

סוציאליזם ועתיד

כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות • שווקים למחצה ומדיניות חברתית בבריטניה • התאגדות בתי-חולים בבריטניה • הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית • מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל – קיפאון או התקדמות • זכויות העולים לשירותי רווחה והשוואתן לזכויות הוותיקים • נכי תאונות עבודה: מיקוד שליטה, עמדות כלפי עבודה ושיתוף פעולה עם עובד השיקום.

בטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על-ידי
המוסד לביטוח לאומי

ירושלים • טבת תשנ"ב • דצמבר 1991
חוברת 37

בחברת זו

לנושא של מערכת הבריאות, בעולם ובארץ, בעיותיה והמאמצים לפתרונן, מוקדשים ארבעה משבעת מאמרי החוברת. דוד מילגרום ויעקב נבו סוקרים את מערכת הבריאות בחמש מדינות — קנדה, בריטניה, שוודיה, גרמניה וארצות הברית — המתלבטות בכעיית העלייה הגדולה בהוצאה על בריאות. המחברים מפרטים את הצעדים שכל מדינה נוקטת כדי להתמודד עם בעיה זו, לאור תנאיה המיוחדים, והם חותמים את מאמרם בשורה של מסקנות והמלצות. ד"ר דב צ'רניחובסקי סוקר את תהליך ההתאגדות של 57 בתי חולים בכריטניה לתאגידים ציבוריים עצמאיים ומצביע על ייחודו, תוך הבלטת השוני מן המצב בארץ.

הוויכוח על תפקודה של מערכת הבריאות בישראל בא לידי ביטוי במאמרו של פרופ' אריה שירום, שהיה חבר בוועדה הממלכתית לבדיקת תפקודה של מערכת הבריאות וחיבר את דו"ח המיעוט שלה. פרופ' שירום מנתח את עיקרי ההמלצות של דו"ח המיעוט תוך השוואתם עם אלה של דו"ח הרוב. המדיניות בתחום בריאות הנפש בישראל לצדדיה השונים מתוארת במאמרו של פרופ' אורי אבירם, המפרט את השירותים הניתנים במסגרתה. המחבר סבור, ששירותים אלה נמצאים כיום על פרשת דרכים. אחת המגמות שהוא מצביע עליהן הוא תהליך המדיקליזציה העובר של שירותי בריאות הנפש, שסימנו הארגוני היתה החלטת משרד הבריאות להפוך את שירותי בריאות הנפש מאגף נפרד לחלק משירותי האשפוז של המשרד.

ההרצאה השביעית לזכרו של ריצ'רד טיטמוס ניתנה הפעם מפי פרופ' ג'וליאן לה גרנד, שהקדיש את דבריו לחיבור המדיניות החברתית בבריטניה והפיכתה למה שהוא מכנה בשם "שווקים-למחצה". פרופ' לה גרנד סוקר את המהלכים שהובילו את הממשלה הבריטית לאימוצה של מדיניות זו, שאחד מאמצעיה היה הנהגת שוכרים לתשלום בעד שירותים שונים, כגון הסעה לבית-הספר, חינוך יסודי וגם גבוה, בריאות וטיפול סוציאלי.

פרופ' ג'ק חביב, חיים פקטור ואסתר בניטה עוסקים בהשוואת זכויות העולים לשירותי רווחה עם זכויות הוותיקים, לאור כואם הצפוי של מאות אלפי עולים. תוצאות מחקר על התמודדות נכי תאונות עבודה עם הפגיעה שסבלו מביאים ד"ר אריק רימרמן וורדה בלוס, המצביעים על חשיבותם של שני מושגים מרכזיים — "מיקוד שליטה" ו"אישיות תעסוקתית" — בדרך לשיקומם המקצועי של הנכים.

★

"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה; בחורף ובקיץ. מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף חמיצית 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 וההערכות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

חמערכת:

גב' עירא כהנמן (יו"ר)

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

חזקיה ישראל

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משה ליסק

מרדכי צפורי

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירה שמאי

יוסי תמיר

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

דפוס אחוה, ירושלים

תוכן העניינים

| | | |
|-------|---|---|
| 5 | דוד מילגרום, יעקב נבו | מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות |
| 32 | פרופ' ג'וליאן לה גרנד | שווקים-למחצה ומדיניות חברתית בבריטניה |
| 46 | ד"ר דב צ'רניחובסקי | התאגדות בתי-חולים בבריטניה (בעקבות סיור שנערך בראשית תהליך ההתאגדות בישראל) |
| 55 | פרופ' אריה שירום | הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית |
| 71 | פרופ' אורי אבירם | מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל – קיפאון או התקדמות |
| 100 | פרופ' ג'ק חביב, חיים פקטור, אסתר בניטה | זכויות העולים לשירותי רווחה והשוואתן לזכויות הוותיקים |
| 129 | ד"ר אריק רימרמן, ורדה בלום | נכי תאונות עבודה: מיקוד שליטה, עמדות כלפי עבודה ושיתוף פעולה עם עובד השיקום |
| 139 | אריה וולף, עו"ד | חקיקה ופסיקה סוציאלית: תיקון לחוק פיצויי פיטורין; תיקון לחוק הנכים (תגמולים ושיקום); חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 7); תיקון לחוק שירות הקבע בצבא ההגנה לישראל (גימלאות); ביטוח מנחלים לעומת קרנות פנסיה |
| 143 | | פרסומים חדשים |
| V-XII | | Summaries of the Main Articles |

מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות

מאת דוד מילגרום* ויעקב נבוי**

רק ערך מוגבל להשוואה בין המדינות, בגלל ההכדלים הגדולים בהגדרות ובגלל משתנים חיצוניים שונים.

התמקדנו בתיאור וניתוח של שלושה נושאים עיקריים: בקרה על ההוצאות וריסון עלויות; ייעול שירותי הבריאות; הקשר בין השירותים המסופקים לרמת הבריאות. בסוף המאמר אנו מצרפים מספר מסקנות שעלו בעקבות סיורנו והמלצות של כל אחד מאתנו.

ב. מבנה מערכת הבריאות בקנדה

1. כללי

קנדה מורכבת מ-11 פרובינציות, שלכל אחת מהן יש פרלמנט וממשלה משלה. על-פי חוקת קנדה, שירותי הבריאות הם באחריותה של הפרובינציה. התערבות הממשלה הפדרלית בתחום הבריאות מתמצה בקביעת

א. מבוא

מבני מערכות הבריאות שונים ממדינה למדינה והם, בין היתר, תוצאה של מאפיינים פוליטיים ותרבותיים ונוצרו במהלך השנים על רקע היסטורי שונה. במאמר שלהלן ננסה לתאר את מבנה המערכות בחמש מדינות, שערכנו בהן סיור לימודים – קנדה, בריטניה, שוודיה, גרמניה וארצות הברית. הסיור נערך במרוצת שנת 1989 ונמשך שבעה שבועות. כוונת הסקירה שלהלן להציג לפני הקוראים ראייה כוללת יותר של מערכות הבריאות בארצות אלה ויחד עם זה להציג שורה של נושאים שעניינם רמת השירותים המסופקים לאזרחים, מקורות המימון של השירותים, הגורמים המספקים, שיטות ההתחשבות בין קוני השירותים ובין ספקי השירותים, תוכניות ומגמות בעתיד.

התיאור של כל מערכת בריאות נפתח בהצגת נתונים ועובדות, שמטרתם לתת רקע כללי. יחד עם זאת, אנו סבורים שיש לייחס

* אגף התקציבים, משרד האוצר.

** האגף לתכנון ותקצוב, משרד הבריאות.

המחברים מבקשים להודות למר דוד בועז, הממונה על התקציבים במשרד האוצר, למר אוהד מראני, סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, למר שרגא חבר, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות ולהנהלות שני המשרדים; למשרד הבריאות העולמי, לג'וינט ישראל (מר אלברטו סנריי וד"ר צבי פין); ל-Jewish Communal Fund, למכון ברוקדייל ולבית החולים "בית ישראל" בניו יורק; וכמיוחד לד"ר הרברט צולנר, מנהל האגף הכלכלי בארגון הבריאות העולמי, לגבי איווה אריקסון מארגון הבריאות העולמי, ולד"ר ג'ק חביב, מנהל מכון ברוקדייל, אשר הנחו אותנו וסייעו לנו רבות בארגון הסיור.

הקריטריונים הקשורים לכל הפרובינציות (למשל, בנושא הכנסת מזון לקנדה, אישור תרופות ועוד) ובקביעת התנאים להשתתפות הממשלה הפדרלית במימון שירותי הבריאות. בשנת 1984 נחקק בקנדה חוק הבריאות (The Health Act). חוק זה מגדיר את השתתפות הממשלה הפדרלית במימון שירותי בריאות אחדים ואת התנאים לקבלת ההשתתפות הממשלתית. להלן חמשת התנאים להשתתפות הממשלה הפדרלית במימון שירותי הבריאות של הפרובינציות: — על הפרובינציה לספק שירותי בריאות כמפורט בהמשך לכל אזרחי הפרובינציה ללא תלות בכל משתנה שהוא (הכנסה, גיל, מין, גזע וכו').

— הפרובינציה חייבת לספק שלושה סוגי שירותים: ביקורים נחוצים אצל רופא; שירותי בית חולים; ניתוחי שיניים בבית חולים.

— על הפרובינציה לספק שירותי בריאות לאזרח גם אם האזרח נמצא במקום אחר בקנדה בשעה שהוא נזקק להם.

— אזרח הפרובינציה זכאי לקבל את השירותים המפורטים לעיל ללא מחסומים כספיים (כלומר, האזרח אינו משלם בעד השירות בעת קבלתו).

— הספקת שירותי הבריאות לאזרחים חייבת לעמוד תחת פיקוח של גוף ציבורי.

יחד עם זאת, כל פרובינציה חופשית לקבוע אילו סוגי שירותים יספקו לאזרחיה ומה יהיה היקף המקורות שיעמדו למימון המערכת. בדרך כלל הפרובינציות אינן מפעילות שירותי בריאות בעצמן, אלא קוננות שירותים מספקי שירות שונים. בקנדה קיימות גם חברות ביטוח פרטיות הרשאיות לפי החוק לבטח את האזרחים רק עבור שירותים שאינם מסופקים מטעם הפרובינציה. להלן נתאר את מבנה שירותי הבריאות של הפרובינציה אונטריו, שהיא הגדולה מבין הפרובינציות.

2. סוגי שירותי הבריאות הניתנים בפרובינציה אונטריו ודרכי מימונם הפרובינציה אונטריו מאפשרת לכל אזרחיה לפנות לפי בחירתם לכל רופא שהוא בעל אישור ממשרד הבריאות (רופא כללי או מומחה) לצורך קבלת ייעוץ או טיפול רפואי, ללא תשלום בעת קבלת השירות.

אזרחים עד גיל 65 מממנים באופן שוטף את רכישת התרופות וחומרי הרפואה בקהילה, גם אם הרכישה נעשית לפי מרשם של רופא. בני 65 ומעלה הנזקקים לתרופות נהנים ממימון לפי תוכנית מיוחדת בקהילה. חוק הבריאות הפדרלי אינו מתנה את מימון הממשלה הפדרלית בכך שהפרובינציות יממנו רכישת תרופות לאזרחיהן.

לפי החוק זכאי כאמור כל אזרח לקבל שירותי אשפוז כללי (אמבולטורי או אשפוזי) ללא תשלום בעת קבלת השירות. במקרים רגילים הכניסה לבית חולים כללי נעשית באמצעות פנייה לרופא המחליט אם יש צורך בטיפול בבית החולים. בחירת הרופא מאפשרת לאזרח בעקיפין לבחור בבית החולים שיטפל בו, שכן בדרך כלל הרופא שאליו פנה הנזקק הוא גם מי שיטפל בו בבית החולים. בזמן חירום האזרח פונה ישירות לבית החולים. כאמור, האזרחים נהנים גם מניתוחי שיניים בבית החולים. שאר השירותים בנושא זה האזרחים רוכשים באופן פרטי. ילדים עד גיל 8 נכללים בתוכנית רפואת השיניים שמממנת הפרובינציה.

אזרחים קשישים נהנים מאשפוז במוסדות סיעוד במימון הפרובינציה, אך הם משתתפים בחלק של התשלום. הם משלמים גם בעד חלק משירותי הקהילה שהם מקבלים. לעומת זאת, חולי נפש מקבלים טיפול הממומן מתקציב הבריאות של הפרובינציה.

תקציב משרד הבריאות של אונטריו ממומן משלושה מקורות: הממשלה הפדרלית, המועסקים והמעסיקים, ממשלת

5% מכלל ההוצאה מממנות בעיקר הרשויות המקומיות.

3. ספקי השירותים

קנדה נבדלת ממדינות אחרות המפעילות שירות בריאות ממלכתי בכך, שהפרובינציות אינן מפעילות את שירותי הבריאות. את אלה מפעילים ספקי שירות, שהם בדרך כלל גופים עצמאיים. כאלה הם הרופאים, שכולם עצמאיים. האזרחים פונים כאמור באופן חופשי לרופאים לצורך ייעוץ או טיפול והממשלת מממנת את עלות הטיפול. ואילו בתי החולים הם אישיות משפטית וארגונית נפרדת. רוב בתי החולים הם גופים ללא כוונת רווח הפועלים כחברה עסקית. בבתי החולים מועסק צוות רפואי קבוע מצומצם. הרופאים אינם עובדי בית החולים והם מטפלים בעיקר במטופלים שפנו אליהם בקהילה. בתחום השירותים הניתנים לחולים כרוניים שולט בעיקר המגזר הפרטי לחלוטין (עם כוונות רווח). בתי המרקחת הם ברובם בבעלות פרטית.

4. התחשבות עבור שירותי בריאות

ההתחשבות עבור שירותי בריאות נעשית בין הממשלה כרוכשת שירותים עבור האזרחים ובין הרופאים שהם ספקי השירותים. התעריף לסוגי השירותים של הרופאים נקבע בחוק. כל רופא שפנו אליו אזרחים לקבלת שירותים (לרבות ניתוחים וטיפולים) שולח לממשלת הפרובינציה את החשבון לפי התעריף החוקי. הממשלה משלמת לרופא את מכפלת התביעות השונות בתעריף לכל סוג שירות. עבור השירותים שהממשלה קבעה להם מחיר, הרופא אינו רשאי לדרוש מן החולה או מן הממשלה תשלום גבוה יותר (Extra billing). חיוב כזה הוא בגדר עבירה על החוק. תשלומים לרופאים שלא באמצעות הממשלה קיימים בעיקר ברפואת שיניים,

הפרובינציה. הממשלה הפדרלית מממנת כיום בערך 40% מתקציב משרד הבריאות של ממשלת אונטריו. הסכום נחלק באופן כללי לשני מרכיבים עיקריים: (1) השתתפות במימון שירותי הבריאות הבסיסיים (טיפול רופא ושירותי בתי חולים). סכום זה נקבע על בסיס השתתפות הממשלה בשנת 1977 ומתעדכן מדי שנה לפי גידול התל"ג. המטרה היא למנוע גידול בהוצאה לבריאות של הממשלה הפדרלית שלא בהתאם לקצב הצמיחה של המשק; (2) השתתפות במימון שירותים לחולים כרוניים. השתתפות זאת ניתנת לכל פרובינציה לפי מספר האזרחים שלה.

המועסקים והמעסיקים מממנים בערך 13% מתקציב משרד הבריאות. החוק מטיל חובת תשלום פרמיה חודשית על כל אזרח מעל גיל 18. להוציא תחום אחד של הכנסות הפרמיה קבועה ואינה תלויה בגובה ההכנסה ובמספר הנפשות במשפחה. כיום עובדים רבים זוכים להשתתפות המעסיק בכיסוי הפרמיה הודות להסדרים וולונטריים בין המעסיק לעובדים. פרמיה זו אמורה להתבטל בינואר 1990 ובמקומה תטיל הממשלה מס חובה על השכר שמשלמים המעסיקים שמספר עובדיהם עולה על 15.

ממשלת הפרובינציה מממנת למעשה את ההפרש בין ההוצאות בפועל ובין ההכנסות שפורטו לעיל. בשנת 1988 הגיע שיעור המימון של ממשלת הפרובינציה ל-47% מכלל ההוצאות על בריאות.

כל המקורות האלה, המרכיבים יחד את תקציב הפרובינציה לשירותי בריאות, מממנים בערך 65% מכלל ההוצאה לבריאות. משקי הבית מממנים בערך 30% מכלל ההוצאה בצורת תשלום ישיר עבור שירותים, כגון רכישת תרופות, חומרי רפואה, רפואת שיניים, נסיעה באמבולנסים, אשפוז בבית חולים לחולים כרוניים, מכשור רפואי. בערך

את ה-Quality assurance בעזרת הערכת טכנולוגיות חדשות וניתוח תוצאות של טיפולים ותרופות.

ג. מבנה מערכת הבריאות בבריטניה

1. כללי

בסוף שנות ה-40 נחקק באנגליה חוק הבריאות הממלכתי. החוק מטיל על המדינה (הממשלה) את האחריות "לשפר את רמת הבריאות של האומה ולספק לאזרחים שירותי בריאות נתוצים". חוק הבריאות אינו מגדיר אפוא זכאות כלשהי של האזרחים לשירותי בריאות והממשלה יכולה להחליט איזה שירותים לספק ובאיזה היקף במסגרת סדרי העדיפויות שלה. כדי לבצע את היעדים המוגדרים רוכזי על-פי החוק רוב המשאבים המוקצים לתחום הבריאות ורוב מתקני הבריאות בידי שירות הבריאות הממלכתי (National Health Service, או N.H.S.).

שירות הבריאות הממלכתי מחולק ל-14 אזורים (Region Health Authority, או R.H.A.) ול-198 תת-אזורים (District Health Authority, או בקיצור D.H.A.). המשאבים הכספיים מועברים משירות הבריאות הממלכתי לכל אחד מאזורי השירות הנהנה מעצמאות בחלוקת המשאבים לתת האזורים שבתחומו.

כל תת-אזור נהנה ממידה רבה של עצמאות בקביעת השירותים שיסופקו לאזרחים ואף מפעיל באופן ישיר חלק גדול מן השירותים (ראה להלן). תת-האזור אינו מממן את שכר הרופאים ואת ההוצאות על תרופות.

שירות הבריאות הממלכתי מספק שירותי

שאינה חלק מן השירותים שהמדינה מספקת. ההתחשבות עבור שירותי בתי חולים נעשית בין הממשלה ובין כל אחד מבתי החולים הכלליים. כתחילת כל שנה הממשלה קובעת את התקציב שתעביר לבית החולים במהלך השנה. התקציב הוא אפוא גלובלי ופרוספקטיבי. התקציב אינו כולל הוצאות עבור רופאים הממומנות כמפורט לעיל.

עבור בתי חולים לחולים כרוניים הממשלה קובעת מחיר ממוצע ליום אשפוז לכל אחד מבתי החולים בנפרד. התעריף הממוצע לבתי החולים שאינם לשם כוונת רווח גבוה ב-30% בערך מן התעריף לבתי החולים הפרטיים.

5. תוכניות ומגמות לעתיד

ראש ממשלת אונטריו מינה באחרונה ועדה מייצעת לנושא מערכת הבריאות והטיל עליה לגבש המלצות לשינויים במערכת הבריאות בעתיד. הוועדה הגישה את המלצותיה באפריל 1989. בין היתר המליצה הוועדה, להרחיב את התפקיד והאחריות המוטלת על הצרכן באמצעות מתן מידע מירבי ופירוט החלופות העומדות לפני החולה. המלצה אחרת מדברת על חיזוק השירותים הקהילתיים, קידום הבריאות ועידוד הרפואה המונעת במגמה להפחית את כמות האשפוז. הוועדה קראה לפיתוח שיטות לחלוקת תקציב גלובלי בין בתי החולים, תוך התחשבות ב-Case-mix וביעילות של בית החולים על בסיס השוואות בין בתי החולים השונים. כוונה נוספת שדובר בה, היא להגביל את עלות התשלומים לרופאים באמצעות מעבר משיטת ה-Fee for service לשיטות תגמול אחרות. הוועדה סבורה גם, שיש לשלב את היתרונות של המגזר הפרטי בתוך המגזר הציבורי במטרה לשפר את היעילות ולהפנות מקורות של המגזר הפרטי לתחום הבריאות. כמו-כן יש לחזק

מספר מוגבל של מיטות במוסדות אלה. לעומת זאת, הביטוח הלאומי מממן את מלוא עלות השירות לנזקקים שערך רכושם אינו עולה על 3,000 ל"ש (בערך 4,500 דולר) ובאופן חלקי את עלות השירות לנזקקים שערך רכושם עולה על 3,000 ל"ש אך נמוך מ-8,000 ל"ש (בערך 12,000 דולר). קשישים מוגבלים נהנים משירותים קהילתיים שממנת הרשות המקומית (במסגרת סדרי העדיפויות שלה). חולי נפש מקבלים טיפול או אשפוז במוסדות או בקהילה וגם שירות זה מממן שירות הבריאות הממלכתי. אשר לרפואת שיניים, כל אזרח בריטי רשאי לפנות לרופא שיניים לצורך טיפול שיניים. הוא משלם עד 70% מעלות הטיפול. את היתרה משלם שירות הבריאות הממלכתי.

3. מקורות המימון של שירותי הבריאות

שירות הבריאות הממלכתי בבריטניה מממן בערך 90% מן ההוצאה הלאומית לבריאות. עשרה אחוזים בערך מן ההוצאה ממומנים מחוץ למסגרת שירות הבריאות הממלכתי. מקורות המימון של שירות הבריאות הממלכתי הם כדלקמן: 81% — מסים כלליים (לא מס מיועד); 15% — תשלומי העובד והמעסיק לביטוח הלאומי; 3% — תשלומים ישירים של מקבלי השירות; 1% — תשלומים אחרים.

ביטוחי הבריאות הפרטיים ממומנים הן בידי האזרחים המעוניינים בכך ובעיקר בידי מעסיקים, המממנים זאת בתור הטבה לעובדיהם. הטבה זו במקרים רבים אינה נמשכת עם פרישת העובד לגימלאות ואז המבוטח חוזר לקבל שירותים משירות הבריאות הממלכתי.

אשר לחלוקת המשאבים משירות הבריאות הממלכתי לאיזור השירות, זו נעשית על-פי נוסחה שנקבעה (R.A.W.P.),

בריאות ל-10 אחוזים בערך מן האוכלוסייה. מלבדו פועל בבריטניה שירות ביטוח בריאות פרטי, המקנה למבוטח בעת הצורך שירותי בריאות ברמה גבוהה יותר של שירות (ללא צורך לעמוד בתור, החולה חופשי לבחור את הרופא ואת בית החולים, המתקנים טובים יותר ועוד).

עובדי האיזור ותת-האיזור של שירות הבריאות הממלכתי הם חלק מעובדי השירות. שר הבריאות הוא הממנה את ההנהלה של כל איזור ושל כל תת-איזור.

2. שירותי הבריאות לסוגיהם

כל אזרח בבריטניה יכול לפנות לפי בחירתו לרופא כללי בתחום תת-האיזור שלו לצורך קבלת ייעוץ וטיפול, הניתנים ללא תשלום. בעת הצורך הרופא הכללי מפנה את החולה לרופא מומחה לשם טיפול וייעוץ. שירות הבריאות הממלכתי הוא המממן את השירות הזה.

כל אזרח בריטי יכול לקבל תרופה לפי מרשם של רופא תמורת 3 ל"ש. שירות הבריאות הממלכתי מממן את ההפרש שבין עלות התרופה לתשלום שמשלם האזרח. למעשה אין לשירות הבריאות הממלכתי מגבלה תקציבית על הספקת תרופות בקהילה. כל אזרח בריטי יכול לפנות לבית חולים לשם קבלת טיפול ללא תשלום. במצב רגיל הרופא הכללי הוא המפנה את החולה לבית החולים. בעת חירום האזרח פונה לבית החולים ישירות. שירות הבריאות הממלכתי מממן את השירות הזה.

מי שיש לו ביטוח בריאות פרטי זכאי לקבל טיפול בבית חולים פרטי או ציבורי והוא רשאי לבחור את הרופא המטפל לפי תנאי הביטוח.

שירותים מוסדיים לחולים כרוניים וסיעודיים ניתנים גם הם במימון שירות הבריאות הממלכתי, אלא שהוא מממן רק

הכללי מורכב מתשלום קבוע וממרכיב "קפיטציה" (על-פי מספר הנפשות הרשומות במרפאת הרופא). הרופאים הבכירים העובדים במסגרת בתי החולים רשאים כאמור לקבל חולים במסגרת פרטית. כאשר החולה מופנה מטעם חברת ביטוח פרטית, הרופא מקבל תשלום מוגדר עבור כל סוג של שירות לפי תעריפי חברת הביטוח הפרטית. כאשר הרופא מקבל תשלום ישירות מן הרופא, גובה התשלום נקבע בין הרופא לחולה.

בבריטניה כמעט לא קיימת התחשבות עבור שירותי אשפוז משום שרוב בתי החולים שייכים לשירות הבריאות הממלכתי המממן אותם בעזרת תקציב גלובלי. התחשבות עבור שירותי בתי חולים קיימת כאשר חברת ביטוח פרטית רוכשת שירותים מבית חולים פרטי לפי תעריף שנקבע ביניהם לכל סוג של שירות, או כאשר חברת ביטוח רוכשת שירותים מבית חולים ציבורי (כלומר של שירות הבריאות הממלכתי) לפי תעריף לכל סוג שירות תוך התחשבות בתעריפים שבין חברות הביטוח לבתי החולים הפרטיים. מקרים נוספים הם כאשר בית חולים פרטי רוכש שירותים מבית חולים ציבורי כפי שסוכם ביניהם וכאשר בית חולים ציבורי רוכש שירותים מבית חולים פרטי.

6. תוכניות ומגמות לעתיד

בחודש ינואר 1989 הגישה ממשלת בריטניה לפרלמנט הצעה לרפורמה כוללת בשירותי הבריאות במסגרת "ספר לבן" הנושא את השם "Working for Patients". בין יתר ההמלצות הציעה הממשלה שכל אחד מבתי החולים של שירות הבריאות הממלכתי יוכל להיות בית חולים עצמאי ובעל אישיות משפטית נפרדת. רשויות הבריאות לא יפעילו בעתיד בתי חולים, אלא יועסקו בהבטחת השירותים הטובים ביותר לאזרחים. הנהלת בית החולים תקבל לידיה סמכויות רבות

המביאה בחשבון משתנים כמו גודל האוכלוסייה, תמותה, גיל ובעיות מיוחדות. חלוקת המשאבים בין איזור השירות לתת-האיזור נעשית לפי החלטת הנהלת איזור השירות.

4. ספקי השירות

הרופאים הכלליים מועסקים אצל שירות הבריאות הממלכתי בתווה מיוחד ונתונים לפיקוח של שירות רופאי המשפחה (Family Practitioner Services). הרופא הכללי מעסיק במידת הצורך כוח עזר (אחיות ועובדים אחרים) ומשלם להם את שכרם ישירות. הרופאים הכלליים אינם מקבלים חולים במסגרת פרטית.

בערך 95% מבתי החולים הכלליים הם בבעלות שירות הבריאות הממלכתי והם מופעלים בידי תת-האזורים של השירות. הרופאים הבכירים (Consultants) העובדים במסגרת בתי החולים שבבעלות שירות הבריאות הממלכתי רשאים לעסוק באופן עצמאי ברפואה פרטית במסגרת בית החולים, בתנאי שהם מקטינים את היקף משרתם במסגרת המעסיק הציבורי. בערך 5% מבתי החולים הכלליים הם בבעלות פרטית.

בתי החולים מפעילים גם את האמבולנסים. מחוץ לבתי החולים אין תחנות מיוחדות לאמבולנסים. רוב בתי החולים לחולים סיעודיים הם בבעלות פרטית. לעומת זאת, רוב בתי החולים לחולי נפש מופעלים בידי שירות הבריאות הממלכתי.

כמעט כל התרופות הנצרכות בבריטניה נקנות בבתי מרקחת פרטיים. באזורים כפריים רחוקים הרופא הכללי הוא המספק את התרופות.

5. התחשבות עבור שירותי בריאות

רופא המשפחה מועסק כאמור בתווה מיוחד בשירות הבריאות הממלכתי. התשלום לרופא

רווחה מגוונים ולהתערב באופן ממשי בחלוקת ההכנסות במשק. כך היתה שוודיה לאחת ממדינות הסעד המובילות בעולם המערבי. כדי לממן את ההוצאות של השירותים הללו הוטלו על האזרחים מסים. שיעור המסים בשוודיה הוא מן הגבוהים בעולם (המס השולי מגיע לשיעור של 70% בערך).

שוודיה, בדומה לקנדה, מחולקת לפרובינציות (Counties). בראש כל אחת מ־26 הפרובינציות עומדת מועצה נבחרת (County Council) האחראית, בין היתר, באופן בלעדי על שירותי הבריאות. רוב המימון לשירותי הבריאות בכל פרובינציה בא ממסוי שהפרובינציה מטילה למימון מכלול פעולותיה (בריאות, רווחה, תחבורה ועוד). בשנים האחרונות הורחב עוד יותר ביזור מערכת הבריאות באמצעות חלוקת כל פרובינציה למספר אזורים. במבנה זה כל איזור קובע, בהתאם להיקף המקורות העומד לרשותו, את סוגי השירותים שיסופקו באיזור ומפעיל את השירותים הללו באופן ישיר.

2. סוגי שירותי הבריאות

כל אזרחי שוודיה יכולים לקבל ייעוץ וטיפול מידי רופא בקהילה במרפאות ציבוריות או אצל רופאים פרטיים. רוב הטיפול מתבצע כיום במרפאות הציבוריות. קיימת מידה רבה של אזוריות בהספקת השירותים וכל אזרח יכול לקבל טיפול רק במרפאה שבאיזור מגוריו. אין לו אפוא חופש לבחור את המרפאה שבה יקבל טיפול וגם לא את הרופא המטפל (לא בהכרח יקבל האזרח טיפול במרפאה מידי אותו רופא בכל ביקור). עבור כל ביקור אצל הרופא האזרח משלם בערך 10 דולר, עד למקסימום של 15 ביקורים בשנה (מעבר למכסה זו המטופל פטור מתשלום). כאשר אזרח פונה לטיפול

ובמקביל תוטל עליה גם האחריות לתפעולו וגם לרווחתו, שכן בית החולים יפעל כמשק עצמאי סגור ויתאים את הוצאותיו למסגרת הכנסותיו. בית החולים יוכל להתחרות בבתי החולים האחרים על הספקת שירותי אשפוז לגורמים שונים ולהגדיל בדרך זו את הכנסותיו. רשויות הבריאות יהיו חופשיות לקנות שירותים מבית החולים המספק שירותים ביעילות ולשביעות רצונם של הפונים, לרבות בתי חולים פרטיים.

אשר לבקרה על מספר הרופאים הכלליים, זו תיעשה בעזרת הגבלת מספר ההתקשרויות של שירות הבריאות הממלכתי עם הרופאים. יחד עם זה יורד גיל הפרישה של הרופאים הכלליים מ־70 ל־65. נוסף לכך, יוגדל מרכיב הקפיטציה בשכרו של הרופא הכללי. למרפאות גדולות תינתן אפשרות לקבל תקציב גם עבור שירותי אשפוז והן יהיו רשאיות לחלקו לפי שיקולי יעילות וטובת האזרחים הרשומים אצלן.

לציבור יינתן עידוד לרכוש שירותים באופן פרטי, בין היתר בדרך של מתן זיכוי או פטור ממס הכנסה עבור הוצאות לביטוח רפואי פרטי לאזרחים מגיל 65 ומעלה. המגזר הפרטי ישותף הודות למתן אפשרות לשירותי הבריאות לרכוש ממנו שירותים, אם ימצא שהוא יעיל יותר. כמו־כן ישותף ברפואה הציבורית הון פרטי חדש (פירוט נוסף ימצא הקורא בדו"ח המקורי של המחברים, שיצא לאור מטעם משרד הבריאות ומשרד האוצר. ראה גם להלן, הערה 1).

ד. מבנה מערכת הבריאות בשוודיה

1. כללי

בשוודיה התפתחה במשך שנים רבות תפיסה לפיה על המדינה לספק לאזרחיה שירותי

3. מקורות המימון לשירותי הבריאות מערכת הבריאות מממנת את תקציבה בעיקר ממס שהפרובינציות מטילות על אזרחיהן (70%). מס זה אינו מיועד אך ורק לבריאות. מלבד זאת, הביטוח הלאומי משתתף ב-15%; ממשלת שוודיה — ב-5% ו-10% באים מתשלומים ישירים.

4. ספקי השירותים

רוב הרופאים בשוודיה, וכמחצית מרופאי השיניים, הם שכירים ועובדים במרפאות הציבוריות שבבעלות הפרובינציה. גם שאר עובדי המרפאות הם עובדים שכירים. רק מיעוט מבין הרופאים (ומחצית מבין רופאי השיניים) עוסק בפרקטיקה פרטית, אבל תופעה זו הולכת ומתחזקת באחרונה. רוב בתי החולים הם בבעלות הפרובינציה או אחד מאזורי הפרובינציה. יש מספר קטן של בתי חולים פרטיים. מבין בתי החולים הסייעודיים, מחציתם בבעלות הרשויות המקומיות. בתי המרקחת הם בבעלות ממשלתית.

5. התחשבות עבור שירותי בריאות

דובה של מערכת הבריאות נמצאת תחת תקצוב ובדרך כלל אין התחשבות בין קונה השירותים לספק השירותים. התחשבות יש במקרים של תשלום לרופאים פרטיים מידי המחוז לפי *Fee for service*. כך גם לגבי רופאי השיניים. יש התחשבות בין המחוזות במקרים שאזרחים ממתוז אחד מקבלים שירותים בבתי חולים במחוז אחר. התחשבות קיימת גם במקרים שאזרחים קונים שירותים מבתי חולים פרטיים בשיטת ה-*Fee for services*.

6. תוכניות ומגמות לעתיד

ניתן להצביע על כמה תוכניות לשינוי מערכת הבריאות בשוודיה: תקציב מחלקתי

או לייעוץ אל רופא פרטי הוא משלם 10 דולר ונוסף על כך את ההפרש בין עלות הביקור אצל רופא פרטי לרופא ציבורי.

כל אזרח יכול לקבל תרופה לפי מרשם רופא תמורת 10 דולר בערך לתרופה, עד למקסימום של 15 מרשמים לשנה (מעבר למכסה זו המטופל פטור מתשלום השתתפות עצמית). את ההפרש בין העלות ובין ההשתתפות העצמית מממנת הפרובינציה, המממנת גם את המכשירים הרפואיים הדרושים.

בשוודיה פועלים שלושה סוגים של בתי חולים כלליים: בית חולים על-מחוזי, המספק שירותים ליותר מפרובינציה אחת; בית חולים מחוזי, המספק שירותים לכל האזורים שבתוך הפרובינציה; בית חולים אזורי, המספק שירותים לאזור בלבד. אזרחי שוודיה יכולים לקבל שירותים בבתי החולים תמורת 10 דולר ליום או בגובה שליש משכורתו החודשית של המטופל (הנמוך מבין השניים). התשלום עצמו מנוכה מדמי המחלה שהמטופל מקבל מן הביטוח הלאומי. ביקור במרפאות חוץ של בית חולים כמוהו כביקור אצל רופא בקהילה וכרוך בתשלום בגובה של 10 דולר. שירותים לחולים כרוניים וסיעודיים מספקת הפרובינציה תמורת 10 דולר ליום אשפוז. השירותים הקהילתיים הם באחריות הרשויות המקומיות. אשר לטיפול בחולי נפש, מסוף שנות ה-60 קיימת מגמה להעביר את הטיפול במחלות נפש מן המוסדות לקהילה. מספר המיטות פחת בתקופה זו ב-44%. הטיפול המוסדי בחולי נפש נמצא באחריות הפרובינציה.

אשר לטיפול שיניים, אזרחי שוודיה יכולים לקבל טיפול שיניים במימון הפרובינציה, אבל עד הוצאה של 500 דולר נדרשת השתתפות עצמית של המטופל בשיעור של 60%. מעבר לסכום זה יורדת ההשתתפות העצמית לשיעור של 25%.

קופות חולים של עובדי ה"הצווארון הכחול" הפועלות על בסיס אזורי (באלה חברים 44% מן המבוטחים); קופות חולים של עובדי "הצווארון הלבן" (בעלי מקצועות חופשיים), גם הן בדרך כלל על בסיס אזורי (באלה חברים 35% מן המבוטחים); קופות חולים על בסיס מפעלי (כל מפעל הוא קופת חולים; באלה חברים 11% מן המבוטחים); קופות חולים על בסיס מקצועי (כורים, ימאים, איכרים ועוד. באלה חברים 10% מן המבוטחים).

אף אחת מקופות החולים הסטטוטוריות אינה דומיננטית; הקופה הגדולה ביותר מאגדת בתוכה בערך 1.5 מיליון מבוטחים. על פי החוק, קופות החולים הן בבעלות משותפת של העובדים והמעסיקים. לכל קופה (למעט קופות "הצווארון הלבן") יש אספה ומועצה, שמחציתה מורכבת מנציגי עובדים ומחציתה מנציגי מעסיקים. המועצה ממנה הנהלה מקצועית לקופה.

כל קופה היא עצמאית בקביעת הפרמיה החודשית עבור מבוטחים והמטרה היא לאזן את ההוצאות. הפרמיה נקבעת כשיעור קבוע מן השכר ותשלום הפרמיה מתחלק לפי החוק שווה בשווה בין העובדים למעסיקים. כאשר קופה צוברת גירעונות, נציג המדינה (ה-Land) רשאי לכפות עליה להגדיל את הפרמיה כדי ליצור איזון תקציבי. קופות החולים אינן מספקות שירותים באופן ישיר, אלא קונות שירותים מגורמים שונים.

בערך 90% מאזרחי גרמניה מבוטחים בקופות החולים הסטטוטוריות; בערך 8% מבוטחים בקופות חולים פרטיות; 2% אינם מבוטחים, אם משום שמצבם הכלכלי גרוע והם זקוקים לסיוע המדינה ואם משום שהכנסתם כה גבוהה שאינם זקוקים לכיסוח רפואי.

החוק מגדיר את סוגי השירותים שעל קופות החולים לספק למבוטח. מכאן,

בבתי חולים תוך מתן גמישות ניהולית למנהל המחלקה, לרבות גמישות מה בשכר העובדים; העברת כל האחריות לטיפול בקשישים (טיפול קהילתי ומוסדי) לרשויות המקומיות, במגמה למנוע כפילויות בין הרשויות המקומיות לפרובינציה ולהביא לראייה כוללת יותר של הנושא; העברת תקציב גלובלי גם למרפאות, תוך מתן גמישות בניהול; הנהגת רפורמה במס, תוך הורדת שיעורי המס ויצירת הנעה לעבודה נוספת גם במערכת הבריאות; מתן חופש לאזרח לבחור לעצמו את הרופא המטפל.

ה. מבנה מערכת הבריאות בגרמניה

1. מבנה מערכת הבריאות

גרמניה היתה בזמן ביקורנו בה מדינה פדרלית המורכבת מ-11 מדינות (Länder). לכל מדינה יש פרלמנט וממשלה משלה. על-פי החוקה הגרמנית המדינות נהנות ממידה רבה של עצמאות בניהול ענייניהן. שירותי הבריאות, למשל, הם באחריותה של כל אחת מן המדינות המרכיבות את הפדרציה הגרמנית.

מערכת הבריאות בגרמניה מושתתת על ביטוח: כל האזרחים הבוגרים חייבים לבטח את עצמם ואת בני משפחתם באחת מקופות החולים הסטטוטוריות (השואבות את מעמדהן החוקי מן הפרק החמישי של החוק הסוציאלי הגרמני), למעט בעלי ההכנסות הגבוהות. אלה אינם רשאים לבטח את עצמם בקופות חולים מסוג זה והם רשאים לבטח את עצמם בקופות חולים פרטיות או לחיות בלי לבטח את עצמם.

בגרמניה קיימות למעלה מ-1,400 קופות חולים, הנחלקות לכמה סוגים עיקריים:

באופן עצמאי את הפרמיה כאחוז קבוע משכר המבוטחים, באופן שההכנסות מן הפרמיות החודשיות יכסו את הוצאותיה. לאור זאת גובה הפרמיה שונה מקופה לקופה. בממוצע הוא מגיע ל-13% מן השכר (גובה הפרמיה מוגבל בתקרה). תשלום הפרמיה נחלק כאמור שווה בשווה בין העובד ובין המעסיק.

כתוצאה זו של הכנסות נוצרות שתי בעיות מרכזיות: הכנסות קופות "הצווארון הכחול" נמוכות יותר מאחר שהכנסת מבוטחיהן נמוכה יחסית; אי יציבות במקורות הקופות בשל תנודות בגובה הכנסת המבוטחים (אבטלה, שינוי ריאלי בשכר ועוד).

המקורות האחרים למימון הקופות מהווים 3% ממקורות הקופות. הם כוללים בעיקר תשלומים שהקופות גובות עבור הממשלה המרכזית או עבור חברות הביטוח. ראוי לציין, שהממשלה אינה תומכת כלל בקופות החולים.

מעבר למקורות שהוזכרו לעיל קיימים עוד מספר מקורות למימון ההוצאה הלאומית לבריאות. הממשלה של כל מדינה, המשתתפת בעיקר במימון הוצאות הפיתוח, הטיפול בחולים סיעודיים, חולי נפש ובריאות הציבור; הרשויות המקומיות, המטפלות בעיקר בחולים סיעודיים ובחולי נפש; התשלומים של בעלי הכנסות גבוהות עבור ביטוח בריאות פרטי; תשלומים ישירים של משקי הבית.

4. ספקי השירותים

הרופאים העובדים בקהילה הם רופאים עצמאיים. הם רוכשים את הציוד למרפאה שלהם מכספם. בדרך כלל רופא, לאחר מספר שנות התמחות בבית חולים ולאחר שלא התמנה מנהל מחלקה, פותח מרפאה בקהילה (שכרם של רופאי הקהילה גבוה ב-30%

שלאזרח מוקנית זכות לקבל שירותים אחדים ללא כל מגבלה תקציבית. באחד המקרים קבע בית המשפט בגרמניה, שזכותו של אזרח גרמני לקבל השתלת לב ועל המדינה לספק לאזרחיה שירות זה, אם בדרך של פיתוח השירות בגרמניה ואם בצורת מימון נסיעה לטיפול בחוץ-לארץ.

2. שירותי הבריאות לסוגיהם

כל מי שמבוטח באחת מקופות החולים רשאי לפנות לאחד הרופאים העובדים עם קופות החולים ולקבל ייעוץ וטיפול ללא תשלום (כמעט כל הרופאים מקבלים מבוטחים של קופות החולים). בגרמניה הרפואה המקצועית במסגרת הקהילה מפותחת מאוד ובבתי החולים עוסקים בעיקר באשפוז, ולא במתן טיפולים אמבולטוריים.

כל מי שמבוטח באחת מקופות החולים יכול לקבל תרופות על-פי מרשם רופא תמורת תשלום של 3 מרקים גרמניים (1.5 דולר). כל מבוטח באחת מקופות החולים זכאי בעת הצורך לאשפוז בבית חולים כללי תמורת תשלום סמלי עבור כל יום אשפוז. קופות החולים מממנות טיפול רפואי בחולים סיעודיים. הקופות אינן מממנות אשפוז ממושך של זקנים. עלות האשפוז במקרים אלה נופל על המטופל או על המדינה והרשות המקומית. כך גם לגבי חולי נפש.

3. מקורות המימון לשירותי הבריאות

קופות החולים מממנות את רוב-רובה של ההוצאה הלאומית על בריאות. מקורות המימון של קופות החולים הן קודם כל הפרמיה עבור ביטוח רפואי ומלבדה יש עוד מקורות אחרים. הפרמיה מהווה 97% ממקורות קופות החולים. כל קופה קובעת

1. מבנה מערכת הבריאות בארצות הברית

1. כללי

מערכת הבריאות בארצות הברית מורכבת יותר מאשר במדינות מערביות אחרות. הסיבה לכך היא ריבוי הגורמים המבטחים, המממנים, ספקי השירות ושיטות ההתחשבות. בשל כך נציג את המערכת הזאת בצורה שונה במקצת מזו שנקטנו לגבי המדינות האחרות. עבור רוב שירותי הבריאות (ייעוץ וטיפול בידי רופא ושירותי אשפוז כללי) מרבית האוכלוסייה מכוסה בסוגי ביטוח שונים או זוכה לסיוע ממקור ציבורי כדלקמן: חברות ביטוח מסחריות — 63% מן האוכלוסייה; מדיקר (ביטוח פדרלי בעיקר לבני 65 ומעלה) — 13% מן האוכלוסייה; מדיקאייד (סיוע מטעם מדינות ארצות הברית לאוכלוסיות חלשות) — 9% מן האוכלוסייה; ללא כיסוי רפואי — 15%. להלן נתאר את ספקי השירותים בארצות הברית ונפרט עבור כל אחד מגורמי הביטוח או הסיוע שהזכרנו מה הם השירותים המכוסים, באילו תנאים, מה הם מקורות המימון של הגורם המבטח או המסייע ומה הן שיטות ההתחשבות בינו ובין ספקי השירותים.

2. ביטוחים מסחריים

כאמור, למעלה מ־65 אחוזים מאזרחי ארצות הברית מבוטחים בחברות ביטוח מסחריות (בערך 80% מן האוכלוסייה העובדת). הביטוח הרפואי מקנה למבוטח שירותי בריאות אחדים בעת הצורך תמורת תשלום פרמיה קבועה. קיימות בארצות הברית חברות ביטוח רבות המבטחות את האוכלוסייה. כיום ניתן לראות בחברות הביטוח הציבוריות, Blue Cross ו־Blue Shields חברות מסחריות לכל דבר.

בערך משכרם של רופאי בתי החולים). הרמה הרפואית של הרפואה הקהילתית גבוהה מאוד. למשל, את מכשיר ה־C.T. (סורק ממוחשב) הראשון בגרמניה רכשה מרפאה הפועלת במסגרת הקהילה.

רופאי בתי החולים הם שכירים, אבל רופאים בכירים בבתי החולים רשאים למכור באופן פרטי שירותים למבוטחי קופות חולים פרטיות ולאנשים פרטיים במימון ישיר (בדומה לשירות הרפואי הפרטי הפועל בישראל).

בגרמניה פועלים שלושה סוגים של בתי חולים: בתי חולים של המדינות המרכיבות את הרפובליקה הפדרלית; בתי חולים וולונטריים (למשל, בתי חולים של הכנסייה); בתי חולים פרטיים. קופות החולים אינן מפעילות וגם אינן רשאיות להפעיל על-פי החוק מתקנים רפואיים, לרבות בתי חולים. בתי החולים עצמם מנוהלים כיחידות עצמאיות סגורות. בתי המרקחת בגרמניה הם פרטיים.

5. התחשבות עבור שירותי בריאות עד לפני שלוש־ארבע שנים היתה נהוגה בגרמניה שיטת ה־Fee for service. התעריפים נקבעו במשאומתן בין הפדרציה של קופות החולים ובין ארגון הרופאים. בשנת 1986 שונתה השיטה לשכר עבור שירות מוגבל בתקציב (על השיטה החדשה ראה בפירוט להלן). עד אז נהגו קופות החולים לשלם לפי ימי אשפוז ומחיר יום אשפוז נקבע לפי ההוצאה בפועל. החל משנת 1986 כל קופות החולים הפועלות באיזור מנהלות משאומתן עם כל אחד מבתי החולים לקביעת תקציבו הכולל וכל קופה משלמת לבית החולים לפי חלקה היחסי בצריכת ימי האשפוז בבית החולים.

והטיפול אצל רופא ושירותי בתי חולים; לעומת זאת, בדרך כלל הביטוח אינו מכסה את הוצאות רכישת התרופות, וגם לא הוצאות של טיפול שיניים וטיפול הממושך הנדרש במקרה של מחלה כרונית (חולים סיעודיים או חולי נפש); המבוטח נהנה מחופש בבחירת הרופא המטפל ובאופן עקיף בקביעת בית החולים שבו יקבל את הטיפול (בדרך כלל הרופא המומחה בקהילה מטפל בחולה גם בבית החולים); בדרך כלל המבוטח משתתף באופן ישיר במימון השירותים שהוא צורך (Cost sharing).

השיטות המקובלות בארצות הברית להשתתפות המבוטח הן: המבוטח משלם תשלום מלא עד סכום ידוע ומסכום זה ומעלה חברת הביטוח מממנת באופן מלא; המבוטח משתתף באחוז ידוע מעלות הטיפול, למשל בשיעור של 20%; שילוב של שתי השיטות.

3. התחשבנות עבור שירותים בין חברות הביטוח המסחריות לספקי השירותים

השיטה הנפוצה ביותר להתחשבנות היא עדיין זו שחברת הביטוח משלמת על-פי החיוב ששולחים ספקי השירותים. במסגרת חשבון זה מפורטים הטיפול שניתן למבוטח ועלותו לספק (שיטת ה-Fee for service). הגידול בהוצאותיהן של חברות הביטוח בשנים האחרונות הניע חלק מחברות הביטוח המסחריות לשנות את שיטת ההתחשבנות הנהוגה וחלק מן המדינות בארצות הברית אף החלו לווסת את תעריפי ספקי השירות לחברות הביטוח המסחריות. מדינת ניו יורק, למשל, כופה על ספקי השירותים עדיף מירבי לחברות הביטוח המסחריות בגובה התשלום שנקבע מראש לבית החולים (D.R.G.) בתוספת 13%.

המגמה הכללית של חברות הביטוח היא לעבור להתחשבנות פרוספקטיבית במקום

בערך 90% מבעלי הביטוח הרפואי המסחרי מתקשרים עם חברת הביטוח באמצעות המעסיק. הפרמיה החודשית לחברת הביטוח נקובה בסכום כספי (לא כאחוז מן השכר) ומשלמים אותה העובד והמעסיק שלו. מעריכים, שהמעסיקים משלמים לחברת הביטוח בערך 75% מן הפרמיה והעובדים – 25%. בגלל העלייה בתשלומי הפרמיות לחברות הביטוח המסחריות (למשל, חברת פורד משלמת עבור הביטוח הרפואי של עובדיה יותר מאשר עבור המתכת שממנה היא מייצרת את מכוניותיה) נעשו חלק מן המעסיקים (בייחוד אלה הגדולים) מבטחים עצמאיים (Self insurance). בשיטה זו העובד ממשיך לשלם פרמיה חודשית והמעסיק, שהוא המבטח, משלם את הפרש העלות.

גם בשיטת הביטוח העצמאי ההתחשבנות עם ספקי השירותים נעשית בדרך כלל באמצעות חברות הביטוח המסחריות, אולם לחברת הביטוח אין, בשיטה זו, סיכון כלשהו והיא משמשת למעשה כשלם חשבונות בלבד.

שיטה זו מאפשרת למעסיק בקרה טובה יותר על ההוצאות באמצעות התקשרות עם ספקים מועדפים. על-פי השיטה הזאת המעסיק גם אינו כפוף לחוקי ביטוח הבריאות של המדינה, דבר המאפשר לו גמישות רבה יותר.

בערך 10% מבעלי הביטוח הרפואי מתקשרים עם חברת הביטוח באופן עצמאי ומממנים את מלוא פרמיית הביטוח החודשית שלהם.

חברות הביטוח המסחריות מפעילות תוכניות ביטוח שונות המכסות שירותים שונים בתנאים שונים. להלן מאפיינים אחדים של תוכניות הביטוח הרפואי המשותפים לרוב התוכניות שחברות הביטוח מציעות: חברת הביטוח מממנת את הוצאות הייעוץ

צילומים ועוד), טיפולים אמבולטוריים בבתי חולים, ביקורי בית. בתוכנית זו המבוטח משלם פרמיה חודשית (בערך 18 דולר לחודש בשנת 1987), השתתפות עצמית בגובה של 75 דולר, לפחות 20% מעלות השירותים.

תוכנית המדיקר אינה כוללת בדיקות עיניים, רפואה מונעת, תרופות בקהילה, רפואת שיניים וטיפול מוסרי ממושך (מחלות כרוניות).

המימון לתוכנית מדיקר באה משני מקורות נפרדים: תכנית האשפוז ממומנת בעיקר בעזרת מיסוי על תשלומי שכר של המועסקים במסגרת חוק הביטוח הלאומי; תוכנית הביטוח הרפואי המשלים ממומנת בעזרת הפרמיה שמשלמים המבוטחים בתוכנית ומן המסים שגובה הממשלה הפדרלית.

תוכנית המדיקר מקנה זכאות ואינה מוגבלת בתקציב ולפיכך הממשלה הפדרלית נושאת בכל גירעון שנוצר.

בעבר מימנה תוכנית המדיקר לזכאי השירותים את העלות שקבע ספק השירות (בדומה לביטוחים המסחריים). הגידול הדרמטי בהוצאות המדיקר הביא בשנים האחרונות לשימוש בשיטות שונות להתחשבות. למשל, במסגרת ההתחשבות עם רופאים, יש שני סוגי רופאים: כאלה העובדים עם מדיקר (משתתפים) וכאלה שאינם עובדים עמה באופן ישיר (לא משתתפים). עבור רופאים משתתפים מדיקר מממן 80% מן העלות ולחלק מן הפרוצדורות יש תעריפים מירביים הנקבעים בדיון בין המדיקר לרופאים (20% הנותרים הם השתתפות עצמית של מקבל השירות). עבור רופאים שאינם משתתפים בתוכנית המדיקר מממן 80% מן התעריף לרופא משתתף. במקרה כזה על מקבל השירות שבחר ברופא שאינו משתתף בתוכנית לממן 20% של

שיטת ה"תשלום עבור שירות" הנהוגה כיום בדרך כלל. חלק מחברות הביטוח אימצו לעצמן את עקרון ההתחשבות של התשלום הקבוע מראש לבית החולים.

4. מדיקר

הגידול בהוצאות הביטוח הרפואי והעלייה בחלקו של המעביד במימון הפרמיה הביאו לידי כך, שבני 65 ומעלה התקשו לשלם את מלוא הפרמיה לאחר פרישתם לגימלאות (ללא עזרת המעסיק) וזאת דווקא בתקופה שבה הם זקוקים יותר מתמיד לשירותי בריאות. בעיה זו הניעה את בית הנבחרים של ארצות הברית לחוקק בשנת 1964 חוק למימון שירותי בריאות אחדים לבני 65 ומעלה. במשך השנים נוספו למסגרת הזכאים לפי חוק זה גם אוכלוסיות מגבלות מתחת לגיל 65 והיום אלה תופסות בערך 10% מכלל הזכאים. החוק מממן כיום שירותי בריאות ל-13% בערך מאוכלוסיית ארצות הברית, אך ההוצאה לזכאי התוכנית מגיעה ל-20% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות. תוכנית מדיקר מורכבת משתי תוכניות משנה: ביטוח אשפוז (Hospital Insurance) וביטוח רפואי משלים (Supplementary Medical Insurance). ביטוח האשפוז מכסה 90 ימי אשפוז בבית חולים למחלה כלשהי ועד 100 ימי אשפוז במתקן סיעודי במידת הצורך וכן ביקורי בית הקשורים לאשפוז. המבוטח משתתף בהוצאות האשפוז עד סכום של 520 דולר לשנה (נכון לשנת 1987) ובנוסף לכך הוא משתתף גם במימון חלק מהוצאות ימי האשפוז (רבע מן ההוצאה של היום ה-61 עד היום ה-90, שמינית מן ההוצאה במוסד סיעודי מן היום ה-91 עד היום ה-100).

תוכנית המשנה השנייה, הביטוח הרפואי המשלים, מכסה תשלומים לרופאים, שירותים שהרופא רושם לחולה (בדיקות,

8.5% מאוכלוסיית ארצות הברית ועלותה מגיעה ל-11% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות.

כל תוכנית מדיקאייד כוללת את השירותים האלה: אשפוז בבתי חולים כלליים; אשפוז חוץ בבתי חולים; שירותי מעבדה וצילומים; מוסדות סיעוד מגיל 21 ומעלה; טיפולי בית לחולים סיעודיים; בדיקות מוקדמות ותקופתיות. המדינות רשאיות להוסיף על שירותים אלה שירותים נוספים כגון: מימון הוצאות לתרופות; מימון מכשירי ראייה; טיפול פסיכיאטרי מוסדי מתחת לגיל 21; רפואת שיניים.

בתוכנית המדיקאייד כמעט לא נדרשת השתתפות עצמית של המבוטחים. יחד עם זאת קיימת אפשרות למדינות לגבות השתתפות עצמית עבור אשפוז ממושך (מדמי הגימלה של הביטוח הלאומי) וכן עבור שירותי רשות.

מקורות המימון של מדיקאייד הם: השתתפות הממשלה הפדרלית (מיסוי כללי) — כאמור מ-50% עד 78% — והשתתפות עצמית של הזכאים. את היתרה מממנות המדינות השונות.

אשר להתחשבנות עם ספקי השירותים, כל מדינה קובעת לעצמה שיטת התחשבנות משלה עם הספקים. בשנים האחרונות יש נטייה להגיע לתשלום מוגדר מראש עבור כל סוג של שירות. מדינת ניו יורק, למשל, קובעת עבור זכאי המדיקאייד את גובה התשלום שישלמו עבור ביקור אצל רופא (התשלום הוא נמוך מאוד יחסית ולפיכך רוב הייעוצים והטיפולים מבוצעים במסגרת מרפאות החוץ של בתי החולים). כמו־כן קובעת המדינה הזאת מראש את גובה התשלום עבור טיפולים וניתוחים, את גובה התשלום לבית החולים עבור אשפוז (D.R.G.), את גובה התשלום עבור כל כניסה של המטופל למרפאות חוץ (כלי קשר לטיפול שקיבל), את גובה התשלום

ההשתתפות העצמית ועוד תוספת לכיסוי הפער בין דרישת הרופא לתשלום המדיקר. ההתחשבנות עם הרופאים מורכבת ומסובכת יותר. המדיקר עורך גם חישוב הכנסה נפרד לכל רופא ובמידה שהכנסת הרופא חורגת בהרבה מן הממוצע המדיקר רשאי לקזז חלק מן התשלומים לרופא.

אשר להתחשבנות עם בית החולים, משנת 1984 עבר המדיקר בהדרגה לתשלום עבור שירותי אשפוז לפי תעריף קבוע מראש לכל אבחון (שיטת ה-D.R.G.). התשלום לבית החולים אינו כולל את הוצאות הרופא המטפל המשולמות בנפרד. עבור טיפולים אמבולטוריים עדיין מממן המדיקר את הוצאות בית החולים בפועל לפי דיווח בית החולים.

5. מדיקאייד

הפרמיה הגבוהה עבור שירותי בריאות וההשתתפות הגבוהה של המעסיק במימון השירותים מנעו מחסרי האמצעים בארצות הברית, שרובם אף אינם מועסקים, לבטח את עצמם כרוב האוכלוסייה העובדת. לאור זאת קיבל בית הנבחרים של ארצות הברית עוד בשנת 1965 את חוק המדיקאייד. לפי חוק זה, תשתתף הממשלה הפדרלית במימון חלקי של שירותי בריאות לחסרי אמצעים אם המדינה (כלומר, המדינה החברה באיחוד המרכיב את ארצות הברית) תפעיל תוכנית כזאת. כיום כל המדינות בארצות הברית (למעט אריזונה) מפעילות תוכניות למימון שירותי בריאות לחסרי אמצעים, חזכות להשתתפות הממשלה הפדרלית. השתתפות הממשלה בתוכנית המדיקאייד משתנה ממדינה למדינה בהתאם להכנסה לנפש בכל מדינה. שיעור ההשתתפות של הממשלה מכלל ההוצאה במדינה נע מ-50% במדינות העשירות עד 78% במדינות העניות יותר.

תוכנית המדיקאייד מקיפה היום בערך

בשירותים אחרים, פגיעה במגזר היצרני, יצירת גירעון ממשלתי, פגיעה בתמריץ לעבודה ועוד. מכאן נובע הצורך לבקר את היקף ההוצאה לבריאות ולרסן את הגידול המתמיד בהוצאה.

ואכן, מספר מדינות הגבילו את היקף המקורות העומדים לרשות מערכת הבריאות. הממשלה הפדרלית של קנדה, למשל, מעדכנת בשנים האחרונות את תמיכתה בשירותי הבריאות של הפרובינציות לפי גידול התל"ג ומפעילה על הפרובינציות לחץ לא להעלות מסים. בפרובינציה אונטריו, למשל, הוגבל שיעור ההוצאה לבריאות מכלל התקציב. בבריטניה חותרת הממשלה להורדת ההוצאות הציבוריות בכלל ואכן ההוצאה הציבורית כאחוז מן התל"ג ירדה מ-46% בשנת 1982 ל-39% בשנת 1988. מערכת הבריאות נמצאת במסגרת כלל סדרי העדיפויות ומקורותיה מוגבלים. בשוודיה הפחיתה הממשלה בשנים האחרונות באופן ריאלי את השתתפותה בתקציב הבריאות של הפרובינציות ואימצה לעצמה מדיניות של הורדת שיעורי המסים. כדי למנוע מצב שהפרובינציות יעלו מסים לשם מימון הוצאות בריאות נוספות הציעה לאחרונה הממשלה הפדרלית ששני שלישים מתוספת מקורות שתגבע מהעלאת מסים תקוזה מתמיכתה.

להלן ננתח תחילה את השפעת חוקי הבריאות על יכולתה של המדינה לרסן עלויות ובהמשך ננתח שיטות שונות הנהוגות בחמש המדינות שסקרנו לצורך ריסון עלויות שירותי הבריאות. הערכת האפקטיביות של השיטות השונות תתבסס על ניתוח תיאורטי ובאופן מוגבל גם על סמך נתונים אמפיריים (יש קושי רב לבודד שיטה כלשהי משאר הגורמים המשפיעים על ההוצאה). במסגרת ניתוח זה נתייחס רק לאפקטיביות של הכלים השונים לריסון עלויות ולא נדון בהשלכות

לבית החולים עבור ניתוחים אמבולטוריים ועבור כל יום אשפוז במוסדות לחולים כרוניים.

6. חסרי ביטוח רפואי

בערך 15% מאוכלוסיית ארצות הברית אינה מבוטחת כלל עבור שירותי בריאות. מרבית האוכלוסייה הזאת היא עובדת ולפיכך היא מעל סף הזכאות למדיקאייד. אולם אלה הם בדרך כלל עובדים במקצועות המקבלים שכר נמוך והנושאים אופי ארעי (מסעדות ושירותים אחרים). אוכלוסייה זו אינה זכאית לכאורה לטיפול רפואי. בעת חירום כל בית חולים חייב לקבל כל נזקק לטיפול רפואי גם אם מבוטח וחלק מאוכלוסייה זו מקבל גם שירותי בריאות שלא בעת חירום בבתי החולים הציבוריים (שבבעלות הרשות המקומית או אחת המדינות החברות). כללי הזכאות למדיקאייד מביאים לא אחת לכך, שאנשים שאין להם ביטוח הזקוקים לטיפול אלקטיבי כלשהו מפסיקים לעבוד כדי לרדת בהכנסה ולהיכלל במסגרת תוכנית המדיקאייד.

2. בקרה וריסון הוצאות

1. כללי

העלייה ברמת החיים, שינויים טכנולוגיים ודמוגרפיים וגידול בהיצע הרופאים, הם חלק מן הגורמים היוצרים בשנים האחרונות לחץ לגידול מתמיד בהוצאה לבריאות. ואכן, ההוצאה לבריאות עלתה באופן ריאלי בכל מדינות המערב בעשורים האחרונים. ברוב המדינות אף עלה חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מכלל התוצר הלאומי הגולמי. תופעה זו והצורך לממן גידול זה מדאיגים מדינות רבות בגלל ההשלכות המקור-כלכליות השליליות, כגון: פגיעה

האזרח לשירותים. במצב זה המדינה רשאית להגביל את תקציבה לתחום הבריאות בלי שהדבר יסתור את החוק. סוגיה זו עמדה בעבר במבחן משפטי באנגליה ובית המשפט קבע שהמדינה רשאית לקבוע סדרי עדיפויות גם אם הדבר פוגע ביכולתם של חלק מן האזרחים לקבל שירותי בריאות ומאריך בכך תורים לשירותים אחדים. סביר להניח, שמצב חוקי זה סייע לכריטניה לשמור על יציבות בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מן התל"ג בשנים האחרונות.

בשוודיה מוטלת בחוק חובת הספקה של שירותי הבריאות על ה־County Council (מועצות הפרובינציות). אולם גם במקרה זה לא מפורטת זכאותו של האזרח לשירותים. לא מן הנמנע, שמצב חוקי זה סייע לשוודים לשמור בשנים האחרונות על קצב גידול שנתי ריאלי מתון (בערך 1.0% לשנה) ולהפחית את חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מן התל"ג מ־9.7% בשנת 1980 ל־9.2% בשנת 1987.

לדעתנו, אין אפוא ספק, שמדינה שבגלל המצב החוקי היקף שירותי הבריאות המסופקים לאזרחיה אינו מוגבל, תתקשה לרסן עלויות בתחום הבריאות יותר מאשר מדינה שהיקף שירותי הבריאות שלה נגזר בין השאר ממגבלת המקורות.

3. כלים לריסון הוצאות

כאמור, המצב החוקי משפיע על יכולתה של המדינה לבקר ולרסן את הוצאות הבריאות. יחד עם זאת, בלי קשר למצב החוקי, קיימים כמה סוגי כלים המסייעים לבקר ולרסן את ההוצאה. כלים אלה הם, למשל: שיטות ההתחשבות בין קונה השירות לספק השירות; מדיניות פיתוח שירותים והשקעות; מדיניות הכשרת כוח אדם ובקרה על היצע כוח אדם. שיטות נוספות הן אלה שתכליתן להביא לייעול השירותים. שיטות

שיש לצעדים אלה על רמת שירותי הבריאות ועל יעילות השירותים.

2. היכולת להגביל את היקף השירותים: המצב החוקי

שאלת המפתח בתחום ריסון ההוצאות בכל מערכת בריאות היא, האם ההוצאה המתוכננת קובעת את היקף השירותים גם אם הדבר כרוך באי הספקת כל הביקושים, או שמא היקף השירותים המבוקשים קובע את ההוצאה, גם אם הדבר כרוך בחריגה מן ההוצאה המתוכננת. התשובה לשאלת מפתח זו בכל מערכת מוכרעת במידה רבה על-פי המצב החוקי בתחום שירותי הבריאות.

כפי שניזכר בהמשך, מדינות שבהן מוקנית לאזרחי המדינות או חלק מהם זכאות חוקית לקבל שירותי בריאות מוגדרים מתקשות להגביל את היקף השירותים ומאבדות את השליטה על היקף ההוצאות. בארצות הברית חוק המדיקר מעניק לאזרחים מעל גיל 65 זכאות לקבלת שירותים מוגדרים. זכאות זאת מחייבת את המדינה לממן את הוצאות הטיפול של הזכאים ללא הגבלה תקציבית. לא מן הנמנע, שלמצב חוקי זה היתה תרומה מכרעת בגידול הוצאות המדיקר בשיעור ריאלי ממוצע של 6% — 7% בשנה. בגרמניה יש לאזרחי המדינה המבוטחים בקופות החולים הסטטוטוריות זכאות חוקית לשירותי בריאות מוגדרים במימון הקופות. בית המשפט הגרמני קבע בעבר, שמגבלה תקציבית או טכנולוגית אינה פוטרת את הקופה ממימון השירות למבוטת. לא מן הנמנע, שמצב חוקי זה היקשה מאוד על ריסון ההוצאה לבריאות, למרות מאמצי ממשלת גרמניה לרסן את הגידול בהוצאות הבריאות.

לעומת זאת, באנגליה החוק מטיל על המדינה את החובה לשפר את בריאות האוכלוסייה, אך אינו מפרט את הזכאות של

לשלוט במידה רבה על גובה ההוצאה. בשלוש השנים האחרונות לחץ משרד האוצר השוודי על בתי החולים להתייעל ב-3% מדי שנה או להגדיל את התפוקה בלי להגדיל את המקורות או לצמצם את ההוצאות.

כאשר מממן השירותים הוא קונה יחיד של השירותים, כמו שנהוג בקנדה, שבה הפרובינציה היא הקונה היחיד של שירותי בריאות מבתי החולים, הפרובינציה מסוגלת לקבוע תקציב או סכום גלובלי לכל בית חולים בנפרד (כל בית חולים הוא אישיות משפטית נפרדת).

בגרמניה שונתה שיטת ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים בשנת 1986. לפי השיטה החדשה כל קופות החולים של האיזור מנהלות משא-ומתן עם כל בית חולים כדי לקבוע את תקציבו הכולל וכל קופה משלמת לבית החולים לפי חלקה היחסי בצריכת השירותים מבית החולים. השיטה עדיין מוגבלת באפקטיביות שלה לריסון עלויות, משום שבעת מחלוקת בין הקופות ובין בית החולים המדינה היא המכריעה ולה אין שום הנעה לרסן עלויות.

אשר לקביעת תקציב ספקי השירות, מצאנו מאפיינים אחדים שהם משותפים למספר מדינות: ספקי השירות מציגים את הצורך בהגדלת ההוצאה (טכנולוגיות חדשות, הזדקנות האוכלוסייה ועוד) וקוני השירות מציגים את מגבלת המקורות. אין נוסחה קבועה להחלטה מה יהיה גובה התקציב וכיצד יעודכן (למשל, אין מקדם טכנולוגי קבוע). הדיון נעשה בדרך כלל על בסיס התקציב ההיסטורי. מחויבותו של ספק השירותים מוגדרת בקווים כלליים ואין הגדרה מפורטת של כמות השירותים וסוג השירותים שעליו לספק. הגדלת התפוקות בשנה נדונה משמשת טיעון במשא-ומתן עם הספק בקביעת תקציב השנה שלאחריה ויכולה להביא להגדלת התקציב. הדיון

אלה עשויות להפחית את הלחץ להגדלת ההוצאות לבריאות ובכך הן תורמות בעקיפין לריסון העלויות. בשיטות אלה נדון בהמשך. באופן טבעי נוטים ספקי השירות בתחום הבריאות (רופאים, בתי חולים, בתי מרקחת ועוד) להגדיל מסיבות שונות את ההוצאה, בין היתר בדרך של הגדלת היקף השירותים המקובלים והוספת שירותים חדשים, העלאת המחיר ליחידת שירות (בדרך כלל באמצעות תוספת כוח אדם וטכנולוגיות חדשות). על רקע זה שיטת ההתחשבות בין ספק השירותים ובין קונה השירותים קובעת במידה רבה את יכולתו של קונה השירות לבקר ולרסן את ההוצאה. יש כמה שיטות התחשבות העשויות לרסן עלויות.

תקציב קבוע מראש

שיטת התקציב הקבוע מראש לספק השירותים או קביעת סכום גלובלי מראש מאפשרת לקונה השירות לשלוט במידה רבה על ההוצאה במסגרת המשא-ומתן לקביעת הסכום הגלובלי. שיטה זו משמשת, למשל, כאשר מממן השירותים הוא גם ספק השירותים. כך נהוג בבריטניה ובשוודיה. בבריטניה, איזור של רשות הבריאות הוא גם המממן וגם המפעיל של בתי החולים. האיזור כמממן רשאי ומסוגל למנוע גידול בהוצאה של בתי החולים ואף לקצץ באופן ריאלי בתקציבם. בלונדון, למשל, קיצץ איזור הבריאות בשנת 1988 את תקציב בית החולים גאי (Guy Hospital) ב-10%. בשנה אחת צמצם בית החולים את צוות העובדים בשיעור זה והקטין הוצאות אחרות (לדעת בית החולים — בלי לפגוע ברמת השירותים).

בשוודיה, כל פרובינציה מממנת את שירותי הבריאות ולפיכך היא גם הקובעת את תקציב בתי החולים והמרפאות שכולם בבעלותה. שיטה זו מאפשרת לפרובינציה

חולי חרץ בבית החולים ההתחשבות עם הרופאים עדיין אינה במסגרת של התחשבות פרוספקטיבית.

מן הממצאים עולה, שחלה ירידה של ממש בשיעור הגידול השנתי בהוצאות מאושפזים (In-patients) ועליית מה בשיעור הגידול השנתי של טיפולים אמבולטוריים (Out-patients). בסך הכל חלה ירידה מתונה בשיעור הגידול השנתי בהוצאות המדיקר עם הפעלת ההתחשבות הפרוספקטיבית (התחשבות פרוספקטיבית הופעל באופן ניסיוני גם לפני המעבר לשיטת ה-D.R.G.).

הגידול בהוצאות הטיפולים האמבולטוריים יכול להיות מוסבר בשתי סיבות: עם המעבר לשיטת ה-D.R.G. הכתיבה הממשלה הפדרלית לבתי החולים רשימה של 300 פרוצדורות שיש לבצען אך ורק בטיפול אמבולטורי ולא באשפוז. הגידול בהוצאות לטיפולים האמבולטוריים היה אפוא לפחות בחלקו מתוכנן ורצוי. הסיבה השנייה היא, שאפשר שבתי החולים הרחיבו את היקף הטיפולים האמבולטוריים מתוך כוונה לפצות את עצמם על הירידה בהכנסות מן המאושפזים.

שיטת ה-D.R.G. הלכה והתרחבה בארצות הברית והיא אומצה במקורות רבים גם במדיקאייד. למשל, מדינת ניו יורק מכתיבה לבתי החולים תעריפים מירביים לפי שיטת ה-D.R.G. גם עבור מבוטחי חברות הביטוח המסחריות במגמה לרסן עלויות (לפירוט נוסף של שיטת ה-D.R.G. ראה להלן).

תשלום קבוע לרופאים בגין כל פרוצדורה נהוג בקנדה. כל פרובינציה קובעת בחוק את התעריף שכל רופא זכאי לו בגין כל פרוצדורה. הלחץ הציבורי למנוע גידול בהוצאות לבריאות אפשר לממשלת אונטריו להעלות את התעריפים לרופאים בשנת 1989

על עדכון התקציב משנה לשנה נעשה במחירים נומינליים ותופעה שכיחה היא, שקונה השירותים אינו נותן פיצוי מלא עבור אינפלציה וגידול בשכר (למשל, משרדי האוצר של קנדה ושל בריטניה קובעים בדרך כלל שיעורי עדכון בגין אינפלציה ושכר שהם נמוכים כמקצת מן השיעור האמיתי). כאשר נהוגה מערכת תקציבית, אין לדעת מהי העלות של חלק גדול מן הפרוצדורה (כמה עולה כל ניתוח וכל טיפול).

שיטת הקפיטציה קובעת למעשה תקציב לנפש ומכאן שהיא נותנת לקונה השירות שליטה על ההוצאה בדומה לזו שנותנת שיטת התקציב או הסכום הגלובלי (למעט שינוי בגודל האוכלוסייה). במדינות שסקרנו לא נהוגה שיטת קפיטציה מלאה בין קונה השירות לספק השירות. שיטה זו מקובלת ככלי לחלוקת משאבים במערכת הבריאות מרמה גבוהה לרמה נמוכה יותר (חלוקת המשאבים בין אזורי שירות הבריאות הממלכתי בבריטניה לתת-האזורים, השתתפות הממשלה הפדרלית בתקציב הפרובינציות בקנדה ובשוודיה, מכילות בתוכן יסוד של קפיטציה).

שיטת התשלום הקבוע מראש עבור סוגי שירות שונים נועדה ליצור קשר בין התשלום לתפוקות ולהגביל את העלות ליחידת תפוקה. שיטה זו נוהגת בכמה מדינות. שיטת ה-D.R.G. (Diagnostic Related Groups) אומצה לראשונה בארצות הברית בתוכנית מדיקר בשנת 1984 ככלי להגבלת עלות הוצאות התוכנית. עד מועד זה שילמה הממשלה הפדרלית לבתי החולים עבור זכאי המדיקר את ההוצאות בפועל כפי שדיווחו בתי החולים. השיטה הקודמת לא אפשרה בקרה כלשהי על העלויות ולפיכך אומצה השיטה החדשה. שיטת ההתחשבות הפרוספקטיבית הונהגה בעיקר עבור מאושפזים בבית החולים, בעוד שעבור

ה-F.F.S. שהיא בלתי מוגבלת בתקציב (כשיטה זו ערך הנקודה היה קבוע וההוצאה היתה משתנה). בשלוש-ארבע השנים שבהן הופעלה השיטה החדשה ירד ערך כל נקודה מדי שנה וסך הכל שיעור הגידול השנתי הנומינלי ירד מ-7% בערך ל-2%-3%.

בשיטות שתוארו לעיל נקבע תעריף השירותים או התקציב בידי גוף מרכזי או במשא-ומתן עם ספקי השירותים. שיטה שונה לקביעת התחשבות בין קונה השירותים ובין הספק היא שיטת המכרזים. על-פי שיטה זו קונה השירותים מוציא מכרז שבו מפורטים היקף השירותים המבוקשים ואיכות הטיפול הנדרשת. ספקי השירותים מתחרים זה בזה ובעקבות זאת נערך הסכם עם הזוכה במכרז. במדינות שסקרנו שיטה זו עדיין מוגבלת בהיקפה. בארצות הברית חברות ביטוח אחדות מגיעות בשיטת המכרז יחד עם משא-ומתן להסכם עם קבוצת דופאים או בית חולים להספקת שירות או מכלול שירותים. המחיר שנקבע בשיטה זו נמוך מן המחיר הממוצע באותו איזור. על מנת לעודד את המבוטחים לפנות דווקא לספק השירותים המועדף (Preferred Provider Organization) נוהגות חברות הביטוח לתת הנחה כלשהי בדמי הביטוח. מבוטחים הפונים לספקי שירות שאינם מועדפים אינם זוכים להנחה זו. חברות גדולות המפעילות תוכניות ביטוח רפואי לעובדיהן יכולות לחייב את העובדים לפנות לספקי השירותים המועדפים. בשתי מדינות בארצות הברית (אריזונה וקליפורניה) עלה בידי הממשל להפחית את העלויות במידה רבה בעזרת שיטת המכרזים.

בבריטניה אומצה שיטת המכרזים והתחרות בין ספקי השירות בתוכנית הרפורמה בשירותי הבריאות. בכוונת הממשלה להביא לתחרות בין בתי החולים על הספקת שירותים שהם מעבר ל"שירות

ב-1.7% בלבד (פחות משיעור האינפלציה). בפרובינציה אחרת, קולומביה הבריטית, לא עודכנו תעריפי הרופאים כלל במעבר לשנת 1989 בשל הצורך לרסן עלויות.

המגבלה של שיטת ההתחשבות הפרוספקטיבית בהקשר של ריסון עלויות היא העדר בקרה על היקף השירותים וההנעה שהשיטה יוצרת בקרב ספקי השירותים להגדלת היקף השירותים. במדינת אונטריו, למשל, היקף הפעילות של הרופאים גדל במוצע ב-6% בערך מדי שנה. להלן נתאר שתי שיטות התחשבות שנועדו לפתור את בעיית השליטה על היקף השירותים הקיימת בשיטת ה-D.R.G.

מתוך כוונה לבקר גם את היקף הפעילות ולא רק את המחיר לכל פעולה הונהגה באחרונה בפרובינציה קוויבק שיטה חדשה לפיה החל מהכנסה שנקבע שהרופא צובר הוא מקבל רק 25% מן התעריף לכל פעולה נוספת. שיטה זו אינה נותנת לרופאים תמריץ להגדיל את היקף הפעילות מעבר לרמה ידועה (עדיין אין תוצאות סטטיסטיות מן השינוי שחל בעקבות המעבר לשיטה הזו).

אחת השיטות המעניינות ביותר בתחום הבקרה על ההוצאה אומצה לפני שנים אחדות בגרמניה. על-פי שיטה זו נקבע מדי שנה תקציב גלובלי לכל הרופאים העצמאיים בקהילה. התקציב נקבע במשא-ומתן בין הפדרציה של קופות החולים ובין האיגוד המקצועי של הרופאים. לאחר שנקבע התקציב הגלובלי, כל רופא מקבל את חלקו ב"עוגה" הגלובלית בשיטת ה"שכר תמורת שירות" (לכל פרוצדורה יש ניקוד. הרופא מדווח את מספר הנקודות שצבר, ערך כל נקודה נקבע בדיעבד בדרך של חלוקת סך כל התקציב במספר הנקודות הכולל שצברו הרופאים).

לפני שהופעלה שיטה זו היתה נהוגה בגרמניה כמשך תקופה ארוכה שיטת

מדינה הנמצאת בתעסוקה מלאה (אבטלה נמוכה מ-1% בערים הגדולות). משום כך מגבלת היצע כוח האדם חמורה יותר ממגבלת המקורות הכספיים.

ח. ייעול השירותים

1. מרפאות בקהילה

ההוצאה בתחום המרפאות בקהילה מגיעה בדרך כלל ל-25%-35% מן ההוצאה הלאומית לבריאות בכל מדינה ומכאן החשיבות שיש לניתוחה לייעול שירותים אלה. המרפאות בקהילה מספקות אבחון, ייעוץ וטיפול בידי רופא כללי, רפואה מונעת ורפואה מקצועית. להלן נבחן שתי שיטות שיש בהן פוטנציאל לייעול שירותי המרפאות בקהילה.

בארבע מתוך חמש המדינות שסקרנו — ארצות הברית, בריטניה, גרמניה וקנדה — רופאי הקהילה הם עצמאיים; רק בשוודיה רופאי הקהילה הם שכירים. שיטת התשלום לרופאי הקהילה שונה ממדינה למדינה. בארצות הברית נהוגה שיטת ה"שכר תמורת שירות"; בבריטניה נהוג תשלום גלובלי הכולל מרכיב קפיטציה; בגרמניה מקובלת שיטה של שכר מוגבל עבור שירות. אולם בכל השיטות הללו התשלום לרופא כולל גם את התשלום עבור הצוות המסייע לרופא. רופא הקהילה קובע את היקף הצוות המסייע (אחיות, מזכירות ועוד) והוא המעסיק הישיר של הצוות. שיטה זו יוצרת אצל רופא הקהילה הנעה לחסוך, במידת האפשר, בצוות מסייע. אשר להוצאה על תרופות, בחמש השנים האחרונות גדלה ההוצאה הריאלית לתרופות בקהילה בבריטניה בשיעור של יותר מ-4% מדי שנה ואין בידי הממשלה יכולת לבלום גידול זה. ההוצאה לתרופות עולה

הליבה" ורשות הבריאות הממלכתית היא שתקבע את הספק המועדף.

בקרה של היצע כוח האדם כל המדינות שסיירנו בהן רואות בשיעור הגידול במספר הרופאים מדי שנה משתנה מרכזי המסביר את שיעור הגידול בהוצאה הריאלית לבריאות. באונטריו שבקנדה גדל מספר הרופאים בשנים האחרונות ב-4% מדי שנה. לדברי משרד הבריאות באונטריו זאת היא הסיבה העיקרית לגידול של 6% בערך בהיקף הפעילות שהרופאים מבצעים.

בבריטניה היחס בין מספר הרופאים לאוכלוסייה הוא מן הנמוכים בעולם המערבי: 1.3 רופאים ל-1,000 נפש. גם שיעור הגידול במספר הרופאים מתון מאוד ולטענת משרד הבריאות הבריטי הדבר מסייע להם למנוע גידול ממשי בהוצאות לבריאות. בגרמניה נוספים מדי שנה בערך 12,000 רופאים, בעוד שצורכי המערכת אינם עולם על 6,000-7,000 רופאים. הגידול המתמשך במספר הרופאים (בערך 4% לשנה) הביא לדעת משרד העבודה בגרמניה לגידול מקביל בהוצאות לבריאות.

בשל הקשר ההדוק בין מספר הרופאים לגידול ההוצאה לבריאות מדינות שונות מפעילות כלים לבקרה על היצע הרופאים או שיש בכוונתן לעשות כן. כלים אלה הם: חוקי הגירה, המונעים כניסת רופאים זרים (כך באנגליה, בגרמניה, בשוודיה, בקנדה ובארצות הברית); הגבלת מספר התלמידים לרפואה (באנגליה ובשוודיה); הגבלת מספר מקומות העבודה לרופאים (באנגליה ובשוודיה). לעומת הגידול במספר הרופאים, המאפיין מדינות אחדות, קיים בכל חמש המדינות שנסקרו מתסור גדול באחיות. המתסור בכוח אדם הוא במקרה זה בלם לגידול בהוצאות בתחום הבריאות. מתסור מיוחד בכוח אדם קיים בשוודיה, שהיא

שייכים לפרובינציה (County), אבל בשנים האחרונות חל בשוודיה תהליך של ביזור. כל פרובינציה מחולקת לתת-אזורים וכל תת-איזור הוא גוף עצמאי שבאחריותו מספר מצומצם מאוד של בתי חולים. בחלק מבתי החולים הונהג תקציב חטיבתי וכל מנהל חטיבה אחראי על כלל מערכת השירותים בחטיבה שלו, לרבות המרפאות באיזור. בבריטניה בתי החולים הם בבעלות האזורים של רשות הבריאות הממלכתית. בכך בריטניה שונה מן המדינות האחרות, שכן במקום בעלות משפטית אחת מצויים בה מספר גדול יחסית של בתי חולים. הממשלה הגיעה למסקנה, שמצב זה אינו רצוי מבחינת ייעול השירותים ובכוונתה לעודד את בתי החולים להיות אישיות משפטית נפרדת (Self-governing).

היות בית חולים אישיות משפטית נפרדת מאפשרת לו לקיים בידו סמכות מלאה (בכפוף למגבלת המקורות) בכל הנוגע להיקף כוח האדם; בית החולים מסוגל בעת הצורך לצמצם את היקף כוח האדם שלו ואינו חייב להתחשב בהסכמי תקינה כלשהם. גם בתחום של שכר העבודה נהנה בית החולים מעצמאות, אבל כאן יש הבדלים בין בית חולים לבית חולים. חלק מבתי החולים שהם אישיות משפטית נפרדת נהנים מגמישות מלאה בקביעת שכר עובדיהם (בעיקר בתי חולים פרטיים וגם חלק מבתי החולים הוולונטריים-פרטיים כאשר מדובר בעובדים שאינם מאוגדים באיגודים המקצועיים). המצב השכיח הוא, שקיימים איגודים מקצועיים המקיימים משא-ומתן עם קבוצת מעסיקים. אולם גם במקרה זה בית החולים נהנה מגמישות מה אם בחלוקת התוספת המוסכמת בתוך בית החולים ואם בחלוקת תוספת שכר מעבר לעדכון המינימלי בהתאם למצבו הכלכלי של בית החולים. בתי החולים העצמאיים האלה נהנים

כעת על שליש מן ההוצאה על מרפאות בקהילה והיא עולה גם על שכר הרופאים הרושמים את התרופות. משרד הבריאות הבריטי מצא שונות גבוהה מאוד בהוצאה על תרופות באזורים שונים בבריטניה. שונות זו אינה יכולה להיות מוסברת רק בהבדלים דמוגרפיים בין האזורים והיא נובעת במידה רבה מהתנהגות שונה של רופאים בתחום מרשמי התרופות ומהעדר אינטרס ישיר של הרופאים בתחום ההוצאה על תרופות.

על-פי המדיניות החדשה שגיבשה הממשלה ב"ספר לבן" מוצע שלכל רופא כללי יהיה תקציב לתרופות שיתבסס על הוצאות לתרופות בעבר תוך התחשבות בהוצאה הממוצעת לתרופות על-פי סוג האוכלוסייה הרשומה אצל הרופא. מטרת ההצעה היא לצמצם את השונות בין הרופאים בשימוש בתרופות ולמנוע גידול בלתי נחוץ ולא מבוקר בהוצאה על תרופות.

2. בתי חולים

בכל אחת מן המדינות ההוצאה על בתי חולים היא מרכיב מרכזי בהוצאה הלאומית לבריאות. בדרך כלל היא נעה בין 35% ל-60% מן ההוצאה הכוללת. להלן נבחן מספר שיטות הנהוגות במדינות שונות ויוצרות תמריצים לניהול יעיל של בתי חולים.

בדרך כלל כל בית חולים הוא אישיות משפטית נפרדת ומשום כך הוא נהנה ממידה רבה של עצמאות בכל הנוגע לניהול. כך בשוודיה ובגרמניה. בארצות הברית רוב בתי החולים הם פרטיים או וולונטריים פרטיים ורק 29% מבתי החולים הכלליים הם בבעלות ציבורית. במקרים אלה לפעמים כמה בתי חולים נכללים במסגרת של אישיות משפטית משותפת. למשל, בניו יורק 23% ממספר המיטות הכלליות בעיר שייכות לעירייה ומהוות אישיות משפטית אחת משותפת. בשוודיה בתי החולים אמנם

נהוגה שיטת תקצוב (כאשר קונה השירות הוא גם ספק השירות, או קביעת סכום גלובלי עבור כל היקף שירותי האשפוז). הודות לשיטת ה-D.R.G. בתי החולים בארצות הברית נהנים מהנעה גבוהה לצמצם הוצאות ליחידת שירות.

כדי לצמצם את ההוצאות בתי החולים נוקטים צעדים שונים: צמצום משך השהייה בעזרת טכניקות של הנדסת ייצור (ביטול "זמנים מתים" תוך-כדי האשפוז); צמצום כוח האדם בעזרת שיטות חדישות לוויסות כוח אדם כהתאם לעומסים; שימוש בכוח אדם זול יותר כאשר הדבר אפשרי (ביצוע פעולות אחדות של אחיות בעזרת כוח עזר); תקציב מחלקתי.

יחד עם זאת שיטת ה-D.R.G. יוצרת גם הנעה להגדיל את היקף הפעילות של בית החולים. משום כך, למרות ההנעה להפחית את ההוצאה לכל טיפול, אפשר שסך כל ההוצאה דווקא יגדל.

בשיטות התקציב למיניהן לא נוצרת בדרך כלל הנעה פנימית לבית החולים לצמצם את ההוצאות ליחידת שירות וצמצומים כאלה נוצרים כאשר הגוף המתקצב מחליט להפחית את הוצאות בית החולים.

באנגליה מתחזקת בשנים האחרונות מגמה לרכוש חלק משירותי העזר של בית החולים מקבלנים פרטיים (כביסה, מזון, ניקיון וכו'). הקנייה מתבצעת כאשר קיימת כדאיות כלכלית לרכישת שירותים מחוץ לבית החולים. בכריטניה הביאה מגמה זו להחלשה רבה של אחד מן האיגודים המקצועיים המיליטנטים ביותר, שהשכית בעבר לעתים קרובות את שירותי העזר של בית החולים. במדינה זו נערך גם ניסיון להעביר את ניהול שירותי העזר בכמה בתי חולים לניהול פרטי כאשר העובדים עדיין שייכים לבית החולים. הכוונה הייתה להנהיג טכניקות ניהול מודרניות שישפרו את יעילות שירותי העזר.

מגמישות מלאה בקביעת ההוצאה (בכפוף למגבלת המקורות) ובחלוקתם בין נושאים שונים. בדרך כלל רכישת תרופות, ציוד וחומרים אחרים מבוצעת בדרך של שיתוף בין כמה בתי חולים תוך ניצול היתרון לגודל. בשל שיטת ההתחשבנות הנהוגה בארצות הברית, בית החולים העצמאי נהנה מגמישות גם בקביעת היקף הכנסתו הודות להוספת שירותים. בקנדה, בכריטניה (היום), בשוודיה ובגרמניה קיימת מערכת תקצוב של בית החולים (סכום אחד גלובלי) ומכאן שהגמישות לשנות את היקף ההכנסות קיימת באופן מוגבל בלבד. למשל, בכריטניה ובגרמניה בית החולים יכול להגדיל את הכנסותיו במידת מה באמצעות מכירת שירותים רפואיים לאזרחים במימון פרטי. בשוודיה ובקנדה בית החולים יכול לגבות תשלומים נוספים באמצעות שירותים מלונאיים משופרים. הגמישות לשנות את הכנסות בית החולים במהלך השנה מוגבלת אפוא במדינות אלה.

לסיכום, בדרך כלל בשלוש מתוך חמש המדינות כל בית חולים הוא אישיות משפטית נפרדת; בשוודיה בתי החולים הם עצמאיים מבחינה כלכלית. כריטניה היא כיום יוצאת דופן מבחינה זו ובכוונת ממשלתה לשנות מצב זה. לפעמים מספר בתי חולים מתאגדים בארגוני רכישות כדי ליהנות מיתרון לגודל. בתי חולים שהם אישיות משפטית נפרדת נהנים מרמת עצמאות גבוהה יחסית בתחום ההוצאה ומרמת עצמאות מוגבלת יותר בתחום ההכנסה, בהשוואה לבתי חולים השייכים לארגון ציבורי מרכזי. על כל בתי החולים חלות בדרך כלל מגבלות בתחום פיתוח שירותים חדשים.

אשר לשיטות ההתחשבנות, מבין חמש המדינות, רק בארצות הברית נהוגה שיטת תשלום היוצרת קשר ישיר בין התשלום ובין התפוקה (ניתוח, טיפול וכו'). בשאר המדינות

אין צורך בפרוצדורות מיוחדות הכלולות במסגרת השירות, כגון: בדיקות מיותרות לפני ניתוח); איכות השירות אינה מספקת; סדרי עדיפות בלתי אופטימליים בהספקת השירות.

2. שירותי בריאות שאינם תורמים לרמת הבריאות

מספר מדינות החלו לפתח את נושא הערכת הטכנולוגיות (Technology Assessment). הערכות אלה בודקות באופן מדעי את התרומה של שיטות טיפול שונות. הכנסת תרופה חדשה לשימוש כרוכה בכל המדינות בתהליך מוסדר של אישור. לעומת זאת, בדרך כלל אין תהליך מוסדר של בדיקה מדעית לפני הכנסת טכנולוגיה חדשה או סוג טיפול חדשני ולרופאים ניתן חופש רב בקביעת דרך הטיפול והשימוש בטכנולוגיות שונות. הערכת טכנולוגיות יכולה למנוע שימוש בשיטה שאינה תורמת לשיפור מצבו של החולה ולעתים אף עלולה להזיק לו.

קיימים סוגי טיפול שהם נחוצים מאוד במקרים אחדים, אבל הם מיותרים ובלתי מועילים לחולים אחרים. השונות הגבוהה בכל הנוגע לכמות הניתוחים שמבצעים בתי חולים באזורים שונים ובמדינות שונות מלמדת, שיש המרכיבים להשתמש בטיפול זה או אחר הרבה מעבר למוצע. ניתן להסביר זאת במתן טיפולים גם כאשר לא היה בהם צורך (כמובן שיש גם מקרים הפוכים).

שיטה שהוכיחה את עצמה כמסתנת טיפולים מיותרים היא שיטת ההשוואה בין יחידות שונות. בשוודיה, למשל, בדק מכון מחקר (SPRI) כמה ניתוחים קיסריים מבצעת כל מחלקת יולדות בתקופה מוגדרת. השונות בין המחלקות היתה גבוהה. נתוני הסקר הופצו בין המחלקות והגורמים הקשורים לנושא. אחרי ארבע שנים פחת ממוצע הניתוחים וירדה השונות בין המחלקות.

בחלק גדול מבתי החולים נהוגה שיטה של תקציב מחלקתי או שיש בדעת בית החולים להפעיל שיטה כזאת. המטרה היא להעניק סמכויות ועצמאות ניהולית גם ברמת המחלקה ובמקביל לתבוע ממנהל המחלקה אתריות תקציבית. הנושאים הנכללים בתחום התקציב הם: כוח אדם, תרופות, בדיקות ורכישת שירותי עזר מבית החולים (כביסה, מזון וכו'). מקובל גם לערוך השוואת הוצאות בין מחלקות, לאתר חריגים ולפרסם זאת. לטענת בתי החולים, עצם האיתור והפרסום מביא בהמשך לניהול יעיל יותר של המחלקה.

ט. הקשר בין שירותי הבריאות לרמת השירות

1. כללי

הספקת שירותי בריאות אינה אלא אמצעי להשגת השיפור ברמת הבריאות של האוכלוסייה. בשנים האחרונות גברה בחמש המדינות שסקרנו ההתעניינות בקשר שבין שירותי הבריאות המסופקים לרמת הבריאות של האוכלוסייה. לא מן הנמנע, שהלחצים התקציביים המאפיינים את מערכות הבריאות תרמו גם הם להתעניינות בנושא זה. ההנחה היא, ששיפור הקשר בין שירותי הבריאות לרמת הבריאות יכול להעלות את רמת הבריאות ללא תוספת מקורות.

הבעיה המרכזית היא, שקשה מאוד למדוד רמת בריאות ובעיקר לאמוד את הקשר בין שירותי הבריאות לרמת הבריאות. יחד עם זאת, ניתן לציין ארבע סוגי בעיות הזוכות להתעניינות רבה במיוחד בתחום זה: הספקת שירותי בריאות שאינם תורמים כלל לרמת הבריאות; ביצוע פרוצדורות מיותרות (במקרה זה אפשר שהשירות מוצדק, אבל

שיעור מטופלים עם פצעי לחץ במחלקות
שונות ועוד).

5. סדרי עדיפויות בלתי אופטימליים
גם אם נניח שכל השירותים המסופקים
מוצדקים ויש להם תרומה כלשהי לשיפור
רמת הבריאות, ייתכן ששינוי בהרכב סוג
השירותים ישפר יותר את רמת הבריאות של
האוכלוסייה. קביעת סדרי העדיפויות כתוך
מערכת הבריאות היא בעייתית מאוד בעיקר
בלל העדר היכולת לכמת באופן מדויק את
רמת הבריאות. אמנם נעשו בשנים האחרונות
מחקרים המנסים לכמת בעזרת מדדים שונים
את רמת הבריאות של הפרט (למשל, מדד
ה-QALY, שהוא מדד משוקלל לאריכות
חיים ולאיכות חיים). אולם למודלים אלה
יש כמה מגבלות ולא מצאנו שמסתייעים
בהם באופן ממשי. יחד עם זאת, קיימות
מספר מגמות בכל חמש המדינות באשר
לשינוי הרצוי בסדרי העדיפויות.

מעבר משירותים מוסדיים לשירותים קהילתיים
מעבר זה נתשב רצוי בכל תחומי שירותי
הבריאות: ביצוע ניתוחים אמבולטוריים
במקום אשפוז; חיזוק מעמדו של
רופא הקהילה מתוך מגמה למנוע
קשר תכוף עם בית החולים הכללי;
שירותים קהילתיים לחולים סיעודיים ולחולי
נפש כתחליף למיסוד. פיתוח השירותים
קהילתיים כתחליף לשירותים מוסדיים
בתחום הגריאטרי ובתחום הפסיכיאטרי
ראויים לתשומת לב מיוחדת.

ברוב המדינות שסיירו בהן פיתוח
שירותים קהילתיים הביא לבלימת הגידול
במספר המיטות לחולים סיעודיים ובמקרים
אחדים אף לצמצום מספר המיטות הכולל.
תופעה דומה ואף ביתר שאת קיימת בתחום
השירותים הפסיכיאטריים.

3. פרוצדורות מיותרות

רופאים שונים מפעילים שיטות שונות
לביצוע אותו טיפול. חלק משיטות אלה
הוא פרי מסורת שהתגבשה במהלך השנים
ואינן תורמות בהכרח לטיפול. המועצה
השוודית לטכנולוגיה (Swedish Council
of Technology) מצאה בשנת 1989, שרוב
הבדיקות השגרתיות המבוצעות לפני ניתוח
אינן תורמות מידע בעל ערך כלשהו ולפיכך
ניתן להימנע מלבצען, למעט עבור אוכלוסיות
המוגדרות כבעלות סיכון.

קוני השירותים אינם מעוניינים לממן
פרוצדורות שאינן תורמות לבריאות הציבור
ובאחרונה עשו קוני השירותים ניסיון להגביל
פרוצדורות מיותרות בעזרת "ניהול מעשי"
(Utilization Management). בארצות
הברית הנהיגו כמה חברות ביטוח מסחריות
שיטה לפיה בית החולים צריך לקבל את
אישור קונה השירות (המממן) לפרוצדורות
אחדות (בדרך כלל אישור טלפוני). ביצוע
פרוצדורות ללא אישור הגורם המממן לא
יזכה את בית החולים בתשלום עבור
הפרוצדורות הללו. המממן מחליט אם לאשר
את הפרוצדורות לפי קריטריונים שקובעים
הרופאים.

4. איכות השירותים

איכות הטיפול הרפואי היא משתנה חשוב
ביותר בקשר שבין הספקת שירותי בריאות
לשיפור רמת הבריאות. כמה מדינות מפעילות
כלים שונים לבקרה ולהבטחת איכות הטיפול
הרפואי (Quality assurance). בארצות
הברית הפעילה הממשלה הפדרלית גוף
מיוחד (P.R.O.) העוסק בבקרה שוטפת
על איכות הטיפול הרפואי ביחידות שונות
(בעיקר בתי חולים). מוסד זה בודק גם אם
השיקולים שהפעיל הרופא בקבלת ההחלטות
היו מוצדקים. בשוודיה נערכים מחקרי
השוואה בנושא איכות הטיפול (למשל,

חדישות לשימוש. נוסף לכך, אין באמצעי זה כדי למנוע מנותני השירות להגדיל את נפח הטיפולים. בארצות הברית, למשל, הגדילו בתי החולים את נתח הטיפולים האמבולטוריים שאינם בשיטת ה-D.R.G. חסרון נוסף הוא, שהשקעות לא-אופטימליות נוטות להגדיל את ההכנסה ולא לשפר את רמת הבריאות. היתרון הוא שניתן לנותני השירות חופש פעולה ללא התערבות הממשלה.

קביעת התשומות מביאה לאי יעילות בשירותים שאינם מתוגמלים על תוספת עבודה ופוגעת בשירותים עצמם ההולכים ומצטמצמים עקב חוסר תקציב. לעומת זאת, שיטה זו אינה מאפשרת "ברירת" הוצאות מעבר למתוכנן ויש אפשרות לשמור על רמת הוצאה ציבורית מתוכננת (הברחה בשיטה זו היא לכיוון רפואה פרטית שברובה אינה בגדר הוצאה ציבורית).

האמצעי של הגבלת מספר הסטודנטים בבתי הספר לרפואה, הגבלת הגירת רופאים למדינה והגבלת מספר הרופאים העובדים במערכת, נועד גם הוא לצמצום ההוצאות, אבל הוא נתון ללחצים שונים (פוליטיים, חברתיים ועוד).

עידוד תחרות בין נותני שירותים נהוג בארצות כמו ארצות הברית, אנגליה וגרמניה, שבהן נהוג שוק חופשי. התחרות אינה על מחירים, אלא על איכויות הן בצד הרפואי והן בצד המלונאות. החסרון הוא, שבסופו של דבר מתגלה ששיטה זו אינה מביאה להורדת מחירים, אלא דווקא להעלאתם למשל, בארצות הברית, למרות תפוסה נמוכה יחסית בבתי החולים והתחרות על הלקוחות,

רפואה מונעת וקידום בריאות

כל חמש המדינות מייחסות חשיבות רבה לקידום נושאים אלה. יחד עם זאת, בפועל קיים קושי במדינות אלה לקצץ באופן ממשי בשירותים הקיימים ולהעתיק את המשאבים לרפואה מונעת ולקידום בריאות.

י. סיכום¹

כל המדינות שביקרנו בהן מתלבטות בבעיית העלייה הגדולה בהוצאות לבריאות, עלייה שהיא גדולה מעליית התל"ג. מרכיב זה נעשה בולט יותר ויותר בהוצאה הציבורית וקיים חשש רציני שהמערכת הציבורית לא תוכל לשאת בהוצאה זו ללא ויתורים גדולים על הוצאות אחרות או הזדקקות להעלאת מסים, שתפגע בסופו של דבר בכלכלת המדינה. המצב מחריף עוד יותר בגלל העובדה, שמרכיב האוכלוסייה המבוגרת (65 ומעלה), שהם צרכני השירותים הגדולים ובעלי ההכנסה הנמוכה, עולה משנה לשנה. כדי להתמודד עם הבעיה נוקטות המדינות האלה דרכים אחדות: קביעת מחירים, קביעת התשומות שתקבל מערכת הבריאות באמצעות תקציב מרכזי, פיקוח על כוח האדם במערכת הבריאות, יצירת תחרות בין ספקי שירותים, שיטות התחשבנות. לכל אחד מאמצעים אלה יש יתרונות וחסרונות. למשל, קשה לשמור על מחירים משום שספקי השירותים מפעילים לחצים גדולים להעלאתם וגם בגלל הכנסת טכנולוגיות

1 הבאנו כאן רק את מסקנותינו הנוגעות למעלותיהן ולחסרונותיהן של השיטות הנהוגות בארצות שסקרנו. בדוח שחיברנו בעקבות ביקורנו הובאו גם המלצות הנוגעות לישראל. אנו מפנים את הקורא המעוניין לדוח המקורי, "מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות - תיאור וניתוח הממצאים", ירושלים, אוקטובר 1989, ושם גם רשימת כל האישים, המוסדות והחיבורים שנעזרנו בהם.

השירות אין כל השפעה על היקף הביקושים.

— תשלום עבור כל יחידת שירות המוגבל באופן חלקי או מלא בתקציב. שיטה זו נהוגה למשל בגרמניה ומביאה לכך, שכל ההוצאה לרופאים נקבעת באופן גלובלי, ואילו חלקו של כל רופא ב"עוגה" נקבע בשיטת ה"שכר עבור שירות", המשלבת בתוכה את היתרונות של התקציב הגלובלי בנושא בקרת ההוצאות עם יתרונותיה בתחום היעילות.

— תקציב גלובלי לספק השירות עבור מכלול של שירותים או שיטת קפיטציה תוך-כדי התחשבות ב-Case-mix ופרסום השוואת תפוקות בין ספקי שירות שונים. התחשבות ב-Case-mix והשוואת תפוקות תכליתן למנוע מצב שבית החולים יצמצם את תפוקותיו במסגרת התקציב הנתון ויפחית בכך את יעילותו.

קביעת התעריף ליחידת שירות או הסכום הגלובלי עבור מכלול של שירותים יכול להיעשות בדרך של צו מינהלי (קביעת מחיר יום אשפוז ממוצע), משאומתן בין קוני השירותים ובין ספקי השירותים או בדרך של מכרזים. שיטת המכרזים בין ספקי השירותים מתפתחת בשנים האחרונות בארצות הברית במגמה לבלום את הגידול בהוצאות וגם ממשלת בריטניה החליטה לאמצה במסגרת הרפורמה שהיא מתכננת בשירותי הבריאות. שיטת ההתחשבות בין קוני השירותים ובין ספקי השירותים בארצות הברית, שיטת עבודת הרופאים בכתי החולים, מעורבות המעסיקים במימון הפרמיה, שיטת ההתחשבות בין המעסיקים ובין חברות הביטוח ושילובן של בעיות בתחום יחסי עבודה באשר לתשלום הפרמיה, כל אלה ואחרות הן סיבות לכך, שבארצות הברית לא מתקיימת באמת תחרות בין ספקי השירותים. ברוב המדינות שביקרנו בהן נהוגה שיטת

לא ירדו מחירי האשפוז. עד כה לא הוכח שהתחרות בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי הביאה להגברת היעילות. רק בשוודיה העלה מחקר אחד שרופאי השיניים הפרטיים יעילים יותר בכל הנוגע לשימוש בהון ובניצול טוב יותר של הכיסאות (דהיינו יעילות בטיפול במספרי המטופלים). מצד שני, המחיר הממוצע במגזר הפרטי גבוה בהרבה מזה שבמגזר הציבורי וגם התפוקה השולית במגזר זה גבוהה יותר מאשר במגזר הציבורי. התייעלות מגזר פרטי ליד מגזר ציבורי אינה מביאה להתייעלות המערבת, אלא פותרת חסרונות של המערכת הציבורית. מחיר הפתרון הזה גבוה בדרך כלל, אבל הוא אינו בא מן הקופה הציבורית.

הנהגת ביטוח בריאות פרטי אינה יכולה לכסות את כל האוכלוסייה וחלקים ממנה נשארים ללא ביטוח, דבר המחייב את התערבות הממשלה. התערבות זו (סכסוד השכבות החלשות), שלכאורה היא נכונה מבחינה כלכלית, התגלתה בסופו של דבר כיקרה מאוד.

לשיטות ההתחשבות בין קוני השירותים לספקי השירותים יש השפעה רבה על יכולתו של קונה השירותים לבקר ולרסן את ההוצאה. מגיתוח הממצאים שהעלינו בחמש המדינות עולה, ששיטות תקצוב או קביעת סכום גלובלי למכלול שירותים מאפשרות לקונה השירות בקרה טובה יותר על ההוצאה מאשר תשלום נפרד לכל סוג שירות (תשלום עבור שירות), הגם שהתעריף נקבע מראש. יחד עם זאת, ראוי לציין שדווקא שיטת התשלום הקבוע מראש לכל סוג של שירות נותנת לספק השירות הנעה להתייעל ולהקטין את ההוצאה ליחידת תפוקה. הנעה פנימית כזאת אינה קיימת בשיטות התקצוב שבדקנו. הפתרון הנכון יכול להיות בשלושה כיוונים: — יישום שיטת התשלום הקבוע מראש עבור כל יחידת שירות, כאשר לספק

נוקטים צעדים שונים לצמצום הוצאות, כגון: תקציב מחלקתי, השוואת עלויות בין מחלקות, פתיחת "צווארי בקבוק" ועוד. במדינות אחדות קיים תשלום ישיר עבור תרופות ובמדינה אחת (שוודיה) קיים גם תשלום עבור ביקור אצל רופא. נראה, שנוהג זה אינו סותר את עקרון הרפואה הציבורית. באותו אופן גם השירות הרפואי הפרטי בתוך בית חולים ציבורי, הקיים בכמה מדינות, אינו יוצר תסיסה ואינו מעורר ככל הנראה בעיות חברתיות. בכמה ארצות ניתן גם לקנות שירותי מלונאות משופרים במתקן ציבורי.

הרופאים העצמאיים, לפיה הרופא בקהילה עצמאי והתשלום לרופא כולל את כל כוח העזר המועסק ישירות אצלו. השיטה הזאת יוצרת הנעה לרופא לא להעסיק כוח עזר מעבר לצורך.

המצב השכיח בחמש המדינות הנסקרות הוא, שכל בית חולים הוא אישיות משפטית נפרדת. שיטה זו, להבדיל מבעלות מרכזית על בתי חולים, נותנת לבתי החולים כלי ניהול יעילים יותר המשפרים את תפקודו ויעילותו. כדי לייעל את השירותים שהם מספקים, בתי החולים שהם אישיות משפטית נפרדת

שווקים-למחצה ומדיניות חברתית בבריטניה

מאת פרופ' ג'וליאן לה גרנדי

א. מבוא

לאור אידיאולוגיית השוק של ממשלת 1979 והרטוריקה שליוותה את הופעתה, ניתן היה לצפות לכך, שמדינת הרווחה תהיה קורבן מידי של המלחמה נגד הקונסנזוס בנוגע לכלכלה המעורבת בנוסח קיינס, שהממשלה החדשה היתה אמורה להפעיל. אולם, להפתעת פרשנים רבים נמנעו בדרך כלל שתי הממשלות הראשונות של תאצ'ר מעימות ישיר עם מערכת הרווחה. פרט ליוצא מן הכלל הגדול של מכירת דירות של הרשות המקומית (council houses) נשאר המבנה הבסיסי של מדינת הרווחה בשנת 1987 דומה במידה רבה לזה של שנת 1979. הרוב המכריע של האוכלוסייה המשיך לקבל שירותים מן המערכות שמימנה וסיפקה המדינה: חינוך, בריאות, טיפול רפואי, שירותים חברתיים וביטוח סוציאלי. אפילו חלקם של המשאבים הלאומיים שהופנו לרווחה ציבורית לא השתנו במידה רבה; בשנת 1987/88 הוא היה בדיוק אותו אחוז מן התוצר המקומי הגולמי (23%) כמו בשנת 1978/79 (Le Grand, 1990b).

כאשר הגיעה ממשלת תאצ'ר לשלטון בשנת 1979, היתה מדינת הרווחה תחום הפעילות הגדול ביותר שנשאר מחוץ לשוק (non-market activity) בכלכלת בריטניה. חלק האדי של הביטוח הסוציאלי, החינוך והטיפול הרפואי, וחלק נכבד של השיכון והטיפול הסוציאלי, הופקו, הוקצו וחולקו באמצעות מנגנונים ביורוקרטיים. רבות מפעילויות אלה גימדו את פעילויות השוק. שירות הבריאות הלאומי (National Health Service או NHS), למשל, היה המעסיק הגדול ביותר במערב אירופה; ומדינת הרווחה בכללותה צרכה כמעט רבע מן התוצר המקומי הגולמי.

בתחומים אלה, כמה שנוצר ומי קיבל את פירות הייצור לא היו תוצאה מקרית של החלטות אינטרסנטיות של יצרנים וצרכנים בודדים הפועלים בשוק תחרותי, אלא תוצאה של הכרעות מודעות של פוליטיקאים, ביורוקרטים ואנשי מקצוע הפועלים בסביבה ביורוקרטית אשר כוונתם, הגלויה לפחות, היתה לקדם את האינטרס הציבורי.

השאלה מדוע בדיוק התקיימה יציבות בסיסית זו היא שאלה מעניינת, אבל לא

* בית-הספר ללימודים אורבניים מתקדמים (School for Advanced Urban Studies Rodney Lodge, Grange, Road, Clifton, Bristol, B58 4EA, England). הרצאה מס' 7 לזיכרו של ריצ'רד טיטמוס. ניתנה ביוני 1991 בבית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים. תרגם מאנגלית עמוס פלד.

המספקת של שירותים. במקום זה היא אמורה להיות בראש וראשונה מממנת ולרכוש שירותים ממגוון ספקים פרטיים, וולונטריים וציבוריים, שכולם פועלים מתוך תחרות זה עם זה. גם שיטת המימון אמורה להשתנות. המשאבים לא יוקצו עוד במישרין לספקים באמצעות מנגנון ביורוקרטי. במקרים אחדים המדינה ממשיכה לפעול בתור הרוכש הראשי, אבל המשאבים מוקצים באמצעות תהליך של מכרזים. במקרים אחרים ניתן תקציב מיועד (earmarked budget) או "שובר" (voucher) במישרין למשתמשים הפוטנציאליים או לגורמים הפועלים מטעמם, ואלה יכולים לחלק את התקציב לפי ראות עיניהם בין הספקים המתחרים.

אם הרפורמות הללו תבוצענה במלואן, מדינת הרווחה בשנות ה-90 תהיה ייצור שונה לחלוטין ממדינת הרווחה של 45 השנים הקודמות. במסגרת מערכת הרווחה "הישנה" היו הרשויות המקומיות הבעלים של גני ילדים, בתי-ספר יסודיים ובתי-ספר תיכוניים והן הפעילו אותם ומימנו אותם ישירות; הן מימנו והפעילו קולג'ים ובתי-ספר פוליטכניים מקומיים; הן היו הבעלים והמנהלים של מלאי גדול של שיכונים ציבוריים, השכירו אותם לדיירים בשכר דירה מסובסד; הן היו הבעלים והמפעילים של מעונות ומתקנים אחרים לטיפול בילדים, בקשישים ובאנשים בעלי מוגבלויות גופניות או נפשיות. באורח דומה היתה הממשלה המרכזית הבעלים והמפעילים של בתי-חולים ומתקנים רפואיים אחרים; היא מימנה וסיפקה את השירות של רופא המשפחה הכללי ומימנה וקבעה את מספרי הסטודנטים שילמדו באוניברסיטאות.

בשנות ה-90 עדיין יממנו הממשלה המרכזית והרשויות המקומיות את רוב הפעילויות האלה. אבל אם יתנהל תהליך הרפורמה כמתוכנן, הן לא תספקנה את

אעסוק בה כאן (היא נדונה בהרחבה במקום אחר; ראה, למשל, Le Grand & Winter, 1987; Le Grand, 1990b). תהיה הסיבה אשר תהיה, השקט לא היה עתיד להימשך זמן רב. בשנים 1988 ו-1989 נערכה מתקפה גדולה על המבנים הביורוקרטיים של הספקת שירותי רווחה. במבט לאחור שנים אלה תיראינה כמכריעות בהיסטוריה של המדיניות החברתית של בריטניה, שכן בהן החלה הממשלה השמרנית ליישם תוכנית של שינוי בעל אוריינטציית שוק במדינת הרווחה.

בשנת 1988 נתקבל חוק הרפורמה בחינוך (Education Reform Act), שהוא אולי חוק החינוך החשוב ביותר מאז מלחמת העולם השנייה. משרד החינוך החל להנהיג שיטת מימון שונה לאוניברסיטאות ולבתי-הספר הפוליטכניים. בחוק זה גם נכללה הצעה להעניק הלוואות לסטודנטים (Department of Education and Science, 1988). באותה שנה הוחל בעריכת בחינה מקיפה של שירות הבריאות הלאומי והדו"ח עליה הוגש לבסוף בינואר 1989 ונכללו בו הצעות רדיקליות לארגון מחדש של שירות הבריאות הלאומי (Department of Health, 1989b). באותה שנה פורסם דו"ח גריפית על שירותים חברתיים אישיים (Griffith, 1988) והממשלה קיבלה את המלצותיו במלואן בספר לבן מדצמבר 1989 (Department of Health, 1989a). באותן שנים נתקבלו גם שני חוקים חשובים הנוגעים לשיכון הציבורי: חוק הדיור (Housing Act) משנת 1988 וחוק הדיור והשלטון המקומי (Housing and Government Act) משנת 1989.

לכל הרפורמות הללו היה קו דמיון יסודי: להכניס להספקתם של שירותי הרווחה את מה שניתן לכנות בשם "שווקים-למחצה" (quasi-markets). בכל מקרה ומקרה הכוונה היא, שהמדינה תחדל להיות הן המממנת והן

רצויות כאחד, ואלה מהוות את הבסיס לרוב המשכו של מאמר זה. אולם תחילה יש צורך לדון קצת יותר בתופעה של שוק-למחצה עצמה¹.

ב. התופעה של שוק-למחצה

בכל הנוגע למדינת הרווחה, הנהגת שווקים-למחצה החלה בהיקף מוגבל בשנים הראשונות לשלטונה של הממשלה השמרנית עם העברתם לקבלנים פרטיים של שירותי הספקת המזון והניקיון בשירות הבריאות הלאומי, ושל בתי-הספר העצמאיים שקיבלו סיוע ישיר ועם הכללת מענק דיור כמערכת הביטוח הסוציאלי של הקשישים. העברת הספקת המזון והניקיון לקבלני חוץ היתה דוגמה מוקדמת למדינה המפסיקה לשמש ספקית והנעשית כעיקר קניינית של שירותים. להתערבות המדינה בתור קניינית במסגרת מענקי הדיור לקשישים והקיצבאות האחרות נוסף עוד מימד – המימון לבש למעשה צורה של מעין שובר והמשאבים הועברו לפי העדפותיהם של המשתמשים בשירותים האמורים.

אולם "המפנה הגדול" אירע עם הנהגת הרפורמות של 1988 ו-1989. חוק הרפורמה בחינוך של 1988 כלל ארבעה יסודות של שוק-למחצה: הרשמה פתוחה לפי בחירה, נוסחת מימון (formula funding) של בתי-ספר, ניהול מקומי של בתי-הספר ומתן אפשרות לפרוש ממערכת החינוך של הרשות

השירותים האמורים (או, אם תעשינה כן יהיה תפקידן יותר ויותר תפקיד של ספק שולי). במקום זה יסופקו שירותי הרווחה בעיקר בידי מגוון של סוכנויות עצמאיות; בתי-ספר עצמאיים שפרשו ממסגרת החינוך של הרשויות המקומיות ואחרים יתחרו על תלמידים שימומנו בידי המדינה; קולג'ים, בתי-ספר פוליטכניים ואוניברסיטאות עצמאיים יתחרו על סטודנטים שיותר ויותר מהם ימומנו באורח פרטי. בתי-חולים עצמאיים מסוגים שונים יתחרו על חולים עם בתי-חולים המנוהלים במישרין; מעונות פרטיים וולונטריים ידאגו ללקוחות של השירותים החברתיים ברשויות המקומיות; אגודות שיכון, או אפילו בעלי בתים פרטיים, ינהלו שיכונים שהיו שייכים בעבר לרשויות המקומיות.

שינויים אלה מייצגים אפוא ניתוק של ממש מן העבר. הם גם מציבים אתגר בפני הניתוח הכלכלי של המדיניות החברתית. מה הן התוצאות הכלכליות הצפויות של רפורמות אלה? האם הן יצמצמו את העלויות ועל כן יביאו ליעילות רבה יותר, כפי שטוענים חסידיהן? או שהן יביאו ליצירת גורמים אחרים לחוסר יעילות ויחד עם זה גם לאי שוויון רב יותר, כפי שטוענים מבקריהן? לא נוכל להשיב כראוי על השאלות הללו עד אשר יפעלו שינויים אלה את מלוא פעולתם במערכת ודבר זה עתיד להתרחש רק בעוד שנים אחדות. אבל ניתן להעלות מספר השערות תיאורטיות בדבר תוצאותיהן האפשריות של הרפורמות, רצויות ובלתי

1. קיבלתי הערות מועילות רבות מעמיתים בבית-הספר ללימודים אורכניים מתקדמים העובדים על תוכנית שווקים-למחצה (quasi-Market Programme) של בית-הספר ומעמיתים בבית-הספר הלונדוני לכלכלה (London School of Economics) העובדים על תוכנית מדינת הרווחה ESRC STICERD. מהדורות קודמות של מאמר זה היו הבסיס להרצאת אריק רול באוניברסיטת סאותהמפטון ולהרצאה באוניברסיטת דורהם וגם לספרו של המחבר (Le Grand, 1990a). המחקר נסתייע במועצה למחקר כלכלי וחברתי (Economic and Social Research Council), כחלק מהפעלת יוזמת השווקים (Functioning of Market Initiative) שלהם במסגרת מענק מס' W10225016.

וכוחרים בין מוסדות עצמאיים וכאשר הדפוס של הקצאת משאבים למוסדות הללו נקבע בחלקו על-פי דפוסי הבחירה של הסטודנט. גם הרפורמות בשירות הבריאות הלאומי כוללות את הנהגתם של שווקים-למחצה. החל מ-1 באפריל 1991 קיבלו בתי-חולים ויחידות שירות אחרות רשות לפרוש משליטת רשויות הבריאות; 57 כבר עשו זאת ורבים אחרים הביעו רצון להיכלל בגל השני. בתי-חולים עצמאיים ומרפאות בריאות אלה ואחרים יוכלו להתחרות במכרזים על חוזים עם רשויות בריאות ורופאי משפחה כלליים. כמו-כן, רופאי משפחה כלליים בעלי מרפאות מעל גודל ידוע יהיו רשאים לקבל מימון עבור כל חולה שלהם ולהוציא מימון זה על טיפול בבתי-חולים ועל טיפולים אחרים לפי בחירתם. התקציבים המוצעים לרשויות הבריאות ולרופאי משפחה כלליים לשם הוצאה על טיפול שיינתן לחולה במוסדות עצמאיים מתחרים גם הם בגדר הצעה למעין שובר. ההבדל הוא, שאת הבחירה עושים במקרה זה לא הצרכנים עצמם, כלומר החולים, אלא רופא המשפחה הכללי או רשות הבריאות, הפועלים כסוכן שלהם. על-פי הספר הלבן בעניין טיפול סוציאלי ימונה "מנהל מקרים אישיים" (case manager) לכל פונה. תפקידו יהיה לבנות חבילת טיפול עבור הפונה שמדובר בו, על יסוד התקציב שנקבע מראש. כהרכיבו את חבילת הטיפול יבחן מנהל המקרים האישיים הצעות של ארגוני-ספקים מתחרים, לרבות גופים ציבוריים וולונטריים של המגזר הפרטי. אפשר לראות במערכת המוצעת מערכת שוברים ביסודה, שבה מנהלי המקרים

המקומית. במסגרת ההצעות להרשמה פתוחה ההורים רשאים לרשום את ילדם בכל בית-ספר לפי בחירתם; במסגרת נוסחת המימון שהוצעה, בתי-הספר אמורים לקבל הקצאת מימון המבוססת על מספר התלמידים הנרשמים. על-פי תנאי הניהול המקומיים, הם רשאים להשתמש בהקצאה זו לפי ראות עיניהם. תנאי הפרישה מתירים לבתי-הספר להשתחרר מן המימון והפיקוח הישירים של הרשות המקומית ולקבל במקומם מימון ישיר מן הממשלה המרכזית. אפשר לראות בכל השינויים הללו גם יחד הנהגת מעין צורה של שובר חינוך הממומן בידי הממשלה המרכזית בד-בבד עם הקמתם של בתי-ספר שהם "עצמאיים" בעיקרם, כאשר הקצאת כספי המדינה לבתי-הספר נקבעת על-פי דפוסי הבחירה של הורים במקום באמצעות תהליך תכנון ביורוקרטי².

בחינוך הגבוה הולך ומתבצע מגוון של שינויים. אוניברסיטאות ובתי-ספר פוליטכניים חייבים עתה להגיש הצעות מימון עבור ההוראה לסטודנטים ממועצות המימון המתאימות שלהם³. באותו זמן מועלה שכר הלימוד לסטודנטים; מענקי הקיום לסטודנטים מוקפאים ומונהגות הלוואות משלימות למטרה זו (top-up loans). הראשון מבין שינויים אלה משקף שינוי מן המצב שבו המדינה היא הקניינית והספקית למצב שבו המדינה היא קניינית בלבד. זאת ועוד, המערכת של מענקים/הלוואות לסטודנטים מהווה את המרכיב הבסיסי של תוכנית השוברים (אף-על-פי שעתה יהיה על הסטודנט להחזיר חלק מערכו של השובר), כאשר הסטודנטים פועלים לפי העדפותיהם

2. השוברים בחינוך כבר נדונו בהרחבה (ראה Blaug, 1984 ומראי המקומות שם), אבל הם מיושמים לעתים רחוקות. בלקח שנרכש כמה שהיה אולי הניסוי היחיד כשוברים לפני ההרשמה הפתוחה דן מיינרד (Maynard, 1975).
3. תהליך המכרז הושעה בשנת 1990/91 לגבי האוניברסיטאות, אך בעת כתיבת שורות אלה הוא עדיין אמור ליצור את הבסיס למימון אוניברסיטאות בעתיד.

בצד הביקוש, כוח הקנייה של הצרכנים אינו מתבטא במונחים של כסף. במקום זאת, הוא מקבל צורה של תקציב מיועד (earmarked budget), או של "שובר" המוגבל לרכישת שירות מוגדר. כמו־כן, בצד הביקוש, בכמה מן התחומים הנדונים, כגון בריאות ושירותים חברתיים, הצרכן המידי אינו זה המממש את הבחירות הנוגעות להחלטות הרכישה; במקום זאת, העדפות אלה מואצלות לצד שלישי (מנהל מקרים אישיים, רופא משפחה כללי, או רשות בריאות).

שווקים-למחצה של רווחה אלה הם שונים אפוא מן השווקים הרגילים באחת או יותר משלוש צורות: ארגונים שאינם למטרות רווח המתחרים על חוזים ציבוריים, לפעמים תוך תחרות עם ארגונים למטרות רווח; כוח הקנייה של הצרכנים בצורת שוברים ולא במזומנים ובמקרים אחדים הצרכנים מיוצגים בשוק על-ידי סוכנים במקום שיפעלו בעצמם. כל השינויים הללו הם כמובן תוצר של הממשלה השמרנית הנוכחית; רבים מהם צמחו מצוותי החשיבה הימניים דוגמת המכון לעניינים כלכליים (Institute for Economic Affairs) או מכון אדם סמית (Adam Smith Institute). אולם, היבט חשוב של תופעת שוק-למחצה היא, שהצעות מסוג זה אינן מוגבלות לקצה השמרני של הקשת הפוליטית. בפרסום הממוקם מעט שמאלה מן המרכז Samizdat הציע מייקל יאנג שיטת שוברים לרופאי משפחה כלליים שתחליף את מבנה התשלומים הנוכחי המבוסס על תשלומים לפי נפש בטיפול (capitation fees) (Young, 1989). כמו בהווה יקבלו הרופאים תשלום עבור כל חולה הרשום בכרטיסת שלהם. אבל שלא כנהוג עתה, יצטרכו החולים לבחור מחדש מדי שנה את הרופא שלהם או לאשר את בחירתם הקודמת. לדעת יאנג: "...הדבר יבהיר לחולים שבתור

האישיים מחלקים בין המוסדות המתחרים את השוברים לטובת הפונים שלהם. גם כאן הקצאת המשאבים נקבעת על-פי בחירת הפונה (וזו מואצלת למנהלי המקרים האישיים), במקום על-פי נהלים של הקצאה מרכזית.

על-פי חוק הדיור של שנת 1988 המדינה ממשיכה לסכסד את המגורים של תושבי השיכונים בבעלות הרשויות המקומיות (כעיקר באמצעות מענקי דיור); אולם עכשיו הם יכולים לבחור את בעלי הבתים שלהם מבין הספקים המתחרים. מנגנון הבחירה שונה במקצת (רוכ הדיירים נדרשים להצביע למען אחת ההצעות או להימנע), אבל העיקרון זהה: במקום הביורוקרט, בחירתם של הצרכנים או של סוכן שלוח הפועל מטעמם (כאן, קבוצה של הדיירים עצמם), קובעת את הקצאת כספי המדינה לספקים.

כל ההתפתחויות הללו כרוכות אפוא בהנהגת שווקים-למחצה במדינת הרווחה. אלה הם "שווקים", משום שאת מקומם של ספקי המדינה המונופוליסטיים תופסים ספקים עצמאיים ומתחרים. הם "שווקים-למחצה" משום שהם גבדלים מן השווקים המקובלים בכמה דברים מרכזיים. ההבדלים הם הן בצד ההיצע והן בצד הביקוש. בצד ההיצע, כמו בשווקים הרגילים, קיימת תחרות בין יצרני השירותים או ספקי השירותים. משום כך, בכל התוכניות המתוארות יש מוסדות עצמאיים (בתי-ספר, אוניברסיטאות, בתי-חולים, מעונות, אגודות דיור, בעלי-בתים פרטיים) המתחרים על הצרכנים. אולם, בניגוד לשווקים הרגילים, מטרתם של הארגונים האלה אינה בהכרח להגיע למקסימום רווח; הם גם אינם נתונים בהכרח בבעלות פרטית. מה בדיוק ישאפו יוזמות אלה להגדיל ככל האפשר, או מה יש לצפות מהם ששיגו — דבר זה אינו ברור, כשם שלא ברור מבנה הבעלות שלהם.

ובארנס (Barr & Barnes, 1987) והמיושם עתה באוסטרליה. זה יהיה מס שייקבע באופן יחסי על-פי רמת ההכנסה, והוא יוטל על מי שסיימו את לימודיהם במוסדות להשכלה גבוהה וייגבה באמצעות מס ההכנסה, או באמצעות מערכת הביטוח הלאומי (Barr, 1989). יתרונותיו של מס מסוג זה הם בכך, שלא כמו בפירעון הלוואות רגילות, אנשים בעלי הכנסות נמוכות ישלמו פחות מבעלי הכנסות גבוהות; כך תקטן ההשפעה המרתיעה את המסיימים את לימודיהם במוסדות גבוהים לקבל עליהם תפקידים שבהם לא משולם שכר גבוה.

הרעיון של שוק-למחצה שהופעל למעשה הרבה לפני הממשלה הנוכחית הוא החלפת תוכניות של הנחות על כרטיסי נסיעה בקווים ובאמצעי הסעה מוגדרים (concessionary fare schemes) בשוכרי נסיעה. הבעיות שעוררו הראשונות היו רבות. הן מוגבלות בדרך כלל לצורת תחבורה אחת (כגון אוטובוסים או רכבות) ולפיכך הן פוגעות באלה אשר, מסיבה זו או אחרת, אינם מסוגלים להשתמש בשיטה זו (אנשים הרתוקים לכיסאות גלגלים, למשל). הן בדרך כלל גם מוגבלות לאיזור אחד, ולפיכך הן אינן מסייעות לנסיעה חוצה גבולות או לנסיעה אל מחוץ לאיזור. כמו-כן, לגבי הרשות המפעילה אותן יש בהן משום התחייבות פתוחה, ולרשות אין מושג עד כמה בדיוק תגיע העלות של התוכנית.

לא הכל יודעים זאת, אבל יש כבר שיטה של שוכרי הסעה הפועלת עתה. בשנות ה-70 הקים איגוד של ארגוני תחבורה ציבורית חברה שלא למטרות רווח, ה-National Transport Tokens Limited. חברה זו מספקת שוכרי הסעה לרשויות מקומיות ולכל רשות אחרת המפעילה תוכנית הנחה להוצאות נסיעה. הרשות המנפקת רוכשת כמות של שוכרים (בצורת אסימונים

משלמי מס הם המשלמים לרופאים; ובאופן דומה יבהיר את הדבר גם לרופאים, אשר בעת שיעמדו לפנייהם החולים שבכיסם מצוי שכרם, ייטו פחות לחשוב ש'המדינה' היא זו המשלמת להם את שכרם. עקב כך יגברו האחריות וגם הבחירה.

באותו גיליון של Samizdat הציעה פטרישיה יואיט, שהיתה בעבר עוזרת של ניל קינוק (מנהיג הלייבור) והמועסקת עתה בצוות החשיבה של השמאל – המכון לחקר המדיניות הציבורית (Institute of Public Policy Research) – ליישם את רעיון השובר בטיפול בילדים שגילם פחות מחמש (Hewitt, 1989). השובר יינתן לכל הורה מקץ תקופת החופשה של ההורים לאחר הלידה. ההורים יוכלו "להוציא" את השובר על תחום מאושר של טיפול הניתן לילדים. ערך השובר יוכל להיות גבוה יותר עבור הורים בודדים ועבור ילדים שיש להם צרכים מיוחדים. ניתן יהיה להשתמש בשובר אך ורק לתשלום עבור מגוון השירותים שאושרו. רעיון השובר הורחב גם לקצהו השני של סולם ההשכלה (Le Grand, 1987; Barr & Barnes, 1988). ההצעה היא, שכל המוסדות להשכלה גבוהה יגבו שכר לימוד שיכסה את מלוא העלויות שלהם ושכל הסטודנטים יקבלו מענק שאינו כפוף למבחן אמצעים (או שובר) אשר יכסה את התשלומים הללו בתוספת מענק נדיב לקיום. קיימת כאן בעיה של צדק, משום שסטודנטים רבים (למעשה רובם) באים מבתיים מבוססים; יתרה מזו, רבים מהם ייקלטו בתפקידים שבהם משולם שכר גבוה כתוצאה מן ההשכלה שרכשו על חשבון הציבור. אולם, אפשר יהיה להתגבר על כך באמצעות הנהגת מס על מסיימי לימודים גבוהים, מס שכבר הציעו בזמנו גלנרסטר, מָרֶט ווילסון (Glennerster, Merrett & Wilson, 1968), ואשר המליצו עליו לה גרנד (Le Grand, 1987) ובאר

ציבוריים ופרטיים. אפשר שגם יחסי עבודה ממלאים תפקיד; אולי קל יותר לצמצם את כוחם של האיגודים המקצועיים כאשר הספקים מפוצלים. תהיה הסיבה אשר תהיה, עצם האוניברסליות של התופעה מצביעה על כך שאולי פועלים כאן כוחות בסיסיים שקשה, אם לא בלתי אפשרי, להתגבר עליהם, גם אילו סברנו שרצוי לעשות כן.

ג. שווקים-למחצה ורווחה

אך האומנם רצוי לעשות כן? חלק מן הלחץ למען רפורמות של שוק-למחצה בתחום הרווחה נבע משום שהמערכת הקודמת נתפסה כנראה כנתונה בבעיות אמיתיות. תפיסה זו היתה נחלתם של מבקרים מכל חלקי הקשת הפוליטית. מן הימין יצאה ההאשמה, שביורוקרטיות הרווחה מבזכות משאבים על מינהל מופרז ושהן נוטות להגן על האינטרסים של עובדיהן על חשבון האינטרסים של המשתמשים בשירות. ואולי חשוב מזה, הן אפשרו לפונה או ל"צרכן" של שירותי רווחה אפשרויות בחירה מועטות בלבד; כתוצאה מכך, לעתים קרובות הן לא היו מסוגלות או שלא רצו להיענות כהלכה לצורכיהם ולרצונותיהם המיוחדים של הפונים. במונחים של כלכלנים, הן היו גם בלתי יעילות² (X-inefficient) וגם בלתי יעילות מבחינה הקצאתית (allocatively inefficient).

על היבט אחד של נקודה אחרונה זו חזרו מבקרים אחרים, שגילו רגישות לעניין הצדק וההגינות וכן ליעילות. הם טענו, שמערכת הרווחה אינה נותנת מענה במיוחד לצרכים ולרצונות של אותם אנשים שכדי לסייע להם היא הוקמה מלכתחילה: העניים והמקופחים. משאבים ואמצעים הופנו לעתים קרובות לאלה שהיו מסוגלים יותר מאחרים

דמויי מטבע) מן החברה ומחלקת את האסימונים לאלה הזכאים להשתמש בהם. אלה משתמשים באסימונים כדי לשלם את מלוא דמי הנסיעה לכל מפעיל משתתף (אוטובוסים, רכבות או מוניות). בסופו של דבר המפעיל מחזיר את האסימונים לחברה וזו פודה אותם לפי ערכם הנקוב, בתוספת דמי טיפול. כל עודף מתחלק עם הרשויות המפעילות. לתוכנית זו יש יתרונות ברורים. למשתמשים התוכנית מציעה גמישות רבה יותר מאשר תוכניות הנחה לנסיעות אחרות, שכן אפשר להשתמש באסימונים למימון כל צורה של תחבורה ציבורית, כל עוד המפעיל הנוגע בדבר מסכים לקבלם. התוכנית מקנה ביטחון תקציבי לרשות המנפקת: היא יודעת בדיוק מתי, היכן וכמה היא משלמת עבור השירות.

מרשימה זו של הצעות חלופיות לשוק-למחצה ברור, שהתופעה אינה מוגבלת למדיניות המגזר הציבורי של הממשלה הנוכחית. ואכן, כפי שציין הוג'ט (Hoggett, 1990), שינויים מסוג זה אינם מוגבלים אפילו למגזר הציבורי. שינויים אלה, המכונים "בתר-פורדיסטיים" (Post-Fordist changes), מתרחשים גם במגזר הפרטי, כאשר כמה חברות שהיו עד כה משולכות בצורה אנכית ונתונות לפיקוח הדוק מן המרכז מעבירות את פעולותיהן יותר ויותר לקבלנים מן החוץ ומפעילות צורות אחרות של ביזור (decentralization). בצורה רחבה יותר יש התרחקות כללית מארגונים גדולים ובעלי תכנון מרכזי; הדבר בולט מאוד במזרח אירופה, אבל גם ברוב ארצות המערב.

הסיבות למגמה זו אינן ברורות כל צורכן. עלייתה של טכנולוגיה חדשה המתירה תקצוב מבוזר וצורות אחרות של עיבוד מידע היא ללא ספק גורם אחד, וגם ההתפכחות הגוברת ברחבי העולם למראה אי-היעילות והאופי חסר הגישה האנושית של ארגונים גדולים,

להנהגת שווקים-למחצה היא, שהם יקדמו את היעילות-X. אולם דבר זה מעורר שאלה. העדר ההחלטיות (indeterminacy) לגבי יעדי מפעלים (רווחים, מחזור, רווחה חברתית?) מקשה לחזות מראש את תגובתם על תמריצי השוק. גם אם היו המפעלים פועלים ללא סייג כדי להגדיל את רווחיהם עד למקסימום, מסיבות ידועות היטב, שווקים רגילים עלולים להיות בלתי יעילים-X לגבי שירותי רווחה. סיבות אלה כוללות מידע לא שלם מצד המשתמשים, קיומם של מונופולים של הפרופסיות ותשואות עולות לגודל. האם שווקים-למחצה יהיו שונים באופן ממשי מבחינה זו?

דאגה מיוחדת עניינה ההשפעה על עלויות הייצור. המעבר מספק מונופוליסטי ציבורי לספקים פרטיים מתחרים מומלץ לעתים קרובות בנימוק שהוא יצמצם את העלויות של מתן השירות. הטענה היא, שספקים ציבוריים הם מטבעם בזבזנים ולא יעילים, בחלקו משום שהם בבעלות ציבורית ולפיכך מה שדוחף אותם אינו מניע הרווח, ובחלקו משום שהם אינם נאלצים להתמודד עם מתחרים. המעבר להספקה תוך תחרות יקטין, על-פי טיעון זה, את העלויות ועקב כך ישחרר משאבים לשירותים נוספים (או יקטין את הנטל המונח על כתפי משלם המסים).

העובדה, שעל-פי ההסדרים החדשים של שוק-למחצה ספקים רבים עדיין לא יגיעו בהכרח למקסימיזציה של רווחים מעוררת לגבי טיעון זה ספק מה. אולם, גם אם היו מגיעים למקסימיזציה של רווחים, ההפרטה של ההספקה עלולה ליצור לחץ כלפי מעלה על העלויות, בשל מגוון סיבות.

ראשית, קיימות עלויות הכרוכות בהקמת התשתית לפעולתם היעילה של השווקים. לדוגמה, פעילויות משווקות דורשות תמחור מדויק שיש לחייב בו את רוכשיהן. אם יחסי השוק הם חוזיים, אזי יש להכין חוזים, לפקח

לנצל את המערכת: בני המעמד הבינוני בעלי ההשכלה והיכולת להשמיע את קולם (Le Grand, 1982; Goodin & Le Grand, 1987; Bramley, Le Grand & Low, 1990). לפיכך דפוס החלוקה נטה להיות בלתי צודק וגם בלתי יעיל.

הנהגת שווקים-למחצה עשויה לסייע בפתרון כמה מן הבעיות הללו — לפחות להלכה. יצירת תחרות אמורה לעודד שימוש יעיל יותר במשאבים ולשפר כדרך זו את היעילות-X. ומה שחשוב יותר, הכנסת ספקים מתחרים עשויה לשפר את היעילות ההקצאתית. למשתמשים בשירותי הרווחה, או לסוכניהם, יהיו להם עתה מקורות הספקה חלופיים. כאשר הם ניצבים בפני מורה שאינו משתף פעולה, או בפני יועץ שאינו רגיש, או פקיד שיכון נוקשה, פתוחה לפניהם האפשרות לפנות למישהו אחר. דבר זה לא רק מרחיב את אפשרויות הבחירה של המשתמשים, אלא גם נותן להם עוצמה של ממש. במאבק על משאבים יפסידו אלה שאינם משתפים פעולה, חסרי הרגישות והנוקשים, ואילו אלה המוכנים לעזור, המתחשבים והמגלים גמישות יצליחו. הדבר עשוי אפילו לסייע לעניים, שכן לפי רבות מן ההצעות של שווקים-למחצה תהיה בידם מידה של כוח כלכלי ממשי; אם הספקים לא יספקו את רצונותיהם, הם יוכלו לפנות למישהו אחר. משום כך התוצאה עשויה להיות הן יעילה יותר והן צודקת יותר.

טוענים אפוא, שלשווקים-למחצה יש יתרונות הן מבחינת היעילות והן מבחינת הצדק על-פני קודמיהם. ואולם, טיעונים אלה מטשטשים מספר בעיות חמורות, המצריכות תשומת לב מפורטת יותר.

יעילות-X

כפי שראינו, אחד הצידוקים העיקריים

התקציבים ויוליך ללחצים פוליטיים כבדים להגדיל את גבולות התקציב או לצמצום באיכות השירות או בהיקפו — מה שיוכל לשמש תחמושת למאמץ נוסף להגדיל את התקציב.

השינויים המוצעים בשירות הבריאות הלאומי יכולים לשמש להמחשת העניין (Mayston, 1990). אחד הגורמים העיקריים התורמים לעלויות הנמוכות יחסית של שירות הבריאות הלאומי הוא יכולתו לשמור על רמה נמוכה יחסית של שכר ומשכורת של אנשי הסגל הרפואי ואנשי הסגל האחרים. שירות הבריאות הלאומי הוא למעשה מעסיק מונופוליסטי ומשום כך הוא מסוגל להתמקח ביתר יעילות עם האגודות המקצועיות והאיגודים המקצועיים הנוגעים לעניין. ואולם, על-פי הצעות השוק-למחצה יש לפרק את שירות הבריאות הלאומי, כמעסיק מונופוליסטי. מוקמות קרנות נאמנות עצמאיות לניהול בתי-החולים, שתוכלנה לקבוע את השכר והתנאים לסגל העובדים. אם מספיק בתי-חולים ייהפכו לעצמאיים, התוצאה תהיה המרת שירות הבריאות הלאומי ממעסיק מונופוליסטי (למעשה) של כוח עבודה לרוכש מונופוליסטי (למעשה) של שירותים. הוא יקנה עתה שירותים מבתי-חולים מתחרים, שהם עצמם מתחרים על רופאים, אחיות וכוח עזר. התיאוריה הכלכלית מנבאת, ששינוי זה יביא להרחבה בתפרוסת השכר והמשכורות וקרוב לוודאי גם לעלייה ברמות הממוצעות שלהם. תחזית זו התממשה בארצות הברית, שבה נמצא ששיעורי השכר בבתי-החולים גבוהים יותר בשוקי העבודה התחרותיים מאשר בשוקי העבודה המרוכזים (Sloan & Elnicki, 1978; Feldman & Scheffler, 1982; Robinson, 1988).

ושוב, אין פירוש הדבר שאם השכר עולה, הדבר בלתי רצוי באופן אוטומטי (Kings

על ביצועם ואם יש צורך בכך — גם לאכוף אותם. כל התהליכים הללו צורכים משאבים ומשום כך הם יקרים.

אין הכוונה לומר, שהמשאבים שנעשה בהם שימוש בדרך זו הם בהכרח מבוזבזים. תמחור נאות של הפעילויות יכול לשפר את היעילות באמצעות שיפור החלטות על הקצאת משאבים. קרוב לוודאי, שעם או בלי הרפורמות של שווקים-למחצה, צורה כלשהי של נהלי תמחור משופרים היתה מונהגת בכל תחום הרווחה; ואכן, דבר זה כבר קרה בשירות הבריאות הלאומי. אולם חשוב לציין, שאמצעים לשיפור הקצאת המשאבים עלולים הם עצמם להיות יקרים — ושלפעמים הם עלולים לעלות אף יותר מאשר החיסכון שיביאו.

שנית, מוסדות מתחרים יעשו שימוש במשאבים לצורך פרסום ושימוש באמצעים אחרים, במאמץ להגדיל את נתח השוק שלהם. שוב, אין לראות בשימוש זה במשאבים משום בזבוז: הוצאה על פרסום עשויה להביא לכך שבידי הצרכנים יהיה מידע טוב יותר ודרך זו להביא בסופו של דבר להחלטות יעילות יותר. אך שוב, יש להעמיד את עלויות המשאבים הכרוכים בכך מול כל רווח אפשרי ביעילות.

שלישית, המעבר מספקים מונופוליסטיים לספקים מתחרים עלול להביא לעלייה בתשומות עבודה ובתשומות אחרות. העובדים בתחומים רבים של הספקת שירותי רווחה מאורגנים באיגודים מקצועיים, או באגודות מקצועיות חזקות הפועלות בנושאי מפתח באופן דומה מאוד לאיגודים מקצועיים. התיאוריה הכלכלית טוענת, שכוחו של מונופולין בהיצע עבודה יכול להתקזז בגלל מעסיק מונופוליסטי. אולם, אם קיימת תחרות על כוח עבודה, אזי המתחרים, המגישים הצעות מחיר זה נגד זה, יעלו את השכר. דבר זה מצדו יפעיל לחץ כבד על

בחלקו מפני שהשינויים מאיימים לגזול מהם את פרנסתם ובחלקו משום שהם חוששים באמת שהשינויים יפגעו באנשים שהם משרתים. הממשלה עלולה לנסות להחליש איבה זו בדרך של הגדלת המשכורות ומשאבים אחרים.

יעילות בהקצאה

חסידיהם של שווקים-למחצה טוענים לעתים קרובות, שגם אם לא יהיה שום חיסכון בעלויות הייצור, תהיה לפחות התרחבות של אפשרויות הבחירה של הצרכנים — וזו רצויה כשלעצמה משום שהיא תיצור יעילות רבה יותר בהקצאה. אולם, האם אפשרות בחירה תהיה בהכרח גדולה יותר בשווקים-למחצה מאשר במסגרת המערכות הביורוקרטיות? מה מידת הבחירה המצויה בידי הורים כאשר קיים באיזור רק בית-ספר אחד? מה מידת הבחירה שתהיה לחולים כאשר מצוי במקום רק רופא משפחה כללי אחד, או כאשר קשה להחליף את הרופא? מה מידת הבחירה שתהיה לחולים או לרופאי המשפחה הכלליים כאשר קיים רק בית-חולים מקומי אחד? האם יהיה היצע מספיק של דירות בידי בעלי בתים פוטנציאליים כדי לאפשר לדיירים המתגוררים בשיכונים בעייתיים בחירה אמיתית? לפי הצעותיו של גריפית, מה מידת הבחירה שתהיה בפועל ללקוחותיו של מנהל מקרים אישיים בשירותים הטיפוליים? האם הם יוכלו, למשל, לבחור לעצמם את מנהל המקרים האישי שלהם?

אכן, במיוחד במקרה של סידור במוסד (residential care) אפשר לחזות הצעות של שוק-למחצה שחופש הבחירה בהן יהיה קטן יותר מאשר במצב הקודם. לקשישים הזקוקים לסידור מוסדי כבר היה סוג של שובר: תשלום ביטוח סוציאלי עבור סידור זה, אשר הזכאות לו היתה פשוט מבחן

(Fund Institute, 1989). מונופולים מכל סוג שהוא עלולים להיות נצלניים. לעליות שכר עשויה להיות השפעה חיובית על המוראל ועל פרוץ העבודה. כמו-כן, יש הבדלים בין שוקי העבודה הרלוונטיים בבריטניה ובארצות הברית ואלה מחייבים זהירות בעת עריכת השוואות (לדוגמה, העובדה שרופאי בתי-החולים הבכירים בבריטניה כבר יכולים להשתכר סכומים גדולים מפרקטיקה פרטית). אף-על-פי כן, נותרה דאגה של ממש שמא תלך לאיבוד אחת ממעלותיו העיקריות של מגזר ציבורי מונופוליסטי, הלא היא יכולתו לפקח על כוחם של בעלי המקצועות, ועמה יאכזר חלק חשוב של עלויות העבודה הכוללות שלו.

רביעית, הקושי בהערכת איכות התוצאות בתחומים רבים של שירותי הרווחה במצבי שוק מוליך לעתים קרובות להתמקדות באיכות או בכמות התשומות. הנה כי כן, בתי-חולים עשויים להתחרות על בסיס רמת הציוד הרפואי המשוכלל שלהם (capital equipment) או על בסיס מעמד ה"כוכב" של רופאיהם הבכירים; בתי-ספר — על בסיס מתקני המעבדה או מגרשי המשחקים שלהם. בלתי נמנע הוא, שהדבר יטביע את חותמו על עלות התשומות להם. אם אכן יש יחס ישיר בין האיכות והכמות של התשומות ובין הכמות והאיכות של התוצאות, אזי אין לכך חשיבות, שכן האחרונות ישתפרו יחד עם הראשונות; אולם אם אין יחס כזה (ובתחומי רווחה רבים הזיקה בין תשומות לתפוקות עדיין דורשת הוכחה אמפירית), אזי אנו עתידים להיות עדים ללחץ כלפי מעלה על העלויות, ללא שיפור מקביל בשירות.

ולבסוף, העלויות עלולות לעלות בטווח הקצר בשל לחצים פוליטיים. במקרים רבים, ספקים של שירותי רווחה מתייחסים בעוינות לשינויים המוצעים, בחלקו מתוך שמרנות,

צדק

ביקורת שכיחה על השווקים הרגילים (והצדקה מקובלת להחלפתם בכיורוקרטיות) היא, שהם מטפחים ומקיימים אי-שוויון ולפיכך אי-צדק חברתי. אפשר שגם לשווקים-למחצה תהיה השפעה דומה. במיוחד הם עלולים ליצור בעיות של סלקטיביות.

בתחום החינוך עלולים לקום בתי-ספר סלקטיביים שיבחרו לעצמם את התלמידים המוכשרים ביותר, בהותירם את בתי-הספר הגרועים לשאר. ספקים של טיפול רפואי, כגון רופאים כלליים עם תקציבים לפרקטיקה או בתי-חולים בעלי מינהל עצמאי, יתחרו על הקוחות הצעירים והבריאים יחסית, ויזניחו את הקשישים ואת החולים הכרוניים. בתחום הטיפול הסוציאלי האישי, מוסדות יתחרו על הקשישים הבריאים ויתעלמו מאלה שהם סנייליים או לא שולטים על הפעולות הגופניות שלהם. הואיל וסביר להניח, שיהיה ריכוז גדול יותר של "בעלי סיכון גרוע" ("bad risks") בקרב העניים והמקופחים, אלה האחרונים עלולים לקבל, בסופו של דבר, שירותים מעטים יותר בהשוואה לאלה שיינתנו לאמידים מהם — דבר שיביא להרחבת אי-השוויון.

פתרון אפשרי לעניין זה הוא שובר האפ-ליה החיובית (Positively Discriminatory Voucher או PDV) (Le Grand, 1989). כאן, בני אדם עניים יותר ואלה שהם בעלי צרכים גדולים יותר מקבלים שוברים או הקצאות תקציב גדולים יותר. דבר זה מעניק לספקי השירותים תמריץ גדול יותר לטפל באנשים כאלה; ואכן, אם האפליה החיובית תהיה גדולה דיה, הם עשויים להתמחות בהספקת שירותים לאנשים אלה. בתחום החינוך ניתן יהיה להשתמש בשוברי האפליה החיובית על מנת לתת לבתי-הספר תמריץ לקלוט ילדים מרקע עני יותר; תוכניות

אמצעים. לפי הצעותיו של גריפית, הכסף יוזרם באמצעות הרשויות המקומיות והזכאות לסידור מוסדי תיקבע עתה רק על-פי הערכה מקצועית.

פתרון חלקי לבעיות הנוצרות בשל העדר תחרות מקומית יוכלו להיות שוברי הסעה מן הסוג שנדון לעיל. אלה יכולים להינתן, למשל, להורים בצירוף עם שובר החינוך, על מנת להרחיב את מרחב הבחירה שלהם בין בתי-ספר, לפחות מבחינה גיאוגרפית. לחלופין, ניתן לתת אותם לחולים החייבים לנסוע לבית-חולים מרוחק — ולבני משפחותיהם כדי שיבואו לבקרם. אולם, שוברי הסעה יכולים להפחית רק את העלויות הכספיות הישירות של ההסעה. למרות זאת יידרש מחיר, אולי אף גבוה, במונחים של זמן נסיעה ואי-נוחות — מחסומים העלולים להגביל בפועל את אפשרות הבחירה. (Goodin, Le Grand & Gibson, 1985).

פתרון אפשרי לבעיות העלולות להתעורר מפני שהסוכנים, ולא הצרכנים עצמם, הם המקבלים את ההחלטות הנוגעות לעניין, הוא להבטיח שהמשתמשים הפוטנציאליים יוכלו לבחור את הסוכן שיפעל בשמם. הצעותיו של יאנג לגבי רופאי המשפחה הכלליים שהוזכרו לעיל הן דוגמה לכך. ניתן להרחיב את הרעיון גם לתחום הטיפול הסוציאלי האישי. לאנשים הזקוקים לטיפול כזה אפשר יהיה להקצות שובר ולהתיר להם לבחור את מנהלי המקרים האישיים שלהם שיסייעו להם להחליט על מה להוציא את השובר. קביעת הצורך שלהם או זכאותם תיעשה באמצעות נוהל פשוט יחסית — על-פי גיל, דרגת נכות, או במקרה של אלה הסובלים מקשיי למידה — מבחן של כושר שכלי. תהיה השיטה אשר תהיה, נראה שחשוב להפריד את הערכת הזכאות לתקציב או לשובר בעלי ייעוד כלשהם מן ההחלטה כיצד צריך לנצלו.

בהנהגת שווקים-למחצה אכן מרשימה. אבל מדינת הרווחה מן הסוג הישן היתה גם היא רחוקה משלמות. עדיין יש הרבה מה לגלות על שווקים-למחצה. אחדות מן התוצאות שיהיו להנהגתם עשויות להיות מועילות, אחרות עשויות להיות מועילות פחות. מה שחשוב הוא לא לנקוט עמדה מראש בעד או נגד כל הרעיונות.

מכמה בחינות נתנה הממשלה הנוכחית מתנה לכלכלנים המנתחים את המדיניות החברתית. רבים מן הרעיונות ניתנים לניתוח כלכלי ישיר, הן התיאוריה המיקרו-כלכלית הסטנדרטית והן ההתפתחויות החדשות יותר, כגון ניתוח עלויות של עסקאות (Williamson, 1975, 1985).⁴ היא סיפקה גם סידרה של "ניסויים" בשווקים-למחצה שבאמצעותם ניתן לבדוק את התיאוריות הללו. בפיקוח מתאים הן צריכות לספק לכלכלנים ולחוקרים אחרים של המדיניות החברתית ראיות לשאלה האם, לאחר סיגול והרחבה מתאימים, יסללו שווקים-למחצה את הדרך קדימה עבור המדיניות החברתית — או שהם התפתחות שיש בה נסיגה אחרנית, שיהיה צורך לחזור ולסגת ממנה מיד כאשר הדבר יהיה אפשרי מבחינה פוליטית או מעשית.

דומות בתחומי הבריאות והטיפול הסוציאלי תעודדנה ספקים של טיפול כזה לטפל באלה הזקוקים לכך ביותר.

בשיטת שוברי האפליה החיובית מתעורר הקושי הזה: אילו שימשה ההכנסה בסיס לאפליה, כך שהמשפחות העניות יותר תקבלנה בדרך כלל שוברים גדולים יותר, צריך יהיה להשתמש במבחן אמצעים משוכלל כלשהו, ולכך מתלוות הבעיות של סטיגמה, מורכבות מינהלית ומיצוי זכויות נמוך. חלופה מושכת כאן היא השימוש במקום המגורים כבסיס לאפליה החיובית והענקת שוברים גדולים יותר למשפחות המתגוררות באזורים העניים יותר. ניתן להעריך את עושרו של איזור בעזרת סקר מדגמי של ערך ההון הגולמי (gross capital value) של בתים באיזור. יתרונה של דרך זו הוא שהיא תמנע מן האמידים יותר לעבור לאיזור כדי ליהנות מן השובר הגדול יותר; שכן, אם יעשו זאת, עלולים מחירי הבתים לעלות וערך השובר לרדת.

ד. שווקים-למחצה: לאן?

רשימת הבעיות הפוטנציאליות הכרוכות

4. ויליאמסון (Williamson, 1975) היה למעשה הראשון שהשתמש במונח שווקים-למחצה בהקשר זה.

ביבליוגרפיה

- Barr, N., *Student Loans: the Next Steps*, David Hume Paper 15, Aberdeen University Press, Aberdeen, 1989.
- Barr, N. & Barnes, A., *Strategies for Higher Education*, David Hume Paper 10, Aberdeen University Press, Aberdeen, 1988.
- Blaug, M., "Education Vouchers — It All Depends on What You Mean", in: J. Le Grand & Robinson, R. (eds.), *Privatisation and the welfare State*, Unwin Hyman, London, 1984.
- Bramely, G., Le Grand, J. & Low, W., "How Far is the Poll Tax a 'Community Charge'? The Implications of Service Usage Evidence", *Policy and Politics*, 17 (1989), pp. 187–205.
- Department of Education and Science, *Top-up Loans for Students*, Cm 520, HMSO, London, 1988.
- Department of Health, *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm 849, HMSO, London, 1989.
- Department of Health, *Working for Patients*, Cm 555, HMSO, 1989b.
- Feldman, R. & Scheffler, R., "The Union Impact on Hospital Wages and Fringe Benefits", *Industrial and Labor Relations Review*, 35 (1982), pp. 196–206.
- Glennester, H., Merret, S. & Wilson, G., "A Graduate Tax", *Higher Education Review*, 1 (1968), pp. 26–38.
- Goodin, R. & Le Grand, J., *Not Only the Poor: the Middle Classes and the Welfare State*, Allen and Unwin, London, 1987.
- Goodin, R., Le Grand, J. & Gibson, D., "Come and Get It; Distributional Biases in Social Service Delivery Systems", *Policy and Politics*, 13 (1985), pp. 109–125.
- Griffiths, R., *Community Care: Agenda for Action*, HMSO, London, 1988.
- Hewitt, P., "A Way to Cope With the World As It Is", *Samizdat*, No. 6,3–4 (1989).
- Hoggett, P., *Modernisation, Political Strategy and the Welfare State: An Organizational Perspective*, SAUS Studies in Decentralisation and Quasi-Markets No. 2, School for Advanced Urban Studies, University of Bristol, Bristol, 1990.
- Kings Fund Institute, *Managed Competition: a New Approach to Health Care in Britain*, Briefing Paper No. 9, Kings Fund Institute, London, 1989.
- Le Grand, J., *The Strategy of Equality*, Allen and Unwin, London, 1982.
- Le Grand, J., "The Middle Class Use of the British Social Services", in: Goodin & Le Grand (1987).
- Le Grand J., "Markets, Welfare and Equality", in: J. Le Grand & S. Estrin (eds.), *Market Socialism*, Oxford University Press, Oxford, 1989.
- Le Grand, J., *Quasi-Markets and Social Policy*, SAUS Studies in Decentralisation and Quasi-Markets No. 1, School for Advanced Urban Studies, University of Bristol, Bristol, 1990a.
- Le Grand, J., "The State of Welfare", in: J. Hills (ed.), *The State of Welfare: The Welfare State in Britain From 1974*, Oxford University Press, Oxford, 1990b.
- Le Grand, J. & Winter, D., "The Middle Classes and the Welfare State Under Conservative and Labour Governments", *Journal of Public Policy*, 6 (1987), pp. 399–430.
- Maynard, A., *Experiment With Choice in Education*, Institute of Economic Affairs, London, 1975.
- Mayston, D., "NHS Resourcing: a Financial and Economic Analysis", in: A. Culyer, A. Maynard & J. Posnett (eds.), *Competition in Health Care*, Macmillan, London.
- Robinson, J., "Market Structure, Employment and Skill Mix in the Hospital Industry", *Southern Economic Journal*, 55 (1988), pp. 315–325.

- Sloan, F. & Elnicki, R., "Professional Nurse Wage Setting in Hospitals", in: F. Sloan (ed.), *Equalizing Access to Nursing Services*, US Department of Health and Social Services, Washington, DC, 1978.
- Williamson, O., *Markets and Hierarchies*, The Free Press, New York, 1975.
- Williamson, O., *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York, 1985.
- Young, M., "A Place for Vouchers in the NHS", *Samizdat*, 6 (1989), pp. 4-5.

התאגדות בתי-חולים בבריטניה

בעקבות סיור שנערך בראשית תהליך ההתאגדות בישראל

מאת ד"ר דב צ'רניחובסקי*

לשירותי הבריאות ובגלל אופיו המהפכני של השינוי המוצע רואים רבים בתהליך זה סיכון פוליטי מחושב שנטלה על עצמה הממשלה השמרנית.

הפיכת בתי-החולים הבריטיים לתאגידים ציבוריים עצמאיים היתה ההמלצה החשובה ביותר של "הספר הלבן", הידוע בשם *Work-ing for Patients*, שהוגש לפרלמנט הבריטי בתחילת שנת 1989 והמכיל הצעות לרפורמה בשירותי הרפואה הבריטיים. ההשראה הרעיונית לרפורמות אלה מקורה בצוות מיוחד שהקימה ראש הממשלה לשעבר, מרגרט תאצ'ר. מתפקידו היה לחפש דרכים לשיפור השירות לציבור הבריטי. מסקנות הצוות פורסמו ביוני 1988 במסמך הידוע בשם *The Next Initiative*. מטרת היוזמה החדשה, שזכתה לכינוי "הצעדים הבאים", היא "להעניק שירות בצורה יעילה ואפקטיבית במסגרת המשאבים הניתנים, למען משלמי המסים, הצרכנים והעובדים".

יש להדגיש, שבניגוד למטרות של רפורמות המופעלות בארצות אחרות במערב אירופה, הולנד, גרמניה, שוודיה ואיטליה, הרפורמה הבריטית לא נועדה להתגבר על גידול בלתי מבוקר של ההוצאה הלאומית לבריאות. למעשה, הוצאה זו נמוכה בבריטניה בהשוואה לארצות מערביות אחרות. גם

מבוא

ב-1 באפריל 1991 הוכרזו בבריטניה חמישים ושבעה בתי-חולים כתאגידים ציבוריים עצמאיים (Trusts) במסגרת שירות הבריאות הלאומי הבריטי (NHS). זהו הגל הראשון מחמשת הגלים שבמהלכם הממשלה השמרנית בבריטניה מתכננת ל"תאגד" למעלה מ-300 בתי-חולים. הגל השני, שנועד לכלול בערך 110 בתי-חולים, אמור להתבצע באפריל 1992. במועד זה ייכללו בערך שליש מסך כל המיטות (כ-300 אלף) בבתי-החולים הכלליים בבריטניה וכ-285 אלף עובדים במסגרת של תאגידים עצמאיים. הגל השני עשוי לכלול גם מספר שירותי אמבולנסים ומספר הנהלות בריאות אזוריות (District Health Authorities — DHA), שביקשו לפעול כתאגידים. במקרה זה, אם אכן יאושרו, ייהפכו ה-DHA העצמאיים האלה למעין קופות חולים אזוריות, שאינן בעלות בתי-חולים, אך ממומנות בידי ה-NHS וקונות שירותי רפואה לפי הבנתן.

לאור ההצלחה המסתמנת עם ביצוע הגל הראשון יש כוונה לזרז את התהליך ולהקטין את מספר הגלים מחמישה לארבעה. בגלל החשיבות הרבה שהציבור הבריטי מייחס

* המרכז למדעי הבריאות, אוניברסיטת כן-גוריון בנגב ומכון ברוקדייל, ירושלים.

מאדריכליו של השינוי וכיום מנהלו הכללי (Chief Executive) של בית-החולים Guy's, היטיב להביע את דעת דרג קובעי המדיניות. לדעתו, משימתו העיקרית של השינוי היא לשנות את מערכת התמריצים בשירותי הכ-ריאות הבריטיים. המטרה, לדעת גריפיתס, היא לפתח "תרבות של הכנסות במקום תרבות של הוצאות". "עמידה בתקציב היתה החובה היחידה (בבריטניה! ד"צ) שהיה על קברניטי מערכת האשפוז לקיים בפני הציבור עד כה", מוסיף ד"ר מארק בייקר, רופא כבן 40, החולש על תאגיד בתי-חולים בעיר בדפורד. לא היתה חובה להבטיח איכות טיפול ואיכות שירות, ובמידה שכן — הדבר נבע משיקולי הרופאים, ולא מכוח מערכות תמריצים ובקרה מתאימות שנועדו להתחשב בחולה.

שני דוברים אלה טוענים, שאין זה נכון שלא היו מגמות התייעלות במסגרת הישנה, אך אלה היו במסגרת תקציב קבוע. השיטה החדשה מאפשרת למנהלי בתי-החולים לעבוד במסגרת תקציבית גמישה, המבוססת על תפוקות והכנסות. במערך החדש "הכסף נע בעקבות החולים". כמו-כן, טוען גריפיתס, אין זה נכון שרופאים אינם יודעים לעבוד במסגרות כאלה. רופאים רבים מגישים הצעות מחקר ומנהלים קרנות מחקר כ"מרכזי עלות". קרנות אלה הן לא אחת, נכבדות ביותר מבחינה תקציבית. אכן, לעתים תוקרים אלה הם גם אותם חוקרים "הנלחמים" על תקציבי מחקר ועל הזכות לנהלם בצורה עצמאית ושאינם נוטים להקדיש מאמצים דומים לתקציבי הטיפול בחוליהם. זו גם המציאות בישראל.

גריפיתס רואה בשינוי זה את תחילתו של תהליך ארוך-טווח של שינוי בתפיסה ובתרבות הניהול. הוא גורס, שנקודת המוצא צריכה להיות התשובה לשאלה: כיצד על בתי-החולים להיראות בעוד 15 — 20 שנה?

בבריטניה, כמו בישראל, נועדה הרפורמה להתגבר בעיקר על בעיות של שירות ציבורי, אשר שביעות הרצון של הציבור מתפקודו הולכת ופוחתת, בעיקר בתחום של תורים לניתוחים אלקטיביים ואשר מתגלים בו סימנים של גיוון ביורוקרטי.

מטרות

מטרת התהליך הבריטי היא לייעל את מערכת האשפוז בדרך של מתן אפשרות לבתי-החולים הציבוריים לפעול באופן עצמאי, במסגרת ישות משפטית מתאימה. הכוונה היא לנצל את ההכנסות ממכירת שירותים ולהבטיח את שביעות רצונו של הציבור מפעילותם. בכך דומה מטרת התהליך הבריטי למטרה הישראלית, כפי שזו מנוסחת בהמלצות הרלוונטיות (לפי דעת הרוב) של ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו).

למרות שהפרטה היא הבסיס האידיאולוגי (של המפלגה השמרנית), העומד ביסוד התהליך, נזהרים הבריטים מאוד בשימוש שהם עושים במונח זה. גם על שירות רפואה פרטי (שר"פ) הם אינם מדברים כעת. אף בישראל חדלו להשתמש במונח "הפרטה" בהקשר דומה. השימוש הנריב שנעשה במונח זה בישראל בתחילת התהליך היה לא רק גילוי של חוסר תבונה טקטית ופוליטית, אלא הוא עמד גם בסתירה לרוח המלצות "ועדת נתניהו".

המטרות והמשימות המיוחדות של ההתאגדות הבריטית מנוסחות בהדגש שונה שמדגישים מעצבי המדיניות והמנהלים בשטח את תפקידיהם השונים. פיטר גריפיתס,

שירות" מתאימות, כולל הכנסת שירותים שונים, כגון חנויות, לבית-החולים.

זו, מכל מקום, דעתו של מנהל שיש לו גם הכישורים (בוגר בית-הספר למינהל עסקים של אוניברסיטת שיקגו) וגם היכולת להתמודד עם אתגרים אלה. לרשות ד"ר דונאצ'יו עומד צוות מקצועי הכולל מנהלי כוח-אדם, אנשי פיננסים ושיווק, שהתכונן ונערך לשינוי בשנתיים שקדמו לאפריל 1991.

קוני שירותי האשפוז

לתאגידים הבריטיים יש קונים בכוח ובפועל, אשר לרשותם עומדים תקציבים ציבוריים המיועדים לקניית שירותים מוגדרים. קוני השירותים מורכבים משתי קבוצות עיקריות: רופאים שהם "מחזיקי תקציב" (Fund Holders) ומינהלות הבריאות המקומיות (District Health Authorities). קונים אחרים יכולים להיות גורמים פרטיים. הקבוצה הראשונה מורכבת מרופאים בודדים או מקבוצות רופאים בקהילה (General Practitioners — GPs). הם משרתים בערך 11,000 (ולעתים רק 9,000) נפש הרשומים כמטופלים בכוח. רופאים אלה רשאים להחליט מרצונם התופשי, שבמסגרת התשלום הגלובאלי, שהם מקבלים בשיטת קפיטציה (תשלום שנתי קבוע לנפש), הם יקבלו גם את תקציב האשפוז לניתוחים אלקטיביים, לפי שעה.

במסגרת סך-כל התקציב העומד לרשותם, הרופאים הכלליים רשאים לאשפוז את חולייהם לפי שיקול דעתם ולפי בחירתם. ברור, שאם רופאים אלה רוצים לשמור על ציבור החולים הרשומים אצלם (ועל הכנסתם), הם חייבים להיות ערים לנטיות לבו של ציבור זה. הרופאים שבחרו להתנסות בשיטה זו הם

תשובה זו מסתמנת בהתפתחות הטכנולוגית המהירה בכיוון של טיפול בקהילה ומחורץ לכותלי בתי-החולים. כבר כיום ניתן, לדעתו (ולדעת מחבר מאמר זה), להצביע על טיפולים רבים, בעיקר בתחום האבחון, שבוצעו בעבר הלא רחוק בבתי-חולים והמבוצעים כיעילות ובמומחיות במרפאות בקהילה. בתי-החולים צריכים להיות ל"בתי מלון" לטיפולים מיוחדים, שבהם המומחים מסייעים לטיפול בקהילה ומגייסים את חולייהם ממנה, בהתאם לצורך.

מנהלו של בית-החולים סנט ג'יימס בלי-רס, איאן דונאצ'יו, המשקף בגישתו לתאגיד תפיסה סוציאלית רחבה, גורס, שהיתרון הגדול של ההתאגדות הוא הפרדה בין קוני השירותים למוכריהם. הדבר מאפשר לקונים לבחור בין ספקי שירות שונים, לקבוע קדימויות במערכת ולקבוע סטנדרטים לשירות טוב. אלה נקבעו עד כה בידי המומחים בין כותלי בתי-החולים. הפרדה בין קוני השירותים (בעיקר שירותים ציבוריים) ובין ספקי השירותים (בעיקר פרטיים ומוסדות שאינם למטרת רווח) היא מגמה כללית ברפורמות של שירותי בריאות בארצות מערביות, להוציא ארצות הברית, ללא קשר להבדלים בהשקפות העולם של המשלוח. הפרדה כזו מצויה בהמלצות "ועדת נתניהו" ולפיהן רשות הבריאות אמורה, למעשה, לקנות שירותים בכספי הציבור מקופות החולים; ואילו הן, בתמורה, רשאיות לספק שירותים כצורה הנראית להן.

דונאצ'יו מונה גם את היתרונות המיני-הליים הברורים של ההתאגדות מבחינת בית-החולים: השתחררות מכבלי הביורוקרטיה המרכזית של שירות הבריאות הלאומי הבריטי (NHS), החופש לנהל תקציבים, גמישות בנושא ניהול כוח-אדם וביכולת לתכנן, לארגן ולנהל שירותים שיענו על צורכי הציבור כאמצעות ארגון "חבילות

מונעת, בידי קופת החולים הפועלת על בסיס אזורי. בתחום זה כולט היתרון הנובע מקיומן של קופות חולים המנהלות את הרפואה הראשונית בארץ, על-פני רופאים כלליים מחד גיסא, ועל-פני הנהלות אזוריות המתחרות על תקציבים למטרות שונות, מאידך גיסא.

את ההנהלות המקומיות הבריטיות מעסיי-קת מספר סוגיות נוספות בנושא בתי-החור-לים. הן מעוניינות לעודד תחרות בין בתי-חולים על מנת להפחית את מחירי האשפוז ולאפשר לאזרחים בחירה מירבית. יחד עם זאת, יש צורך ליצור מרכזי התמחות, גם משיקולי עלויות ומחירים וגם משיקולי אי-כות טיפול. צורך זה משמעו פחות תחרות ו-צירת מונופולין מקומי. אכן, בבריטניה ההת-אגדות כוללת התאגדויות של מספר מוסדות אשפוז. לדוגמה: בית-החולים Guy's בלונ-דון התאגד עם בית-החולים Lewisham. בעיר בדפורד התאגיד כולל ארבעה בתי-חור-לים, ובעיר לידס ה-*General Infirmary* הוא כעת תאגיד של חמישה בתי-חולים. דבר זה מסייע למנוע תחרות פרועה ויוצר אפשרויות התמחות, אפילו אם הוא תורם למונופוליות-ציה. בעיית המונופול עלולה להיות חמורה במיוחד אם מול בית-החולים שהוא יחיד באזור יעמדו רופאים עצמאיים. שני המצבים, תחרות ומונופול, קיימים בשטח. מונופולים קיימים בעיקר בערי השדה.

לדעת המנהל הפיננסי של איזור פארקסייד (Parkside) בלונדון, קית פורד – המייצג את הקניינים, קנייני המינהלות האזוריות רואים בנושא המונופול אתגר רציני; אבל, לדעתו, כבר היום מופיעים ניצנים של קניית שירותים מבתי-חולים שהם מחוץ לאיזור. בהקשר זה יש להדגיש, שאין במונופול פסול, מבחינת קביעת מחירים לפחות, כל עוד מול בית-החולים עומד גוף גדול אחר הקונה שירותים, מונופסון, המייצג את הציבור ואת

עדיין מעטים, אך מספרם גדל בקצב גובר. כיום, קניותיהם מן התאגידים מהוות בערך 3.5% מסך-כל הכנסת בתי-החולים בעיר בדפורד. בדרך כלל, אלה הם רופאים צעירים המוכנים להתמודד עם הסיכון הפיננסי ועם האתגר הרפואי-מינהלי החדש. גורמים פר-טיים הם עדיין חסרי חשיבות במערך החדש. בבית-החולים סנט ג'יימס, שיש בו למעלה מ-1,500 מיטות, יש רק 4 מיטות "פרטיות". בהעדר קופות חולים נוסח ישראל הופיעו קבוצות "ברוקרים" או יזמים, באיזור הרפור-ד, למשל, המוכנים לטפל בתקציב האשפוז של מספר רופאים מקומיים. זוהי צורה נוספת של צמיחת מעין קופות חולים בבריטניה. המינהלות האזוריות (DHA) ממונות על קניית שירותי האשפוז עבור אותם רופאים, שהם הרוכ לפי שעה, אשר עדיין אינם קונים את שירותי האשפוז עבור המטופלים שלהם. כך קונות המינהלות שירותים שונים הקשורים בעיקר בשירותי רפואה מונעת, כגון שירותי תכנון משפחה. בפני מינהלות אלה ניצבים שני אתגרים. הראשון הוא לאמוד את צורכי הציבור כפי שהם באים לידי ביטוי בהפניית החולים לבתי-חולים בידי הרופאים הכלליים. האתגר השני הוא לקבוע יחס נכון בין התקציב המיועד לאשפוז ובין תקציבים אחרים המיועדים לרפואה קהילתית מונעת. בתחום זה עלולה מערכת הבריאות הבריטית להיתקל בבעיות. יש כאן מתח (לדעת אחרים איזון) מובנה בין הרופאים הקהילתיים ובין הנהלת הבריאות המקומית, ובין השניים לבין בתי-החולים. בעוד שלרופאים יש עניין להשקיע בשירותי ריפוי, ל-DHA יש עניין להשקיע גם בשירותי מניעה. בעוד שלשני גורמים אלה יש עניין בשירותים בקהילה, בתי-החולים מעוניינים דווקא בשירותי אש-פוז. בהמלצות "ועדת נתניהו" נעשה ניסיון להתגבר על בעיה זו בדרך של הפקדת כלל התקציב לטיפול רפואי, כולל רפואה

זה חייב להתחיל ב"מפץ גדול" (Big Bang) ושאם לא כן הוא יתמסמס בידי פוליטיקאים ואחרים המתנגדים לו. יחד עם זאת, "מפץ גדול" נוסח בריטניה החל בתהליך מתוכנן ודמוקרטי, ולא ב"הנחתה" מכוללת מלמעלה, כפי שנעשה בישראל. בשלב הראשון, רק בתי-החולים שהאמינו ביכולתם ורצו להתאגד נדרשו להגיש בקשות להתאגד. בקשות אלה הן מסמכים המגדירים מטרות, אסטרטגיה, תוכניות פעולה והערכות ארגוניות לשינוי. מסמכים אלה פותחו לתוכניות עסקים מפורטות ביותר, שבהן הושקעו חודשי-אדם רבים והמשתרעים על מאות עמודים לגבי כל בתי-חולים. על-פי מסמכים אלה החליטו ומחליטים כיום אילו הם בתי-החולים שייחפכו לתאגידים. להנהלות התאגידים הבריטיים ניתן חופש פעולה מוחלט בתחום התקציב השוטף, לרבות נושא כוח-האדם. בתחום תקציבי הפיתוח התאגידים רשאים להשקיע רק בתוכניות פיתוח מאושרות ומתוך תקציבי שירות הבריאות הלאומי. לעת עתה זהו תחום אפור אשר, לדעת גריפיתס, אין טעם להילחם עליו עתה. לדעתו, חשוב למקד מאמצים בתחום כוח-האדם, שהוא עיקר ההוצאה של בתי-החולים. יחד עם זאת, יהיה נחוץ להתמודד עם נושא ההשקעות בעתיד הלא רחוק מכיוון שמדובר פה בתמריץ רציני ביותר לחיסכון ובאמצעי חשוב לשיפור השירות. יש למנוע מצב של "מלכודת יעילות", שבו החסכון והיעיל נענשים בצמצום תקציביהם.

גב' קרן קיינס, אחת ממחברי ה"New Initiative", עומדת היום בראש המינהל של בית-החולים Guy's (שתקציבו 86 מיליון לירות שטרלינג), שהוא נושא-הדגל של השינוי. גב' קיינס טוענת, שבמסגרת התקציבים הגלובאליים העומדים לרשות המערכת הדגש אכן מושם בשיפור איכות השירותים. לדעתה, השגת המטרה מחייבת התמודדות

הרופאים בקהילה. המלצות ועדת החקירה הישראלית מתגברות על בעיית המונופול של בתי-החולים באמצעות קופות-חולים שאינן בעלות בתי-חולים. לקופות אלה יש כוח מונופוליסטי המשמש משקל נגד לכוח המונופוליסטי האפשרי של בתי-חולים יחיד באזור.

קיומם של קונים בפועל, שיש להם אחריות ציבורית זהה לזו של הממשלה או של הציבור, הוא תנאי הכרחי לפעילות בתי-החולים כתאגידים. כאשר יש קונים כאלה, הממשלה יכולה להפעיל כללי התנהגות או כללי משחק המחייבים את כלל המערכת בישראל, תנאי זה אמור היה להתמלא בצורה מלאה עם השלמתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהמליצה עליו "ועדת נתניהו". החוק נועד, בין היתר, להפעיל את המערכת הציבורית במימון ציבורי מלא. אי-קיומו של החוק ועמדתה השלילית של קופת חולים הכללית בעניין זה, הם הסיכון הגדול ביותר לפעילותם של תאגידים ישראליים. בגלל שיקולים משלהן, שהם לעתים פוליטיים, הקופות בישראל עשויות להפעיל לחצים העלולים לפגוע בתהליך. המהלך הנוכחי בישראל מעניק יתרון (מונופוליסטי) לקופות החולים, בייחוד לגדולה שבהן, במיקוח עם בתי-חולים שאינם ערוכים לכך, במיוחד בשלב המעבר כאשר כללי ההתנהגות עדיין אינם מוגדרים מבחינת הקונים של שירותי האשפוז ומוכריו. הדבר עלול לפגוע בייחוד בבתי-החולים הקטנים, שכוח המיקוח שלהם עם הקופות חלש יותר מכוחם של בתי-החולים הגדולים.

ביצוע התהליך

ד"ר מארק בייקר, מנהל איגוד בתי-החולים בעיר ברדפורד, גורס, שתהליך מהפכני מעין

לפעילות בקהילה במגמה לשווק שירותי בית-חולים. כל המנהלים גורסים, שהמומחים של בתי-החולים הם סוכני השיווק הטובים ביותר שלהם, בתנאי שיידעו לעשות את מלאכתם בקהילה כראוי, כתמיכה מינהלית וארגונית מתאימה מטעם בית-החולים.

שיווק וניהול

מבחינה ארגונית, לכל תאגיד יש מועצת מנהלים. בראש התאגיד עומד מנכ"ל (Chief Executive), שלו כפוף מנהל ארגוני (Director of Operations). בצד הנהלה זו פועלים מנהל משאבי-אנוש (כוח-אדם), מנהל פיננסי ולעתים גם איש שיווק. לפונקציות אלה יש חשיבות מכרעת בהיערכות החדשה, לנוכח השינויים הדרושים בכל אחד מתחומים אלה. בתי-החולים חולקו ליחידות מינהליות וכלכליות — "חטיבות" בזירגון הישראלי — ולצד ראש החטיבה עומד עוזר מינהלי. המבנה הניהולי של התאגיד, לפי מסמכי הבקשה להיות תאגיד וכפי שהבהיר לי מנהלו של בית-החולים סנט ג'יימס בלידס, נועד להתייחס לשני הדגשים עיקריים: (א) מתן שירותים; (ב) קביעת מדיניות ופיתוח אסטרטגי. בתוך אלה, נושא השיווק הוא פונקציה חשובה ביותר במערך החדש. ברור, כדברי גריפיתס, שאין אפשרות לקחת אנשי שיווק מרשת "מרקס אנד ספנסר" ולהכניס אותם לבית-החולים. משום כך בתי-החולים מנסים לאתר ולאמץ עקרונות שיווק קיימים ולבנות סביבם מערכת שיווק המתאימה לנושא שעוסקים בו. כאמור, מנסים להקנות עקרונות כאלה גם לרופאים ובייחוד למומחים. אסטרטגיית השיווק של בית-החולים בנויה על ההערכה של שלושה מרכיבים: צורכי הקהילה — בין השאר לפי תפיסת

עם ביורוקרטיה שאינה עונה על צורכי האזרח והמנוהלת בידי עובדים קשי-יום המשתכרים שכר נמוך. אמצעי ההתמודדות העיקריים שהציבו הבריטים לעצמם הם: (א) יצירת הזדהות מוסדית ומוטיבציה אצל העובדים; (ב) שיפור ממשי של כושר הניהול של המוסדות. אמצעים אלה נעדרים מתוכנית הביצוע היזומה של משרד הבריאות בישראל. היערכות בתי-החולים נעשית בכמה מי-שורים: שינוי אוריינטציה ותפיסה של העובדים, בייחוד של הצוות הרפואי, שינוי המבנה הארגוני וקביעת אסטרטגיה על בסיס הערכת צורכי הקהילה, תוך ניצול היתרונות היחסיים של בית-החולים. הגישה הבסיסית היא, שיש לסייע לרופאי בתי-החולים לשנות תפיסת עולם ולהעמיד לרשותם כלים להתמודדות עם מערכת תמריצים חדשה.

ד"ר מארק בייקר אימץ לעצמו את הסיסמה "לעשות ראשון ומהר". ככלל, בתי-החולים נוקטים אסטרטגיה המוגדרת בפי הקניינית של איזור הקונה שירותים מבית-החולים Guy's כך: "מוטב שנלקה את עצמנו מאשר שילקו אותנו אחרים". דהיינו, בתי-החולים נערכים באמצעים מרובים למצב החדש לאחר תכנון מוקדם ומדוקדק, על-מנת למנוע התנסות בדרך הקשה, בדיעבד. בתחום כוח-האדם התאגיד הופך להיות המעסיק במקום רשות הבריאות הלאומית. בנושא זה לא השאירו לעובדים ברירה. יחד עם זאת נעשה ניסיון כן, ובהשקעה גדולה, להסביר לעובדים את מהות השינוי וליצור אצלם הזדהות עם המוסד ועם מטרותיו החדשות, למרות גלי פיטורים שנעשו בשניים מן התאגידים שביקרתי בהם — Guy's ו-Bradford. הקו-שי העיקרי הוא בשינוי האוריינטציה של הרופאים המומחים, שהיו עד כה נסיכיה הבלתי מוכתרים של המערכת. למרות גישת כל ההנהלות, שהמוסד חייב לתמוך בקבוצת הרופאים, יש קושי להפנות את תשומת לבם

איאן דונאצ'יו, מנהלו של בית-החולים זה, מתכנן לאפשר לרופאים בקהילה גישה ממור-חשבת ישירה לגיליונות הרפואיים של חר-ליהם ולמידע רפואי כללי שרופאים בקהילה עשויים להיות מעוניינים בו. כל זאת במסגרת מערך המחשוב החדש של בית-החולים (שבו מושקעים כעשרה מיליון לירות שטרלינג).

כל המרכיבים הללו אמורים לבוא לידי ביטוי בתוכניות העסקיות של בתי-החולים ובתוכניות העבודה שלהם.

תוכניות העבודה של בתי-החולים והמ-חלקות נקבעות לטווח ארוך, לתקופות של שלוש שנים, בידי ועדות משותפות של אנשי מינהל ורופאים. משימתם של אלה להגדיר תחומי פעילות ורמות פעילות, לזהות משא-בים הדרושים לצורך הפעילות ולאתר גורמים קריטיים לעמידה בתוכנית. הוועדות חייכות לתת את הדעת לטווח הארוך גם לצורך זיהוי כיווני התמחות עבור בתי-החולים.

תוכנית העסקים (Business Plan — BP או Service Plan) של כל יחידה בבית-החולים כוללת את הפילוסופיה והמטרות של פעילות היחידה. את פרופיל הפעילות שלה, המקורות העומדים לרשותה, פעילות מתוכננת ומרדי איכות לפעילות. כך, למשל, ב-BP של המחלקה הכירורגית של בית-החולים האוניברסיטאי של מערב מידלסקס (West Middlesex University Hospital) בפרוורי לונדון, ניתן לקרוא: "המטרה, היא להגיש רפואה נכונה ברמה גבוהה וכזמן סביר עם גישה אישית ובהוצאה אחראית". היחידה הציבה לעצמה את המטרות האלה: — ניהול אפקטיבי של מקורות על-מנת לאפשר מתן רפואה אופטימלית בתקציב מוגדר;

— עידוד שיתוף פעולה בין כל צוות העובדים ומתן השירותים הרפואיים על-ידי מומחים ושאינם מומחים, על-מנת להשיג רפואה מעולה;

ה-GPs, היתרונות היחסיים של בית-החולים ופעילותם של המתחרים. אשת השיווק של Leeds Infirmary, גב' ג'ולי דוידסון, הציגה רשת ענפה של פעילויות בנושא. פעילות זו הציבה לעצמה כמטרה לגייס חולים, צרכנים ורופאים כאחד באמצעות מחירים אטרקטי-ביים וליצור זהות מקומית עם "בית-החולים שלנו". בנושא התעריפים, בית-החולים ארגן קבוצות עבודה של רופאים ועוד לגיבוש אסטרטגיית שיווק וקביעת תעריפים. גב' דוידסון מציינת, שרופאי בית-החולים נעשו רגישים מאוד למחירים שבית-החולים גובה, מחשש שהמתחרים ייגבו מחירים נמוכים יותר.

בנושא צורכי החולה, ה-DHA בלידס ניסח 20 מדדים לאיכות הטיפול והשירות מנקודת מבטו של הצרכן. המדדים נוגעים לתחומים אלה: קיום שירותי בריאות (לסוגי-הם) בסכיבה, אפשרויות הגעה לשירות (מר-חק תחבורה), הנגישות הפיסית של השירות (מדרגות, מעלית וכו'), צורת הטיפול והסדרי השחרור. בתי-החולים משתדלים ל"יישר קו" עם צרכים אלה. השירות לרופא בקהילה — שהוא מייצגה של הקהילה — שופר. לדעת הכל, זוהי גולת הכותרת של המהפכה: "החזרת עטרת הרפואה הקהילתית ליושנה", כדברי ועדת החקירה הישראלית. אכן, הרופ-אים בקהילה הפכו להיות מוקד תשומת הלב (במקום המומחים בבתי-החולים).

בתי-החולים מנסים ללכת לקראת הרופ-אים בקהילה בדרכים רבות: חולים משוחר-רים עם דו"חות רפואיים מפורטים עבור הרופא המטפל בקהילה; לרופאים קהילתיים ניתנת אפשרות לטפל באופן חלקי בחולים בבתי-החולים ולהשתמש בציוד בית-הח-לים; בית-החולים סנט ג'יימס מעמיד לרשות רופאי הקהילה קווי טלפון ישירים ומיוחדים למחלקות מומחים, כדי שיוכלו להתקשר באופן בלתי אמצעי למחלקות;

— עמידה במשכי זמן מקסימליים לבדיקה וטיפול בחולים.

הפירוט בסעיפים אלה הוא רחב מן המובא לעיל והוא נתון לפי סוגי טיפולים במסמכים עבי כרס. לכל הסעיפים הרשומים לעיל, וכן לסעיפים נוספים שאינם מפורטים כאן, יש מערכת ניטור המבוססת על שאלונים לחולים, על בדיקות הנהלה ועל מערכת ביקורת רפואית (Medical Audit).

למרות תחושת המהפכה וההיערכות המ- קיפה בשטח, הדברים עדיין נמצאים בשלבי התהוות. בשלב זה קשה להעריך את השינוי. השבועון רב היוקרה *Economist*, בגיליונו מיום 25.7.91, מציג סיכום של הערכה ראשו- נית חיובית ביחס לשינוי: "סקר של 57 תאגי- די כתי-חולים שביצעה חברת Newchurch, מעיד על שיפור גדול מאוד בארגון וביעילות מאז חודש אפריל. התאגידים שיפרו את עומס העבודה שלהם וזירזו את הטיפול בחולים, התורים התקצרו ברבע. הם (כתי-חולים) החלו להתמודד עם בעיות שהציקו להם במשך שנים". אמנם יש ביקורת על הסקר, אך ברור שהממשלה השמרנית בבריטניה החליטה להמר מבחינה פוליטית על התהליך בשל הדים חיוביים ראשוניים שהתקבלו עם החלתו.

לסיכום, תהליך ההתאגדות של כתי-החור- לים הבריטים הוא אכן בריטי באופיו: מחור- שב, מתוכנן ובעיקר דמוקרטי. הוא הוכן בקפידה, בתהליך המתבצע בשדה. כתי- החולים מגישים תוכניות בקשה מפורטות להתאגדות והם המחליטים מתי יצטרפו לתהליך, יש מעורבות בולטת של העובדים בתהליך ומגמה בולטת לחיזוק הנהלות כתי- החולים. כללי המשחק — גם אם הם שנויים במחלוקת — ידועים למעורבים במערכת ולציבור בכללו.

— עירנות לצורכי החולה (פיסיים, רגשיים, חברתיים ורוחניים);

— הבטחת גישה נוחה לשירות לחולה;
— עידוד קידום עובדים באמצעות הכשרה ומסלולי קידום מתאימים, עידוד שביעות רצון בעבודה והערכה עצמית (דימוי עצמי) של העובדים באמצעות הכרה והערכה בת- רומה האישית של העובדים.

פרופיל העסקים של היחידה כולל סעיפים, כגון: ניתוחים כלליים ואורולוגיה, אורתופ- דיה, גינקולוגיה. ניתוחי פה ולסתות, שירות חדרי ניתוח והרדמה. יש לציין את שירותי חדרי הניתוח ואנסתטיקה שאינם טיפולים "ישירים", אלא שירותים למכירה ליחידות אחרות, לרופאים פרטיים וכו'. לכל סעיף עסקים יש מינהלה מיוחדת והוא מפורט במונחי מיקום הפעילות, זמני פעילות, המ- קורות העומדים לרשותה ותוכניות עבודה. מרכיב חשוב ביותר הוא הבטחת האיכות (Quality Standard) של הטיפול והשירות. להלן דוגמה המתייחסת למחלקה הכירורגית הנ"ל:

— אפשרות בחירת זמני קבלה למקרים אלקטיביים;

— משלוח חומר מתאים לחולה לפני קבלתו;

— הכנת החולה לקראת האשפוז;

— גיבוש תוכניות עבודה שאינן חורגות מיכולת הצוות לבצען;

— קבלת החולה בידי אחות או עוזר מיד עם היכנסו למחלקה;

— הצגת המחלקה בפני החולה תוך 30 דקות מקבלתו;

— מתן הסבר בעל-פה לחולה על המחלקה בתוספת לחומר כתוב;

— שמירה על מחלקה נקייה, בטוחה, חמה וידידותית;

— הענקת הוראה ולימוד מתאימים לכל הצוותים בהתאם לדרישות;

ביבליוגרפיה

מדינת ישראל, ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל; דין-וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב, ירושלים, 1990.

Chernichovsky, Dov, "The Economic Dimensions of the Crisis in the Israeli Health Care System", Research Report: RR-28-91. JDC-Brookdale Institute Issues, Jerusalem, 1991.

Department of Health, *Working for Patients*, Her Majesty's Stationery Office (HMSO), London, 1989.

Department of Health, *Self Governing Hospitals*, Working for Patients, Working Paper No. 1 (HMSO), London, 1989.

National Audit Office, *The Next Initiative*, HMSO, London, 1989.

הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית

מאת פרופ' אריה שירום*

מבני בשירותי הבריאות בישראל. מובן מאליו, ששני כרכי דו"ח ועדת החקירה אינם ממצים את כל תוכנו של הגישות למדיניות בריאות. הצעות רבות אחרות לרפורמה של שירותי הבריאות הועלו, למשל, בעדויות שהושמעו בפני הוועדה.

הפניות מפורטות לספרות רלוונטית ניתן למצוא בפרקים המתאימים של דו"ח הוועדה, בכרך א' ובכרך ב'. הביבליוגרפיה המובאת בסוף המאמר נועדה לתת עדכון חלקי של נתונים והסברים עובדתיים המופיעים בדו"ח. לפני שאציג את הוויכוח על מדיניות הבריאות עלי להביע שתי הסתייגויות בנקודות מפתח. ראשית, צריך להדגיש ששר הבריאות הנוכחי החליט לאמץ את דו"ח הרוב בוועדת החקירה (הממשלה עצמה לא אישרה צעד זה ועד היום טרם דנה בהמלצות ועדת החקירה) ונקט בתוך משרדו שורה של צעדים. בתחילת ספטמבר מינה השר ועדה לבדיקת דרכים ליישום דו"ח הרוב בוועדת החקירה ובראשה מר יורם ארידור. לאחר מכן, בנובמבר 1990, לאחר שאימץ את דו"ח ועדת ארידור, הקים שר הבריאות כמה צוותי-משימה ליישום הרפורמה. בראש שניים מצוותי המשימה עומדים שני מנהלי בתי-חולים, שהיו חברים בוועדת החקירה וחיברו

מבוא

באוגוסט 1990 הוגשו לראש הממשלה ולממשלה שני הכרכים של דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (דו"ח ועדת החקירה, 1990). בכך נפתח ויכוח ציבורי נוקב על הדפוסים הרצויים של שירותי בריאות בישראל ועל מדיניות בריאות. ויכוח זה נמשך, במהלך 1991, סביב אותם חלקים של תוכנית הרפורמה בשירותי הבריאות שניסה שר הבריאות להפעיל מכוח סמכויותיו, ובעיקר סביב הפיכת חלק מבתי-החולים הממשלתיים לתאגידיים. הצעת החוק לביטוח בריאות ממלכתי, ששר הבריאות מתכנן להגיש (לאחר אישורה בממשלה) לכנסת במהלך שנת תשנ"ב, עוד תחדד ותחריף ויכוח זה.

עיקרו של מאמר זה בהצגת שתי הגישות, שהן שונות מאוד זו מזו, לרפורמה בשירותי הבריאות בישראל, כפי שהן מוצאות את ביטוין בדו"ח הרוב (464 עמ') ובדו"ח המיעוט (249 עמ') של ועדת החקירה. מדובר בשתי תפיסות שונות של מדיניות בריאות והתווייתה ובשתי הצעות לשינוי

* החוג ללימודי עבודה, אוניברסיטת תל-אביב.

הבדל מהותי שלישי בין הוועדה הנדונה לקודמותיה היה בכתב המינוי שלה. בכתב מינוי זה התבקשה הוועדה לתת את דעתה, בעיצוב המלצותיה, על המגבלות הכלכליות של מדינת ישראל. אילו ציפים כלכליים אלה כוללים את התוצר הלאומי לנפש, שהוא כשני שלישים מן המקובל במדינות המפותחות בעולם; העדר צמיחה כלכלית ממשית זה עשר שנים; וצמצום נמשך של תקציבים ציבוריים המוקצים למערכות החינוך, הבריאות והרווחה, עקב סדרי עדיפויות שהשתנו בתקציבי הממשלה. לבסוף, ועדת החקירה על מערכת הבריאות עסקה בסוגיות שההיבט המשפטי שלהן חשוב הרבה פחות מאשר ההיבטים הארגוניים-ניהוליים, הכלכליים והחברתיים. שוני מהותי זה הוליך, בשעת הקמת הוועדה, לביקורת ציבורית כלפי הממשלה. הועלתה טענה, שוועדת חקירה ממלכתית אינה מתאימה כלל לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, בשל אופייה המשפטי. נכון שהחוק מקנה לוועדת חקירה ממלכתית סמכויות רחבות. עקרונית, ועדה מעין זו יכולה לפעול בצורה גמישה ולהגיע לחקר האמת בכל דרך הנראית לה, ולא דווקא בדרך האימוץ העיוור של הגישה המשפטית של חקירת עדים. אינני בא לטעון שוועדת החקירה שניהנתי בה כחבר אכן פעלה בצורה גמישה, כפי שהחוק מאפשר. טענתי היא, שקיימת אפשרות להפעיל ועדות חקירה בצורה שונה ולא דווקא על-פי הדגם של בית-משפט, או בשיטה המשפטית של ירידה לחקר האמת באמצעות חקירת עדים. קווי אופי ייחודיים אלה של ועדת החקירה על מערכת הבריאות מהווים רקע להסבר מדוע נחלקו הדעות בתוכה, באופן מהותי. חילוקי דעות אלה נסבו על אבחון הסיבות לתפקוד הלקוי של מערכת הבריאות, על הדרכים לשיפורו של תפקוד לקוי זה ועל

חלקים של דו"ח הרוב. אחד מצוותי המשימה הללו עוסק בהכנת הצעת החוק לביטוח בריאות ממלכתי. ההסתייגות הראשונה היא אפוא, שכיום כוונתו המוצהרת של שר הבריאות (אם לא של הממשלה כולה) היא ליישם את דו"ח הרוב בוועדת החקירה וברוח זו נהג שר הבריאות במינוים שנזכרו לעיל. ההסתייגות השנייה היא, שכותב שורות אלה הוא שחיבר את דו"ח המיעוט בוועדת החקירה ומשום כך, מטבע הדברים מושם דגש שונה בהצגתו את עמדות הרוב ועמדות המיעוט בוועדה.

השוני המהותי בין ועדת החקירה לקודמותיה

מאז הקמת המדינה ועד היום מינו ממשלות ישראל השונות שבע ועדות חקירה ממלכתיות, רובן על-פי חוק ועדות חקירה ידועות במיוחד ועדת אגרנט, שהוקמה לאחר מלחמת יום הכיפורים, ועדת ביסקי, שעסקה במפולת מניות הבנקים, וועדת כהן, שמונתה לחקור את הטבח שאירע במחנות הפליטים שליד בירות. שלא כקודמותיה, שעסקו בנושאים מותחמים ומוגדרים יותר, עסקה ועדת החקירה על מערכת הבריאות במערכת חברתית שלמה, מסובכת ומורכבת ביותר. נוסף על כך, הוועדה לחקירת מערכת הבריאות התבקשה, בכתב המינוי שלה, להמליץ על שינויים נדרשים בתפקוד מערכת הבריאות במטרה לשפר את פעולתה בעתיד. אמנם גם ועדות החקירה הקודמות המליצו לממשלה על שינויים ושיפורים, אך על-פי רוב היו אלה שינויים ושיפורים שתכליתם למנוע הישנות מקרים כגון מחדלי מלחמת יום הכיפורים או מפולת מניות הבנקים.

אלה האמורים להנהיג ולנהל את מערכת הבריאות מפני שהם השולטים על הידע המקצועי הרלוונטי ומפני שהם הקובעים יותר מכל גורם אחר, בהחלטותיהם, את רמת ההוצאות במערכת הבריאות, נדחות ונשללות לחלוטין בדו"ח המיעוט (ראה הפרק על ניצול בתי-חולים). בדו"ח המיעוט נדחית גם הטענה, שמדיניות התמריצים הכלכליים במערכת הבריאות צריכה להיגזר מן האקסיומה שלפיה האדם הוא יצור אנוכי אשר יצרו רע מנעוריו. דו"ח המיעוט גם אינו מקבל את ההשקפה, ששילובם של תחרות, שוק חופשי ומוטיב הרווח במערכת הבריאות הוא שיביא מרפא לתחלואי המערכת (ראה על כך להלן, בפרק על כלכלת מערכת הבריאות). בפרקים המתאימים של דו"ח המיעוט מנותחים ערכים אלה ונאספות הוכחות לכך שאין להן בסיס ואין ראיות לתקפותן הכוללת.

לעומת זאת הנחו כמה ערכים במפורש ובצורה גלויה וברורה את דו"ח המיעוט. הראשון והחשוב שבהם הוא העברת כוח לצרכן של מערכת הבריאות, ולו גם על חשבון כוחם הביורוקרטי של קופות החולים ומשרד הבריאות וגם על חשבון כוחם הפרופסיונלי של רופאים, ספקי השירות העיקריים בתוך מערכת הבריאות. לדוגמה, ערך זה מוצא את ביטויו בכך, שלפי אחת מהמלצות המיעוט היחידות המבוזרות של קופות החולים יחויבו לשתף את נציגי המבוטחים באופן פעיל בניהול היחידות הללו. בדו"ח הרוב מומלץ על הקמת "מועצות מבוטחים" ליד ההנהלות האזוריות של רשות הבריאות הממלכתית. בישראל ובארצות אחרות הצטבר ניסיון רב המעיד על כך, שסוג זה של שיתוף ומעורבות צרכנים בהספקת שירותי הבריאות, הנעשה באמצעות וליד גוף ממשלתי מפקח, איננו יעיל ואיננו מספק.

הדגם הרצוי של שירותי הבריאות בישראל. מאמר זה יעסוק בכל שלוש הנקודות הללו. אך תחילה אציג את הבסיס הערכי של חילוקי הדעות.

ראייה ערכית ומדיניות בריאות

הרוב בוועדת החקירה המליץ על הכנסת שינוי מקיף במערכת הבריאות בישראל כולה. בכך נכללו הקמתה של רשות בריאות ממלכתית, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, "הלאמת" כספי ביטוח הבריאות, הנהגת הספקת שירותי בריאות על בסיס אזורי וראיית קופות החולים כספקות שירות בלבד. כל עמודי התווך הללו של השינוי המקיף של מערכת הבריאות, שהועלו בדו"ח הרוב, נשללים מעיקרם בדו"ח המיעוט. במקומם מוצעות חלופות שלדעת המיעוט הן יעילות יותר. הרפורמה המוצעת בדו"ח המיעוט מתמקדת בשינוי מבני ממשי ב"מוח" של המערכת, קרי במשרד הבריאות, ובשינוי הכללים של כניסת תשומות כסף, אנשים, וטכנולוגיות למערכת הבריאות.

צריך לומר בכל הבהירות, שהבדלים עקרוניים אלה באסטרטגיית הרפורמה ובעיקריה, בין דו"ח הרוב לדו"ח המיעוט, משקפים ראייה ערכית שונה על מהותם של שירותי בריאות בחברה דמוקרטית. ראייה ערכית שונה זו משפיעה, כמובן, בצורה מהותית על דרך בניית שירותי בריאות, כפי שמוכיח ניסיוןן של מדינות מפותחות אחרות (ראה, למשל, Kirkman-Hill, 1991). בדו"ח המיעוט נעשה מאמץ להביא בפני הקורא, כבר בפרק הראשון ובצורה ברורה ושיטתית, את עיקרי הערכים שהנחו את מחבריו. אילו ערכים דוחה אפוא דו"ח המיעוט מכל וכל? השקפות ערכיות, הגורסות שהרופאים הם

את הרוב. באופן כללי ניתן להסיק מן ההמלצות העיקריות של דו"ח הרוב, שזרם המחשבה הקרוי "הימין החדש" (או ניאו-ליברליזם וגם ניאו-שמרנות) הוא שהנחה את דו"ח הרוב. הכוונה לזרם מחשבה שעיקריו הענקת מעמד ערכי לשוק חופשי ולתחרות חופשית, לזכויות האזרח במדינה, לתירות האדם שאיננה מוגבלת ואיננה מותנית בהתערבות המדינה ולרצון להביא לצמצום הסמכויות והתפקידים שבידי הממשלה. חשיבות מיוחדת ניתנת לבעלות פרטית ולקיום תחרות בהספקת שירותי בריאות, לעידוד המגזר הפרטי כבריאות, לרצון להמשיך ולצמצם ככל האפשר את ההוצאה הציבורית לבריאות, ולרצון העז להוציא את ניהול שירותי הבריאות מאחריות הממשלה. למשל, אחד הנימוקים המרכזיים להקמת הרשות הממלכתית להספקת שירותי בריאות, בדו"ח הרוב, הוא שיש לנתק נושא זה מן התהליך הפוליטי. הדחף האידיאולוגי טישטש לעתים את המציאות בעיני חברי הרוב. הם התעלמו, למשל, מן העובדה שבישראל חברות ממשלתיות ורשויות ממשלתיות מושפעות הרבה יותר מן התהליך הפוליטי ותלויות בו מאשר משרדי הממשלה (על האחרונים חלות מגבלות חוקיות שמימושן מפוקח ומבוקר).

שאלה עקרונית שיש לה השלכות חשובות ביותר היא. בהקשר זה, האם יש להתיר לקופת חולים הנהנית מתקציבים ממשלתיים (לדוגמה, הקצאת המס המקביל) לכרוך את החברות בה גם בחברות בארגון אחר, כגון ההסתדרות הכללית (או הסתדרות העובדים הלאומיים, במקרה שלל קופת חולים לעובדים לאומיים)? כאמור, יש יתרון ברור, מבחינת אפשרויות הבחירה של צרכן שירותי הבריאות, בקיומן של ארבע קופות חולים המתחרות ביניהן (בתנאי שאין הגבלות על חופש המעבר של המבוטח

אותו ערך מוצא ביטוי, בדו"ח המיעוט, גם בהמלצה לתת חופש בחירה בלתי מותנה לצרכן שירותי הבריאות לבחור לעצמו את קופת החולים שהוא חפץ להיות מבוטח בה. להיבט זה אשוב להלן.

ערך נוסף היא הגישה החיובית עקרונית לקופות החולים כמכשיר המרכזי להספקת שירותי בריאות וביטוח בריאות. ויש לכך כמה טעמים: קופות החולים הן ארגון וולונטרי של צרכני בריאות המבוטחים בהם והן מתנהלות שלא למטרת רווח. ארגונים וולונטריים אלה נוטים להיות פתוחים יותר ונגישים יותר להשפעות צרכנים, כולל לשיתוף צרכנים בתהליכי קבלת החלטות. יתרה מזו, לקופות חולים, כשילוב (אינטגרציה) אנכי של פונקציות מבטח וספק שירותי בריאות, יש יתרון כלכלי ברור על-פני יחידות בלתי משולבות במערכת הבריאות.

ואחרון אחרון, מדיניות הבריאות שדו"ח המיעוט ממליץ עליה חותרת לצמצום אי-השוויון בין קבוצות חברתיות מקופחות מבחינת הנגישות, הזמינות, האיכות והעלות של השירותים שהן מקבלות ממערכת הבריאות. מבחינה זו מושם בדו"ח המיעוט דגש על קיפוחן של קבוצות חברתיות אחדות בחלוקת משאבי מערכת הבריאות – נשים, מיעוטים ותושבי עיירות פיתוח. בעיותיהן המיוחדות של קבוצות אלה אינן מקבלות ביטוי בדו"ח הרוב (כביטוי משמעותי להבדלי הערכים דלעיל). קיים מתח כלשהו בין מתן יותר כוח וחופש בחירה לצרכן שירותי הבריאות ובין החתירה כאמור לשוויוניות בהספקת השירותים, אך אין ניגוד בין ערכים אלה. יתר שוויוניות בהספקת שירותי בריאות מקדמת את חירות הפרט בכך שהיא מאפשרת ניצול מירבי של הפוטנציאל הצפון בתוכו.

בדו"ח הרוב, לעומת זאת, אין הבהרה חד-משמעית וברורה של ערכים שהנחו

כל אזרח במדינה, יש עדיפות על-פני התקנון של מועדון חברתי זה או אחר.

אקסיומות במדיניות בריאות

כרקע כללי להכנת הוויכוח על מדיניות בריאות בישראל מן הראוי להביא, בקצרה, מספר אקסיומות מקובלות במדיניות בריאות. משבר במערכות בריאות הוא תופעה המאפיינת כמה וכמה מדינות מערביות בשנות ה-80. למשבר זה יש גורמים משותפים: קיצוץ נמשך במשאבים ציבוריים, התייקרות של טכנולוגיות ותרופות, עליית תוחלת החיים (קשישים צורכים כשליש ממשאבי האשפוז) ועלייה בציפיות האזרחים לשירותי בריאות זמינים ואיכותיים. במסגרת מאמר זה ננסה להתמקד לאו דווקא בהיבטים האלה, המשותפים לישראל ולמדינות מערביות אחרות, אלא בבעיותיה של מערכת הבריאות בישראל. יחד עם זאת צריך להעיר, שמנקודת הראות של גורמי משבר אלה במערכת בריאות, מצבה של ישראל של אוכלוסיית ישראל, הוא עדיין סביר בהשוואה למרבית מדינות אירופה המערבית; אוכלוסייה זו עודנה "צעירה" למדי מבחינת אחוז הקשישים שלה.

אקסיומה שנייה קשורה לגורמים המשפיעים על רמת הבריאות של האוכלוסייה. כיום מקובלת הדעה, שרמת הבריאות של כל מדינה מושפעת בראש ובראשונה מן העושר הלאומי ומרמת החינוך של התושבים. מעבר לכך, מושפעת רמת הבריאות במישרין, בראש ובראשונה, מהתנהגותם של תושביה בנושאים הקשורים לבריאותם. מדובר ברמה ובאיכות של התזונה, בשמירה על ניקיון המים, איכות האוויר ותקינות מערכות הביוב, בקיומן

מקופה לקופה). יחד עם זאת, לפי דו"ח המיעוט, ההסבר הנוכחי, של "קלוב חברתי כוללני", שנותנים ראשי ההסתדרות לכך שחברות בקופת חולים כללית מותנית בחברות בהסתדרות, אין לו ולא כלום עם קידום ערך בסיסי כל שהוא, של שוויון, או הקטנת פערים חברתיים, או הגדלת תירות החבר בהסתדרות. התניה זו באה לשמור על האינטרסים של קבוצות בעלות עניין בבירוקרטיה ההסתדרותית. יש לראות בהגנה זו על אינטרסים בירוקרטיים ביטוי של התאבנות המחשבה, ושל נטייה לשמרנות לצורך שמירה על יתרונות כוח שהשיגו לעצמן אי אלה קבוצות לחץ בבירוקרטיה ההסתדרותית.

הן הרוב והן המיעוט בוועדת החקירה סבר, שיש להעדיף את טובת צרכן שירותי הבריאות שהוא חבר בהסתדרות הכללית ולתת לצרכן בודד זה את החופש לבחור בחברות בקופת חולים כללית גם בלי להיות חבר בהסתדרות הכללית (ובאורח דומה גם לגבי קופת חולים לעובדים לאומיים והסתדרות העובדים הלאומית). ככלות הכל, צריך לזכור שמאז ומתמיד דגלו כל תנועות השמאל, כולל אלה הנמצאות כיום בהגמוניה בהסתדרות הכללית, שהאדם הוא ערך בפני עצמו, הוא המוקד והוא העיקר, בלא קשר לתפקוד חברתי זה או אחר שלו. מכאן שאין בסיס לטיעון שהשמיעו ראשי ההסתדרות, לפיו ההסתדרות היא מעין "מועדון חברים סגור" ומי שרוצה להתקבל אליו חייב לקבל את תקנון המועדון. לפי טיעון זה, למועדון ולתקנונו יש כביכול חשיבות גדולה בהרבה מן הערך הבסיסי של זכותו של כל אדם להחליט לאיזו קופת חולים הוא רוצה להשתייך. מכיוון שכל קופות החולים מממנות את עצמן בעיקר מכספי המס המקביל, שהממשלה גובה ומחלקת, ברור שלאינטרס הכלל, ולזכויות הבסיסיות של

סיפוק בקרב העובדים המתבטא שוב ושוב בסכסוכי עבודה תכופים. בנוסף לכך קיימים ליקויי תפקוד של המערכת בתחום בריאות הציבור, שירותי בריאות הנפש, גריאטריה, בריאות השן ועוד. זוהי, כמובן, רק רשימה חלקית של התפוקות הטעונות שיפור.

אבחון תקף של הגורמים לתפוקות הטעונות שיפור הללו של מערכת הבריאות הוא תנאי מוקדם לכל המלצה לשינוי של המצב הקיים. כמו שברפואה לא מקובל לרשום לחולה תרופות ולטפל בו טיפולים שונים בטרם אובחנה מחלתו ונקבעו הסיבות והגורמים לה, כך גם באשר לשיפור התפקוד של מערכות ארגוניות. חשוב ביותר לערוך השוואה שיטתית של תפוקות תקינות וסבירות של מערכת הבריאות עם תפוקות טעונות שיפור. דוגמאות לאלה האחרונות הובאו לעיל. לעומת זאת לא הוצגו, בשל קוצר היריעה, התפוקות הסבירות של מערכת הבריאות.

לאחר שזוהו התפוקות הטעונות שיפור, חשוב ביותר לאבחן את הסיבות והגורמים לקיומן של התפוקות הללו. לדוגמה: אם קיים במערכת מצב נמשך של סכסוכי עבודה, המוצא את ביטויו בהפסקות במתן השירות בשל שביתות והשבתות, חשוב להבין מה הם הגורמים להתנהגות העובדים במערכת ונציגיהם. אם לא נטפל בסיבות ובגורמים האמיתיים לאותם סכסוכי עבודה, אלא רק בגילוייהם החיצוניים (נניח, בדרך של הטלת איסור מוחלט של שביתות בכל מערכת הבריאות), יביאו סיבות וגורמים אלה, שלא טופלו, להתפרצות סכסוכי עבודה בעתיד, העלולים למצוא ביטוי בהיעדרויות מכוונות, בהאטת עבודה, ב"עבודה לפי הספר" ועוד. בסוגיה זו של אבחון הסיבות לתפקוד הלקוי נתגלעו חילוקי דעות מהותיים בין הרוב למיעוט בוועדה. הרוב כלל בדו"ח שלו רשימה ארוכה מאוד של תפוקות

ובפעולתן היעילה של מערכות לסילוק אשפה ובאופן כללי בהרגלי הבריאות של התושבים (כולל עיסוק בספורט, הימנעות מעישון ומשתיית אלכוהול, שמירה על משקל נכון, מניעת תאונות ועוד). מעבר למסה קריטית ידועה, למספר הרופאים במדינה, כמו גם להשקעות המדינה במגזר האשפוז (בתי-חולים, טכנולוגיה רפואית אופיינית לבתי-חולים), אין קשר למצב הבריאות של האוכלוסייה (ראה Maxwell, 1981). יש אף הטוענים, שלמספר הרופאים עלול להיות קשר שלילי לרמת הבריאות של האוכלוסייה, מכיוון שכאשר יש עודף של רופאים, וכל אחד מהם שואף להתפרנס, הם נוטים לבצע פעולות רפואיות מיותרות (לאסמכתאות, כולל מישראל, ראה בפרקים על כוח האדם בשירותי הרפואה, בדו"חות הרוב והמיעוט). בישראל, מספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה הוא מן הגבוהים בעולם ונשמעה הטענה, שתכנון לא רציונלי של מספר הרופאים קשור לאבטלה סמויה בממדים גדולים במגזר זה, לכפילויות ולחוסר יעילות בשימוש במשאבים (ראה, למשל, Shuval, 1990).

אבחון הסיבות לתפקודה הלקוי של המערכת

חברי הוועדה לא התקשו מדי להגיע להסכמה בעניין התפוקות הלקויות של מערכת הבריאות בישראל. אלה כוללות את אי שביעות הרצון של לקוחות המערכת, החולים הנזקקים לשירותיה, גם בשל התורים אך גם בשל נגישות וזמינות לקויים של חלק משירותי הרפואה האמבולטורית, ואי שביעות רצון של גותני השירותים, ובעיקר אנשי מקצועות הרפואה והסיעוד, אך גם העובדים המנהליים. כמו-כן מדובר בהעדר

היא: צורת הספקת השירות, כפי שהיא מתבצעת עתה, בידי ארבע קופות חולים המתחרות ביניהן, קופות חולים שהן מבטחות וספקות שירות כאחת, היא סבירה והגיונית, משיקולים כלכליים וחברתיים כאחת. אין אפוא צורך ואין היגיון בהכנסת שינויים יסודיים בתהליכים ובמבנים של הספקת שירותי הבריאות לאזרח בישראל.

שונה בתכלית היתה גישת דו"ח הרוב של הוועדה. בפרק הראשון של דו"ח הרוב מובאת רשימה ארוכה מאוד של בעיות תפקוד שמהן סובלת מערכת הבריאות בישראל. דא-עקא, שלא נעשה בדו"ח הרוב כל ניסיון להשוות בצורה שיטתית בין תפוקות סבירות של מערכת הבריאות לתפוקות בלתי סבירות. יתרה מזו, בדו"ח הרוב גם לא נעשה כל ניסיון לסדר ולארגן את רשימת הבעיות בדרך הגיונית כלשהיא, למשל תוך הבחנה בין סימפטומים לגורמים, או בין תוצאות לסיבות. המסקנה הסופית בדו"ח הרוב היא, שיש צורך בפתרון יסודי, או בשינוי מבני מקיף ועמוק של מערכת הבריאות בישראל. מכיוון שלא נעשתה בדו"ח הרוב מלאכת אבחון מסודרת, לא ברור לאילו מחלות תיתנה התרופות המוצעות מזור. התרופות, מכל מקום הן מרחיקות לכת וחריפות מאוד. מה הקשר בין התרופות לחוליי מערכת הבריאות — דבר זה אינו ברור כלל ועיקר בדו"ח הרוב.

בדו"ח הרוב מוצע, בין השאר, להלאים, בעזרת חקיקה מתאימה, את ביטוח הבריאות הבסיסי. קופות חולים (ספקים נוספים) תורשינה לעסוק בהספקת שירותי רפואה בלבד והמדינה היא שתהיה הגובה הבלעדית של כל כספי ביטוח הבריאות, כולל מאזרחים. המדינה תפעל באמצעות מוסד ממלכתי חדש שיוקם לתכלית זו, רשות ממלכתית לשירותי בריאות. הספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה, על-ידי קופות חולים, תיעשה במסגרת של

הטענות שיפור של מערכת הבריאות. פרק שלם בדו"ח הרוב, פרק ג', עוסק ברישום מדוקדק של התפוקות הטענות שיפור. אולם, רשימה זו אינה נותנת לקורא תמונה שיטתית של התפוקות הסבירות, לעומת התפוקות הטענות שיפור, וגם אינה מזהה את הגורמים והסיבות לתפוקות האלה.

לעומת זאת, בדו"ח המיעוט מאורגנות ומסודרות התפוקות הטענות השיפור במערכת הבריאות במבנה מסביר. מבנה מסביר זה, הקרוי "מודל אבחון", מאפשר להבין את הסיבות לקיום התפוקות הטענות שיפור. כשם שברפואה צירוף התסמינים של כאבי שרירים, עייפות כרונית, חולשה וחום נמוך עדיין אין פירושו אבחון מחלה, כך גם הרשימה הארוכה של תפוקות הטענות שיפור המופיעה בדו"ח הרוב אין פירושה הבנת הסיבות והגורמים להן.

קשה לסכם פרקים שלמים של דו"ח הרוב ודו"ח המיעוט בכמה משפטים. יחד עם זאת, חשוב להדגיש שאבחון המערכת, כפי שנעשה בצורה שיטתית בדו"ח המיעוט, הולך למסקנה שבאופן כללי התפוקות של המערכת הן סבירות. תפוקות סבירות של המערכת פירושו, למשל, דמיון בסיסי בין מדינות האיזור האירופי של ארגון הבריאות הבינלאומי ובין ישראל בנתונים האחרונים על אורך החיים, שיעורי התמותה של תינוקות ושיעורי התחלואה במחלות כרוניות שונות. התפוקות הטענות שיפור שאובחנו במערכת, דוגמת אלה שנזכרו לעיל, קשורות בעיקר לתפקוד ה"מוח" של המערכת, או למשרד הבריאות, ולתשומות של "משאבי אנוש" וכסף למערכת, כולל כמותם וצורת חלוקתם. מתוך אבחון זה נגזרו, בדו"ח המיעוט, מסקנות ברורות מאוד. המסקנה הראשונה היא: להוציא שינוי מבני מקיף ויסודי של משרד הבריאות, אין צורך בשינויים מבניים יסודיים במערכת הבריאות. המסקנה השנייה

סוף 1991, כשנה וחצי לאחר הגשת דו"ח ועדת החקירה, עדיין לא יושם אלא חלק קטן מהמלצותיה. זהו גם ההסבר לאמור בפתיחת המאמר, שהוויכוח הציבורי בנושא מדיניות בריאות ושירותי בריאות בישראל עודנו לפנינו.

נקודת הראות של המיעוט בוועדה בנושא זה של חוק חדש להסדרת כל נושא שירותי הבריאות במדינה, נגזרה מכתב המינוי של הוועדה (כפי שהובא במכתבו של ראש ממשלת האחדות הלאומית דאז, מר יצחק שמיר, אל נשיא בית המשפט העליון, מר מאיר שמגר, מיום 5 ביוני 1988). על-פי כתב מינוי זה, הוועדה אמורה לבדוק את תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל ולהגיש לממשלה ממצאים והמלצות בדבר השינויים הנדרשים במבנה ובצורת התפקוד של המערכת והדרכים להתייעלותה. אין, בכתב מינוי זה, או באיזה שהוא מסמך רשמי אחר הקשור לפעילות הוועדה, כל הנחיה לוועדה לעסוק בגיבוש הצעה משלה לחוק ביטוח בריאות. הרוב בוועדה סבר, שחוק חדש זה הוא חיוני והכרחי לצורך יישום השינויים המבניים מרחיקי הלכת שהמליץ עליהם. המיעוט בוועדה מדגיש, בדו"ח שלו, שניתן להביא לשיפורים של ממש בתפקודה של מערכת הבריאות וביעילותה גם באמצעות הכנסת שינויים קלים ופשוטים יחסית בחקיקה הקיימת (ובמיוחד בחוק מס מקביל).

אסטרטגיית השינוי שהציע המיעוט קשורה ל"מגופי השינוי" של מערכת הבריאות. מגופי שינוי אלה הם, בעיקרם, תשומות של משאבי אנוש, כסף וטכנולוגיות חדשות למערכת הבריאות וכמו-כן "כללי משחק" חדשים; כלומר, כללים חדשים הקשורים לכניסה, להקצאה ולהפעלה של תשומות אלה במערכת הבריאות, כללים שיאפשרו למערכת הבריאות להתחיל

5-6 אזורים, שכל אחד מהם ינוהל בידי סניף אזורי של אותה רשות ממלכתית. בהמשך המאמר יתואר "טיפול-שורש" זה, שעליו ממליץ דו"ח הרוב למערכת הבריאות, בצורה מפורטת יותר. צריך להעיר, שאפשר שדו"ח הרוב משקף איזשהו מאפיין של הדיון האקדמי והפוליטי בישראל במגוון של סוגיות יסוד, ולא דווקא של הדיון במדיניות הבריאות. כוונתי למאפיין של הימנעות מאבחון ברור ומסודר של מהות הבעיה וגורמיה וקפיצה מידית לפתרונות. עיסוק בתשובות נראה לעתים קרובות מועדף ורצוי יותר מן העיסוק בשאלות. לא בעיות המחפשות פתרונות מתאימים לפנינו, בדו"ח הרוב, אלא תוכניות פתרון התרות אחר בעיות מתאימות. בהמשך אשתדל להביא דוגמה לכך.

האסטרטגיה המוצעת לרפורמה

השוני המהותי בדרך אבחון תפקודה של המערכת הולך, כדבר טבעי ומובן, לראייה שונה לחלוטין של האסטרטגיה המוצעת לרפורמה. הדרך שהלך בה הרוב נגזרת מאבחון דלעיל והולכה לגיבוש המלצות הקוראות לשינויים מבניים מרחיקי לכת במערכת הבריאות, שתוארו בצורה תמציתית לעיל. מכיוון ששינויים מבניים כה מקיפים אינם ניתנים ליישום ולהפעלה אלא באמצעות דבר חקיקה חדש של הכנסת, הציר המרכזי של דו"ח הרוב הוא הצעת חוק חדשה לביטוח בריאות ממלכתי. אם לא תחוקק הכנסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אי אפשר יהיה לבצע את עיקרי הרפורמה הכלולה בדו"ח הרוב. זוהי, כפי שניתן לשער, סיבה אחת לכך שעד

הדגם הרצוי לשירותי הבריאות

השוואה שיטתית של ההצעות לחוק חדש לשירותי הבריאות, כפי שהן מצויות בדו"ח הרוב ובדו"ח המיעוט, יכולה ללמד על השוני הרב בין הדגמים הרצויים לשירותי הבריאות לפי גירסאות הרוב והמיעוט.

על-פי גירסת הרוב, המדינה הופכת להיות הגורם המבטח את אזרחיה בביטוח בריאות. קופות החולים הופכות להיות ספקי שירותי בריאות בלבד והכסף להספקת שירותי הבריאות יגיע אליהן מרשות בריאות ממלכתית, גוף חדש שהרוב ממליץ על הקמתו. אל רשות הבריאות הממלכתית הזו יוזרמו כל תקציבי הבריאות הציבוריים, כולל חלק גדול מתקציבי משרד הבריאות וכולל המס המקביל. מסי החבר של הקופות ייגבו באמצעות המוסד לביטוח לאומי ויועברו לרשות הבריאות הממלכתית. הרשות תקצה לכל קופה את הכסף הדרוש לה להספקת שירותיה לחברים שיבחרו לבטח את עצמם בה.

על-פי המלצות המיעוט נקרא החוק החדש "חוק להבטחת שירותי בריאות". הוא אינו משנה באופן יסודי את מערך יחסי הגומלין הנוכחי בין הממשלה, קופות החולים והאזרח, להוציא הטלת חובת ביטוח באחת מקופות החולים על כל אזרח במדינה. זכויות המבוטח אמורות להיות מפורטות ומוגדרות בחוזה ביטוח אחיד שיחתם בין כל קופה למבוטחיה. ככל חוזה אחיד גם זה טעון אישור הגורם הממשלתי המוסמך, במקרה זה משרד הבריאות.

המיעוט שולל לחלוטין את ההצעה להקים רשות בריאות ממלכתית. זוהי רשות מיותרת ומזיקה, תוספת של ביורוקרטיה ממשלתית שאין עמה יתרון של ממש. הן לפי הצעת הרוב והן לפי הצעת המיעוט יחול שינוי של

בתהליך של השתפרות נמשכת בעתיד. המיעוט מדגיש, שלגבי מספר רב של "כללי משחק" נחוצה רק החלטת ממשלה או חקיקת משנה (תקנות) חדשה. לדוגמה: ביטול שיטת התגמול הנוכחית של בתי-החולים, המבוססת על "מחיר יום אשפוז ממוצע", והחלפתה באחרת, או כללים חדשים בכל הקשור לכניסתם של רופאים חדשים למערכת הבריאות.

בדו"חות שהוגשו לממשלה, דו"ח הרוב ודו"ח המיעוט, מופיעות שתי הצעות שונות בתכלית של חוק ביטוח בריאות. כאמור לעיל, בדו"ח הרוב החוק החדש המוצע הוא המנוף הארכימדי להפעלת השינויים במערכת הבריאות, ובנוסחי החוק החדש שהרוב מציע מקופלים רוב השינויים המבניים שהוא ממליץ עליהם. לעומת זאת, בדו"ח המיעוט הדגש הוא לאו דווקא על חוק חדש, אלא על הכנסת שינויים מהותיים במשרד הבריאות ולאחר מכן ב"מנופי השינוי" שתוארו לעיל, מנופי שינוי שניתן ליישם ולהפעילם במסגרת חקיקה קיימת וסמכויות הממשלה ומשרד הבריאות.

נקודה אחרונה זו לא הובנה כהלכה ופורשה לא נכון למשל בידי צוות מכון ברוקדייל (Rosen, 1991). בשל כך חשוב להדגיש, שדו"ח המיעוט לא שלל חוק בריאות ממלכתי, אלא רק את גירסת הרוב לחוק כזה, ואת התנאי המוקדם של חקיקת חוק בדרך עיקרית לביצוע הרפורמה – כפי שהמליץ על כך הרוב בדו"ח שלו. בדו"ח המיעוט מובאת, ובאריכות, הצעת חוק להבטחת שירותי בריאות. להצעת חוק זו להבטחת שירותי בריאות יוחדו מטרות ברורות. יחד עם זאת, טענתו הבסיסית של דו"ח המיעוט היא, שחלק נכבד מיעדי הרפורמה שהוא ממליץ עליה ניתנים להשגה באמצעות חקיקת משנה (קרי, התקנת תקנות) ושינויים בכללי משחק, כאמור לעיל.

בכל אחד מאזורי הבריאות המוצעים, יחידה אוטונומית להספקת שירותי בריאות ברמת האיזור, יחידה שהיא כשירה לכל התחייבות חוזית-משפטית. הרוב מצדד בתוספת של ספקי שירותי בריאות באזורים, כלומר בעידוד הקמת קופות חולים חדשות וכמו-כן התארגנויות של ספקי בריאות שיעסקו בהספקת שירותי בריאות.

נימוקי הרוב להבניה מחדש של שירותי הבריאות בצורה אזורית נבדקים בהרחבה בדו"ח המיעוט. בפרק שלם המוקדש לנושא זה בדו"ח המיעוט נעשית בדיקה שיטתית של כל אחד מנימוקי הרוב ומוכח, שאין בהם ממש. המיעוט מצביע על הסכנות ועל הליקויים המבניים הקיימים ב"רשותיזציה" מעין זו של האחריות להספקת שירותי בריאות ומגיע למסקנה שנוקה ברור בעוד שתועלתה מפוקפקת ובעייתית. בדו"ח המיעוט נטען, שאין בעיית אמת, או תפוקה בלתי סבירה כלשהיא, ש"אזוריות" באה לשפרה. במידה שיש כיום הפליה לרעה של אזורי הצפון והדרום כארץ מבחינת החלוקה הגיאוגרפית של משאבי מערכת הבריאות, ניתן לפתור בעיה זו בקלות באמצעות הקצאה ממשלתית של תקציבים רגילים ותקציבי פיתוח שיתנו עדיפות לאזורים פריפריאליים אלה.

גישתו של המיעוט היא, שיש לאמץ תפיסה ביזורית של הספקת שירותי הבריאות. דהיינו, יש מקום לעודד ולטפח, לתמרץ ולקדם, האצלה של סמכויות ואחריות לדרגי השטח והשדה הן במשרד הבריאות והן בקופות החולים. דיון רחב בסוגיה זו של ביזוריות בשירותי בריאות יוכל הקורא למצוא במאמרם של גרוס, רוזן, וברנע (1991). ככלל, מומלץ ביותר בדו"ח המיעוט שהממשלה לא תתערב בשיקולי קופות החולים כיצד להציע את שירותי הבריאות שלהן לאזרחים. דעתו של המיעוט היא.

ממש בתפקידי משרד הבריאות: הוא יחדל מלהיות ספק של שירותי בריאות לפרט. בתי-החולים הממשלתיים יוצאו מניהולו של המשרד ויהפכו להיות אוטונומיים וכל אחד מהם יהיה מאורגן כישות משפטית עצמאית. זוהי אחת ההמלצות המשותפות לרוב ולמיעוט בוועדה שכבר הוחל ביישומה. שירותי הבריאות האחרים שנתן משרד הבריאות לפרט עד כה במישרין, כולל תחנות בריאות המשפחה, יועברו לקופות החולים. לפיכך, טוען המיעוט, אין היגיון בהפקעת האחריות הניהולית להקצאת תקציבי הבריאות הציבוריים, לפיקוח ולבקרה על הספקת שירותי הבריאות, מידי משרד הבריאות. המיעוט ממליץ על חיזוק המבנה התקציבי של משרד הבריאות, כך שיוכל להיות גורם אסטרטגי בעל מעמד ומשמעות במערכת הבריאות, בדומה למשרד החינוך במערכת החינוך ולמשרד הביטחון במערכת הביטחון. כיום, משרד הבריאות הוא משרד חלש, נטול סמכויות, אשר חלק מתפקידיו (למשל, בקרה פיננסית על קופות החולים) נעשה בפועל על-ידי משרד האוצר.

אזוריות או ביזוריות?

מוקד אחר של חילוקי דעות מהותיים בין הרוב למיעוט בוועדה היה סביב הנושא של ארגון הספקת שירותי הבריאות לאוכלוסייה. הרוב, כאמור, הציע רשות בריאות ממלכתית המאורגנת ב-6 אזורים. לפי הצעת הרוב תוקם בכל אחד מן האזורים מינהלה אזורית של שירותי בריאות ולמינהלה אזורית זו יהיו סמכויות סטטוטוריות (כלומר, יינתנו סמכויות של ממש על-פי החוק שמציע הרוב לביטוח בריאות ממלכתי). על-פי גירסת הרוב, קופות החולים תצטרכנה להתארגן ברמת האיזור וכל קופה תקים.

חינוך להרגלי חיים בריאים. המלצה זו נובעת במישרין מאקסיומות מדיניות הבריאות, שתוארו לעיל.

אין מחלוקת בין הרוב ובין המיעוט באשר לגודל הרצוי של ההוצאה הלאומית לבריאות. הן דו"ח הרוב והן דו"ח המיעוט רואים בסדר הגודל הנוכחי של ההוצאה הלאומית לבריאות (כפי שהוא נמדד במונחי אחוז מן התוצר המקומי) סדר גודל סביר וממליצים לשמור על רמה זו. לעומת זאת, ההמלצות הכלולות בשני הדו"חות, של הרוב ושל המיעוט, בכל הקשור למקורות המימון הרצויים של ההוצאה הלאומית לבריאות והחלוקה ביניהם, שונות תכלית שינוי.

על-פי דו"ח המיעוט, הירידה בהשתתפות הממשלה במימון שירותי הבריאות מוסברת בכך שהממשלה הקטינה, בצורה חדה ובלתי צפויה, את השתתפותה במימון שירותי הבריאות הציבוריים במהלך שנות ה-80 בד בבד עם המפנה בשירותים החברתיים האחרים (על כך ראה, למשל, דורון, 1991). כפי שמעידים דו"חות מבקר המדינה, התרחש מפנה זה בתחום המימון בלי שניתנה למשרד הבריאות ולקופות החולים אפשרות להיערך לקראתו ולהתאים את עצמם אליו. חלק נכבד של נטל מימון שירותי הבריאות הציבוריים שהממשלה "השתחררה" ממנו, הועבר ישירות לאזרח, שנאלץ לשלם מכיסו (עבור תרופות, ביקורים אצל רופא פרטי) או הוטל על התשלומים שהאזרח משלם לקופות החולים, כדמי חבר.

אלא שהקטנת אחריות הממשלה למימון ההוצאה הלאומית לבריאות, ועקב כך הגדלת מחויבותו הישירה של האזרח, לא הביאה לריסון ההוצאה הלאומית לבריאות ולא תרמה ליעילות המערכת. פרק שלם בדו"ח המיעוט מביא הוכחות לכך ששינויים אחרונים אלה בדפוסי המימון של המערכת הביאו להיווצרות מוקדים של אי יעילות

שניתן להסתפק בקופות החולים הקיימות ושהתחרות הנוכחית המתקיימת ביניהן היא סבירה. תוספות של קופות חולים, או מלכ"רים אחרים להספקת שירותי בריאות, פירושה תוספת של השקעות מיותרות בתשתית ובטכנולוגיה ואי-יעילות גדלה של מערכת הבריאות.

הוויכוח דלעיל על אזוריות מול ביזוריות, כעקרונות מנחים למבנה מערכת הבריאות, היה אחד הוויכוחים הנוקבים ביותר שהתנהלו במסגרת הוועדה. זהו גם אחד הנושאים שבו באו לידי ביטוי ברור הערכים השונים שעמדו ביסוד אסטרטגיית הרפורמה של הרוב ושל המיעוט, כפי שתוארו לעיל.

כלכלת מערכת הבריאות

אחת השאלות המרכזיות הקשורות לכלכלת מערכת הבריאות היא שאלת סדרי העדיפויות. האם יש לשמור, למשל, על החלוקה הקיימת של תקציבי הבריאות הציבוריים בין רפואה טיפולית, על ענפיה, ובין רפואה מונעת? מה צריך להיות הקו המנחה בכל הקשור להקצאת משאבים לרפואה הקהילתית הטיפולית מול הרפואה האשפוזית (בתי-חולים)? דו"ח הרוב כמעט שאיננו עוסק בשאלה חשובה זו של סדרי עדיפויות רצויים במערכת הבריאות. לעומת זאת, בדו"ח המיעוט יש המלצות ברורות וחד-משמעיות. אשר לנושא האחרון, לדוגמה, מומלץ לתת עדיפות מירבית לרפואה הקהילתית הטיפולית ולחזק ולטפח את מאמץ ההתייעלות, הנמשך כמה שנים, בבתי-חולים. אשר לנושא הראשון שנזכר, אחד מפרקי דו"ח המיעוט מוקדש להמלצה להעביר חלק נכבד של כל תוספת תקציבית למערכת הבריאות עבור פעילויות בתחום הרפואה המונעת וטיפול הבריאות המונע, כולל בריאות הציבור והסביבה וכולל

נושאים מורכבים וקשים. במכלול הנושאים האלה קיים ניגוד קוטבי בין המלצות הרוב להמלצות המיעוט. בסוגיית יחסי העבודה המליץ הרוב להכפיף את כל עובדי מערכת הבריאות הציבורית למבנה השכר הארצי ולהשאיר את הטיפול בבעיות השכר ורמתו לממשלה. דו"ח הרוב נמנע במפורש מהמלצה מחייבת כלשהיא בסוגיית השכר ורמתו, להוציא הצעה לתקן עיוותי שכר בתוך מערכת הבריאות בדרך של הנהגת משמרת שנייה ושלישית, תמורת תגמול מיוחד וגילום מכלול התוספות הקבועות לשכר במשכורת לצורך פנסיה.

דו"ח המיעוט מנמק בהרחבה המלצות שונות בתכלית. המיעוט ממליץ לבנות דרג מקומי של מערכת יחסי העבודה בכל בית-חולים ולאפשר הסכמים מקומיים ותוספות שכר מקומיות על-פי תרומת העובדים לתפוקות של כל בית-חולים. בניגוד לרוב, המיעוט ממליץ על דירוג אחיד לכל עובדי מערכת הבריאות, מנותק משאר חלקי השירות הציבורי. בנוסף לכך, דו"ח המיעוט ממליץ על הפעלה רחבה ומקיפה בכל מגזרי מערכת הבריאות הציבורית של תוכניות עידוד לשיתוף עובדים בהתייעלות ובמסגרת תוכניות אלה להעלות את שכרם של עובדי מערכת הבריאות.

דו"ח הרוב והמיעוט כאחד מתייחסים לסוגייה של עודף הרופאים בישראל והשלכותיו על איי-עילות מערכת הבריאות. הרוב ממליץ על התאמת היצע הרופאים לצורכי המשק באמצעות שילוב של מספר רב של צעדים, אך אין בדו"ח הרוב המלצות חד-משמעיות בסוגייה זו. בשל המורכבות והעדינות של הנושא החליט הרוב להשאיר לממשלה את ההחלטה אילו צעדים לנקוט. בדו"ח המיעוט יש שורה של המלצות ספציפיות לממשלה, לנקוט מדיניות פעילה להגבלת מספר הרופאים החדשים שיתווספו

במערכת הבריאות ולירידה חריפה של מידת הצדק החברתי של חלוקת שירותי המערכת בין שכבות האוכלוסייה השונות. תהליכים דומים אירעו בכמה מדינות מתועשות באירופה והממצאים שם דומים לאלה שתוארו לעיל (Young, 1990). בהקשר רחב יותר מביא הפרק עדות לכך, שלחלקו של המימון הציבורי (כלומר, השתתפות הממשלה והמעסיקים, ודמי החבר המשולמים לקופות החולים) במימון ההוצאה הלאומית לבריאות יש השפעה של ממש על ריסון עלויות במערכת. ידוע ומקובל במדינות המערב, שלהקצאה מרכזית של תקציבים למערכת הבריאות הציבורית יש השפעה מגבילה על ההוצאה הלאומית לבריאות. ככל שהמימון הציבורי עולה בהוצאה הלאומית לבריאות, קטן באופן יחסי סך כל ההוצאה הלאומית לבריאות לגולגולת (Cuyler, 1990). דו"ח המיעוט ממליץ אפוא להגיע בהדרגה, תוך חמש שנים בערך, למצב שבו יעלה המימון הציבורי של מערכת הבריאות מ-68% בערך היום ל-80% מן ההוצאה הלאומית לבריאות. מצב דומה קיים במרבית המדינות המפותחות באירופה (אסמכתאות לכך מובאות בפרק ה' של דו"ח המיעוט). זהו המצב שהיה קיים בישראל עד סוף שנות ה-70. בהתחשב במצב הכלכלי של המדינה ובאתגרים שמציבה קליטת העלייה, דו"ח המיעוט מציע דרך למימוש יעד כלכלי-חברתי זה כך שניתן יהיה למזער את השפעותיו המקרו-כלכליות הלא-חיוביות.

משאבי כוח אדם במערכת הבריאות

משאבי כוח אדם במערכת הבריאות, וכמו-כן מערכת יחסי העבודה, השכר והתגמולים, הם

הקשור להעדפות שירותי בריאות מונעים וקהילתיים בהקצאת תוספות תקציב לשירותי הבריאות בישראל. הרוב לא הגיע לכלל מסקנה בכל הקשור לסדרי עדיפויות בהקצאת תקציבים ציבוריים למגזרים השונים של מערכת הבריאות. בוועדת החקירה נתגלעו חילוקי דעות חריפים בין המיעוט ובין הרוב בכל הקשור לאבחון חולייה של מערכת הבריאות. הרוב, כך טענתי, לא איבחן חוליים אלה בצורה שיטתית וכלל בדו"ח שלו גיבוב של נושאים בעייתיים ששוררת בהן ערבוביה בין סימפטומים ובין בעיות, בין גורמי המחלה לתוצאותיה. לפיכך, השינוי שהרוב מציע ניתן לתיאור כאוסף של תרופות דרסטיות התרות ומחפשות אחר המחלות המתאימות להן. לעומת זאת, בדו"ח המיעוט נעשה ניסיון של אבחון שיטתי של המערכת, תוך שימוש בעקרונות אבחון הידועים מן התחומים המדעיים של פיתוח ארגוני והתנהגות ארגונית.

יש הבדל מהותי נוסף בין דו"ח הרוב לדו"ח המיעוט והוא קשור לאסטרטגיה של התערבות, או לאסטרטגיה יעילה של הנהגת רפורמה במערכות הבריאות. הבדל זה לא הוזכר ולא נדון עד כה אלא בעקיפין. בדו"ח המיעוט נעשה מאמץ שיטתי ללמוד ולהפיק לקחים מן הניסיון שהצטבר בעולם המערבי בביצוע רפורמות מוצלחות ויעילות במערכות בריאות (ראה, למשל, Bui Dang Ha Doan, 1988). ניתן לומר, שאת הרפורמות המוצלחות יותר מאפיינים (א) שינויים תוספתיים ומצטברים; (ב) התחשכות בהעדפות צרכנים, ספקי שירותי בריאות ורופאים; (ג) הימנעות מגרימת נזקים בלתי הפיכים להסדרי הספקת שירותי בריאות שתפוקותיהם סבירות; (ד) הימנעות מיצירת רווחים בלתי צפויים והשפעות אינפלציוניות של הרפורמה; ובעיקר, (ה) רפורמות שיש להן השפעה נמשכת ולאורך

למערכת הבריאות בעתיד, כולל סגירת בית-ספר לרפואה והפיכתו למרכז ללימודי המשך לרופאים.

על רפורמה בשירות הציבורי

ניסיתי להציג כאן בצורה שיטתית, אלה לעומת אלה, את הבדלי הגישות והמחלוקות שבין המיעוט לרוב בוועדה. מטבע הדברים, התמונה שהוצגה היא תמציתית; פסחתי במתכוון על שורה ארוכה של סוגיות נוספות שבהן היו חילוקי דעות מהותיים. למשל: מיהו מנהל בית-חולים, שירות רפואי פרטי בבתי-חולים, הדגם הרצוי של רפואת מומחים. הזכרתי, בקיצור נמרץ, שורה ארוכה של נושאים שהיתה בהם תמימות דעים בין הרוב למיעוט; למשל, בעניין הצורך בהפרדה ברורה בין חברות בהסתדרות הכללית ובין החברות בקופת חולים כללית.

בשני הדו"חות, של הרוב ושל המיעוט, מושם דגש חזק כמתן אפשרות לכל אזרח לבחור באופן חופשי בקופת החולים הרצויה לו וגם לעבור מקופת חולים אחת לחברתה. בדו"ח הרוב יש שורה של פרקים שגם המיעוט מסכים לאמור בהם. כאלה הם, בין היתר, הפרקים העוסקים בבריאות הציבור, בשירותי בריאות לקשישים, בשירותי בריאות השן, במבנה הארגוני של בתי-חולים. כאמור, אלה הן דוגמאות בלבד של הנושאים שהיתה בהם תמימות דעים. אבל בנושאים העקרוניים והחשובים היתה, כמתואר לעיל, מחלוקת חריפה.

למחלוקת בסיסית זו יש כאמור שורשים ערכיים. היא קשורה גם לפרשנות שונה שנתנו, חברי הרוב וחברי המיעוט לאקסיומות של מדיניות בריאות. המיעוט, כאמור, גזר מאקסיומות אלה מסקנה חד-משמעית בכל

המערכת בעבר, אימץ המיעוט את טיעוני ההסתדרות כיוון שמצא שהם תקפים ונכונים. בנושאים שהם אולי החשובים ביותר מבחינת ההסתדרות, כולל הפרדת החברות בהסתדרות מן החברות בקופת חולים, דחה המיעוט את עמדות ההסתדרות והצטרף בכך לדעת הרוב בוועדה.

בפני הממשלה, הכנסת והציבור בישראל הובאו שתי הצעות לרפורמה במערכת הבריאות, הצעת הרוב והצעת המיעוט. כשמדובר במערכת מורכבת ומסובכת כמו מערכת הבריאות בישראל, הגיונם של דברים הוא, שיש יותר מאשר דרך אחת שניתן ללכת בה.

לקראת רפורמה במערכת הבריאות?

בעת כתיבת הדברים, סוף שנת 1991, נראה שחלק קטן מהמלצות הוועדה, הן בגרסת המיעוט והן בגרסת הרוב, ימומשו ויבוצעו הלכה למעשה. עד כה ננקטו כמה פעולות שהיו בסמכותו של שר הבריאות ולפיכך לא נזקקו למלאכת חקיקה של הרשות המחוקקת. הכוונה למתן מעמד של תאגידים לחלק מבתי-החולים שבבעלות הממשלה, לאי אלה שינויים בדרך קביעת מחירן של פעולות אשפוז בבתי-החולים (תעריף לפי פעילות בחלק מפעולות האשפוז היקרות יותר) וגם לשינוי כלשהוא במפתח חלוקת המס המקביל לקופות החולים. שינויים אלה תואמים, מטבע הדברים, את עמדת הרוב, אך הם מתאימים גם לאסטרטגיית הרפורמה של המיעוט ולהמלצותיו הספציפיות.

אם נכונה התחזית שאציע, לפיה חלק קטן מהמלצות הוועדה (הן אלה של הרוב והן אלה של המיעוט) ייושמו, אזי יש

זמן על התייעלות מערכות הבריאות ושיפור איכותן.

ברוח זו, של חתירה לאסטרטגיה אפקטיבית של רפורמה, מאופיין דו"ח המיעוט באסטרטגיית שינוי שבה מושם דגש עיקרי בשינויים הדרגתיים בתשומות כסף, טכנולוגיה וכוח אדם למערכת (בנוסף לשינוי מבני הכרחי במשרד הבריאות). עלות הרפורמה המוצעת בדו"ח המיעוט נמוכה יחסית וחלק גדול מן השינויים הכלולים ברפורמה זו הם הפיכים. בנוסף לכך, ברפורמה של המיעוט יש המלצות על שורת תמריצים שתהיה להם השפעה לאורך זמן על מערכת הבריאות, תוך חתירה להתערבות מינימלית בשיקולי קופות החולים כיצד לספק את שירותיהן למבוטחים בהן. מתוך ניתוח המלצות העיקריות של דו"ח הרוב, כפי שהובאו לעיל, ברור לחלוטין שהשקפותיו על אסטרטגיית הרפורמה הרצויה, כולל מבחינת טווח הזמן של השפעת המלצותיו, מידת בציעותן, ועלות השינוי, שונות לחלוטין מהשקפות המיעוט בוועדה.

מאז נסתיימה עבודתה של ועדת החקירה והוגשו הדו"חות שלה לראש הממשלה ולממשלה נעשה ניסיון להפיץ כל מיני "סיפורים" על עמדת המיעוט. אחדים מהם קיבלו ביטוי באמצעי התקשורת. למשל, במאמר ראשי של עיתון יומי נטען, שעמדות המיעוט קרובות לעמדות ההסתדרות. יש להדגיש, שוועדת החקירה שמעה מאות עדים ובחנה אלפי עמודים של עדויות. נעשה מאמץ לבחון ולבדוק טיעונים ללא הטיות מוקדמות לצד זה או אחר בוויכוח. מכיוון שהמיעוט איננו מייצג קבוצת אינטרס בתחום מערכת הבריאות (להוציא זו של המבוטחים, שהם הרוב המכריע של תושבי המדינה), הוא נהנה מיתרון מה על חלק מעמיתיו, שהצטרפו לדו"ח הרוב. בכל הקשור לדרכי המימון הרצויות של מערכת הבריאות ולמימון

צריך להדגיש: רוב הסיבות לתחזית הפסימית שהובאה לעיל, בדבר מימוש מינימלי של המלצות דוח"ות הרוב והמיעוט, אינן קשורות כלל לדרך העבודה של הוועדה, אלא הן תוצאה של שינויים שנעשו ושל התפתחויות שהתרחשו במדינת ישראל. במהלך שתי שנות עבודתה של הוועדה, ועוד יותר מכך לאחר שסיימה את עבודתה, בוצעו כמה שינויים חשובים מאוד במערכת הבריאות הציבורית. אחד החשובים שבהם הוא ההסכם הקיבוצי שנחתם עם הרופאים עובדי המדינה וקופות החולים, שבו קיבלו הללו תוספות שכר גדולות. במקביל, הפעילה קופת חולים כללית כמה שינויים ("המהפכה הבריאה"), שנועדו לשפר ולתקן ליקויים בולטים שעוררו אי שביעות רצון אצל מבוטחי הקופה. בין השאר, שופרה שיטת רופא המשפחה, הוארכו זמני העבודה במרפאות ובבתי המרקחת של הקופה, חלק מן המרפאות עברו לשיטה של קביעת ביקורים בטלפון ונעשה מאמץ להתגבר על בעיית התורים לניתוחים אלקטיביים בדרך של הפניה לבתי-חולים פרטיים. התוצאה של מכלול שינויים ופעולות אלה היתה, שמערכת הבריאות שוב אינה מאופיינת באי שביעות רצון חריפה של המבוטחים, מקבלי השירות, וציבור העובדים בה, ספקי השירות, כפי שהיה בעת מינוי הוועדה, ביולי 1988. לפי ניסיוןן של מדינות המערב, רפורמות מקיפות בשירותי בריאות מונהגות בדרך כלל בעתות של משבר חמור.

במקביל לשינויים אלה, שחלו בתוך מערכת הבריאות, חלו שינויים, עוד יותר גדולים וחשובים לענייננו, בסביבתה. תופעת העלייה הגדולה מברית המועצות שינתה את סדרי העדיפויות הלאומיים. בעיות הביטחון של ישראל בצל המשבר במפרץ הפרסי מאפילות על בעיות שירותי הרווחה למיניהן. תהליך ההתקדמות המקווה לקראת הסדרי

חשיבות להבהרת הסיבות לכך. אפתח בסיבות הקשורות במישרין לדרך עבודתה של הוועדה ואעבור לסיבות החשובות יותר, הקשורות לנסיבות שהשתנו במהלך שתי שנות עבודתה, ועוד יותר מכך לאחר שסיימה הוועדה את עבודתה.

הוועדה ניוטה, בעיקר בידי היושב-ראש שלה, לאמץ באופן בלעדי כמעט, את המודל המשפטי של חקירת עדים, על מנת להגיע לחקר האמת. כמעט לא הופעל, במהלך עבודתה, תהליך של איסוף מידע חדש. לרשות הוועדה לא עמדו צוותי מחקר וייעוץ מקצועיים בתחומים השונים של פעילותה (חברי ועדה בודדים נעזרו פה ושם בייעוץ חיצוני). זהו דפוס פעולה שהוא שונה מאוד מזה של ועדות דומות במדינות אחרות, כגון אנגליה ושוודיה. התוצאה היתה, שבסיס הידע והנתונים החדשים, הלא ידועים והלא מוכרים, שהגיעה אליו הוועדה היה רל ומצומצם.

במהלך עבודת הוועדה לא נעשה כמעט דבר על מנת להבטיח תמיכה ציבורית רחבה בהמלצותיה. הוועדה כמעט לא יזמה שום הודעה לתקשורת. כמעט לא היה איסוף נתונים ועובדות בשטח עצמו. הרוב בוועדה החליט שלא ללכת בכיוון של פרסום דו"חות ביניים. התוצאה: העניין הציבורי בוועדה ובעבודתה דעך עוד בשלבים הראשונים של עבודתה. בנוסף לכך, הוועדה לא קיימה קשר רציף עם הדרג המקצועי במינהל הציבורי הקשור לעבודתה.

כללו של דבר, במהלך עבודתה עשתה הוועדה כמעט הכל כדי לבודד את עצמה, כאילו היתה בית משפט, הן מאמצעי התקשורת, הן מן המינהל הציבורי והן מדרגי העשייה במערכת הבריאות. התוצאה של כל אלה היתה ירידה מהירה בהתעניינות הציבור הרחב בוועדה ובעבודתה והעדר בסיס תמיכה של ממש בתוצאות פעולתה.

בוועדה בתום שנה לעבודתה (ספטמבר 1989). במסמך זה, שהיה בבחינת ראי לביקורת עצמית של עבודת הוועדה ותשתית לגיבוש אסטרטגיה להמלצותיה, נכללו תחזיות מדוקדקות מאוד לאלה מהמלצות הוועדה (שגובשו כבר אז) שתגענה לשלב של יישום בפועל. כמחצית מן התחזיות האלה התממשה.

אפשר שאחד הלקחים החשובים ביותר שניתן להפיק מעבודתה ומהמלצותיה של ועדת החקירה הוא זה: בהנהגת רפורמה של ממש במערכות ציבוריות גדולות ומורכבות, דווקא אסטרטגיה מצניעה-לכת, המופעלת בהדרגה והעוסקת ב"ברזי הכניסה" של תשומות למערכת, היא היא האסטרטגיה שסיכוייה טובים להצלחה.

שלום עתידיים עם שכנינו מהווה מוקד מרכזי לתשומת לב נמשכת של מקבלי החלטות בממשלה. רפורמה במערכת הבריאות אינה עומדת, בנסיבות אלה, בראש מעייניה של הרשות המבצעת במדינת ישראל. גם אותם מקבלי החלטות הקשורים יותר לתחומי המשק והכלכלה (כגון ראשי משרד האוצר), שניסו לזרז בעבר את תהליך הרפורמה במערכת הבריאות, מפנים כיום את מירב מרצם וזמנם למאבק באבטלה הגואה ולהגדלת ההשקעות במשק כדי להביא לצמיחתו. במאזן הבינמפלגתי הקיים הן בכנסת והן בממשלה, ספק אם ימצאו כוחות פוליטיים שיפתחו מחויבות נמשכת ועמוקה לרפורמה במערכת הבריאות. הניתוח שהובא לעיל נלקח רובו ככולו ובשינויים קלים, מתוך מסמך שכתב המיעוט

ביבליוגרפיה

- גרוס, ר', רוזן, ב', וברנע, תמר, "ביזור ואוטונומיה בשירותי בריאות", בטחון סוציאלי, 36 (1991), עמ' 78-106.
 דורון, א', "המפנה במדיניות הביטחון הסוציאלי בישראל: השפעות השינוי האידיאולוגי", בטחון סוציאלי, 36 (1991), עמ' 15-27.
 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, כרך ראשון: דעת הרוכ; כרך שני: דעת המיעוט, ירושלים, 1990.
 Bui Dang Ha Doan (ed.), *The Future of Health and Health Care Systems in the Industrialized Societies*, Praeger, N.Y., 1968.
 Cuyler, A.J., "Cost Containment in Europe", in: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *Health Care Systems in Transitions*, OECD, Paris, France, 1990.
 Kirkman, Liff B., "Health Insurance Values and Implementation in the Netherlands and the Federal Republic of Germany", *JAMA*, 265 (1991), pp. 2496-2502.
 Maxwell, R., *Health and Wealth*, Lexington Books, Lexington, MA, 1981.
 Rosen, B. (ed.), *The Netanyahu Commission Report. Background, Contents, and Initial Reactions*, JDC — Brookdale, Research Report RR-24-91, Jerusalem, 1991.
 Shuval, J.T., "Medical Manpower in Israel: Political Processes and Constraints", *Health Policy*, 15 (1990), pp. 189-214.
 Young, D.W., "Privatizing Health Care: Caveat Emperor", *International Journal of Health Planning and Management*, 5 (1990), pp. 237-270.

מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל – קיפאון או התקדמות

מאת פרופ' אורי אבירם*

מבוא

(Siegel et al., 1989). בנוסף למרפאות אלה פועלים עוד בערך 90 שירותי בריאות נפש אחרים בקהילה, כגון: יחידות טיפול יום, מועדונים חברתיים, דיור מוגן ושירותי שיקום (פופר ורהב, 1984א'; משרד הבריאות, 1989א').

לשירותי בריאות הנפש מוקצה חלק נכבד מתקציב הבריאות של המדינה. למרות ששירותי בריאות הנפש אינם במקום הראשון בסדר היום הציבורי, שירותים אלה ומצבם של חולי הנפש מושכים אליהם מעת לעת את תשומת הלב של הציבור. מוגבלותם ופגיעותם של חולי הנפש, והשירותים המסופקים להם שימשו מפעם לפעם עילה לדאגה בציבור.

מטרת המאמר לתאר את המדיניות ואת השירותים בתחום בריאות הנפש במדינת ישראל ולנתח את הבעיות העיקריות, ששירותים אלה חייבים להתמודד עמן. מבעיותיה של מערכת שירות בריאות הנפש מקורן בקשיים ארגוניים וכספיים, ואילו

מדיניות בריאות הנפש והשירותים הניתנים בתחום זה בישראל משקפים את המדינה ואת החברה שהם משרתים. הבנת הבעיות הנוכחיות והסוגיות המתמשכות של שירותי בריאות הנפש בישראל אינה יכולה להיעשות במנותק מן הנסיבות הפוליטיות והחברתיות של המדינה ואוכלוסיותה ומן הרקע ההיסטורי והתרבותי של אזרחיה. בישראל מאושפזים היום כ-38 מוסדות פסיכיאטריים בערך 7,000 איש. מוסדות אלה מדווחים על יותר מ-11,000 קבלות (admissions) לשנה. החולים במחלות נפש תופסים יותר מרבע מכלל מיטות האשפוז בארץ (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989; משרד האוצר, 1989). מעריכים, שמדי שנה נערכים 650,000 ביקורים פסיכיאטריים ב-60 מרפאות לבריאות הנפש (שירותי בריאות הנפש, 1986; משרד הבריאות, 1989א';

* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חל-אביב. עתה פרופסור אורח במכון למדיניות הבריאות ושירותי בריאות ובבית-הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת רוטג'רס, ניו ברונסוויק, ניו ג'רסי. המחבר מבקש להודות למרים פופר ולרבקה הכט על עזרתן בהשגת נתונים אפידמיולוגיים, ולאסתר דותן ולנטע אורן על עזרתן באיסוף הנתונים. מרים פופר ויגאל גינת ראויים לתודה על הערותיהם המועילות לטיוטות קודמות של מאמר זה. נוסח מקוצר הופיע ב-*Journal of Sociology and Social Welfare*, Vol. 18 No. 2 (June 1991), pp. 89-123.

נשים בירושלים. את הטיפול הרפואי סיפקו, בעת הצורך, רופאים כלליים. רק בשנת 1921 החל לפעול בארץ רופא שהתמחה בפסיכיאטריה (דגן, 1988; היילפרין 1937). עם הקמת המדינה היו בה 1,200 מיטות לחולי נפש: בשני בתי-חולים ממשלתיים לחולי-נפש, בשני בתי-חולים ציבוריים ובשתי יחידות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים. בערך שני שלישים מן המיטות הללו סיפקו בתי-חולים פרטיים, למטרות רווח. רק 200 מיטות פסיכיאטריות סיפקה הממשלה. שיעור המיטות הפסיכיאטריות בארץ היה 1.32 ל-1,000 באוכלוסייה הכללית (Miller, 1977). שלושה גורמים היו אחראים למצב השירותים הפסיכיאטריים בזמן הקמת המדינה: הקהילה היהודית המאורגנת והשירותים שפיתחה, ממשלת המנדט שמשלה בארץ, והשירותים הפסיכיאטריים שפיתח צה"ל בימי מלחמת השחרור (Miller, Broza & Barzilai, 1968).

מצבם העלוב של השירותים הפסיכיאטריים במדינה הצעירה שיקף את האידיאולוגיות והגישות של הציבור והושפע מן התנאים הפוליטיים, החברתיים והכלכליים ששררו באותם ימים. ממשלת המנדט הבריטי ניסתה לצמצם ככל האפשר את השקעותיה בטיפול החברתי ובבריאות, בכלל זה בשירותי בריאות נפש. למרות שלפני הקמת המדינה הקדישה הקהילה היהודית המאורגנת תשומת לב רבה לפיתוח שירותי בריאות ותכרה בכלל, שירותי בריאות הנפש זכו לעדיפות נמוכה ביניהם. קופת-חולים הכללית, שבמסגרתה היו מבוטחים בערך 80% מן האוכלוסייה, התנגדה במשך זמן רב להחיל את אחריותה על מחלות הנפש (בריל, 1974). עובדה זו, והתנאים שנוצרו

אחרות משקפות גורמים מבניים המושרשים עמוק בחברה ובמדינה.

המאמר נחלק לשלושה חלקים: 1. מבוא; 2. מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל; 3. סוגיות שוטפות ובעיות מתמשכות. כמבוא מובאת סקירה קצרה של תולדות מדיניות בריאות הנפש והשירותים בתחום זה. החלק השני, המתמקד בתיאור מערכת השירותים, פותח בדיון בנתונים אפידמיולוגיים וחושף את המגמות האחרונות בשירותי בריאות הנפש. לאחר מכן מובא ניתוח של הטיפול המוסדי, שירותי הקהילה ותוכניות לשיקום פסיכיאטרי. חלק זה מסתיים בסעיף על תקציב וכוח האדם ונוגע בחקיקה ובתוכניות בנושאי מוגבלות והבטחת הכנסה לחולי נפש. בחלק השלישי והאחרון של המאמר נדונים שלושה נושאים השלובים זה בזה: התפתחותה המוגבלת של מערכת שירותי בריאות הנפש בקהילה; מקומו הדומיננטי של בית-החולים לחולי נפש בהספקתם ובניהולם של שירותי בריאות הנפש במדינה; המגמה למדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש.

סקירה קצרה על תולדות שירותי בריאות הנפש

התפתחויות מוקדמות

אמנם ההיסטוריה הרשמית של שירותי בריאות הנפש בישראל החלה רק עם קום המדינה, אבל ראשיתם של השירותים האלה החלה כבר חמישים שנה קודם לכן. המוסד הראשון שנועד במיוחד לאלה הסובלים מהפרעה נפשית נוסד בשנת 1895; אז ייסדו שתי נשים רחמניות את בית המחסה 'עזרת-

1. בישראל המושג בית-חולים ציבורי לחולי נפש פירושו בית-חולים שאינו ממשלתי ושאינו פועל למטרות רווח.

המיטות האלה יחסית על הגידול הכללי של האוכלוסייה (Chesler-Gampel, 1970). זהו הישג מרשים, בייחוד לאור הגידול העצום שחל באוכלוסייה הכללית בתקופה זו.

במחצית הראשונה של שנות ה-50 התרחש תהליך נוסף שעיצב את צורתם של שירותי בריאות הנפש לשנים הבאות — נחקק חוק בריאות הנפש, שהחליף בשנת 1955 את החוק העותומני המיושן והבלתי מתאים של המאה ה-19. אף-על-פי ששירותי בריאות הנפש של ישראל כבר ייצגו באותו זמן סוגים שונים של טיפול וריפוי בקהילה ובבתי-חולים, העדיפה הכנסת לחוק חוק שנגע אך ורק לאשפוז חולים. האוריינטציה של החוק התבססה על המודל הרפואי והעניקה לרופאים סמכויות נרחבות בכל הנוגע לאשפוז בגלל סיבות נפשיות ולכפייתו (אבירם ושניט, 1981; בזק, 1972; שניט, 1982).

התגבשות מבנה שירותי בריאות הנפש בשנות ה-60 נוספו שירותי בריאות נפש חדשים והמערכת התגבשה. הגידול הרב בשירותי בריאות נפש מרפאתיים² התרחש במחצית השנייה של שנות ה-60 ובראשית שנות ה-70. בין 1965 ל-1977 גדל מספרן של היחידות המרפאתיות ב-70% — מ-37 יחידות ל-63 (פופר ורהב, 1984).

מבנה שירותי בריאות הנפש כפי שהוא היום כבר היה קיים בתחילת שנות ה-60. שירותים אלה כללו בתי-חולים פסיכיאטריים, יחידות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים, מרפאות חוץ ליד בתי-החולים ומרפאות קהילתיות, תחנות להדרכת

בעקבות מלחמת השחרור וגלי העלייה שהגיעו מיד לאחר שהוקמה המדינה, הם ההסבר לאי-מספיקותם של שירותי בריאות הנפש בשנותיה הראשונות של מדינת ישראל. שירותי בריאות הנפש לא היו מסוגלים לענות כראוי על הצרכים החדשים שנבעו מכואם של מאות אלפי העולים. דומה, שבתוך קבוצות העולים השונות הגיע מספר גדול יחסית חולי נפש (אבירם ושניט, 1981). מלבד זאת, ההנחה היתה, שצורכי בריאות הנפש של ניצולי השואה הם עצומים. העמדות הבלתי סובלניות כלפי חולי נפש, שציינו את הימים שלפני הקמת המדינה, השתנו (היילפרין, 1937; אבירם ושניט, 1981). הציבור והממשלה גילו רגישות לצרכים וחשו מחויבות מוסרית לספק שירותים לפליטי מחנות הריכוז (רמון, 1981).

בעשר שנותיה הראשונות של המדינה כוון המאמץ העיקרי של שירותי בריאות הנפש ליצירת מיטות נוספות לחולי נפש, כדי לענות על צורכי האשפוז. הממשלה השתמשה לשם כך במחנות צבא ישנים, במבצר וכית כלא עותומני עתיק, או בכפרים ערביים נטושים; היא בנתה גם מתקנים חדשים כדי לענות על הצורך במיטות אשפוז. בשנת 1949 פתחה קופת-חולים הכללית את בית-החולים השני שלה לחולי נפש. תוך עשר שנים גדל מספר המיטות פי 2.5 ויותר. בשנת 1958 היו בישראל 4,335 מיטות פסיכיאטריות והשיעור ביחס לאוכלוסייה הכללית היה 2.2 ל-1,000 תושבים, היינו גידול של 70% בערך לעומת השיעור עשר שנים קודם לכן. עד שנת 1963 עלה הגידול במספר

2. הכוונה לשירותים אמבולטוריים לבריאות הנפש, הכוללים מרפאות חוץ שלייד בתי-החולים הפסיכיאטריים והמחלקות הפסיכיאטריות ומרפאות לבריאות הנפש בקהילה.

קופת-חולים הכללית בדבר הספקת שירותי בריאות נפש במדינה. העיקרון המנחה של הסכם זה, שנכנס לתוקף בשנת 1978, היה שיש לספק שירותי בריאות נפש על בסיס אזורי, בהתאם לצרכים רפואיים וללא תשלום. קופת-חולים נדרשה לספק שירותי בריאות נפש לכל דורש באזורים שבאחריותה, בלי קשר לכיסוי הביטוחי שלהם. בתמורה לכך נטלה הממשלה על עצמה לכסות את ההוצאות של הספקת שירותי בריאות הנפש לחברי קופת-חולים, ולכל אדם, בלי תשלום. היתה זו תוכנית שאפתנית, שניסתה, בין היתר, לקדם את תוכנית הארגון-מחדש ולשפר את הספקת שירותי בריאות הנפש במדינה (אבירם ושניט, 1981).

בעקבות הסכם זה תיקנה קופת-חולים את מדיניות הכיסוי הביטוחי שלה וביטלה את כיסוי השירותים הפסיכיאטריים של חבריה. החל מ-1978 (קופת-חולים, 1986). למרות שלא היו לכך תוצאות מעשיות מידיות, שינוי מדיניות זה ביטא נסיגה גדולה של קופת-חולים מאחריותה, שהיתה מקובלת עד אז, כלפי אוכלוסיית המבוטחים, ויצרה בעיות שצפו ועלו על-פני השטח מאוחר יותר. בשנת 1989 שינתה הממשלה את מדיניותה הקודמת, לפיה סופקו שירותים פסיכיאטריים ללא תשלום וניסתה לגבות תשלום עבורם. עד לאחרונה היה המינהל המרכזי לשירותי בריאות הנפש אגף נפרד במשרד הבריאות. מעמדו העצמאי לא הוכר מעולם בחוק והיה למעשה הסדר מינהלי. בסוף שנת 1989 הכריז משרד הבריאות על כוונתו לשנות מבנה ארגוני זה ולשלב את שירותי בריאות הנפש, כולל שירותי האשפוז והטיפול המרפאתי הקהילתי, באגף שירותי האשפוז של המשרד. בעת כתיבת המאמר טרם הושלם תהליך ביצועו של השינוי המינהלי הזה.

הילד, יחידות לטיפול יום, שירותי מעבר, מוסדות סיעוד ומספר שירותי שיקום. בשנות ה-70 הוקמו כמה מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש, נפתחו מספר שירותים לשיקום מסמים והחלו לפעול קווי חירום (hotline) לבריאות הנפש (Miller, 1977; אבירם ושניט 1981). התוספות שנוספו בשנות ה-80 היו בעיקר בשירותים לטיפול המשך (after care) — מועדונים חברתיים (Moss & Davidson, 1980; נפתלי, 1986), דיור מוגן (Hammerman, 1984) ושירותי שיקום (Moss & Davidson, 1984; Levy & Davidson, 1988).

שירותי אשפוז סיפקו בעיקר בתי-חולים ממשלתיים או פרטיים (למטרות רווח) ומומנו בידי הממשלה. חלקה של קופת-חולים הכללית כמתן שירותי בריאות נפש מרפאתיים היה גדול מחלקה כמתן שירותי אשפוז פסיכיאטריים (פופר ורהב, 1984; קופת-חולים, 1980, 1983). אולם בעוד שהממשלה כמעט לא היתה מעורבת בהספקת שירותי בריאות מרפאתיים כלליים (את אלה סיפקה בעיקר קופת-חולים), היא סיפקה במישרין חלק נכבד משירותי בריאות הנפש המרפאתיים.

תוכניות ארגון מחדש ושינויי מדיניות בשנות ה-70 הונהגו במדיניות שני שינויים גדולים. בשנת 1972 הכריזה הממשלה על תוכנית ארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש (משרד האוצר, 1973). גישתה הבסיסית של "תוכנית הריאורגניזציה" הזאת היתה דומה למודל האמריקני של תוכנית מרכזי בריאות הנפש הקהילתיים. התוכנית קראה לספק שירותי בריאות נפש מקיפים בקהילות מוגדרות מבחינה גיאוגרפית (טרמר, 1975; Falik, 1978). בשנת 1977 הגיעה הממשלה להסכם עם

בעשור האחרון חלה ירידה ניכרת בשיעורי האשפוז של חולים. נתונים אפידמיולוגיים מגלים, שמגמה זו משתקפת בכל המדדים הרגילים המקובלים לגבי שירותי אשפוז – מספר המיטות, אוכלוסיית המאושפזים ומספר הקבלות לאשפוז. המגמה מתבטאת הן במספרים מוחלטים והן בשיעורים יחסית לאוכלוסייה (פופר והורביץ, 1989; 1990). מספר החולים במוסדות בריאות הנפש בישראל המשיך לעלות והגיע לשיאו בשנת 1978 – קרוב ל-9,000 חולים מאושפזים. בסוף שנת 1988 ירד המספר ב-20% בערך (7,000). מגמת ירידה דומה נצפתה במספר המיטות לחולי נפש.

מגמת הירידה, שהיתה מתונה בתחילת התקופה, הואצה ל-4% בממוצע לשנה בחלק השני של התקופה. מרשימה יותר היא ירידת שיעור החולים המאושפזים ל-1,000 תושבים. השיעור הגבוה ביותר נמדד במחצית השנייה של שנות ה-60. אחרי 1970 החל השיעור, שהגיע ל-2.7 ל-1,000, לרדת. מגמת הירידה הואצה בעשור האחרון והגיעה ל-30% בערך, ובשנת 1988 ירד השיעור ל-1.6 ל-1,000 תושבים (פופר והורביץ, 1989; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989). הירידה במספר החולים השוהים במוסדות חלה הן על השוהים בהם זמן קצר והן על השוהים זמן ממושך. בין 1975 ל-1988 ירד מספר החולים המאושפזים עד שנה ב-19%. שיעור הירידה בתקופה זו בקרב השוהים זמן ממושך יותר היה 5.6% בלבד. בתקופה זו גדל שיעור השוהים במוסדות לחולי נפש זמן ממושך מ-63% ל-66.5% מתוך סך-כל המאושפזים (פופר והורביץ, 1990).

מספר הקבלות לבתי-החולים, במחצית השנייה של שנות ה-70 ובשנות ה-80

מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל

מגמות משתנות בשירותי בריאות הנפש

מאמצייהם העיקריים של שירותי בריאות הנפש ב-15 שנותיה הראשונות של המדינה, בערך עד אמצע שנות ה-60 בערך, כווננו להגדלת מספר המיטות הפסיכיאטריות ולארגון שירותי אשפוז פסיכיאטריים. אין פירושו של דבר שאנשי המקצוע וקובעי המדיניות לא היו ערים לצרכים נוספים, או שהזניחו לחלוטין את פיתוחם של הסוגים האחרים של שירותי בריאות הנפש.

כמשך שנות ה-60, עם צמצום העלייה והשתפרות המצב הכלכלי, הוסבה תשומת הלב לשירותים האמבולטוריים. מספר המרפאות כמעט הוכפל ובין השנים 1965 – 1977 גדל מספר הביקורים בהן פי ארבעה (רהב ופופר, 1984 ב'). תוכניות לטיפול יום³, שלא היו קיימות עד סוף שנות ה-60, נעשו זמינות מעתה. מספר המיטות לטיפול יום גדל בשנות ה-70 פי שלושה ובשנת 1985 עלה על 1,000 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1978; 1979).

שירותים לטיפול המשך, תוכניות שיקום ותוכניות טיפול קהילתי לחולי נפש כרוניים היו זה מכבר לצרכים מוכרים וגם למטרה מוצהרת של שירותי בריאות הנפש (טרמר, 1975; Miller, 1977). אולם, רק מאז שנות ה-80 ניתן היה לגלות פעולות משמעותיות בתחום זה. בתקופה זו פותחו מועדונים חברתיים ושירותי שיקום וגברה תשומת הלב המוקדשת להקמת דיור מוגן לחולי נפש בקהילה.

3. המונח הנרדף לאשפוז יום המקובל בישראל הוא יחידה לטיפול יומי.

לוח 1. חולים מאושפזים וחולי יום ביחידות לטיפול פסיכיאטרי בישראל;
מספרים ואחוזים של חולים מאושפזים וקבלתם בשנים נבחרות, 1948-1988¹

| 1988 | 1978 | ² 1970 | 1958 | 1948 | |
|------------------------|--------|-------------------|-------|-------|----------------------------|
| מספרים מוחלטים | | | | | |
| | | | | | בסוף השנה |
| 7,036 | 8,925 | 8,038 | 4,188 | 1,197 | חולים מאושפזים |
| 1,220 | 896 | 303 | — | — | חולי יום |
| במשך השנה | | | | | |
| | | | | | קבלות לאשפוז |
| 11,035 | 12,995 | 10,577 | 4,619 | ** | סה"כ |
| 2,933 | 4,853 | ** | 2,593 | ** | קבלות ראשונות ³ |
| 8,102 | 8,139 | ** | 2,026 | ** | קבלות חוזרות ⁴ |
| שיעורים ל-1,000 חושבים | | | | | |
| | | | | | בסוף השנה |
| 1.6 | 2.4 | 2.7 | 2.1 | 1.3 | חולים מאושפזים |
| 0.2 | 0.3 | 0.1 | — | — | חולי יום |
| במשך השנה | | | | | |
| | | | | | קבלות לאשפוז |
| 2.5 | 3.5 | 3.6 | 2.3 | ** | סה"כ |
| 0.7 | 1.3 | ** | 1.3 | ** | קבלות ראשונות |
| 1.8 | 2.2 | ** | 1.0 | ** | קבלות חוזרות |

1. מקור: (הנתונים מבוססים על נתוני קובץ המאושפזים הפסיכיאטריים); הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1989) בשביל 1958, 1970, 1988; Chesler-Gampel 1970; Popper & Horowitz; 1948-1988 (1989) ל-1978.
 2. משנת 1970 הנתונים אינם כוללים מפגרים.
 3. נתונים אחדים מבוססים על אומדנים.
 4. נתונים אחדים מבוססים על אומדנים.
- ** נתונים לא ידועים.

הברית, אך היא דומה לשיעורים בארצות אחרות (Goldman, 1983), למשל בבריטניה, שבה נצפו ב-25 השנים האחרונות מגמות של אל-מימסוד (Deinstitutionalization) (Brown, 1985). בהעריכם מגמה זו הצביעו פופר והורביץ (1989; 1990) על הגידול במספר החולים ביחידות לטיפול יום ועל התפתחותם של שירותי טיפול חלופיים (לבתי-החולים) בקהילה שחלו בערך בתקופה זו. הם ייחסו את השינויים למכלול של גורמים — דמוגרפיים, חברתיים וקליניים.

הראשונות, היה 13,000 לשנה בממוצע. מספר זה החל לרדת לאחר שנת 1981 ועד שנת 1988 ירד ב-15%. בשנים 1973 — 1988 ירד שיעור הקבלות ב-36%, מ-3.9 ל-2.5 ל-1,000 תושבים. שיעור ירידה גדול עוד יותר נמסר לגבי קבלות ראשונות (פופר והורביץ, 1989). בין השנים 1975 ל-1988 ירד שיעור הקבלות הראשונות לבתי-חולים לחולי נפש ב-50%, מ-1.4 ל-0.7 לכל 1,000 תושבים (ראה לוח 1). הירידה באשפוזי חולים אכן מרשימה. אמנם שיעור הירידה אינו גדול כמו בארצות

טיפול מוסדי

בשנת 1980 היו בישראל 50 מוסדות אשפוז פסיכיאטרי. תוך שמונה שנים ירד מספרם ברבע (ראה לוח 2). הירידה הגדולה ביותר חלה במספרם של בתי-החולים הפרטיים. מספר המיטות הכללי בבתי-החולים הפסיכיאטריים הפרטיים ירד בתקופה זו ב-25% בערך. נתון זה מסביר בערך 75% מסך כל הירידה במספרן של המיטות הפסיכיאטריות בישראל. בסוף שנת 1988 היו בישראל 7,362 מיטות אשפוז פסיכיאטריות (ראה לוח 3; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

המגזר הציבורי (פרט לממשלה) מספק בערך 8% מן המיטות הפסיכיאטריות (ראה לוח 3). מיטות אלה מספקים ארגונים הפועלים שלא למטרת רווח, שהגדול בהם הוא קופת-חולים הכללית. לאור העובדה, שארגון בריאות זה מקיף בערך 70% מן האוכלוסייה ומספק 31% מן המיטות בבתי-החולים הכלליים בארץ, המספר והשיעור של 7% של המיטות הפסיכיאטריות שקופת-החולים מספקת הוא נמוך יחסית (משרד

המוסדות הטיפול והריפוי הפסיכיאטרי המוסדי מסופק בעיקר באמצעות שני סוגי מוסדות: בתי-חולים פסיכיאטריים ויחידות אשפוז פסיכיאטרי בבתי-חולים כלליים. קיימת שונות רבה בין שני סוגים אלה בכל הנוגע לסוג הטיפול, לתכונות החולים, עלויות, הצוות, הבעלות ורמת הטיפול. בסוף שנת 1987 היו בישראל 38 מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי (ראה לוח 2). כמעט מחצית מן המיטות היו בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים. ספק השירות השני בגודלו היו השירותים הפסיכיאטריים הפרטיים (למטרות רווח). בערך 40% מן המיטות היו בבתי-חולים אלה (ראה לוח 3). מאחר שהממשלה משלמת עבור רוב החולים בבתי-חולים פרטיים אלה וגם מפקחת עליהם (הלוי, 1984; משרד האוצר, 1989) אפשר לומר, ש-90% בקירוב מן המיטות הפסיכיאטריות בארץ הן מיטות ממשלתיות.

לוח 2. מוסדות אשפוז פסיכיאטריים לפי סוג ובעלות, 1975, 1980, 1987¹

| 1987 | 1980 | 1975 | |
|--------------------------------------|------|------|---|
| 12 | 15 | 12 | בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ² |
| 12 | 21 | 22 | פרטיים (למטרות רווח) |
| 3 | 3 | 3 | קופת חולים הכללית |
| 2 | 3 | 3 | אחרים ללא מטרת רווח |
| מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים | | | |
| 5 | 4 | 3 | ממשלתיים |
| 3 | 1 | 1 | קופת חולים הכללית |
| 1 | 1 | 1 | אחרים ללא מטרת רווח |
| 38 | 50 | 45 | סה"כ |

1. מקור: Popper & Horowitz 1989; שירותי בריאות הנפש, 1989.
2. כולל יחידה פסיכיאטרית בבית סוהר.

לוח 3. מספר ושיעור של מיטות פסיכיאטריות בישראל לסי סוג ובעלות, שנים נבחרות 1975-1987¹

| 1987 | 1983 | 1977 | 1975 | |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|------|
| בתי חולים פסיכיאטריים | | | | |
| ממשלתי | | | | |
| 3,513 | 3,881 | 3,796 | 3,593 | מספר |
| 47.2 | 46.5 | 42.9 | 44.1 | אחוז |
| פרטי | | | | |
| 3,080 | 3,571 | 4,094 | 3,644 | מספר |
| 41.4 | 42.8 | 46.3 | 44.7 | אחוז |
| קופת חולים הכללית | | | | |
| 451 | 481 | 516 | 498 | מספר |
| 6.1 | 5.8 | 5.8 | 6.1 | אחוז |
| אחרים ללא מטרת רווח | | | | |
| 143 | 192 | 248 | 250 | מספר |
| 1.9 | 2.3 | 2.6 | 3.0 | אחוז |
| בבתי חולים כלליים | | | | |
| מחלקות פסיכיאטריות² | | | | |
| 257 | 221 | 210 | 168 | מספר |
| 3.4 | 2.6 | 2.4 | 2.1 | אחוז |
| סך הכל | | | | |
| 7,444 | 8,346 | 8,846 | 8,153 | מספר |
| 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | אחוז |

1. מקור: פופר והורוביץ, 1989.
2. האחוזים הם עבור הטורים.
3. כולל מחלקות בבתי חולים ממשלתיים, של קופת חולים הכללית ובתי חולים ציבוריים אחרים שלא למטרות רווח.

ובתי-חולים פסיכיאטריים של קופת-חולים מספקים בעיקר שירותי אשפוז פסיכיאטרי למקרים חריפים. בערך 40% מן הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי בשנת 1988 היו במסגרת שירותים אלה, המהווים רק 10% בערך ממכלול המיטות הפסיכיאטריות בישראל. למרות שגם בתי-חולים ממשלתיים היו ספק נכבד של השירות הפסיכיאטרי האקוטי, השיעור הגדול של המאושפזים זמן ממושך

האוצר, 1989). למרות שחל ב-15 השנים האחרונות גידול רב במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי-החולים הכלליים (53% מ-1957 עד 1987), השיעור של 3.4% שמגזר זה מספק אף הוא קטן מאוד יחסית (ראה לוחות 2 ו-3).

מוסדות לטיפול במקרים חריפים⁴ יחידות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים

4. המונח הנרדף לטיפול במקרים אקוטיים (acute).

בבתי-חולים אלה (פופר והורביץ, 1990) הביא לשיעור נמוך יותר של קבלות למיטה בהשוואה לבתי-החולים הכלליים ולבתי-החולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים (ראה לוח 4). רק 4% בערך מן האשפוזים היו בבתי חולים כלליים (Siegel et. al., 1990).
בתי-חולים פסיכיאטריים פרטיים מספקים בעיקר טיפול ארוך-טווח. למרות ש-41% מן המיטות הפסיכיאטריות בישראל

לוח 4. קבלות למוסדות פסיכיאטריים בישראל לפי סוג, 1988¹

| מספר הקבלות למיטה | מיטות ² | קבלות ³ | סוג המוסד |
|---|--------------------|--------------------|-----------|
| בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש | | | |
| 1.87 | 3,513 | 6,566 | מספר |
| | 47.2 | 55.9 | אחוז |
| בתי חולים פרטיים לחולי נפש | | | |
| 0.15 | 3,080 | 470 | מספר |
| | 41.4 | 4.0 | אחוז |
| בתי חולים לחולי נפש של קופת חולים | | | |
| 5.56 | 451 | 2,507 | מספר |
| | 6.1 | 21.3 | אחוז |
| בתי חולים אחרים לחולי נפש שלא למטרות רווח | | | |
| 1.64 | 143 | 235 | מספר |
| | 1.9 | 2.0 | אחוז |
| מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים | | | |
| 7.70 | 257 | 1,978 | מספר |
| | 3.4 | 16.8 | אחוז |
| סה"כ | | | |
| 1.58 | 7,444 | 11,756 | מספר |
| | 100.0 | 100.0 | אחוז |

1. מקור: משרד הבריאות, 1989 ב'; פופר והורביץ, 1989.
2. כולל קבלות ליחידות יום בבתי חולים פסיכיאטריים (בערך ½% מכלל הקבלות).
3. הנתונים לסוף שנת 1987.

הראשונות. בערך רבע מכל הקבלות היו של בני 18 – 24.

נתונים על קבלה לפי קבוצות גיל ובית-חולים מגלים הבחנות מעניינות נוספות. בערך 60% מכלל הקבלות לבתי-חולים פרטיים נמנו עם קבוצת הגיל +65, לעומת 12% בקבוצה זו בארץ כולה. בתי-חולים אלה שונים מן האחרים גם בקטיגוריות האבחנה של המתקבלים. בשנת 1988 אובחנו 58% מן הקבלות הראשונות לבתי-חולים פרטיים כמצב אורגני, לעומת 9.2% שאובחנו כן בכלל הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי בארץ. שני נתונים אלה מדגישים ביתר שאת, שבת-חולים הפרטיים מיועדים יותר לחולים הכרוניים ומשמשים בעיקר לחולים ממושכים (פופר והורביץ, 1984; משרד הבריאות, 1989ב').

צווי אשפוז ואשפוז בכפייה רוב הקבלות לבתי-חולים לחולי הנפש בישראל נעשות מרצון (בהסכמת המאושפז). לפי נתוני 1988, 13% בקירוב מן הקבלות אושפזו בכפייה על-פי הוראות אשפוז (אזרחי), ו-4.5% — על-פי צו אשפוז (על רקע פלילי) (פופר, 1989). אשפוז כפוי אזרחי מוגדר בחוק הישראלי במסגרת התחום הרפואי, המסמך פסיכיאטריים מתוזזים שמונו במיוחד להוציא הוראות אשפוז. לפי נתונים קודמים, חלקו של האשפוז בכפייה עשוי להיות גדול יותר — בערך 24% מכלל הקבלות (אבירם ושניט, 1984). שיעור זה דומה לשיעור של אשפוזים בכפייה בארצות אחרות (National Institute of Mental Health, 1987). לפי נתונים קודמים אלה, רוב הקבלות הכפויות היו קבלות דחופות, שאי אפשר היה להשיג לפני ביצוען הוראות אשפוז מן הפסיכיאטר המחוזי. למרות שניתן להניח, שהנתונים המאוחרים אמנם מצביעים על ירידה ממשית במספר האשפוזים הכפויים

מצויות בבתי-חולים אלה, חלקן היחסי בכלל מספר הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי לשנה הגיע בשנת 1988 ל-4% בלבד. החלטה הנוגעת למדיניות משרד הבריאות שנתקבלה זה מקרוב אינה מעודדת קבלות חדשות לבתי-חולים פרטיים. 90% מן המאושפזים בבתי-חולים אלה שוהים בהם יותר משנה (פופר והורביץ, 1990). מוסדות אלה דומים למוסדות סיעוד. הם מספקים בעיקר מחסה ואחזקה, כאשר השירותים הרפואיים, החברתיים והשיקומיים בהם מועטים. שיעור אנשי הצוות לחולה ועלות הטיפול נמוכים בהרבה מאשר בבתי-החולים האחרים. הממשלה קובעת למוסדות אלה את תעריפי התשלומים (המשתנים בהתאם לסוג האוכלוסייה המטופלת) ומפקחת על המוסדות הללו (הלוי, 1984). איכות הטיפול באחדים ממוסדות אלה עוררה מפעם לפעם דאגה בציבור ובעיני רבים היא נחשבת חרפה (Neumann, 1982).

קבלות לאשפוז וחולים מאושפזים כאמור, בשנת 1988 נרשמו בערך 11,000 קבלות חולים לשירותים הפסיכיאטריים. שיעור הקבלה ל-1,000 תושבים היה 2.5. בסוף שנת 1988 שהו בבתי-חולים אלה 7,035 איש, ושיעורם היה 1.6 ל-1,000 (ראה לוח 1). רוב הקבלות (73.4%) היו קבלות חוזרות. 55% מן הקבלות היו גברים. היו הבדלים מעניינים בין המתקבלים, לפי גיל ומין. בערך 70% מן הקבלות בקרב הגברים היו מקבוצת הגיל 18 – 44. חלקן של הקבלות בפעם הראשונה בקרב הנשים מקבוצת גיל זו היה קטן בהרבה — 50% בערך. חלקן של הנשים בגיל +65 בקרב הנשים שהתקבלו גדול למעלה מפי שניים מזה של הגברים (17% ו-7.8% בהתאמה). ילדים (עד גיל 17) מהווים 8.4% מן הקבלות

משך השהייה הממוצע של אלה ששחררו במהלך שנת 1988 מאשפוז פסיכיאטרי (למעט מחלקות פסיכיאטריות בבתי-חולים הכלליים), היה 224 יום (לעומת 5.1 ימי שהייה בממוצע בקרב אלה ששחררו מבתי-חולים כלליים. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989). הגידול במשך השהייה הממוצע של אלה שהשתחררו מבתי-חולים לחולי נפש בשנים האחרונות (בהשוואה למשך הממוצע לפני 15 – 20 שנה), יחד עם ירידת מספר השהים ומספר הקבלות לבתי-חולים לחולי נפש מעיד, שלאחרונה מספרם של החולים זמן ממושך ששחררו מבתי-חולים לחולי נפש גדול יותר מאשר בשנים הקודמות. אפשר, שנתונים אלה משקפים גם פטירות של חולים ממושכים והעברה של חולים כרוניים למסגרות פסיכיאטריות פרטיות. סוגייה זו דורשת מחקר נוסף.

משך השהייה הממוצע של 184.2 יום של כל החולים בבתי-חולים לחולי נפש בשנת 1987 היה שווה פחות או יותר לזה שבעבר (משרד הבריאות, 1986). השיעור הממוצע של תפוסת המיטות ירד במהלך שנות ה-80. אפשר שהדבר מצביע על שיפור תנאי האשפוז. בעוד שבשנות ה-60 וה-70 היו שיעורי התפוסה בערך 100%, בשנת 1988 ירד השיעור ל-86.1% ונעשה דומה לשיעור תפוסתן של המיטות הרפואיות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

שיטות טיפול

הידע ורמת ההכשרה הגבוהה של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש נותנים למוסדות בריאות הנפש נגישות לשיטות טיפול ברמה גבוהה. המוסדות נוקטים מגוון של גישות טיפול וריפוי. אין מידע ספציפי מדויק על סוגי הטיפול ושיטותיו או על השימוש שנעשה בהם במוסדות, כשם שאין מידע על התפלגות

ובשיעורם, גודל ההבדל וסיבותיו אינם ברורים. אלה עלולים לנבוע גם מנוהלי הדיווח או ממידת המהימנות של הנתונים שנאספו בכל אחת משתי התקופות.

קטיגוריות של אבחנה ומידת הכרוניות סכיזופרניה היא האבחנה העיקרית של המתקבלים למוסדות בישראל; זו היתה האבחנה לגבי 55% מכלל הקבלות. הפרעות אפקטיביות הן הקטיגוריה השנייה בגודלה – 14% מכלל הקבלות לאשפוז. קטיגוריה זו שכיחה בקרב נשים פי שניים יותר מאשר בקרב גברים (19.2% לעומת 9.5% בהתאמה. שירותי בריאות הנפש, 1986; 1989). רק 2.6% מן החולים המאושפזים לא אובחנו כפסיכויים (Siegel, 1990).

אין מידע מדויק על שיעורם של חולי הנפש הכרוניים בישראל. נתונים על משך השהייה של חולים בבתי-חולים לחולי נפש, בסוף 1988, מגלים ש-68.7% אושפזו לתקופה העולה על שנה; כמעט 50% מכלל המאושפזים – אושפזו לתקופה של 5 שנים ויותר. החלק הגדול ביותר של מאושפזים לזמן ממושך היה מאושפז בבתי-חולים פרטיים (89.4%). חלקה של קטיגוריית חולים זו בבתי-חולים ממשלתיים ושל קופת-חולים היה קטן יותר (60.4% ו-16.2% בהתאמה. פופר והורביץ, 1990). נתונים אלה משקפים את התפקיד שבתי-חולים אלה ממלאים ואת המדיניות של הגופים המנהלים אותם.

משך האשפוז

בשנת 1988 היה המספר המוחלט של ימי האשפוז בגין מחלות נפש 537.8 לאלף נפש מכלל האוכלוסייה. אשפוז פסיכיאטרי היווה 27% מכל ימי האשפוז במדינה. אם לא נכלול ימי אשפוז בגין מחלות כרוניות ושיקום, אזי האשפוז בשירותים הפסיכיאטריים היה 40% מכל ימי האשפוז במדינה.

לפי סקר משנת 1986 על השימוש בשירותים פסיכיאטריים (Siegel et. al., 1990), 68% מסה"כ מקבלי הטיפול בשבוע הסקר קיבלוהו בשירותים קהילתיים. במהלך שבוע זה נרשמו בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים 14,952 מגעי טיפול עם חולים. מאחר שהסקר הצטמצם לשירותי בריאות הנפש ומאחר שחולים רבים מקבלים טיפול משירותי חברה ושיקום אחרים, כגון מחלקות לשירותים חברתיים, שירותי שיקום של המוסד לביטוח לאומי ומומחים פרטיים לבריאות הנפש, ניתן להגיע למסקנה, שמספר מגעי הטיפול עם חולי הנפש גדול הרבה יותר.

שירותי בריאות נפש בקהילה שלא לצורך אשפוז סופקו בעיקר על-ידי מרפאות לבריאות נפש בקהילה ומרפאות חוץ שליד בתי-החולים, אשר ייצגו 80.8% ממגע הטיפול בחולים בשבוע הסקר. יחידות לטיפול יום סיפקו 9.6%, ומועדונים חברתיים — 4.5%. חלקו של הייעוץ בענייני בריאות הנפש היה 5.2% ממגעי הטיפול הללו. בערך מחצית מן החולים שקיבלו טיפול בשירותי הקהילה אובחנו כפסיכוטיים, כבעלי הפרעות אפקטיביות או אורגניות, או קיבלו קיצבת נכות. קבוצה זו נחשבה באופן כללי כמכילה חולים בעלי תפקוד מוגבל התלויים באחרים. השאר הוערכו כתלויים פחות (Siegel et. al., 1990).

יחידות לטיפול יום בסוף 1988 קיבלו 1,200 חולים טיפול ב-28 יחידות לטיפול יום. יחידות אלה תוקצבו על-פי מספר המיטות המאושרות, שמספרן הכולל היה 938 (ראה לוח 5; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989). 75% מן היחידות לטיפול יום היו חלק משירותי האשפוז, או נוהלו בידיהם. כשני שלישים מן היחידות הופעלו בידי הממשלה.

אנשי המקצוע המועסקים במוסדות אלה, לפי סוג ההכשרה ורמת ההשכלה. אולם, סקירה על דרישות המינימום מן המבקשים להתקבל לעבודה ועל חומר ההוראה המשמש להכשרת אנשי המקצוע (ראה לדוגמה, אליצור ואחרים, 1987) מאפשרת להגיע למסקנה, שרמת ההכשרה היא גבוהה על-פי אמות מידה מערביות ושירותי בריאות הנפש עושים שימוש בשיטות טיפול רבות ושונות: פסיכודינמיות, ביולוגיות, פסיכוסוציאליות ועוד. למרות שבהתחלה הושפעו אנשי המקצוע הישראליים העובדים בתחום בריאות הנפש מאוד מן המסורת הפסיכיאטרית של מרכז אירופה בשנות ה-30, והאסכולה הפסיכודינמית עודנה בעלת השפעה גדולה למדי, דומה ששיטות אחרות נעשות נפוצות יותר. דרוש מידע ספציפי ומדויק רב יותר בעניין זה. מידע נוסף על כוח האדם המקצועי בתחום יידון בסעיף המוקדש לסגל העובדים.

שירותי בריאות הנפש בקהילה

יש המייחסים את הירידה במספר ובשיעור של המאושפזים על רקע נפשי בישראל בעשור האחרון להתפתחות שירותי בריאות הנפש בקהילה (פופר ורהב, 1984; פופר והורביץ, 1989; 1990). הוספת מרפאות, יחידות לטיפול יום, מרכזי בריאות נפש קהילתיים, כמה שירותים לטיפול המשך ושירותי שיקום אכן שינו את אופיים של שירותי בריאות הנפש בישראל. אולם, דרושים מחקרים המעריכים את השפעתם הישירה של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים על הפחתת אוכלוסיית השוהים במוסדות האשפוז ולהערכת התרומה המדויקת של התפתחות שירותי בריאות הנפש בקהילה על מכלול שירותי בריאות הנפש.

לוח 5. מרפאות ומוסדות קהילתיים אחרים
לבריאות הנפש לפי סוג ושייכות, 1989¹

| סה"כ | ציבורי (אחר) | קופת חולים | ממשלתי | |
|------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| | | | | יחידות לטיפול יום |
| 28 | 2 | 8 | 18 | סה"כ |
| 21 | 1 | 5 | 15 | ליד יחידת אשפוז פסיכיאטרית |
| 7 | 1 | 3 | 3 | בקהילה |
| | | | | מרפאות |
| 62 | 4 | ³ 19 | ² 39 | סה"כ |
| 25 | 1 | 10 | 14 | ליד יחידות אשפוז |
| | | | | פסיכיאטרית |
| 32 | 3 | 7 | ⁴ 22 | בקהילה |
| | | | | יחידת מעקב אחרי חולה |
| 5 | — | 2 | 3 | (ליד מחלקה פסיכיאטרית) |
| | | | | יחידות לשיקום תעסוקתי |
| 7 | — | — | 7 | סה"כ |
| 3 | — | — | 3 | ביחידות אשפוז פסיכיאטרית |
| 4 | — | — | 4 | בקהילה |
| | | | | טיפול וייעוץ בענייני סמים |
| 17 | 10 | 1 | 6 | סה"כ |
| 15 | ⁵ 10 | 1 | 4 | מרפאות |
| 2 | — | — | 2 | טיפול יום |
| | | | | ייעוץ ⁶ |
| 3 | 2 | 1 | — | סה"כ |
| | | | | מועדונים חברתיים |
| 33 | 33 | — | — | סה"כ |
| | | | | קו חירום (ער"ן) |
| 8 | 8 | — | — | סה"כ |
| | | | | ייעוץ לסטודנטים |
| 5 | 5 | — | — | סה"כ |
| 12 | 4 | — | 8 | תוכניות לדיור מוגן בקהילה ⁷ |
| 182 | | | | |

1. מקור: משרד הבריאות 1989, א'.
2. בנוסף לכך — 6 סניפי מרפאות.
3. בנוסף לכך — 2 סניפי מרפאה.
4. רוב המחלקות קשורות מבחינה מינהלית למוסדות אשפוז פסיכיאטריים.
5. שירותי ייעוץ "אל סם".
6. לא כולל שירותי ייעוץ פסיכיאטריים בבתי חולים כלליים.
7. סה"כ לשנת 1987, 177 יחידות; 285 דיירים. מקור: משרד הבריאות 1989 (ג'), Hammerman, 1984.

התקופה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

שירותים מרפאתיים לבריאות הנפש שירותי מרפאה בבריאות הנפש מספקים בערך 60 מתקנים. בערך מחצית מהם מצויים בקהילה, ואילו השאר הם חלק משירותי האשפוז או קשורים אליהם. מספר המתקנים של קופת-חולים הוא בערך 30% ממספרם של כל השירותים המרפאתיים לבריאות הנפש בארץ (ראה לוח 5). עד לאחרונה סופקו שירותים מרפאתיים לבריאות הנפש ללא תשלום. לפי מדיניות חדשה נקבע תשלום קטן עבור השירות. ההחלטה בדבר הטיפול ומשך הטיפול נתונה בידי כל מרפאה (משרד הבריאות, 1984).

המידע על מספרם ומאפייניהם של חולים המקבלים שירותי בריאות מרפאתיים פחות מקיף מזה שעל המאושפזים במוסדות. לפי סקר 1986 קיבלו בשבוע הסקר 13,779 איש טיפול אמבולטורי בקהילה (משרד האוצר, 1989). על-פי נתונים משנת 1982 הגיעו לאומדן, שהיו בערך 36,000 קבלות חולים חדשות במשך השנה לכל המרפאות הפסיכיאטריות בארץ (פופר ורהב, 1984 ב'). מספר המגעים עם השירותים המרפאתיים גדל מ-144,000 בשנת 1965 ל-555,300 בשנת 1977 (משרד הבריאות, 1984) והגיע לפי אומדן ל-700,000 בשנת 1986 (שירותי בריאות הנפש, 1990).

מחקר שנערך לאחרונה על שירותים מרפאתיים לחולי נפש בירושלים מאיר מספר שאלות הנוגעות למאפייני החולים ולסוגי השירותים המסופקים להם. בערך 40% מן החולים שביקרו בשנת 1986 במרפאות לבריאות הנפש למבוגרים בירושלים במהלך חמשת השבועות, קיימו קשר סדיר עם המרפאה במשך שנה לפחות. שני שלישים מהם (כלומר, 27% מכל החולים) אובחנו

שירותי טיפול יום פותחו בסוף שנות ה-60 ובשנות ה-70 הראשונות. בשנת 1970 טופלו בשירותים אלה 300 חולים. מספרם הגיע לשיא בשנת 1987 ועלה על 1,300; לאחר מכן היתה ירידת-מה.

טיפול יום ניתן בעיקר באמצעות השירותים הממשלתיים וקופת-חולים. חלקם של חולי היום ביחס למאושפזים היה גדול בשירותי קופת-חולים יותר מאשר בשירותים הממשלתיים (454 ו-290 ל-1,000 באוכלוסיית המאושפזים, בהתאמה, בשנת 1987). הסקר משנת 1986 העלה, ש-80% מחולי היום היו מבוגרים, 11% - קשישים, 6% - מתבגרים ו-3% - ילדים (משרד האוצר, 1989).

מאחר שסיווגן של המיטות לטיפול יום איננו ברור ומערכת הדיווח על חולי היום לא היתה מדויקת, קשה לשפוט עד כמה גידולו של טיפול היום המדווח משקף מערכת דיווח אמינה יותר וכמה ממנו משקף גידול ממשי. אין ספק, שהיום ניתנת תשומת לב גדולה יותר לאופן טיפול זה, הן מצד בעלי המקצוע והן מצד קובעי מדיניות.

במהלך השנים האחרונות חל שינוי בחלקם של החולים המקבלים טיפול יום בהשוואה למספרם הכללי של המאושפזים: מ-10% בשנת 1980 ל-15% בשנת 1988. אולם שינוי זה נובע בעיקר מירידת מספר המאושפזים בשנים אלה. יתר על כן, הגידול במספר המיטות ביחידות לטיפול יום מהווה מאז 1980 רק 10% ממספר מיטות האשפוז שנסגרו מאז. למעשה, בעשור האחרון לא חל שינוי ממשי במספר היחידות לטיפול יום (משרד האוצר, 1987). כמו-כן, שיעור המיטות לטיפול יום באוכלוסייה לא השתנה: בעוד ששיעור מיטות האשפוז ירד מאז 1980 ועד 1988 ב-27% (מ-2.2 ל-1.6 ל-1,000 נפש), שיעור המיטות ביחידות לטיפול יום של 0.2 ל-1,000 נשאר יציב במשך כל

עד כה טרם נעשה מחקר של ממש על השימוש בכוח אדם בסוג זה של שירותי בריאות הנפש; אי לכך המידע אינו אלא חלקי. נתונים על שירותי המרפאות לבריאות הנפש של קופת-חולים, המשרתים בערך 45% מאוכלוסיית המדינה, מעידים, שבתחילת 1985 היה מספר המשרות המלא 233. 32% היו פסיכיאטרים, 21% — פסיכולוגים, 16% — עובדים סוציאליים, 7% — מרפאים בעיסוק, 4% — אחיות ו-20% אנשי מינהל ואחזקה (קופת-חולים, 1985).

המידע על סוג השירותים הניתנים בארץ באמצעות המרפאות לבריאות הנפש ועל היקפם הוא דל. גם לא נערך שום מחקר על השפעתם ועל יעילותם. לא ידוע, לדוגמה, איזה חלק ממקבלי השירות הם חולי נפש קשים ואיזה חלק ממכלול המשאבים המוקצה למרפאות מיועד לכל אחד מן הסוגים המקבילים שירותי בריאות נפש. ייתכן, שגידול מספר המגעים בשירותים המרפאתיים שיקף שירותים שניתנו ללקוחות חדשים שאותרו יותר מאשר גידול בשירותים שניתנו ללקוחות ישנים או לאלה שזה מקרוב שוחררו מבתי-חולים לחולי נפש.

שירותי חירום לבריאות הנפש את שירותי החירום לבריאות הנפש על בסיס של 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, מספקים בעיקר שירותי האשפוז של בריאות הנפש וחדרי המיון של בתי-החולים הכלליים. לאחרונה פיתחו בתי-החולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים ושל מספר בתי-חולים ממשלתיים יחידות קבלה מיוחדות עם שירותי חירום המספקות טיפול אינטנסיבי קצר מועד. נוסף על כך מעניק שירות "ערן", שהוא ארגון ציבורי שלא למטרות רווח, בטלפון שירות עזרה ראשונה למצוקה נפשית; הוא פועל ב-8 יישובים

כבעלי אחת ההפרעות הפסיכיאטריות החמורות, ואו שכבר אושפזו בעבר או שקיבלו ביטוח נכות, או שניהם גם יחד. יותר מ-90% מאלה שאובחנו כבעלי הפרעה נפשית חמורה קיבלו תרופות פסיכותרופיות. אופן הטיפול ברוב החולים האלה לא היה טיפול פסיכודינמי. בערך 75% מהם קיבלו טיפול כגון מעקב תרופתי, טיפול תומך, מועדון חברתי וכיוצא באלה (Lerner et. al., 1991).

מרכזי בריאות הנפש הקהילתיים (מבנ"ק) היו אחד המרכיבים המרכזיים בתוכנית הארגון-מחדש של שירותי בריאות הנפש בישראל בשנת 1972 (טרמר, 1975). המרכזים הראשונים, שנועדו לשמש מודל לכל הארץ, נוסדו באשקלון וביפו. למרות שמספר מרפאות לחולי הנפש מכונות אף הן בשם זה, או שהן מספקות חלק מן השירותים שנצפו מראש בתוכנית הריאורגניזציה, התפיסה המונחת ביסוד תוכנית המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש רחוקה מיישום מלא. הסכם 1978 בין שירותי בריאות הנפש הממשלתיים ובין קופת-חולים נחתם כדי להבטיח הספקת שירותי בריאות נפש מקיפים על בסיס אזורי בכל רחבי הארץ. אולם, לפי שעה לא נעשתה כל הערכה שיטתית של השינויים ושל השפעתם.

הנתונים על הצוות העובד במרפאות לבריאות הנפש מעטים. מנתונים של סקר בריאות הנפש שנערך בשנת 1986 עולה, שמספר המשרות המלאות (המצטרף ממשרות מלאות וחלקיות) של המועסקים בשירותי בריאות הנפש הציבוריים בקהילה היה 714 (שירותי בריאות הנפש, 1986). מאחר שבמספר זה כלולים גם המועסקים ביחידות לטיפול יום וביחידות השיקום המנוהלות בידי שירותי בריאות הנפש בקהילה, נוכל להעריך, שמספר המשרות במרפאות לבריאות הנפש היה 650 בקירוב.

מדיניות ותוכניות בתחום השיקום הפסיכיאטרי שייכות לתחומיהם של שלושה גורמים ממשלתיים:

1. שירותי השיקום של משרד העבודה והרווחה;
2. המוסד לביטוח לאומי;
3. שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות.

חולי נפש לשעבר הם חלק מאוכלוסיית היעד של שירותי השיקום של משרד העבודה והרווחה. מספרם של אלה במרכזי השיקום המגוהלים על-ידי משרד ממשלתי זה בארץ קטן למדי. יש לכך, כנראה, שני גורמים: מיעוט משאבים וחשש מפני השפעה שלילית אפשרית של צרכנים חולי נפש על התוכניות ועל דימוין בעיני הציבור. לאור מיעוט המשאבים, ואולי גם בשל שיקולי מדיניות אחרים, לא פיתח משרד העבודה והרווחה כל תוכנית ספציפית למוגבלים עקב מחלת נפש והשירותים הנוכחיים מוגבלים בכושרם לטפל בצרכיה המיוחדים של אוכלוסייה זו. כמו-כן, מנהלי תוכניות ויועצי שיקום מעדיפים להשקיע את מאמציהם במי שנראה להם בעל סיכויים טובים יותר להצלחה. הסטיגמה הנקשרת למחלת נפש היא שיקול נוסף. היו כאלה שהביעו חשש, שאם יכלל מספר גדול של מוגבלים עקב בעיות נפשיות בין צרכני מרכזי השיקום, יתרחקו מהם מוגבלים שלא על רקע נפשי.

כתוצאה מחוק נכות כללית, 1974, קיבל המוסד לביטוח לאומי תפקיד מרכזי בתוכניות שיקום של חולי הנפש. מוסד זה מנהל תוכניות של קצבות נכות, כולל תשלומי הבטחת הכנסה ושירותי שיקום. כל מי שזכאי לקצבת נכות זכאי גם לשירותי שיקום. למרות שאחד התנאים לקבלת הקצבה הוא ליקוי רפואי של 40% לפחות, גם אלה שיש להם ליקוי רפואי של 20% לפחות זכאים לקבל שירותי שיקום. שירותי

בארץ. גם מספר מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש מספקות שירותי חירום, אולם אלה מוגבלים לשעות העבודה הרגילות. המידע על סוג זה של שירותים מועט.

רוב בתי-החולים הכלליים בארץ מקיימים שירותי ייעוץ פסיכיאטריים. שירותים אלה זמינים גם בחדרי המיון. למעשה, רוב מקרי החירום של בריאות הנפש ובעיקר אלה שלא היו מאושפזים בעבר נברקים תחילה בחדרי המיון של בתי-החולים הכלליים. מחקר על הפניות פסיכיאטריות לחדרי מיון של בתי-חולים כלליים העלה, ששני שלישים בערך מן הפניות היו בלתי מוצדקות מבחינת הבעיה או מבחינת מידת החומרה והדחיפות שלהם. לפי המחקר, הסיבה לכך היתה שילוב של הבנה לקויה מצד הרופא הכללי או מצד רופא המשפחה מתי להפנות בדחיפות, של מאמציהם של רופאים אלה לעקוף את רשימות ההמתנה של המרפאות ושל העדר שירותים קהילתיים אלטרנטיביים (Vigiser et al., 1984)

שירותי שיקום

עניינם הגובר של קובעי המדיניות ושל אחדים ממנהלי מוסדות בריאות הנפש בנושא השיקום בבריאות הנפש בעשור האחרון התבטא במספר תוכניות ובמגמות מדיניות חדשות. אולם, למרות תוכניות מעניינות ומוצלחות אחדות בתחום זה, היקף השירותים והקצאת התקציבים לשירותי שיקום בבריאות הנפש רחוקים מלענות על הצרכים. השיקום עדיין צריך לתפוס את מקומו בסדר העדיפויות של קובעי המדיניות של שירותי בריאות הנפש (לוי ודוידסון, 1988). תוכניות השיקום מלפני העשור האחרון נבעו פחות או יותר מעניין אינדיווידואלי או מקומי (לדוגמה, Spivak, 1977), ולא כתוצאה ממדיניות או ממאמץ מכוון של שירותי בריאות הנפש בארץ.

רוב הקרנות הללו תומכות בשירותי שיקום הניתנים בבתי-חולים או המאורגנים מטעמם. מאמצים נוספים של משרד הבריאות התבטאו בשנת 1985 בייסוד אגודה התומכת בפיתוח בתי-מלאכה מוגנים לחולי נפש לשעבר בקהילה. כמו-כן, קרן הנאמנות לפיתוח שירותים פסיכיאטריים בישראל הקדישה בשנים האחרונות חלק מתקציבה לפיתוח תוכניות שיקום.

שירותי שיקום פסיכיאטרי מתמקדים בפיתוח מיומנויות בשלושה תחומים הדרושים לחיים מוצלחים בקהילה: תעסוקה, חיי חברה ומגורים. בסעיפים שלהלן יידון כל אחד מן השירותים בתחומים אלה ביתר פירוט.

שיקום תעסוקתי

נראה, ששירותי השיקום התעסוקתי פותחו טוב יותר, יחסית, משאר שירותי השיקום (לוי ודוידסון, 1988). קיימים שני סוגים של שירותי שיקום פסיכיאטריים:

1. סוכנויות להכשרה ולשיקום זמניים;
2. בתי-מלאכה מוגנים.

הסוג הראשון מדגיש את היבט החינוך וההכשרה בתוכניות השיקום ומשלב אותם בשירותי הטיפול, ואילו הסוג השני מתמקד במתן מקום עבודה מוגן ויציב לחולי נפש מוגבלים.

בשנת 1989 היו בישראל 7 ארגונים לשיקום במעבר, שסיפקו שירותים ל-300 איש בערך. ארבעה מהם סופקו בקהילה, ושלושה היו שייכים לבתי-חולים (ראה לוח 5; פופר והורכין, 1989). הגדול והמפותח שבהם נוסד בשנת 1974 במרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו ומשמש דגם לשירותים אחרים.

מעורבותה של קופת-חולים בשירותי

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי עשויים לכלול הכשרה, השמה ותשלום שכר לשכיר המוגבל, במשך תקופה קצובה, כדי לאפשר תקופת הסתגלות לתעסוקה וכדי לתת למעסיקים תמריצים לנסות ולהעסיק מוגבלים. המוסד לביטוח לאומי לא פיתח שירותי שיקום מיוחדים למוגבלים מטעמים פסיכיאטריים. תוכניות השיקום של המוסד מתמקדות בהיבט התעסוקתי של השיקום. משרד הביטחון מספק שירותי שיקום דומים ליוצאי צבא מוגבלים.

נוסף על כך, הקרן לפיתוח שירותים לנכה, שיסד המוסד לביטוח לאומי בשנת 1976, נותנת מענקים לפיתוח תוכניות שיקום חדשות בקהילה. תמיכה זו מוענקה לזמן קצוב ומותנית בהתחייבות של המוסד הפונה לקבל על עצמו את האחריות הכספית בעתיד. עקב מגבלות אלה כמה ממשאבי הקרן נותרו בלא שימוש. יחד עם זאת, מן הראוי לציין שהקרן תמכה בכמה וכמה תוכניות חדשניות ובעשור האחרון היתה לגורם חשוב בפיתוח תוכניות שיקום של בריאות הנפש בקהילה. שירותי בריאות הנפש הגבירו ב-10-15 השנים האחרונות את עניינם בשיקום פסיכיאטרי ואת הפעילויות שלהם בתחום זה. שירותים אלה רואים בשיקום הפסיכיאטרי חלק מתחום טיפולם. למעשה, קובעי המדיניות בשירותי בריאות הנפש סבורים, שבעיות מיוחדות של חולי נפש מחייבות, ששירותי בריאות הנפש ימלאו תפקיד מרכזי בפיתוח שירותי שיקום לחולי נפש בין שהם שוהים בבית-החולים ובין שהם חיים בקהילה.

סימן ברור לעניין הגובר ששירותי בריאות הנפש מגלים בשירותי שיקום היא העובדה, ש-10% מקצבות הנכות, שבית-חולים לחולי הנפש מקבל מן המוסד לביטוח לאומי, עבור מאושפזיו שנמצאו זכאים לקצבת נכות מוקצים מאז שנת 1978 לשירותי שיקום.

אחד. מספר זה ייצג 4.5% ממקבלי הטיפול משירותי בריאות נפש ללא אשפוז (Siegel et al., 1990).

דיוור מוגן

למרות שהמאמצים הראשונים לפתח דיוור מוגן בקהילה החלו בישראל כבר לפני 30 שנה בערך, הושקעו בתחום זה מאמצים רבים מאוד בעיקר בסוף שנות ה-70 ובמרוצת שנות ה-80 (Hammerman, 1984; לוי ודוידסון, 1988). דו"ח שנכתב לאחרונה מנה 177 דירות מוגנות לחולי נפש בקהילה. בשש השנים 1983-1989 גדל מספר השוהים בדירות אלה פי שניים ויותר, ובשנת 1989 גרו בהן 285 איש. נוסף עליהם גרו 50 איש בשלוש אכסניות המנוהלות בקהילה מטעם בתי-חולים לחולי נפש (משרד הבריאות, 1989ג').

רוב בתי המגורים המוגנים פותחו בידי בתי-חולים שונים לחולי נפש ביוזמה מקומית והם שסיפקו למגורים אלה את השירותים. שירותי בריאות הנפש הקהילתיים כמעט לא היו מעורבים בפיתוח מגורים אלה. רק בשנים האחרונות השקיעה הנהלת שירותי בריאות הנפש מאמצים מתואמים במסגרת מדיניות מרכזית. גם ארגון "אנוש" השקיע מאמצים לא מעטים בפיתוח דיוור מוגן. בסוף שנת 1989 יסד ארגון זה 11 מקומות דיוור כאלה, במאמץ משותף עם שירותי בריאות הנפש (שם).

מקורות התמיכה הכספית בשירותים אלה הם שונים למדי. אחדים מהם מתוקצבים במלואם בידי בתי-חולים לחולי נפש; יש הנתמכים בידי ארגוני התנדבות ציבוריים שלא למטרת רווח, ואילו אחדים ממומנים, באופן מלא או חלקי, בידי הדיירים. מוגבלים ותלויים זכאים לכיסוי עד 95% משכר הדירה (עד תקרה הנקבעת מעת לעת). משרד השיכון נותן את דמי שכר הדירה לפרטים בעלי

השיקום מוגבלת בהרבה מזו של הממשלה ושירותי השיקום שלה הם חלקיים בלבד. שני שירותי שיקום קשורים לבתי-חולים לחולי נפש של קופת-חולים ושני שירותים פועלים בקהילה בהיקף מצומצם.

נוסף על כך, בשנים האחרונות פותחו מספר בתי מלאכה מוגנים בעקבות מאמצים מיוחדים של שירותי בריאות הנפש הממשלתיים ובשיתוף המוסד לביטוח לאומי ומשרד העבודה והרווחה. יש בארץ 7 בתי-מלאכה מסוג זה ובהם 200 לקוחות בערך. נוסף עליהם יש מעט חולי נפש בקרב אוכלוסיית המוגבלים המטופלת ב-15 בתי-מלאכה מוגנים שמפעיל "המשקם" – שהוא גוף שיקום ציבורי שלא למטרות רווח.

שיקום פסיכוסוציאלי

למרות שהיבטים פסיכוסוציאליים של שיקום כלולים בכמה משירותי השיקום התעסוקתי, הדגש בתוכניות שיקום אלה מושם בעולם העבודה. פיתוח שירותי שיקום פסיכוסוציאליים, המיועדים לחולי נפש שהשתחררו מאשפוז ולהכשרתם במסגרת חיי הקהילה ולמענם, היה מוגבל ביותר (Moss & Davidson, 1984; ספיבק, 1981) מועדונים חברתיים חדשים רבים לחולי נפש שהתפתחו בעשור האחרון מתפקדים כמסגרות לשיקום פסיכוסוציאלי בנוסף לפעילויות הפנאי המוצעות בהם לחולי הנפש בקהילה. מועדונים אלה הם בעיקר פרי מאמצי "אנוש" – ארגון התנדבות שייסדו בשנות ה-70 משפחות של חולי נפש. באופן כללי תמכו השירותים הממשלתיים והציבוריים לבריאות הנפש במאמצים אלה. היום יש 33 מועדונים מסוג זה בארץ (ראה לוח 5; נפתלי, 1986). סקר בריאות הנפש משנת 1986 העלה, שבמועדונים החברתיים היו 667 מגעים עם לקוחות במשך שבוע

כל ההוצאות לשנה לאשפוז מסיבות נפשיות מסתכמות ב־110–115 מיליון דולר. שירותי בריאות הנפש הם הפרט השני בגודלו בעלויות הישירות (שאינו מותנה בהכנסה ממקורות חיצוניים) בתקציב משרד הבריאות. הממשלה מנהלת במישרין 60% מן האשפוז מסיבות נפשיות במדינה והיא אחראית מבחינה כספית ל־80% משירותים אלה. חלק יחסי זה שונה מאוד מחלקה היחסי של הממשלה בביצוע כל ההוצאות הרפואיות ובמימון. בשנת התקציב 1987/88 היתה הממשלה אחראית לביצוע 21.5% מהוצאות שירות הבריאות כולו והיתה אחראית למימון 50% מהן (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

חלוקת התקציב לשירותי אשפוז ולשירותים קהילתיים

שירותי אשפוז צורכים 90.4% מן התקציב הממשלתי לשירותי בריאות הנפש. כאשר כוללים בחישוב שירותים ישירים בלבד (להוציא ניהול ושירותים מרכזיים), שירותי האשפוז צורכים נתח גדול אף יותר (93.5%) מן התקציב. לשירותי קהילה מוקצים 5.3% בערך מן התקציב הכללי. יותר מ־25% משירותי הקהילה מסופקים ומנוהלים בידי בתי־חולים. בתי־חולים עשויים לספק שירותי קהילה נוספים, אך אלה אינם מופיעים כפריט נפרד בתקציביהם.

ההקצאה הגבוהה יחסית לשירותי אשפוז עומדת בניגוד חריף לחלוקת התקציב הכללי של השירותים הרפואיים ושל ההוצאות לאשפוז ולטיפול אמבולטורי. ההוצאה על שירותים רפואיים כלליים אמבולטוריים ועל רפואה מונעת פחות או יותר שווה, יחסית, להוצאה על בתי־חולים הכלליים (32% בקירוב, בכל אחד מהם. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989). החלוקה הבלתי שווה

זכאות. לכן מפתיע הדבר, שמספר תולי הנפש המתגוררים בדיר מוגן אינו גדול יותר. דיירים בחלק ממקומות הדיר המוגנים, שנוהלו בידי בתי־חולים, ממשיכים לקבל שירותים נוספים מבתי־חולים. בתי־חולים מקבלים 50% מקצבת הנכות שמשלם המוסד לביטוח לאומי למתגוררים בדיר מוגן שבפיקוחו הישיר של בית־החולים.

תקציבים, כוח אדם והוצאות לשירותי בריאות הנפש

הוצאות על שירותי בריאות הנפש ישראל מוציאה על בריאות הנפש יחסית הרבה פחות מאשר על שירותים רפואיים אחרים. בעוד שמספר המיטות הרפואיות בארץ היה גדול פי 1.6 ממספר המיטות הפסיכיאטריות, חלקה של ההוצאה הלאומית על אשפוז רפואי כללי מכלל ההוצאה לבריאות היה גדול פי 10 מזה של האשפוז הפסיכיאטרי (41.8% ו־4.1% בהתאמה). נתונים על עלותו הממוצעת של יום אשפוז חושפים פער דומה. עלות יום אשפוז פסיכיאטרי היא בין רבע לשליש העלות של מיטה רפואית כללית (הלוי, 1984). לפי אינדקס, שבו 100.0 מייצג את העלות הממוצעת הנוכחית של יום אשפוז בכל בתי־חולים העלות הממוצעת של יום בבית־חולים פסיכיאטרי היא 35.0 לעומת 177.7 בבתי־חולים הכלליים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989).

לשירותי בריאות הנפש הוקצו 12.7% מכל תקציבו של משרד הבריאות בשנת 1989. סכום זה היה 90 מיליון דולר בערך. אין נתונים מקבילים על תקציבי שירותי בריאות הנפש המסופקים באמצעות מגזרים אחרים. מאחר שההוצאה הממשלתית על אשפוז בבתי־חולים ממשלתיים ופרטיים היא 80% בערך מכל ההוצאה הלאומית על אשפוז על רקע נפשי, לפי אומדן גם סך

מספר אנשי המקצוע המועסקים בשירותי בריאות הנפש והיחס בין מספר זה למספר המועסקים הבלתי מקצועיים הוא סימן לאיכות השירותים, אזי עלינו להסיק מזה שבעשור האחרון חל שיפור בשירותי הטיפול בבריאות הנפש. מאחר שבתקופה האמורה ירד מספר המאושפזים בבתי-חולים לחולי נפש ממשלתיים ב-7%, השינויים במספר אנשי הצוות המקצועיים והבלתי מקצועיים מרשימים אף יותר.

אולם, הגידול העיקרי חל במספר אנשי הצוות בשירותי האשפוז (ראה לוח 6). אילו עבר הכסף בעקבות החולים אל קהילה, צריכה היתה הירידה של 21 האחוזים במספר המאושפזים בבתי-חולים לחולי נפש מ-1978 עד 1988 להתבטא בשינויים דרסטיים בהקצאות התקציב וכוח האדם לשירותי בריאות הנפש הקהילתיים. במקום ההקצאה הנוכחית של 5% או 6% מן התקציב ו-9% אחוזים ממשרות הצוות בשירותי הקהילה, היה האחוז צריך להיות 25% בערך וההוצאה על שירותי הקהילה היתה צריכה להיות גדולה פי ארבעה מזו הקיימת.

ביטוח נכות ותוכניות להבטחת הכנסה לחוק הנכות, שנכנס לתוקפו בשנת 1974, היתה השפעה גדולה על השירותים לחולי נפש והוא המשיך להשפיע על המערכת שנים רבות. הדיון בחוק ובהשפעותיו תורג ממסגרת מאמר זה. ייאמר בקיצור, שהוא השפיע על מערכת שירותי בריאות הנפש משלוש בחינות:

1. הוא סיפק גמלאות הבטחת הכנסה לחולי נפש מוגבלים;
2. הוא הביא להקמת שירותי שיקום במוסד לביטוח לאומי, מימן אותם מתשלומי המבוטחים והציע שירותי שיקום לחולי נפש שעמדו במבחן הזכאות;
3. הוא הביא לייסוד הקרן לפיתוח שירותים

של תקציב בריאות הנפש היתה כזו מאז ומתמיד (Aviram, 1983; הלוי, 1984).

כוח אדם

במאי 1986 היו בכל שירותי בריאות הנפש בישראל יותר מ-6,247 משרות מלאות פעילות. 10% בערך היו רופאים, 29% — אחיות, 8.3% — פסיכולוגים, 5.4% — עובדים סוציאליים, 5.3% — מרפאים בעיסוק ו-42% — עובדים לא מקצועיים, כולל תורנים, סייענים, אנשי תחזוקה וכוח אדם מינהלי (שירותי בריאות הנפש, 1990). 50% בערך (3,160 בשנת 1988) מכוח האדם הועסק במישרין מטעם משרד הבריאות. רק 9% מכל המועסקים בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות עבדו בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים.

הכשרת אנשי מקצוע לשירותי בריאות הנפש הקהילתיים נתקלה בקשיים. דומה, שאנשי מקצוע מעדיפים לעבוד בשירותי האשפוז ובשירותים המרפאתיים המסורתיים. למשל, בעיני עובדים סוציאליים, שירותי בריאות הנפש הם מקום עבודה רצוי, יחסית (אבירם וקטן, 1989). אולם היוקרה של הפסיכיאטריה בעיני הרופאים בישראל נמוכה למדי. נוימן (Neumann, 1982) קבע, שאחוז קטן מאוד (קטן בהרבה מזה המקביל לו בארצות הברית) של בוגרי בתי-הספר לרפואה בישראל בחר בפסיכיאטריה כתחום התמחות ורוב הפסיכיאטרים בישראל הם עולים מאירופה ומיבשת אמריקה.

בעשור האחרון חלו כמה שינויים במספרם של עובדי בריאות הנפש ובהתפלגותם. כוח האדם בשירותי בריאות הנפש הממשלתיים גדל מאז שנת 1979: מספר הרופאים גדל ב-50% בערך; מספרן של האחיות ומספר העובדים המקצועיים האחרים גדל ב-10%, ואילו מספר אנשי התחזוקה והמינהל לא השתנה (משרד האוצר 1979; 1989). אם

לוח 6. שינויים במאושפזים ואשפוזים, בהקצאות תקציביות וכוח אדם, בשירות בריאות הנפש בישראל, 1979-1988/89¹

| שינוי | 1988/89 | 1979 | |
|-----------|---------|--------|--|
| | | | מאושפזים ואישפוזים |
| | | | מאושפזים |
| (-) 20% | 7,036 | 8,774 | מספר |
| (-) 30% | 1.6 | 2.3 | אחוזים ² |
| | | | קבלות |
| (-) 15% | 11,035 | 12,958 | מספר |
| (-) 26% | 2.5 | 3.4 | אחוזים ³ |
| | | | הקצאות בתקציב |
| | | | אחוז שירות בריאות הנפש |
| (-) 8% | 12.7 | 13.6 | בתקציב הבריאות הכולל |
| | | | אחוז לבריאות הנפש בקהילה |
| (+) 6% | 5.3 | 5.0 | בתקציב בריאות הנפש הכללי ⁴ |
| | | | אחוז ה"הוצאות המותנות" |
| | 28.0 | 1.0 | בתקציב בריאות הנפש ⁵ |
| | | | כוח אדם (משרות) |
| (+) 647 | 19,823 | 19,176 | משרד הבריאות - סה"כ |
| (+) 3.4% | | | |
| (+) 120 | 3,160 | 3,040 | שירותי בריאות הנפש - |
| (+) 3.9% | | | |
| (+) 93 | 2,853 | 2,763 | בתי חולים לחולי נפש |
| (+) 3.4% | | | |
| + 1 | 285.5 | 277.5 | שירותי בריאות הנפש |
| (+) 0.4% | | | בקהילה |
| | | | שיעור השירותים לבריאות הנפש |
| | | | מכלל כוח האדם של משרד הבריאות |
| אין שינוי | 15.9 | 15.9 | |
| | | | שיעור שירותי בריאות הנפש בקהילה |
| | | | מכלל כוח האדם בבריאות הנפש |
| (-) 2.2% | 8.9 | 9.1 | |

1. מקורות: מאושפזים (1979; 1988); פופר והורוביץ, 1989. משרד הבריאות,

1989 ב'. תקציבים וכוח אדם (1979; 1989): משרד האוצר (1979; 1989).

2. שיעורים ל-1000 מן האוכלוסייה.

3. שיעורים ל-1000 מן האוכלוסייה.

4. כולל גם טיפול בעבירות סמים ושירותי בריאות נפש קהילתיים שמנהלים בתי חולים.

5. ההוצאות תלויות בהכנסות ממקורות חוץ כגון מענקי נכות או תשלומי חולים.

וקליניות, אין להמעיט מערך התרומה של מאמצי המדיניות המתואמים שהושקעו מאז שנת 1972 כדי להפחית את האשפוזים ולהגדיל את השירותים הקהילתיים ולשפרם. בפני מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל ניצבות שלוש בעיות המשולבות זו בזו:

1. התפתחות מוגבלת של שירותי בריאות הנפש בקהילה;
 2. שליטת בית-החולים לתולי נפש בהספקת שירותי בריאות נפש בארץ ובניהולם;
 3. מתן אופי רפואי לשירותי בריאות הנפש (מדיקליזציה).
- בעיות אלה משקפות מצד אחד סוגיות ארגוניות וכספיות שוטפות, ומצד שני גורמים מבניים ותרבותיים המושרשים עמוק בחברה הישראלית.

התפתחות מוגבלת של שירותי בריאות הנפש בקהילה

מדיניות בריאות הנפש בישראל, שהכריזו עליה בשנת 1972 ושקודמה בהסכם שנחתם בשנת 1978 בין הממשלה לקופת-חולים הכללית, קראה לשינויים יסודיים במערכת השירותים הניתנים. לאור מטרותיה של מדיניות זו ולפי הניסיון שנרכש במדינות אחרות היה מקום לצפות לשינויים בשלושת המרכיבים החשובים ביותר של מערכת בריאות הנפש: החולים, כוח האדם והמשאבים הכספיים. אילו באמת הוגשמה מדיניות מוצהרת זו, אזי היה מתגלה שינוי ברור בכיוון ובהיקף הזרימה של משאבים הכרחיים אלה.

לירידה הגדולה במספר האשפוזים וכשיעורם לא גלווה גידול שווה-ערך של המשאבים המוענקים לשירותי הקהילה. למרות שחלו כאמור כמה שינויים חיוביים בהספקת שירותי בריאות הנפש בקהילה,

לנכה ומימן אותה בהתמדה והיא היתה למקור מימון נכבד של תוכניות חדשניות בתחום השיקום בבריאות הנפש.

זכאות לקצבת נכות נקבעת לפי שני קריטריונים: ליקוי רפואי ואובדן כושר השתכרות. אובדן כושר השתכרות של 50% בגלל ליקוי רפואי של 40% לפחות הוא התנאי המינימלי לזכאות. גודל קצבת הנכות נקבע לפי גודלו היחסי של אובדן כושר ההשתכרות. קצבת נכות מלאה למוגבל שווה ל-25% מן השכר הממוצע במשק ומעודכנת מדי זמן. מוגבל נשוי זכאי ל-37.5% ול-5% נוספים עבור כל אחד משני ילדיו הראשונים. בית-חולים לחולי נפש, שאדם היה מאושפז בו לפחות שלושה חודשים, זכאי לקבל 80% מקצבת הנכות שלו, ואילו החולה זכאי לקבל את 20 האחוזים הנותרים. בשנים האחרונות היו קצבות נכות לחלק נכבד של תקציבי בית-החולים (ראה לוח 6) ונעשו מאמצים מיוחדים להגיש תביעות עבור חולי נפש מאושפזים הזכאים לקצבה. יש מקום לשאול, האם סידור כספי זה אינו פוגע בתמריציו הכספיים של בית-החולים לנסות לשחרר את המאושפזים בהקדם האפשרי. מטעמים אלה אסר מינהל הביטחון הסוציאלי בארצות הברית לממן מוסד לחולי נפש מקצבות נכות.

סוגיות שוטפות ובעיות ממושכות

נתונים אפידמיולוגיים שהתפרסמו לאחרונה מגלים, שמגמות "אל מימסוד" החלו להסתמן לאחרונה גם בישראל. לאחר תקופת קיפאון ממושכת מעידות מגמות האשפוז הנפשי, שהשינוי הוא אמימי וממשי, לפי כל קנה מידה. למרות שאפשר לייחס התפתחות זו לשילוב של מגמות חברתיות, כלכליות

על יותר מ-90% מן התקציב. התגמולים הכספיים שהם יכולים להציע לעובדיהם גבוהים יותר מאלה של שירותי הקהילה. הם מושכים כוח אדם מוכשר ומותרים את השירותים הקהילתיים בעמדה נחותה יחסית. הפרויקטים החדשניים של טיפול קהילתי שנעשו ביוזמת בתי-חולים לחולי הנפש ובניהולם הם גילוי נוסף של מעמד המרכזי של בתי-החולים בשירותי בריאות הנפש בישראל.

מכוח חוק בריאות הנפש והתקנות הנלוות אליו ועקב מבנה השירותים, שירותי האשפוז הפסיכיאטריים מקיימים בידיהם שליטה רבה בזרם החולים הנכנסים לבתי-חולים לחולי הנפש והיוצאים מהם (Aviram & Shnit, 1984; Aviram, 1983). בתי-חולים הנפש מספקים רבים משירותי בריאות הנפש הקהילתיים, שאחדים מהם שוכנים בפועל בשטחם של בתי-החולים. גם שירותים אחרים, השוכנים מבחינה פיזית בקהילה, מנוהלים בידי בית-החולים וזה מפקח על תקציבם. לדוגמה, 75% מן היחידות לטיפול יום שוכנות במבני אשפוז. בשנים האחרונות שירותי בריאות נפש קהילתיים עצמאיים סופחו מבחינה ארגונית לבתי-חולים לחולי נפש או הועברו לחסותם. מגמה זו היא תולדה ואף סימן לעליונותם של בתי-החולים לחולי הנפש במערכת.

מצב זה אינו מעודד פיתוח שירותי קהילה ומנוגד לידע הקיים על טיפול קהילתי ותוכניות שיקום לחולי נפש. אמנם הפיקוח על תקציב נרחב מעמיד לרשות בית-החולים לחולי הנפש משאבים וגמישות, כדרוש לפיתוח תוכניות חדשות ולביצוען. אכן, תוכניות קהילתיות חדשניות רבות יצאו לדרך ומנוהלות היום בידי בתי-חולים לחולי נפש. אולם, יש לזכור, שזכות קיומו של בית-חולים נובעת משירותי האשפוז שבידו לספק. מטבע הדברים, לשירותים הקהילתיים

לפי הנתונים התפתחויות אלה מפגרות מאוד אחר מה שיכול להיחשב מוצדק והכרחי. למרות שבשני העשורים האחרונים היו ירידות גדולות מאוד במספרם של החולים המאושפזים ושל הקבלות למוסדות לחולי נפש ושיעוריהן, הקצאת המשאבים וכוח האדם לשירותי בריאות הנפש לא השתנו במידה רבה. כמו-כן לא חל שינוי גדול בחלוקה הפנימית של המשאבים במסגרת שירותי בריאות הנפש (ראה לוחות 1 ו-6). מתקציבו של משרד הבריאות לשירותי בריאות הנפש בשנת 1989 הוקצו 5.3% לשירותי בריאות נפש קהילתיים, ואילו חלקם של שירותי האשפוז היה יותר מ-90%. גם אם נוסיף לכך את ההקצאות לשירותי קהילה מקרנות נאמנות וממוסדות שלממשלה יש חלק בהם, לא ישתנה חלקם של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בתקציב ביותר מאשר 1%. הקצאה יחסית קטנה זו לשירותי קהילה כמעט לא השתנתה בשנות ה-70 וה-80 (Aviram, 1983; הלוי, 1984).

קצב התפתחותם האיטי של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים צוין כבר בעבר (מבקר המדינה, 1980; אבירם, 1983). למרות שניתנה לשירותי בריאות הנפש הקהילתיים תשומת לב רבה יותר ואף נוספו להם מספר תוספות חשובות, התקציב המוקצה להם ופריסת כוח האדם בהם מעידים, שהמגמה הכללית כמעט לא השתנתה. בהתחשב בשינויים שחלו במגמות האשפוז ובמידע על ההזדקקות לטיפול קהילתי ולשירותי שיקום, שירותי בריאות הנפש בישראל עדיין רחוקים מאוד מלהשביע רצון.

הדומיננטיות של בית-חולים לחולי

הנפש ושירותי האשפוז

בית-חולים לחולי הנפש תופס בישראל מקום מרכזי ודומיננטי במערכת שירותי בריאות הנפש. שירותי אשפוז צורכים ומפקחים

ויצאו לחופשה ללא תשלום לתקופת כהונתם כמנהלי המשרד הראשי. מצב זה אינו משקף רק את המעמד האיתן והמרכזי של בית-חולים לחולי הנפש, אלא גם את מעמדו החלש של המינהל המרכזי של מערכת שירותי בריאות הנפש. הדבר משפיע על הסיכויים לחולל שינויים דרסטיים במערכת בתי החולים המתוקצבים בנפרד. שירותי בריאות הנפש בישראל משמשים, למעשה, שירות ייעוץ, ואילו האחריות התקציבית והניהולית נתונה בידי מגזרים אחרים של משרד הבריאות. לאחרונה הצהיר המשרד על תוכנית לבטל את היות שירותי בריאות הנפש אגף עצמאי במשרד הבריאות. לפי תוכנית זאת, האחריות לשירותי בריאות הנפש הועברה לשירותי האשפוז של משרד הבריאות (מילנר, 1989). שינוי זה מחזק בלי ספק עוד יותר את הדומיננטיות של שירותי האשפוז הפסיכיאטריים כמערכת שירותי בריאות הנפש.

התגברות הגישה הרפואית בשירותי בריאות הנפש

מגמה חזקה לקדם את האוריינטציה הרפואית של מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל מעצבת לאחרונה את המערכת. מגמה זו אינה נובעת רק מנימוקים אידיאולוגיים ותיאורטיים, אלא גם משיקולים ארגוניים ומאינטרסים מקצועיים-פוליטיים. החלטת משרד הבריאות שנתקבלה לא מכבר לשנות את מעמד הארגוני של שירותי בריאות הנפש מאגף נפרד ולהפכם לחלק משירותי האשפוז של המשרד (מילנר, 1989) נובעת מן המגמה האמורה ואפשר שהיא אוח לבאות. יחד עם זה, אפשר שהחלטה שקיבלה הכנסת בסוף שנת 1990, בחקקה את החוק

ניתנת ויכולה להינתן מצדו של בית-החולים במצב של חוסר משאבים, עדיפות נמוכה יותר. ובקיצוץ בתקציב, שירותי הקהילה יהיו פגיעים יותר משירותי אשפוז. מה גם, שמספר המיטות הוא קריטריון חשוב ביותר לתקצוב בתי-חולים. למעשה, בתי-חולים לא רק מסיטים משאבים משירותי אשפוז על מנת לפתח שירותי קהילה. "מיטה" לטיפול יום מתוקצבת כשווה 50% ממחיר מיטת אשפוז. בערך 90% מן ההפניות לבתי-חולים לחולי יום המנוהלים בידי שירותי אשפוז מקורם בשירותי האשפוז. חולים רבים, השוהים בדיוור מוגן, ממשיכים להופיע בשירותי היחידה לטיפול יום המסופקים בידי בית-החולים, ששחרר אותם ושיכן אותם באחד הבתים שהקים. בלי להמעיט מערכם של השיקולים התרפויטיים בהשמה ובהחלטות ההפניה, אין להתעלם מכך ששיקולים ארגוניים ותקציביים עלולים להיכנס לתמונה בשלב כלשהו והבטחת המשך קיומו וחוסנו של בית-החולים תובא בחשבון בלי קשר עם צרכיו של המטופל.

יתר על כן, קישור תוכניות קהילתיות לבתי-חולים לחולי נפש עלול לחזק בחולים נטיות תלות ולהאט את הסתגלותם לקהילה. גם הסטיגמה, שעדיין נקשרת למרבה הצער לאשפוז בבתי-חולים לחולי נפש, עלולה להשפיע לרעה על מאמצי השיקום.

סימן נוסף למעמד הדומיננטי של בתי-החולים לחולי הנפש במערכת הוא מעמדו של מנהל בית-חולים לחולי נפש כבעל המשרה הבכירה ביותר בכל המערכת של בריאות הנפש. ידוע על סירובם של רבים ממנהלי בתי-חולים לקבל לידיהם את ניהול המשרד הראשי של שירותי בריאות הנפש. זאת ועוד, מנהלי בתי-חולים לחולי נפש שקיבלו על עצמם במועד כלשהו את משרת מנהל שירותי בריאות הנפש בישראל, בדרך כלל שמרו על תפקידם כמנהלי בתי-חולים

— אין הצדקה לשינוי עקרונותיו של מבנה מתן השירות ולשינוי הסדריו, או לפחות טרם הגיע זמנם. יש הטוענים, שהרצון לשינוי נובע מאינטרסים מקצועיים-פוליטיים או מגזריים. אנשי מקצוע, המבקרים את השינוי ואת המבנה הארגוני החדש טוענים, שמגמות חדשות אלה משקפות נסיגה ושהן תפגענה בהתפתחויות חיוביות רבות שהתרחשו ותשפענה לרעה על המערכת הציבורית לבריאות הנפש בישראל.

הציפייה שמצב שירותי בריאות הנפש יוטב במסגרת המגזר הארגוני החזק של שירותי האשפוז, וכך לא יישארו ענף עצמאי אך חלש במשרד הבריאות, מוטלת בספק ואפשר להוכיח שאיננה מציאותית. מאחר שהממשלה לוחצת בהתמדה על מערכת הטיפול הרפואי להקטין את הוצאותיה, שירותי בריאות הנפש אינם אלא מתחרה עלוב על המשאבים הדלים. ירידת חלקם של שירותי בריאות הנפש בתקציבו הכללי של משרד הבריאות והגידול העצום בחלקה של ההוצאה המתוקצבת, המותנית במקורות הכנסה חיצוניים, בתקציב שירותי בריאות הנפש מעידים על כך (ראה לוח 6; הלוי, 1984). העדר מינהל שירותי בריאות נפרד ועצמאי, שקהל לקוחות מקצועי וציבורי יכול להזדהות עמו ולהתארגן סביבו, יחליש את השירות מבחינה פוליטית. כמו-כן, הדבר עלול להגביר את הפיצול בשירותי בריאות הנפש, שעה שדרושים מאמצים מתואמים ומתמידים כדי לתת מענה נאות לצורכיהם השונים והמורכבים של חולי הנפש.

בין אם השינויים הארגוניים נכעו

לטיפול בחולי נפש, התשנ"א (1991)⁵, על חובת שר הבריאות למנות ראש שירותי בריאות הנפש, תשנה או תמתן מגמה זו⁶.

התומכים בשינוי המבנה הארגוני מביאים נימוקים מקצועיים-תיאורטיים לטיעוניהם נוסף על שיקולי יעילות ארגונית ותועלת. לדעתם, המודל הרפואי צריך לשמש מדריך למבנה שירותי בריאות הנפש. טענתם היא, שמחלת נפש היא בעיה רפואית ובתור שכזאת עליה להישאר בתחום מקצוע הרפואה. זאת ועוד, ממצאים שעלו ממחקרים שנערכו בעת האחרונה בעניין אופיין הביולוגי והסיבתיות של מחלות הנפש העיקריות, מאוששים, לדעתם, את עמדתם. כל שאר המקצועות, תהא חשיבותם אשר תהיה, אינם אלא שירותי עזר. הם מדגישים, שפסיכיאטריה אינה שונה מכל התמחות רפואית אחרת ואינה דורשת כל הסדר מיוחד לוויסות הפרקטיקה שלה, ביצועה, או לאוכלוסייה ולשירותים שבתחומה. לפי היגיון זה, אין צורך בענף ארגוני נפרד של שירותי בריאות הנפש וגם אין צורך בחוקים מיוחדים שיתייחסו לחולי נפש ולשירותי בריאות הנפש.

אשר להיבט הארגוני, התומכים בשינוי סבורים, ששילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי האשפוז — שהוא חזק ודומיננטי במשרד הבריאות — יחזק את מעמדם הארגוני הפנימי של שירותי בריאות הנפש וישפר את סיכוייהם לזכות בנתח גדול יותר של ההקצאה התקציבית.

המתנגדים לשינוי גורסים, שלאור הצרכים הנוכחיים של חולי הנפש, רמת הידיעה, קשת השירותים הדרושים להם וסוגיהם

5. ישראל, ספר החוקים, 1991.

6. תהליך החקיקה התרחש בעת כתיבת המאמר. סעיף 22 של החוק לטיפול בחולי נפש, 1991, הקובע את הצורך במינוי ראש שירותי בריאות נפש, מהווה שינוי לעומת החוק הקודם. שינוי זה לא היה כלול בהצעת החוק שהוגשה לכנסת והוכנס רק תוך-כדי תהליך החקיקה. אין ספק, שבהכנסת סעיף זה קבעה הרשות המחוקקת עמדה הנוגדת את גישחה של הרשות המבצעת לשינוי המבנה הארגוני של שירותי בריאות הנפש. מה יהיו התוצאות בפועל של ניגודי ההשקפות והאינטרסים — רק העתיד יוכיח.

בפני מדיניות זו ניצבו אוריינטציה חזקה לאשפוז ומערכת המושפעת מאוד מבתי-החולים הפסיכיאטריים. למרות זאת, התרחש תהליך איטי של פיתוח תוכניות טיפול בקהילה, בעיקר בעשור האחרון. מגמת הנטייה הנוכחית בכיוון הרפואה עלולה לחסום את ההתקדמות ולהביא לקיפאון.

מדיקליזציה של השירותים לחולי נפש אינה ייחודית לישראל. אדרבה, שינויי המגמה האחרונים דומים לאלה שבארצות אחרות (Aviram, 1990b). בישראל, שבה הופיעה התנועה לאל-מימסוד מאוחר יחסית, ופיתוח תוכניות הטיפול בקהילה היה איטי ופיגר מאוד אחרי הצרכים, השפעתן של מגמות מדיקליזציה אינטנסיביות על המערכת עלולה להיות שלילית למדי.

אחת הבעיות הנובעות מן המגמה האמורה היא, שמודל השירות הוא בעיקרו מודל חירום, למצבים חריפים, ואינו מתייחס כראוי למצב כרוני. המודל הרפואי ושיטות הביצוע של הרפואה המטפלת⁷, שהם הרווחים בענפים אחרים של מערכת שירותי הבריאות בישראל, אינם מתאימים כראוי לצרכים ולמערכת השירותים הדרושים לחתך נרחב של אוכלוסיות חולי הנפש, אשר בעיותיהם דורשות מערכת טיפול רפואי וחברתי למשך כל החיים.

שינויים בתוכניות חברתיות ושיפורן בדרך כלל אינם פרי התקדמות ליניארית, אלא מתחוללים בתנועה מעגלית, שבה יש עליות וירידות. דומה, ששירותי בריאות הנפש בישראל עומדים היום על פרשת דרכים. החלטות מדיניות ספציפיות עשויות להכריע האם ההתקדמות תימשך, או שמא ייכנסו שירותי בריאות הנפש לתקופת קיפאון או אף ייסוגו לאחור ויתרחקו מן ההישגים החיוביים שכבר היו להם.

משיקולים מיגזריים צרים ובין אם מאינטרסים פוליטיים של מקצוע הרפואה כדי לקדם את מעמדו כמוביל את מערכת הטיפול בבריאות הנפש, התוצאה תהיה חיזוק הדומיננטיות של הפסיכיאטריה במערכת שירותי בריאות הנפש. הדבר עשוי להשפיע על האינטרס של מקצועות אחרים במערכת בריאות הנפש הציבורית ועל תרומותיהם לה.

ברם, שינויים אלה חורגים אל מעבר לזירת התחרות המקצועית. הם מייצגים מגמה כללית של מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש. השאלה אינה באיזו מידה ממצאי המחקר הביורפואי של שירותי בריאות הנפש תקפים. ממצאים אלה אמנם הפכו על פיהם כמה מושגים ושיטות טיפול בחולי הנפש ואיש אף אינו מתכחש לתפקידו המרכזי של מקצוע הרפואה בטיפול במחלות נפש. אולם, בעיות רבות של חולי הנפש קשורות בבירור למערכות שירותי טיפול אחרים. הגדרת הבעיות במושגים רפואיים בלבד תחבל במאמצים החברתיים להתמודד עם בעיית מחלות הנפש.

שירותי בריאות הנפש בישראל נחשבו באורח מסורתי כשייכים לתחום הרפואה. החוק לטיפול בבריאות הנפש משנת 1955 נסמך על מודל רפואי וההחלטה בדבר אשפוז מסיבות נפשיות, כולל אשפוז כפוי, ניתנה בידי מקצוע הרפואה (Aviram & Shnit, 1981, 1984). למרות מספר שינויים חיוביים, הרפורמה בחוק לטיפול בחולי נפש⁸, שהתחוללה בעת כתיבת מאמר זה, לא סטתה מן הקביעות הבסיסיות של המודל הרפואי (Aviram, 1990a). אף-על-פי כן, מאז שנת 1972 השפיעו תפיסות נוספות על המדיניות בעניין תוכניות נרחבות יותר לטיפול קהילתי ובעניין תוכניות שיקום;

7. ישראל, ספר החוקים, 1991.

8. הכוונה ל-Curative medicine, להבדיל מגישות של רפואה מונעת או אלה של רפואה שיקומית, למשל.

ביבליוגרפיה

- אבירם, א', קטן, י', "העדפות מקצועיות של בוגרי בתי-הספר לעבודה סוציאלית", חברה ורווחה, י" (1)(1989), עמ' 3-16.
- אבירם, א', שניט, ד', טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אישפוז כפוי של חולי נפש בישראל, תל-אביב, 1981.
- אליצור, א', טיאנו, ש', מוניץ, ח', נוימן, מ', פרקים נבחרים בפסיכיאטריה, תל-אביב, 1987.
- בזק, י', אחריותו הפלילית של הלקוי בנפשו, (מהדורה ב'), ירושלים, 1972.
- בזק, י', "אשפוז כפוי כהליכים אזרחיים של חולי נפש בישראל", בתוך: י"ל מילר, ח' פולאק, ח' ברמן (עורכים), פסיכיאטריה קהילתית בישראל, ירושלים, 1979.
- בריל, פ', לקראת פסיכותרפיה הומניסטית, תל-אביב, 1974.
- דגן, ע', "רוח התקופה", הארץ מיום 23 לספטמבר 1988.
- היילפרין, ל', "מחלות הרוח בין היהודים בארץ-ישראל", הרפואה, י"ב (4)(1937), עמ' 203-220.
- הלוי, ח"ש, "שירותים פסיכיאטריים במסגרת התקציב הממשלתי לבריאות", בטחון סוציאלי, 28 (1984), עמ' 5-16.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, 1978, 29, ירושלים, 1978.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, 1989, 40, ירושלים, 1989.
- טרמר, ל', "הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תוכנית אינטגרטיבית כוללת", בריאות הציבור, 18 (1975), עמ' 1-12.
- לוי, ע' דוידסון, ש', "שיקום פסיכיאטרי קהילתי בישראל", שיחות 2(3)(1988), עמ' 202-209.
- מבקר המדינה, דו"ח שנתי 30, ירושלים, 1980.
- מילנר, א', "מהפך פסיכיאטרי", הארץ מיום 24 לנובמבר 1989.
- משרד האוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 1973 (הצעת התקציב למשרד הבריאות), ירושלים, 1973.
- משרד האוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 1979 (הצעת התקציב למשרד הבריאות), ירושלים, 1979.
- משרד האוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 1989 (הצעת התקציב למשרד הבריאות), ירושלים, 1989.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, היחידה למידע והערכה, מערכת מידע ארצית על שירותים פסיכיאטריים אמבולטוריים, ירושלים, 1984.
- משרד הבריאות, האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית, מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל, ירושלים, 1986.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, רשימת שירותים פסיכיאטריים בישראל, ירושלים, 1989א'.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, היחידה למידע והערכה, קבלות לכתי"ח פסיכיאטריים לפי מין גיל ואבחנה (עלון סטטיסטי מס' 1), ירושלים, 1989ב'.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, דו"ח הועדה לדיוור מוגן לחולי נפש, ירושלים, 1989ג'.
- נפתלי, מ', "מועדונים חברתיים קהילתיים לנפגעי נפש בישראל" (עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב, 1986).
- ספיבק, מ- "שיקום קהילתי של אנשים כמצב של דה-סוציאליזציה", בתוך: א' אבירם וי' לבב (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל, תל-אביב, 1981.
- סופר, מ', "מערכת המידע הפסיכיאטרית בישראל", בתוך: א' אבירם, י' לבב (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל, תל-אביב, 1981.
- סופר, מ', הורוביץ, ר', מגמות באשפוז הפסיכיאטרי 1975-1987, תנועת החולים בבתי"ח פסיכיאטריים לפי בעלות וסוג (פרסום סטטיסטי מס' 6, 1988), משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, ירושלים, 1989.
- סופר, מ', הורוביץ, ר', משך שהיה בבתי"ח פסיכיאטריים בשנים נבחרות (עלון סטטיסטי מס' 2), משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, ירושלים, 1990.
- סופר, מ', רהב, מ', מערכת מידע ארצית על שירותים פסיכיאטריים אמבולטוריים, משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, ירושלים, 1984 א'.
- סופר, מ', רהב, מ', מגמות במפת האשפוז הפסיכיאטרי בישראל בשני העשורים האחרונים. מאמר שהוצג בכנס השנתי השני של האגודה הישראלית לאפידמיולוגיה באר-שבע, אוניברסיטת בן-גוריון (7.2.1984), 1984ב'.

- קופת חולים כללית, המחלקה לשירותי בריאות הנפש, האגף הרפואי, שירותי בריאות הנפש בקופת חולים 1970-1979, תל-אביב, 1980.
- קופת-חולים כללית, ההנהלה המרכזית, שירותי בריאות הנפש בקופת חולים: מרכזים קהילתיים ומרפאות לבריאות הנפש, מידע סטטיסטי 1978-1982, תל-אביב, 1983.
- קופת-חולים כללית, אוכלוסייה ומצבת כח אדם ליום 1 לינואר 1985, במרכזים הקהילתיים ובמרפאות לבריאות הנפש של קופת חולים, דו"ח יולי 1985 (לא פורסם).
- קופת-חולים כללית, ההנהלה המרכזית, תקנון קופת-חולים, תל-אביב, 1986.
- רמון, ש', "גישות של פוליטיקאים לחולי נפש: השוואה בין חברי הכנסת וחברי הפרלמנט הבריטי", בטחון סוציאלי, 21 (1981), עמ' 127-144.
- שירותי בריאות הנפש, מיפוי השירותים הקהילתיים לבריאות הנפש בבעלות ציבורית (דו"ח ראשוני על ממצאי סקר שירותי בריאות הנפש 1986. לא פורסם), משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש.
- שירותי בריאות הנפש, דו"ח ראשוני על ממצאי הסקר של 1986 (לא פורסם. דוח אישית), 1990.
- שניט, ד', "אשפוז כפוי: כלפי מי, על-ידי מי ועל סמך מה", עיוני משפט ח' (1982), עמ' 529-553.
- Aviram, U., "Training Professionals for Community Mental Health Services in a Reluctant Society: Issues in Training Social Workers for Community Mental Health Services in Israel", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 15(3)(1977), pp. 253-276.
- Aviram, U., "Community Mental Health in Israel: An Interim Policy Assessment", in: S. Spiro & E. Yuchtman-Yaar (eds.), *Evaluating the Welfare State: Social and Political Perspective*, Academic Press, New York, 1983.
- Aviram, U., "Care or Convenience? On the Medical Bureaucratic Model of Commitment of the Mentally Ill", *International Journal of Law and Psychiatry*, 13(3)(1990a), pp. 163-177.
- Aviram U., "Community Care of the Seriously Mentally Ill: Continuing Problems and Current Issues", *Community Mental Health Journal*, 26(1), (1990b), pp. 69-88.
- Aviram, U. & Shnit, D., "Psychiatric Treatment and Civil Liberties in Israel: The Need for Reform", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 21(1)(1984), pp. 3-18.
- Brown, P., *Transfer of Care: Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, London, 1985.
- Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract of Israel 1978*, Vol. 29, Jerusalem, 1978.
- Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract of Israel, 1989*, Vol. 40, Jerusalem, 1989.
- Chesler-Gampel, J., *Official Bed Provision, Resident Patients, and Total Patients in Care in Mental Hospitals in Israel, 1948-1970*, Statistical Report Series, No. 1, Jerusalem, 1970.
- Falik, A., "Mental Health in Israel: General Policies", in: I. Margulets (ed.), *Towards Community Mental Health Services in Israel: Activities of the Trust Fund for the Development of Mental Health Services in Israel*, Jerusalem, 1978.
- Goldman, H. (ed.), "International Perspectives on deinstitutionalization", Special Issue of *International Journal of Mental Health*, 11(4)(1983).
- Hammerman, T., "Community Sheltered Residences for the Rehabilitation of the Mentally Ill in Israel: A Survey of Their Populations, Purposes and Programs" (Unpublished M.A. Thesis, University of Haifa, 1984).
- Lerner, Y., Wittman, N., Zilber, N. & Barasch, M., "Long Term Utilization of Community Mental Health Outpatient Services in Jerusalem", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26 (1991), pp. 34-39.
- Manderschild, R.W. & Barrett, S.A. (eds.), *Mental Health, United States, 1987*, DHHS Pub. No. (ADM) 87-1518, Supt. of Docs., National Institute of Mental Health, Washington, D.C., 1987.
- Miller, L., "A National Programme in the Epidemiology of Mental Disturbance in Israel. Preliminary Communications", *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 2(1964), pp. 266-267.
- Miller, L., Broza, R. & Barzilai N., "Psychiatric and Mental Health Services", in: T. Grushka (ed.), *Health Services in Israel*, Jerusalem, 1968.

- Moss, E. & Davidson, S., "The Development of a Psychiatric Rehabilitation Service", *Journal of Rehabilitation Research*, 4 (1980), pp. 339-347.
- Moss, E. & Davidson, S., "A Community Model of Psychiatric Rehabilitation", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 7 (1984), pp. 38-47.
- National Institute of Mental Health, *Mental Health. United States. 1987*, R.W. Manderschild & S.A. Barrett (eds.), DHHS. Pub. No. (ADM) 87-1518, Washington, D.C.: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.
- Neumann, M., "Psychiatry in Israel Today: Problems, Objectives and Challenges", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 19(3)(1982), pp. 227-238.
- Popper, M., The Epidemiology of Involuntary Psychiatric Hospitalization. Paper Presented at the 15th International Congress on Law and Mental Health, Jerusalem, Israel, 1989.
- Rahav, M. & Popper, M., Trends in the Delivery of Psychiatric Services in Israel, 1965-1979, Ministry of Health, Mental Health Services, Information and Evaluation Unit, Paper presented at the Sapir International Conference on Development, Tel Aviv, 1980.
- Rahav, M., Popper, M. & Nahon, D., "The Psychiatric Case Register of Israel: Initial Results", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 18(4)(1981), pp. 251-267.
- Siegel, C., Handelsman, M., Haugland, G., Popper, M., Jouchovitsky, T., & Katz, S., A Comparison of the Mental Health Systems in New York State and Israel. Paper presented at the 5th Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, New York, 1989.
- Vigiser, D., Apter, A., Aviram, U. & Maoz, B., "Overutilization of the General Hospital Emergency Room for Psychiatric Referrals in an Israeli Hospital", *Public Health*, 74(1) (1984), pp. 73-75.

זכויות העולים לשירותי רווחה והשוואתן לזכויות הוותיקים

מאת פרופ' ג'ק חביב, חיים פקטור ואסתר בניטה**

א. מבוא

הגורמים המטפלים בעלייה מעריכים, שבמשך חמש השנים הקרובות צפויים לעלות לארץ כמיליון עולים. גל עלייה בממדים אלה מחייב בחינה מעמיקה של השלכותיו על תחומים שונים בחברה הישראלית: תעסוקה, דיור, שירותי רווחה וכו'.

מאמר זה עוסק בבחינה מפורטת של זכויות העולים לשירותי הרווחה השונים והשוואתן לזכויות הוותיקים***. המאמר מבוסס על מערכת הזכויות שהיתה בתוקף בדצמבר 1990. בעת פרסום המאמר מתרחשים שינויים מרחיקי לכת במערך הטיפול בעולים. על-פי החלטה שהתקבלה בסוכנות היהודית ובממשלה הוסכם להעביר למשרדי הממשלה את הטיפול הסוציאלי בעולים. החלטה זו תשנה את מסגרת מימון השירותים והספקתם – ואפשר שהיא תשנה

גם חלק מזכויות העולים. גם אם לא יחול שינוי בתנאים הפורמליים, אין ספק שיחול שינוי בנגישות לשירותים השונים. כמו-כן מתקיים דיון רציני על האפשרות של המרת סל הקליטה ממענק להלוואה, עובדה העשויה להשפיע על ניצול השירותים בידי העולים. יש לראות אפוא בתיאור ובניתוח המוצגים כאן תצפית ביניים של מערך היערכות הנמצא בתהליך של שינוי והתאמה לעלייה בהיקף שלא היה כמוהו מאז שנות החמישים.

בפתח המאמר תוצג המסגרת המושגית שלפיה ייעשה בהמשך הניתוח לבדיקת ההסדרים להיענות לצורכי העולים. אופי ההיענות ייבדק על-פי מספר מרכיבים: הזכויות המוגדרות בנהלים והתנאים למימושן, הגורם המספק את השירות, מקור המימון ומסגרתו ומימד הזמן.

במסגרת מאמר זה איננו מתייחסים לכל שירותי הרווחה, אלא רק למספר שירותים נבחרים, הכוללים:

* האוניברסיטה העברית בירושלים וג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה ירושלים.

** ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה ירושלים.

*** המאמר מבוסס על דו"ח מפורט על ההשלכות של הגידול בעלייה על היבטים נבחרים של שירותי הרווחה (חביב ופקטור, 1990), שהוכן עבור הפורום למדיניות כלכלית על שם פנחס ספיר במסגרת פרויקט על קליטה המונית 1990.

רצוננו להודות לאנשים רבים במערכת שסייעו לנו בביצוע העבודה: אנשי מקצוע במשרד הקליטה, בסוכנות היהודית, בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, במשרד הבריאות, במוסד לביטוח לאומי, בג'וינט-ישראל ובאשל, ולצוות ג'וינט-מכון ברוקדייל.

להספקת השירותים וגם לשינויים שחלו בהיערכות לקראת העלייה הצפויה.

בניסיון לעמוד על אופי ההיענות לצרכים יש להפריד בין מספר מרכיבים המשפיעים על היענות זו: הזכויות המוגדרות בנהלים והתנאים למימושן; הגורם המספק את השירות; מקור המימון ומסגרתו; מימד הזמן. התנאים לקביעת הזכאות נחלקים לתנאים פורמליים המוגדרים בחוק, בתקנות או בנהלים, ולתנאים הקובעים את יישום הנהלים בפועל, הקשורים במידה רבה לשיקול דעתם של אנשי המקצוע בכל הנוגע להקצאת השירותים והקשורים גם בהתנהגות הזכאי כצרכן של שירותים. עם התנאים החשובים נמנים היחס בין התקציב להיקף הצרכים והיחס בין כוח-האדם להיקף המטופלים. מלבד אלה כלולים גם גורמים ארגוניים, כגון גישה למידע על השירות ואיפיונים שונים של הצרכן, כגון בעיות שפה, המשפיעים על השימוש בשירותים בפועל. גורמים אלה קיימים גם כאשר כל התנאים הפורמליים שווים לעולים ולוותיקים. בעבודה זו אנו מתייחסים בעיקר לתנאים הפורמליים, כלומר תנאי הזכאות המעוגנים בחוק ובתקנות, מאחר שבדיקת התנאים הקובעים את יישום הנהלים בפועל מחייבת חקירה מעמיקה של המצב השורר בשדה.

הגורם המספק את השירות יכול להיות זהה לשירות הניתן לתושב הוותיק, או נפרד ממנו, או משולב עמו. מקור המימון ומסגרתו מתייחסים למי שמממן את הזכות ומהו סוג המימון; כלומר, האם הוא מימון מיועד או תקציב על בסיס מיסוי כללי. מימד הזמן מתייחס לתקופת הפנייה מצד אחד, כלומר במשך כמה זמן מיוס עלייתו לארץ העולה זכאי לקבל את השירות, ומצד שני לפרק הזמן שבו הוא יכול לקבל את השירות בתנאים מיוחדים.

בניתוח זכויות העולים, או זכויות כל

שירותי בריאות — כולל שירותי אשפוז, שירותים אמבולטוריים, בריאות הנפש ורפואה מונעת.

קצבאות הבטחת הכנסה — קצבאות המוסד לביטוח לאומי, משרד הקליטה והסוכנות היהודית, כולל: קצבאות להבטחת הכנסה (קשישים, נכים, אלמנות, אבטלה), קצבאות ילדים וקצבאות נידות.

שירותים סוציאליים — הניתנים על-ידי הסוכנות היהודית, משרד העבודה והרווחה והרשויות המקומיות.

שירותים לקשישים — שירותים מוסדיים וקהילתיים לקשישים מוגבלים וערירים, שירותים לקשישים עצמאיים יותר (דיוור מוגן ומועדונים).

שירותים לנכים (פיזיים — לא קשישים) ושירותים מיוחדים לנכים, קצבת ילד נכה, שירותי שיקום, שירותי אחזקה — במוסד ובקהילה.

שירותים למפגרים — שירותי שיקום, שירותי אחזקה — במוסד ובקהילה.

שירותים סוציאליים אחרים — שירותים סוציאליים טיפוליים ושירותים חומריים מיוחדים.

במאמר זה לא נתייחס לשירותים הניתנים על-ידי ארגונים וולונטריים כמו: חברת המתנ"סים והפורום הציוני וארגונים וולונטריים בחסות וערת הארגונים המתנדבים (האיגודים לשירותי רווחה והתנדבות).

ב. מסגרת מושגית לניתוח הזכויות

בניתוח ההיערכות למתן מענה לצורכי העולים אנו מתייחסים הן למצב שהיה קיים עד לאחרונה מבחינת הזכויות והאסטרטגיות

לקבל עזרה ואת מידת ההשתתפות של הצרכן במימון הזכות, כמו מספר ימי העבודה הדרוש כדי לזכות בדמי אבטלה, או רמת המוגבלות הדרושה כדי לזכות בסידור מוסדי; (ב) אופייה של מגבלת התקציב; כלומר, האם קיימת מגבלת תקציב ואיך היא עומדת ביחס לצרכים; (ג) מגבלות פיזיות של זמינות השירותים, כמו זמינות המיטות בדירור מוגן או במוסד, זמינות של מקומות במרכזי יום וזמינות של כוח-אדם למתן טיפולים קהילתיים; (ד) ההסדרים הארגוניים, המשפיעים על המידה שבה מידע על השירותים מופץ בקרב האוכלוסייה והמידה שבה תהליך קבלת השירות מעודד או מרתיע מפנייה לעזרה.

כרקע להבנת זכויות העולים יש להבין תחילה את תנאי ההיענות לצרכים של התושבים הוותיקים. לפיכך תיערך בדו"ח זה השוואה בין העולים ובין הוותיקים. גם כאשר יש זכויות ייחודיות לעולים, הן מושפעות מן התנאים הניתנים לכלל האוכלוסייה ויש להבין את משמעותן בפרספקטיבה משווה.

תנאי ההיענות לצורכי העולים יכולים להיות שונים בכל המרכיבים שציינו: בתנאים הפורמליים המגדירים את הזכות; בתנאים הקובעים את יישום הנהלים בפועל; במקור המימון; בגורם המספק את השירות. יש מצבים שבהם הזכויות הפורמליות עצמן שונות, אם ברמת העזרה, או בתנאי הזכאות, או באופי ההשתתפות של הצרכן. לעומת זאת, יש מצבים שבהם הזכויות שוות, אבל העולה מקבל אותן מגורם אחר ולפיכך עובר דרך מנגנון מינהלי אחר. ואחרון אחרון, קיימים מצבים, שבהם כל מה שמבדיל בין העולה ובין כל תושב אחר הוא הגורם המממן. כל אחד מן ההבדלים הללו יכול להשפיע על העזרה בפועל, גם כאשר הדבר איננו מתוכנן. לדוגמה, ההסדרים לחלוקת המימון של זכויות שונות בין גורמים ייחודיים

קבוצה אחרת באוכלוסייה, יש להתייחס למספר ממדים המגדירים בפועל את מהות השירות הניתן לאזרח. ממדים אלה הם: אופי הזכות, רמת השירות, המחיר המוטל על הצרכן ואחוז הכיסוי. כפי שנראה בהמשך, ממדים אלה מושפעים מיחסי גומלין בין התנאים הפורמליים ובין התנאים הקובעים את יישום הנהלים, ממסגרת המימון, ממסגרת ההספקה וממימד הזמן. חשיבותם של הגורמים השונים משתנה משירות לשירות: אופי הזכות. מימד זה מתייחס לאופי הצורך בעזרה ולאופי השירות העונה על הצורך.

רמת השירות. מימד זה מתייחס לאיכות השירות. לדוגמה, בתחום הבטחת הכנסה, הרמה מתבטאת בגובה התמיכה; במקרה של שירות בעין, כמו טיפול מוסדי בילד מפגר, הרמה מתבטאת בתנאים הקיימים במוסד, המשפיעים גם על העלות ליום; במקרה של טיפול קהילתי בזקן, הרמה מתבטאת במספר השעות המוקצבות לטיפול בית ובאיכות כוח-האדם.

המחיר המוטל על הצרכן. מהו המחיר שעל הפונה לשלם עבור קבלת השירות, ואיך המחיר מושפע מן הרמה הכלכלית של הפונה או מאיפיונים אחרים, כגון ההרכב המשפחתי. המחיר הוא חלק מתנאי הזכאות והוא בוודאי משפיע גם על מידת הכיסוי, אך יש מקום לראות בו גם מרכיב העומד בפני עצמו. לפעמים המחיר מתבטא בתשלום בזמן קבלת השירות, למשל, תשלום עבור תרופות, ולפעמים בתשלום מראש על בסיס ביטוחי, לדוגמה ביטוח בריאות.

כיסוי. מימד זה מתייחס למידת הנגישות לעזרה, המשפיעה על היקף האוכלוסייה המקבלת את העזרה בפועל ועל אחוז הכיסוי של האוכלוסייה הנזקקת לשירות. הכיסוי מושפע ממספר גורמים: (א) תנאי זכאות המגדירים את התנאים שלפיהם ניתן

מכך, ואם אין התחשבות תקציבית בהשלכות המעבר, נפגעת היכולת לענות על צורכי העולה או היכולת לענות על צורכי כלל האוכלוסייה. כמורכב, מתן גישה רחבה יותר לעולים מאשר לכלל האוכלוסייה, לצורות שונות של עזרה שאינן קצרות מועד, יוצרת מחויבות לספק בעתיד שירותים אלה בהיקף רחב יותר במסגרות התקציב הרגילות. בנייתו ננסה לעמוד על יחסי הגומלין המורכבים הקיימים לעתים בין ארבעת הגורמים היוצרים ייחודיות במתן עזרה לעולים ועל הצורה שבה הדברים האלה באים לידי ביטוי בשירותים השונים.

במקביל לצורך להפריד בין זכויות העולים לאלה של התושבים הוותיקים, יש צורך להפריד בין קבוצות שונות של עולים. אופי הזכויות משתנה על רקע חלוקת העולים לפי ארצות מוצאם, כאשר יש הבחנה בין ארצות רווחה לארצות מצוקה, ובתוך קבוצה זו יש גם הסדרים מיוחדים לעולים מארצות כמו אתיופיה.

באופן כללי, כאשר באים לקבוע מערכת זכויות לאוכלוסיית העולים, מתעוררות מספר סוגיות שיש לבחון אותן מחדש על רקע הממדים של גל העלייה הנוכחי.

— האם יש להקנות לעולים זכויות זהות לאלה המוקנות לאוכלוסייה הכללית? כאן מתנגשים שני שיקולים: מצד אחד, הרצון להקל על העולים, להתחשב בחוסר היכולת שלהם לנצל משאבים שצברו בעבר ולהתחשב בקשיים המיוחדים שלהם. מצד שני, חלק מן הזכויות של האוכלוסייה המקומית נרכשו באמצעות תשלומים שבוצעו במהלך שנים. כיוון שכך יש לשאול, האם יש להקנות זכויות אלה גם לעולים שטרם מילאו את תנאי הזכאות הרגילים ואשר לא רכשו את הזכויות?

— סוגיה שנייה היא תקופת מתן הזכויות המיוחדות. האם זכויות אלה מוקנות לאורך

(כמו הסוכנות היהודית ומשרד הקליטה) ובין משרדי הממשלה יכולים להיות מונחים על-פי שיקולים מערכתיים שאין בכוונתם ליצור הבדל בנגישות לעזרה, אך ההסדרים הנפרדים יכולים בהחלט ליצור הבדלים בנגישות על רקע הבדלים במגבלות התקציב, בזמינות של כוח-אדם או ביעילות הביצוע. כמורכב, לספקים יש נכונות רבה יותר וגישה חיובית יותר לשרת את העולים, כאשר המימון בא מגורם שמחוץ לארגון ואינו בא על חשבון לקוחות אחרים או על חשבון התקציב הכללי של הארגון. יש גם לציין, שבפועל הפרדת המימון לאוכלוסיית העולים מן המימון לאוכלוסייה הכללית איננה חד-משמעית, בעיקר כאשר אותו גורם מספק שירותים לשתי הקבוצות. יכולות להיווצר תופעות של בריחה תקציבית כאשר גורמים רבים מעוניינים להסתייע בתקציבים המיוחדים לעולים, כדי להרחיב את השירותים או כדי להתמודד עם גירעונות בשירותים המיועדים לכלל האוכלוסייה.

גורם נוסף המשפיע על אופי ההסדרים הייחודיים ועל משמעותם הוא מימד הזמן. כאשר מתייחסים למימד זה, יש להפריד בין תקופת הפנייה לתקופת הזכאות. תקופת הפנייה מתייחסת לאותו פרק זמן המתחיל ביום העלייה, שבו אדם יכול לפנות לעזרה כעולה, ולא כאזרח רגיל. תקופת הזכאות מתייחסת לפרק הזמן, שבו אדם שהתחיל לקבל עזרה כעולה, ממשיך לקבל אותה באופן ייחודי. לדוגמה, יש מקרים, שבהם מימון ביטוח הבריאות עובר ממשרד הקליטה למסגרות הרגילות לאחר תקופת זמן, ויש מקרים, שבהם המימון המיוחד נמשך זמן רב ולעתים אף אינו נפסק כלל. להסדרים אלה יש משמעויות רבות. המעבר ממסגרת אחת לשנייה מעביר את הנטל ממסגרת תקציבית אחת לשנייה, דבר שיכול להביא להפסקת שירותים שהעולה התחיל לקבל. כתוצאה

היו זמינים. גם כאשר הושגו נהלים אלה הם לא תמיד היו מעודכנים ומשום כך גם לא תמיד תאמו את הנעשה בשטח. יתר על כן, בזמן עריכת המחקר הנוכחי חלו שינויים בנהלים ובהמשך נתאר את הזכויות הן לפי הנהלים הישנים והן לפי החדשים.

הזכויות בשירותי הבריאות
 על-פי התקנונים של קופות-החולים הקופות פתוחות לכל תושבי ישראל. יחד עם זאת, ההצטרפות לקופות אחדות קשורה לעתים לחברות בארגון מקצועי, כגון קופת-חולים כללית, או לחברות במפלגה, כגון קופת-חולים לעובדים לאומיים, או להסכמים מיוחדים, כגון ההסכם עם קופת-החולים בעניין מקבלי גמלאות מן המוסד לביטוח לאומי. כל הקופות הנהיגו הגבלות על הצטרפות חברים במצבי בריאות אחדים (כגון חולים כרוניים או נרקומנים). נוסף על כך, בקופות-החולים קיימת הגבלה על גיל ההצטרפות לביטוח רגיל ומלא – בקופת-חולים כללית החל מגיל 62, בקופת-החולים מכבי והלאומית – מגיל 60 ובמאוחדת מגיל 65. בכל הקופות קיימים הסדרים להצטרפות לביטוח חלקי עבור מבוטחים שאינם עומדים בקריטריונים לביטוח מלא (כגון גיל ומצב בריאות). בהסדרים החלקיים יש הגבלות על הזכאות לשירותים אחדים, כגון אשפוזים, טיפולים יקרים ותרופות וגם התשלום שונה. יש השתתפות בהוצאות האשפוז של 15% בערך מן המבוטחים כביטוחים חלקיים. בנוסף לכך, על המצטרפים החדשים חלה תקופת "המתנה"; כלומר, הקופה אינה מכסה הוצאות אשפוז הכרוכות במחלה שהמבוטח חלה בה לפני הצטרפותו, אלא רק לאחר תקופה של 3 או 4 חודשים (תלוי בקופה). בקופת-חולים כללית ובקופת-חולים לאומית ההסדרים החלקיים נקראים "ביטוח הורים" ו"ביטוח פנסיונרים" והם נעשים על בסיס

זמן או לתקופה מוגבלת? מה צריך להיות משך התקופה והאם הוא צריך להיות זהה לגבי זכויות שונות?

— מימושן של חלק מן הזכאויות לשירותי רווחה נתון למגבלת תקציב, לפחות לגבי האוכלוסייה הכללית. לפיכך עולה השאלה, עד כמה יש להתנות גם את זכויות העולים במגבלות תקציב שונות והאם יש מגבלת תקציב כוללת אחת לכולם או שונה לעולים ולאזרחים אחרים?

— האם גל העלייה החדש מחייב הורדת סטנדרטים? ואם כן, האם יש לבצע זאת ברמת השירות, בכיסוי הצורך או בהגדלת המחיר המוטל על העולה? כמו-כן נשאלת השאלה, איך יתבצעו שינויים אלה? האם במכוון, כלומר כתוצאה מתוכנית היערכות מחושבת ומחודשת, או שמא באופן מקרי, כלומר כתוצאה מכורח המציאות.

ג. ההיערכות למתן מענים לצורכי העולים, הן באשר לתנאי הזכאות לשירותים השונים והן באשר לצורת הספקתם

בסעיף זה יובא ניתוח של ההסדרים למתן מענה על צורכי העולים וזאת בהשוואה להסדרים שמהם נהנית האוכלוסייה הוותיקה. ניתוח הזכויות נעשה לגבי כל תחום של שירותים בנפרד, בהתאם לחלוקה שהצגנו במבוא. כמו-כן, אנו משתמשים במבנה אחיד לפי המסגרת המושגית שעמדנו עליה בפרק ב'.

לפני שנעבור לניתוח הזכויות עלינו לציין, שנוהלי העבודה של המשרדים השונים המתאמים את הזכויות לעולים לא תמיד

מכשירים רפואיים, אשפוז סיעודי כרוני ואשפוז פסיכיאטרי, מספק משרד הבריאות והמשפחות משתתפות במימנם.

זכויות העולים ודרכי מימושן
בנהלים החדשים של הסוכנות הנוגעים לתחום הבריאות חלו שינויים חשובים המתבטאים בשלוש רמות: היקף הסיוע (תחום הסיוע וגובהו), אוכלוסיות היעד ותקופת הסיוע. שינויים אלה פירושם צמצום של מידת הסיוע שהסוכנות נותנת בנושא בריאות.

אופי הזכות, המימון והגורם המספק כל עולה מקבל עם עלייתו ארצה ביטוח בריאות חינם לתקופה של שישה חודשים (עולים מאתיופיה זכאים ל-12 חודשים). משרד הקליטה הוא המממן את הביטוח הרפואי בתקופה זו. העולה מבוטח בקופת-חולים כללית עד שהוא נרשם בקופה לפי בחירתו. לפני תום ששת החודשים הראשונים על העולה להירשם באחת הקופות. מיום ההרשמה ועד תום ששת החודשים הראשונים, העולים מבוטחים על-פי הסכם מיוחד בין הקופות השונות ובין משרד הקליטה והסוכנות היהודית. הקופה שהעולה בוחר לקבל ממנה ביטוח חייבת לקבל אותו ולתת לו את כל השירותים האמבולטוריים והאשפוזיים על חשבונה.

אם העולה בוחר בקופת-חולים כללית, הקופה שומרת על המימון שקיבלה מראש לתקופה של שישה חודשים עבור אותו עולה; אך אם הוא נרשם באחת הקופות האחרות, משרד הקליטה מעביר את המימון לקופה זו ומנכה או גובה מקופת-החולים הכללית את הסכום שזו קיבלה עבור אותו עולה. על-פי ההסכם, על משרד הקליטה להעביר לקופת-חולים כללית רשימה שמית של העולים שהגיעו בחודש הקודם. לפי רשימה זו

הסכם, ולא על בסיס חברות; בקופת-החולים מכבי והמאוחדת ההסדר נקרא בשם "ביטוח חלקי".

התשלום לחברות בקופת-החולים מתבצע בשני חלקים. בחלק אחד המבוטח משלם מס אחיד חודשי, המחושב על-פי גובה שכרו בהתאם לתקנות של כל קופה וקופה. קיים פער בין תעריפי הביטוח הרפואי של ארבע הקופות. את החלק השני, המכונה מס מקביל, משלם המעסיק של המבוטח למוסד לביטוח לאומי והמוסד מחלק אותו בין הקופות לפי קריטריונים הקבועים בחוק. עד שנת 1991 הקריטריונים לחלוקת מס מקביל היו מספר המבוטחים בכל קופה והיקף התשלום של המבוטחים של כל קופה הקשור לרמת ההכנסה של המבוטחים (כיום מס מקביל הוא בערך 5% מן השכר של העובד). המפתח לחלוקה בין הקופות נקבע לפי מצבת המבוטחים, על-פי מפקדים תקופתיים של מבוטחים. שיטה זו יצרה מצב שהקופות היו מעוניינות למשוך מבוטחים בעלי רמת הכנסה גבוהה, צעירים ובעלי משפחות קטנות. בשנת 1991 שונה החוק, והיום כספי המס המקביל מחולקים בעיקר על-פי מספר הנפשות המבוטחות מתוקנן במבנה הגיל של המבוטחים ובד בבד צומצם משקלן של הכנסות המבוטחים.

על הקופות לא חלה חובת המימון עבור טיפולים ואשפוזים עקב פגיעה בשירות צבאי, עקב תאונת דרכים או פגיעה בעבודה, או עקב פעילות פלילית. גם שירותים כמו טיפול שיניים, שירותי רפואה מונעת, השתלת איברים וניתוחים בחוץ-לארץ, רכישת מכשירים רפואיים ואשפוז סיעודי כרוני אינם מכוסים בביטוח הבסיסי. בכל זאת, הקופות מממנות חלק מן השירותים הללו לפני משורת הדין ובסיוע ביטוחים משלימים, שחלק מהם חובה וחלק – רשות. את השירותים של רפואה מונעת,

הקשיש המתקיים מקצבת זיקנה והבטחת הכנסה, כלומר, 206 ש"ח. השתתפות זו הולכת ויורדת, ובתום הזכאות העולה יבוטח באותה קופה בתוכניות העצמאיות הנהוגות בקופה לקשישים. קבוצות עולים אחרות, בעיקר מקבלי הבטחת הכנסה, שאינם יכולים לעמוד בתשלום לביטוח בריאות, יבוטחו באמצעות המוסד לביטוח לאומי תמורת סכום סמלי שינוכה מן הקצבה. סכום זה יועבר למשרד הבריאות וזה יעביר לקופת-החולים סך של 206 ש"ח לחודש למבוטח, באמצעות המוסד לביטוח לאומי. המדובר בעיקר בקשישים.

המימון של הוצאות אשפוז וטיפולים אמבולטוריים הקשורים למחלות נפש חל על משרד הקליטה בחצי השנה הראשונה, אך לאחר מכן הוא חל על המשפחה על-פי מבחן הכנסות, כפי שנהוג לגבי התושבים הוותיקים. אותם מוסדות מטפלים בתושב הוותיק ובעולה כאחד.

עד חודש אוגוסט 1990 מימנה הסוכנות גם את ההוצאות על שירותים רפואיים אחרים שאינם כלולים בביטוח רפואי רגיל, כגון טיפול שיניים שמרני וחירום ואבזרים רפואיים שונים (משקפיים, גפיים תותבות ומכשירי שמיעה) עבור "קבוצות עולים בסיכון" (כלומר מקבלי קצבאות זיקנה, מקבלי סיוע לקיום מאגף שירותי הרווחה של הסוכנות (אש"ר), משפחות חד-הוריות, נכים ופליטים). טיפול השיניים יכול להינתן במרפאות קופת-חולים או בידי רופא פרטי. תקופת הזכאות לסיוע זה היא לשלוש שנים. עם השינויים שחלו בנוהלי הסוכנות הוגבל מתן הסיוע לטיפול השיניים לטיפול שמרני בלבד ורק עבור אתיופים וילדים ממשפחות המטופלות באגף, עד 24 חודשים. הענקת סיוע לרכישת אבזרים רפואיים תיעשה גם להבא על סמך המלצה רפואית והרכישה תבצע אצל ספק פרטי. המימון הוא לפי

משרד הקליטה מעביר את הכספים לכיסוי הוצאות הביטוח, לפי התעריף שלהלן: 550 ש"ח למשפחה לתקופה של שישה חודשים, 370.55 ש"ח ליחיד, ו-288 ש"ח לנוער עולה, נכון לחודש מרס 1990. בקופות האחרות יש תוספת של 25% בערך.

בתום ששת החודשים הראשונים לעלייתם, המימון ברוב המקרים חל על העולה, והוא נקבע לפי התעריף של הקופה שהוא נרשם בה. לאחרונה חלו שינויים בתעריפים אלה והקופות נתנו לעולים הנחות למשך שישה חודשים נוספים. הנחות אלה נעות בין 20% ל-50%, בהתאם לקופה. אולם, הקופה עלולה לדחות את העולה, כאמור לעיל, על יסוד קריטריונים המעוגנים בנהלים שלה והזהים לאלה הנהוגים כלפי אזרחים ותיקים. משום כך קיימים הסדרים הנותנים תשובה לקבוצות של עולים, כגון מוגבלים, נכים ומשפחות חד-הוריות, אשר קופות-החולים השונות דחו את קבלתם לפי התנאים הרגילים. אחת הבעיות שהסדרים אלה באים לפתור היא הבעיה של מימון אשפוזים הקשורים למחלה שהעולה הגיע אתה לאחר ששת החודשים הראשונים (כגון חולי כליות הנזקקים לדיאליזה, חולי סרטן וחולים הזקוקים להשתלת איברים). במקרה זה, הקופה ממשיכה להיות הגוף האחראי להבטחת מתן טיפול לעולה ומשרד הקליטה מעביר לבתי-חולים ישירות את התשלום עבור האשפוז במשך שלוש שנים. בתום תקופת זכאות זו, המימון לאשפוזים לאותה קבוצת עולים חל על משרד הבריאות.

הבעיה השנייה שהסדרים אלה באים לפתור היא הבעיה של עולים קשישים מארצות הרווחה שנדחו מפאת גילם. לגבי עולים אלה משרד הקליטה משתתף בתשלום הביטוח לקופה במשך שנתיים וחצי, לפי טבלת זכאות, וגובה התשלום המירבי הוא התשלום שמשרד הבריאות משלם עבור

למעוטי יכולת ומידת המשיכה שיש בתשלום זה לקופות. קיים ויכוח במערכת בעניין גובהו של תשלום זה והאם הוא מכסה את העלות של מטופלים אלה. צריך גם להפריד בין שיקולים לטווח הקצר ובין שיקולים לטווח הארוך. אפשר שבטווח הקצר הקופות יפסידו מהצטרפות העולים, אך בטווח ארוך יותר, כאשר העולים ייהפכו למבוטחים רגילים וישתלבו בעמדות הקבועות שלהם במערך התעסוקה, הקופות ירוויחו. בינתיים יש עדויות מן השטח על התעניינות רבה וחיזור אחרי העולים. שיקולים אלה יכולים להשפיע על רמת השירות המוצעת בפועל לעולה.

רמת השירות הניתנת לנזקקי שירותי בריאות הנפש שווה לשתי קבוצות האוכלוסייה, שכן שירותים אלה מסופקים על-ידי אותם גורמים. אולם, בתחומים שבהם הספקים שונים, רמת השירות אינה בהכרח זהה. כך, לדוגמה, בתחום המכשירים הרפואיים (כגון משקפיים, חגורות אורתופדיות, פיאות ועוד), רצף האפשרויות וטיב המכשירים שמשרד הבריאות או לשכת הרווחה מציגים לפני התושבים הוותיקים אינו בהכרח שווה לאפשרויות הניתנות לעולה במסגרת אש"ר בגלל הגישה לתקציבים ובגלל האפשרות הפתוחה לפני העולה לבחור בספק. אולם יש לציין, שבתחום מכשירי השיקום היקרים יותר, הישווה אש"ר לאחרונה את תנאי הזכאות למכשיר לאלה שנקבעו לתושבים הוותיקים, מאחר שבקשת העולה מוגשת לאישורה של הוועדה הרפואית של משרד הבריאות. לאור זאת, אש"ר פועל לפי המלצתה של אותה ועדה. במקרה זה, למרות ששני ספקי השירות שונים, השירות הניתן הוא זהה.

התושב הוותיק והעולה, המבוטחים בקופות-תולים כללית, ושאינם שייכים

גובה הצעת המחיר של הספק. תקופת הזכאות ורמתה צומצמה גם למכשירים הרפואיים וכעת היא דיפרנציאלית לפי סוג המכשיר. למשקפיים זכאים אתיופים וילדים של משפחות המטופלות באגף. סיוע זה יינתן רק בשנה הראשונה ורק כאשר עלות ההוצאה עולה על 100 ש"ח. למכשירי שמיעה זכאים עולים בגיל העבודה וילדים; כלומר, בוטל הסיוע לקשישים. אשר למכשירי שיקום (כגון נעליים מיוחדות, מכשירי הליכה, תותבות, קביים, הליכוניים וכיסאות גלגלים) העולים זכאים לקבלת מכשיר או לתיקונו, וזאת באמצעות לשכות הבריאות האזוריות, אך זכאות זו תקפה במשך השנה הראשונה בלבד. הזכאות למכשירים רפואיים אחרים לא-שיקומיים, כמו פרוטזות שד, חגורות אורתופדיות, גרביים אלסטיות וכדומה, מותנית במצב הכלכלי של העולה וניתנת רק במקרה שהמכשיר עולה יותר מ-200 ש"ח.

רמת השירות

מאחר שהגורם המספק שירותים אמבולטוריים, שירותי אשפוז כלליים ושירותים פסיכיאטריים הוא אחד לעולים ולוותיקים, נראה ששתי הקבוצות מקבלות שירות שווה, לפחות באופן פורמלי. יחד עם זאת, בפועל יושפע השירות מהתייחסותם של ספקי השירותים לעולים, לעומת התייחסותם לתושבים הוותיקים, דבר הנתון לשיקול דעתם של אנשי המקצוע המטפלים. התנהגותם מושפעת גם ממידת העניין של קופות-החולים למשוך חברים חדשים בכלל ולמשוך את העולה הספציפי בפרט. אפשר שהיא תושפע גם מן הגיל ומן המצב הכלכלי הפוטנציאלי של העולה, לאור התמריצים הנובעים ממסגרת המימון השוטף של ביטוח הבריאות שהזכרנו קודם. גורם נוסף המשפיע על תמריץ זה הוא גובה התשלום המיוחד

הכנסה יחיד ישלם 19 ש"ח לחודש וזוג ישלם 28 ש"ח (במחירי דצמבר 1990). כאשר העולה אינו עובד לאחר ששת החודשים הראשונים, עליו לשלם מס אחיד מינימלי שקבעה הקופה. לעומת זאת, כאשר התושב הוותיק אינו עובד ומשום כך המעביד אינו משלם עבורו מס מקביל, התושב מחויב בתשלום מס מקביל בשיעור מוקטן בנוסף למס האחיד המינימלי שהקופה קובעת שעליו לשלם. כאמור, העולים פטורים מתשלום זה במשך השנה הראשונה.

לכיסוי הוצאות בריאות מיוחדות יעמדו רוב העולים בתנאים שווים לאלה החלים על כל חבר קופה, אם רצונם לפנות למרפאות קופות-החולים. בעבר נדרשו עולים מעוטי יכולת להשתתף ברכישת מכשירים רפואיים בשיעור של 10% ממחירם ולהשתתף בעלות טיפול שיניים בשיעור של 20%, פרט לפליטים שלא היו חייבים להשתתף כלל בהוצאה. המימון לטיפול שיניים חושב לפי המחירון של קופת-חולים וחושב לפי אותם הקריטריונים החלים על הוותיקים המטופלים באמצעות לשכות הרווחה העירוניות. אולם, מחודש ספטמבר 1990 העולים הזכאים לסיוע בטיפול שיניים שמרני יזכו לסיוע זה בצורת הלוואה או מענק, לפי החלטה של הוועדה הרפואית. בכל מקרה לא יינתן סיוע אלא אם הטיפול עולה יותר מ-200 ש"ח.

כיסוי

שני גורמים יקבעו אילו אוכלוסיות מכוסות: האם יש הגבלות (כמו מגבלת תקציב ותורי המתנה) על קבלת שירות שהאדם זכאי לו, והאם יש סוגי שירותים שאינם מכוסים.

יש הבדל בהתייחסותו של משרד הקליטה כאשר מדובר בעולים המגיעים מארצות הרווחה (ארצות המערב) או כאשר העולים באים מארצות מצוקה (ארצות אויב, ארצות הגוש המזרחי וארצות

לקבוצות חלשות שהוגדרו לעיל, יכולים, כאשר הם זקוקים לטיפול שיניים, לקבל אותו במרפאות השיניים של הקופה לפי תעריף מוזל. הנגישות הפורמלית של שירות זה שווה לשתי הקבוצות. קיימות גם מסגרות הנותנות טיפול שיניים מסובסד לוותיקים מעוטי הכנסה, אך זהו סידור לא קבוע שאינו מעוגן בהסדר ארצי. לפיכך יש להניח, שהגישה לטיפול זה היתה קלה יותר לעולים שנתמכו בידי אש"ר, מאשר לוותיקים שמצבם הסוציו-אקונומי דומה. אולם, מאז השינוי בזכאות העולים, ההנחה הזו שוב אינה נכונה חוץ מאשר לגבי העולים מאתיופיה ולגבי ילדים ממשפחות מצוקה. אפשר לומר אפוא, שהעולים עומדים היום במצב דומה לזה של הוותיקים ועליהם לפנות למרפאות פרטיות או למרפאות קופות-החולים כדי לקבל טיפול שיניים, כמו כל תושב אחר.

המחיר המוטל על הצרכן

לאחרונה ניתנות לעולים הנחות בתשלום דמי הביטוח למחצית השנייה של השנה הראשונה. הנחות אלה (בגובה של 25%) ניתנות לעתים לכל עולה באופן אוטומטי, כמו בקופת-חולים כללית, או על-פי טבלת זכאות, כמו בקופת-חולים לאומית. ההבדלים בהשתתפות זו בין העולים ובין הוותיקים קיימים גם לגבי העולים המבוטחים באמצעות המוסד לביטוח לאומי או משרד הקליטה. מבוטחי משרד הקליטה משלמים לפי גובה הכנסתם וההשתתפות המקסימלית מגיעה לסכום שמשלם משרד הקליטה עבורם במשך ששת החודשים הראשונים. מקצבתם של מקבלי הבטחת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי מחסרים סכום המחושב לפי סוג הקצבה ומספר הנפשות. לדוגמה, מקבל קצבת זיקנה יחיד ישלם 23 ש"ח לחודש וזוג ישלם 35 ש"ח, ואילו מקבל קצבת הבטחת

הצרכים האלה במידה העולה על הכיסוי של כלל המבוטחים של הקופות. כמורכב יש פחות השפעה של תורי המתנה ושל עיכובים אחרים. לעומת זאת, יש אולי זכויות שעולים אינם נהנים מהן, כגון ביטוחים משלימים (דוגמת "שתיל" בקופת-חולים כללית), שאינם מכוסים בתשלומי משרד הקליטה בתקופה הראשונה לעלייתם.

משיחות עם הגורמים הקשורים לכיסוי הוצאות הבריאות עולה, שלעת עתה לא התעוררה הבעיה של הגבלת תקציב. העולים העומדים בקריטריונים מקבלים את הטיפול ואת הסיוע. אולם, יש בעיות תקציב בנוגע לטיפול שיניים ומכשירים רפואיים בגלל הדרישה העצומה להם מאז החל הגל של עליית המונים. הסוכנות צמצמה את הזכאות לאותם טיפולים עוד לפני פרסום הנהלים החדשים. לפיכך, העולים, שהיו זכאים בעבר לסיוע זה, נאלצים היום לפנות לגורמים אחרים כמו כל תושב ותיק.

שינויים בהיערכות לעתיד

כאמור לעיל, העלייה מארצות המצוקה אינה מתוכננת. משום כך אין הכנה לקליטת העולים המגיעים עם בעיות בריאות הדורשות טיפול מדי, כגון דיאליזה ואשפוזים דחופים. כדי להתמודד עם מצב זה הכין משרד הקליטה שאלון שימולא בידי פקידי הקונסוליות של ישראל בברית המועצות על מנת לאתר עולים הסובלים ממחלות ממושכות והזקוקים לטיפול רפואי דחוף. שאלון זה יועבר לארץ לפני בואם של העולים ועוד בנמל התעופה יהיו עובדי הקליטה ערוכים לקבלת העולה הזקוק לטיפול רפואי. למרות כוונה זו יש הרגשה, עוד לפני שנעשה שימוש בשאלון, שמשרד הקליטה לא יוכל לפעול לפיו ולתכנן את קליטתו של העולה, וזאת בגלל העומס הרב. משום כך יש כוונה להשתמש בשאלון זה רק לצורך עיבודים

שהוגדרו כך בגלל איפיוניה הסוצי-אקונומיים הדלים של האוכלוסייה היהודית, כגון ארגנטינה וקולומביה). מאחר שהעלייה מארצות הרווחה היא עלייה מתוכננת, פירוש הדבר, ששליחי הסוכנות היהודית מכירים את המשפחה המועמדת לעלייה עוד בארץ מוצאה. היכרות זו מאפשרת, בין היתר, לאתר מקרים של חולי גופני ונפשי, נכות או מוגבלות. משפחה כזאת יודעת אפוא עוד לפני הגיעה ארצה שההוצאות הכרוכות בטיפולים רפואיים לבן המשפחה החולה עלולות לחול עליה. במקרים כאלה המשפחה יכולה לבחור לא להגיע לארץ, לגרור עמה ביטוח שיש לה בארץ המוצא, או להשתתף בהוצאות הכרוכות במצב החולי.

המצב שונה כשמדובר בעולים המגיעים מארצות מצוקה, שכן שם לא קיימות ברוב המקרים אותן אפשרויות. משרד הקליטה אינו יודע דבר על העולה מארצות המצוקה עד יום עלייתו. העולה מארצות המצוקה יקבל מן הרגע הראשון את כל השירותים האמבולטוריים ואת שירותי האשפוז הדרושים לו, גם כאשר הוא מגיע ארצה עם מחלה כרונית או ממאירה, בניגוד לתושב הוותיק, שעליו חלה תקופת המתנה של שלושה עד ארבעה חודשים למימון האשפוז לשם טיפול במחלה שקדמה להצטרפותו לקופה.

גורם נוסף, היכול להשפיע על הכיסוי של צורכי העולה, הוא העובדה, שהמימון של ההוצאות המיוחדות, הנובעות ממחלות שהגיע אתן העולה, חל על משרד הקליטה ולאחר מכן על משרד הבריאות. באופן כללי ידוע, שלעתיים שיעור קטן מן המבוטחים גורמים שיעור גבוה של העלויות במערכות הבריאות, לאורך זמן בלתי מוגבל. משום כך, הכיסוי של המקרים האלה הוא מרכיב חשוב במימון הוצאות הבריאות. כיוון שיש מקור מימון מיוחד, אפשר שהעולה זוכה לכיסוי

כללית והבטחת הכנסה – רק כעבור שנתיים. המימון נעשה באמצעות הממשלה והמוסד לביטוח לאומי, פרט לקצבת זיקנה שבמימונה משתתפת גם הסוכנות.

בתקופה הראשונה, כאשר העולה אינו זכאי לרוב הקצבאות, הסוכנות ומשרד הקליטה הם המממנים את הבטחת ההכנסה והם האחראים לה. העולים מארצות המצוקה מקבלים דמי קיום לששת החודשים הראשונים ללא מבחן הכנסות. לאחר ששת החודשים הראשונים, העולים מופנים ללשכת העבודה. אם אינם מקבלים עבודה, הם זכאים ל"דמי קיום" ממשרד הקליטה עד שיתחילו לעבוד. הסדר זה יימשך בערך שנתיים לאחר העלייה, מועד שבו העולים זכאים לקבל קצבה מן הביטוח הלאומי. עולים מוגבלים שהוגדרו בוועדת המוגבלים של שירות התעסוקה בלתי כשירים לעבודה (זמנית או לצמיתות) זכאים לקבל מן הסוכנות, במשך השנתיים הראשונות שלאחר עלייתם, דמי קיום בגובה דמי הבטחת הכנסה הניתנים באמצעות המוסד לביטוח לאומי. כל ההטבות הללו חלות הן על העולים בקליטה ישירה והן על אלה הנקלטים במסגרות מעבר.

אשר לדמי אבטלה המשולמים על-ידי המוסד לביטוח לאומי, העולה נהנה כאן מהקלה לעומת הישראלי הוותיק. העולה זכאי לדמי אבטלה אם עבד כשכיר 75 ימים במשך שנה, או 125 ימי עבודה במשך שנה וחצי, לפני היותו למובטל. תושב ותיק נדרש לעבוד תקופות זמן כפולות מאלה של העולה. אם העולה אינו ממלא אחר תנאים אלה, הוא יהיה זכאי לדמי אבטלה ממשרד הקליטה, במקום מן הביטוח הלאומי. רק לאחר שנתיים מיום עלייתו יחולו על העולה תנאים זהים לאלה החלים על המבוטח הוותיק ושוב לא ייחנה מן ההקלה.

מעבר לתמיכה הניתנת לעולים שאינם עובדים, משרד הקליטה, בשיתוף עם

סטטיסטיים ורישומים. אולם, במערכת יש חששות שהמידע שנאסף בברית המועצות לא ישקף נכון את מצב הבריאות ואת מצבם הנפשי של העולים.

קצבאות להבטחת הכנסה

בפרק זה נתייחס לקצבאות השונות, המבטיחות רמת חיים לקבוצות הנתונות בסיכון, למשל, קצבאות זיקנה, אבטלה, שאירים, נכות (נכות כללית ונפגעי עבודה) והבטחת הכנסה. נתייחס גם לקצבאות ילדים, הניתנות לכל האוכלוסייה. תמיכות אלה ניתנות במסגרת הביטוח הלאומי לתושבים ותיקים.

הזכאות לרוב התוכניות היא על בסיס ביטוחי ולפיכך היא כרוכה בתקופת תשלום למוסד לביטוח לאומי; משך התקופה הזאת הוא שישה חודשים לקבלת דמי אבטלה, שנתיים כשמדובר בנכות כללית ובהבטחת הכנסה, ועשר שנים כשמדובר בקצבת זיקנה. קצבאות לנפגעי עבודה וקצבאות ילדים ניתנות ללא תלות בתקופת התשלום.

אופי הזכויות, מימון וגורם מספק

עולים פטורים מתשלום דמי ביטוח לאומי במשך השנה הראשונה לעלייתם, אם אינם עובדים. לאחר תקופה זו העולה צריך להמשיך ולבטח את עצמו, אם הפסיק לעבוד, והוא מקבל דמי אבטלה מן הביטוח הלאומי. אם העולה מקבל דמי קיום ממשרד הקליטה, הוא יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח אלה, כמו שהתושב הוותיק פטור – אם הוא בעל הכנסה שאינה עולה על 55% מן השכר הממוצע במשק. לעומת זאת, התשלום הוא אוטומטי וניתן ברגע שהעולה עובד.

זכאותו של העולה לקצבאות השונות של המוסד לביטוח לאומי מתחילה במועדים שונים. קצבאות זיקנה, ילדים, ניידות לנכים ואבטלה מתחילות מיד, ואילו קצבאות נכות

ארצה מלאו להם 60 שנה, אך לא מלאו להם 65 שנה, יהיו זכאים לקצבה בהגיע הגבר לגיל 65. עד מועד זה הם זכאים להבטחת הכנסה על-פי חוק הבטחת הכנסה. זוג נשוי, שביום העלייה עדיין לא מלאו לאשה 60 שנה והבעל גילו מעל 60 אך עדיין לא מלאו לו 65, יהיה זכאי לקצבה בהגיע האשה לגיל 60, עם תוספת קצבה עבור הבעל. עולים חדשים פטורים מתקופת אכשרה, אם לא היתה להם אפשרות לצבור אותה; דהיינו, גבר שעלה ארצה כשגילו למטה מ-60, יקבל את הקצבה בהגיעו לגיל 65 גם אם לא צבר את תקופת האכשרה הקבועה בחוק. הוא הדין לגבי אשה לא נשואה שעלתה ארצה וטרם הגיעה לגיל 60. הזכאות במקרה זה תוקנה לה בהגיעה לגיל 60.

בדומה לתושב ותיק, הקצבה ניתנת לגברים בני 65-70 ולנשים בנות 60-65 רק אם אינם משתכרים מעל 55% מן השכר הממוצע במשק (מבחן פרישה). לאחר גיל 70 לגבר וגיל 65 לאשה, הזכאות אינה מותנית עוד בהכנסות מעבודה. כמו-כן, הקשיש יהיה זכאי להשלמת הכנסה אם הכנסותיו אינן עולות על גובה קצבת הזיקנה.

גימלת שאירים משולמת לעולה חדשה שהתאלמנה ולילדיה, אם בעלה עלה לארץ בהיותו בן 60 ומעלה. אם הבעל עלה לארץ בגיל צעיר יותר, האשה תקבל את הגימלה אם הוא היה מבוטח (ככל תושב ותיק אחר שצבר 10 שנות תשלום במוסד לכיטוח לאומי).

קצבת ניידות ניתנת לנכי רגליים, לגברים מגיל 3 עד 65 ולנשים מגיל 3 עד 60, והיא כוללת מספר הטבות: (א) קצבת ניידות חודשית הן לבעלי רכב למימון החזקתו, והן לחסרי רכב; (ב) הלוואה עומדת לכיסוי המסים החלים על הרכב לרכישת רכב ראשון והחלפתו; (ג) הלוואה מקרן מיוחדת לסיוע נוסף ברכישת רכב ראשון, המיועדת לנכים

המשרדים השונים ועם שירות התעסוקה, תומך בעולה בתהליך העסקתו במקום עבודה מתאים או בתהליך הכשרתו לעבודה מתאימה. לשם כך משרד הקליטה פועל בכמה רמות:

1. הכנה לקראת העסקה: גובשו תוכניות שונות, שבהן העולה יכול לקבל השלמה והכשרה במקצוע שעבד בו, או להסב את מקצועו למקצוע אחר המתאים לכישוריו ולדרישות שוק העבודה בישראל; או להשתלב בקורסי הכנה לבחינות רישוי להשגת רישיון לעסוק במקצוע לפי דרישות מדינת ישראל. בתקופת הלימוד בקורסים הללו משרד הקליטה משלם לעולה את דמי הקיום המקובלים במשרד.

2. תמיכה חלקית בזמן העסקת העולה במקום עבודה: משרד הקליטה משתתף בתשלום משכורתו של העולה במשך 6 חודשים לכל היותר, אם העולה נקלט במקום עבודה השייך למגזר הפרטי, העסקי או התעשייתי, ובמשך שנה לכל היותר – אם הוא נקלט במגזר הציבורי. על המעסיק להשלים את המשכורת ולדאוג לזכויות העובד.

3. תמיכה מלאה בזמן העסקתו של העולה במקום עבודה: משרד הקליטה משלם את משכורתו של העולה בשלמותה במשך שנה לכל היותר, אם הוא נקלט במשרד ממשלתי. גם במקרה זה, המעסיק משלים את המשכורת ומעניק לעובד את כל הזכויות הסוציאליות. הזכאות להשתתפות בתוכניות אלה אינה אוניברסלית והיא מותנית באישור ועדה. מימוש הזכות אפשרי במשך שלוש השנים הראשונות לעלייתו של העולה, אך הוא חד-פעמי. כלומר, העולה זכאי לקורס אחד בלבד ולמשכורת מסוכסדת במקום עבודה אחד. במקרים בודדים מאוד יאושר לו סיוע נוסף.

המצב באשר לקצבאות זיקנה ושאיירים מורכב יותר. עולים נשואים שכיום עלותם

הנפשות הנתמכות, כמו במסגרת דמי הקיום של משרד הקליטה.

מלבד זאת העולים מקבלים שכר דירה בסך 575 ש"ח לחודש (נכון לחודש יוני 1990) ודמי החזקת דירה בסך 150 ש"ח לחודש. לאחר השנה הראשונה, העולים זכאים להשתתפות בשכר דירה במשך 4 שנים נוספות, אך גובה ההשתתפות הולך ויורד, ל-325 ש"ח לחודש בשנה השנייה, ול-250 ש"ח לחודש מן השנה השלישית עד החמישית. מימון ההשתתפות בשכר הדירה לאחר השנה הראשונה בא ממשרד השיכון. יש לראות בסיוע זה תחליף לסיוע שקיבל העולה כאשר שהה במרכז קליטה ולא היה חייב לשלם שכר דירה.

עבור הוותיקים קיימים שני סוגי סיוע: האחד, דיור מסובסד באמצעות החברות המשכנות (עמידר, עמיגור וכו'). במסגרת זאת, משפחות, שגובה הכנסתן מזכה אותן בהשלמת הכנסה והמתגוררות בדירות מסובסדות, יקבלו סיוע בתשלום שכר הדירה ממשרד העבודה והרווחה. סוג הסיוע השני הוא סבסוד שכר הדירה באמצעות משרד השיכון לאוכלוסיות מיוחדות (זוגות צעירים עם ניקוד גבוה, משפחות חד-הוריות, משפחות המתקיימות מקצבת קיום אחת של הביטוח הלאומי). גובה הסבסוד ניתן לפי שלוש רמות: עד 190 ש"ח לחודש; 260 ש"ח לחודש, ו-325 ש"ח לחודש. חלק נכבד מבין הוותיקים הזקוקים להשלמת הכנסה הם בעלי דירה, ולפיכך אינם צריכים לשלם שכר דירה.

לכאורה לעולה יש יתרון על ותיקים שאין להם דירה ושאינם מקבלים דירה בשכר דירה מסובסד, הן בגובה הסבסוד בשנה הראשונה והן בהעדר תנאים מגבילים הקשורים לרמת ההכנסה ולהרכב המשפחה. אבל יש לזכור, שהעולה שאינו מגיע למרכז קליטה נמצא במצב מיוחד; הוא צריך להשיג תוך זמן קצר

קשים בלבד הנוהגים בעצמם וגם עובדים. נכה רגליים בדרגת נכות של 40% ומעלה, שיש בידו רישיון תקף, זכאי להלוואה עומדת לכיסוי מסים. הלוואה זו ניתנת גם לנכי רגליים שדרגת נכותם 60% ושאינם בעלי רישיון נהיגה. סיוע זה אינו רלוונטי לגבי עולים, מאחר שכל העולים פטורים ממיסים על רכישת רכב.

רמת השירות

אין הבדלים בדרך קבלת השירות בין האוכלוסייה הוותיקה לאוכלוסייה החדשה, כאשר המוסד לביטוח לאומי מספק את השירותים (קצבת זיקנה, קצבת ילדים, קצבת ילדים נכים, קצבת אבטלה, קצבת שאירים וקצבת ניידות). הקצבאות הניתנות על-ידי המוסד לביטוח לאומי מחושבות לפי אותם קריטריונים הן לעולה והן לתושב הוותיק. לעומת זאת, יש הבדלים אחדים בגובה התמיכה בין משרד הקליטה למוסד לביטוח לאומי. גובה דמי הקיום במסגרת משרד הקליטה זהים לאלה של הבטחת הכנסה במסגרת הביטוח הלאומי, אך נכים במסגרת הביטוח הלאומי מקבלים תמיכה גבוהה יותר ב-30% בערך.

גובה התשלומים לדמי קיום הוא בסך 666 ש"ח לחודש לזוג (במחירי דצמבר 1990). משפחה מקבלת עבור כל ילד 111 ש"ח אם הוא מתחת לגיל 18 ו-330 ש"ח אם גילו בין 18 ל-25. כבר בנמל התעופה העולים מקבלים, נוסף על דמי הקיום לחודש הראשון, דמי כיס חד-פעמיים בסך 250 ש"ח לזוג, ו-100 ש"ח עבור כל ילד. כאשר העולה משתלב בקורס הכשרה או הסבה עם תום לימודיו באולפן, משרד הקליטה מממן את שכר הלימוד ובנוסף לכך המשתתף מקבל סיוע לקיום בסך של 444 ש"ח לחודש. אם הוא בעל משפחה והאשה אינה עובדת, היא זכאית לקצבת קיום המחושבת לפי מספר

מינימום, בכל מצב, במשך השנתיים הראשונות. לאחר מכן הם מכוסים באמצעות המסגרות הכלליות המשרתות את כלל התושבים. הבדל אחד, שחשוב לצינו הוא הנגישות לפנסיות מעבודה. תוכניות אלה מחייבות מינימום של 10 שנות תשלום ולפיכך רוב העולים המבוגרים לא יהיו זכאים להן. לעומת זאת, לעולה יש יתרון בתנאי הזכאות לדמי האבטלה.

לא קיימת הגבלה תקציבית על השתתפות בקורסים או בתוכניות עבודה מסובסדת, אולם לפי ההערכה, מספר העולים המטופלים בתוכניות אלה הוא קטן לעומת הצרכים והדרישה לפתרונות. הסיבות לכך קשורות כנראה לדרישות שוק העבודה, שהן מצומצמות היום. תוכניות להסבה מקצועית ולהכשרה קיימות גם עבור התושבים הוותיקים העומדים בפני הקושי למצוא תעסוקה במקצועם. אך נראה, שמגוון סוגי הקורסים המוצעים לעולים הוא רחב יותר והוא כולל קורסי הכנה לקבלת רישיון עבודה לרופאים וקורסי רענון ועדכון המאפשרים לעולים לרכוש ידע וניסיון ברמה הטכנולוגית של מקצועם. אך גם כאשר אותו קורס ניתן לשתי האוכלוסיות, הוא מועבר בנפרד בדרך כלל בגלל הצרכים המיוחדים של כל קבוצה (כגון שפה ורמות שונות בתחום הטכנולוגיה). הוותיקים זכאים לתמיכה שווה לזו הניתנת לעולים, בכל מקרה שאינם זכאים לדמי אבטלה מן הביטוח הלאומי.

שירותים סוציאליים

בשלב הראשון חילקנו את השירותים הסוציאליים לפי קבוצות יעד (קשישים, נכים ומפגרים) ובשלב השני לפי סוג שירות: מוסדי או קהילתי (בבית או בשכונה). התייחסנו גם לשירותי טיפול וייעוץ המוענקים על-ידי עובדים סוציאליים, ולעזרה תומרית מיוחדת לצרכים מיוחדים,

דירה, ומשום כך הוא זקוק מיד למשאבים רבים יותר.

כדי להקל הן על העולה והן על משרד הקליטה, נעשתה מערכת התשלומים של סל הקליטה וגם רוב התשלומים האחרים פשוטה יותר. עד עתה היה כל עולה צריך לפנות למשרד הקליטה מיד עם הגיעו ארצה כדי לבקש את דמי הקיום לחודש הראשון. כדי להמשיך לקבל את דמי הקיום במשך חמשת החודשים הבאים היה עליו להציג לפני עובד הקליטה אישור הרשמה לאולפן. רק אז הופנה העולה לבנק עידוד כדי לקבל את דמי הקיום החודשיים. תהליך זה היה כרוך בזבוז זמן רב הן של העולה והן של מערכת הקליטה. החל מחודש יולי השנה ניתן חלק נכבד מסל הקליטה (בערך רבע ממנו) כבר בנמל התעופה. מעכשיו העולה צריך להגיע ללשכת הקליטה באיזור מגוריו ולמסור שם את מספר חשבון הבנק שלו; שאר התשלומים מועברים מדי חודש ישירות לחשבוננו. בעקבות הסדר זה העולה צריך לפנות ללשכת הקליטה רק כאשר הוא נזקק לייעוץ ולקבלת תשלומים מיוחדים.

המחיר המוטל על הצרכן

חוק הביטוח הלאומי מחייב את כל תושבי ישראל להפריש חלק מהכנסותיהם כדמי ביטוח. מכוח תשלומים אלה המבוטחים קונים את הזכות לקבל גמלאות. כאשר העולה עובד, הוא משלם את דמי הביטוח הלאומי לפי התעריפים שהמוסד קובע לכל אזרח. אין לעולים הקלות בגובה תשלום הביטוח. אך כאשר העולה אינו עובד, הזכויות נרכשות עבורו כמהלך השנה הראשונה. עולה שעלה לראשונה בהיותו בן 60 ומעלה, מבוטח בביטוח זיקנה ושאינם ואינו חייב בתשלום דמי הביטוח.

ביסוי

לעולים מארצות מצוקה מובטחת הכנסת

השירותים כוללים מסגרות יום לגיל הרך, מסגרות לפעולות תרבות, משחקיות, אולפנים, שירותי מתנדבים ומסגרות טיפול כאוכלוסיות חריגות, כמו קבוצות לעזרה הדדית לקשישים ומשפחות חד-הוריות. בלשכות הרווחה האזוריות פועלות עובדות קהילתיות המקיימות פעולות המיועדות לזוטיקים ולעולים כאחד. יש לשכות הממנות עובדות קהילתיות לפעולות המיועדות לעולים בלבד. על-פי תוכניות אלה העולים נהנים מן השירותים הניתנים במסגרתן מיד עם עלייתם ארצה.

4. שירותי רווחה במסגרות בריאות ובמסגרת שירותים אחרים

העולה יכול גם לפנות לשירותי רווחה הפועלים במסגרות בריאות או במסגרות של שירותים אחרים (כגון עובד סוציאלי בבית-הספר), כאשר הוא זקוק לעזרה בפתרון בעיות חברתיות.

5. שירותי המוסד לביטוח לאומי
שירותי הטיפול בפרט הניתנים באמצעות המוסד לביטוח לאומי ניתנים על-פי חוק וכוללים את חוק הסיעוד הניתן לקשישים בלבד ואת השירותים המיוחדים לנכים, כגון שירותי שיקום לנכים.

שירותים מוסדיים לקשישים

אופי הזכות, מימון וגודל מספק שירותי המיסוד מופרדים למספר קטיגוריות לפי הרמה התפקודית של הקשיש: קשישים עצמאיים. דיור מוגן ומיטות לקשישים עצמאיים מיועדים לאנשים המסוגלים לטפל בעצמם (להתרחץ ולהתלבש בכוחות עצמם), אך הם מתקשים בניהול משק-הבית שלהם, או שהם סובלים מכדידות ומהעדר הנעה לנהל חיים עצמאיים.

כמו ציוד בסיסי, צרכים רפואיים מיוחדים (הסעות, משקפיים וכדומה). יש חמש מסגרות שבהן העולה יכול לקבל את השירותים הללו:

1. שירותי רווחה של הסוכנות היהודית כאמור, הסוכנות היהודית היא הגוף המרכזי המטפל בעולים בסיכון ברמת הפרט והמשפחה (בנהלים החדשים, הגדרת אוכלוסיות אלה שונתה במקצת; היא כוללת קשישים, משפחות חד-הוריות, מוגבלים ונכים, משפחות בעלות ליקויים תפקודיים, חברתיים ואישיים, משפחות בעלות פער תרבותי וטכנולוגי, משפחות ברוכות ילדים וילדים ללא הורים). על-מנת לממש אחריות זו הקימה הסוכנות היהודית שירות מקצועי הניתן על-ידי עובדים סוציאליים המגישים עזרה תומרית ונפשית לעולה עד שלוש שנים מיום עלייתו. כאשר יש צורך בשימוש בשירותים ספציפיים, כמו מסגרות טיפול מיוחדות לקשיש או לנכה, העובד הסוציאלי פונה לגורם ממשלתי, למשל משרד העבודה והרווחה ולמשרד הבריאות, או לגודם וולונטרי, כגון מוסדות איל"ן ואק"ם.

2. שירותי רווחה של משרד העבודה והרווחה שירותי הרווחה של משרד העבודה והרווחה אינם מטפלים בעולה, אלא רק לאחר שעברו שלוש שנים מיום עלייתו. אך, כאמור, יש מקרים המגיעים לשירותים אלה כאשר דרושה מסגרת מוסדית או דרוש טיפול הנמצא בתחומו של המשרד (סידור קשיש או מוגבל במוסד, אבחון מפגרים או אבחון תעסוקתי למוגבל).

3. שירותים קהילתיים הניתנים באמצעות הרשויות המקומיות

שירותים אלה ניתנים לכל קבוצות הגיל ובקרבת מקום מגוריהם של המשתמשים.

תלוי במדיניות של הפניית העולים למקומות השונים ועל כך אין לנו מידע. יש הבדלים בין המוסדות השונים גם מבחינת המחיר, והסוכנות משלמת, כנראה, בהתאם לתעריף שקבעו משרדי העבודה והרווחה והבריאות לכל מוסד.

המחיר המוטל על הצרכן

התשלום של הסוכנות למוסד פרטי או ממשלתי יהיה לפי המחירים המקובלים במשרדי העבודה והרווחה והבריאות. העולה ישתתף בעלות ההחזקה בשיעור מינימלי של 80% מקצבת הזיקנה שלו כפי שנהוג גם עבור אזרחים ותיקים. את השתתפות משפחת העולה יקבע משרד הבריאות, כאשר מדובר בקשיש סיעודי, ומשרד העבודה והרווחה, כאשר מדובר בקשיש תשוש. גובה ההשתתפות נקבע על סמך טבלת זכאות ולפי רמת ההכנסה של ילדי הקשיש. טבלה זו זהה לעולים ולוותיקים. 80% מן הקצבה מכסים 40% מן העלות הממוצעת של החזקת קשיש עצמאי, 27% מן העלות הממוצעת של תשוש ו-14% מן העלות הממוצעת של קשיש סיעודי או תשוש נפש.

כיסוי

לאוכלוסייה הוותיקה יש תקופת המתנה, העולה להימשך לגבי הסיעודיים עד חצי שנה ולגבי העצמאיים והתשושים עד שנתיים. ההמתנה קשורה בשני גורמים: מגבלות התקציב של המשרדים וזמינות המקומות. יש הבדלים בחשיבותם של שני הגורמים האלה באזורים שונים או בתקופות שונות. משמעות הדבר היא, שהפתרון לבעיית המקומות לעולים משולב, במערכת הנוכחית, בפתרון הבעיות של הוותיקים. אפשר לומר אפוא, שהעולה נמצא במצב הדומה למצבו של כל אזרח אחר בכל הנוגע למציאת מסגרות מוגנות; הוא יצטרך לפנות לאותם מוסדות

תשושים. לקבוצה זו שייכים גברים ונשים שהם מוגבלים לפחות בפעילות אחת הקשורה בתפקודם האישי וגם סובלים לעתים מקשיי ניידות.

תשושי נפש. אלה הם גברים ונשים הסובלים מירידה קוגניטיבית ומקשיים בטיפול אישי, ויחד עם זה הם עדיין ניידים. סיעודיים. לקבוצה זו שייכים גברים ונשים שעקב מצבם הפיזי והקוגניטיבי זקוקים לעזרה מלאה בטיפול האישי. בדרך כלל הם מרותקים למיטה וסובלים מבעיות של אי שליטה על הסוגרים.

הסוכנות היהודית מממנת לתקופה של שנה את כל המסגרות המוסדיות לעולה מארץ מצוקה שטרם עברו שלוש שנים מיום עלייתו. בתום שלוש השנים נפסקת הזכאות גם אם העולה לא קיבל את העזרה במשך שנה שלמה. סיוע זה ניתן רק אם קיימת התחייבות של משרד הבריאות או של משרד העבודה והרווחה להמשך המימון. מכאן נובע, שקביעת הזכאות לקבלת העזרה היא החלטה משולבת של הסוכנות היהודית ושל המשרדים הנוגעים בדבר. הספקת השירות היא באמצעות משרדים אלה והמוסדות העובדים אתם בדרך כלל. אמנם לסוכנות היהודית יש מספר מוסדות לקשישים עצמאיים, אך הם מלאים והתחלופה בהם קטנה מאוד. במקרים יוצאי דופן קיימת נכונות להכניס את הקשיש בדחיפות למסגרת המתאימה לתקופה של חודש-חודשיים, ללא תיווך של משרדי הממשלה, על-מנת להתגבר על בעיות ההמתנה.

רמת השירות

נראה, שהשירות יינתן לעולה ולתושב הוותיק באופן שווה, מאחר שהספקים הם אותם ספקים. כיוון שיש הבדלים גדולים בין המוסדות מבחינת האיכות, השירות בפועל

העולה יממן ארוחות חמות בעצמו, אך קיימת אפשרות שמשרד העבודה והרווחה יסבסד את עלות השירות לפי קריטריונים שנקבעו לתושבים הוותיקים; דהיינו, אם הקשיש מקבל השלמת הכנסה מן הביטוח הלאומי הוא ישלם רק 50% מעלות הארוחה. העובדת הסוציאלית מאשרת תסייע בהשגת שירות זה.

רמת השירות

עד אוגוסט 1989 ניתן הסיוע לעולה בעזרה ביתית בהתאם לצרכיו והוא לא עלה על 30 שעות בחודש וניתן למשך שישה חודשים לכל היותר. גובה הסיוע היה עד שש נקודות זיכוי בחודש (נקודת זיכוי אחת שווה לגובה קצבת הילדים המשולמת על-ידי המוסד לביטוח לאומי עבור הילד הראשון, כלומר 68 ש"ח). כשמדובר בעולים מארצות הרווחה, הנהלים החדשים מגדירים את רמת ההשתתפות לפי מבחן הכנסה ולפי ארבע קבוצות יעד: הראשונה כוללת את הקשישים שאינם מסוגלים לטפל במשק-ביתם (מדובר בעיקר בניקיון הבית) והמתגוררים בגפם. הנכללים בקבוצה זו ייהנו מהשתתפות בגובה של 3 שעות לשבוע (עד סכום של 120 ש"ח לחודש). קבוצת היעד השנייה כוללת את הקשישים התשושים הגרים לבדם והזקוקים לסיוע בטיפול משק-ביתם וכן לסיוע הכולל כישול וקניות. הם ייהנו מהשתתפות בסיוע של עד 4 שעות לשבוע (עד סכום של 160 ש"ח לחודש) למשך שנה עד קבלת הזכאות לחוק הסיעוד, או עד שנתיים. הקשישים הסיעודיים מהווים את קבוצת היעד השלישית. לנכללים בקבוצה זו ניתן בנוסף לסיוע במשק-בית, גם סיוע בטיפול אישי עד 6 שעות לשבוע (עד סכום של 240 ש"ח לחודש). הקבוצה האחרונה כוללת את הקשישים הסיעודיים הזקוקים לטיפול מקצועי סיעודי, כלומר, קשישים מרותקים

העומדים לרשות כל האזרחים במדינה. אין בידינו מידע כדי לענות על השאלה האם, כאשר קיים מחסור במקומות, קיימת נטייה רבה יותר לענות על צרכיו של העולה או על אלה של התושב הוותיק.

שירותים לקשישים הניתנים בבית הקשיש

כללי

שירותים אלה כוללים את השירותים הניתנים לקשיש בביתו ובקהילה. השירותים הניתנים בכיתו של הקשיש נחלקים לשניים: עזרה בטיפול אישי בקשיש ועזרה בניהול משק-ביתו, הכוללת הספקת ארוחות חמות, שירותי כביסה ועוזרות בית. מימון שירותים אלה לתושב הוותיק בא היום משלושה מקורות. המקור המרכזי הוא חוק הסיעוד החל במסגרת המוסד לביטוח לאומי על קשישים מוגבלים מאוד. קשישים מוגבלים פחות יכולים לקבל עזרה ממשרד הרווחה. קופות-החולים מעניקות סיוע משלים לטיפול אישי, לא כזכות אלא כשירות מיוחד.

אופי הזכות, מימון וגורם מספק

הסוכנות מממנת את העזרה הביתית עבור קשישים מוגבלים שאינם מסוגלים לטפל במשק-ביתם למשך תקופה של שנתיים בלבד. העולה צריך למצוא בעצמו את ספק השירות.

העולה זכאי לסיוע על-פי חוק הסיעוד רק לאחר שנה. הסוכנות מממנת את העזרה בטיפול אישי לעולה (סיוע ברחצה, בהלבשה, בניידות בתוך הבית) עד למימוש הזכאות בחוק סיעוד או עד 24 חודשים לכל היותר, אם אינו זכאי ליהנות מחוק הסיעוד. היקף הסיוע אינו מוגבל באופן פורמלי ומחיר השירות הוא כמקובל בארגונים הציבוריים (דוגמת מט"ב).

הוותיק. גם במסגרת חוק הסיעוד אין מגבלת תקציב, וכל מי שעונה על הקריטריונים מקבל עזרה.

השירותים הניתנים לקשיש המוגבל במסגרות קהילתיות

כללי

השירותים במועדונים ניתנים באמצעות מספר גורמים והם פתוחים לכל אדם העונה על הקריטריונים כפי שמגדירה אותם המסגרת המפעילה. את מרכזי היום לקשישים מוגבלים מפעילה בדרך כלל הרשות המקומית, בשיתוף אגודות מקומיות של אש"ל ואחרים. הביקור במרכזים ממומן בחלק מן המקרים בידי משרד העבודה והרווחה ובחלק באמצעות חוק הסיעוד, כאשר הקשיש מחליט לממש חלק מן הזכויות שלו במסגרת החוק בצורה זו.

אופי הזכות, מימון וגורם מספק

באופן עקרוני המועדונים פתוחים גם בפני העולה, אלא אם כן ההצטרפות קשורה בחברות בארגון כלשהו. נעשים ניסיונות להפעיל קבוצות עולים בנפרד. מימון המועדונים חל בדרך כלל על הארגון המפעיל והחברים משתתפים בתשלום דמי השתתפות. מרכזי יום למוגבלים פתוחים גם לפני העולים. לפני 1.9.90 לא היה הסדר כללי להשתתפות במימון העולה במסגרות אלה, אך הסוכנות מימנה את ההשתתפות הנדרשת מן העולה, בהתאם למקרה. אולם, לאחר תאריך זה, עולים המעוניינים להשתלב במרכזי יום יוכלו לממן את השתתפותם מן הקצבה שהסוכנות מעניקה להם עבור עזרה ביתית. כלומר, העולה יחליט אם רצונו לשהות במרכז-יום בכל יום, ימים אחדים כשבוע או לא לשהות בו כלל.

למיטותיהם, שאין להם שליטה על הסוגרים. הנכללים בקבוצה זו זכאים לסיוע של עד 8 שעות לשבוע (עד סכום של 320 ש"ח לחודש) לתקופה שלא תעלה על 12 החודשים הראשונים לשהייתם בארץ.

לפני שהונהגו השינויים האחרונים היה קשה להשוות באופן מדויק את רמת הסיוע של העולים לזו של הוותיקים. הדבר היה תלוי בחלקו בהיקף הסיוע בטיפול אישי הניתנת בפועל במסגרת אש"ר. נראה, שהיקף הסיוע עלה על זה הניתן לתושבים ותיקים מוגבלים שאינם זכאים לחוק הסיעוד וכנראה שהוא עלה גם על הסיוע הניתן למבוטחי חוק הסיעוד. אולם, היום יש קביעה ברורה כמונחים של שעות לשבוע וניתן לערוך השוואה מדויקת יותר בין מה שניתן במסגרת חוק הסיעוד ובין מה שנותנת הסוכנות היהודית. מתוך השוואה זו מתברר, שהעולה מקבל פחות ממה שמקבל התושב הוותיק.

המחיר המוטל על הצרכן

על העולה לשלם את התשלום למי שמספק את העזרה הביתית או את הטיפול האישי. כדי להמשיך בקבלת הסיוע מדי חודש על העולה להמציא קבלה.

כיסוי

הגישה לעזרה בניהול משק-בית ובטיפול אישי בקשיש היא מהירה, כיוון שההחלטה למתן עזרה זו נעשית על-ידי העובדים בשדה ללא צורך בתהליכי אישור מסובכים. כמו-כן, כל העולים ברמות המוגבלות השונות מקבלים את העזרה מאותו מקור, בניגוד לפיצול הקיים באחריות לגבי התושב הוותיק. עד כה לא היו הגבלות מסיבות תקציביות על זכאות, בניגוד למה שקורה במשרדים הממשלתיים. לגבי הארוחות החמות, העולה ייחנה מרמת נגישות דומה לזו של התושב

רמת השירות

אין לצפות שיהיה הבדל בין העולים ובין האוכלוסייה הוותיקה.

המחיר המוטל על הצרכן

לפני 1.9.90 היה מחיר ההשתתפות במועדון בהתאם למה שנקבע במסגרת הספציפית ובמרכזיים — בהתאם לרמת ההכנסה של הקשיש. כאמור, השתתפות זו כוסתה במקרים מיוחדים ויש להניח שגם המסגרות המפעילות התחשבו במצבו של העולה, אך אין לנו מידע מפורט על כך. בכל מקרה, העולה יקבל את הקצבה לעזרה ביתית לפי צרכיו ועליו יהיה לשלם מקצבה זו עבור העוזרת, או עבור מרכז היום או עבור שניהם, לפי בחירתו. לעומת זאת, קשישים ותיקים יכולים לקבל שני סוגי סיוע בו־זמנית.

כיסוי

כיסוי הצרכים של העולים בתחום זה קשור קודם כל בקיום המסגרות בקרבת מקום. למועדונים יש פיזור רחב ביותר, ואילו במרכזי יום הפיזור הרבה יותר מצומצם. ייתכן שהעובדה, שהביקור במרכזיים יחייב את העולה לצמצם את העזרה הביתית שלו, תמנע ממנו ללכת למרכזיים, אך ייתכן גם שבעקבות הביקור במרכזיים יחסך ממנו חלק מן העזרה שהוא זקוק לה בבית. גם המאמצים הנעשים ברמה המקומית ליידע את העולים ולמשוך אותם לתוך המסגרות הקהילתיות שפיעו על הכיסוי. יש רשויות מקומיות הפועלות במרץ כדי לקלוט עולים במסגרות הקהילתיות שלהן ויש אחרות שהן פעילות פחות. גורם נוסף המשפיע מן הסתם הוא מידת ההתאמה של המסגרת לצורכי העולה ולקשיי שפה המאפיינים במיוחד את האוכלוסייה הקשישה. חוגים מיוחדים לעולים בשפה הרוסית או בעברית קלה וחוגים בתחומי התעניינות שלהם מתקיימים בחלק מן המועדונים.

שירותים לנכים במסגרות מוסדיות

כללי

יש מספר גורמים המטפלים בהיבטים שונים של הטיפול בנכה. למוסד לביטוח לאומי יש מסגרות מיוחדות המעניקות סיוע לנכים בכל הקשור לטיפול בית, קצבאות לשירותים מיוחדים וקצבה לילד נכה. גופים נוספים הפועלים בתחום זה הם אגף השיקום של המוסד לביטוח לאומי, המרכזים להתפתחות הילד הפועלים במסגרות בריאות, האגף למחלות ממושכות של משרד הבריאות, אגף השיקום של משרד העבודה והרווחה באמצעות לשכות הרווחה וארגונים וולונטריים למיניהם. השירותים לנכים כוללים אבחון, טיפול פרטני, שיקום והשמה מקצועית, שירותי בית, טיפול אישי ועזרה ביתית, שירותים הניתנים בקהילה כמו מסגרות יום, מסגרות לדיור מוגן והשמה במסגרות מוסדיות. חלוקת האחריות בין הגורמים אינה חד־משמעית, בפרט בתחום האבחון והשיקום. באופן כללי, הסוכנות אחראית לטיפול במשפחות של עולים נכים מארצות המצוקה אך מפנה לגורמים האחראיים להפעלת השירותים כאשר יש צורך להשתמש במסגרות אחרות. הסוכנות מקבלת על עצמה את מימון השירותים לעולים מארצות הרווחה רק אם יש הסכם על כך בתהליך הכנת העלייה ורק במקרים יוצאי דופן. בהמשך נפרט את זכויות העולים, לגבי כל שירות.

המוסדות שמתוץ לבית כוללים דיור מוגן בקהילה לנכים מבוגרים ועצמאיים, מעונות ומשפחות אומנה לנכים בעלי מוגבלויות קשות. הנכים הסיעודיים מופנים לבתי־חולים למחלות ממושכות.

אופי הזכויות, מימון וגורם מספק השירותים המוסדיים ניתנים לנכה סיעודי באחריות משרד הבריאות. שאר צורות

בדומה למצב השורר בקרב הקשישים. ככל הידוע, הנכים אינם ממתנים כיום זמן ממושך למוסדות המיוחדים הפועלים במסגרת הארגונים הוולונטריים והנתמכים בידי משרד העבודה והרווחה.

שירותים הניתנים לנכים במסגרת הקהילה

כללי

כפי שתואר לעיל, יש רצף שירותים הניתנים בביתו של הנכה או במסגרות קהילתיות. חלוקת האחריות למסגרות אלה בין המשרדים השונים מורכבת ולא ננסה לפרט כאן את כל מרכיביה.

שירותים בבית הנכה

שירותים אלה כוללים את השירותים הניתנים לנכה בביתו והם נחלקים לשניים: העזרה בטיפול אישי והעזרה בניהול משק בית (הכוללת הספקת ארוחות חמות, שירותי כביסה ועוזרות בית). שלושה מקורות מממנים היום את השירותים הללו לתושב הוותיק: נכים, מבוגרים וילדים זכאים לסיוע במימון הוצאות השירותים המיוחדים במסגרת תוכניות של המוסד לביטוח לאומי. נכה שאינו קשיש זכאי לקצבה מן הביטוח הלאומי לשירותים מיוחדים. קצבה זו ניתנת לנכים שאינם מסוגלים לשרת את עצמם ללא עזרת הזולת והיא נועדה לקניית שירותים. הזכאות לקצבה זו מותנית באישור ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי ובזכאות לנכות כללית או לגמלת נפגעי עבודה. בניגוד לסיוע הניתן במסגרת חוק הסיעוד לקשישים, הסיוע לנכים מבוגרים וילדים ניתן בצורה של קצבה כספית והמקבל אינו חייב לקנות בו שירותים או לדווח על השימוש בכסף. לדוגמה, במקרה שהעזרה ניתנת בידי המשפחה, הכסף יכול לשמש

הטיפול המוסדי הן באחריות משרד העבודה והרווחה. הסוכנות היהודית מממנת לתקופה של שנה את כל המסגרות המוסדיות לנכה עולה מארץ מצוקה שטרם עברו שלוש שנים מיום עלייתו. בתום שלוש השנים תיפסק הזכאות גם אם העולה לא קיבל את העזרה במשך שנה שלמה. סיוע זה יינתן רק אם קיימת התחייבות של משרד הבריאות או של משרד העבודה והרווחה להמשך המימון. מכאן נובע, שקביעת הזכאות לקבלת העזרה היא החלטה משולבת של הסוכנות ושל המשרדים הנוגעים בדבר. הספקת השירות נעשית באמצעות משרדים אלה והמוסדות שעמם הם עובדים בדרך כלל. לפני 1.9.90 היתה גם נכונות במקרים יוצאי דופן לסדר את הנכה במסגרות המתאימות באופן דחוף למשך חודש-חודשיים ללא תיווך של משרדי הממשלה, על-מנת להתגבר על בעיות המתנה. במקרים מיוחדים הסיוע היה יכול להימשך גם מעבר לשנה, אם המשרדים לא יכלו לקחת על עצמם את האחריות באמצע שנת תקציב. אולם, עם הנהגת השינויים בנהלים, הסדרים מיוחדים אלה שוב אינם תקפים. כיום הסוכנות מתחייבת לשנה אחת בלבד ורק כאשר קיימת התחייבות של המשרד להמשיך במימון.

רמת השירות, הכיסוי והמחיר המוטל על הצרכן כמו במקרה של הקשישים, אין לצפות להבדלים ברמת השירות הניתן לנכים בין עולים לתושבים ותיקים. הדבר נכון גם בנוגע להשתתפות הנכה ולכיסוי. העולה והתושב הוותיק עומדים בפני אותה תקופת המתנה, לפחות באופן פורמלי. המצב הספציפי לגבי המיטות לנכים תלוי במצב ההזדקקות למיטות ובמצב ההמתנה במשרד הבריאות או במשרד העבודה והרווחה. למשרד הבריאות אין מוסדות מיוחדים לנכים; לפיכך, קיימת המתנה של נכים הזקוקים למוסדות אלה,

פי המלצתו של המורה או של בית-הספר. כמו-כן, הסוכנות מממנת לעולים נכים סיוע מיוחד לביצוע שינויים בדירתם, אם אינם יכולים לגור בדירה רגילה בגלל נכותם. הסמכות לאישור פרטי הסיוע וגובהו נתונה בידי הרכז הארצי לענייני בריאות של משרד הקליטה.

רמת השירות

המוסד לביטוח לאומי משלם עבור ילד נכה קצבה חודשית של 30%-120 מסכום קצבת הנכות ליחיד (כלומר, 555 ש"ח, נכון ליוני 1990). הקצבה לשירותים מיוחדים משולמת על-פי דרגת התלות של נכה ורמתה יכולה להגיע ל-50%, ל-100% או ל-150% מקצבת הנכות הכללית והיא משולמת נוסף על קצבת הנכות הכללית. בסוכנות, לעומת זאת, היקף הסיוע לא היה מוגבל באופן פורמלי ומחיר השירות הוא המחיר המקובל בארגונים הציבוריים (מט"ב). אין לנו מידע אילו סכומים חודשיים קיבל הנכה העולה בממוצע. משום כך קשה להשוות בינו ובין התושב הוותיק. בנהלים החדשים זכאות העולה הנכה לסיוע מגיעה לתשלום מקסימלי של 320 ש"ח לחודש, כלומר 58% בערך מגובה קצבת הנכות הכללית, שהוא נמוך בהרבה מן הרמה המקסימלית שמשלם המוסד לביטוח לאומי.

יש לצפות לכך, שהסיוע בביצוע שיפוצים בדירה יהיה נגיש יותר לעולה מאשר לתושב הוותיק עקב מגבלות תקציב בתחום זה הקיימות במשרד הבריאות וגם בגלל תהליכי הפניה פשוטים יותר הקיימים בסוכנות. אולם, עם הפעלת הנהלים החדשים צומצם סיוע זה לשינויים קטנים בלבד, כגון הרחבת דלת או הוספת ידיות באמבטיה. כאשר יש צורך לבצע שינויים במבנה הדירה, העולה מופנה למשרד הבריאות.

תוספת משאבים על-מנת לענות על צרכים כלליים של הנכה. מסגרת נוספת היא קצבת ילד נכה מגיל 3 עד 18. היא משולמת לילד התלוי בעזרת הזולת ברוב הפעולות היומיומיות. קופות-החולים מעניקות אף הן סיוע משלים בטיפול אישי, לא כזכות אלא כשירות מיוחד. משרד הבריאות מעניק עזרה לנכים — ותיקים ועולים כאחד — בשיפוץ דירתם, כאשר יש צורך להתאים את הדירה לצורכיהם.

אופי הזכות, מימון וגורם מספק

העולה זכאי לקבל קצבה עבור ילד נכה מיום עלייתו. אך הזכאות לגמלת שירותים מיוחדים מן המוסד לביטוח לאומי מתחילה, יחד עם הזכאות לקצבות לנכים, לאחר שנתיים. הסוכנות מממנת את הסיוע בטיפול אישי לעולה (סיוע ברחצה, בהלבשה, בניידות בתוך הבית) ואת העזרה בניהול משק-הבית, עד למימוש הזכאות לשירותים מיוחדים. המימון ניתן לפי אותם קריטריונים החלים על הקשישים הסיעודיים, כלומר עד 8 שעות לשבוע (עד סכום של 320 ש"ח לחודש), אך לתקופה שלא תעלה על 24 חודש; דהיינו, עד קבלת קצבת שירותים מיוחדים. בנוסף, עבור נכים מבוגרים היכולים לנהל את משק-ביתם באופן חלקי, הסוכנות מממנת הדרכה לניהול משק-בית. על-פי הנהלים החדשים מיום 1.9.90, הסוכנות צמצמה את הסיוע הזה לתקופה של 3 חודשים.

ילדים ומבוגרים, אשר בגלל נכותם — פיזית או נפשית — אינם מסוגלים להשתתף בשיעורי עזר הניתנים מטעם משרד הקליטה, יקבלו סיוע מן הסוכנות לקבלת שיעורי עזר אינדיווידואליים. סיוע זה יינתן במשך תקופה שלא תעלה על שישה חודשים ולא יותר מ-20 שעות לשבוע. על העולה למצוא בעצמו מורה. מ-1.9.90 קיימת אפשרות להאריך את תקופת הסיוע בשלושה חודשים, על-

אבחון הנכות. ילדים שאינם יכולים להשתלב במסגרות חינוך רגילות, מופנים למסגרות יום ארוך שמפעילים ארגונים וולונטריים, בדרך כלל איל"ן. מסגרות אלה כוללות מעונות יום לבני 0-3, גני ילדים לגילאי 3-5 ובתי-ספר לגילאי 6-12 (בשיתוף משרד החינוך).

אופי הזכות, מימון וגורם מספק מן המועד שבו העולה זכאי לקצבאות נכות הוא זכאי גם לשירותי שיקום במסגרת הביטוח הלאומי (כלומר, אחרי שנתיים). הזכאות במסגרת משרד העבודה והרווחה מתחילה בפועל, כאמור, רק לאחר שלוש שנים. הסוכנות מממנת את כל שירותי השיקום, הכוללים הכשרה מקצועית במסגרת מוגנת או הכשרה אינדיווידואלית בשוק העבודה. סיוע זה יינתן לתקופה של 12 חודשים לכל היותר במשך שלוש שנים לאחר העלייה. הסיוע כולל שכר לימוד והוצאות נסיעה למסגרות יום. נוסף על כך, העולה הנכה הזקוק לאבזרי עזר לשיפור התפקוד האישי (למשל רשמקול, מכונת ברייל) יכול לקבל אותם במימון הסוכנות.

רמת השירות

העולה אינו זכאי לשירותי אגף השיקום של המוסד לביטוח לאומי והסוכנות מפנה את הנכה למשרד העבודה והרווחה לקבלת השירותים. אפשר שכתוצאה מכך העולה הנכה אינו זוכה לרצף הפתרונות הרחב יותר שהתושב הוותיק יכול לנצל בביטוח לאומי. למעשה, אין לנו בסיס להשוות בין רמת השירות הניתנת לעולה בפועל ובין זו שהתושב הוותיק נהנה ממנה.

המחיר המוטל על הצרכן

העולה אינו משלם עבור אבחון והכשרה מקצועית. המימון חל כולו על הסוכנות והוא מתבצע לפי חשבונות שיגישו תחנת האבחון

המחיר המוטל על הצרכן

על העולה לשלם בעצמו לגורם המספק את העזרה הביתית או את הטיפול האישי והוא יוכל לקבל החזר מן הסוכנות רק על סמך קבלות. משפחות שהכנסתן עולה על גובה הכנסה המזכה בדמי קיום השתתפו ב-10% ממחירו של הסיוע הזה. אבל, מ-1.9.90 השתתפות זו כבר איננה נדרשת מן העולה, מאחר שגובה ההשתתפות של הסוכנות תלוי ממילא במבחן הכנסה. הסיוע שהסוכנות נותנת לצורך שינויים בדירה ניתן רק אם הוא עולה על 200 ש"ח.

ביסוי

לתושבים הוותיקים ניתנת רוב העזרה בתחום זה במסגרת הביטוח הלאומי, וללא מגבלת תקציב, לפיכך הכיסי רחב. עד כה לא היתה מגבלת תקציב אפקטיבית על העזרה הניתנת מטעם הסוכנות. הקריטריונים בסוכנות ובמוסד לביטוח לאומי מבוססים על הערכת צרכים של הנכה ועל מידת התלות של הנכה בזולת.

שירותים הניתנים בקהילה

כללי

שירותי שיקום הניתנים בקהילה כוללים מרכזי שיקום המיועדים לאנשים בגיל העבודה ומעניקים שירותי אבחון, הכוונה והכשרה קדם-מקצועית; המטרה היא השמתו של הנכה בשוק העבודה החופשי. לנכים קשים קיימים מפעלי שיקום שבהם ניתנת הכשרה אינטנסיבית וממושכת יותר. נכה שאינו מסוגל להשתלב בשוק העבודה החופשי מופנה למסגרת מוגנת (מפעלים מוגנים, כגון המשקם או מועדוני תעסוקה). מרכזים להתפתחות הילד מקבלים ילדים מגיל 0 ומשמישים גן הסתכלות לצורך

אולם מתברר, שחוק זה אינו ידוע לרבים, ואפילו בקרב אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסיות סיכון לא הכל יודעים על קיומו. המפגרים זכאים, בדומה לנכים אחרים, לקצבת הנכות, לקצבה לשירותים מיוחדים ולקצבת ילד נכה. אבל הטיפול במפגרים הוא באחריות אגף מיוחד במשרד העבודה והרווחה וקיימת מערכת של שירותים מיוחדים למפגר. כמו־כן, קיימים ארגונים וולונטריים מיוחדים הפועלים בשטח זה. הזכויות הניתנות במסגרת הסוכנות דומות לאלה של הנכים. בהמשך נתמקד אפוא בשירותי משרד העבודה והרווחה ונעמוד על נקודות השוני בין מעמדם של המפגרים בהשוואה לנכים האחרים.

אופי הזכות, הגורם המממן והגורם המספק המסגרות להשמת מפגרים כוללות מעונות ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים בתנאי פנימייה וכן רשת מעונות משפחתיים, משפחות אומנה, הוסטלים ודוור קהילתי. במקרים מיוחדים, כאשר מדובר במפגר שמצבו קשה במיוחד, משרד העבודה והרווחה נעזר בבתי־חולים לחולים כרוניים. בדומה למוסדות לנכים, הסוכנות מממנת את עלות הסידור המוסדי־לשנה, לכל עולה שטרם מלאו שלוש שנים לעלייתו לארץ, ומשרד העבודה והרווחה משלם זאת לאחר מכן. הסוכנות משלמת לפי התעריף של משרד העבודה והרווחה. הגורם המספק הוא אותו גורם העומד לרשות התושב הוותיק.

רמת השירות, הכיסוי והמחיר המוטל על הצרכן מבחינה עקרונית, המצב הזה לזה של הנכים האחרים אך אפשר שבפועל יש הבדל בנגישות לשירותים. למסגרות אלה קיימת המתנה והתור מוערך ב־900 ממתנינים. נראה, שהעולה הזקוק למסגרת מוסדית יצטרך לחכות בתור, ממש כמו תושב ותיק הזקוק למסגרת למפגרים.

והמוסד המשקם. נכה שהוא תושב ותיק אינו משתתף כלל במימון השירות שהוא מקבל במרכזי השיקום ובמסגרות התעסוקה האחרות. המימון חל על משרד העבודה והרווחה (75% ממחיר העלות) ועל הרשות המקומית (25%). יש השתתפות במסגרות יום לילדים, לפי רמת הכנסה. כנראה שבפועל השתתפות זו נמוכה מאוד בדרך כלל. על העולים חלים אותם קריטריונים החלים על התושב הוותיק.

כיסוי

על השירותים הניתנים במסגרת המוסד לביטוח לאומי אין מגבלת תקציב, אך יש מערכת של זכויות מוגדרות המגבילות את היקף הסיוע. לעומת זאת, במשרד העבודה והרווחה יש הגבלת תקציב. משום כך אפשר שהיקף המימון שיעמוד לרשות העולה יהיה רחב יותר. נוסף על כך, בחלק מן השירותים קיימים תורי המתנה ואלה ישפיעו בוודאי גם על נגישות העולה לשירותים אלה. אולם אין באפשרותנו לערוך השוואה מדויקת בין המסגרות בכל הנוגע למתרחש בפועל. כיוון שהסוכנות פועלת על־פי הגדרות חד־משמעיות פחות של נכות לצורך קבלת עזרה, אפשר שכיסוי האוכלוסייה יהיה רחב יותר. לעומת זאת, אפשר שהעולים סובלים מבעיות מיוחדות המעמידות מכשול בפני כיסוי הצרכים, כגון אופי הטיפול שקיבלו בעבר, קשיי שפה, ואי יכולת או נכונות להתמודד עם קשיים אלה.

שירותים למפגרים במסגרות מוסדיות

כללי

בישראל קיים חוק המחייב כל אדם (בן משפחה, בעל מקצוע וכל אדם אחר) לרווח למשרד העבודה והרווחה על מפגר הידוע לו, על מנת לאפשר לתת למפגר טיפול הולם.

שירותים הניתנים למפגרים**במסגרות קהילתיות**

קיימים מעונות יום למפגרים בעלי רמת פיגור בינונית המיועדים לגילאי 6-17; פעוטונים ומעונות יום טיפוליים לילדים מפגרים עד גיל 6 ולילדים בעלי פיגור קשה בכל הגילים; מע"שים (מפעלי עבודה שיקומיים) העומדים לרשות בני 17 ומעלה, ומועדונים לפעילות בשעות אחר הצהריים.

אופי הזכות, המימון והגורם המספק

העולה זכאי לשירותים קהילתיים אלה לפי אותם קריטריוני קבלה המוגדרים לגבי המפגר הוותיק. הסוכנות מממנת את כל שירותי השיקום, הכוללים הכשרה מקצועית במסגרת מוגנת. הסיוע למפגרים, הכולל שכר לימוד והוצאות נסיעה, יינתן, כמו במקרה של הנכים, לתקופה של 12 חודשים לכל היותר, במשך שלוש שנים מיום העלייה.

רמת השירות

הסוכנות מפנה את העולה המפגר למשרד העבודה והרווחה לקבלת שירותים. אולם, מכיוון שהוא אינו יכול לפנות למדור השיקום של המוסד לביטוח לאומי, אפשר שהוא לא יזכה לכל קשת הפתרונות הפתוחים בפני התושב הוותיק.

המחיר המוטל על הצרכן

המימון חל כולו על הסוכנות ומשולם על-פי חשבונות שמגישים תחנת האבחון והמוסד המשקם. גם לגבי התושב הוותיק, המימון חל על משרד העבודה והרווחה ועל הרשות המקומית. השתתפות ילדים במסגרות יום נקבעת על-פי מבחן הכנסה הניתן גם למשפחות ותיקות וגם לעולים. נראה, שבדרך כלל ההשתתפות הזאת היא נמוכה מאוד.

ביסוי

אפשר שההפרדה בין מקורות המימון לשירותים אלה מעניקה לעולה יתרון באשר לנגישותו של השירות. במספר שירותים קיימים תורי המתנה המשפיעים על רמת הנגישות לעולים ולוותיקים כאחד.

שירותים סוציאליים אחרים

בפרק זה נזכיר שירותים סוציאליים טיפוליים הניתנים על-ידי עובדים סוציאליים לכל קבוצות העולים ולמערכת השירותים החומריים המיוחדים, כגון סידור בקייטנות, ביגוד והנעלה, הסעות לבתי-חולים וכדומה, הניתנים לעולים נזקקים לפי שיקול דעתם של עובדים אלה. חלק מן השירותים הללו ניתנים לאוכלוסיות שכבר הזכרנו אותן בנפרד, כמו קשישים, נכים ומפגרים; וחלק — לאוכלוסיות נוספות. שירותים אלה מסופקים לאוכלוסייה הוותיקה מטעם משרד העבודה והרווחה באמצעות לשכות הרווחה ובאופן משלים באמצעות המחלקות הסוציאליות של אגף השיקום במוסד לביטוח לאומי ושל מערכות הבריאות.

אופי הזכות, המימון והגורם המספק

הסוכנות היהודית מממנת ומפעילה שירותים אלה לעולים במשך שלוש שנים באמצעות האגף לשירותי רווחה במחלקה לקליטת עלייה. העובדים הסוציאליים מטפלים בכל עולה הסובל מבעיות נפשיות, סוציאליות והתנהגותיות. העובדים מפנים את העולה לטיפול במערכת שירותי בריאות הנפש, בהתאם לצורך.

כאמור, נוסף על ייעוץ מוענק לעולים סיוע מיוחד, כגון קייטנות, מעונות יום, ציוד בסיסי, סיוע לביגוד והנעלה, בדיקות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות, הסעות חירום לתולים, הבראה לחולים לאחר ניתוח. סיוע

להפריד בין רמת השירותים ובין כיסוי הצרכים בתחום זה. כל עולה יכול לפנות (באמצעות עובדי הקליטה) ולבקש עזרה, אך ההתעמקות בצרכיו תושפע מגורמים רבים, כולל היחס בין התקינה לצרכים. כפי שנאמר לעיל, יש להניח שעד כה העולים נהנו מכיסוי מלא יותר. גורם נוסף המשפיע על הכיסוי הוא מידת הנטייה של האוכלוסייה לפנות לעזרה. זו מושפעת גם מדפוסי התרבות, מן האקלים הארגוני של השירות וממידת הסטיגמה הקשורה לפנייה. מתקבל הרושם, שהפנייה לעובד סוציאלי באשר של הסוכנות קשורה בפחות סטיגמה. בתחום הסיוע החומרי יש להניח, שעד היום צורכיהם של העולים מכוסים בצורה רחבה.

שירותים מוניציפליים נבחרים

בפרק זה נתייחס באופן כללי לנעשה ברשויות המוניציפליות הקולטות מספר גדול של עולים. כתוצאה מן הקליטה הישירה הרשויות המקומיות רואות את עצמן אחראיות על הטיפול בעולה בכל הנוגע לתחום הקהילתי והן החלו לחפש דרכים לתת מענים על צורכי העולים המגיעים אליהן. כך הפכו הרשויות המקומיות להיות גורם מרכזי בקליטת העולה ביישוב. חלק מן הרשויות נערכות לקליטתם של העולים במספר רחב של תחומים וחלק באופן מצומצם יותר. התחומים כוללים תעסוקה, דיור, חברה, תרבות, חינוך, הדרכה, הפעלת מתנדבים, הפצת מידע ועוד. לצורך זה מוקמת ככל יישוב הקולט עולים ועדת קליטה, שבראשה עומד ראש הרשות או איש בכיר מטעמו. בוועדה זו משתתפים רכז הקליטה ביישוב (עובד הרשות המקומית), נציג משרד הקליטה ביישוב, ראשי מחלקות החינוך והרווחה, נציג החברה המשכנת ונציג שירות התעסוקה. כמו-כן משתתפים בה נציגי התאחדויות העולים וארגוני מתנדבים. אולם, לא כל ועדה פועלת באותה עוצמה

זה ניתן לפי שיקול דעתו של העובד הסוציאלי.

רמת השירות

רמת השירות קשורה להיקף התקנים יחסית לצרכים, לרמת העובדים ולמידת התחלופה של העובדים. לא נערכה בדיקה שיטתית של רמת השירותים בסוכנות לעומת הרמה בלשכות הרווחה, אך ידוע שקיימים הבדלים בתנאי העבודה ובמידת התחלופה לטובת השירותים של הסוכנות. גם מצב התקינה בסוכנות היה נוח יותר. בתחום הסיוע החומרי אין ספק שהאפשרויות למתן מענים על צרכים היו עד עכשיו רבות יותר לגבי העולים מאשר לגבי התושבים הוותיקים. בחלק מן התחומים יש הגבלה על הסכומים שניתן לקבל מן הסוכנות ובאחרים ניתנים הסכומים על-פי שיקול דעתם של העובדים הסוציאליים. לעומת זאת, לשכות הרווחה מעניקות סיוע חומרי על בסיס טבלת זכאות מוגדרת מאוד. מלבד זאת סבלו לשכות הרווחה ממגבלות תקציב חמורות ואלה הגבילו את העזרה הניתנת בפועל.

עם הרחבת היקף העלייה השתנה היחס בין התקנים לצרכים בסוכנות היהודית. יש גם לחץ הרבה יותר כבד על תקציבי הסיוע. לשינויים אלה יהיו השלכות על רמת השירות, לפחות בטווח המידי.

המחיר המוטל על הצרכן

בסוכנות היהודית אין כללים תד-משמעיים לגבי היקף העזרה, ההשתתפות והתנאים שבהם ניתן הסיוע. במשרד העבודה והרווחה השתתפות הנזקק נקבעת על-פי גובה הכנסותיו.

כיסוי

מטבע הדברים אין הגדרה ברורה של כיסוי הצרכים בתחום הייעוץ וההכוונה. קשה גם

השפה ולהשלים את תהליך ההתארגנות מחדש. במרבית התחומים האחרים, התנאים הפורמליים למתן הסיוע לעולה אינם שונים במהותם וברמתם מן הסיוע הניתן לתושב הוותיק.

3. ברוב המקרים קיימת חפיפה בין המסגרת להספקת שירותים לעולה ובין המסגרות המספקות שירותים לתושבים הוותיקים. יחד עם זאת, במספר תחומים חשובים הגורם המספק הוא ייחודי לעולה. בין אלה נכללים סל הקליטה הראשוני, מרכיבים בשירותי הבטחת הכנסה והשירותים הסוציאליים. אשר לשירותים הסוציאליים, אנו נמצאים על סף ביטול ההפרדה, לאחר שהחליטה הסוכנות להעביר את הטיפול הסוציאלי לממשלה. מלבד זאת קיימים שירותים, שבהם ההספקה מתבצעת במשולב באמצעות מסגרת ייחודית ומסגרת משותפת, כגון שירותי מיסוד לעולים מוגבלים.

4. ההבדל העיקרי בין העולים ובין האוכלוסייה הוותיקה מתבטא במקור המימון של רבים מן השירותים. הבדל זה קיים לתקופת זמן מוגבלת, בדרך כלל שלוש שנים ובמקרה חריג אחד – חמש שנים, אבל יש גם מקרים שבהם מתן השירותים מסתיים לאחר שישה חודשים, שנה ושנתיים.

5. הטיפול בצורכי הבריאות והרווחה של העולה ומידת ההיענות להם בהשוואה לתושבים הוותיקים, מושפעים, בסופו של דבר, ממספר תנאים הקובעים את מימוש הזכויות בפועל. החשוב בהם הוא היחס בין המשאבים לצרכים במסגרות הייחודיות והכלליות ובמסגרות המשותפות.

6. כמעט לכל ההבדלים הקיימים, אם בזכויות ואם בגורם ההספקה או בגורם המממן, ניתן למצוא הסבר הגיוני כלשהו; לא קיבלנו את הרושם שהם נקבעו באופן שרירותי, או שהושפעו רק מתהליכים היסטוריים. את עיקר הזכויות הייחודיות ניתן לייחס לצרכים

ובאותה יעילות. לא תמיד יש בידי הוועדות המידע הדרוש למציאת פתרונות, על אחת כמה וכמה כאשר מדובר בבעיות רווחה.

בנוסף לכך, יש רשויות שפרסמו תוכניות היערכות לקליטת עלייה, לדוגמה עיריית נתניה. לפי תוכנית זו, העירייה מעוניינת לפעול בחמישה מישורים: הפעלת מתנדבים ליווי העולה בסידורים הראשוניים; פעילות חברתית ותרבותית לילדים ולמבוגרים; תיווך בין העולה לממסד; התייחסות לאוכלוסיות חריגות; מתן עזרה לילדי עולים במסגרת משחקיות, השאלת ספרים ו"שעות סיפור". במסגרת פעילויות אלה מאורגנות גם משפחות ותיקות אשר יאמצו את משפחת העולה כדי ליצור קשר עם החברה הישראלית ולתת הדרכה בכל שלבי הקליטה. מלבד זאת, במוסדות המטפלים ישירות בעולים משולבים מתנדבים המשמשים מתורגמנים.

ד. סיכום הממצאים העיקריים

1. קיימת מערכת מוגדרת של זכויות ושל כללים לחלוקת תפקידים בנוגע למימון שירותי הרווחה והבריאות לעולים ולהספקתם. הזכויות הן אוניברסליות בחלקן, בעוד אחרות מותנות במכתני הכנסה. לגבי חלקן, המימון מובטח מראש בהתאם לגודל הצורך, ואילו לגבי אחרות, מימוש הזכויות מותנה במגבלות תקציב, לפחות ברמה העקרונית, אם גם לא תמיד בפועל.

2. אין הבדלים גדולים בין זכויות העולים לאלה של התושבים הוותיקים, פרט לסיוע שהעולה מקבל בששת החודשים הראשונים שלאחר עלייתו ארצה. סיוע זה מאפשר לו תקופה של קיום ברמה מינימלית ללא צורך לצאת לעבודה, כדי להקל על המעבר לשוק העבודה, ולאפשר לו ללמוד את

8. עמדנו גם על השינויים שהתרחשו בפועל בזכויות במהלך השנה האחרונה. עד כה השינויים בתנאים הפורמליים התרכזו בשירותים לעולים; טרם התבצעו שינויים בזכויות הוותיקים. אבל, בגורמים המשפיעים על מימוש הזכויות בפועל, כמו היחס בין תקצוב לכוח-אדם, חלים שינויים. עם הגברת היקף העלייה נוצר לחץ על מסגרות המימון הייחודיות ועל כוח-האדם הייחודי המשרת את העולים והדבר מתחיל לשנות את תנאי הנגישות של השירותים השונים. ואמנם, החלטת הסוכנות להעביר לממשלה את הטיפול הסוציאלי, אשר תתחיל להתבצע עם פרסום דו"ח זה, תהווה תגובה ללחץ זה. עדיין לא מורגש לחץ של ממש על השירותים לכלל האוכלוסייה, אך ברוב השירותים אפשר שאנו נמצאים על סף שינוי, כאשר עולים במספרים גדולים יתחילו להגיע לטיפול במסגרות הכלליות וכאשר יתרחב הדיון על הקיצוצים התקציביים הדרושים לקליטת העלייה. בפועל, במסגרת הצעות הממשלה, עומדים על הפרק מספר קיצוצים בזכויות; הקיצוץ הרציני ביותר הוא בקצבאות הניתנות עבור הילד השני.

9. הלחץ שייווצר על מערכות השירותים המשרתות את האוכלוסייה הכללית משתנה מתחום לתחום בהתאם לשני גורמים: (א) ההשלכות הדיפרנציאליות של העלייה על היקף הצרכים; (ב) הסדרי המימון הייחודיים המתקיימים בכל תחום. בעיות המימון יושפעו גם מקצב ההשתלבות של העולים בשוק העבודה. עובדה זו מקשה להעריך את ההשלכות שיהיו בפועל. ההיענות לצורכי העולה וצורכי התושבים הוותיקים כאחד תלויה, במידה רבה, ברמת התקצוב של מסגרות המימון הכלליות. יש שירותים, שהמימון שלהם גדל בצורה אוטומטית עם השתלבותו של העולה בשוק העבודה; כאלה הם שירותי הבריאות וחלק משירותי הבטחת

המיוחדים של העולים, הנובעים מעצם תהליך הקליטה. ההבדלים בגורם ההספקה קיימים בעיקר בתחומים שבהם שלטת הדעה שדרושה התמחות בטיפול בעולים או שקיים רצון ליצור תנאי נגישות שונים לעולים. הדבר מתקיים על רקע הגבלות תקציב ובעיות של היקף כוח-אדם ואיכותו, המאפיינים חלק מן השירותים הניתנים לתושבים הוותיקים. כלומר, גם אם רמת הזכויות דומה, כיסוי הצרכים בפועל שונה בתחומים השונים.

יש להדגיש, שלאחר תקופת ההתייחסות המיוחדת העולה עובר לטיפול במסגרות המשרתות את האוכלוסייה הוותיקה. כאשר דבר זה קורה, הסיוע הניתן לעולים מושפע מן ההתייחסות לפונים עולים לעזמת פונים אחרים, הנתונה, בחלק מן המסגרות, לשיקול דעתם של העובדים. ההפרדה בין מסגרות המימון יכולה לנבוע לא רק משיקולים של טובת העולים, אלא לעתים דווקא משיקולים של טובת הוותיקים. קיומן של מסגרות נפרדות למימון חלק מן השירותים לעולים מכוון למנוע מעמסה על התקציבים לתושבים הוותיקים ולמנוע פגיעה ביכולתם לענות על הצרכים שלהם בשל צורכי העולים, לפחות לתקופת המימון המיוחד.

7. המימון הנפרד אינו פותר תמיד את בעיית הנגישות של העולה. לגבי שירותים רבים, מימוש הזכויות תלוי בזמינות הפתרונות הפיזיים. בדרך כלל ההמתנה לפתרונות אלה משותפת לעולים ולתושבים ותיקים. כמו-כן, לגבי שירותים אשר ההזדקקות להם היא ממושכת, כמו טיפול בחולים כרוניים, קבלת הסיוע המיוחד לעולה מותנית בנכונות הגורמים המטפלים באוכלוסייה הכללית להתחייב להמשך המימון. ההתייחסות בפועל לצורכי העולה תלויה, במקרים אלה, לא בהסדרים פורמליים, אלא בהחלטות של אנשי המקצוע בשדה לגבי כל מקרה ומקרה לגופו.

הגברת היקף העלייה, מתרחשים שינויים חשובים דווקא בתנאים אלה. לשם כך חשוב לפתח מערך מחקר שיבדוק את ההיענות לצרכים בפועל ואת תהליכי הקצבת המשאבים לאוכלוסיות ברמת השדה.

כפי שצינו, עם פרסום המאמר מתרחשים שינויים מרחיקי לכת במערך הטיפול בעולים. ההחלטה שקיבלו הסוכנות היהודית והממשלה להעביר למשרדי הממשלה את הטיפול הסוציאלי בעולים תשנה את מסגרת מימון השירותים והספקתם. אפשר שהיא תשנה גם חלק מזכויות העולים. גם אם לא יחול שינוי בתנאים הפורמליים, אין ספק שיחול שינוי בנגישות לשירותים השונים. כמורכב מתקיים דיון רציני באפשרות להמיר את סל הקליטה ממענק להלוואה, עובדה העשויה להשפיע על ניצול השירותים בידי העולים.

יש לראות אפוא בתיאור ובניתוח שהוצגו כאן תצפית ביניים של מערך היערכות הנמצא בתהליך של שינוי והתאמה לעלייה בהיקף שלא ידענו כמוהו מאז שנות החמישים.

ההכנסה. לעומת זאת, בשירותים אחרים אין גידול אוטומטי ודרושות החלטות ברמה של התקציב הכללי כדי להרחיב את המימון. עדיין לא ברור באיזו מידה יעודכנו התקציבים הכלליים על-פי השלכות העלייה ויש להיזהר מחוסר איזון בין השירותים או מהתפתחויות מקריות ובלתי מתוכננות כתוצאה מתהליכי המימון השונים.

10. עם הגברת היקף העלייה יש צורך לבחון במשולב את היקף הביסוי ואת רמת הזכאויות של העולים ושל הוותיקים כאחד. במידה שיוחלט על שינויים בהיקף ההיענות לצרכים, יש לבחון את האסטרטגיות המתאימות ביותר; לבחון את היתרונות והחסרונות של השינויים בזכויות הפורמליות לעומת השינויים בתנאי התקציב הקובעים את מימוש הזכויות בפועל; לבחון את היתרונות והחסרונות של השינויים בהיבטים השונים של הזכויות שניתחנו בדו"ח זה: רמה, כיסוי והשתתפות הצרכן.

11. בסופו של דבר, מידת ההיענות לצרכים של העולים ושל הוותיקים תלויה בגורמים המשפיעים בפועל על מילוי הזכויות. עם

ביבליוגרפיה

- אשל, דו"ח: הצעת תוכנית לקליטת עולים זקנים מברה"מ, ירושלים, 1990.
בלס, ג', "עולים זקנים מברה"מ - נתונים ותחזיות", טיוטה סופית, 1990.
בנדל, י', פלטי, ח', וינטר, ש', אור, נוי, א', סקר שכירות של מוגבלויות בקרב ילדים בגיל שבע - מדגם ארצי, ג'וינט ישראל - סדרת מונוגרפים מס' 3, ירושלים, 1989.
בנק ישראל, המדיניות הכלכלית בתקופת עלייה, מחלקת המחקר, ירושלים, 1990.
ברגמן, ש', סקטור, ח', קפלן, א', מפקד מוסדות לטיפול ממושך בישראל 1983: היקף אוכלוסייה, רמה תסקודית ומימון, פרסום מיוחד: מ'26-86, מכון ברוקדייל, ירושלים, 1986.
דמיאן, ג', מסלול הקליטה הישירה והנקלטים בו, האגף לתכנון ולמחקר, המשרד לקליטת עלייה, ירושלים, 1989.
דמיאן, ג', רוזנבאום-תמרי, י', מעקב אחר הנקלטים במסלול הקליטה הישירה - שלב א'. המשרד לקליטת עלייה, ירושלים, 1990.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עולי ברה"מ 1983 - 1970, סידרת פרסומים מיוחדים מס' 846, ירושלים, 1989.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, העלייה לישראל 1988, סידרת פרסומים מיוחדים מס' 858, ירושלים, 1989.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר שימוש בשירותי בריאות 1981, סידרת פרסומים מיוחדים מס' 717, ירושלים, תשמ"ג.

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזית האוכלוסייה בישראל עד 2010, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 828, ירושלים, תשמ"ט.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית 1985 – ב. מאפיינים נבחרים של בני 60 ומעלה, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 840, ירושלים, תשמ"ט.
- הסוכנות היהודית לארץ ישראל, הצעת תקציב 1991 – 1990, ירושלים, 1990.
- הצעת תקציב לשנת הכספים 1990, עיקרי התקציב. משרד העבודה והרווחה, המשרד לקליטת עלייה, משרד הבריאות ומשרד השיכון. ירושלים, 1990.
- חביב, ג' ואחרים, הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה והקשישים הממתינים למיסוד, דפי דיון: ד"ר 133-86, ג'וינט ישראל-מכון ברוקרייל, ירושלים, 1986.
- ינאי, א', ממצאי סקר נתונים שנתי במרכזים קהילתיים 1987 – 1976, חברת המתנ"סים, ירושלים, 1988.
- משרד האוצר, תכנית לקליטת עלייה, אגף התקציבים, ירושלים, 1990.
- משרד החינוך והתרבות, תכנית היערכות לקליטת העלייה – ינואר 1990, ירושלים, 1990.
- משרד הקליטה, דו"חות חודשיים על היקף העלייה: היקף העלייה ב-1989 ועד מאי 1990, ירושלים.
- עופר, ג', וינוקור, א', בר-חיים, י', קליטה ותרומה כלכלית של עולי ברה"מ בישראל, המכון לחקר כלכלי בישראל ע"ש מוריס פאלק, ירושלים, 1980.
- עיריית נתניה, קליטת עלייה בעיר נתניה – 1990. תכנית אב. נתניה.
- Altshuler, M., "Soviet Jewry Since the Second World War". *Population and Social Structure*, Greenwood Press, 1987.
- The Center for Social Policy Studies in Israel, *The Jewish Agency Department of Immigration and Absorption. Options for Change*, Jerusalem, 1987.

נכי תאונות עבודה: מיקוד שליטה, עמדות כלפי עבודה ושיתוף פעולה עם עובד השיקום

מאת ד"ר אריק רימרמן וורדה בלוס*

מבוא

יצרני ותורם. בהקשר זה עולות שתי שאלות מרכזיות בתחום השיקום המקצועי של נכים: מי הם הנכים הזוכים להשתלב בחיי עבודה? וכיצד ניתן לזהות את הנזקקים והמתאימים לקבלת שירות של שיקום מקצועי? (בן-צבי, 1986).

בבסיסה של ההגות השיקומית עומדת הנחה שהתמודדות האדם עם נכותו היא פסיכוסוציאלית בעיקרה בכך שהיא משקפת את ניסיונותיו לתקשר עם סביבתו החברתית (Trieschmann, 1984). הנחת יסוד נוספת היא, שהאדם הנכה מבטא בתהליך התמודדותו עם המציאות המשתנה את אישיותו. בדרך דומה, משמעו של השיקום התעסוקתי הוא, שהבעת שביעות-רצון מתהליך ההסתגלות התעסוקתית היא אות להסתגלות פסיכוסוציאלית נאותה (רימרמן, 1986).

בתהליך ההסתגלות הפסיכוסוציאלית של אדם נכה לעולם העבודה בולטים שני מושגים: מיקוד שליטה (Locus of Control) ו"אישיות תעסוקתית" (Work Personality).

בשנה האחרונה נפגעו בישראל בערך 60,000 איש בתאונות עבודה. כעשרה אחוז מתוכם נותרו נכים (6,000 בערך). מחצית מהם הוכרו כנכים זמניים ומחצית – כנכים צמיתים. אלפיים איש הוכרו כבעלי נכות של פחות מ-19% ו-600 עד 1,000 בערך – כבעלי נכות של יותר מ-20%. רק חלק מהם פנו למחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי.

אין ספק, שתאונת עבודה פוגעת הן במקום העבודה והן בחברה כולה, אך בראש וראשונה היא פוגעת בנפגע עצמו. שיקומו המקצועי הנאות של אדם שאיבד את כושרו לעבוד עקב או תוך-כדי עבודתו הוא מרכיב חשוב בתהליך השיקום הכולל. לשילובו של אדם בעבודה יש השפעה רבה על עצמאותו ועל מעמדו במשפחה ובחברה. גם החברה יוצאת נשכרת אפוא משיקומו, שכן במקום אדם תלוי ונתמך היא מקבלת אדם

* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בראון, רמת-גן. המאמר מבוסס על מחקר שמומן בידי מחלקת המחקר של המוסד לביטוח לאומי בירושלים.

1. הנתונים נתקבלו מגב' ר' פריאור מן המוסד לביטוח לאומי.

מיקוד שליטה ו"אישיות תעסוקתית": סקירה

מיקוד שליטה, הוא מושג המתבסס על תיאוריית הלמידה החברתית של רוטר (Rotter, 1954), העוסקת ביחסי הגומלין הקיימים בין האדם לסביבתו. תיאוריה זו שמה דגש בהתנהגותו האינסטרומנטלית של היחיד על מנת להשיג סיפוק או להימנע מתסכול. באופן ספציפי, מיקוד שליטה עניינו האמונה שיש ליחיד לגבי מידת יכולתו לשלוט במאורעות חיו או למידה שהיחיד תופס את עצמו כנתון לשליטה של כוחות חיצוניים לו (Rotter, 1966). מיקוד שליטה הוא אפוא ציפייה מוכללת שיש ליחידים באשר למידה (מועטה/רבה) שהם ממלאים תפקיד סיבתי במאורעות חייהם. בעלי מיקוד שליטה פנימי סבורים, שתוצאה נתונה (הצלחה או כישלון) תלויה בהתנהגותם, במיומנותם או במשאביהם האישיים. מאידך גיסא, בעלי מיקוד שליטה חיצוני נוטים להאמין, שהשליטה במאורעות החיים תלויה בשינויים או בכוחות שהם מעבר ליכולתם ולהתנהגותם האישית.

למיקוד שליטה פנימי וחיצוני של אדם נכה יש נגיעה לתהליך השיקום ולמידת ההסתגלות לעבודה (Pinkard & Gross, 1984). נכים בעלי מיקוד שליטה פנימי סווגו כבעלי מידת הסתגלות גבוהה יותר מזולתם, בעלי מיקוד השליטה החיצוני (Tseng, 1970). הם גילו מידה מועטה של נטייה להתגוננות באשר למוגבלותם (Lefcourt, 1976) ונטו פחות לדיכאונות (Dinardo, 1972). היטיב לתאר זאת לפקור (Lefcourt, 1976) באומרו: "...גיתן להסיק, שלתפיסה של מיקוד שליטה יש השפעות מעמיקות על האופי שבו האורגניזמים מתמודדים עם העולם" (עמ' 144).

מיקוד השליטה הפנימי של אדם מסייע לו לבצע מטלות או תפקיד בעבודה. בעלי אוריינטציה "פנימית" גילו מוראל גבוה יותר מזולתם ה"חיצוניים" והביעו לפיכך מידה גבוהה יותר של שביעות-רצון מעבודתם (Majumder, Macdonald & Greever, 1977). בהקשר הנדון הצביעו היועצים לתעסוקה פינקארד וגרוס (Pinkard & Gross, 1984) על כך, שמיקוד שליטה אינו רק מנבא של התקדמות בתהליך השיקום, אלא הוא נוטה גם לנוע לקוטב הפנימי יחד עם התמורות החיוביות המתרחשות בתהליך השיקום. על-פי אותו רציונאל ניתן לשער, שנסיגה בתהליך השיקום מביאה עמה נטייה לנוע לעבר מיקוד שליטה חיצוני יותר.

"אישיות תעסוקתית" (באנגלית Work Personality) הוא מונח שטבע נף (Neff, 1977), כדי להדגיש, שנטייתו של האדם לעבוד ולהפיק שביעות-רצון מיגיע כפיו קשורה בפן התעסוקה של אישיותו. נף סבר, שאישיותו של העובד מתעצבת בעיקר בתקופת החביון ונעשית דיפרנציאלית תוך-כדי תהליך התבגרותו. "אישיות תעסוקתית" עשויה להיות חיובית אם היא מאופיינת בשבעה מרכיבים:

1. ליחיד יש הנעה (מוטיבציה);
2. ליחיד יש מידת מה של קונפורמיות לכללי התנהגות הנהוגים בחברה;
3. ליחיד יש יכולת לעמוד בדרישות של כמות ואיכות, ייצור ויעילות;
4. היחיד ממלא אחר מוסכמות המצופות ממנו בעיסוקו;
5. היחיד מסוגל להתייחס לעמיתים לעבודה על-פי דפוסי התנהגות של ציות, רעות וסמכות;
6. היחיד מסוגל להתאים את עצמו מבחינה רגשית ושכלית למצבים שונים הנדרשים ממנו בעבודתו;

עבודה או מחלת מקצוע תהיה השפעה כלשהי על אישיותו התעסוקתית של האדם ועל משמעותה של העבודה עבורו. "אישיות תעסוקתית" של אדם נמדדת באמצעות עמדתו המוכללת כלפי עבודה (Work Attitude Scale, או WAS). מודל הבדיקה (ראה סכמה מס' 1) מורכב משלושה טורים: (א) תפיסת העבודה במונחים של תגמול (שביעות-רצון), כלומר עד כמה העבודה מתגמלת את היחיד; (ב) מניעי העבודה: האם הם מספקים חמישה צרכים עיקריים: חומרי, פעילות, הערכה עצמית, הערכה בעיני אחרים ויצירתי; (ג) מוקד העבודה, שמשמעו כיצד היחיד מתגמל את צרכיו, דרך עצמו או באמצעות התייחסות לאחרים שיש להם חשיבות לגביו. מודל

7. ליחיד חייבת להיות מידת מה של שליטה בביצוע מיומנויות. ניתן לסכם ולומר, שלבני אדם שונים יש כשרים, מיומנויות ודרכים דיפרנציאליות להבין, להסתגל ולמלא אחר דרישות העבודה. לפיכך, אנשים שונים מבטאים את אישיותם הייחודית בעולם העבודה. לדעת נף ניתן לשקם "אישיות תעסוקתית" חבולה בדרך של התערבות הממוקדת בקשר הגומלין שבין מאפייני היחיד העובד (כישורים, מיומנויות, הרגלים, עמדות ואמונות) ובין המערכת הכוללת של המאפיינים החברתיים של מצבי העבודה והסביבה החברתית. נכות עלולה לפגוע בהתפתחות האישיות התעסוקתית של האדם או לעכב אותה. ניתן אף לשער, שלנכות הנגרמת בשל תאונת

סכמה מס' 1. מודל בדיקה של עמדות כלפי עבודה

| תגמול | מוקד | מניעים |
|-------------|-------|--|
| שבע-רצון | עצמי | חומרי של פעילות הערכת עצמו הערכה בידי אחרים יצירתי |
| | אחרים | חומרי של פעילות הערכת עצמו הערכה בידי אחרים יצירתי |
| לא שבע-רצון | עצמי | חומרי של פעילות הערכת עצמו הערכה בידי אחרים יצירתי |
| | אחרים | חומרי של פעילות הערכת עצמו הערכה בידי אחרים יצירתי |

עם המשבר ואינם מעוניינים לשתף אחרים בבעייתם. הקושי השני נובע מן העובדה, שחלק מן הנכים נמצאים בתהליך של מיצוי זכויות והם חוששים למסור מידע כלשהו על מצבם. הקושי השלישי נובע מן העובדה, שמערכות השיקום והמעבידים מנועים מלמסור רשימה שמית על הנכים. בהתחשב בקשיים אלה נדגמו 200 נכים ששהו בין החודשים ספטמבר – נובמבר 1988 במערכות האלה: 80 מהם נדגמו באופן אקראי במפעלי חברת העובדים; 40 נדגמו מתוך כלל האוכלוסייה ששהתה באותה עת במרכזי שיקום; 80 נכים נוספים נלקחו מתוך רשימת נכי תאונות עבודה שעמדו בקשר עם מחלקת השיקום במוסד לביטוח לאומי.

הגישה לאוכלוסייה הנבדקת היתה תלת-שלבית. עובדי המערכות הללו הציעו לנכי תאונות העבודה להשתתף במחקר. אחר שנתקבלה הסכמת הנכה להשתתף נשלח אליו שאלון והוא נתבקש למלאו. השאלונים שנאספו הועברו לעיבוד נתונים. במקרים שבהם לא הוחזר השאלון תוך שבועיים נשלחה לנכה בקשה להחזיר את השאלון בהקדם. כדי להבטיח את ייצוגיות המדגם הושוותה אוכלוסיית המדגם עם הנתונים העדכניים של ענף תאונות עבודה במוסד לביטוח לאומי בכל הקשור למשתנים של מין, גיל והשכלה.

אוכלוסיית המדגם (ראה לוח 1) כללה גברים, באמצע העשור השלישי לחייהם, נשואים, בעלי השכלה תיכונית ובעלי מקצוע. לפני הפגיעה עסקו בערך 3/4 מהם במקצועם. ממוצע אחוזי הנכות היה בסביבות 50% ולפי אופי הפגיעה למעלה מן המחצית נפגעו פגיעה פיזית, למעלה מ-1/3 דיווחו על נכות מנטאלית והיתר סבלו מפגיעות מורכבות. בעת ביצוע המחקר היתה ל-2/5 בערך נכות צמיתה.

זה מאפשר לתת מענה כולל לשאלות כגון: האם היחיד מעדיף לעבוד או לא לעבוד? אילו צרכים מניעים אותו לעבוד או לא לעבוד? האם השגת תגמול או חוסר תגמול בעבודה קשורים לעצמו או לאחרים שיש להם נגיעה אליו?

מאחר ששני המשתנים המרכזיים שיצוינו להלן מתבססים על דיווח של הנכה עצמו, הוחלט לתקף אותם באמצעות מדד הערכה נוסף של עובד השיקום לגבי מידת שיתוף הפעולה של המשתקם בתהליך השיקום. בהתבסס על הסקירה, הוצגו שלוש השערות המבוססות על קשרים בין משתנים אלה:

— נכי תאונות עבודה בעלי מיקוד שליטה פנימי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי העבודה מזולתם בעלי מיקוד שליטה חיצוני; — נכי תאונות עבודה בעלי מיקוד שליטה פנימי יוערכו בידי עובד השיקום כמגלים מידה רבה יותר של שיתוף פעולה בתהליך השיקום מאשר זולתם בעלי מיקוד השליטה החיצוני;

— נכי תאונות עבודה בעלי עמדות חיוביות כלפי עבודה יוערכו בידי עובד השיקום כבעלי מידה רבה יותר של שיתוף פעולה בתהליך השיקום מאשר זולתם שהם בעלי עמדות שליליות כלפי עבודה.

שיטת המחקר

מדגם ודגימה

קיים קושי רב לדגום אוכלוסייה של נכי תאונות עבודה. הקושי הראשון נובע מן העובדה, שרבים מנכי תאונות העבודה נמצאים בתהליך של התמודדות אישית

לוח 1. איפיונים דמוגרפיים ותעסוקתיים של נכי תאונות עבודה
(N = 200)

| משתנה | מדד | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| מין | גברים | 164 | (82%) |
| | נשים | 36 | (18%) |
| גיל | ממוצע 34.6 שנה | סטיית תקן 9.3 שנה | |
| | מעמד אישי | נשוי(אה) | 124 (62%) |
| | | גרוש(ה) | 24 (12%) |
| השכלה | ממוצע 11.4 שנים | סטיית תקן 3.1 שנים | |
| | השכלה מקצועית | קיימת | 163 (81.5%) |
| | | לא קיימת | 37 (18.5%) |
| עבודה במקצוע לפני הפגיעה | כן | 155 | (77.5%) |
| | לא | 45 | (22.5%) |
| אופי הנכות | פיזי | 117 | (58.5%) |
| | מנטאלי | 71 | (35.5%) |
| | שילוב | 12 | (6.0%) |
| אחוז הנכות | ממוצע | 49% | סטיית תקן 30.5% |

בחלק ב' נכללו 29 צמדי משפטים: 6 צמדים, שנועדו לערפל את כוונת השאלות, הושמטו בעת עיבוד הנתונים. הנבדק התבקש לבחור מכל צמד שאלות את החלופה הקרובה ביותר לאמונתו או לעמדתו. קביעת הציון נעשתה על-פי סך-כל התשובות. ככל שהציון גבוה יותר, כך היחיד מסווג כבעל מיקוד שליטה גבוה יותר ברצף. לדברי רוטר, המבחן הוא בעל אופי מצטבר והוא מקיף טווח של מצבים. מידת הלכידות הפנימית נעה בין 0.56 ל-0.79. מהימנות המבחן נבדקה בעזרת שלושה מדגמים בשיטת המבחן החוזר ונעה בין 0.55 ל-0.79 (Rotter, 1966). פסיכומטריקה דומה נמצאה בגירסה העברית.

חלק ג' כלל את הכלי לבדיקת עמדה מוכללת כלפי עבודה שפיתח נף במסגרת ניסיונו להעריך מהי "האישיות התעסוקתית" של המשתקם. כבר בעבודה הראשונה שביצע בשנת 1963 שיער נף, שאצל אנשים שונים קיים מבנה כוללני של עמדה המהווה מחסום

כלי המחקר

כלי המחקר היה שאלון שכלל ארבעה חלקים: (א) פרטים אישיים ושאלות רקע; (ב) שאלון רוטר למיקוד שליטה (Rotter, 1966); (ג) שאלון עמדות כלפי עבודה (Work Attitudes Scale); (ד) שאלון הערכה על שיתוף הפעולה עם המשתקם. שלושת החלקים הראשונים מולאו בידי הנכים עצמם; את החלק הרביעי מילא עובד השיקום (במידה שהיה עמו קשר).

בחלק א' של השאלון נשאלו פרטים על מין הנשאל, גילו, מצבו המשפחתי, מוצאו, השכלתו, מקצועו ועיסוקו לפני הפגיעה, אופי הפגיעה, אחוז הנכות שנקבע וסוג הנכות שנקבעה — זמנית או צמיתתה. כמורכב נכללו בחלק זה שאלות על מידת שביעות-הרצון של הנשאל מן המטרות, התהליך והתוצאות הצפויות של השיקום וגם באיזו מידה לדעתו היה המעביד שבע-רצון מתפקודו לפני הפגיעה.

ההשערה אושרה גם בניחות שונות חד-כיווני (F=17.67, DF=1, P<.000). בניחות שונות עם Covariates נמצא, שבעוד שMIKOD שליטה מנבא 18.1% מן השונות המוסברת של עמדות כלפי עבודה, בעזרת תוספת של המשתנים המתווכים (Covariates) האלה: היותו של העובד בעל הכשרה מקצועית, הערכה חיובית של האדם הנכה את תוצאות השיקום הצפויות והערכת המעביד את עבודתו לפני הפגיעה – ניתן להגיע לשונות מוסברת של 34.4% אצל עובדים מקצועיים נכים שהעריכו את תוצאות השיקום הצפויות כגבוהות (F=4.68, DF=1, P<.033) ואצל אלה שהוערכו, לדעת הנכים, כגבוה בידי מעבידם לפני הפגיעה (F=5.29, DF=1, P<.002). ניתוח דיסקרימינטיבי שנערך לגבי מעמדם של חמשת הצרכים (חומרי, פעילות, הערכת עצמו, הערכה בידי אחרים ויצירתיות) כלפי MIKOD שליטה אישר, שנכים בעלי MIKOD שליטה פנימי הפיקו סיפוק רב מאוד בצרכים אלה לעומת נכים בעלי MIKOD שליטה חיצונית. ההשערה השנייה בדבר הקשר בין MIKOD שליטה של המשתקם להערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה שלו בתהליך השיקום לא אושרה. כלומר, עובדים בעלי MIKOD שליטה פנימי או חיצוני לא הוערכו בידי עובדי השיקום כבעלי מידה גבוהה או נמוכה של שיתוף פעולה בתהליך השיקום. ההשערה השלישית, שביקשה למצוא קשר בין הערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה בתהליך השיקום לממדי העמדה המוכללת כלפי עבודה, קרי "אישיות תעסוקתית", אושרה באמצעות ניתוח שונות רב-כיווני. נמצא קשר מובהק בין מידת שביעות הרצון הכללית של המשתקם מעבודה ובין הערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה בתהליך השיקום

פסיכולוגי לביצוע הולם של תפקיד העובד. כלי המחקר הנוכחי, שתואר לעיל, כולל כאמור שלושה טורים: תגמול (שביעות-רצון, אי שביעות-רצון), צרכים (חומרי, פעילות, הערכת עצמו, הערכה בעיני אחרים; יצירתיות) ומוקד (על עצמו, על אחרים). למעשה ניתן לקבל מספר גדול של הרכבים. כל שאלה מבטאת את שלושת הטורים האלה. הכלי מכיל אפוא 60 שאלות (20×3). בגירסתו הראשונית היה הכלי מסוג Q-Sort ובשלב השני עדכן נף את מבנהו ל"סולם ליקרט" (Likert Scale).

ניתן לחשב עמדה כוללת כלפי עבודה מסכום של 30 השאלות המכילות פריטים של שביעות-רצון ומ-30 השאלות על אי שביעות-רצון. באמצעות הפחתת מדד אי שביעות-הרצון משביעות-הרצון מתקבל מדד שביעות-רצון כללי. הכלי תורגם לעברית ותוקף בידינו בשנת 1985 על מדגם של 96 סטודנטים לעבודה סוציאלית. בבדיקת הכלי (Test-Retest) בפרק זמן של שבועיים נמצאו מתאמי פירסון גבוהים לשלושת הטורים: 0.89 לתגמול, 0.91 לצרכים, ו-0.95 למוקד.

חלק ד' מדד את מידת שיתוף הפעולה של המשתקם בתהליך השיקומי. זו נמדדה על-פי סולם ליקרט. עובד השיקום נתבקש לדרג את מידת שיתוף הפעולה מנמוכה מאוד (שצוינה במספר 1) עד גבוהה מאוד (שצוינה במספר 5).

תוצאות

ההשערה המרכזית היתה, שנכי תאונות עבודה בעלי MIKOD שליטה פנימי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי עבודה מזולתם בעלי MIKOD השליטה החיצונית. ההשערה נבדקה באמצעות מקדם מתאם פירסון ונמצא קשר חיובי (R=.517, P<.001).

עשוי להקנות לעובד השיקום דרך להעריך את הפוטנציאל הגלוי והסמוי של אותו אדם. בספרות העוסקת בשיקום יש הערכה למושג זה, שכן הוא מבטא את היכולת של האדם לשלוט במאורעות חייו (Life Events). במחקרים אחדים בשיקום נמצא, שמיקוד שליטה פנימי אצל המשתקם קשור לתפיסת עצמו חיובית (Dinardo, 1972), להפחתה של התנהגות מתגוננת (Lefcourt, 1976). להנעה להתקדם בתהליך השיקום (Feldis, 1977) וליתר אינטגרציה חברתית ופעילות (Lefcourt et al., 1985). מחקר זה מתווסף למחקרים קודמים על הקשר החיובי בין מיקוד השליטה הפנימי לפוטנציאל השיקום. אנשי הגות ומחקר חלוקים בשאלה האם מיקוד שליטה הוא תכונה קבועה באישיותו של האדם הבוגר או שמיקוד שליטה ניתן לשינוי (בכיוון פנימי או חיצוני) בעקבות חשיפה לאירועי חיים אצל האדם הבוגר (Smith, 1970; Cromwell, 1961). אנשי שיקום רבים נוטים לקבל את הגירסה השנייה, שבמצב של משבר נכות מיקוד השליטה של הנכה נע לקוטב החיצוני. לעומת זאת, במצב של התקדמות בתהליך השיקום, מיקוד השליטה עשוי לנוע לקוטב הפנימי (Pinkard & Gross, 1984). תנועה לכיוון הקוטב הפנימי מתבטאת בעמדה חיובית מוכללת או בתמורה ב"אישיות התעסוקתית" של היחיד. משמעה הוא, שקיימת הנעה ויכולת לעמוד בסטנדרטים כמותיים ואיכותיים של עבודה (Neff, 1977).

גם בניתוח ספציפי של הקשר בין מיקוד שליטה של אדם ומרכיבי העמדה החיובית כלפי עבודה נמצא אישור לתיזה הראשונית. רמת הניבוי של מיקוד שליטה את מדד שביעות-הרצון הכללית של האדם הנכה עולה אצל אלה שהגדירו את עצמם כבעלי ציפיות חיוביות מתוצאות השיקום הצפויות, כבעלי הכשרה מקצועית וביטאו

($F=7.02$, $DF=1$, $P<.01$), בין מוקד (עצמי – אחרים) ובין הערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה בתהליך השיקום ($F=5.81$, $DF=1$, $P<.019$). לעומת זאת, רק הצורך בהערכה בידי אחרים נמצא בקשר מובהק עם הערכת עובד השיקום את תהליך השיקום ($F=5.10$, $DF=1$, $P<.027$).

כמו-כן נערכה בדיקה של ההלימה בין הערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה בתהליך השיקום והערכה על-פי דיווח עצמי של המשתקם. לגבי כל שלושת משתני ההערכה של המשתקם נמצאו מקדמי מתאם פירסון גבוהים: הערכת יעדי השיקום ($R=51$, $P<.001$), הערכת תהליך השיקום ($F=.564$, $P<.001$) והערכת התוצאות הצפויות ($R=.423$, $P<.01$).

דיון בממצאי המחקר

הממצא העיקרי במחקר הוא, שנמצא קשר בין מיקוד השליטה של אדם שנפגע בעבודה ובין עמדתו הכוללת כלפי עבודה ("אישיותו התעסוקתית"). כלומר, ככל שמיקוד השליטה שלו פנימי יותר כן תהיה מידת שביעות-הרצון שלו מן העבודה ("אישיותו התעסוקתית") חיובית יותר. לממצא זה יש השלכה על ההגות והפרקטיקה השיקומית, שכן אחת השאלות העיקריות בתחום זה היא האם יש ביכולתו של עובד השיקום לזהות מרכיבים הקשורים בהעלאת פוטנציאל השיקום של האדם הנכה (Roessler, 1980). רייט (Wright, 1983) צדקה באומרה, שיותר מכל דבר אחר השיקום מכון לעזור לאדם הנכה לעזור לעצמו, להכיר ולדעת להשתמש במשאבים קיימים פנימיים וחיצוניים. לאור תוצאות המחקר נראה, שזיהוי מיקוד שליטה של אדם נכה

העסיקה אותנו השאלה, האם קיים קשר בין חומרת הפגיעה לעמדתו המוכללת של האדם הנכה כלפי עבודה ("אישיות תעסוקתית")? לא מצאנו כל קשר סטטיסטי מובהק בין חומרת הפגיעה, המתבטאת באחוזי נכות, לאישיותו התעסוקתית של האדם הנכה. יש להניח, שמעבר לחומרת הפגיעה יש חשיבות רבה למידת הפרשנות שהאדם הנפגע נותן לנכותו (ברגל, 1984) ולמשתני האישיות שלו, במיוחד אלה הקשורים בעיסוק לפני הפגיעה (Faimon, Hester, Decelles & Gaddis, 1987).

השלכות על המחקר ועל מעשה השיקום

על-מנת להתחקות אחר הקשר בין מיקוד השליטה ובין העמדות כלפי עבודה שומה על המחקר בעתיד להתמיד במחקרי אורך (Longitudinal). עליו לבדוק האם יש באימוץ גישות שיקום דיפרנציאליות (כגון: גישה פסיכודינמית, התנהגותית, קוגניטיבית או אחרת) כדי להשפיע בצורה דיפרנציאלית על האוריינטציה של מיקוד השליטה ועל עמדתו המוכללת של המשתתף כלפי עבודה. מוצע, שבדיקה כזו תיעשה בפרספקטיבה של מחקר אורך. בנוסף לכך, על מחקר השיקום לבדוק האם יש כשינויים במיקוד השליטה של המשתתף מחיצוני לפנימי כדי להבטיח תמורות בעמדותיו כלפי עבודה תוך-כדי תהליך השתקמותו. כמו-כן יש לבדוק האם תוכניות שיקום דיפרנציאליות המותאמות ל"אישיותו התעסוקתית" של האדם (הפרופיל התעסוקתי שלו) עשויות להביא לעלייה בתפוקות השיקום. בעיקר רלוונטית שאלת המחקר האם התאמה של

מידה של שביעות רצון של מעבידים מהם לפני הפגיעה, אצל אותם אנשים קיימת גם ציפייה חיובית מתוצאות השיקום. כאמור, שלושת ה-Covariates האלה העלו את רמת הניבוי ל-34.4%. זהו מדר גבוה במחקר שיקומי לניבוי של פוטנציאל תעסוקתי. לממצא זה יש מקביל בפרקטיקה השיקומית. מקובל בקרב עובדי שיקום להסתמך בהערכת פוטנציאל השיקום על מידת שביעות-הרצון של המשתתף מעבודתו לפני הפגיעה. אצל אנשים בעלי מיקוד שליטה פנימי קיימת סבירות גבוהה יותר להאמין בעצמם וביכולתם לשלוט על מגבלות הנכות. הם נוטים לגייס את יכולתם החיובית בעבר כדי להתמודד באופן פעיל עם אתגרי ההווה. יש להניח, שמידת האופטימיות של אנשים אלה באשר לתוצאות השיקום (אחד מן ה-Covariates) היתה גבוהה.

אחד הממצאים החשובים במחקר זה היא העובדה, שמיקוד שליטה פנימי מתקשר למוטיבציה או לצרכים שונים לעבודה. במלים אחרות, אנשים בעלי מיקוד שליטה פנימי עשויים למצוא את סיפוקם בעבודה אם היא ממלאת את צורכיהם הדיפרנציאלים החומרים, את צורכיהם בפעילות, בהערכת עצמם, בהערכה בידי אחרים או את צורכיהם היצירתיים. למעשה, זיהוים של שני משתנים אלה מאפשר, לעובד השיקום לזהות פרופילים שונים של אישיות תעסוקתית ולהתאים לאנשים נכים תוכנית שיקום המתגמלת את צרכיו הדיפרנציאליים.

אי מציאת קשר בין מיקוד השליטה של המשתתף להערכת עובד השיקום את מידת שיתוף הפעולה שלו בתהליך השיקום הוא ממצא מתמיה לעובד השיקום. משמעותו היא, שעובד השיקום אינו מעדיף את המשתתף הפנימי והאקטיבי על פני המשתתף החיצוני והפאסיבי.

בנוסף לממצאים העיקריים שסקרנו,

או לכך שיקבל על עצמו אחריות אישית ומחויבות להשקיע בתהליך השיקום.

שנית, מתוצאות המחקר ניתן לגזור מענה חלקי לשאלות היסוד שהציגה בן-צבי (1986): "...מי הם הנכים המצליחים להשתלב בחיי עבודה בכוחות עצמם לעומת אחרים שאינם מצליחים? כיצד לזהות את הנזקקים והמתאימים לשירותי שיקום מקצועיים? ולמי לספק את אותם שירותים?" (עמ' 16). ממצאי המחקר מאשרים, שקיום מיקוד שליטה פנימי אצל משתקם בצירוף פרמטרים נלווים, כגון היותו של האדם הנכה עובד מקצועי, הערכתו את מידת שביעות-הרצון של מעבידו ממנו והיותו אופטימי לגבי תוצאות השיקום מאפשרים ניבוי גבוה יחסית (34.4%) של "אישיותו התעסוקתית". אולי אפשר יהיה להשתמש בפרמטרים אלה ככלי הערכה שיקומיים לקביעת "פרופיל האישיות התעסוקתית" של האדם הנכה הנמצא בשלבים ראשונים של תהליך השיקום בטרם יקבע לו עובד השיקום תוכנית אקטיבית (Bolton, 1979).

השירות לשיקום במוסד לביטוח לאומי הצטיין תמיד בהתייחסות למושג שיקום בהקשר של עבודה. ההנחה הבסיסית של מערכת זו היא, שאנשים נכים הם חלק מן האוכלוסייה הכללית ולכן יש לאפשר לכל אדם להשתתף בחיי העבודה ככל שהוא מסוגל לכך (בן-צבי, 1986). נראה, שמחלקת השיקום, כמערכת דינמית השוקדת על פיתוח כלים ואמצעים חדשים, עשויה להטמיע את התכנים והממצאים של המחקר לשיפור פונקציות ההערכה והידע המקצועי. הכלים שהוצגו במאמר (מיקוד שליטה ועמדה מוכללת כלפי עבודה) תורמים אובייקטיביוזציה של תהליך ההערכה ולאפשרות של בניית פרופילים ואסטרטגיות שיקום דיפרנציאליות לכלל אוכלוסיית הנכים הנמצאים בקשר עם מחלקת השיקום.

תוכנית השיקום למניעים של אישיות היחיד (חומרי, פעילות, הערכת עצמו, הערכה בידי אחרים ויצירתיות) משפרת את תוצאות השיקום. רצוי, שהמחקר בעתיד יתייחס לנקודות נוספות, כגון: אוכלוסיות דיפרנציאליות, במיוחד אלה של נכים פסיכיאטריים ובעלי Dual Diagnosis; ההשפעה שיש למשפחה ולאנשים נחשבים בסביבת העבודה (מעבידים ועמיתים למקצוע) על תמורות החלות בעמדה הכוללת של האדם הנכה כלפי עבודה (כלפי ה"אישיות התעסוקתית" שלו); הקשר בין העמדה המוכללת כלפי עבודה ("האישיות התעסוקתית") וממדי תוצאה אחרים של הסתגלות חברתית והסתגלות לעבודה.

למחקר יש שתי השלכות עיקריות על מעשה השיקום. ראשית, נראה שיש קשר הדוק בין מיקוד השליטה של האדם הנפגע לאימוץ עמדה חיובית מוכללת ("אישיות תעסוקתית") כלפי עבודה. אסטרטגיות שיקום המכוונות להטות את האוריינטציה של היחיד לכיוון של מיקוד שליטה פנימי יותר עשויות להביא להסתגלות טובה יותר של המשתקם בכל אחד משלבי השיקום (Pinkard & Gross, 1984). חיזוק לתפיסה זו בוטאה בדיון מוקדם שערכנו עם הנהלת מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי. לדעת המשתתפים בדיון, "שיקום נאות" תלוי במידה רבה באופטימיות, בבניית עצמי חיובי ובידע. משתגים אלה מתקשרים לדעתנו למיקוד שליטה פנימי. הנטייה של מחלקת השיקום במוסד לביטוח לאומי לערוך סדנאות אוריינטציה למשתקמים עולה בקנה אחד עם הממצא על מיקוד שליטה. הרן, אופיר ונפתלי (1988) מאשרים, שסדנאות האוריינטציה מספקות תמיכה ועידוד על-מנת לפתח בפונה אמונה ביכולתו לנהל את ענייניו. במלים אחרות, סדנאות אלה מכוונות למיקוד השליטה הפנימי של המשתקם,

ביבליוגרפיה

- בן-צבי, ב', "מדיניות שירותי השיקום במוסד לביטוח לאומי כלפי נכים", בתוך: א' דימרמן ואחרים (עורכים), נכוח התפתחותית ופיגור שכלי, צ'ריקובר-גומא, חל-אביב, 1986, עמ' 15-27.
- ברגל, ד', עבודה סוציאלית בעולם העבודה, אקדמון, ירושלים, 1984.
- הרן, ג', אוסיר, ש' ונפתלי, ר', "פיתוח עצמאות, אחריות ושותפות אצל הפונה בתהליך הטיפול", בטחון סוציאלי 31, (1988), עמ' 41-50.
- דימרמן, א'. "ליקוי, נכות ומגבלה: דילמות והבהרות מושגיות", חינוך מיוחד ושיקום 1 (1986), עמ' 25-33.
- Bolton, B., "Rehabilitation Client's Psychological Adjustment: a Six Year Longitudinal Investigation", *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 9 (1980), pp. 133-141.
- Bolton, B., *Rehabilitation Counseling Research*, University Park Press, Baltimore, 1979.
- Cromwell, R.C., "Stress, Personality and Nursing Care in Myocardial Infraction: Progress Choice Behavior and Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects", *Journal of Personality*, 29 (1961), pp. 363-379.
- Dinardo, Q.E., "Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury" (Doctoral Dissertation, University of Houston, 1971), *Dissertation Abstracts International*, 32 (1972), 4206B-4207B.
- Faimon, G.R. Hester, E.J., Decelles, P.G. & Gaddis, E.L., "Return to Work Potential: Identification by the Menninger RTW Scale and by Rehabilitation Professionals", *Journal of Job Placement*, 3 (1987), pp. 21-28.
- Feldis, D., "Perception of Control by Parents of Handicapped Children", *Dissertation Abstracts International*, 4 (1977), A6399.
- Lefcourt, H.M., Rod, A.M., Tard, M.F., Wendy, E. & Saleh, A., "Locus of Control for Affiliation and Behavior in Social Interaction", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1985), pp. 755-759.
- Lefcourt, H.M., *Locus of Control: Current Trends in Theory and Research*, Erlbaum, Hillsdale, NY, 1976.
- Majumder, R.K., MacDonald, A.P. & Greever, K.B., "A Study of Rehabilitation Counselors: Locus of Control and Attitudes Toward the Poor", *Journal of Counseling Psychology*, 24 (1977), pp. 137-141.
- Neff, W.S., *Work and Human Behavior*, Aldine Press, Chicago, 1977.
- Pinkard, C.M. & Gross, P., "Modification of Locus of Control Among Rehabilitation Counseling Graduate Students", *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 27 (1984), pp. 39-45.
- Roessler, R.T., "Factors Affecting Client Achievement of Rehabilitation Goals", *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 11 (1980), pp. 169-172.
- Rotter, J.B., *Social Learning and Clinical Psychology*, Prentice-Hall, New York, 1954.
- Rotter, J.B., "Generalized Expectations for Internal Versus External Control of Reinforcement", *Psychological Monographs*, 80 (1), 1966.
- Smith, R.E., "Changes in Locus of Control as a Function of Life Crisis Resolution", *Journal of Abnormal Psychology*, 75 (1970), pp. 329-332.
- Trieschmann, R., "Vocational Rehabilitation, a Psychological Perspective", *Rehabilitation Literature*, 45 (1984), pp. 345-348.
- Tseng, M.S., "Locus of Control as a Determinant of Job Proficiency, Employability and Training Satisfaction of Vocational Rehabilitation Clients", *Journal of Counseling Psychology*, 17 (1970), pp. 487-491.
- Wright, B.A., *Physical Disability: a Psychosocial Approach*, Harper & Row, New York, 1983.

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עו"ד

תיקון לחוק פיצויי פיטורים

ח"כ אברהם פורז הגיש הצעה לתיקון חוק פיצויי פיטורים. לפי החוק הקיים, אשה שילדה ילד והתפטרה תוך תשעה חודשים כדי לטפל בו וכן אשה שאימצה ילד שגילו עד תשעה חודשים והתפטרה כדי לטפל בו, זכאיות לפיצויי פיטורים. אלא שדווקא אימוצו של ילד שגילו מבוגר יותר מצריך תשומת-לב מרובה מצד ההורים המאמצים וזמן רב כדי להסתגל אליו. הצעת החוק של ח"כ פורז באה אפוא להקנות לאשה המאמצת ילד גדול יותר (עד גיל שלוש-עשרה) את הזכות לקבל פיצויי פיטורים כאשר היא מתפטרת במטרה לטפל בו.

תיקון לחוק הנכים (תגמולים ושיקום)

לפי המצב החוקי הקיים נכה בן חמישים וחמש שנים או יותר, שדרגת נכותו אינה פחותה מחמישים אחוזים והיא נכות משולבת של תפקודי היציבה וההליכה, תשולם לו תוספת לתגמוליו בהתאם לגילו. התוצאה היא, שנכים קשים אחרים, כגון פגועי ראש, בעלי כוויית קשות ואחרים, מופלים לרעה לעומת הנכים בתפקודי ההליכה והיציבה. הצעת החוק באה לתקן מעוות זה ומחילה את תוספת התגמול על כל נכה שדרגת נכותו אינה פחותה מחמישים אחוזים.

חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 77)

התיקון המוצע לחוק עניינו תשלום מענק לחייל משוחרר המועסק בעבודה נדרשת אף אם זו עבודה מתאימה עבורו. נושא זה היה מוסדר בתקנה שתוקפה פג. במטרה לעודד חיילים משוחררים להשתלב במעגל העבודה, בעבודה המוכרת כעבודה נדרשת וכדי להעניק להסדר זה תוקף קבוע, מעתה הזכות למענק מעוגנת בהוראות החוק.

תיקון לחוק שירות הקבע בצבא ההגנה לישראל (גימלאות)

להצעת חוק זו חברו יחד חמישה חברי-כנסת: נאוה ארד, שושנה ארבלי-אלמחלינו, אלי בן מנחם, רן כהן ויאיר צבן. בשנת 1990 תוקן חוק שירות המדינה (גימלאות) ועמו בוטל עול שנעשה לאלמנים ואלמנות עובדי מדינה. לפי התיקון האמור היו אלה זכאים לקיצבת שאירים כאשר

נפטר בן זוגם. אבל בשעה שיצאו לפנסיה הם נפגעו מכך שבחוק נקבעה תקרה לגימלה המשולבת (פנסיה ושאיירים) שלא תעלה על תשעים אחוזים משכרם ערב הפרישה. עתה באים חברי הכנסת האלה ומציעים להחיל תיקון דומה על אלמנות ואלמנים המשרתים בצבא הקבע, שלגביהם חל חוק שירות הקבע בצבא ההגנה לישראל (גימלאות) (נוסח משולב), התשמ"ה-1985.

ביטוח מנהלים לעומת קרנות פנסיה

התאחדות חברות לביטוח חיים בע"מ, המאגדת בתוכה ארבע-עשרה חברות העוסקות בענף ביטוח חיים, מייצגת חברות אלה במגעים עם רשויות המדינה והיא צד להסכמים הנחתמים מדי פעם בפעם בין הממשלה ובין החברות לביטוח חיים. הסכמים אלה ידועים בשם "הסכמי ח"צ" ועל-פיהם מקבלת הממשלה מלווה מחברות הביטוח בסכום היתרה המוערכת של קרנות ביטוח, הנובעת מחוזים לביטוח חיים. כנגד מילווה אלה המדינה מנפיקה לחברות הביטוח איגרות-חוב בתנאים, כולל שיעורי ריבית, שהצדדים מסכימים עליהם מדי פעם בפעם. תנאים אלה כללו ריבית בשיעור שהיה גבוה מן הריבית שניתן להשיג על הלוואות בשוק החופשי. בכך היתה הטבה לחברות הביטוח.

ההתאחדות האמורה עתרה לבית המשפט הגבוה לצדק כדי שייתן צו-על-תנאי המופנה אל ממשלת ישראל, שר האוצר והמפקח על הביטוח והממונה על אגף שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר, שייתנו טעם מדוע לא יעשו דין אחד לחברות לביטוח חיים ולקרנות הפנסיה של ההסתדרות ומדוע לא יאפשרו לחברות לביטוח חיים לרכוש מן המדינה איגרות חוב הנושאות תשואה של 6.2 אחוזים, לפי חוק המילווה (חברות ביטוח), תשכ"ג-1962. בחוק זה מוסדר עניין קבלת מלווה בידי הממשלה, בשם המדינה, מחברות ביטוח העוסקות בביטוח חיים צמוד.

ההתאחדות טוענת, שקיימת הפליה קשה ובלתי מוצדקת בין החברות לביטוח חיים ובין קרנות הפנסיה של ההסתדרות, בשיעור הריבית המשתלמת על איגרות חוב המונפקות מטעם המדינה לחברות הביטוח לעומת זו המשתלמת על איגרות חוב המונפקות לקרנות הפנסיה של ההסתדרות. שיעור הריבית לחברות לביטוח חיים הוא, החל מאחד בינואר 1990, ארבעה אחוזים בלבד, לעומת 6.2 אחוזים לקרנות הפנסיה של ההסתדרות. זאת למרות ששני ענפי הביטוח – ביטוח מנהלים וקרנות הפנסיה – מטרתם דומה: להעניק ביטוח סוציאלי לעובד במקרה של מוות, נכות ופרישה מן העבודה.

השופט תיאודור אור בודק האם מצויה כאן "הפליה פסולה". לרעתו, קיים שוני יסודי בין חברות הביטוח לקרנות הפנסיה, הן מבחינת המסגרת המשפטית, הן מבחינת המבנה הכלכלי של כל אחת מהן והן מבחינת הזכויות של המבוטחים בכל אחת מהן.

קרנות הפנסיה פועלות על בסיס שיתופי ומאגדות בתוכן עמיתים שחברותם באותה קרן, שהם משתייכים אליה, יסודה בהסכמים קיבוציים החלים לגביהם, הסכמים המחייבים הן את העובדים והן את המעבידים ואף קרן הפנסיה הנוגעת לעניין פועלת בהתחשב בהם. כלומר, לקרנות הפנסיה, אשר הביטוח אצלן הוא ביטוח סוציאלי המעוגן בתנאי העבודה של העובד, אין אפשרות לבחור את מבוטחיהן והן קשורות בעניין זה להסכמים קיבוציים. לעומת זאת, הביטוח בחברות הביטוח מבוסס על הסכמה הודית אינדיווידואלית ביחס לכל מבוטח. כשם שנדרשת הסכמתו של כל מבוטח בחברת ביטוח להיכלל בביטוח, גם חברת הביטוח רשאית להחליט על-פי שיקולים של כדאיות אם כדאי לה לבטח כל אדם המבקש זאת. היא מחליטה על הכדאיות לאחר שקיבלה פרטים שונים הנוגעים למי שמבקש להיות מבוטח, כמו מינו, גילו, מצבו המשפחתי וסכום הביטוח המבוקש.

שוני נוסף קיים בין חברות הביטוח ובין קרנות הפנסיה גם מבחינת הדרך שבה נקבעים

התשלומים המשולמים לקופת הביטוח. בקרנות הפנסיה הדבר מוסדר בדרך של הפרשת אחוז ידוע תוך התחשבות בגובה שכרו של העובד; ואילו בחברות הביטוח מדובר, בדרך כלל, בהפרשת תשלום קבוע צמוד, הנקבע בהתאם להסכמה בין חברת הביטוח למבוטח.

בין העמיתים בקרנות הפנסיה קיימת ערבות הדדית לגבי כלל המבוטחים. כל מבוטח יקבל, כשיארע אירוע ביטוחי, את המגיע לו מן הקרן לפי תקנותיה, ללא כל קשר לשאלה כמה הפריש הוא או כמה הפריש מעבידו בגינו לקופת קרן הפנסיה. לא כך בביטוח מנהלים. כאן נקבע הסכום שיקבל המבוטח על-פי פוליסת הביטוח שבין המבוטח לחברת הביטוח וסכום זה אינו קשור בביטוחים שעשו אחרים בחברת הביטוח וחברת הביטוח אינה רשאית לשנותו. תנאי הביטוח, לרבות התשואה שיקבל בגין כספים ששילם לחשבון החיסכון שלו בחברת הביטוח, קבועים למשך כל תקופת הביטוח. מבאן, שלעומת ביטוח אישי הקיים לגבי כל מבוטח בחברת הביטוח, הביטוח בקרנות הפנסיה הוא ביטוח שיתופי, על-פיו יש בכספים המופרשים היום כדי לקבוע גם את מצבם של מבוטחים במשך תקופה ארוכה בעבר וגם את מצב המבוטחים של מחר.

השוני בין חברות הביטוח לקרנות הפנסיה, לעניין סוגי המבוטחים ודרך הצטרפותם לביטוח, והשוני בדרך קביעת ההטבה, שהם יהיו זכאים לה, גורמים לכך שלמעשה אין תחרות אמיתית בין חברות הביטוח לקרנות הפנסיה על קניית לבס של מבוטחים. לפיכך, סבור השופט אור, ההטבה עם קרנות הפנסיה אינה פוגעת בהכרח באטרקטיביות של ביטוח המנהלים. מה שעלול לפגוע באטרקטיביות זו הוא ההפחתה או ביטול התשואה המיוחדת על איגרות החוב המונפקות לחברות הביטוח, אך זאת ללא קשר לתשואה שקרנות הפנסיה מקבלות. במלים אחרות, ללא קשר לטענת ההפליה שבפי ההתאחדות. הבדל אחר בין קרנות הפנסיה לחברות הביטוח מובהר בתצהירו של הממונה על שוק ההון באוצר: "ייחודן של השקעות החברות לביטוח חיים ויתרון על-פני כל מגזר חסכון אחר, נובע מהתחייבות הממשלה ללוות כספים שנצברו בעתודות ביטוח החיים, בשל פוליסות שנחתמו ונכנסו לתוקף בתקופה מסוימת, ולהוציא תמורתם איגרות חוב בתנאים זהים לכל אורך תקופת תוקפה של הפוליסה. כלומר: קיימת התחייבות ממשלתית להוסיף ולהנפיק איגרות חוב בתנאים שיהיו קיימים במועד בו נכנסה פוליסת הביטוח לתוקפה, גם בגין כספי פרמיות שיתקבלו במשך עשרות שנים בעתיד בתקופת תוקפה של פוליסת הביטוח. תנאי הנפקת איגרות החוב לא ישתנו, לרבות שיעור הריבית על אותם כספים, וזאת במנותק מהתנאים המשתנים בשוק ההון."

"התחייבות זו חלה אף על כספים שיגיעו כתוצאה מפדיון איגרות החוב במהלך תקופת הפוליסה. חברת הביטוח תהא רשאית להשקיע כספים אלה באותם תנאים עצמם בהם הוצאה איגרת החוב המקורית."

"אשר להשקעות כספי קרנות הפנסיה, כל קרנות הפנסיה ולא רק אלו של ההסתדרות, הרי מהמועד בו יוחלט על הפסקת הנפקת איגרות חוב ממשלתיות מיוחדות ואילך, לא יושקעו עוד כספים בתנאי איגרות החוב ששררו בעבר; אלא, כספי קרנות הפנסיה ממועד הפסקת הנפקת איגרות החוב הממשלתיות המיוחדות, יושקעו בהתאם לכללים והתנאים החדשים שייקבעו, ובכך תתאפשר החלה מיידית של הרפורמה שעיקרה הפסקה, בהדרגה, של הנפקת איגרות חוב ממשלתיות מיוחדות לגופי החסכון השונים, והגדלת משקל ניירות הערך הסחירים. משמעות ההבדל האמור, בכל הנוגע למעורבות הממשלה בשוק ההון, הינה כי החלטה על הפסקה או הפחתה של התחייבות הממשלה להנפקת איגרות חוב מיוחדות הנושאות ריבית מובטחת בגין השקעות קרנות הפנסיה, הינה בעלת תוקף מיידית..."

"לעומת זאת, באשר לחברות הביטוח, גם לאחר קבלת ההחלטה בדבר הנפקת איגרות חוב אשר שיעור הריבית המובטחת שלהן מופחת, תוסיף הממשלה להנפיק איגרות

חוב בשיעורי הריבית שהיו נהוגים עובר לקבלת ההחלטה, בגין פוליסות שנחתמו באותם מועדים. על כן, ככל שתקדם ההחלטה על הנפקת איגרות חוב ממשלתיות מיוחדות הנושאות ריבית מובטחת בשיעור נמוך יותר תמורת השקעות חברות הביטוח, כן תצטמצמה ההתחייבויות ארוכות הטווח של הממשלה להוסיף ולהנפיק איגרות חוב בשיעורים שנהגו בעבר. שיקול זה היווה אחד הגורמים להחלטה לפיה הגיעה העת להתחיל בהחלה ההדרגתית של הרפורמה גם על החברות לביטוח חיים; זאת לאחר שהרפורמה הוחלה, כאמור, על קופות הגמל לתגמולים ופיצויים, קרנות ההשתלמות וקופות החסכון.

הנה כי כן, במסגרת מדיניותה להקטין בהדרגה את מעורבות המדינה בשוק ההון מצאה הממשלה לנכון לעשות כן לגבי ביטוח מנהלים בחברות הביטוח, מעורבות שיש עמה התחייבות לזמן ארוך, למשך כל תקופת הביטוח של כל אחד מן המבוטחים, לפני שהיא פועלת בעניין זה לגבי קרנות הפנסיה.

לגבי מבוטחי חברות הביטוח, שינוי או ביטול התשואה על איגרות חוב המונפקות לחברות הביטוח אין בו כדי לפגוע במבוטחים קיימים, אשר להם מובטחת תשואה לחסכונות שהמעביד משקיע לזכותם למשך כל תקופת הביטוח.

לא כן הדבר לגבי מבוטחים בקרנות הפנסיה. אלה זכאים לפי תקנוני קרנות הפנסיה למה שייקבע כמגיע להם על-פי תקנון הקרן כפי שיהיה בתוקף מפעם לפעם, בלי שתובטח להם טובת הנאה ודאית מראש. לפיכך, הקטנת התשואה לאיגרות המונפקות לקרנות הפנסיה יש בה כדי להפחית את המשאבים של קרנות הפנסיה ועקב כך עלולים להיפגע גם מבוטחים שנתקבלו לקרן הביטוח בעבר וזהטבה שיקבלו בהגיע המועד שבו יהיו זכאים לה עלולה להיות קטנה יותר.

בקרנות הפנסיה מבוטחים כשש מאות אלף מבוטחים. ביטוחם הוא מכוחם של הסכמי עבודה קיבוציים, המחייבים מכוה דין. הממשלה סבורה, שעליה לתת את דעתה על כך שלא תיפגענה זכויותיהם של מבוטחים אלה עד כדי שלילת האפשרות שיזכו בהטבה, שלמענה בוטחו בקרנות הפנסיה. מצבן של קרנות הפנסיה קשה מבחינה אקטוארית. כל שינוי, ולו הקל ביותר, בשיעור התשואה להשקעות של קרנות הפנסיה באיגרות חוב ממשלתיות יכול להשפיע מיד על הגדלת המצב הגירעוני של קרנות אלה. מכך ייפגעו, כאמור, גם מבוטחים בעבר. בשונה מחברות הביטוח, קיים אפוא אינטרס ציבורי לגיטימי לסייע לקרנות הפנסיה בשל מצבן האקטוארי הקשה. באופן זמני ניתן סיוע זה באמצעות שינוי תנאי איגרות החוב המונפקות לקרנות הפנסיה. חברות הביטוח אינן נמצאות במצב דומה ובהן לא קיים החשש של פגיעה ביציבותן או של פגיעה במבוטחים קיימים שלהן. לאור כל אלה נדחתה עתירתה של התאחדות החברות לביטוח חיים.

פרסומים חדשים

Adler, Michael, Bell, Colin, Classen, Jochen & Sinfield, Adrian (eds.), *The Sociology of Social Security*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1991. 314 pp.

לדברי העורכים עד כה נחקר הביטחון הסוציאלי, היינו מדינת הרווחה על כל היבטיה, למרות המקום המרכזי שלה בחיים המודרניים, אך מעט בידי סוציולוגים. קובץ זה מביא 15 מאמרים של חוקרים מארצות אחדות (בריטניה, ארצות הברית, אוסטרליה, הולנד, גרמניה, נורווגיה, שוודיה וגם ישראל מיוצגת כאן, במאמר של פרופ' א' דורון) הדנים מבחינה סוציולוגית בהישגיה וכישלונותיה של מדינות הביטחון הסוציאלי כפי שהיא מקובלת ונהוגה היום ברבות ממדינות העולם ולאור המצב השורר בארצותיהם. בין השאר נדונים הנושאים של אבטלה, שיעור העוני וקביעת גובה ההטבות, שפל כלכלי בסקנדינביה, הביטחון הסוציאלי והנשים, מבחני הכנסות, מיחשוב וניהול הביטחון הסוציאלי.

Ammerman, Robert T. & Hersen, Michel, *Treatment of Family Violence*, John Wiley & Sons, New York, 1990. 461 pp.

זהו קובץ של 18 מאמרים על הנושא של אלימות במשפחה. המאמרים סודרו בחמישה מדורים: הקדמה (הערכה וטיפול של אלימות במשפחה); הטיפול בקורבן (ילדים מוכים, התעללות מינית, התעללות נפשית, בן-חזוג בתור קורבן; קורבנות של התעללות מבוגרים; אונס בתוך המשפחה; גילוי עריות ועוד); המבצעים; כיווני המחקר בעתיד.

Baldwin, Steve & Hattersley, John (eds.), *Mental Handicap, Social Science Perspectives*, Tavistock/Routledge, London & New York, 1991. 182 pp.

הספר בוחן את האופן שבו התפתחו השירותים הקהילתיים למוגבלים בנפשם. הגישה המוצעת היא הגישה ההוליסטית. אנשים בעלי מוגבלות נפשית זקוקים לתמיכה מקיפה כדי שיתמלאו צורכיהם בכל הנוגע לחינוך, הכשרה מקצועית, פנאי, בריאות, מגורים ודבר זה מציב בעיה מיוחדת בפני שירותי הרווחה.

Beudet, Denyse, *Encountering the Monster, Pathways in Children's Dreams*, Continuum, New York, 1990. 160 pp.

על מה חולמים ילדים וילדות? המחברת מתארת גישה להבנת חיי החלום של ילדים ובני נוער ומקנה את ספרה להורים, למורים, לחוקרים ולמנפאים. המחברת מתייחסת בכבוד לחיי החלום ורואה בהם חלק חשוב מהבנת ההתפתחות של הילד. כבסיס לספר שימשו מנהגיהם של בני שבט הקינואי (Senoi) השוכן במרכז מאלזיה, שתרבותם המבודדת

לימדה אותם להתמודד באופן פעיל עם חלומותיהם, שהם בעיניהם חוויה רוחנית חשובה לא פחות מחוויית העירות. העיקרון שלמדה המחברת הוא, שצריך להתמודד עם המפלצת שבחלום, ולא לנסות לברוח ממנה.

Brubaker, William Roger, *Immigration and the Politics of Citizenship in Europe and North America*, University Press of America, Lanham, New York-London, 1989. 187 pp.

ברבע האחרון של המאה הנוכחית נכנסו לארצות הכדור המערבי עשרות מיליוני מהגרים מאסיה, מאפריקה ומן האיים הקריביים. איזו השפעה היתה לכך על אזרחיהן של מדינות אלה? ומה היתה המשמעות עבור המהגרים, שנהנו מזכויות עבודה, מגורים ורווחה, אך לא לאזרחות במדינות היעד שלהם. בכך דן הספר הזה.

Buchanan, Allen E. & Broch, Dan W., *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge University Press, Cambridge, 1989. 422 pp.

הספר דן בעשיית החלטות במקומם של אלה שאינם מסוגלים לעשותן עבור עצמם: קטינים, קשישים, חולי נפש. נרונות שאלות כגון מהי כשירות ומהו העדר כשירות. קהל היעד של הספר רחב ביותר וכולל הן עורכי דין ושופטים, רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ושאר בעלי המקצועות הטיפוליים והן מקבלי החלטות בענייני בריאות ופילוסופים של המוסר.

Cath, Stanley H., Gurwitt, Alan & Gunsberg, Linda (eds.), *Fathers and their Families*, Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1989. XXIII + 583 pp.

מפתיע הדבר, לאור כל מה שנכתב על האם במשפחה, עד כמה מעט נכתב על האב ויחסיו עם משפחתו, על הורות האב ועל אבהות. חסר זה בא הספר לתקן. 28 המאמרים שקובצו בו עוסקים בנושא מן ההיבטים הפסיכולוגיים, המשפחתיים והסוציאליים. נרונים גם השינויים המתחוללים בתפקיד האב, שסיבתם בחלקו תזווה שחלו בחברה ובחלקו שינויים במשפחה ובתפקידים המסורתיים של האב.

Gabarino, James, Stott, Frances M. & Faculty of the Erikson Institute, *What Children Can Tell Us. Eliciting, Interpreting and Evaluating Information from Children*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco-London, 1989. 373 pp.

לאור המקרים הרבים של התעללות בילדים, משפטים לקביעת אפוטרופסות ונושאים מסובכים בתחום הרפואה והפסיכולוגיה, יש חשיבות רבה להבין מה יכולים הילדים לומר לנו: מה הן הדרכים הטובות ביותר לקיים תקשורת עם ילדים? כיצד ניתן להביא ילדים קטנים לכך שיספרו מה אירע להם בלי להפחידם? וכיצד נוכל לפרש נכון את מה שהם מספרים – על כל אלה מנסה הספר הזה לענות.

Johnson, Tanya Fusco, *Elder Mistreatment, Deciding Who is at Risk*, Greenwood Press, New York, 1991. 191 pp.

נושאו של הספר היא ההתעללות בבני אדם זקנים במובן הרחב, הכולל גם הזנחה ורשלנות כלפי האוכלוסייה הקשישה וגם אלימות ממש. התחומים שהמחברת, שהיא פרופסור לסוציולוגיה באוניברסיטה של צפון קרוליינה, דנה בהם משתרעים על קשת רחבה: מהשפלה ועלבונות ועד גזילת רכוש ובתווך שורה ארוכה של מעשים, תנאים, מחדלים וסתם רשעות כלפי קשישים, שגילם עשוי להיות מארבעים ועד תשעים.

Kristeva, Julia, *Black Sun, Depression and Melancholia*, Columbia University Press, New York, 1989. 300 pp.

המחברת, פרופסור לבלשנות באוניברסיטה של פריס vii, עוסקת בספר זה במילאנוליה, אותה הרגשת עצב מדכאת המלווה הרגשה של חוסר אונים. למרות שהיא יוצאת מנקודת המבט של הפסיכואנליזה, היא מרחיבה את עיונה לכמה היבטים מיוחדים: הדיכאון הנשי, היופי, ולכמה הוגים ויוצרים: הולביין, ג'ראר דה נרוואל, דוסטויבסקי ודיראס.

Leick, Nini & Davidsen-Nielsen, Marianne, *Healing Pain, Attachment, Loss and Grief Therapy*, Tavistock/Routledge, London and New York, 1991. 177 pp.

ספר זה יצא במקורו בשפה הדנית ותורגם עתה לאנגלית. נושאו העיקרי הוא הרגשת הכאב שמעוררים מצבים רבים, לאו דווקא אבדן בן אדם אהוב. למשל, גירושין, אובדן הבריאות בעקבות תאונה או מחלה קשה כמו סרטן או איידס, או לידת ילד נכה. המחברות מתארות שיטות טיפול שפיתחו כדי לסייע לבני אדם שהתנסו באובדן למצוא את כוח המרפא הטבוע בתוך האבל.

Mays, Vichie M., Albee, George W. & Schindler, Stanley F. (eds.), *Primary Psychological Approaches, Prevention of AIDS*, Sage Publications, Newbury Park, CA, 1989. 425 pp.

הספר סוקר את האפידמיולוגיה של מחלת האיידס ואת דרכי הפצתה, אוכלוסיות היעד שלה והאמצעים למניעתה. בין היתר נדונים הנושאים האלה: נשים כמעבירות, סיכון האיידס בגיל ההתבגרות, מניעת איידס באוכלוסיות השחורות וההיספניות והפעילות הכלל-עולמית למלחמה באיידס.

הפרס ע"ש מקס פרוכובניק למחקר בתחום הזקנה

האגודה הישראלית לגרונטולוגיה תחלק בשנת 1992 ארבעה פרסים בסך 2,000 ש"ח כל אחד למחקרים בשטח הביולוגיה, הרפואה, מדעי החברה והתנהגות ושירותים קהילתיים.

הפרסים יוענקו על עבודות מחקר שנעשו בארץ ופורסמו או הונחו בשנים 1985-1991 ולא זכו בפרס במסגרת ארצית אחרת. הפרסים יוענקו גם על עבודות מחקר שהוגשו לקראת תואר אקדמי גבוה או בכל מסגרת אקדמית מוכרת.

פרסי המחקר מיועדים לחוקרים העושים את ראשית דרכם במחקר הגרונטולוגי ללא התחשבות בגיל המועמד.

המועמדים תושבי ישראל יגישו את בקשותיהם ב-4 עותקים. על הבקשות לכלול: תולדות חיים, סיכום מפורט של המחקר וחשיבותו, העתקי פרסומים מדעיים של המחקר, אם יש כאלה. אם העבודה נעשתה בשיתוף עם חוקרים נוספים, יש לציין במפורש את חלקו של כל משתתף במחקר.

את הבקשה להענקת הפרס יש להגיש עד 1.2.1992 לפי הכתובת:

ד"ר יצחק בריק

יו"ר ועדת הפרסים

אשל

גבעת גוינט ת.ד. 3489

ירושלים 91034