר כאמצעי לשחרור הילד הפנימי שבו, כדי שיחוש אותה תחושה של "חזרה הביתה" שהתנסו בה תלמידיו של המחבר בסדנאות שהוא מעביר.

גילת, מרים וקדמן, יצחק (עורכים), תינוקות מכורים וילדים בצל סמים. היבטים משפטיים, רפואיים וטיפוליים, המועצה הלאומית לשלום הילד, הרשות למלחמה בסמים, ירושלים, אוגוסט 1992. 137 + 51 עמ'.

זהו לקט מאמרים והרצאות על התופעה החדשה למדי של תינוקות הנולדים כשהם כבר מכורים לסמים. כאשר התגלתה התופעה בישראל לראשונה, בשנת 1989, לא ידעו העוסקים במקצוע כיצד להתייחס לעניין. המועצה הלאומית לשלום הילד ערכה כינוס בינתחומי ובינמקצועי (במאי 1991) והמאמרים המתפרסמים בקובץ זה הם פרי הכנס הזה, שהיה הראשון מסוגו שנערך בישראל. המאמרים עוסקים בהיבט הרפואי, המשפטי והטיפול של התופעה, באיתור וגילוי מוקדם, בהיערכות בית-החולים, באימוץ של תינוקות מכורים לסמים, בטיפול מקצועי בקהילה ובשיקולים משפטיים של טובת הילד הגדל בצל סמים.

מוס, אריק (עורך), שיקום חולי הנפש הממושך בישראל, קרן נאמנות לפיתוח שרותים לבריאות הנפש, ג'וינט ישראל, משרד הבריאות, 1991. 237 עמ' (בשכפול).

זהו קובץ של שלושה עשרה עבודות גמר (ומאמר של העורך) שכתבו המשתתפים בתוכנית שנתית בשיקום חולי הנפש הממושך. "אוסף זה", כותב העורך במבוא, "שובר מספר סטריאוטיפים ומסורות הקשורים לשיקום חולי הנפש. הראשון בהם הוא זה המזהה את השיקום עם השיקום המקצועי, זיהוי שהוא מסורת שהחלה בימי מלחמת העולם השנייה בארצות הברית. היום מרחיבים העוסקים בכך את הגדרת השיקום וכוללים, נוסף על השיקום המקצועי, תחומים נוספים, כגון שיקום חברתי, סידורי דיור עצמאי, תרופות פסיכיאטריות ויעוץ וטיפול במשפחה, תוך התייחסות להוצאת החולה מבית החולים ומתן סיוע לתפקודו הנאות בקהילה.

מישורי, עדנה, אוטזם וליקויי תקשורת, דרכים לחינוך ולהתמודדות, אלו"ט, אגודה לאומית לילדים אוטיסטיים, תשנ"ב-1992. 209 עמ'.

זהו הספר העיוני המקיף הראשון שהופיע בישראל על בעיות הילד והבוגר האוטיסטי בעולם הרחב, עם התייחסות מיוחדת למצב בישראל. המחברת היא מנהלת בית-ספר לילדים אוטיסטיים ועוסקת גם בהדרכה ויעוץ להורים ולאנשי מקצוע העוסקים בנשא. הספר מכיל פרקים עיוניים ומעשיים בצד סקירת רקע על אבחון האוטיזם, תיאור הגישות המקובלות בעולם ועוד. לדעת המחברת, הגישה היעילה ביותר לקידומו של הילד האוטיסטי ולמיצוי יכולתו היא הגישה החינוכית הבוללנית. זוהי גישה אקלקטית

(לקטנית) שבבסיסה עומדת הבנת תהליך ההתפתחות, תוך שימת דגש בפיתוח תהליכי חשיבה ואמצעים שונים שמטרתם להחדיר בילד מניעים ללמידה באמצעות פיתוח יחסי גומלין עם הסביבה והידוק הקשר עם המשפחה.

משרד החינוך והתרבות, המזכירות הפרגוגית, מלחמה במפרץ, יצירות תלמידים בעקבות המלחמה, ירושלים, תשנ"ב-1992. 112 עמ'.

זהו "ילקוט יצירות", שבהן הביעו תלמידים את חוויותיהם בתקופת החירום בחיבורים, בסיפורים, בשירים, בציור ובצילום. היצירות המתפרסמות בקובץ נאספו מתוך אלפי יצירות שנשלחו למשרד החינוך בעקבות פניית שר החינוך והתרבות דאז, זבולון המר. הכוונה היתה לאפשר לתלמידים לבטא את הרגשותיהם ומחשבותיהם, פחדיהם ותקוותיהם.

נירהוד, רותי, בראשית, איך השתקמתי מאירוע מוחי, משרד הבטחון – התוצאה לאור, תל-אביב, 1992. 203 עמ'.

תיאור מחלטה, ובעיקר תהליך שיקומה, של המחברת, שלקתה בהיותה בת 43 באירוע מוחי מסוג אפאזיה (אפאזיה בעיקר אקספרסיבית), כתוב בידי עצמה – דבר שהוא כשלעצמו מאורע בלתי רגיל, שכן הנזק במוחה התבטא קודם כל בכך שאיבדה לחלוטין את יכולת הדיבור וסבלה גם מהפרעות קשות ביכולת הכתיבה שלה. תוך חמישה חודשים בלבד מן האירוע התחילה המחברת לכתוב, אמנם במשפטים קצרים ובשגיאות. הישג זה נקנה בדרך של עבודה מאומצת ובעזרת קלינאית תקשורת שליוותה אותה בכל שלבי מחלטה.

פרידמן, יעקב, מבצע שלמה, שנה ועוד שלושים ואחת שעות, הוצאת אמיתי הפקות, 1992. 153 עמ'.

הספר מתאר בפרוטרוט את שנת ההכנה שקדמה למבצע העלאתה ארצה של עדת ביתא ישראל מאתיופיה. המחבר מקדיש פרקים לתיאור נשאי החינוך, התוונה, הרפואה, התעסוקה, הריוור והבריאות, שהיו קשורים בשלבים השונים של הטיפול באוכלוסייה שהיא נושא הספר. נושאים נוספים הם: פתרון בעיות יומיומיות, השכול, היבטים סוציולוגיים, יחסים בין הארגונים, תכנון המבצע וביצועו ועוד.

רונו, תמי, שליטה עצמית ותושיה נלמדת, תכנון, יישום והערכת התערבויות, פפירוס, אוניברסיטת תל-אביב ומועצת בתי-הספר לעבודה סוציאלית בישראל בסיועה של אלכ"א – האגודה לפיתוח ולקידום כח-אדם בשרותים החברתיים בישראל, 1992. 125 עמ'.

"הספר מציע שיטת טיפול המאפשרת לעובדים סוציאליים, פסיכולוגים, פסיכיאטרים ויועצים חינוכיים לתכנן, לבנות, ליישם ולהעריך התערבות שיטתית המיוערת להקנות לאדם כלים בסיסיים להתמודד עם בעיות בכוחות עצמו". הספר נחלק לשלושה חלקים: תיאוריה (התיאוריה הקוגניטיבית בכלל ותחום השליטה העצמית בפרט); תהליך ההתערבות על מרכיביו השונים; שיטות התערבות ויישומן בבעיות שונות, כגון התמודדות עם מצבי לחץ בקרב מבוגרים וטיפול בהרטבה אצל ילדים.

Abortion Policies, A Global Review, Vol. I: Afghanistan to France, United Nations, Department of Economic and Social Development, New York, 1992. 157 pp.

זהו הכרך הראשון, מתוך שלושה מתוכננים, של סקירה כלל-עולמית לפי ארצות, על המדיניות הנהוגה בארצות השונות כלפי ההפלה. הסדרה תכלול סקירות על הנשא עבור כל 166 המדינות החברות באו"ם ועל 8 מדינות נוספות, שאינן חברות בו. מכיוון שסדר הארצות הוא אלפביתי טרם הופיע הכרך העוסק בישראל. לגבי כל מדינה מוצגת בקיצור נמרץ שורת הכללים מתי ובאיזה תנאים ההפלה מותרת; "הקשר הפריון והמוסרי" – הכולל נתונים על שיעורי נשים נשואות המשתמשות באמצעי מניעה, שיעורי פריון, שיעורי תמותת אימהות ותוחלת חיים – ורקע כללי, שבו מתוארים החוקים הנהוגים במדינה בנוגע להפלה, העונשים ועוד. כמובן מובאים נתונים על שיעורי ההפלות בכל מדינה.

Devorah S. Bass, *Caring Families, Supports and Interventions*, NASW (National Association of Social Workers, Inc.) Press, Silver Spring, MD, 1990, 281 pp.

נושאו של הספר הוא דאגת המשפחה לאחד מבני המשפחה הזקוק לעזרה. על רקע חוק הסיעוד שנחקק והופעל אצלנו, יש עניין מיוחד בהיבטים השונים של חיי המשפחה המטפלת והדואגת. המחברת, שהיא עוברת סוציאלית מוסמכת, משמשת יעצת מקצועית לממשל ולארגונים פרטיים בכל הנוגע לתכנון, ליישום ולניהול של שירותי בריאות ושירותים חברתיים. פרק מיוחד מוקדש ליתרונות, ובייחוד לסכנות, הכרוכות בטיפול המשפחה בבן משפחה הזקוק לעזרה, נושא שלא זכה לתשומת לב מספקת; בני המשפחה המטפלים צפויים לסכנות שונות, החל מפגיעה בעצמם עקב הרמת המטופל ועד לייאוש לנוכח הקשיים הכרוכים בטיפול.

Pritchard, Jack, *The Abuse of Elderly People, A Handbook for Professionals*, Jessica Kingley Publishers, London and Philadelphia, 1992, 174 pp.

זהו ספר הדרכה המבקש להציג לפני המתעניין את הנושא של התעללות באנשים קשישים וכן שורה של תרגילים שכוונתם להביא את המתרגל למצוא תשובות לשלוש שאלות מרכזיות: (1) מהי התעללות (abuse) בכלל? (2) כיצד להבחין בהתעללות? (3) כיצד לטפל בהתעללות? הספר נחלק לשני חלקים. בחלק הראשון, העיוני, המחברת מגדירה את השאלות על היבטיהן השונים. בחלק השני, המעשי, מוצגות לפני הקורא מטלות ושאלות שמטרתן להפעילו, להביאו למעשה ולהרחיב את מודעותו לנושא. ולאמן את המיומנויות הדרושות. הספר מופנה בעיקר למאמנים העובדים בנושא ומעוניינים להדריך את תלמידיהם.

Rench, Janice E., *Family Violence, How to Recognize and Survive it*, Lerner Publications Company, Minneapolis, 1992. 64 pp.

הנושא של התעללות בתוך המשפחה אינו יורד מסדר היום. יותר ויותר מתגלה עד

כמה התופעה נפרצה ושכיחה בכל שכבות האוכלוסייה. המשפחה הדלה להיות, עבור רבים מקום מבטחים וחודים שוב אינם מסמלים אך ורק את המבוגרים המגוננים. מחברת הספר הקטן הזה מונה סוגים של התעללות במשפחה: פיזית – הכוללת מכות ופגיעות גופניות שונות; מילולית – מנויפות ועד קללות קשות; ריגושת – מניעת אהבה וחיבה, הזנחה; מינית – לכל סוגיה ועוצמותיה; ביתית – שבה הילד רואה כיצד המבוגרים במשפחה מכים אלה את אלה או מתעללים יחד בן משפחה אחר. הספר לא נועד לחוקרים, אלא לבני משפחה שהתנסו באלימות כלשהי, בתקווה שהקריאה בו תסייע להם להפיג פחדים והרגשת סכנה.