

בכנתנו סוציאליזם

כתב עת לדיון בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל • שירותי רפואה בישראל — מבט
מזווית אחרת • ביטוח בריאות — לקראת העתיד (בעיות נבחרות) • ביטוח בריאות —
השגות והצעות • רפואה ממלכתית ומחירה • האם ביטוח מלא להוצאות רפואיות
מבטיח בריאותנו? • שיטת התשלום לרופא בביטוח הבריאות • ניתוח והערכה של
נסיונות ליישום מדיניות שכר סלקטיבית בשירות הציבורי בשנים 1976—1977 • הזדקנות
האוכלוסייה, תעסוקת קשישים ומדיניות הפרישה • הדאגה לקשיש בחברה הקיבוצית
• שלושה אופני התערבות במשפחות שכולות • עבודה סוציאלית קהילתית ומנהיגים
פוליטיים ברשויות המקומיות

בטחון סוציאלי

כתבי-עת לדיון בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור עלידי

המוסד לביטוח לאומי

בשיתוף עם

מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה

והתפתחות אדם וחברה בישראל — הג'וינט

ירושלים אדר תשל"ט א מארס 1979

חוברת 17

חלקו הארי של כתב העת מוקדש הפעם לשירותי הרפואה ולביטוח הבריאות. הדעות השונות, ההצעות וההשגות, ההערות וההארות, המובאות במקורות ובמאמרים, משקפות במידה רבה את הוויכוח הנוקב, המתנהל בארץ — לאורך שנות דור כמעט — על הארגון החברתי של שירותי הרפואה בישראל.

מאמרים אחרים דנים בנושא הקשישים, במדיניות השכר בשירותים חברים, ובתחומי הפעילות של העבודה הסוציאלית. הדעות וההערות במאמרים הן על דעת כותביהם, והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

מען המערכת: "בטחון סוציאלי", היחידה למחקרים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים.

המערכת :

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

ד"ר מאיר אביזוהר

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

ד"ר יעקב חביב

ד"ר ישראל כץ

רפאל רוטר

העורך :

חיים אופז

דפוס :

קואופרטיבי "אחזה",

ירושלים

תוכן העניינים

עמ'

5	פרופ' ח. ש. הלוי	הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל
51	פרופ' אברהם דורון	שירותי רפואה בישראל — מבט מזווית אחרת
63	ד"ר אריה ל. מילר	ביטוח בריאות — לקראת העתיד (בעיות נבחרות)
80	ד"ר רם ישי	ביטוח בריאות — השגות ותצעות
87	ד"ר אסא הראל	רפואה ממלכתית ומחירה
93	יפה מכנס־כספי	האם ביטוח מלא להוצאות רפואיות מבטיח בריאותנו?
97	עו"ד אריה וולף	שיטת התשלום לרופא בביטוח הבריאות
		ניתוח והערכה של נסיונות ליישום מדיניות שכר סלקטיבית בשירות הציבורי
105	פרופ' אריה שירום ואבישי לנדאו	בשנים 1976—1977
		חזקנות האוכלוסייה, תעסוקת קשישים ומדיניות הפרישה
119	ד"ר אמיר הלמן וד"ר מיכאל סוניס	הדאגה לקשיש בחברה הקיבוצית
130	דוד אתר	שלושה אופני התערבות במשפחות שכולות
138	מיכל גוטמן	עבודה סוציאלית קהילתית ומנהיגים פוליטיים ברשויות המקומיות
147	פרופ' בנימין ינוב וד"ר שמואל נדלר	חקיקה ופסיקה סוציאלית: חוק שכר מינימום; זכויות לאסירי ציון ולמשפחות חרוגי מלכות; תקנות בדבר מתן סיוע משפטי; פיצוי נזק לעובדת נקיון; דיור נפרד לאשה; הפקרת ילד (סקירות)
160		
166		פרסומים שנתקבלו במערכת
		Summary of the Main Articles
	III — XX	

הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל

מאת פרופ' ח. ש. הלוי*

ניה הגדולה (1918) היה נושא הבריאות בישוב היהודי מסור למוסדות צדקה. הקמת בית החולים, שיסד הברון רוטשילד בעיר העתיקה של ירושלים, באמצע המאה הי"ט, הוותה אמנם נקודת מפנה בקידום הרפואה, אולם שלבי התפתחותה הממשיים החלו עם ראשית תקופת המנדט הבריטי על ארץ ישראל.

הדסה

המוסד שהטביע את חותמו על כל ההתפתחויות הבאות, והיה הראשון שהכניס ארצה את הרפואה המודרנית היה "קבו" צת עזרה מדיצינית של ציוני אמריקה (קעמז"א)", שהגיעה ארצה בסוף 1918. הסתדרות נשי "הדסה" באמריקה היתה מלכתחילה רק אחת המשתתפות בארגון המשלחת ומימונה. אבל תוך שנים מספר אימצה הדסה, בהנהגתה של הנרייטה סולד, את פעולות קעמז"א ושמה שונה ל"הסתדרות מדיצינית הדסה". הדסה הפכה לזרוע הרפואית של ההסתדרות הציונית והמוסדות המישוביים, ושמרה על מעמדה המרכזי, המנהיג והמכוון, בשדה הבריאות והרפואה עד הקמת מדינת ישראל.

שירותי הבריאות בישראל יוצרים תמונה מגוונת ורבת צבעים במבנם הארגוני ובתוכנם התפקודי. מוסדות בבעלות שונות פועלים באופן מקביל באותם ישובים ובאותם ענפי רפואה, ללא תאום ולעתים תוך התנגשויות ביניהם, וכל זאת באין גורם בעל סמכות חוקית היכול לתאם את פעולותיהם, לכוונם למיגזרים הנזקקים ולמנוע כפילויות. סביב לפלורליזם בארגון שירותי הבריאות מתנהל ויכוח מאז קום המדינה, והוא משמש אחד המכשולים העיקריים בדרך לביצוע ביטוח בריאות חובה כללי.

נוסף לפלורליזם הארגוני והמינהלי קיים בשירותי הבריאות גם פלורליזם מקצועי ותפקודי הבא לכלל ביטוי בשיטות ובעמדות לבעיות רפואיות ולדרכי הטיפול בהן. צד זה של הפלורליזם אינו בתחום סקירתנו. אנו נתרכזו בתיאור מקורותיו של הפלורליזם הארגוני וסיבותיו, בחילוקי הדעות סביבו, ובהשפעתם על גיבושם הארגוני והמינהלי ועל התפתחותם של שירותי הבריאות בישראל.

לפני קום המדינה

עד כיבושה של ארץ ישראל על ידי בריט-

* המחלקה לאקולוגיה רפואית, ביה"ס לרפואה, ירושלים.
Hadassah Medical Organization. "Twenty Years of Medical Service to Palestine, 1918-1938". Jerusalem, 1939, pp. 13-21

משפחת רוטשילד העבירה לרשות הדסה את ביה"ח שלה בירושלים, שהפך לביה"ח המר"כ, המשוכלל והמתקדם בארץ. לאחר מכן פיתחה הדסה בתי חולים בכל המרכזים העירוניים של הישוב היהודי באותה תקופה: יפו ותל-אביב, צפת, חיפה וטבריה.

באמצעות בתי-החולים ועשרות המרפאות בישובים הכפריים הביאה הדסה לתושבי הארץ את ההישגים החדישים של הרפואה בארה"ב ונתנה דחיפה חזקה להתפתחות שירותי הבריאות ולהעלאת רמתם.

מתחילת פעולתה תכננה הדסה לבסס ול-פתח את השירותים עד לדרגה בה תוכל להטיל את האחריות להמשך פעולתם על הישוב המקומי. צעד זה היה מותנה גם בהתארגנותו של הישוב ובכוחו לשאת את עול השירותים. כדי להקל על קבלת אח-ריות זו המשיכה הדסה להשתתף בצורה פעילה בהנהלת השירותים והקציבה תמיכה שנתית (פוחתת והולכת) להחזקתם לתקופה קבועה מראש. מגמה עקרונית זו, להעברת השירותים לרשות הישוב, קיבלה דחיפה בשנות השלושים הראשונות בעקבות המש-בר הכלכלי שפקד את ארה"ב, אשר חייב את הסתדרות נשי הדסה לחפש דרכים כדי להשתחרר מחלק מהתחייבויותיה. בשנת 1931 העבירה הדסה את ביה"ח בתל-אביב לרשות העירייה ואת ביה"ח בחיפה לרשות ועד הקהילה העברית בעיר זו. על מנת להש-תחרר מן השירות הרפואי בכפרים ובאזורים החקלאיים הקימה את קו"ח עממית (ראה להלן).

התהליך נמשך עם העברת שירותי הרפואה המונעת (טיפול באם ובילד, סיקוח' על בתי-הספר) בתל-אביב לרשות העירייה, והעברת ביה"ח שוייצר בטבריה למחלקת הבריאות של הוועד הלאומי (בגלל חולשת הקהילה היהודית המקומית). העברות נוספות שתוכ-ננו, עוכבו עם פרוץ מאורעות 1936—1939,

ואח"כ בגין מלחמת העולם השנייה, ובוצעו רק לאחר הקמת המדינה, כאשר משרד הב-ריאות קיבל את ביה"ח בצפת ואת רשת הרפואה המונעת בארץ כולה. שירותי הר-פואה המונעת בירושלים הועברו לעירייה, והדסה צמצמה את פעולתה בתחומי ביה"ס לרפואה בירושלים וביה"ח האוניברסיטאי שלו.

העברת שירותי הדסה השפיעה על הגברת המודעות של הישוב לבעיות הבריאות. עיריית ת"א, התא האוטונומי הראשון של הישוב היהודי בתקופת המנדט, נאלצה להי-כנס לתחומי הבריאות ולשאת באחריות לאשפוז ולקיום שירותים אמבולטוריים לתושבי העיר. מחלקת הבריאות של הוועד הלאומי קיבלה תוכן ומשקל עם גידול מספר השירותים הרפואיים, שאחריותם המינהלית והתפקודית הופקדה בידיהם של תאי הישוב המאורגן.

קופת חולים הכללית

הניצנים הראשונים של ביטוח בריאות נראו עוד בימי השלטון הטורקי, אולם המקורות הספרותיים מאותם ימים דלים ביותר. י. קנב מספר, ² כי היסוד ל"קופת חולים" הונח בחנוכה תרע"ב (1912) בוועדה השנייה של הסתדרות הפועלים החקלאים ביהודה. המו-סד מנה בתחילתו 150 נפש. תקנותיה הרא-שונות של הקופה מעידות על היקף שירו-תיה:

- א. קופת חולים של פועלי יהודה נוסדה ופועלת על יסוד עזרת חברים הדדית;
- ב. כחברים מתקבלים פועלים ובעלי מלא-כה העובדים בעצמם;
- ג. כל חבר חייב בתשלום דמי כניסה של פרנק אחד ומס חודשי של חצי בישליק;
- ד. כל חבר חייב להשתתף בפועל בלינה

2 י. קנב. "ארבעים שנה לביטוח הבריאות", חקרי עבודה, מס' 1 (23) פברואר 1953, עמ' 63—62.

ליד חולה, או לדאוג לממלא מקום, אם לא יוכל למלא התחייבות זו; .
ה. חבר חולה מקבל עזרה "רופא, רפואה ולינה", ובעת הצורך — גם מקום בבית החולים.

ניתן להכיר יסוד חזק של עזרה הודית, שנחקיים בקופה והתבטא בחובת התורנויות ליד חבר חולה. לזה, כנראה, גם כוונת ה"לינה" בסעיף ה'. הטיפול הרפואי המוביט הוגבל, כמקובל באותם ימים, לעזרת רופא כללי ותרופות. אשפוז בבי"ח לא היה שכיח. התקנות לא התייחסו כלל לבני המשפחה התלויים במבוטח, וזאת לאור העובדה, כי בשנת 1912 היה מספר החברים (150) זהה למספר הנפשות המבוטחות (150). הגישה האידאולוגית של המיסדים ניכרת בתקנה שרק פועלים ובעלי מלאכה "העובדים בעצמם" יוכלו להתקבל לקופה.

למרות מספר החברים הקטן התפלגה קופת חולים לפי קווים פוליטיים-מפלגתיים של אותם ימים. שתי מפלגות פועלים היו קיימות ביישוב היהודי ובתחומים רבים התנהל ביניהן מאבק ציבורי: אחדות העבודה והפועל הצעיר. קופת החולים התפלגה בהתאם, ובמשך שנים אחדות נתקיימו בנפרד קופת חולים של אחדות העבודה ושל הפועל הצעיר. קנב עובר בשתיקה ובקיצור על תקופה זו³: "עם קום הסתדרות העובדים הכללית (1921/22) — נתאחדו שתי קופות חולים של הפועלים, באה תקופת גידול בלתי פוסק, והרפואה העצמית של קו"ח התחילה מתגבשת". על איחוד זה שופך אור דו"ח של ה. סולד משנת 1927, בו כתבה בין היתר⁴: "הדסה רשאית לטעון שהיא היתה אחד הגורמים שהביאו ליעילות החברתית הנוכחית של קו"ח. זה מחזיר אותנו לימים התוססים של 1920 ו-1921, כאשר כבישים בעמק ובצפון הלכו ונבנו —

באותם ימים היו שתי קופות חולים, אחת לכל אחת משתי מפלגות הפועלים שתיפקדו כקבלנים. כל קבלן תבע מהדסה שירותי בי"ח שדה; וכאשר הכביש פוצל לקילומטרים, תבע כל אחד יחידות אחדות של שירותי בי"ח-שדה. הדסה היתה חייבת לקרוא לעצור (בפיצול זה) וכך גתמוגו קופות החולים לא רק מתוך צורך פנימי, כי אם גם בגלל האולטימטום של הדסה. מיום האיחוד התחיל היגוך העובד והמעסיקים בביטוח הבריאות. אולם בעוד שקו"ח גאה בצדק במידת ההשתתפות הציבורית בעלות הטיפול הרפואי שהבטיחה, אין היא צריכה להעלים עין מהעובדה שנוכחותה של הדסה נתנה לה את ההזדמנות לפתח במהירות מערכת סוציאלית, על ידי שחרורה (של קו"ח) מהצורך לדאוג לאספקת אשפוז לחברייה".

חברי קו"ח המשיכו לקבל את שירותי האשפוז בבתי החולים של הדסה עד 1929, עת נפתח ביה"ח הראשון של קו"ח בעפולה. להקמתו תרמה הדסה, עם הועד האמריקאי של הרופאים היהודים, חמשת אלפים דולר. מאז התפתחה רשת מוסדותיה של קו"ח על חלקי הארץ השונים, אולם בתי החולים הכלליים שלה סיפקו, גם לאחר תהליך ההתרחבות, רק כמחצית מימי האשפוז שצרכו מבוטחיה.

קופת חולים עממית

כעשר שנים לאחר איחודן של שתי קופות החולים, התחדש המצב של קופות חולים מרובות. "קופת חולים עממית" במושבות נוסדה על ידי הדסה בשיתוף עם התאחדות האכרים, בהתאם למדיניותה להעביר את שירותיה לישוב. עם הקמת קו"ח של ההס-

3 שם, עמ' 63. ועיין גם: יצחק קנב, "אוכלוסין וחברה בעמים ובישראל". מוסד ביאליק, ירושלים, תשי"א, עמ' 222.

4 Hadassah. "Twenty Years of Medical Service. etc.", pp. 22-23

לת התואר שלהם להגיש עזרה לכל נזקק; אחיות שמקצוען הוא רחמים — סירבו לח- בוש פצועים שותתי דם, וכמובן שנמנעה עזרה מבית"רי חולה, שהרעב הרעיל את קיבתו. האפשר היה להציל את חייו של שמואל אש, לו היתה לעולים הבית"רים עזרה רפואית מאורגנת?

מחשבות דומות התעוררו גם בין ספקי העזרה הרפואית. ד"ר י. וינשל מתאר בשו- רות מעטות את האווירה של אותם ימים: "רדיפות בלתי פוסקות, פיטורי פועלים, הת- נגשויות גופניות — כל אלה עוררו צורך דחוף להושיט להם עזרה, לפחות עזרה רפואית-חברותית. בקופת חולים "הכללית" העמידו גם את פעמוני, כמו את ד"ר גור- ביץ, במצב של טירור, עם רמזים די ברו- רים שכרביזיוניסטים "רוצחים" אין להם אלא להתפטר מרצונם החופשי מעבודתם בקו"ח. שניהם התפטרו."

המתח הציבורי גרם ב-1931 לפילוג בשו- רות ה"הגנה" וליצירת ההגנה הלאומית אשר פעלה ונדעה בשם "הארגון הצבאי הלאומי" (אצ"ל). הארגון היה זקוק לזרוע רפואית, כי חבריו לא יכלו לסמוך על מגן דוד אדום והמוסדות הרפואיים הרשמיים, שנמצאו בפיקוח מוסדות הישוב. במפקדת האצ"ל הורגש הצורך במוסד, אשר פעילותו בת- חומי המחתרת תתבטא ב"עזרה ראשונה, אשפוז סתר, מו"מ עם רופאים מומחים בדרג גבוה, מחיקת עקבות, העברת פצועים ממ- קום למקום". צרוף הגורמים האלה הביא להקמתה של "קופת חולים לעובדים לאו- מיים", שהיתה מסונפת להסתדרות העובדים הלאומיים. סניפה הראשון בתל-אביב נוסד בנובמבר 1933 ובראשית 1935 נוסד הסניף בירושלים. בתזכיר של הנהלת קופה זו מסוף 1936 מובאים הנימוקים להקמתה:

תדרות עבר הטיפול ביישובי ההתישבות העובדת מידי הדסה לקו"ח, ובתחום טיפולה של הדסה נשארו ישובי החקלאות הפרטית והמושבות הותיקות שהיו מאורגנות בהת- אחדות האכרים. למען אלה הוקמה הקופה החדשה שנקראה בשנותיה הראשונות — "קו"ח עממית במושבות. (מיסודה של הד- סה). במשך הזמן חרגה הקופה ממסגרתה המקורית והתחילה לפעול גם בנקודות עי- רוניות. ההסכם בינה ובין ההסתדרות הר- פואית סייע להתפתחותה, כמו גם איחודה עם קופת החולים המרכזית ב-1974.

קופת חולים לאומית

העבודה הרפואית הושפעה גם מן הקיטוב הפוליטי והמפלגתי בין מפלגות הפועלים ("השמאל") לבין החלק ה"אזרחי" של הישוב, ובעיקר המפלגה הרביזיוניסטית (הצה"ר) ותנועת הנוער שלה (בית"ר). קיטוב זה הגיע לשיאו לאחר רצח חיים ארלוזורוב ז"ל, כאשר אשמת הרצח הוטלה על הרביזיוניסטים. באותן שנים (אמצע שנות השלושים) לא פסח הריב בין שני המחנות על המגזר הרפואי. פלוגת בית"ר בכפר-סבא, יצאה למבצע השלטת עבודה עברית בפרדסי כפר סבא, אבל משמרותיה נתקלו בהתנגדותן של פלוגות השמאל. בסיסמה "מוטב עשרה ערבים מאשר ביתרי אחד" הן ניסו לסלק את אנשי בית"ר בכוח, והתוצאה היתה פצועים, שסרבו להושיט להם עזרה רפואית. גם לחולי הפלוגה סרבה קו"ח להושיט עזרה. איש פלוגת בית"ר כותב על הימים ההם: "היה פוגרום בפר- דס המורי, והיה פוגרום לא פחות אכזרי בלובן המרפאה. רופאים שנשבעו בעת קב-

5 י. גוריון בחוברת: "יוסף פעמוני — האיש ופעלו", הוצאת מכון ז'בוטינסקי, ת"א, (1968), עמ' 47.

6 ד"ר יעקב וינשל בחוברת: "יוסף פעמוני — האיש ופעלו", הוצאת מכון ז'בוטינסקי. תל-אביב (1968), עמ' 41-42.

7 ש. ש. ש. ש.

8 תזכיר על קופת חולים לעובדים לאומיים, מכון ז'בוטינסקי, תיק מס' ד 2/3.

"האווירה המפלגתית המעמדית הצרה במו-
סד ההסתדרותי (קו"ח של ההסתדרות הכל-
לית), המשתייך למחנה מעמדי לוחם, היא
שמבטלת למפרע את עממיות הקופה הזאת
והיא שקובעת את המסגרת הצרה. — קו"ח
של ההסתדרות הכללית אינה מקבלת חב-
רים שאינם נמנים על חברי ההסתדרות".
על רקע זה קובע התזכיר, כי "קופת חולים
לעובדים לאומיים היא קופה של כל יהודי
ויهودי שהכנסותיו אינן עולות על 20 ל"י
לחודש. קופת החולים באה להשלים את
החסר במפעל הציוני: שירות רפואי עממי
להמוני העיר". הגבלת ציבור החברים לאלה
המשתכרים עד 20 לא"י לחודש, נבעה מן
החשדנות שבה ראתה ההסתדרות הרפואית
בישראל את התפשטות הביטוח הרפואי, וכן
מן החששות, שמא יפגע הדבר בהכנסתם
ובמצבם הכלכלי של הרופאים.

קו"ח של הציונים הכלליים

מנימוקים דומים קמה בשנת 1936 "קופת
החולים של הציונים הכלליים". אמנם ארגון
העובדים הציונים הכלליים לא היה מילי-
טנטי כמו ארגון עובדי הצה"ר ובית"ר, אבל
מסיבות אידיאולוגיות לא ראו גם חבריו
אפשרות להשתייך להסתדרות העובדים הכ-
ללית: "עובדים אלה (חברי ארגון העובדים
הציונים הכלליים) לא יכלו להשתייך לקו"ח
של ההסתדרות הכללית, אשר דווקא באותה
תקופה שינתה את הנוהלים וכרכה את הח-
ברות בקו"ח בחברות בהסתדרות הכללית.
בארגון העובדים הציונים הכלליים לא היתה
זו שאיפה מלכתחילה להקים גם מוסד נפרד
לעניינים רפואיים אלא כורת השעה, כשם
שהיה לו אחר כך הכורת להקים גם משרד
קבלנים משלו, מאחר שאחרת לא היה מסו-

גל לספק עבודה לחברים בשטח הבניה".
וכך קבעה הנהלת קופת החולים של הציו-
נים הכלליים בתזכיר שהגישה לוועדה הציו-
בורית לביטוח בריאות בשנת 1967: "מו-
סדנו הוקם ב-1936 כדי להבטיח עזרה רפו-
אית סדירה, בתנאי ביטוח רפואי, לכל אותם
עובדים-ופועלים, שבתוקף השתייכותם
ל"ארגון העובדים הציונים הכלליים" דאו
היו משוללים ביטוח רפואי לאחר שעזבו
את ההסתדרות הכללית. במרוצת הזמן הקי-
פה קופתנו לא רק עובדים ציונים כלליים
כנ"ל, אלא גם חוגים רחבים יותר, של אנשי
המקצועות החופשיים, פקידים, בעלי מלא-
כה, סוחרים זעירים, רוכלים וכיו"ב. —
הקופה פתוחה לכל תושבי הארץ, יהודים
ובני המיעוטים, והחברות בה היא חופ-
שית, ללא כל תלות בהשתייכות לארגון
או למפלגה או למסגרת כלשהי אחרת".
עם השינויים במפה הפוליטית של המפלגות
בישראל וביטול מפלגת הציונים הכלליים,
שינתה הקופה את שמה ל"קו"ח מרכזית".
ב-1974 התאחדו קו"ח עממית ומרכזית בשם
"קופת חולים מאוחדת".

קופות חולים יזומות ע"י רופאים

בתחילת שנות ה-40 נוסדו קופות אחדות,
ביוזמתם של ארגוני רופאים, ספקי השירו-
תים הרפואיים. העלייה הגרמנית הביאה
לארץ מספר רב של רופאים, אשר לעתים
התקשו למצוא עבודה מתאימה במקצועם.
בימי מלחמת העולם השנייה צומצמו ממדי
העלייה, ובמרוצת השנים 1939—1945 נר-
שמו בס"ה 81,808 עולים, בכללם כ-20,000
מעפילים, אבל מספר הרופאים ביניהם היה
687, כלומר — רופא אחד על 120 עו-
לים בממוצע¹¹. אין פלא, כי למרות המ-

9 ד"ר י. סוס, הודעה אישית.

10 תזכיר הנהלת קו"ח של הציונים הכלליים לוועדה הציבורית לביטוח בריאות מ-15.3.67.

11 מ. סיקרון, "העליה לישראל: 1948 עד 1953". תוספת סטטיסטית. מרכז פאלק למחקר כלכלי
בישראל והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ירושלים, 1957. עמ' 16, 18.

אמצים של המוסדות לקליטתם ולספק להם עבודה במקצועם, אף כדי מחיה מינימלית, פשטה האבטלה בציבור הרופאים. על רקע נסיבות אלו יסדה קבוצת רופאים במאי 1941 את "קו"ח מכבי". רובם היו ממרכז אירופה, דוברי גרמנית, עובדה שהייתה כוח משיכה לגבי ציבור ניכר מבין "העלייה החדשה" מאותם ימים.

בשנותיה הראשונות של קו"ח מכבי היו הרופאים את הגורם הדומיננטי המכריע וכמעט היחיד בהנהלת הקופה. עם גידולה, גובשה שיטת הנהלה בה שותפו גם המבוטחים. רוב החברים שהצטרפו לקו"ח מכבי עם ייסודה לא נמנו עם חברי ההסתדרות, אבל "ברבות השנים הצטרפו חברי הסתדרות רבים, אולם זה עקב עזיבת ההסתדרות או כביטוח נוסף על חברותם בקופת החולים הכללית"¹². הדו"ח שהוגש לוועידת הארצית הרביעית של הקופה ב-1966 קבע¹³: "אחד המניעים להתרחבות הקופה הוא היותה בלתי מסלגתית ונעדרת כל מגמה פוליטית, כאשר השירות הרפואי, הקפ"דני והמסור על כל שלוחותיו, גוונים ושכ"לוליו משמש נר לרגליה".

ציבור המבוטחים שהורכב כמעט כולו מעולי מרכז אירופה, ואשר בחר בקו"ח מכבי מן הטעמים שהוזכרו לעיל, ובגלל נוהלי העבודה הנהוגים בה, קבע את אופיה של הקופה כעירונית בעיקר וכמשרתת את בני המעמד הבינוני ובעלי המקצועות החופשיים. שנה לאחר ייסוד קו"ח מכבי, הקים סניף תל-אביב של ההסתדרות הרפואית בארץ ישראל קופת חולים בשם "אוצר הרופאים". גם היא נוסדה מתוך מניעים כלכליים ורצון ליצור בסיס תעסוקה לרופאים מובטלים.

הסקטורליות של קו"ח הכללית שימשה נימוק טוב וסביר לריבוי הקופות: "קופת חולים הכללית היתה פתוחה רק בפני חברי ההסתדרות הכללית. מציבור גדול של אזרחים בעלי הכנסות נמוכות ובינוניות — גמנעה האפשרות לקבל שירותים רפואיים צבוריים"¹⁴. אוצר הרופאים היה בשליטתה הגמורה של הר"י והוועדה לענייני קופות חולים כתבה עליה בדו"ח שלה¹⁵: "אשר לבקשת קופת חולים 'אוצר הרופאים' מציעה הוועדה לדחות אותה, הואיל וקו"ח זו אינה מהווה ארגון של מבוטחים, אלא של רופאים בלבד, בלי השתתפות מספקת של המבוטחים".

בשנת 1950, כבר לאחר הקמת המדינה, הלך סניף הר"י בחיפה בעקבות הסניף התל-אביבי, ועודד את הקמת קו"ח "שילוח" בחיפה¹⁶. שתי הקופות, אוצר הרופאים והשילוח, פעלו כל אחת באזורה (צפון ודרום), ורוב חבריהן היו מרוכזים בתל-אביב או בחיפה. בתחילת שנות ה-60, בבואן לח"ד ש את בקשתן להכרה ולתמיכה מצד משרד הבריאות התליטו שתי הקופות, בלחץ תנאיו האולטימטיביים של המשרד, להתאחד בדמותה של "קופת חולים אסף". תקנון הקופה החדשה קבע גם סדרים ונוהלים להשתתפות נציגי המבוטחים בהנהלת הקופה (1962). ב-1975 הצטרפה קו"ח אסף לקו"ח מכבי והתמזגה בה.

ביטוח רפואי וסגולותיו בא"י

ההתפתחות הכרונולוגית של הביטוח הרפואי הסוציאלי מתחילתו ועד היום מוצגת בלוח א'.

- 12 הודעה אישית של מנהל אגף ארגון ומינהל בקופה, במכתבו מ-23.5.78.
- 13 קו"ח מכבי, "25 שנה בשירות בריאות העם". הוועדה הארצית הרביעית, ו' באייר תשכ"ו 1966, עמ' 4.
- 14 הודעה אישית של מר א. נחשון, עובד בכיר בקו"ח אסף לשעבר, מ-23.5.78.
- 15 מדינת ישראל, משרד הבריאות, "דין וחשבון הוועדה לענייני קופות חולים", תל אביב, אב תשי"י, יולי 1950, עמ' 36 (משוכפל).
- 16 יש להבדיל בין קו"ח שילוח הנדונה בזה לבין חברת שילוח בע"מ, אשר מרכזת בתל אביב, והיא עוסקת גם בביטוח-רפואי.

1912	—	חקמת קופת חולים של פועלי החקלאות ביהודה ובגליל
1920	—	איחוד קופות החולים של הפועל הצעיר ואחדות העבודה, במסגרת קו"ח של הסתדרות העובדים הכללית
1931	—	ייסוד קופת חולים עממית במושבות (מיסודה של הדסה)
1933	—	ייסוד קופת חולים לעובדים לאומיים
1936	—	ייסוד קופת חולים של הציונים הכלליים (מרכזית)
1941	—	ייסוד קופת חולים מכבי
1942	—	ייסוד קופת חולים אוצר הרופאים ע"י סניף הר"י בתל-אביב
1950	—	ייסוד קופת חולים שילוח ע"י סניף הר"י בחיפה
1962	—	חקמת קו"ח אסף, כאיחוד אוצר הרופאים ושילוח
1974	—	איחוד קו"ח עממית ומרכזית במסגרת קופת חולים מאוחדת
1975	—	התמזגותה של קו"ח אסף בקו"ח מכבי

פתר את השאלה, שכן בידי העולה לא היו נתונים לבחירה ביניהן תוך הבנת התנאים והנסיבות. עובדי הסוכנות שטיפלו בעלייה השתייכו ברובם להסתדרות, וההסברה — במידה שניתנה — היתה מוטה לטובתה. למצב עניינים זה התיחס כבדרך אגב מחקר מעמיק ומקיף על ההתחבטויות שליוו את גיבושו של חוק הביטוח הלאומי¹⁷: "הת-רחבות זאת (של קוח"כ) מומנה ע"י תש-לומי חברים ובעיקר מתמיכה נדיבה של הממשלה. קשה להעריך את היקפה המלא של תמיכה זו משום שהיא ניתנה לקופת חולים בדרכים רבות מאוד. נוסף להקצבות הישירות הוענקו גם הלוואות נוחות לבנין מיתקנים, הוקצו קרקעות למרפאות, הוענקו סובסידיות למי-ניהן; עולים חדשים ומקרי סעד בוטחו בקופת חולים, ושולמו תשלומי מס מקביל של מעבידים ציבוריים וכו'" (ההדגשה שלי — ח.ש.ה.).

נוצר מצב בו נתקיימה קו"ח אחת גדולה, שהקיפה כבר בתחילת המדינה רוב מוחלט של האוכלוסייה המבוטחת כפי שמעיד לוח ב'.

האוכלוסייה המבוטחת בביטוח רפואי היתה

לא כאן המקום להגדיר ביטוח רפואי וסוגיו ולתאר את התכונות של כל אחת מן הקופות בישראל וההבדלים ביניהן. נציין רק כמה מאפיינים של התפתחות הביטוח הרפואי בישראל לפני קום המדינה ולאחריה:

א. האוכלוסייה המבוטחת ריבוי קופות חולים מאפיין את הביטוח הרפואי מתחילתו, אבל משקלן של הקופות השונות באוכלוסייה היה שונה מאוד. בזכות קשריה עם הסתדרות העובדים הכללית ועם מפלגות הפועלים, נהנתה קו"ח הכללית ממעמד מיוחד בממשלה ובמוסדות הלאומיים שנמצאו בהשפעתם של אותם כוחות ציבוריים, עובדה שעוררה לא פעם תרעומת מצד הקופות האחרות והארגונים הקשורים איתם. דבר זה נרמז בתזכירה של הנהלת קו"ח של הציונים הכלליים¹⁸: "הקופה מבטחת את העולים החדשים לפי מתכונת ההסכם הקיים בין הסוכנות היהודית וקו"ח הכללית (לא מעט מאמץ היה דרוש מצדנו, כדי שבתעודת העולה יובא דבר זה לידיעתו של כל עולה, על מנת לאפשר לו בחירת הקופה הרצויה לו)".

פרוט שמות הקופות בתעודת העולה לא

17 תזכיר הנהלת קו"ח של הציונים הכלליים לועדה הציבורית לביטוח בריאות, 15.3.67.
18 א. דורון, "המאבק על הביטוח הלאומי בישראל, 1948—1953". ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, יולי 1975. עמ' 37.

לוח ב': קופות החולים ואוכלוסייתן המבוטחת עם קום המדינה (סוף 1948) 19

נפשות מבוטחות		חברים		הקופה
מס'	%	מס'	%	
325,000	80.9	140,000	84.8	קופת חולים הכללית
41,128	10.2	14,256	8.6	" " לעובדים לאומיים
20,000	5.0	5,000	3.0	" " עממית (אומדן)
6,520	1.6	2,949	1.8	" " מכבי
3,866	0.9	1,304	0.8	" " של הציונים הכלליים
5,277	1.3	1,492	0.9	" " אוצר הרופאים
401,791	100.0	165,001	100.0	סך הכל

בסוף 1948 רק 53% מכלל האוכלוסייה הי- הודית במדינה. בקופת חולים הכללית היו מבוטחים אז קצת יותר מ-40% מתושבי הארץ היהודים. מאז גדלה האוכלוסייה המ- בוטחת בקצב מהיר והקיפה במידה הולכת וגדלה את אוכלוסיית המיעוטים.

לוח ג': האוכלוסייה המבוטחת בביטוח רפואי, 1950—1974 (אלפי נפשות) 20

אוכלוסייה מבוטחת בביטוח רפואי						ממוצעת במדינה (א)	ס"ח (ב)	אחוז מתוך ס"ח האוכלוסייה	
קו"ח אסף	קו"ח מרכזית	קו"ח מכבי	קו"ח עממית	קו"ח לאומית	קו"ח כללית				
..	22(ג)	73	582	1266.8		1950	
..	..	55	35	133	1050	1750.4		1955	
..	40	67	30	161	1440	2117.0		1960	
26	71	134	40	214	1874	2562.6	92.5	1965	
37	..	208	84	237	2087	2974.0		1970	
56	(ה)	275	165(ד)	293	2260	3377.4	3049	90.3	1974

- (א) — כולל אוכלוסייה לא יהודית.
 (ב) — בגלל דיווח בלתי שלם של הקופות ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה לא חושב הס"ח והאחוז באוכלוסיית המדינה, אלא בשנים אשר בהן דיווחו כל הקופות המוכרות.
 (ג) — 1951.
 (ד) — כולל קו"ח מרכזית לאחר האיחוד במסגרת קו"ח מאוחדת.
 (ה) — נכלל בקו"ח עממית.
 המקור: השנתונים הסטטיסטיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

19 מדינת ישראל, משרד הבריאות, "דו"ח הוועדה לעניני קופות חולים", תל-אביב, יולי 1950, עמ' 3.
 20 המספרים המובאים בלוח זה, לפי הדו"חות של הקופות השונות, מוגזמים, מפני שלא היה בקופות מעקב אחרי חברים עוזבים. מקרים של ביטוח כפול נכללו בשתי קופות. עיין: ח.ש. הלוי וש. פלק, "האוכלוסייה המבוטחת ביטוח מחלה בישראל", בריאות הציבור, כרך י', מס' 2, מאי 1967, עמ' 194—206.

המשקל המכריע של קו"ח אחת הפך אותה לגורם דומיננטי שהשפיע על כל התוכניות למבנה שירותי הבריאות והביטוח הרפואי במדינה.

ב. מוסדות עצמאיים

קו"ח הכללית התחילה בשלב מוקדם בהקמת מתקנים ומוסדות משלה. הקופות האחרות, לא הראו נטייה להקמת מוסדות משלהם. אחדות הקימו בתי הבראה שהחזקתם יותר זולה וקלה והם מוסיפים יוקרה מסוימת לבעליהם. את חבריהן אשפזו בבתי החולים של הדסה ומוסדות ציבור אחרים ולאחר קום המדינה — בבתי"ח ממשלתיים ועירוניים. האשפוז ניתן לפי תעריף מוזל, שהיה רחוק מלכסות את המחיר העצמי. היתה בזה תמיכה ניכרת בקופה, נוסף לשחרור מעול המינהל והאחריות לאחזקת בתי"ח. גם קו"ח הכללית אשפזה חלק גדול מחברייה במוסדות שאינם שלה, ונהנתה מאותו תעריף.

פרופ' ג'ון גראנט מאוניברסיטת קולומביה ומוסד רוקפלר בניו יורק, מראשוני המטייפים לשירותי בריאות אזוריים, ומנתח הפרויקט לשיפור שירותי הבריאות בפורטוריקו, כתב באחד ממאמריו בנושא זה²¹: "המכשול היחיד הגדול ביותר להתפתחות הבריאות בארצות רבות נעוץ בעובדה שעם הקמת הביטוח הסוציאלי, שמטרתו הראשונית היא הבטחון, ניתנה האפשרות לסוכנות המבצעת להקים את מוסדותיה לשם הושטת העזרה הרפואית. טעות זאת במינהל נעשית בדרך כלל בשלבים המוקדמים של תהליך התיעוש. עובדי התעשייה הם הראשונים בכל ארץ, להם מספקים ביטוח סוציאלי.

בארצות פחות מפותחות, שכר עובדי התעשייה נמצא הרבה מעל לשכר הממוצע של עובדים חקלאיים ואחרים בארץ. משרד העבודה או הביטוח הסוציאלי מנמק הקמתם של מוסדות רפואיים משלו על ידי אי-ההתאמה של מיתקני משרד הבריאות להספקת הצרכים הרפואיים של העובדים המבוטחים. התוצאה היא שתוך עשרים או שלושים שנה יהיו לאותה מדינה שתי מערכות רפואיות מקבילות וחופפות. השלטונות הרפואיים של הביטוח הסוציאלי הופכים אז "זכות מוקנית" (Vested interest), המהווה מכשול לכל תוכנית של משרד הבריאות לספק שירותי טיפול בריאותי כוללים לציבור כולו, ולא רק למיגזר מסוים כלשהו של האוכלוסייה. שלטונות הבריאות חייבים לעודד אישור תחיקה של בטחון סוציאלי, אך הם גם חייבים להבטיח, שההקצבות לטיפול רפואי ינוהלו על ידי משרד הבריאות. אותו תהליך, בסטיות קלות בלבד, התרחש גם במקרה שלנו. מוסדות קו"ח הכללית הפכו ל"זכות מוקנית", הן של המוסד בכללו והן של חבר עובדיו²².

בעיה זו לא נעלמה מן הדיונים על הביטוח בארץ. ד"ר א. אברמוביץ, שהיה במשך שנים רבות מנהל ביה"ח העירוני בתל-אביב וחבר בוועדה לענייני קופות חולים, שכבר נזכרה לעיל, התייחס לבעיה בהסתייגותו על דו"ח הוועדה²³: "בשאלת האשפוז הייתי רוצה להדגיש פה עוד נקודה אחת, אם בכלל מתפקידה של קו"ח איזו שהיא לנצל את כספיה להחזקת בתי חולים משלה. — האם לא הגיוני יותר להפנות את הסכומים ממס חבר המוצאים על החזקת המיטות, להרחבת השירותים האחרים, כדי להקל על התורים

John B. Grant, "Health Care for the Community", Selected Papers, ed. C. Seipp, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1963, p. 72

22 עיין גם: M. Cherkasky, "Labor, Management, and Hospitals", AJP, 54/3, March 1964, pp. 447-450

23 מדינת ישראל / משרד הבריאות. "דין וחשבון הוועדה לענייני קופות חולים", תל-אביב, יולי 1950, עמ' 37.

ה"כמות" — מספר המבוטחים — כמקור כוחה של קו"ח, גוספה לכך גם "איכות", בצורת מוסדות חדשים ומפוארים משלה. משרד הבריאות וממשלת ישראל אשר במ- שך שלושים שנות קיום המדינה מתלבטים בקביעת עדיפויות בין הצרכים והלחצים המרובים לא יכלו להתחרות עם היד החופ- שית של קו"ח, והפער שנוצר בין מוסדות ממשלתיים לבין מוסדות קו"ח הכללית פעל לטובת האחרונה.

ג. תמיכות בקופות חולים כל קופות החולים נהנות מתמיכות כספיות מגורמים שונים, דבר שהפחית בהן את המודעות לבעיות כספיות ותקציביות, וה- ביא לעתים את ההגהלות להתייחס בקלות לגרעונות שהלכו והצטברו לסכומים ניכ- רים. מגביות למען קופות חולים נערכו בקהילות היהודיות בחו"ל בשיתוף עם הגוף "המאמץ" את הקופה, ושני השותפים נהנו מהן על פי הרוב.

חשיבות רבה נודעה לתעריפי אשפוז נמוכים בבתי החולים הממשלתיים והציבוריים. מאחר שהאשפוז מהווה את הסעיף הגדול והמכביד בהוצאות הבריאות של הפרט והמשפחה, נהגו משפחות להרשם לעיתים בקופות חולים, בעיקר למקרה של אשפוז, ולא נזקקו כלל לעזרתן במקרים אחרים. הקופה שימשה כעין מתווך בין הצרכן לבין ספק האשפוז. האשפוז סופק במחיר זול על חשבון ביה"ח, תמורת דמי חבר של הצרכן בקופה.

מחוץ לתעריפי האשפוז המוזל נהנו קו"ח גם מתמיכות כספיות ישירות עוד מן התקופה

הארוכים במכוני רנטגן, מרפאות וכר, המק- שים כל כך על התברים ולדרוש אשפוז יותר רחב מאת העיריות, הממשלה, הדסה, וכו". הדרישה ממוסדות ומגופים ממשל- תיים לספק את האשפוז לחברי קו"ח לא היתה באה על סיפוקה בנקל, אלא היתה מחייבת אותם לתנופת בנייה רחבה. קשה לשער האם ואיך היו עומדים בתביעה וב- משימה הללו. פניית קו"ח לבנייה עצמית היתה במובן ידוע הפתרון הקל והמהיר, בעיקר אם מביאים בחשבון את העובדה, כי סכומי ההשקעות באו ברובם המכריע — ואולי בשלמותם — מיהדות התפוצות. והרי היה בהקמת מוסדות משלה גם משום תוס- פת כבוד, עמדה ויוקרה לקופת חולים²⁴. אין ספק, כי הבנייה הנרחבת של בתי החו- לים ומוסדות רפואה אחרים ע"י קו"ח הכל- לית תרמה תרומה עצומה לשיפור העזרה הרפואית ואיפשרה להתגבר ללא משברים רבים על קליטת העליות הגדולות. קשה לקבוע, ואפילו לשער, מה היו פני הדברים ואיך היו מתפתחים לולא נכנסה קו"ח לתחום הבנייה, והיתה מפנה דרישה נחרצת בנדון לממשלה ולמוסדות האחרים. קו"ח אפילו לא שקלה סרוב כזה. היא שמחה להיכנס לעובי הקורה של הקמת בתי חולים, ולא אחת גיהלה ויכוח גם עם משרד הבריאות על "זכותה" להקים בתי חולים ביישובים שהממשלה תכננה. העובדה שבידי קו"ח כ בתי חולים משלה וכמחצית צורכי חבריה באשפוז כללי מסופקים על ידם הוסיפה תוקף ויוקרה למוסד כולו וחיוקה את עמד- תו הפוליטית בשדה הבריאות. אם ציינו את

24 בתזכיר שהכנתי ביולי 1956, בשם "הערות להכנסות והוצאות של קו"ח" בשביל ראש הממשלה ד. בן גוריון, סוכם הפרק על "מימון הבנייה ובעית הגרעון" במשפטים הבאים: "...הסיכום בחוברת הנדונה (של מרכז קו"ח) הוא: הבעיה היא — הגרעון בתקציב השוטף. אין זה מדויק. כבר ראינו שההשקעות אינן אלא חלק בלתי נפרד של התקציב השוטף, הנתון בידי הוועד המפקח וחמרכו כמו יתר הכספים. אפשר על כן לנסח את המסקנה הנ"ל גם בצורה הפוכה: ניתן לאזן את התקציב השוטף ללא גרעון; הבעיה היא — הסכומים הדרושים להשקעות. עמדת קו"ח היא שהבנייה היתה והינה "כורח חיוני", אולם נראה לנו שהיקפה ואיכותה צריכים להיות נדונים במסגרת הכללית של האפשרויות והצרכים האחרים".

שלפני קום המדינה. התקדים שקבעה הדסה בתמיכתה בקו"ח הכללית והעממית פעל גם לגבי הקופות האחרות שנוסדו אחר כך. כל הקופות המוכרות (ע"י המוסדות הלאומיים, ואח"כ ע"י משרד הבריאות) נהנו מתמיכות ומהנחות במוסדות ממשלתיים וציבוריים.

בהקשר זה נתעוררה בעית ההגדרה של קו"ח מוכרת וצורת חלוקת התמיכה הכספית ביניהן, ולמטרה זו הקים משרד הבריאות בשנה הראשונה למדינה "ועדה לענייני קופות חולים", אשר בראשה עמד ד"ר אוסטרן (אורן), מנהל האגף לבריאות הציבור. הועדה הגישה את הדו"ח שלה ביולי 1950.²⁵

הועדה הניחה מלכתחילה שקופות חולים צריכות לקבל "עזרה כספית מצד גורמים ציבוריים", וכיון שעזרה זו אינה ניתנת יש להשלים עם ההגבלות המוטלות על חברים "בקשר למחלות שהיו קיימות לפני שהמבוטח נתקבל לקו"ח. לא נוכל לדרוש מקופות החולים הקיימות ויתור על ההגבלות כל זמן שאין מבטיחים להן כיסוי גרעונות"²⁶.

"הממשלה נדרשה להשתתף בהוצאות קופות החולים, הואיל והן נותנות שירותים חיוניים בפרט לאותו חלק של האוכלוסייה, אשר אינו יכול לספק אותם בכוחותיו הוא בלבד. קופות החולים קיבלו על עצמן שירות המוטל בארצות אחרות על הממשלה. מן הראוי, איפוא, שהיא תשתתף בהוצאות השירות הזה."²⁷

כך הגיעה הועדה לבעית מפתח לחלוקת התמיכה. מפתח זה חל על התמיכה הכספית הישרה, ולא נגע בהנחות שניתנו לקופות בקבלת שירותים למבוטחיהן מן הממשלה. שלושה גורמים הביאה הועדה בחשבון לחלוקת התמיכה הממשלתית:

(א) גודל האוכלוסייה המבוטחת בכל קופה;
(ב) איכות העזרה הרפואית הניתנת בקופה, המתבטאת בהוצאותיה לעזרה רפואית;
(ג) מידת ההשתתפות של החברים באספקת השירות הרפואי, המקבלת ביטוי בהכנסות הקופה ממסי חברים. בהתאם לכך ניסתה הוועדה המלצה²⁸, שלא ירדה משולחן הדיונים בין הממשלה לבין הקופות עד היום הזה: "הוועדה הגיעה למסקנה, שיש לבסס את חלוקת ההקצבה בין קופות החולים השונות על שלושת הגורמים — — — ז.א. על ההכנסה ממס חבר, על מספר החברים בביטוח מלא ועל ההוצאות לעזרה רפואית".

המלצה אחרת של הועדה נגעה לזכות הקופה לקבל הסמכה "להגיש עזרה במקרה תאונת עבודה" ועל סמך זה ליהנות מתשלומי מס מקביל. במקום לחייב את הקופות לשיתוף פעולה במקרים אלה, כפי שנהגה הדסה בשנות העשרים הראשונות, קבעה הוועדה הלכה קצרה²⁹: "הוועדה מיעצת להכיר כמוסד רפואי מוסמך (להגיש עזרה במקרה תאונת עבודה) רק קופות חולים המחזיקות סניפים בכל חלקי הארץ". ובמקום אחר הוסיפה באופן ספציפי ומפורש³⁰: "בהתאם לעקרונות — — — ממליצה הוועדה להכיר למטרות הנ"ל (לפי פקודת חוק הפיצויים ולקבלת מס מקביל עבור עובדי הממשלה) רק בקו"ח של ההסתדרות הכללית וקו"ח לעובדים לאומיים, הואיל ואין לחשוב את יתר קופות החולים כארציות וכמסוגלות להגיש את העזרה הדרושה במקרה של תאונת עבודה לעובדי המדינה".

המלצה זו גרמה ל"שטפון" של סניפי קופות החולים השונות בישובים קטנים בכל קצות הארץ. "סניפים" אלה שהעידו על "היקף

25 מדינת ישראל, משרד הבריאות, "דין וחשבון הוועדה לענייני קופות חולים", תל אביב, יולי 1950.

26 שם, עמ' 13.

27 שם, עמ' 31.

28 שם, עמ' 34.

29 שם, עמ' 11.

30 שם, עמ' 36.

ארצי" גרמו לאחר לחץ מתמיד וממושך על משרד הבריאות, להסמכת כל הקופות הנדוניות.

האינפלציה של סניפים קטנים, עם מספר פעוט של חברים, הפכה למעמסה כבדה על הקופות, וגרמה לכפילויות ולבזבז בכוח אדם במקומות ישוב רבים — מחד ולתלונות על חוסר סידורים מספקים — מאידך.

עוד המלצה של הוועדה השפיעה על ארגון של קופות החולים וצורת המינהל בהן³¹: "אין לתת הקצבות לקופות חולים המנוהלות ע"י רופאי הקופה בלבד, בלי השתתפות מספקת של המבוטחים; ואין להסכים שרווחי הקופה יחולקו בין הרופאים".

במקרים מסוימים נאלצו הקופות להכניס שינויים בתקנון ולשתף את המבוטחים בהנהלת העניינים, כדי לזכות בהכרת משרד הבריאות ובהנאות הנובעות ממנה.

נוסף לתמיכה הישירה, שבה טיפלה הוועדה, נהנתה קו"ח הכללית מתמיכת משרד הבריאות במיטות אשפוז. התמיכה שהוענקה לכל המוסדות הציבוריים שלא פעלו לשם רווח, היתה שונה לפי סוג המיטה (כללית, שחפת, מחלות נפש, מחלות כרוניות ושיקום), ומשקלה בעלות המיטה הלך וירד, במידה שעלו הוצאות האשפוז, ומשרד הבריאות נאלץ לחפש דרכים לקימוצים בתקציבו. התמיכה במיטות אשפוז זכתה לביקורת קשה מצד עובדי (בעיקר, רופאי) בתי"ח הממשלתיים, שהתרעמו על כך שבתי חולים, אשר רמתם ותנאי פעולתם טובים משל הממשלתיים, נהנים מתמיכת הממשלה, אשר מטעמים תקציביים אינה יכולה להעלות את רמת מוסדותיה היא.

במשך הזמן הונהגו כמה תמיכות והנחות

שוליות נוספות לקופות. קו"ח הכללית, היתה הנהנית העיקרית בהיותה הקופה הגדולה והמפותחת. עובדה זו איפשרה לה פיתוח וגידול נוספים והרחיבה את הפער בינה לבין הקופות האחרות. התמיכות שימשו נושא קבוע לויכוח בין משרד הבריאות וקופות חולים שתבעו רביזיה של הגישה לחלוקה וקביעת קריטריונים חדשים מותאמים לנסיבות, שנוצרו כתוצאה מן ההתפתחויות בקופות השונות. ויכוח זה מצא את ביטויו בדו"ח של מבקר המדינה³², במינוי של ועדות משרדיות ובשיתוף חברי כנסת, שהתבקשו להגיע להמלצות שישביעו את רצון הצדדים. בעקרונות החלוקה לא הוכנסו שינויים עד שנות ה-70 הראשונות, כאשר הוחלט לבסס את התמיכות על חמישה קריטריונים³³: (1) פעילותה של הקופה באזורים קשים של המדינה (אזורים ספר, עיירות פיתוח, וכד'); (2) הסכומים שהקופה גובה מאת ציבור חבריה, היינו — העומס הכספי המוטל על המבוטחים, או לברירה — הוצאת הקופה להספקת טיפול רפואי; (3) מספר הנפשות המבוטחות בביטוח מלא; (4) מספר הנפשות המבוטחות בביטוח חלקי; (5) דרגת מסים סוציאלית פרוגרסיבית. גם המפתח המתוקן לא השביע את רצון הקופות מנקודת הראות של גודל התמיכות שקיבלו. הקופות "הקטנות" המשיכו להתאונן, כי במתן ההנחות והתמיכות ישנה הטיה לטובת קו"ח הכללית.

בענין התמיכות יש להזכיר התפתחות נוספת, שחלה בשנות השישים, שהיתה לה, אולי, השפעה על מעמד הקופות כלפי הממשלה. עם התיקרות הטיפול הרפואי והעלייה הגדולה בהוצאות, הלך והחמיר המצב הכספי של הקופות וגדלו גרעונותיהן. הן היו מוכ-

31 שם, עמ' 17.

32 דו"ח מבקר המדינה מס' 19, עמ' 176—179.

33 תזכיר סגן מנחל כללי של משרד הבריאות למנחל הכללי מ-25.2.70 "בענין מפתח לחלוקת התמיכות הכלליות לקופות חולים".

הוועדה להפעלת הנוסחה החדשה לחלוקת התמיכות לקופות החולים. דו"ח למנחל הכללי מ-12.8.70.

שתי התעודות בתיק 15/15 א בארכיון משרד הבריאות.

נות להעלות את מסי החברים, כדי לכסות, לפחות חלקית, את ההוצאה הנוספת. למגמה זו התנגד האוצר, שחש שמא העלאתם של מסי קו"ח ישפיע על מדד יוקר המחיה, ויגרום לגידול תוספת היוקר. האוצר נהג כלפי הקופות בגישה פטרנליסטית, והבטיח לדאוג להקצבות חד-פעמיות או להלוואות בתנאים נוחים, וכל זאת בתנאי שיימנעו מהעלאת המסים. הנהלות הקופות התרגלו בדרך זו לראות באוצר את "הדוד הטוב", שיבוא לעזרה בשעת מצוקה ויציאן מבין הגרעונות הגדלים. רגש האחירות כלפי היציבות הכספית והאיזון התקציבי של מוסדותיהם הלך ונחלש.

ד. הגבלת זכות לביטוח ראינו לעיל שאחד הקריטריונים לחלוקת התמיכה הממשלתית היה גודל האוכלוסייה המבוטחת. מספר החברים והנפשות המבוטחות בלבד אינו מבטא נכונה את זכאות האוכלוסייה לתמיכה. חשובה רמתה החברתית והכלכלית של האוכלוסייה המבוטחת, ובאיזו מידה ניתן להטיל עליה עצמה את הדאגה למילוי הצרכים הרפואיים. על מדוכה זו ישבה כבר הוועדה לענייני קופות חולים, אשר כתבה על נושא זה³⁴: "שלוש קופות חולים משמשות בראש ובראשונה את מעמד העובדים (קו"ח של הסתדרות העובדים הכ"לית, של העובדים הלאומיים, של הציונים הכלליים). בשתי קופות החולים האחרונות מקבלים גם חברים, אשר אינם שייכים למעמד העובדים; בקו"ח הלאומית מהווים החברים האלה כ-33%, ובקו"ח של הציונים הכלליים כ-20%. יתר הקופות מטפלות בעיקר באנשי המעמד הבינוני. ההשתייכות לאחת משתי הקבוצות אינה קובעת אמנם תמיד את המצב הכלכלי".

"נשאלת השאלה אם ובאיזו מידה על הממשלה לתמוך בקופות החולים המטפלות גם

באנשים בעלי אמצעים ניכרים. לדעתנו צריכה הממשלה להקדיש את אמצעיה בעיקר לאותן השכבות הזקוקות לכך, וגם מעמד הרופאים מעוניין שקו"ח תגשנה את עזרתן רק לאותם אנשים, אשר אין באפשרותם לשלם בעד שירות של רופאים פרטיים. מהסברות באי כוח קופות החולים קיבלה הוועדה את הרושם שעל פי רוב מקיפות קופות החולים לים רק חברים שהם עובדים שכירים או עובדים עצמאיים בעלי אמצעים מוגבלים. מספרם של עובדים עצמאיים בעלי אמצעים בקופות החולים הוא בלתי ניכר. קו"ח של "אוצר הרופאים" קבעה "צנו" כלכלי לקבלת חברים, ז.א. משתדלת לא לקבל כחברים בקו"ח זו אנשים בעלי אמצעים ניכרים. ועדת רופאים של קו"ח זו מחליטה על כל הבקשות לקבלת חברים מבחינה זו".

במובאה זו נראים סימני ההתנגדות של ציבור הרופאים להתפשטות הביטוח הרפואי, שהיה עלול "לגזול" את לקוחותיהם בכוח. ה"צנו" הונהג לא רק ב"אוצר הרופאים", כי אם גם בקופות החולים האחרות, אם כי יש להניח שהוא הופעל ביתר הקפדה ב"אוצר הרופאים", שהיתה בהנהלתם ובפיקוחם הבלעדי של הרופאים. אמנם ראינו כבר, שגם בקופות אחרות נתקבלו חברים רק עד "תקרה" מסוימת של הכנסה. אולם על ידי ה"צנו" הוגבלו הקופות בעיקר לאוכלוסייה הנושאת סיכונים גדולים, והדבר הכביד על האיזון בין הפרמיות והגימלות. מעמדת הוועדה הנ"ל הסתייג אחד מחבריה, ד"ר אברמוביץ³⁵, שקיבל גם הוא את גישת הרופאים אבל התנגד להצגתה במעטה המעמדי: "מתקבל הרושם, כי את אוכלוסייתנו אפשר לחלק ע"פ סימנים אבסולוטיים למעמדות שונים הנושאים עליהם את סימני ההיכר של המעמד. להשקפה זו קשה לי להסכים, כי בנין החברה בארצנו אינו נותן יסוד לזה. ומפני זה הייתי נמנע מלחלק את האוכלוסייה, על כל פנים

34 דו"ח הוועדה לענייני קופות חולים, עמ' 4.

35 שם, עמ' 37.

ביחס להשתייכות לקופות ביטוח נגד מחלה, לפועלים, לאנשי מעמד בינוני וכו', אלא הייתי מייעץ להשתמש אך ורק בפרינציפ של צנז כל כלי. בסיס הצנז הכלכלי הוא יותר צודק באשר לא סוד הוא, כי האיש אשר יש לו בית מלאכה קטן, ובגללו נשללת ממנו הרשות התיאורטית להשתייך על סוג "העובדים", מצבו הכלכלי של האיש הזה לעתים רע. יותר מאשר מצבו הכלכלי של סקיד באחת החברות הנמנות על מוסד "העובדים".

גישות אלו נשתבשו ובטלו עם השינויים בכלכלת המדינה, בשכר וברווחים, אולם ניתן לגלות גם לאחר שנים עקבותיה של חלוקה זו ל"עובדים" ול"עצמאיים" עם מסקנות שהן מוטעות לעתים.

רשויות מקומיות

התעכבנו על מיגזר הביטוח במערכת שירותי הבריאות בארץ, על ראשיתו ועל קווי התפתחותו. דרך אגב, כבר נגענו ברשויות המקומיות. כמוזכר לעיל, מדיניות משרד הבריאות בשנות המדינה הראשונות היתה ששירותי הבריאות עתידיים לעבור לידי הרשויות המקומיות, ובינתיים ישמש להם המשרד רק כנאמן זמני עד שיתאפשר ביצועה של העברה זו.

עוד לפני הקמת המדינה, תכננה הדסה להעביר את שירותיה למוסדות הישוב היהודי, לפי תנאי הזמן. מדיניות זו התאימה למגמה הנהוגה בעולם, שענייני בריאות צריכים להימצא בסמכותם של מוסדות השלטון המקומי והקרובים אליהם. זה יוצר הבנה טובה בין הצרכנים והספקים, תאום עם התנאים המקומיים, הענות גבוהה לדרישות ולמשאלות המקומיים.

למגמת ריכוז ענייני הבריאות בשלטון המקומי ניתן ביטוי בתקנון "מפעל הפיס", שבא לסייע בהקמת מבנים ובפיתוח מוסדות בריאות וחינוך. לפי התקנות המקוריות היתה

הזכות ליהנות מהלוואות ומתמיכות מוגבלת למוסדותיהם של הרשויות המקומיות. לא משרד הבריאות ולא קופת חולים יכלו ליהנות מסיזעו של מפעל הפיס להקמת מוסדותיהם. כדי לעקוף הגבלה זו הוקמו גופים משפטיים משותפים לקו"ח ולרשויות המקומיות בפתח תקוה ובעפולה, שאיפשרו להעזר ע"י הפיס להרחבת בתה"ח השרון ועפולה. אולם לא היו לכך תוצאות במעורבות היוזימית של הרשויות בהנהלת שירותי הבריאות ובאחריות להם. לאחר שנים נאלצו להכניס שינויים בתקנון, שאיפשרו גם למשרד הבריאות או "מוסד מוכר אחר" ליהנות ממנו.

מדיניות הביזור הממשלתית באה לידי ביטוי בשני מקרים ספציפיים. כשהחליטה הדסה להעביר את ביה"ח שלה בצפת, דרש משרד הבריאות, שהבעלים החדשים של המוסד תהיה עיריית צפת. המשרד הבטיח לעירייה עזרה כספית והדרכה מינהלית, והעירייה, ללא התלהבות, הסכימה להסדר. במשך תקופה מסוימת התנוסס על הבנין שלט של "ביה"ח העירוני צפת", ומשרד הבריאות הקפיד על צורת פנייה זו בתכתובת. אולם אמצעים מלאכותיים אלה לא הועילו ונשכחו עד מהרה. כיום מתנוסס בצפת לתפארת ביה"ח ממשלתי ע"ש רבקה זיו.

מקרה יחיד של הצלחה היה בשירותי הרפואה המונעת האישית בעיר ירושלים. הם היו מנוהלים ומוחזקים ע"י הדסה, שכן העירייה סרבה לקבלם מידה ותבעה את העברתם לממשלה. משרד הבריאות התעקש, ובאיום על סגירת השירותים כפה על העירייה את קבלתם לרשותה. מאז התפתחו שירותים אלה, ונראה כי אין העירייה מתחרטת על הענותה לדרישת הממשלה.

אבל מצב הרשויות המקומיות במדינה לא איפשר להטיל עליהן בהיקף רחב את עול שירותי הבריאות. הרשויות המקומיות היו צעירות לימים ברובן המכריע, בלתי מבוססות ולא נוצר בהן עדיין מאגר של עסקנים מקומיים מסורים. מצב זה גורם לריבוי זעזועים ולהעדר קו עקבי ורצוף בהנהלת הענף

יינים. בגלל גילן הצעיר לא התפתחו עדיין ברשויות המקומיות רגש "הגאווה המקומית" והשאיפה לגלות יכולת. הרשויות המקומיות עמוסות בנושאים רבים ושונים, שנבעו ונרבי-עים מתוך הגידול המהיר בעקבות תהליך העלייה והקליטה.

הדינמיות של השירותים גדולה ויציבותם חלשה. הפחד והחששות של הרשויות מנטילת אחריות לשירותי הבריאות מובנת בנסיבות אלו. מאידך, לשירותי הבריאות היה דואג ואפטרופוס. לא היתה סכנה שאם הרשות המקומית לא תקבל את השירות היא תתמוטט. אדרבה, היה בטחון גמור, שמשרד הבריאות או קופת חולים יטלו את המשימה על עצמם, לעתים אפילו בשמחה.

לא בנקל ולא בבת אחת נסוג משרד הבריאות ממדיניותו ביחס להעברת האחריות לשירותי הבריאות לרשויות המקומיות. כבר בפברואר 1952 נשמעו קולות ראשונים בכיוון זה. בתזכיר פנימי שהוגש למנכ"ל, ובו נסקר מצב שירותי הבריאות במדינה נאמר בין היתר: "... נכון שלא להתחיל כבר בשלב זה בדצנטרליזציה והעברת הסמכויות בשטח האשפוז, הרפואה המונעת וההגינה הציבורית לרשויות המקומיות. דבר זה יכול להעשות רק באופן איטי והדרגתי במידה שהשירותים יתבססו ויקבלו את צורתם המגובשת מצד אחד, ובמידה שהרשויות המקומיות תתבססנה ותקמנה את המנגנון שיהיה מסוגל להמשיך להפעיל ולנהל באופן יעיל... לפי שעה ובתנאים הנוכחיים אין ספק שעל ידי טיפול מרכזי בעניינים ניתן לחסוך הרבה כספים, מרץ וכוח עבודה, וצו השעה הוא על כן תאום מלא של שירותי הבריאות במדינה בהדרגתה ובכיוונה של הממשלה".

עם חלוף השנים חדלו להזכיר את הכוונה להעביר את שירותי הבריאות לרשויות המקומיות. במקום זה היתה תנועה בכיוון הפוך.

העברת שירותים מהרשויות המקומיות לשל-טון המרכזי: שני בתי החולים העירוניים בת"א ובחיפה הועברו לאחריותו התקציבית והמינהלית של משרד הבריאות, אם כי מוסיפים להיקרא רשמית "עירוניים-ממשלתיים"³⁶.

בשנת 1976 עשתה עיריית חיפה צעד נוסף בהחליטה לחסל את המרפאות שהיו ברשותה ואשר שירתו בעיקר את השכבות העניות ומקבלות הסעד בין התושבים. היות ומשרד הבריאות אינו מקים שירותים כאלה החליטה העירייה להעביר את שירותיה לקופת חולים, אשר התחייבה "להגיש את השירותים הרפו-איים לכל הזכאים להם, לפי רשימת האגף העירוני לשירותי רווחה"³⁷.

בסך הכל פעלו בשנים הראשונות של המדינה שלוש סוכנויות רפואיות ארציות: משרד הבריאות, קופות חולים והדסה. בעוד שהדסה נסוגה מרצונה הטוב ונמצאה בתהליך של העברת רוב מוסדותיה לידי גופים מקומיים, התנהל מאבק על התפשטות בין משרד הבריאות לבין קופת חולים ההסתדרותית. קופות החולים האחרות השתדלו להתרחב על ידי הקמת סניפים נוספים. בתזכיר פנימי שהוגש על ידי בפברואר 1952 למנהל הכללי של משרד הבריאות סוכם המצב בשורות הבאות: "מוסדות הצדקה שפעלו בארץ והניחו בשטחים שונים את היסוד למפעל הבריאות בארץ הולכים ומשתחררים מעול מוסדותיהם, מצמיצמים את היקף פעולותיהם ובאים בתביעות הולכות וגדלות לתמיכות מצד הממשלה. מוסדות אלה יכלו להחזיקם באחריותם המלאה במצב של יציבות בארץ, מחירים קבועים והיקף מוגבל. עם העלייה היה צורך להרחיב את השירותים, כדי להכליל בהם מספרים הרבה יותר גדולים של נהנים ואת זה לא יכלו המוסדות לעשות ללא סיוע... הדסה החליטה להתמסר בעיקר, וכמעט באופן אקס-

36 עיון בנדון: ח.ש. הלוי. "מתכונת המינהל בבריאות הציבור והשלכותיה", בריאות הציבור, כרך י"ז, מס' 2, מאי 1974, עמ' 147-160, ובמיוחד עמ' 6-155.

37 דבר, 20.5.75: המלצה להעביר את שירותי הבריאות העירוניים בחיפה לידי קופות החולים, ודבר, 25.8.76: אושרה העברת שירותי הבריאות בחיפה לקופ"ח.

קלוזיבי, להקמת ביה"ס לרפואה ופיתוחו, ולשחרר למטרה זו את האמצעים העומדים לרשותה. ... קו"ח של ההסתדרות... גם היא באה בתביעה לתמיכה ועזרה מצד הממשלה. מאידך, הרשויות המקומיות עדיין צעירות במדינה וחסרות את המנגנון והמסורת להקמת מוסדות ולהנהלתם היעילה". מוסדות הבריאות לא היו מוכנים להסיק את המסקנה מתקומת מדינת ישראל ולהעביר את משאביהם ושירותיהם לרשות המדינה תוך נכונות להסתגל בצורת הארגון לתנאים חדשים. תביעתם היתה, שהמדינה תעמיד לרשותם את האמצעים והמשאבים להמשך פעולותיהם במסגרות הרבות והשונות.

"ועדת קנב" הראשונה

מצב עניינים זה לא היה צפוי ונראה מראש. בין החלטת האו"ם בכ"ט בנובמבר 1947 לבין ההכרזה על הקמת המדינה ב-15 במאי 1948 פעלה מטעם המכון לחקר סוציאלי ליד ההסתדרות העובדים הכללית ועדה שהכינה תוכנית ראשונה לביטוח סוציאלי במדינה העתידה לקום³⁸. המלצותיה פורסמו בימי הקרבות המרים של מלחמת הקוממיות ביוני 1948, ולכן לא היה להן הד רב, וכמעט שלא נקלטו בציבור. הוועדה המליצה לשמור על מערכת הביטוח הסוציאלי במסגרת ההסתדרות, אם כי "היה ברור, כי כל המערכת תנוהל על בסיס ממלכתי מאוחד ולא על בסיס פוליטי או מעמדי, כפי שנוהלו קודם לכן מוסדות הביטוח הסוציאלי של ההסתדרות". א. בקר נתן ביטוס והסבר לעמדה זו בדיונים³⁹: "לא הבינתי מה יהיה מקומה של ההסתדרות בכל הענין הזה. בארבע השנים

נים הבאות, ארץ ישראל עוד לא תהיה מדינה סוציאליסטית. לעת עתה מובטחת לנו קואליציה, ונצטרך להיאבק הרבה על שלטון הפועלים".

דעה זו לא היתה היחידה בחוגי ההסתדרות. לעומתה קבע פנחס לבון⁴⁰, כי "צריך יהיה לשנות את המבנה של מערכת הביטוח הסוציאלי; את השירותים הסוציאליים צריך להפוך לשירותים מחייבים, המשרתים את כלל העובדים במדינת ישראל, והבנויים על מסי העובד... ההנהלה של השירותים האלה תצטרך להיות מורכבת מבאי כוח המבוטחים ושותפות הממשלה". לבון חזר וקבע במפורש, כי להסתדרות "אין עניין בזה שהשירותים ישארו רק שלה".

בסוף נובמבר 1948, כחצי שנה לאחר קום המדינה, מינה א. קפלן, שר האוצר, ועדה בינמשרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי. בוועדה השתתפו המנכ"לים של משרדי האוצר, העבודה, הבריאות והסעד, וכל אחד מהם מינה לעצמו סגן שהיה גם כן חבר הוועדה. למרכז הוועדה נתמנה י. קנב, יו"ר מרכז קו"ח באותה תקופה.

"כל הגופים שהעידו בפני הוועדה הבינמשרדית הביעו את דעתם באופן גלוי, כי המדינה צריכה לקבל על עצמה את האחריות הישירה לניהול שירותי הבריאות"⁴¹. ד"ר ח. שיבא (אז ראש השירות הרפואי של צה"ל) קבע, כי "ישנו רק פתרון אחד לבעיות הרפואיות בכל ארץ — ובישראל במיוחד — והוא הלאמת הרפואה". גם ד"ר ג. יוספטל, שעמד בראש מחלקת הקליטה של הסוכנות היהודית, והכיר את בעיית העלייה ההמונית, הצהיר ש"הבעלות על השירות הרפואי צריכה להיות בידי הממשלה". י. רוקח, ראש עיריית ת"א וב"צ מיכאלי, כב"כ חבר המועצות

38 תאור מפורט של ועדה זו, דיוניה והמלצותיה ראו: א. דורון, "המאבק על הביטוח הלאומי בישראל, 1948—1953". סדרת פרסומים בנושאי רווחה ועבודה סוציאלית מס' 10, האוניברסיטה העברית בירושלים, יולי 1975, עמ' 7—12.

39 שם, עמ' 11.

40 שם, עמ' 13, מתוך הפועל הצעיר, 8.6.48, עמ' 20 ו-22.6.48, עמ' 6.

41 א. דורון, "המאבק על הביטוח הלאומי", עמ' 19—22.

המקומיות, תמכו בדעה זו. בתזכיר של חבר המועצות המקומית נתבעה הקמת שירות בריאות ממלכתי, והובעה התנגדות להמשך קיומן של קופות החולים. ועידת ההסתדרות הרפואית ב-23.5.49 קיבלה החלטה, שתמכה בביטוח בריאות חובה לכל האוכלוסייה, בת-נאי ש"הבעלות על הביטוח תהיה בידי הממשלה". יו"ר הוועדה, י. קנב, טען בתחילה, כי זהו בזבוז כספה ומרצה של האומה". אבל בלחץ קרנות הביטוח וקופות התגמולין ההסתדרותיות שינה את דעתו, והצהיר בשלב מאוחר, כי הוא "מתנגד למיזוגן של הקופות בתוך השיטה העתידה של הביטוח" ויש להשאירן "בצורתן החופשית ולא האובליגטורית".

גישה כפולה זו באה לידי ביטוי גם בדו"ח הוועדה הבינמשרדית⁴². הוועדה נמנעה מלקבוע עמדה ברורה וחד-משמעית. בדברה על "הארגון והנושא של הביטוח הסוציאלי" מציעה הוועדה לממשלה לבחור באחת מארבע השיטות האפשריות, אשר לפיהן נושא הביטוח יהיה (1) המדינה בלבד; (2) אגודות שונות של מבוטחים וארגוניהם; (3) מוסד אחיד של המבוטחים, בלי השתתפות המדינה; (4) מוסד אחיד ומשותף של המבוטחים והמדינה גם יחד⁴³. לגבי כל אחת מאפשרויות אלה מונה הדו"ח את יתרונותיה וחסרונותיה. מתוך נוסח הדברים ותאור המצבים שיתוארו בכל מקרה, נראה כי הוועדה נטתה לאפשרות הרביעית: "לפי שיטה זו קיימת אוטונומיה של המבוטחים במוסדות הביטוח, והנהלה עצמית משלהם — במקומות ובאזורים. אולם ההנהלה המרכזית נשאר ארת בידי המדינה. ליד ההנהלה המרכזית קיימת מועצה ציבורית, המורכבת מבאי כוח המבוטחים והממשלה, המדינה דורשת לעצמה את הזכות להשתתף באופן ישיר בהנהלת

הביטוח, כדי לבטא בזה את האינטרסים של הציבור כולו בביטוח הסוציאלי, וכדי להשפיע על מהלך העניינים על יסוד השתתפותה בתקציב הביטוח" (עמוד 37).

בגמר תאורן של ארבע האפשרויות תובעת הוועדה בפרק על שיטה אחידה בביטוח "בלי קשר לשיטה הארגונית... ריכוז של כל ענפי הביטוח הסוציאלי במוסד אחד", עם שיטת גבייה אחידה ולשכת גבייה אחת, ועם תקנות אחידות להגשת עזרה רפואית ולשיטת הענקת. לסיום הוסיפה הוועדה, כי "אם יצטרכו לקבוע תקופת מעבר למי-זוג קופות החולים לקו"ח אחידה, יש לקבוע תנאים להכרת קופות החולים השונות כבעלות כושר ביצוע למילוי חובת ביטוח מחלה". הוועדה סברה, כנראה, כי תקופת מעבר כזאת אינה הכרחית ואפשר לבצע את האיחוד בלעדית. המגמה היתה "מיזוג קופות החולים", אבל הוועדה לא קבעה יעד זה במפורש, והנושא נשאר מעורר-פל ולא ברור. ד"ר א. דורון, שעשה עבודת מחקר מעמיקה בנושא, הגיע לידי מסקנה⁴⁴, כי "רצונן של מפלגות הפועלים לנהל את מוסדות הביטוח הסוציאלי באופן בלתי תלוי במדינה... ובדרך זו תובטח התוכנית כולה מפני מעשיה של ממשלה אנטי-פועלית עוינת, העלולה לקום בעתיד... התוצאה האפשרית היחידה של קבלת התכנית שהועדה ע"י הוועדה, היתה בודאי הקמת "ממלכה" עצמאית נוספת במדינת ישראל, הפועלת כמתחרה לממשלה".

הדו"ח של הוועדה הבינמשרדית הוגש לגבי ג' מאיר, שרת העבודה, בתחילת פברואר, 1950, אבל האוצר עיכב את פרסומו, כדי למנוע לחצים על תקציב המדינה לצורכי הבטחון הסוציאלי. תוכן הדו"ח דלף לעתונות ועורר התנגדות חריפה בעתונות "האזרחית"

42 תוכנית לביטוח סוציאלי בישראל. דו"ח הוועדה הבינמשרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי, משרד העבודה והביטוח העממי (חסרה שנת פרסום).

43 שם, עמ' 38—34.

44 א. דורון, "המאבק על הביטוח הלאומי בישראל", עמ' 30.

ובכמה חוגים נוספים⁴⁵. לדו"ח זה אשר הותר לפרסום לאחר שלושה חודשים, "תוך הערה שאינו משקף מדיניות רשמית", היתה השפעה על הקמתו וגיבושו של המוסד לביטוח לאומי. את הביטוח הרפואי הוצע בדו"ח הוועדה לבצע בשני שלבים⁴⁶: הראשון כלל אשפוז חינום ורפואה מונעת לכל האוכלוסייה, עזרה רפואית אמבולטורית למחוסרי אמצעים ולכלל העובדים והחקלאים; השני כלל הרחבת ביטוח המחלה לכל האוכלוסייה. ההצעה להפריד את החלת ביטוח האשפוז הכללי מן הביטוח הרפואי לעזרה אמבולטורית, עוררה נטייה להסתפק "לפי שעה" בביטוח אשפוז. אולם הנסיון בקנדה בשטח זה והחשש מפני לחץ מוגבר. שיווצר על מיתקני האשפוז המצומצמים הסירו הצעה זו מן הפרק.

"ועדת קנב" השנייה

ב־13 ביוני 1957 הוציא מר מ. גמיר, שר העבודה הממונה על הביטוח הלאומי, כתב מינוי לחברי הוועדה לתכנון ביטוח בריאות כללי. היקף טיפולה הוגבל לביטוח בריאות בלבד, אך לעומת זאת הורחב הרכבה: "נוסף ל־4: המנהלים הכלליים של משרדי הממשלה שהיו בוועדה הראשונה, נימנו עם חברי הוועדה: המנהל הכללי של משרד הפנים, מנהל המוסד לביטוח לאומי וכן 5 רופאים; שנתמנו בהתחשב עם סגולותיהם האישיות, נסיונם ומעמדם בציבור, וכן שלושה חברים נוספים, נציגי מוסדות רפואה וגופים ציבוריים במעמד של דעה מיעצת"⁴⁷. על צירוף שלושה חברים בזכות דעה מיעצת, מספר אחד מהם⁴⁸: "אחרי מו"מ עם שר העבודה, שמטעם משרדו פועלת הוועדה, צורף נציג

ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדה, בדעה מיעצת ובלי זכות הצבעה, אולם עם זכות להגיש הסתייגויות, לחתום על הדו"ח או על דו"ח של מיעוט, להגיש הצעות וכו'. יחד עם זאת צורף גם נציג ביה"ס לרפואה, ובדמשך הדיונים — נציג קופת חולים לעובדי דים לאומיים, דהיינו — חבר מפלגת חרות, גם הם באותם תנאים".

מלכתחילה לא צורפו לוועדה נציגים רשמיים של ההסתדרות הרפואית ושל ביה"ס לרפואה, היחיד באותה תקופה.

השינוי העקרוני היה בהכללתו בכתב המינוי של סעיף 52 מקווי היסוד של הממשלה, שקבע: "הממשלה תחתור להרחבת חוק הביטוח הלאומי, כדי התקנת ביטוח בריאות כללי לכל האוכלוסין במדינה; ואשר לארגוני המבוטחים יוגשם הביטוח באמצעות קופות החולים שלהם, תוך מניעת כפילויות במתן עזרה רפואית, השלמת החסר וכדומה. הנחתם האוטונומית של ארגוני המבוטחים תישמר במסגרת חוק ביטוח בריאות כללי של המדינה. הממשלה תמנה ועדה לבחון את הצרכים והאפשרויות של ביטוח בריאות כללי כנ"ל על חשבון המדינה, המבוטחים ונותני העבודה".

כמוזכר לעיל, היו בהסתדרות חילוקי דעות בשאלת העברתם של שירותי הבריאות לידי הממשלה והלאמת קופות החולים. הסעיף הנ"ל בקווי היסוד מוכיח את נצחון ה"בדלנים", שהתנגדו לאיחוד כל קופות החולים בקופה ממלכתית אחת, ותבעו את המשך קיומן של "הקופות הקיימות". שמירה על ריבוי הקופות יחד עם דרישה למניעת כפילויות טירפדו את מסקנות הוועדה והמלצותיה. ב־18.3.59 הגיש יו"ר הוועדה, מר י. קנב, את הדו"ח לשר העבודה. בדיקת ההמלצות וצורת קבלתן מגלים את חולשתן.

45 שם, עמ' 32—33.

46 תוכנית לביטוח סוציאלי בישראל, עמ' 8.

47 שר העבודה בהקדמתו ל"תוכנית לביטוח בריאות כללי לישראל", הוצעה על ידי הוועדה לתכנון ועדיין לא נדונה על ידי הממשלה לפרטיה, ירושלים (בלי ציון שנה), עמ' ג'.

בוועדה היו, כאמור, 12 חברים מלאים ושלושה חברים בדעה מיעצת. שלושת המ-גויים האחרונים נקבעו כתוצאה מלחצה של דעת הקהל נגד מינוי ועדה בעלת אופי חד-צדדי מלכתחילה. ואמנם התוצאות מעידות על ההתחלה: המלצות הרוב בוועדה היו על חודו של קול: 8 קולות בעד לעומת 7 נגד. הוועדה חזרה על המלצת קודמתה ביחס לשני השלבים בביצוע הביטוח. בעוד שבי-טוח אשפוז יחול על כל האוכלוסייה, הבי-טוח של טיפול אמבולטורי יכסה בשלב הראשון רק 80% מכלל האוכלוסייה. בכך ראו, כנראה, פתרון מסוים לבעית הרופאים ובתי המרקחת הפרטיים, אשר חששו לפר-נסתם עם הנהגת ביטוח בריאות כללי. לצד הארגוני של הביטוח קבעו המלצות הרוב *48:

"76. בהתאם לקווי היסוד של תוכנית הממ-שלה... יבוצע ביטוח בריאות של חובה באמצעות קופות חולים של מבוטחים.

77. מבוטחים המשולבים בקו"ח מסוימת יראו אותם כמשולבים לצורך הביטוח ולא יצטרכו להודיע על הצטרפותם, אך תהיה להם רשות לעבור מקופה לקופה במשך תקופה שתיקבע בתק-נות. המבוטחים שעדיין אינם משולבים בקו"ח זו או אחרת, יבחרו באחת הקופות המוסמכות — מאלו הקיימות או שתווסדנה בעתיד — גם לצורך קבלת העזרה הרפואית".

על הדו"ח הכללי של הוועדה חתמו כל חבריה, אבל 7 מהם "הוסיפו ליד חתימתם את המשפט: כפוף להסתייגותי המצורה-פוט" *49. ההסתייגות של חמישה מתוך השיבעה קבעה *50:

1. "... מסתייגים אנו עקרונית מהתוכנית הזאת, המנוגדת למגמה הראשית של קווי היסוד של הממשלה, היוצרת אי שוויון בין ארגוני המבוטחים הקיימים — לביניהם עצמם ולבין האוכלוסייה שאינה נמנית על ארגונים אלה, מג-בירה את השפעת הגורמים הפוליטיים על ענייני הבריאות, ממשיכה את שי-טות הכפילות ואי היעילות בפעולה הרפואית, וגורמת ע"י כך לבזבז כו-חות אדם וכספים לפרט, למשק הארץ ולאוצר המדינה כאחד.

2. אנו משוכנעים, שביטוח בריאות כללי ניתן לביצוע מקיף ויעיל לכל האוכ-לוסייה במדינה ע"י הרחבת החוק לבי-טוח לאומי, באמצעות המוסד הממלכתי הקיים, תוך תיאום עם משרד הבריאות, ובשילוב שירותי קופות החולים הק-יימות, בלי פיצול וכפילות וללא כל מעמסה כספית נוספת על משק המ-דינה".

חבר נוסף של הוועדה, ד"ר ש. בטש מנכ"ל משרד הבריאות, כתב בהסתייגותו *51: "אני בדעה, כי ביטוח בריאות ממלכתי חייב להיות מבוסס על עיקרון של ביטוח כולל לכל האוכלוסייה ומסתייג באופן עקרוני מכל תוכנית, אשר מעניקה ביטוח כולל לחלק מן האוכלוסייה בלבד... אני מסתייג מפרטי ההצעות למימון ולארגון הביטוח. אולם אין בדעתי לפרטם כאן, הואיל ותיקונם תלוי בקבלת העיקרון של ביטוח ממלכתי אחיד וכולל". (ההדגשה שלי — ח.ש.ה.)

נציג קו"ח הלאומית, מר ד. מלמדוביץ, כתב בהסתייגותו בין היתר *52: "אם כי תוכנית זו נערכת בתנאי זמן מיו-

48 ד"ר פ. נח, מאמר ראשי, מכתב לחבר, מס' 436, 1 בדצמבר 1958, עמ' 431.

*48 תוכנית לביטוח בריאות כללי לישראל, עמ' 21.

49 שם, עמ' 23.

50 שם, עמ' 33.

51 שם, עמ' 25.

52 שם, עמ' 31.

חדים — קליטת עלייה, הוצאות בטחון מרו-
בות והפיתוח הכלכלי הנרחב שמטילים עומס
רב על משק הארץ ואוצר המדינה, ואם כי
תוכנית זו נערכת בתקופה של התקדמותו
המהירה של מדע הרפואה, המעלה בתמידות
את ההוצאה לעזרה רפואית בעולם וביש-
ראל... הרי ביטוח בריאות כללי לכל האוכ-
לוסיה באמצעות מוסד ממלכתי
מיוחד (ההדגשה שלי — ח.ש.ה) יביא
לחיסכון בהוצאות וימנע כפילות והוצאות
מיותרות וכפילות הנובעות מן המצב הקיים,
יגביר את אפשרות הטיפול הרפואי באוכ-
לוסיה כולה, ישמור על יעילות כוח האדם
הרפואי והאדמיניסטרטיבי גם יחד, יביא להס-
דר כללי של כל שירותי הבריאות במדינה,
ויעלה את רמת בריאותו של האזרח במ-
דינה".

מתוך הסתייגויות אלה ברור, כי שיבעה מתוך
חמישה עשר חברי הוועדה חלקו על העיקרון
היסודי של ארגון ביטוח הבריאות הכללי,
באמצעות קופות החולים הקיימות, ותבעו
לבצעו ע"י קופת חולים ממלכתית אחת,
שתוכל למנוע כפילויות וליעל את הטיפול
הרפואי.

הדו"ח פורסם בטרם תדון בו הממשלה לפ-
רטיו ותחליט על עמדתה לגבי המלצותיו.
לאחר פרסומו לא היה לחץ לדיון כזה והוא
נדחה לתקופה ארוכה.

תגובות על דו"ח ועדת קנב ב'

עוד בתחילת פעולתה של ועדת קנב ב' ביקר
בישראל, מטעם מוסד רוקפלר, פרופ' ג'ון
גראנט (John B. Grant) שהוזכר לעיל. הוא
בדק את המבנה והארגון של שירותי הבריאות
ואת בעית כוח האדם המקצועי אשר לו הם
נוקמים. בדו"ח שהגיש בשובו מן הביקור⁵³
כתב על הנטייה הקיימת בישראל לבצע את

ביטוח הבריאות הכללי באמצעות קופות
החולים הקיימות: "ביטוח בריאות ממלכתי
הונהג בטרם יהיו למדינות ממשלות פועלים,
ולפני שממשלות כאלו אימצו יעדי רווחה.
למעשה, הנהגת ביטוח המחלה על ידי בים-
מסרק היתה מכוונת לסכל את האפשרות
שממשלת פועלים תגיע לשלטון. כתוצאה
מזה, בשעה שמפלגות הפועלים הגיעו לעמ-
דות כוח בממשלות והקימו מיניסטריונים
לבריאות ככלים לביצוע מדיניות הרווחה,
הפכו כבר קופות החולים לזכויות מוקנות
(vested interests) שהיו פגיעה בעיקרון הרא-
שון של מינהל יעיל" (עמ' 3).

כהוכחה להנחתו מביא גראנט את ההתפת-
חויות, שהיה עד להן במדינות מזרח אירופה
לאחר מלחמת העולם השנייה:

"בהודמנויות אחדות ביקרתי בשנות הארבעים
האחרונות את פראג ואת בודפשט. היתה זאת
תמונה מוחצת של סילוק טוטליטרי קיצוני
של מכשולים בדרך לעיקרון מינהלי איתן.
קופות החולים, אשר היוו את המכשול העי-
קרי בדרך לאיחוד שירותי הטיפול בבריאות,
שולבו מיד לאחר שהוקמו הממשלות הטר-
טליטריות. גקווה שלא תדרש דווקא גישה
טוטליטרית על מנת להשיג את העיקרון המי-
נהלי היעיל של איחוד בדמוקרטיה כמו
ישראל" (עמ' 4). את הנחתו לגבי מדינת
ישראל הסביר גראנט בצורה מסורשת: "מדי-
ניות הביזור האיזורי לא תוכל להתגשם בלי
לשלב ולתאם בתוך תוכניות השירותים את
14 בתי החולים ואת יותר מ-800 המרפאות
הכפריות והמרכזיות של קו"ח". גראנט הביע
את צעריו על שנבצר ממנו להיפגש עם הו-
עדה הבינמשרדית לביטוח בריאות (ועדת קנב
ב'), והדגיש, כי "העולם יעקוב בענין אחר
האוביקטיביות הטכנית של המלצותיהם
בנושא: תוכנית רווחה חברתית לאומה מול
זכויות מוקנות" (עמ' 4).

לפני שפורסם ברבים דו"ח הוועדה הצהירה

Dr. John B. Grant (The Rockefeller Foundation), "Health Care Services and the Train- 53
ing of Professional Personnel in Israel", December 1957. (stenciled)

כבר הר"י על עמדתה השלילית להמלצותיו. במאמר ראשי בעתונה הרשמי⁵⁴ נאמר: "ברור כבר עתה שהמאבק הציבורי בקשר לתוכנית מתנהל מסביב לנקודה אחת ועק" רוגנית והיא: ביטוח ממלכתי מאוחד או ביטוח מפלגתי מפוצל. שכבות רחבות בישוב תומ" כות בעמדת ציבור הרופאים למען ביטוח ממלכתי אחיד ובלתי תלוי בגורמים פוליטיים. אנו בטוחים שזאת היא דעת הרוב ביישוב". בועידת הר"י הכ"ט בדצמבר 1959 התייחס לבעיה יו"ר הוועד המרכזי, ד"ר ר. גז'בין ז"ל, בנאום הפתיחה⁵⁵:

"התקפנו על ידי אנשים שאנו רואים בהם ידידים כ"אנטי פועלים", משום שהעזנו להביע עמדתנו כפי שהיא גובשה ונוסחה בועידה ה-28, ושנקודותיה העיקריות הן:

- א. הגשמת שירותי בריאות ממלכתיים.
- ב. חיסול כל כפילות בשירותי הבריאות.
- ג. חיסול כל זיקה פוליטית ומפלגתית בענייני בריאות.
- ד. הבטחת עבודה ותנאי חיים הוגנים לכל רופא הרוצה להצטרף לביטוח.
- ה. הבטחת השפעה מלאה להר"י על עיצוב התוכנית וביצועה. ...

משוכנעים אנו, שעלינו ללכת בדרך זו של ביטוח בריאות ממלכתי ומשוכנעים אנו, שדבה זה הינו לטובת הציבור והעם כולו, אולם התנאי אלכך שהביטוח יחול על כל האוכלוסייה ושייפסק הפיצול ובנבוח הכספים כתוצאה מפיצול זה. ... ביטוח ממלכתי אחיד לא באמצעות קופות חולים הוא חיוני להב" ראת שירותי הבריאות בארצנו. אנו יכולים לשאוב עידוד מכך שגם ראש הממשלה בדעה זו⁵⁶.

בסיום הוועידה, נתקבלה החלטה בנושא

"ביטוח בריאות ממלכתי", האומרת⁵⁷: "הוועידה חוזרת על החלטותיה הקודמות הדורשות ביטוח בריאות כולל, לכל האוכ" לסייה, באמצעות מוסד ממלכתי תוך הבטחת עבודה לכל רופא הרוצה להצטרף לביטוח, ותוך הבטחת השפעה מלאה להר"י על עיצוב התוכנית וביצועה". התנאי החוזר וגשנה של העסקת כל רופא במסגרת הביטוח מובן לאור השיעור הגבוה של רופאים לאוכלוסייה, וה" עמדה המוגנופוליסטית שתהיה למוסד הביטוח לגבי העסקת רופאים.

מומחה בינלאומי נוסף במינהל רפואי וארגון שירותי בריאות ביקר בארץ זמן קצר לאחר שהוגש הדו"ח של ועדת קנב ב. ד"ר קרל אונג (Dr. Karl Evang) המנהל הכללי של שירותי הבריאות בנורבגיה במשך עשרות שנים ואחד האישים הבולטים בארגון הברי" את העולמי, הגיע לישראל בנובמבר 1959 לביקורו השני מטעם אב"ע. הוא הירבה לסייר במוסדות הבריאות לסוגיהם ונפגש ארוכות עם מר י. קנב, שמע ממנו על עבודת הו" עדה וקיבל תרגום לאנגלית של הפרקים הע" קריים בדו"ח. בדו"ח שהגיש ד"ר אונג על ביקורו⁵⁸ התייחס באריכות גם להמלצות הו" עדה הנ"ל. הצעות הרוב לא יביאו, לדעתו, שינוי שיוכל לפתור את בעיות היסוד הנוג" עות למערכת היחסים הבלתי משביעת רצון בין שירותי הבריאות הלאומי במובן הצר יותר לבין הגופים האחרים הפעילים בשדה הברי" אות.

"אישור תחיקה בהתאם להצעות ולהמלצות של הרוב בוועדה יהיה למעשה בעיקר מתן גושפנקא חוקית לשיטה שפעלה בעבר וגילתה חולשות כה ברורות. אכן, ניתן לפקפק מאד אם ביטוח בריאות של חובה, לפי הקווים

54 על הפרק, מכתב לחבר, מס' 438, 1.1.59, עמ' 3.

55 מכתב לחבר, מס' 461, 17.12.59, עמ' 548.

56 ד"ר גז'בין התייחס לשיחות עם בן גוריון הנזכרות לחלן.

57 שם, עמ' 542.

58 Karl Evang, "Report on a General Evaluation of the Health Services in Israel", World Health Organization, EMRO — 43, January 1960. (stenciled)

שהוצעו על ידי הרוב בוועדה, מתישב עם המשך קיומן של קופות חולים אחדות, הנשענות על ארגונים מתנדבים בלתי ממשלתיים, ועם מתן זכות לאזרח המבוטח לבחור בין קופות החולים השונות. (לי על כל פנים לא ידועה שום מדינה שבה קיים צירוף זה של ביטוח בריאות חובה לכל האוכלוסייה עם בחירה לכל פרט או משפחה בין קופות חולים בלתי ממשלתיות — או אפילו ממשלתיות — שונות) (עמ' 159—160).

לאור נסיונו של ארצות אחרות, בהן ארגוני הרופאים מתנגדים בדרך כלל להנהגת ביטוח בריאות כללי מקיף של חובה, ומתוך לימוד העימות שנוצר בישראל בין קופות החולים ובין אלה המצדדים בהנהגת ביטוח בריאות ממלכתי, כותב ד"ר אוונג בסכמו את הדו"ח שהגיש: "יש להכיר בכנות שקופת חולים של ההסתדרות ביססה את שירותי הבריאות הריפוייים שלה על כמה עקרונות ורעיונות מצוינים, ובמקרה ששירותים אלה ישולבו בשירות מקיף לכל האוכלוסייה, יש להעביר רעיונות אלה לתוך המערכת החדשה. נראה, כי קיימת עתה הזדמנות יחידה לפתרון הבעיה, כאשר רוב גדול של חברים אחראים בהסתדרות הרפואית בישראל יצא בגלוי בעד הנהגת שירות בריאות מקיף, המבוסס על סידורי תשלום מראש למוסד ביטוח ממשלתי שלא למטרות רווח" (עמ' 162).

הדו"ח של אוונג לא נתקבל בסבר פנים יפות בחוגי ההסתדרות וקו"ח. עמדתו הברורה והחד משמעית נגד ריבוי קופות החולים, והערתו כי נראה "שעמדת קופת חולים כ"מדינה בתוך מדינה" בענייני בריאות לא נחלשה, אלא להיפך, וכן הרגשתו כי "רגשי מתח, קנאה ויוקרה שוררים במקומות" לא געמו לחסידי "הפלורליזם" ועל כן נגזרה על הדו"ח, גזירת השתקה. רק מוסדות ואישים מעטים קיבלו עותק מלא של הדו"ח.

קטעים מעטים ממנו בעברית נתפרסמו ברביעון של משרד הבריאות⁶⁰, ואולם בדרך כלל תהודתו היתה חלשה.

התנגדות לדו"ח הוועדה לתכנון ביטוח בריאות כללי בישראל הביעו לא רק מומחים מחו"ל. חוגים שונים בישראל הלכו ונשתכנעו שאין להמשיך בדרך הפיצול וריבוי הרשויות בתחום הבריאות, וכי יש לפעול בתחום זה כפי שנהג ראש הממשלה ביחס לצבא, לחינוך ולתעסוקה. בגליון ערב ראש השנה תש"ך של "הארץ" נתפרסם ראיון עם ראש הממשלה ד. בן גוריון ובו גם שאלות אחדות בנושא שלנו⁶¹:

"שאלה: האם אתה סבור כי בתקופת הכנסת הרביעית יקום שירות בטוח בריאות ממלכתי?

ראה"מ: תרשה לי לא לענות על זאת.

שאלה: הרי התוכניות קימות, קנב פרס סם ספר.

ראה"מ: בענין זה יש לי דעות אחרות מאשר לחברי.

שאלה: לפני הבחירות הקודמות אמר נמיר — באסיפה פנימית, אמר גם, שההסתדרות לא יכולה לוותר על קופת חולים.

ראה"מ: אנשים הם בדרך כלל קונסרטיביים באטיביזם, ועד שמתרגלים למציאות חדשה המחייבת שינויים עובר זמן. זה ישתנה, נחוצה קצת סבלנות."

בחילופי דברים קצרים אלה יש משום תשובה לרבים שהתפלאו על כי ראש הממשלה לא השתמש במלוא סמכותו והשפעתו, כדי להכריע לטובת הגישה הממלכתית בבריאות, כפי שעשה במקרים האחרים.

עמדתו של בן גוריון לא נשארה בגדר סוד. בדיוני צמרת מפא"י הוא גרם למבוכה וסערה,

59 שם, עמ' 128.

60 בריאות הציבור, כרך ג', חוברת 2, מאי 1960, עמ' 118—98.

61 מצוטט לפי מכתב לחבר, חוברת 457, 16.10.59, עמ' 470.

בהביעו דעה בעד ניתוק הקשר בין קו"ח ובין ההסתדרות⁶²:

"...גרם מר ד. בן גוריון למבוכה בעת דיוני מפא"י ב"כפר הירוק" בהביעו דעה, שיש להוציא את קו"ח מתחום פעולתה של ההסתדרות הכללית. דעה כזו היתה עד כה ככפירה בעקרונות ההסתדרות העובדים, אולם אנו מקבלים אותה בסיפוק, באשר היא שוברת את הקפאון בויכוח על עתיד קו"ח....

לפי הפרסום ב"על המשמר" מיום 6.12.58 אנו למדים שגם מזכיר מפא"י מר ג. יוספטל לא שלל באופן עקרוני את "הלאמת שירותי הבריאות" (הכוונה כנראה לביטוח בריאות ממלכתי — ח.ש.ה) בטווח ארוך, אלא ציין... שלדעתו אין המדינה יכולה לשאת בעול הכספי הכרוך בכך....

אין לנו כל ספק שקל יהיה יותר למדינה לשאת באחריות הכספית עבור ביטוח בריאות בשעה שהיא מכוונת ומארגנת את שירותי הבריאות, מאשר להשתתף במישרין ובעקיפין בהוצאות עבור שירותי בריאות מפוצלים בין קופות חולים שונות, בלי שתהיה לה השפעה עליהן."

פרופ' ד. ארליק, הדיקן של ביה"ס לרפואה בחיפה, מספר במאמרו⁶³ על פגישה ב-1949 או 1950 של בן גוריון עם קבוצת רופאים, וביניהם גם יו"ר הר"ל, כדי "ללמוד את סוגיית הרפואה בישראל על כל צדדיה": "באחת הישיבות הארוכות שהיתה בערב במ"ל לון "ציון" בחיפה, היה נוכח גם ד"ר יוסף מאיר ז"ל, שהיה במשך שנים רבות מנהל קו"ח של ההסתדרות ואז היה מנכ"ל משרד הבריאות. בישיבה זו, כאשר נדון השירות הרפואי במדינת ישראל שאז היה ניתן ע"י המדינה, ע"י קופות החולים השונות, ע"י הסוכנות וגורמים שונים אחרים, אמר בן גוריון: כל הפיצול הזה צריך לעבור מן העולם. כעת שיש לנו מדינה, גם השירות

הרפואי כולו יהיה ממלכתי ויעבור לידי המדינה. ד"ר יוסף מאיר הגיב מיד, כי קופ"ח ההסתדרותית היא נכס של ההסתדרות העובדים, וההסתדרות תעמוד על עצמאות קו"ח שלה. בן גוריון שהיה אז בעצם תקופת הקמת צבא אחד, צה"ל, והקמת רשת חינוך ממלכתית אחת, תפס מיד שכאן בענין השיירות הרפואי כנראה חרג מעבר ליכולתו להתמודד עם התנגדות אשר תקום, ומיד כדי להרגיע את ד"ר יוסף מאיר נסוג מדבריו, בהעירו: כן, לא התכוונתי שהדבר יתבצע מיד, אבל במשך הזמן ודאי יהיה לנו שירות ממלכתי אחיד."

חשיבות מיוחדת נודעת לעמדה שביטא מר משה סורוקה, גזבר קו"ח הכללית, והאיש החזק בה, ב-8 בספטמבר 1966 במאמר ב"דבר"⁶⁴: "בשל הזמן והגיעה השעה שייאמר ברורות ופשוטות, כי יש להעביר את כל שירותי הבריאות בישראל לרשות המדינה על ידי ביטוח רפואי באמצעות קופת חולים אחת ממשלתית, בפיקוח מועצה ציבורית כדוגמת המוסד לביטוח לאומי בארצנו."

סורוקה מנה שורה של סיבות והתפתחויות שהביאו אותו למסקנה זאת. הוא מציין את הירידה באידיאליזם של החברה ואת גידול החמרנות והאנוכיות של הפרט. העזרה ההדדית שהיתה אחד היסודות במבנה קופת חולים נחלשה, ולגבי רוב ציבור הרופאים "קופת חולים היא בעיקר מקום עבודה גרידא". אין לתלות תקוות רבות גם בדור הצעיר של הרופאים, הניכר בתי הספר לרפואה שלנו: "אין כל ספק, שישנם מורים טובים בבתי הספר לרפואה המכשירים רופאים טובים ובעלי ידע רפואי מעולה, אך מסופקני אם הם מחנכים רופאים ברוח צורכי הארץ והמדינה". "הרופא החדש מתונן למקצוע ולא ליעוד", ולכן "ברור מראש שאנו

62 על הפרק, מכתב לחבר, מס' 437, 17.12.58, עמ' 460—459.

63 פרופ' ד. ארליק, "הרהורי רופא על חוק ביטוח בריאות ממלכתי", הארץ, 30.7.76.

64 המאמר הועתק במכתב לחבר, כרך כ"ז, חוברת 18, 25.9.66, עמ' 730—727, ומצוטט לפי מקור זה.

ההדדית, נכס המקנה לה, על אף ליקוייו, כוח משיכה רב". ומכאן מסקנתה הסופית: "החלפת הבעלות על קו"ח אינה בחזקת מטה קסם שישנה את הכל. הדברים מורכבים הרבה יותר, ופתרונות צריך להפש בכל השטחים. יצירת קופת חולים ממלכתית אחת במקום ביטוח בריאות בקופות חולים אינה הפתרון לבעיות הרפואה הציבורית".

באותה חוברת של "מכתב לחבר" מתפרסם גם מאמר תגובה של ד"ר נח קפלינסקי, מב-כירי הרופאים בקופת חולים, ובאותו זמן יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל. הוא יוצא נגד העמדה הביקורתית שנקט מ' סורוקה כלפי הרופאים, ונגד "מסע ההשמצה המתנהל זה שנים רבות מצד גורמים מסוימים נגד הרופאים". מאידך, מבטל גם את החששות של ד"ר ישורון ברמן מפני העברת קו"ח למדינה.

במאמרו של ד"ר קפלינסקי אפשר להרגיש את התדהמה שאחזה באנשי ההסתדרות וקו"ח למקרא מאמרו של סורוקה ואת המאמץ להדוף את ההתקפה. שר הבריאות טען בפני סופר "הארץ"⁶⁵, כי "האזרחים רוצים שיהיה להם מוסד משלהם" ו"טוב שיש לאזרח ברירה בין קופות חולים שונות", ולכן הוא מתנגד לקו"ח ממלכתית אחת. בתגובה, על ראיון זה פרסמו "שירותי מחקר מאוחדים" מכתב למערכת⁶⁶, ובו קבעו:

"בסקר דעת הקהל שנערך על ידינו לפני כשנה ואשר במסגרתו רואיינו 500 תושבי ישראל, הושגו התוצאות הבאות: 63% בעד הלאמת קו"ח, 14% נגד הלאמה ול-23% אין דעה.

הנימוקים העיקריים של האזרחים הרוצים בהלאמת קו"ח היו כדלקמן: חוסר אימון בטיפול בענייני בריאות על ידי גורמים פוליטיים; הבעת אימון בטיפול ממלכתי;

מכנינים כך רופאים לייצוא". לאחר זה עובר המתבר לדון ביחסים בין קופת חולים לבין ההסתדרות "האם". "לא נחטא למציאות אם נאמר, שאת כל השינויים המהפכניים הדרושים אין בכוחם של ההסתדרות וקופת חולים גם יחד לבצע. כולנו דבקים יתר על המידה במסורת וחוששים להינתק מערכי העבר. ההסתדרות כארגון חופשי אינה מסוגלת עתה להתגבר בתוכה ולהגיע להכרעות מרחיקות לכת בשטחים רבים ובעיקר ביחס לקופת חולים, ונמצאנו נעדרים תנאים ויכולת להבטיח המשכיות עבודתנו".

במסקנתו הסופית חוזר סורוקה ביתר תוקף והדגשה על ה"אני מאמין" שלו: "כותב הטורים האלה אינו גורס עוד את המדיניות המוצהרת על ביטוח בריאות באמצעות קופות חולים, הבאה למעשה ליתן תוקף חוקי למצב הקיים מבלי שיהיה בה פתרון של ממש לבעיות השעה, והצעתי היא: ביטוח בריאות כללי על ידי קופת חולים אחת ממלכתית".

כעבור שלושה ימים הופיעה ב"דבר" תגובה בתה של ד"ר טובה ישורון ברמן, מנהלת המחלקה הרפואית במרכז קו"ח⁶⁷. היא מנסה להוכיח שמסירת קופת חולים לידי המדינה לא תביא לתיקון הליקויים שמנה סורוקה. אדרבה, ד"ר ישורון ברמן מוצאת יתרון במצב הקיים: "ביורוקרטיה (במובן הטוב של המושג) היא חלק בלתי נפרד של המדינה. לעומת זאת, מוסד וולונטארי כפוף הרבה יותר למרות ציבורית, וציבור המבוטחים בו הוא הקובע את צרכיו... יפה גם כאן הכלל שחז"ל קבעו לסופרים, כי קנאתם תרבה חכמה. הבחירה החופשית של הקופה, כרצוי למבוטח, היא כוח מדרבן להתפתחות ולשיפורים".

היא מטילה ספק "אם אמנם צהיכה ההסתדרות ולוותק" על הנכס היקר בתחום העזרה

65 גם מאמר זה הועתק בחוברת הנ"ל של מכתב לחבר, עמ' 735-733, ומשם הוא מצוטט.

66 הארץ, 5.8.66.

67 הארץ, 14 באוגוסט 1966.

רצון להבטיח לכולם ביטוח בריאות בתנאים שווים; הבעת דעה, כי הטיפול הממלכתי יהיה זול יותר; רצון ליעל את השירות ולמנוע כפילויות.

מענין לציין, כי אחוז המצדדים בהלאמת קופות החולים עלה עם עליית רמת ההשכלה, וכי לא היה הבדל במידת התמיכה בהלאמת קופת חולים, בין תומכי מפא"י ותומכי גח"ל.

התביעה למערכת בריאות ממלכתית אחידה באה לביטוי פורמלי, כאשר עמדתו של בן גוריון זכתה לבמה ציבורית רשמית עם הקמתה של רפ"י. ב-13 בנובמבר 1966 התקיים במרכז רפ"י, בנוכחות ד. בן גוריון, דיון מקיף בבעית חוק שירות הבריאות הממלכתי⁶⁸. הפותח בדיון, ד"ר ת. דורון, באותה תקופה הרופא המחוזי של קו"ח בנגב, קבע, כי "אם נקיים דיון כולל, נגיע למסקנה שבתקופה זו, קודם כל עניין הבריאות הוא מאחריותה של המדינה", אם כי, לדברי ד"ר דורון, הישג גדול הוא כי "85% מן האוכ"ל לסייה בארץ הזאת מבוטח ביטוח בריאות של רשות, למרות שאין הדבר מתחייב על פי החוק עדיין". מתוך ניתוח המצב הגיע ד"ר דורון למסקנה:

"אומרים לנו: אפשר לתאם בין כל המוסדות האלה; מה רע בתיאום? ובכן, חברים, מס' קנתי ברורה: בלי ניהול אזורי משולב של שירותי רפואה, לא נוכל לשנות את המצב. אומרים לנו: אם תהיה הלאמת הרפואה, זה יבטיח יותר רופאים לכפר? זה יבטיח שירות יותר טוב במרפאות? אני אומר: אם תהיה ריאורגניזציה לפי איזורים, עם ניהול אחיד משולב של כל השירותים בכל אזורי הארץ, הריאורגניזציה הזאת תפתור את בעיות היסוד של השירות הרפואי במדינה. על כל פנים — אם נמשיך בפיצול הקיים, כל הסיכויים שהבעיות יחמירו, ואינני יודע לאן נגיע".

ד"ר ש. מלץ שנאם בהמשך הדיון קבע בצורה חד-משמעית:

"הערכה חיובית של התפקיד ההיסטורי אשר מילאה קו"ח עד היום, אינה משחררת אותנו מלקבוע עובדה אחרת, והיא, שהמצוקה וצורכי החירום אשר הכתיבו למדינה להפקיד את מערכת הבריאות בחלקה המירבי בידיה של ההסתדרות, נטל משירות זה את ההזדמנות הטבעית להפיכתו למכשיר ממלכתי מתוכנן, שאין לתאר בלעדיו מדינה נאורה ומתקדמת. במשך השנים קמו במקביל לקו"ח של ההסתדרות מסגרות רפואיות שונות, מהן ותיקות ואחרות צעירות יותר, פרטיות, ציבוריות ועירוניות, ונוצר רקע לפיצול הולך ורב של הגשת העזרה הרפואית, טיבה ומחירה. וכך קרה, שכאשר בינתים חלו תמורות רציניות במבנה והתפתחותה של המדינה ונוצרו דפוסים ממלכתיים מוצקים למדי בעינים שונים של השירותים הסוציאליים והאחרים — המשיכו שירותי הבריאות בדרכם הבלתי מתוכננת. משרד הבריאות הסתפק בטיפול בפירורי הבעיות, והשירותים הלכו והידרדרו, הפסיקו למלא את תפקידם הכולל והמקיף בצורה יעילה. אנו עדים היום למשבר קשה, אשר פוקד שירות חיוני זה".

המסקנה מתאור זה היא, שהמצב מחייב: "החלטה מהירה ונועזת בכיוון העברת הסמכויות לרשות ממלכתית אחידה".

מר עמוס דגני דיבר באותה רוח, אבל היה גלוי יותר לגבי אחד ממקורות ההתנגדות לשירות בריאות ממלכתי:

"צריך להיזהר שלא יקרה לנו מה שקרה עם קום מדינת ישראל, כאשר היו חברים שקיבלו את מדינת ישראל ברגשות מעורבים משום שיצטרכו לחסל את מוסד עליה ב".

סיימה את הדיון היו"ר, גב' חנה למדן, אשר אמרה בין היתר:

"מרכז המפלגה מאמץ את ידי הסיעה בכנסת, שתביא את חוק שירות הבריאות לכנסת, מתוך תקווה שהלחץ הציבורי הגובר בתביעה לנושא זה, יביא להתפכחות — ואני אומרת התפכחות, מפני שאני זוכרת את עצמי מת-

68 חוק שירות בריאות ממלכתי, דיון במרכז רפ"י, מבט חדש, דצמבר 1966, עמ' 11-8.

אות על פי מבנה אזורי, כאשר במרכז כל אזור ואזור בית חולים כללי. בשלב השלישי — תקיף הבעלות הממלכתית את כלל שירותי הבריאות במדינה". בניגוד לסעיף 1 של החוק, עסקו דברי ההסבר בביטוח בריאות בשלב א'. בקטע נוסף נאמר: "כ-82% מן האוכלוסייה כבר מבוטחים עתה במסגרת ביטוח של שירות. בלי להעמיס מעמסה כספית נוספת על הציבור, ניתן להרחיב את הביטוח על כלל האוכלוסייה, דרך חובה — מתוך הסדר ממלכתי של מקורות המימון, חסכון ויעול".

כוונת המציעים היתה, כנראה, לביטוח בשלבים הראשונים והפיכתו לשירות במשך הזמן.

הצעת החוק של ח"כ סרלין דיברה במפורש על ביטוח ממלכתי. היא הגבילה את ציבור הזכאים ליהנות לאזרחי המדינה בלבד, בעוד שהצעת רפ"י הקנתה את הזכות לכל התושבים. הסעיפים העיקריים בחוק היסוד של י. סרלין היו:

1. הדאגה לבריאות האזרחים היא מתחבתה של המדינה ועל אחריותה.
2. לשם הבטחת שירותי בריאות לכל האזרחים יונהג ביטוח בריאות חובה ממלכתי. פרטים ייקבעו בחוק.
3. כל אזרח בישראל יהיה מבוטח בביטוח בריאות של חובה בתוקף החוק.
4. כל אזרח חייב לשלם דמי ביטוח בריאות בעד עצמו ובעד התלויים בו, כפי שייקבע בחוק".

בדברי ההסבר נקבע, כי בכנסת ובציבור קיימת הסכמה כמעט כללית לגבי הנהגת מערכת בריאות ממלכתית. הסכמה כזאת אינה קיימת לגבי השיטה. ההצעה הנדונה "שוללת הנהגת מערכת בריאות ממלכתית רק לחלק מהאוכלוסייה", וכן "העזרה הרפואית צריכה להיות מקיפה מראשיתה על פי החוק". לגבי

נגדת לחוק בריאות ממלכתית. בן גוריון היה הנושא של הרעיון הזה, נדמה לי, לפני 15 שנה או 13; מכל מקום — רבים מאתנו התנגדו, ויכול להיות שזה היה טרם זמנו ובן גוריון ראה את זה מראש. אנחנו לא. מכל מקום, עכשיו, עכשיו זה בשל מכל הבחינות".

ההמשך לישיבת מרכז רפ"י היה במליאת הכנסת ב-29 בנובמבר 1966*⁶⁸. במסגרת הצעות החוק של חברי כנסת הוגשו שתי הצעות לחוק יסוד בעניני בריאות: האחת ע"י ח"כ מטילדה גז (רפ"י) — "חוק יסוד: שירות בריאות ממלכתי"⁶⁹, והשנייה ע"י ח"כ יוסף סרלין (גח"ל) — "חוק יסוד: ביטוח בריאות ממלכתי".

כותרות שתי ההצעות מגלות את ההבדל בגישות. רפ"י הציעה הנהגת שירות בריאות ממלכתי וקבעה בסעיף הראשון של הצעתה:

"1. המדינה תיתן שירותי בריאות לכל תושביה".

הסעיף הבא ציין, כי שירות הבריאות הממלכתי יקיף את בריאות הגוף והנפש וישלב "רפואה מונעת, ריפוי לרבות אשפוז, שיקום וחינוך לבריאות". הסעיף השלישי קבע, כי "כל שירותי הבריאות הקיימים יהיו נתונים לאחריות המדינה". לפי סעיף 4 חייבת הממלה להביא לכנסת תוך שנה חוק ביחס לביצוע חוק היסוד בשלבים. בהתאם לסעיף 5 יופעל שירות הבריאות הממלכתי לא יאוחר מ-5 שנים לאחר אישור חוק היסוד. דברי ההסבר פירטו את ביצוע החוק בשלבים:

"בשלב הראשון — תיכלל האוכלוסייה כולה במסגרת ביטוח בריאות של חובה; תוקם רשות שירותי הבריאות, ויוקמו מרכזי בריאות משולבים באזורי הפיתוח (לתפקידי רפואה מונעת, ריפוי ורפואה חברתית) על פי תוכנית אב.

בשלב השני — יאוחדו כל שירותי הבריאות

*68 דברי הכנסת, ישיבות הכנסת השישית, מושב שני, חוברת ז', 28-30.11.66, עמ' 421-415, 458-459.

69 הצעת רפ"י אושרה בישיבת המרכז, בשם חה"כ יזחר סמילנסקי.

כלי הביצוע נקבע "שהעזרה הרפואית תינתן על ידי המדינה (ולא על ידי קופות החולים)", ולסיכום נאמר:

"הצעתי מבוססת על ביטוח בריאות ממלכתי של חובה, שלפיו כל אזרח חייב בתשלום בעד הביטוח בצורה ובמתכונת שייקבעו בחוק".

הדיון בשתי ההצעות היה משותף. גב' מ. גז קבעה בדבריה שהצעת רפ"י מכוונת "לגשת לביטול הכפילויות ולחיסול מקסי-מאלי של מציאות האבטלה הסמויה בשירותי הרפואה בארץ, וכן לבטל מחיצות אדמיניסטרטיביות מיותרות בין הרופא והאחות לבין החולה ומשפחתו הנוקקים להם". היא ציטטה ממאמרו של מ. סורוקה ונתנה ביטוי לעמדתו של ד. בן גוריון בשאלה זאת:

"הגיעה איפוא השעה והתנאים בשלים להעביר גם את האחריות לבריאות העם לידי המדינה, בהתאם לכלל שנוסח על ידי דוד בן גוריון, ואשר חברי מפלגת פועלי ארץ ישראל התחנכו עליו במשך שנים רבות, והוא: ממעמד לעם".

גם י. סרלין הדגיש את עמדתו של מ. סורוקה שהגיע לאחר שנים רבות למסקנה, שעליה עמדו מרכיבי גח"ל עוד ב-1953. לכן סיכם את עמדתו:

"על ידי ביטוח בריאות באמצעות המדינה נמנע בזבוז, ולא רק בזבוז כספי, שאני בטוח שהוא קיים כיום — אלא גם בזבוז בכוחות רפואיים. נביא לידי הקטנת הביורוקרטיה הקיימת בכל הקופות. אני יודע שכל ביטוח בריאות לא יהיה מחוסן מפני ביורוקרטיה, אבל אפשר יהיה לצמצם אותה, ואולי — אינני בטוח בכך — יביא הדבר גם לחסכון".

בדברי תשובתו הסתמך שר הבריאות י. ברזילי על קווי היסוד של הממשלה, שקבעו כי "ביטוח בריאות יבוצע על ידי קופות החולים של המבוטחים". הוא התייחס לדיון על בריאות שהתקיים בכנסת לפני חדשים מספר, ובישר כי הממשלה מינתה ב-18 בנו-

במבר "ועדה לגיבוש המלצות בדבר הנהגת ביטוח כולל ושלבי הגשמתו". בראש הוועדה יעמוד "ראש עיריית חיפה, מר אבא חושי, והיא כוללת חברי כנסת, מנכ"לים של משרדי ממשלה הנוגעים בבעיה, רופאים ואנשי ציבור. בעלי נסיון בתחומי ביטוח". בסוף הציע להסיר את שתי ההצעות מסדר היום. הצעת שר הבריאות נתקבלה בהצבעה ברוב של 32 נגד 25 קולות עם נמנע אחד.

הנמנע היה ח"כ אורי אבנרי, נציג סיעת העולם הזה — כוח חדש, אשר בנמקו את הימנעותו אמר: "נמנענו מן ההצבעה על הצעות אלו, כי אנו מתנגדים לכל פשרה עם עקרון ביטוח בריאות ממלכתי לאלתר. כל פשרה תביא לשמירה על ההסכם האילם בין המפלגות האינטרסנטיות. ... כבר הוכח כי חוץ מסיעת היחיד שלנו אין אף סיעה אחת בכנסת התובעת שירות בריאות ממלכתי לאלתר, ושר הבריאות חזר וציין זאת היום בסיפוק. למעשה, כל המפלגות, מחירות ועד מק"י, מעונינות בביצור הקופות הקיימות. בשטח הבריאות לא קמה עדיין מדינת ישראל, והגיע הזמן להקימה".

ועדת אבא חושי

הוועדה, שעל מינויה נמסר בכנסת, החלה בפעולתה ב-12.1.1967. בין 19 חבריה היו 7 חברי כנסת, 5 מנכ"לים של משרדים ממשלתיים, 4 רופאים, יו"ר הר"י, י. קנב, ששימש טבעת. מקשרת עם הוועדות הקודמות, ונוסף להם מר אבא חושי, ראש עיריית חיפה, ואיש מפלגת עבודה מובהק — יו"ר הוועדה. הפעם היה המינוי משותף של שר העבודה ושר הבריאות. הידוש זה בא בלחץ הצמרת של משרד הבריאות, ששכנעו את השר לעמוד בתוקף על זכותו, כאשר מדובר באופן ספציפי בביטוח רפואי. אחדים מחברי הוועדה לא היו פעילים והמעיטו להופיע לישיבותיה. גב' מתילדה גז, חברת הכנסת מטעם רפ"י, התפטרה מחברותה בוועדה כבר בראשית

פעולתה "בגלל ההגבלות שנוצרו על ידי כתב הסמכות"⁷⁰, בענין ביצוע הביטוח "על ידי קופות חולים של המבוטחים".

כתב המינוי ובחירת היו"ר ביטאו את הכוונה, כי הוועדה תטפל הפעם בצד הארגוני והאופי-רטיבי של הביטוח. יו"ר הוועדה ניווט את עבודתה ביד חזקה, לא התיר חריגות מתחומי כתב הסמכות, והוביל את הענינים לקראת מסקנות מתאימות לקוי היסוד של הממשלה. כוונתו היתה לסיים את עבודת הוועדה עד יוני, אלא שמלחמת ששת הימים גרמה להפסקה ממושכת בישיבות. הישיבה הי"א, הראשונה לאחר ההפסקה, נתכנסה ב-7.12.67, והיו"ר תבע בתוקף לגשת לסיכום ההמלצות ולסיום העבודה. השלב האחרון בעבודת הוועדה לוט בערפל. נ. ברוך כותב⁷¹: "הפרוצדורה שנקטה על ידי יו"ר הוועדה לקבלת סיכומים והחלטות אינה ברורה. מתוך המסמכים מתברר, כי ב-2.1.68 הגיש היו"ר בשם הוועדה מכתב ודף המלצות לשר הבריאות ולשר העבודה וצירף אליה 4 הסתייגויות של חברים שונים. כנראה שהסתייגויות אלו הובאו בשם מחבריהם בלבד, בלי לקחת בחשבון אפשרות שחלק נוסף מחברי הוועדה תמך בהן. בולט הנסיון של היו"ר להציג את ההסתייגויות כעמדות לא אחידות ומפוצלות. כל הבוחן עמדות אלו רואה, כי יש קו אחד ומשותף לכל ההסתייגויות בתחום הפיקוח והתכנון של שירותי הבריאות וביטוח הבריאות.

יש ניגודים דווקא בענינים הפוליטיים הקשורים להנהגת הביטוח. בין שדבר זה הסתבר למסתייגים לאחר מכן, בין שהיתה התארגנות מוקדמת, ובין שהיתה כאן מחאה על אי-קורקטיות בפרוצדורות ההצבעה,

עובדה היא, שב-8.1.68 נשלח אליו מכתב על ידי 8 חברי ועדה. חברי ועדה אלה גיבשו עמדה משותפת בנושאים חיוניים שנוסחה על ידי קבוצת המנכ"לים. המעניין במכתבם היה פתח המכתב: 'להלן הצעותינו לפרק מס' קנות והמלצות שבדו"ח הוועדה ומכך תבין שאנו מסתייגים מההצעה שקיבלה שבעה קולות עקב העדרות של מספר חברים ופיצול שנבע מנוהל ההצבעות, וסיפא של המכתב המתייחס להסתייגות שלושה חותמים מתוך השמונה על שני הסעיפים הפוליטיים'⁷². 1. חברות בקופות חולים וחופש ההתארגנות, 2. גביית דמי ביטוח): הסתייגויות אלה אינן נראות להם מכריעות כדי למנוע הצטרפותם לדו"ח. המכתב תומך אישית ע"י 8 חברים. ... למעשה ועדת חושי נסתיימה בשני דו"חות ובשתי מערכות שונות של המלצות. ... עד היום לא ברור מי מבין שתי הקבוצות קיבל את רוב הקולות בוועדה, ונראה כי עניינית ניתן לומר שהיה איזון בין שתי הקבוצות".

נכון אולי לקבוע, כי ועדת אבא חושי נסתיימה בלי דו"ח והיו רק קטעי המלצות שהתגבשו בשתי הקבוצות, אחת של אנשי המערך ששאפה לשמור על ריבוי קופות החולים והתרכזה מסביב ליו"ר הוועדה, והשנייה ששאפה לביטוח בריאות ממלכתי (מתוך האינוס של כתב הסמכות ניסחה את המלצותיה תוך פשרות). והתרכזה סביב מנכ"לי האוצר ומשרד הבריאות. לגבי הצטרפות לקו"ח קבעה קבוצת היו"ר⁷³, כי "אורחים שאינם חברים בקופות חולים קיימות יצטרפו לאחת הקופות: שכירים באמצעות האיגודים המקצועיים שלהם, עצמאיים באופן אינדיבידואלי". לעומת זאת הציעה הקבוצה המס-

70 פרטיכל הוועדה להנהגת ביטוח בריאות כולל, ישיבה ח', 9.3.67. הודעת יו"ר הוועדה, מר א. חושי. להתפטרות זו התייחס מר א. חושי גם בישיבת הוועדה ב-7.12.67: "חח"כ מתילדה גז בכלל התפטרה מהוועדה, כי לא הסכימה לכל הרוח. גם היא מתנגדת לביטוח זה שאנחנו מציעים".

71 נסים ברוך, "חארגון המוסדי של שירותי הבריאות בישראל". מרכז מחקרי מדיניות, ירושלים, יוני 1973, עמ' 49-50.

72 שם, עמ' 51.

תייגת י⁷³, כי "לכל אורח תהיה הזכות להצטרף לכל קופת חולים, וקו"ח מוכרת לא תוכל לסרב לקבל מבוטח מסיבות בריאות, גיל, השתיכות ארגונית". לגבי גביית דמי הביטוח לא הציעה קבוצת היו"ר שינוי מהמלצות ועדת קנב, בעוד שקבוצת המנכ"לים קב-עה⁷⁴: "אנו סבורים, כי אין אפשרות טכנית לעמוד בגביית תשלומים ממבוטחים בדרך המקובלת, אלא על ידי גבייה מרוכזת על ידי המוסד לביטוח לאומי. המוסד ישלם לכל קופה תשלום קבוע למבוטח לפי מספר המבוטחים בה. התחשיב לתשלום זה יכלול הוצאות הקופה לתשלום דמי האשפוז של המבוטחים. יתכן תשלום דיפרנציאלי לקופות לפי גיל המבוטחים, מקומות ישוב וכו'". "קבוצת המנכ"לים" ראתה חובה לעצמה להציע⁷⁵: "הוועדה מחווה דעתה, כי ביצוע כל המלצותיה מותנה בארגון מחדש של שירותי הבריאות במדינה, ובמיוחד בהסדר ותיאום ענפי הטיפול הרפואי השונים. נושא זה עצמו חורג מסמכויות הוועדה הנוכחית, והוא דורש בירור נפרד בוועדה בודקת מיוחדת, שתוקם על בסיס ציבורי רחב ותציע את דרכי הפעולה בתחום זה". בדיון הביע היו"ר את רצונו, כי "לפחות סעיף זה נקבל פה אחד. כל חברי הוועדה דברו על הצורך בדבר, אבל אמרו שאנחנו איננו המוסד המתאים לענין זה. כדי שנוכל לקבל את ההצעה הזו פה אחד, יש להוציא את המלה 'מותנה'. אם אין התנגדות — ההצעה נתקבלה פה אחד" לא ברור איך גוסס הסעיף סופית, במקום המלה "מותנה". למעשה נוצר קיטוב חריף בין שני חלקי

הוועדה. ביטוי לכך נתן המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי ד"ר ג. לוטן ז"ל, בדבריו באחת הישיבות האחרונות⁷⁶: "אני משוכנע, שאם תתקבל ההצעה הראשונה — ביטוח בריאות באמצעות קופות חולים — לא יחול שינוי מרחיק לכת בכל הענין הזה". הדברים המרכזיים לא יושגו: לא יהיה פיקוח, או לא תהיה תוכנית אחת לפעולה הרפואית; לא יהיה אחראי, להגשת שירותים אמבולטוריים במדינה; לא נמנע את הכפילות באותם מקומות שהיא ישנה; לא נמנע את היוקר הנובע מהתחרות, במידה שהיא קיימת: לא נשיג רמה אחידה של שירותים רפואיים בארץ; לא נמנע את ההתחרות בין הקופות. מצד שני, לא נשיג שתי מטרות שהיו לגנד עינינו: א. הגשמת חובת ביטוח של אלה שאינם מבוטחים. מפני שאם תהיינה קופות רבות, כל אדם שאיננו רוצה להיות מבוטח — יוכל להשיג זאת בנקל, ואין דרך אדמיניסטרטיבית שתבטיח שהוא יהיה מבוטח; ב. נייקר במידה עצומה את העזרה לאלה שאינם יכולים להיות מבוטחים — זקנים, קשישים, מחוסרי יכולת. ההגיון האדמיניסטרטיבי יגיד במקרה זה, שהם יהיו מבוטחים ומישהו ישלם עבורם. מי ישלם עבורם — זו תהיה המדינה, ותהיה התייקרות עצומה בשירותים אלה". חבר הכנסת י. שערי ראה בהמלצות היו"ר מתן אישור וגושפנקא להצעות ועדת קנב ואמר בגלוי⁷⁷: "הגעתי למסקנה, זו דעתי האישית ובוזה אני לא מבטא דעה של סיעתי, שאם נקבל הצעת קנב, מוטב לא לעשות שום דבר".

73 שם, עמ' 53.

74 שם, עמ' 54.

75 הוועדה להנהגת ביטוח בריאות כולל, פרטיכל ישיבה י', 18.5.67.

76 הוועדה להנהגת ביטוח בריאות כולל, פרטיכל ישיבה ט', 4.5.67.

77 את ה"אני מאמין" שלו ביטא ד"ר לוטן עוד בישיבה הראשונה של הוועדה כאשר הצהיר: "ביטוח חובה מבוטח על חוק. ביטוח בריאות באמצעות מוסדות רבים, שישה או שבעה, שאין להם בעצמם אופי ממלכתי, איננו בר ביצוע" (הוועדה להנהגת ביטוח בריאות כולל, פרטי כל הישיבה הראשונה, 12.1.67).

78 הוועדה להנהגת ביטוח בריאות כולל, פרטיכל ישיבה י', 18.5.67.

ובאותה ישיבה אמר ח"כ א. עופר ז"ל, בהגיבו על הצעות המסתייגים, שהתרכזו סביב מנכ"ל משרד הבריאות, ד"ר ר. גז'בין, ומנכ"ל משרד האוצר, ד"ר י. ארנון: "ההת-רשמות הכללית מההצעה (של ד"ר גז'בין וד"ר ארנון), מבלי להיכנס לפרטים, היא שאתם מציעים לנו לומר, שבמסגרת ההג-חיות שקבלנו איננו יכולים להציע הצעה. למעשה, אתם מציעים בדרך עקיפין את ההצעה של ח"כ סרלין. על בסיס הצעה זו, לדעתי, אין שום טעם לקופות-הקיימות להמשיך בפעילותן ובשירותים שהן נותנות. מוטב היה לומר, שכדאי להביא להקמת קו-פת חולים ממלכתית אחת".

בשורות אלה מוקדה הבעיה. לאנשי המקצוע היה ברור, שהדרך ליעול שירותי הבריאות במדינה, לשיפור ארגונם ולפתרון בעיות רבות המפריעות לפעולתם ולהתפתחותם היא הקמת קו"ח ממלכתית אחת. אולם המשמעת המפ-גתית והעמדה התקיפה של ראשי ההסתדרות מנעה מהם להצביע לפי הכרתם, ואילצה אותם לחפש פשרות מלאכותיות.

הצעת חוק ביטוח בריאות, תשל"א—1971

מאז ועדת אבא חושי נכנס הטיפול בבעית ביטוח הבריאות הכללי להילוך גבוה. משרד העבודה היה פעיל בשטח זה. בעוד שבראש משרד הבריאות עמד י. ברזילי המנוח, שלא מצא ענין רב בנושא הבריאות ולא הזדהה אישית עם משרדו, עמד בראש משרד העבודה י. אלמוגי הנמרץ והפעיל, שהחליט להזיז את ענין ביטוח הבריאות, שהתגלגל מתקופת קסאון אחת לשנייה. הורכבה ועדה להכנת הצעת חוק בנדון, בהשתתפות נציגי קו"ח וההסתדרות, ובעזרת אנשי משרד המשפטים.

"ועדת המערך למדיניות הבריאות" פעלה כחצי שנה, מיוני עד נובמבר 1970, והכינה את הצעת חוק ביטוח בריאות, תשל"א—1971. ביוני 1970 נפטר השר י. ברזילי ובמקומו נכנס מר ו. שם-טוב. בסוף 1970 כונסה ישיבת מועצת הבריאות ומר שם טוב הביא לידיעת חבריה פרטים ראשונים על עבודתה של ועדת המערך ועל הצעת החוק שהיא מכינה.

על האנומליה בהכנת החוק עמד מיד ד"ר קורן, מקו"ח מכבי, אשר טען⁷⁰: "קוראים בעיתונות הרבה אודות חוק ביטוח הבריאות, מבלי שכמה מן המוסדות המעוניינים קבלו אפילו פעם אחת טיוטה של החוק המוצע, וגם לחברי מועצת הבריאות נמסר רק פעם אחת, במושב האחרון, איזו תמצית של טיוטה בנוגע לחוק ביטוח בריאות. לכן, מתי יקבלו המוסדות המעוניינים וחברי המועצה של ה-בריאות איזה אינפורמציה נוספת רשמית?

שאלה שנייה — נמסר גם בעתונות על ועדה מיוחדת מטעם מפלגת העבודה והמערך, ברא-שותו של שר העבודה, מר אלמוגי. שאלתי היא, האם הדאגה והטיפול בחוק ביטוח בריאות חייב להיות בידי שר העבודה או שר הבריאות?

שאלה שלישית — נודע לי גם מעל דפי העתונות, כי חבר בארגון העובדים יכול להצטרף רק לקו"ח הקשורה עם הארגון, ויוכל לעזובה רק במידה שיעזוב את הארגון או יקבל היתר מיוחד לכך. האם הנוהל הזה הולך בד בבד עם חוקי היסוד של שוויון לכל אזרח במדינה?"

גם נציגי הקופות ה"אזרחיות" האחרות דיברו ברוח דומה. ברור ביותר היה מר י. הרמלך, נציג קו"ח העממית במועצת הבריאות⁸⁰: "ההצעה במתכונתה הנוכחית איננה אותו רעיון גדול של ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות גוף ממלכתי אחד, כפי שהאזרח היה

79 מדינת ישראל / משרד הבריאות. מועצת הבריאות. פרטיכל הישיבה שהתקיימה ביום 22.12.70. ירושלים 1970, עמ' 7—6.

80 שם, עמ' 27—26.

רוצה לראות ובהתאם לצרכיה של המדינה. ... איננו מופתעים כי ועדות בהרכבים מסוימים המליצו על תוכנית, שנתפרה לפי מידותיו וצרכיו של גוף מסוים. מה שמאכזב הוא, ששרד הבריאות שלנו עומד לקבל תוכנית העלולה להיות בכייה לדורות". כמה נואמים הדגישו, כי כדוגמת הצבא, החייב נוד והתעסוקה, הגיע הזמן שגם הבריאות תהיה ממלכתית.

שר הבריאות הגן בתשובתו על קווי היסוד של הממשלה ודחה את הדעה, כי "השיקול היחיד של כל ממשלות ישראל היה השיקול הפוליטי"⁸¹. אשר להצעת החוק "הלא למעשה עוד לא קיימת טיוטה של הצעת חוק ממלכתית, רשמית שהוגשה לכנסת, ולכן לא הוגשה טיוטה כזאת גם למועצת הבריאות. ... ברגע שיתחיל השלב הפרלמנטרי של הדיון, כל הגופים הנוגעים בדבר ישותפו בדיונים על החוק בוועדה הפרלמנטרית המתאימה. ... אני מצאתי לנחוץ למסור כאן קצת אינפורמציה על מה שידוע לי בקשר לחוק, וזאת כדי שבשלב מוקדם יתחילו חברי מועצת הבריאות לחשוב על ענין חשוב זה".

בתחילת 1971 הופץ ע"י משרד המשפטים בין המשרדים הממשלתיים תזכיר של הצעת חוק ביטוח בריאות, תשל"א—1971. משרד הבריאות שלא היה שותף להכנת ההצעה קיבל אותה כמו המשרדים האחרים, בדרישה להמציא את הערותיו תוך 3 שבועות, בהתאם לנהל המקובל.

הצעת החוק עוררה התרגשות ותסיסה בין העובדים הבכירים של משרד הבריאות. שתי פגישות ארציות, ב-5 וב-11 בפברואר 1971, נערכו בהשתתפות שר הבריאות, ובהן נשמעה ביקורת קשה והוטחו האשמות על מעמדו העלוב של משרד הבריאות. אחד מבכירי הרופאים במשרד טען⁸², כי המבנה המוצע ירוקן את משרד הבריאות מתפקידיו כיום,

ויהפוך אותו לקבלן של קו"ח, וכי יש כאן פגיעה בהתפתחות הרפואה המונעת. בצורה קשה הותקף ענין שני השרים (עבודה ובריאות) הממונים על ביצוע החוק. מתווכחים רבים ציינו את השלילה במצב זה והתאוננו על התקדים שבדבר ("חוק ביטוח לאומי, שנכללים בו גם אספקטים רפואיים, אינו נתון גם לפיקוחו של שר הבריאות").

רשות ביטוח הבריאות ורשות האשפוז, הע"תידות לקום לפי הצעת החוק, ירוקנו את משרד הבריאות מתוכנו. לקופות החולים יש אינטרסים פרטיקולריים, ועל כן מוכרח לקום גוף כלל ארצי אשר יאזן, יכוון, יתכנן וידריך. גוף זה הוא משרד הבריאות, ואין צורך בגוף נוסף בצורת רשות הבריאות, אשר בה יהיו למשרד שני נציגים בין 15 חברים. מנכ"ל משרד הבריאות ציין, כי הוא רואה בחוק את "חיסולו של משרד הבריאות פשוטו כמשמעו".

הצעת החוק כללה הקמת קרן השוואה, אשר תפקידיה ויעודה הוגדרו בסעיף 53: "מטרת קרן השוואה תהיה להטיל היטלים על הכנסות קופות חולים מדמי ביטוח ומס מקביל שהן גובות, בהתאם לשיעורים שיקבעו השרים, ולשלם הכספים שגבתה לקופות חולים בהתאם לכללים שקבעו השרים".

לא נקבעו עקרונות, או כללים, לשם מה ומדוע יוטלו ההיטלים, ועל איזה בסיס ול-אילו מטרות ייגבו ויחולקו הכספים. המבקרים טענו, כי למנסחי החוק היו כוונות שלא רצו לגלותן, או שכל הענין לא ברור גם להם. ביקורת קשה נשמעה נגד הסעיפים המגבילים את חופש הבחירה של קופות חולים לחלק גדול של המבוטחים. הדברים כווננו לסעיף 25 בהצעת החוק, אשר קבע:

"ארגון עובדים רשאי לקבוע בהסכם עם קופת חולים מוסמכת הצטרפות של כל חבריו לביטוח באותה קופת חולים (להלן—הצטרפות מאורגנת). דינו של הסכם כאמור יהא,

81 שם, עמ' 39 וחלאת.

82 זכרון דברים מישיבת הנהלה מורחבת מיום 5.2.71.

בכל הנוגע לתוקפו והסמכות למתן צו הר-
חבה, כאילו היה הסכם קיבוצי כמשמעותו
בחוק ההסכמים הקיבוציים, תשי"ז—1957".

בטיוטה משנת 1970 היתה בסעיף זה הערה
כי "קיימת הסתייגות להוראה זו ומציעים
למוחקה", ואולם בנוסח שהופץ בשנת 1971
נשארו הדברים כנ"ל אם כי בנוסח קצת
שונה⁸³. הפירוש של צו ההרחבה הנזכר
ניתן ע"י משפטן מן האוניברסיטה העב-
רית⁸⁴: "לדוגמא: איגוד פועלי הדפוס הוא
חלק מהסתדרות העובדים הכללית, אשר הת-
ליטה על צירוף כל חבריה לקופ"ח. מכאן
שלשר העבודה מוקנית הסמכות לצוות על
צירופם לאותה קופה גם של פועלי דפוס
אחרים, שאינם מאוגדים באיגוד פועלי הדפוס,
ואינם חברי הסתדרות העובדים".

נוסף לסעיפים הנ"ל נשמעו בהנהלת משרד
הבריאות עוד הערות רבות להצעת החוק,
ומכאן התביעה לדיון בה מחדש בשיתוף
משרד הבריאות. ועדה מצומצמת הגישה כמה
שינויים לא משמעותיים לגבי העקרונות.
בעקבות דיונים אלה באה התפטרותו של
מנכ"ל משרד הבריאות, הד"ר ר. גז'בין⁸⁵.
במקומו של ד"ר גז'בין בא ד"ר ב. פדה. במ-
הלך הוויכוח על הצעת החוק הודה המנכ"ל
החדש בדעותיו עם האופוזיציה ("החוק המו-
צע מנציח את המצב הקיים ומוסר את כל
הכוח לנציגי קופת חולים. בגלל ריבוי קופות
החולים לא נראה, כי אפשר יהיה להגיע להס-
דר", אמר בישיבה הראשונה; ובשנייה חזר
והצהיר, כי "אנו הולכים לקראת הנצחה של
עדיפות קו"ח אפילו לגבי מוסדות ממשלתיים,
כי להם יהיה רוב במועצה או ברשות ביטוח
בריאות ממלכתי). אולם עובדה זו לא הפ-
ריעה לו למלא את מקום המנכ"ל, שעזב את
מקומו כמחאה על הצעת החוק.

במקביל להתפתחויות אלה ולפעילות נמרצת
של משרד העבודה להעביר את חוק ביטוח
בריאות באמצעות קופות החולים, הגיש מר
מ. סורוקה תזכיר על קופת חולים למר י.
בן אהרן, המזכ"ל של ההסתדרות⁸⁶. התזכיר
והמכתב המלווה נשלחו גם לשר האוצר (פ.
ספיר), למזכיר מפלגת העבודה (ל. אליאב),
ליו"ר הוועד המפקח של קו"ח (פ. רשיש),
וליו"ר ועדת הכספים בוועד המפקח (א.
אפרת). במכתב המלווה כתב מר סורוקה:

"זה מכבר הטרדתי את מזכיר מפלגת העבודה
ואת מזכיר ההסתדרות דאז ליזום פגישה עם
אנשי מפתח במפלגה ובהסתדרות, כדי לדון
במפעלה, מהותה ועתידה של קו"ח. למרבית
צערי, מחמת תנאי הזמן, כולל עונת הבחי-
רות, לא הסתייע הדבר וקיום הדיון נדחה עד
היום הזה.

לכשעצמי יכול אני לומר "אחרי המבול",
ואני תקווה שככל אשר יזכה אותי הגורל
להמשיך בעבודה — נסיון העבר וכרשר
התמרון יעמדו לי לתקופה קצרה זו. אולם
יהיה זה בלתי טבעי אם לעת כזאת, נוכח
התמורה בחברה ובתפיסת החיים החדשה —
לא ניתן דעתנו לדמות המוסד, לאופיו, עתידו
ולשאלה — לאן. ...

יודע אני נכונה מה קשה לשנות דברים ופרי
מסורת של עשרות בשנים, אולם ברי לי שה-
עתיד הנשקף מחייב אותנו לראות הנוולד
ובעוד אנו במלוא כוחנו — לשנות דברים
עתה, מאשר בבוא יום פקודה, בו ניאלץ
לפעול מתוך חולשה וכורח חיים".

התזכיר פירט את ההתפתחויות המחייבות
תמורה וחזר במידה רבה וביתר פירוט על
הנימוקים במאמר ב"דבר" מלפני למעלה
משלוש שנים. לגבי הבעיה הארגונית חזר
והשמיע סורוקה בצורה חד-משמעית את דעו-

83 נ. ברוך, "הארגון המוסדי של שירותי הבריאות בישראל", עמ' 92, סעיף 23 (א).

84 פרופ' ר. ירון, להצעת "חוק ביטוח בריאות תשל"א—1971". בטחון סוציאלי, חוברת 2, דצמבר 1971, עמ' 39.

85 על ההסבר שנתן ד"ר גז'בין להתפטרותו בוועדת הכספים של הכנסת, עיין: אמנון בראזילי, "השתלטות קו"ח הכללית", הארץ, 20.6.1976.

86 מ. סורוקה, "קופת חולים לעת תמורה", תל אביב, ינואר 1970 (שכפול).

תיו: "המדיניות המוצהרת של ההסתדרות והמפלגה כיום, ולפי זה אף נקבעו קווי היסוד של הממשלה, הם ביטוח בריאות באמצעות קופות החולים. בנושא זה פעלו כמה ועדות, אולם לידי מעשה לא הגיעו ואף זה אינו מקרי...".

הרי החוק מקנה זכות בחירה חופשית לאזרח לבחור את קו"ח הרצויה לו, ושום חוק לביטוח בריאות לא יוכל להנציח הצמדת החברות בהסתדרות וקו"ח כאחת... טובת שירותי הבריאות, שמירת הרמה הרפואית והבטחת השירותים לבאות מחייבים שירות רפואי ארצי בלתי מפוצל. (ההדגשה שלי — חש"ה). הרפואה בימינו אינה מתבטאת ברופא במרפאה, או בביתו, והתרופה בבית המרקחת. זוהי מערכת שלמה של שירותים שלובים זה בזה, מכונים, מעבדות, מומחים לסוגיהם, בתי חולים כלליים ומיוחדים, מוסדות סיעוד ומחלות ממושכות, וכו'. צבת בצבת עשויה...".

עוד בשעתו הצעתי ואני חוזר על הצעתי זו: לכוונן קופת חולים אחידה, ממלכתית, שכל האזרחים יהיו מבוטחים בה. היא תתנהל על ידי הנהלה עצמאית של המבוטחים, מועצה ציבורית בהשתתפות נציגי הממשלה ופיקוח מבקר המדינה, מבלי שמוסד זה יהווה חלק אורגאני של מנגנון המדינה והתקציב הממשלתי...".

לא הייתי אומר שהגשמת איחוד השירותים עשויה להעלות לאלתר את טיב השירותים ולהנחיל יותר נוחיות לציבור. אף איחוד זה נושא בחובו סכנות לא מעטות. אולם יש בשיטה זו להבטיח לטווח ארוך ולאורך ימים את עצם קיומו של השירות כתהליך טבעי על פני החיים כיום...".

אני מסתכן להענין ולהציע התרת חברות בקו"ח ללא הצמדה לחברות בהסתדרות, ומ-

אידך גיסא — להתיר חברות בהסתדרות ללא השתייכות לקו"ח יז... האיש יוכל באופן חופשי לבור לעצמו את הויקה הנר-אית לו: חברות בהסתדרות, שרותי קו"ח, או שניהם גם יחד".

פנייתו המחודשת של סורוקה לא מצאה הד, כמו פניותיו הקודמות. הציבור עבר ללא תגובה גם על העובדה התמוהה שסורוקה, דמות מרכזית ובעלת השפעה רבה במינהל הרפואי במדינה, לא הופיע בפני ועדת אבא חושי, למרות תביעות של חלק מחברי הוועדה. כנראה שהניגוד בין הכרתו של סורוקה והרגשת המשמעת המפלגתית מנע ממנו להופיע בפני הוועדה ולעמוד בחקירת שתי וערב של דעותיו והשקפותיו. לא ידוע לי על דיונים שהתקיימו על התזכיר. השפעתו של סורוקה לא נכרה בהצעת החוק שהונחה על שלחן הכנסת ב-1973.

הצעת חוק ביטוח בריאות, תשל"ג—1973

ב-12 ביולי 1973 הונח על שולחן הכנסת חוק ביטוח בריאות, תשל"ג—1973, 88 ונתקיימה בו הקריאה הראשונה. הבחירות לכנסת שעמדו להתקיים בסתיו גרמו להחשת הכנת החוק.

ההנחה הייתה שעניני פנים ובעיות רווחה יהיו את חזית המאבק הראשית בבחירות, ומפלגת העבודה קיוותה, שהחוק יועיל לה במאבק זה, אם כי לא היה מקום להאמין כי הכנסת השביעית תספיק להעביר את ההצעה בכל שלבי התחיקה. הצעת החוק מ-1971 עברה כמה שיפוצים ותיקונים, בעקבות הביקורת וההערות שנשמעו בציבור ובמגעים עם משרד הבריאות. הוצא, למשל, הסעיף הדן

87 סורוקה עמד על דעתו זאת, אם כי ראה אפשרות כי ההסתדרות תיפגע על ידי כך. פרופ' ירון במאמרו הנ"ל מביא ממאמר סורוקה בהאיץ ב-7.3.71: "ההסתדרות עלולה להיפגע במשך הזמן, כאשר החברות בקופת החולים לא תהיה עוד צמודה לחברות בהסתדרות, וגם שאינם חברי ההסתדרות יוכלו להשתייך לקו"ח הכללית, בהתאם לחוק".

88 רשומות, הצעות חוק 1077, 9 ביולי 1973. חוק ביטוח בריאות, תשל"ג—1973.

באפשרות החלתו של צו הרחבה על הצטרפות קולקטיבית. אולם ביסודו של דבר נשאר ריבוי קופות החולים. סעיף 16 קבע, כי "שרי הבריאות והעבודה יסמיכו את קופות החולים שיתנו את שירות הבריאות". שניהם גם יפקחו על ביצוע החוק לפי עשרות סעיפים אחרים. בגביית דמי הביטוח (פרק ה') קבעה גם ההצעה החדשה נוהלים מסובכים ומפוזרים, בגלל ריבוי הקופות וביצוע הגבייה על ידי כל אחת מהן ונוסף לכך על ידי גורמים אחרים. הצעת החוק מ-1973 ויתרה על הרשות לביטוח בריאות, שהיתה אמורה לקום לפי ההצעה משנת 1971, והסתפקה במועצה לביטוח הבריאות בלבד (פרק ח'). לגבי הר"כבה נקבע, כי "מחציתה יהיו נציגי קופות חולים" (סעיף 84), באופן שהיה צפוי רוב קבוע לעמדת הקופות. סעיף 89 (ג) קבע, כי חוק מתקנים ותעריפי שירותים, שיהיו טעונים אישור של שרי האוצר, הבריאות והעבודה, הרי "כל החלטה של המועצה תחייב כל קופת חולים, בית חולים, מוסד רפואי וגוף או רופא הפועלים במסגרת חוק זה". למצב זה התכוון כנראה ח"כ ז. שובל, כאשר אמר בוויכוח, כי "החוק הזה הופך את המדינה לגזבר של קופות החולים".

סעיף 35 של ההצעה משנת 1973 חייב כל מבוטח להצטרף לפי בחירתו לקו"ח אחת, וסעיף 36 חייב כל קופה לקבל כל מבוטח המבקש להצטרף אליה. ההצטרפות הקיבוצית נדונה בסעיפים 39 ו-40:

"39. (א) נערך בין קו"ח לבין ארגון ארצי, המורשה לכך בתקנונו או בחוקתו, הסכם שלפיו כל חבריו מבוטחים ביטוח בריאות בקו"ח, בין שהסכם נערך לפני תחילתו של חוק זה ובין לאחר מכן, רואים חבר בארגון כמבוטח באותה קו"ח החל ביום הסמכתה או קיום עריכת ההסכם או ביום תחילת חב-

רותו בארגון, הכל לפי המאוחר, זולת אם אותה שעה היה מבוטח בקו"ח אחרת לפי חוק זה או מכוח הסכם קודם לפי סעיף זה. ...

(ג) הסכם שנערך כאמור ניתן לביטול על ידי הארגון, על אף האמור מור באותו הסכם, במתן הודעה לקופת החולים — שנה אחת מראש, ובלבד שעברה שנה אחת לפחות מיום עריכתו של ההסכם או מיום תחילתו של חוק זה, הכל לפי המאוחר; ביטול ההסכם אינו פוגע בביטוחו של אדם שנעשה מבוטח באותה תקופה מכוח ההסכם.

40. (א) מבוטח בקו"ח אף אם הצטרף אליה על פי סעיף 39, רשאי לפי ריש ממנה כתום שנה מיום הצטרפותו לקופה או מיום תחילתו של חוק זה, הכל לפי המאוחר יותר, ובלבד שהצטרף לקופת חולים אחרת. ..."

שר הבריאות, מר ו. שם טוב, בהביאו את החוק לקריאה ראשונה⁸⁹, הגן על ביצוע הביטוח באמצעות קופות החולים. הוא ציין את מאגרי הידע, נסיון וכוח אדם במוסדות הביטוח הקיימים, אשר "ההגיון הציבורי מחייב לנצל, במובן החיובי של המושג", גם האופי הפלורליסטי של החברה בישראל הולם לדעתו את "הדרך המוצעת לביצוע ביטוח הבריאות". בסקירת יסודות החוק ויתר רוגותיו הוא הדגיש את ביטול "ההגבלות הקיימות כיום במסגרות הביטוח הוולונטרי והקשורות בטעמים של גיל, מחלות קודמות, תקופות המתנה והכשרה".

בוויכוח נשמעו גם קולות של מצדדי הביטוח הממלכתי. ח"כ י. שערי, מהמפלגה הליברלית העצמאית, אמר: "מפלגתי דגלה ודוגלת ביי-

89 דברי הכנסת, כרך 68, חוברות ל"ו—ל"ז (מושב רביעי), ישיבה מ-12.7.73, עמ' 3935—3911, ומ-19.7.73, עמ' 4105—4090.

שום ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות קו"ח ממלכתית אחת, אם כי היינו מוכנים להתפשר על ביצוע ביטוח בריאות ע"י הקופות השונות, בתנאי שיהיה חופש בחירה אפקטיבי וריאלי, דבר שלא הושג. . . כל שירות או ביטוח שהמדינה מעניקה לכל האוכלוסייה על פי החוק, עליה לתת באופן בלתי אמצעי ואין מקום להתנות את יכולת ההנאה מהשירות או הביטוח לפי השתייכות ארגונית, מקצועית, פוליטית או מעמדית".

על זכות הבחירה החופשית של כל מבוטח בין קופות החולים, גילה מר שערי: "אמרנו: אם אי אפשר להשיג כעת קו"ח ממלכתית אחת, אנו מוכנים לתת יד לביצוע ביטוח בריאות באמצעות קופות החולים השונות, בתנאי שתובטח בחירה חופשית של הקופה על ידי המבוטח. לצערנו זה לא מובטח. אמנם סעיף 36 אומר: 'לא תסרב קופת חולים לקבל מבוטח המבקש להצטרף אליה'. וסעיף 40 קובע זכות מעבר מקופה לקופה, אך סעיף 39 קובע אפשרות של הסכם קיבוצי בין קופה לבין ארגון ארצי. והתברר לנו שאין נכונות למנוע מארגון שהוא בעל קופת חולים להוציא משורותיו חבר העוזב את הקופה שלו.

הצעתנו היתה והיא גם היום: כדי למנוע אפשרות כזו יש לקבוע בחוק הוראה מפורשת האומרת 'כי על אף האמור בתקנות או חוקה של ארגון עובדים כלשהו, רשאי כל חבר ארגון להצטרף לקופת חולים על פי בחירתו, ובעשותו כן לא יינקטו נגדו אמצעים משמעותיים'. אין בחוק הוראה כזו. יתר על כן, גם לא היתה נכונות להתחייב על ידי מכתב של שר או הצהרה פורמלית של מזכיר ההסתדרות, שאין ההסתדרות מתכוונת להוציא משורותיה חברים שישתמשו בסעיף 40 של החוק ויעברו מקופה לקופה. אכן, יש דברים בגו".

גם נציג הליכוד, ח"כ ז. שובל, טיפל בבעייה העקרונית וקבע, כי "מה שמוגש לנו היום

הזה איננו ביטוח בריאות ממלכתי, זו אחיות עיניים". הוא הסביר את הגשת החוק דווקא עכשיו לאחר סחבת של שנים רבות: "המערכת הקיימת של קופות החולים, ובעיקר של קו"ח הכללית של ההסתדרות, אינה יכולה להחזיק עוד מעמד, ובעלי אינטרסים מוסדיים ופוליטיים שהיוו עד עכשיו גורמי התנדבות לכל שינוי — נעשו פתאום שותרי הבריאות הממלכתית, אך זאת, כמובן, באמצעות המוסדות שהם עומדים בראשם. ועשו מלאכת מחשבת ממש כשהקימו את האנדרווגינוס הזה — זרימת כספים מתקציב המדינה מחד, והשאת התלות בפנקס ההסתדרות או המפלגה על כנה, מצד שני. . . מדוע אין בכוח הממשלה הזאת, ממשלה הדוגלת כביכול במדינת רווחה, למזג ולהלאים את קופות החולים, כשם שבעבר השכילה למזג ארגונים צבאיים לצבא ממלכתי, למזג זרמים חינוכיים והלאימה את שירות התעסוקה".

החוק אושר בקריאה ראשונה והועבר לוועדת השירותים הציבוריים.

בינתיים פרצה מלחמת יום הכיפורים והתחזית לזכות לגבי הבחירות לכנסת השמינית נשי תבשו. הן גדחו לכמה חודשים, ומרכז הכובד במלחמת הבחירות הועתק מעניני רווחה לבעיות חוץ ובטחון. רציפות הדיון הוטלה על החוק בכנסת החדשה וועדת השירותים הציבוריים ניגשה לדיון בהצעה והכניסה בה שינויים, תוך אמונה שהחוק יאושר בכנסת השמינית בקריאה שנייה ושלישית. במשך הדיונים שמעה הוועדה עדויות וחוות דעת מחוגים וקבוצות שונים. גם נציגי בתי הספר לרפואה הוזמנו למסור חוות דעת. בישיבה זו נוכחו פרופ' ע. אילן מת"א, פרופ' מ. פריבס מבא"ש, וכותב שורות אלה מירושלים. עם גמר הישיבה נתבקשתי ע"י הוועדה להגיש בכתב את תמצית דברי, שזכו להסכמת נציגי שני בתה"ס האחרים. בתזכיר זה נאמר בנוגע לנושאנו: "אם כי הצעת החוק של פנינו הונחה על שולחן הכנסת בקיץ 1973,

90 תמצית דברי פרופ' ח.ש. הלוי, ביה"ס לרפואה בירושלים, בישיבת הוועדה לשירותים ציבוריים של הכנסת בדיון בהצעת חוק בטוח בריאות ב-15.12.74 (תעודה משוכפלת).

שלא ממלאות כיום תפקיד חיובי ולהקים מסגרת פורמלית שתחייב ותסייע ליצירת שילוב זה ותיצור "פיקוד" אחיד לשרותי הבריאות המדינה. אם חוק זה יאושר בצורתו הנוכחית עם הפיצול בין הקופות, תעבורנה עשרות שנים עד שתמצא אפשרות לשנותה. ולכן אנו רואים בדיון זה על ביטוח הבריאות הזדמנות היסטורית להכניס את השינוי שכל חלקי הציבור שואפים אליו, על ידי ביצועו בעזרת כלים ממלכתיים — קופת חולים ממלכתית אחת".

פרטי הדיונים בוועדה אינם ידועים, אבל היא התקדמה לאט תוך ויתורים. עיקר הווייתור היה בהסכמת כל המפלגות לעקרון ריבוי קופות החולים אם כי חלק מהן ראו בזה שלב מעבר זמני; ואחרים הפטירו, שהסידורים הזמניים הם המאריכים ימים ביותר בישראל. בשתי נקודות לא הגיעו הצדדים להסכם ולא הצליחו לנסח פשרה: גבייה מרוכזת ע"י המוסד לביטוח לאומי וחופש הבחירה של הקופה, לפי סעיפים 39 ו-40 של הצעת החוק. הליברלים העצמאיים, חברי הקואליציה, הווידיעו בצורה אולטימטיבית, שהם תובעים הכ"ל לת סעיף למניעת סנקציות נגד מבוטחים העוברים מקופה לקופה.

עוד לפני כן נתגלו בקיעים בחזית הציבורית שעמדה מאחורי החוק. הדיונים בכנסת היו מלווים בהתעוררות ציבורית ובסימני התעניינות ערה ותגובות מצד העתונות. התיקרות הרפואה והטכנולוגיה החדשה בשירותים הכ"ל ניסו את כל קופות החולים, ובעיקר את קו"ח הכללית, הגדולה והמפותחה, למעגל קסמים של הלוואות ותשלומי רבית עם גרעון הולך ומצטבר. בהתחלה קיוו והאמינו ראשי קו"ח, כי הממשלה תאלץ לכסות גרעונות אלה ול- הוציא את קו"ח מן הבוץ, ולכן התייחסו לגרעון בקלות ראש מסוימת. ואולם כאשר המדינה כולה נכנסה לתקופה של "הידוק חגורה" הולך וגובר, גדלה החרדה בהנהלת קו"ח וגבר גם הצורך להעמיד את היחסים על בסיס חוקי פורמלי, בלי להיות תלויים תמיד בחסדי שר האוצר. בתחילת 1975

התחיל הדיון והוויכוח על ביטוח בריאות כללי במדינה מיד עם הקמתה. ועדת קנב הראשונה מונתה בתחילת 1949. לאורך כל התקופה מתבלטות שתי גישות עקרוניות: האחת שואפת, כי ביטוח הבריאות הכללי יהיה גם ממלכתי, היינו — יבוצע על ידי קו"ח ממלכתית אחת; והשנייה — השואפת לביצוע הביטוח על ידי הקופות הקיימות, שאולי תתווספה עליהן (פורמלית קיימת אפשרות כזאת) עוד חדשות.

פרופ' מ. פריבס פרסם לפני כשנתיים מאמר, אשר בו הניח את היסודות הרעיוניים והתיאורתיים, עליהם הוא מקים את הפקולטה למדעי הבריאות בבאר שבע, שאת פתיחתה ציינו לפני שבועות אחדים. במאמר זה כתב (מ. פריבס: מיזוג שירותי בריאות עם חינוך רפואי הרפואה, כרך פ"ג, חוב' 5, 18.10.72, עמ' 312—309): "מקורו של המשבר הפוקד היום את שירותי הבריאות והחינוך הרפואי בישראל טמון בראש ובראשונה בפיצול המשולש של שירותי הבריאות: (א) בין המוסדות השונים, (ב) בין שירותי האשפוז ושירותי ההיקף, (ג) בין שירותי הבריאות ומוסדות אקדמיים לחינוך רפואי. התוצאה היא כפילות וחלוקה מלאכותית של יעדים ותפקידים, אשר במשותף מובילים לשירות רפואי בלתי יעיל וגם יקר". זוהי אבחנת המצב, ונשאלת השאלה האם ניתן לרפאותו על ידי 'אונייה פרסונלית', הבנויה על אישיות מקובלת על הגורמים השותפים, ואשר אין בטחון, שיהיה ניתן לשמור עליה בנסיבות משתנות. אולי עוד נשמע מפרופ' פריבס כמה זמן, מרץ, כוח אדם וכספים עליו להשקיע אפילו כיום בייצירת שיתוף, תאום ושילוב בין הגורמים הפועלים בנגב, ששם קו"ח הכללית היתה גורם דומיננטי מלכתחילה. האם אפשר לסמוך על התארגנות חופשית כזאת לגבי אזורים אחרים במדינה, זמנים אחרים ואישים אחרים? האם קבלת ההנחה הנ"ל כנקודת מוצא למבנה שירותי הבריאות אינה מחייבת להשתחרר משמירה על מסגרות מיושנות,

הופיע מאמר⁹¹, שניתח את המצב התקציבי של קו"ח ובו נאמר בין היתר: "התקציב הענקי של קו"ח שהוגש בשבוע שעבר לאיי שור הועד המפקח של קו"ח (תוויכוח יימי שד), מצביע על התפתחות מפתיעה. בלי החלטות על הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי ובלי להלאים את קו"ח ההסתדרותית, מסתמנת כבר עתה נטייה להעדיף את החסות של המדינה. לפי שעה בא הדבר לביטוי במעורבות כספית גדולה יותר של המדינה. עובדה שמורה על מידה רבה של טפילות המאפינת את קו"ח המתמרת להיות גוף עצמאי. כבר היום, אין כל ספק שהלקם של חברי ההסתדרות בתקציב קו"ח הולך ומתגמד ככל שהתקציב של הקופה הולך ותופח".

כעבור מחצית השנה בקירוב נשמעו דברים יותר מפורשים⁹² בעתונה של מפלגה הקנאית לעצמאותה של קו"ח ההסתדרותית: "אשר ידלין דיבר על 600 מיליון לירות חוב מצטייט, ועל רבע מיליארד לירות גרעון הצפוי בשנת התקציב הנוכחית. . . . באותה הזדמנות היה חילוף דעות בנוגע לחוק ביטוח חובה, העלול להביא (במישרין או בעקיפין) לטשטוש אופיה של קו"ח ולהפוך אותה למעין גוף כלל ממשלתי. זהו נושא מענין, שכדאי לדון בו בנפרד. אך אגב זה, יש לזכור, שכבר עתה מקבלת קו"ח את רוב הכספים לצרכיה מקופת המדינה. כל עוד קיימת ממשלה במתכונתה הנוכחית, זורמים הכספים (בקשיים, באיחור) בלי ש"הגביר" יציץ יותר מדי אל הנעשה בתוך המוסד. אך המצב יכול להשתנות אם תשתנה הקואליציה. אי לכך יש מקום לדאגה לגבי עצמאותו של המוסד, ומה שקשור עם זה — לחסכון בהוצאות".

אותו עתונאי חזר לנושא במרס 1976⁹³ בקשר עם החלטת משרד הבריאות להטיל על הקופות תשלום מלא של מחיר האשפוז עבור

חבריהן המאושפזים בבתי חולים ממשלתיים. "ספק רב אם הקופות אמנם יזרימו את הכספים הללו לרשות משרד הבריאות, כאשר כלכלני המרכז שברחוב ארלוזורוב בתל אביב חוזים גרעון בסך 783 מיליון ל"י. . . . את הצעת התקציב למשרד הבריאות וטיוטת התקציב של קו"ח הכללית אפשר היה להגיד כבדיחה, לולא היו מובאות בכל הרצינות במוסדות רבים במדינה. . . . אם לקבל כל-שונם נתונים שהודפסו בהצעת התקציב, אין מנוס מהתמוטטות מערכת שירותי הבריאות, או לחילופין, קיצוץ דרסטי בכמות ואיכות השירות".

בלחץ הקיצוצים הצפויים בתקציב התחילו לראות את הדברים באור חדש. צוות מיוחד ליד ועדת השרים לרווחה חברתית נתבקש לבדוק את השלכות הקיצוצים האלה על שירותי הרווחה. בתווך דעתו כתב הצוות⁹⁴: "בהקשר זה אנו חושבים, שחובתנו להתריע, שהצעת החוק לביטוח בריאות, הנמצאת כעת בדיון בכנסת, היא תוכנית בזבזנית, המתעלמת מחובת הצמצום ו"הידוק החגורה", שהוטלו על המדינה לשנים הבאות. ביצוע הביטוח באמצעות קופות חולים מרובות — הקיימות ואולי גם חדשות — מן ההכרח שיגרום לכפילויות במינהל ובשירותים, לליקויי תקשורת מסובכים ומורכבים במערכת השירותים, לקשיים במעקב ובפיקוח, לסירובול הליכים וגיירת מיותרת".

גישה זו הביאה למחשבה שנייה לגבי השפעות אפשריות של אישור החוק על קו"ח. ביולי 1976 נתפרסמה ידיעה⁹⁵, לפיה גורמים הסתדרותיים מפעילים לחץ לעכב את ההצבעה בענין ביטוח הבריאות בוועדת השיירותים הציבוריים "כדי לאפשר קבלת החלטות המגבילות את השפעת האוצר על קביעת תקציבי קופות החולים".

91 אמנון ברזילי, תרגילים בתקציב קופ"ח, תארץ, 2.3.75.

92 י. שמי, "מחלתה של הקופה", על המשמר, 28.10.75.

93 י. שמי, "העיקר — לא הבריאות", על המשמר, 5.3.76.

94 "ביצוע ביטוח הבריאות באמצעות קופות החולים — תכנית בזבזנית", הצופה, 21.3.75.

95 ישראל תומר, "ההסתדרות לוחצת לעיכוב ההצעה על ביטוח בריאות", ידיעות אחרונות, 13.7.76.

ד"ר יעקב ארנון, מי שהיה שנים רבות מנכ"ל האוצר וחבר ועדת קנב ב', חבר ותיק במפלגת העבודה ובעל ראייה מפוקחת בכל-כלה, פרסם מאמר⁹⁶, שהטיל ספק ב"נחי-צותו" של חוק הביטוח: "ידוע, שבכל חברה אין מוסדות קיימים אוהבים להתפרק, ואינם מוכנים להעביר את תפקידם למוסדות אחרים. ... נראה לי, שהמעשה הנכון ביותר שה-מדינה יכולה לעשות, הוא לא לגעת במצב החוקי הקיים. ... אין שום צורך דווקא היום בתחום הבריאותי לחפש פתרונות קיצוניים ולפרק את המוסדות הקיימים, או ליצור מצב אומלל שהמוסדות האלה יהפכו למטרד במס-גרת החוקית החדשה. ... אני מציע ... להשאיר על כנו את המצב הנוכחי במערכת הבריאות, ולא לחוקק חוק שיתן היום רק יתרונות שוליים לציבור, ויקשה בעתיד לה-גיע למצב מוסדי שיתאים יותר לשנות הש-מונים, מהמצב הנוכחי שהיה מבוסס על המבנה של שנות השלושים".

מורגשת ההתחבטות של המחבר, בין הצורך לשנות את מצב הדברים ולהתאימו לעידן החדש, ובין הרצון שלא לפגוע ב"זכויות המוקנות" של המוסדות הקיימים ומתוכה הוא מגיע למסקנה של "שב ועל תעשה - עדיף".

יו"ר מרכז קו"ח, מר אשר ידלין, הגיע לידי פקפוק ביעילותו של החוק החדש, בשיתתו עם כתב "דבר"⁹⁷: "זהו שעטנז של רצון לשמור על קופות החולים הקיימות ולקיים מערכת בריאות משולבת. לפי החוק המוצע צריכה לקום מועצת בריאות - בהשתתפות שר האוצר, ושר הבריאות ושר העבודה (כאחראי לביטוח הלאומי) - שעליה לאשר את כל תקציבי קופות החולים השונות ול-

כסות את כל הגרעונות (ההדגשה שלי - חש"ה). איך יעשה זאת שר האוצר בשעה שהוא רוצה ומוכרח לקצץ בתקציבים - לא מובן לי".

במקום השעטנז של חוק הביטוח הציע א. ידלין להקים "רשות בריאות", בהשתתפות הממשלה וההסתדרות, אשר אליהן יכוונו ברובם המכריע (85%) המשאבים המיועדים לבריאות. רשות זו תקבע את חלוקת התק-ציב ותוכניות הפיתוח. הוא עצמו מכריז כעבור שבועות מספר⁹⁸, כי "עם הפעלת חוק ביטוח בריאות ממשלתי שיתאם בין כל שירותי הבריאות, לא תהנה קו"ח מהעצ-מאות שיש לה כיום ולא תהיה להסתדרות אותה מידה של שליטה בה". הכרזות אלה הדליקו אור אדום בהסתדרות, שראתה את עניני קו"ח דרך הפריזמה ההסתדרותית. עתוני מפלגות הפועלים הודיעו⁹⁹ בסגנון זהה לגמרי בשם יו"ר הוועד המפקח הארצי של קו"ח, מר א. בקר, כי "הצעת החוק להנהגת ביטוח בריאות חובה, כפי שהיא מוגשת עתה לקריאה שניה ושלישית בכנסת, אינה מבטיחה עצמאות לקופות החולים, ואנו לא ניתן יד לכך". כנס ארצי של מזכירי מועצות הפועלים פנה אל מוסדות ההסתדרות בקריאה להבטיח "שחוק בריאות" ממלכתי יכיר בעצמאות קופות החולים במסגרת החוק"¹⁰⁰. לתאור שלילי של החוק הצטרף גם ד"ר ר. ישי יו"ר הר"י, ויו"ר ארגון רופאי קו"ח¹⁰¹, אם כי גישתו נבעה מסיבות אחרות: "הצעת חוק ביטוח בריאות הנדונה עתה בכנסת היא פשרה בין מטרות ביטוח בריאות לבין שמירה על אינטרסים של קבו-צות לחץ, ולכן אסור כיום לקבל את החוק המוצע. ... עתה מוצע חוק הבא להפלות

96. יעקב ארנון, "האם נחוץ חוק ביטוח בריאות", דבר, 3.8.76.

97 "מאין יבואו 400 מיליון לאשפוז", דבר, 16.1.76.

98 ידלין, "ביטוח בריאות ממלכתי יפחית עצמאות קו"ח", דבר, 28.3.76.

99 "דבר" ו"על המשמר", 4.4.76.

100 "תובעים לדון בהצעת החוק לביטוח הבריאות", "על המשמר", 10.6.76.

101 ד"ר ר. ישי, "התועלת שבחוק ביטוח בריאות", מעריב, 23.3.76; ר. שרייבר, "חוק הבריאות

המוצע - פשרה בין הדאגה לבריאות ולקבוצות לחץ", ידיעות אחרונות, 11.6.76.

קו"ח אחת על פני רעותיה. בחוק המוצע נקבעו דרישות שספק אם הקופות הקיימות יכולות לעמוד בהן. ... כל אלה הגבלות, אשר במקודם או במאוחר רוב הקופות הפועלות כיום, להוציא קו"ח הכללית, לא תוכלנה לעמוד בהן".

וד"ר ישי מוסיף: "קו"ח הכללית רואה בחוק אפשרות לאזן את הגרעון הכרוני בתקציבה. באותה עת תוכל לבוא בתביעה אל הקופות האחרות לשאת במשותף בנטל של מוסדות האשפוז, וכן לדרוש מהן הגשת שירותי בריאות לאוכלוסיות דלות אמצעים".

התחזית הקודרת של המצב, לא מיתנה בכל זאת את שאיפות ההתרחבות של קו"ח. בשיחה על תוכניות קו"ח לעתיד מכריז יו"ר המרכז שלה¹⁰²: "בת"א אנחנו הולכים לקראת בי"ח עם מרפאה מרכזית ועם שירותים של מעבדה מרכזית בנוסף חדש. אנחנו עושים זאת בשיתוף עם משרד הבריאות. ירושלים היא המקום היחידי שאנחנו לא מסודרים מבחינת האשפוז. בשיתוף עם משרד הבריאות אנחנו הולכים לבנות בית החולים שלנו".

אם נשים לב ששיעור המיטות הכלליות לאוכלוסייה במחוז ירושלים הוא הגבוה בארץ, הרי הכרזה זו על הקמת בי"ח "שלו" בשותפות ועל חשבון משרד הבריאות, מלמדת איך ראתה קו"ח את התכנון והתאום של שירותי הבריאות בעתות מצוקה. על מהות השותפות הזאת בין קו"ח ובין משרד הבריאות סיפר א. ידלין בגילוי לב בעדותו בפני הוועדה לבדיקת המערכת הארגונית-ניהולית של קו"ח, בישיבתה ב-23 בינואר 1973¹⁰³: "עומדת השאלה האם צריכה להיות בריאות ממלכתית. אני לא נכנס לענין הזה. כל אדם שהוא אזרח במדינה הזאת מוכרח לשאול את עצמו איפה הוא עומד. ספיר אמר

בצדק לפי דעתי: כל לירה שאני משקיע בקו"ח שווה לי יותר מאותה לירה שאני משקיע במשרד הבריאות; בערך כל מה שאני עושה דרך משרד הבריאות פחות טוב ועולה לי יותר ביוקר. הוא אמר עוד דבר, אם תעשו ביטוח בריאות ואם תעשו חוק בריאות יעזבו את ההסתדרות, ואני מזהיר אתכם, אל תרוצו. לי יותר נוח להסתדר עם קו"ח היום במצב הקיים, אבל יש כמה אנומליות שנוצרות וצריך להסדיר אותן.

אני אמרתי, שלי אין שום תסביכים עם משרד הבריאות. היתה לי שיחה עם שם-טוב, ואני אמרתי לו, אתה יכול להיות שר משרד הבריאות או שר הבריאות. אני מציע לך לבחור בשני. שר הבריאות זה קו"ח. אם אתה רוצה להיות שר משרד הבריאות, שהכל יהיה במשרד הבריאות, לא ישאר הרבה מכל הענין הזה. יש לך מזל שאני מוכן בתחום הזה להיות תמיד מספר 2. עם סורוקה היה קצת קשה. סורוקה חשב את עצמו לשר הבריאות, ובצדק. יעקב ההיסטוריה שלו הוא ראה אותו כשר הבריאות. ואני מוכן תמיד להיות מספר 2 אצלך. בוא נעשה דברים, כדי שהבריאות בארץ תסתדר ולא שמשרד הבריאות יהיה מסודר".

דברים אלה מגלים תפישה הרווחת בקרב המנהיגות של קו"ח, ומצביעים על הדרך בה ראו את מוסדם. לאור תפישה זו אין הם מוכנים לדון בהורדת קו"ח מגדולתה. הדברים סימפטומטיים, אפילו אם אינם נחלת כולם. באור זה יש להבין את תביעתו של מר ידלין¹⁰⁴, "להקים רשות ארצית לבריאות ואשפוז בישראל אשר צריכה להישען בעיקרה על קו"ח הכללית". בהצעה מרחיקת לכת יצא המנהל הרפואי של קו"ח פרופ' ח' דורון¹⁰⁵: "מועצת הבריאות, שתקום על פי חוק ביטוח בריאות חובה, לא תוכל לתפקד.

102 שיחה עם אשר ידלין, יו"ר קופת חולים. ידיעות אחרונות, 24.9.75.

103 פרוטוקול "לא ערוך, ורישום מילולי" של ישיבת הוועדה מ-23.1.73.

104 קורא להקים רשות ארצית לבריאות ואשפוז בישראל, מבט, 10.12.75.

105 דורון מציע לנתק בתי החולים הממשלתיים והעירוניים ממשרד הבריאות, הארץ, 12.7.76.

במקומה הוא מציע להקים רשות לבריאות, שיהיו מיוצגים בה כל הגורמים הנותנים שירותי בריאות. ... (את משרד הבריאות) למזג עם שאר משרדי הממשלה העוסקים בסעד ורווחה... הרשות לבריאות תפעל תחת פיקוחו של המשרד הכולל לרווחה הב-רתית".

להצעות אלה הוסיף פרופ' דורון בגילוי לב, שקבלת חוק ביטוח בריאות היא חובה חיונית לקו"ח, כי "חוק מסוג זה נותן חיסון לקו"ח מפני מצבי גרעון קשים בעתיד".

התאור הנ"ל מסביר את הגישה האמביוולנטית של ההסתדרות כלפי חוק ביטוח בריאות, תשל"ג—1973, כפי שהוא עמד לצאת מוועדת השירותים הציבוריים. חברי מפ"ם, עם שר הבריאות בראשם, לחצו בעד אישור סופי של החוק.

הענינים הסתבכו עם הקפאון שהשתרר לגבי הסעיפים 39—40. בסוף יוני 1976 הודיע ח"כ י. שערי בישיבת הנהלת הקואליציה¹⁰⁶, כי מפלגתו תובעת "להבטיח את חופש הב-חירה של קו"ח, ולמנוע אפשרות של הטלת סנקציות ארגוניות על מי שעוזב את קו"ח של ההסתדרות". שרי הבריאות והעבודה הת-נגדו וחברי הכנסת מסיעת ל"ע" הודיעו שלא זו בלבד שלא יצביעו בעד החוק, אם לא יתוקן, אלא אי-תיקון החוק עלול לסכן את עצם קיום הקואליציה". עם התקרב מועד ההצבעה המכריעה בוועדת השירותים הצי-בוריים עלה המתח¹⁰⁷. הוויכוח התרכז סביב בעית הגבייה המרוכזת של דמי ביטוח הב-ריאות בידי המוסד לביטוח לאומי וזכות החלפת הקופה ללא סכנת סנקציות. הר"י אימה שחבריה לא ישתתפו בוועדות העתי-דות לקום לפי החוק, וישתקו את ביצועו.

ואילו מפ"ם אימה בפרישה מן המערך וב-ניהול מערכת בחירות עצמאית, אם החוק לא יתקבל. "דבר" ציין¹⁰⁸, כי "נציגי המערך טוענים כי לא ייתכן שארגון וולונטארי יהיה כפוף בגושא כזה לחוק המדינה". אפילו נציג המפד"ל הודיע¹⁰⁹, "כי אם תערכנה הבוקר הצבעות על סעיפיו השנויים במחלוקת של חוק זה, בוועדת השירותים הציבוריים, יצביעו נציגי המפד"ל נגד החוק".

הבעיה הגיעה לוועדה המרכזת של ההסתדרות ושם הכריז המזכיר הכללי מר ירוחם משל¹¹⁰: "ההסתדרות לא תסכים לקבל הנ-חיות לסדר חיייה הפנימיים על פי תחיקת בריאות זו או אחרת שקובעת הכנסת, ונעמוד על כך שחבר ההסתדרות יהיה גם חבר בקו"ח הכללית, אם כי חבר בקו"ח יכול גם שלא להשתייך להסתדרות, כאמור בחוק הב-ריאות המוצע".

נוכח העדר כל אפשרות להגיע לפשרה מוס-כמת על שני הצדדים ואיומי הפרישה מצד מפלגות קואליציוניות, הוקפא הגושא ולא הובא להצבעה סופית בוועדה, וכמובן גם לא לקריאה סופית בכנסת השמינית.

הכנסת התשיעית

הנוף הפוליטי בכנסת התשיעית השתנה ול-שינוי זה היו השלכות על ביטוח הבריאות. הליכוד וד"ש דגלו במצע הבחירות שלהן בביטוח בריאות ממלכתי, באמצעות קו"ח ממלכתית אחת. גם בין המפלגות הקטנות היו שדגלו בו. מספר נוסף של חברי כנסת היו רוצים לראות קו"ח ממלכתית מאוחדת אחת, המשוחררת מנטיות סקטורליות ועבו-

106 "יש לחתיר את חופש הבחירה של קו"ח". הארץ, 30.6.76.

107 אמנון ברזילי, "אוטומטים בהצבעה", הארץ, 13.7.76.

108 "מחריפה המחלוקת סביב חוק ביטוח בריאות ממלכתי", דבר, 14.7.76.

109 כתבת יצחק שור מהכנסת, על המשמר, 20.7.76.

110 י. אביעם, "משל: לא יופעלו כל סנקציות וכו'", מעריב, 26.7.76; ועיין גם: "החברות בהסתדרות והחברות בקופ"ח", דבר, 26.7.76.

תות מפלגתיות. חוק הרציפות לא הוחל על הצעת חוק ביטוח בריאות תשל"ג—1973, ובכך הגיע לסיום הטיפול בה.

שר הבריאות החדש, מר אליעזר שוסטק, מינה ועדה מצומצמת בראשות פרופ' עזרה זוהר, שתציע דרכים לרפורמה בשירותי הבריאות בישראל. הוועדה פעלה מספר חודשים והגישה דו"ח לשר¹¹¹. כפי שמעידה כותרת התעודה, לא ראו חברי הוועדה את עצמם כוועדה רשמית בעלת סמכויות, כי אם כצוות (חשיבה), שנקרא להגיש רעיונות ומחשבות. חלק גדול מן הדו"ח מאשר התרשמות זאת, של תעודה שאינה מיועדת ליישום וביצוע, כי אם לעורר מחשבות, להפנות תשומת לב ולכוון את המתכננים, שיבואו בשלב הבא, להכין תוכנית או הצעת חוק לביטוח הבריאות הממלכתי. הדו"ח בכללו מבוסס על ההצעות של הוועדה לארגון שירותי הבריאות בישראל, שמונתה ע"י הוועד המרכזי של הר"י ב-22.8.68 בראשותו של פרופ' ק.י. מן (ומכאן ידועה בשם "ועדת מן"), ואשר הגישה את הדו"ח שלה ב-20.7.69¹¹². לא כאן המקום לנתח ולתאר את כל המלצות הוועדה הזאת. בנתחה את המצב הקיים היא קבעה בסעיף הראשון¹¹³: "פיצול ופיזור שירותי הבריאות בין רשויות מרובות הפועלות בנפרד: דבר זה מכביד מאוד על החולה ומביא לכפילות, לאי ניצול משאבים, לביזבז כוח אדם, מיתקנים וציוד. נוסף לכך הוא גורם לחוסר ידע של צורכי הבריאות הכוללים, לחוסר תיכנון, בקרה והכוונה של שירותי הבריאות".

למרות קביעה ברורה וחד-משמעית זו לא הסיקה ועדת מן את המסקנה המתבקשת לפעולה. המבנה המינהלי וארגוני של השירותים המוצע על ידה¹¹⁴ סובל מאי בהירות,

ואינו מבטיח היסול הליקויים והמגרעות שמצאה: "רשות בריאות ארצית תהווה את רשות הבריאות העליונה, שתתווה את מדיניות הבריאות בארץ. היא תורכב מנציגי הציבור, מנציגי מוסדות הרפואה ומנציגי הרופאים, שרצוי שתלק גדול מהם יהיו רופאים קלינאים..."

מוסדות הרפואה, הרשויות המקומיות והרשות הממשלתית מספקים כיום את הכספים לשירותי הבריאות בארץ. ע"י ייצוגם ברשות הבריאות האזורית וברשות הבריאות הארצית, ניתן יהיה לשלב את תרומתם הכספית בתקציב המיועד לבריאות באזור ובארץ כולה. הוועדה מקווה, שלאחר תקופת מעבר, שבה ייקבעו התקציב האזורי והתקציב הארצי לבריאות בדרך המוצעת, תגיע מדינת ישראל למאגר כספים מרכזי לשירותי הבריאות, אשר יחולק מהמרכז לאזורי הבריאות השונים, בהתאם לצורכיהם, ומתוך משא ומתן בין ההנהלה המרכזית להנהלות אזורי הבריאות השונים".

ניתן לשער את מידת האחידות בשירותים ואת משקלה של הרשות המרכזית, כאשר כל מוסד מוסיף להחזיק את הכספים בידיו ויכול להשתמש בלחץ כספי ותקציבי להשגת מטותיו וכוונותיו...

חולשה זו היתה ברורה לוועדת זוהר. נקודת המוצא שלה היתה שירות ממלכתי אחיד, ומגמה של מאגר מרכזי אחיד למשאבים הכספיים.

דו"ח זוהר אינו בבחינת הצעה אופרטיבית מושלמת להכנת הצעת חוק. יש בו נושאים לא מעטים הדורשים עדיין הבהרה ובירור, וכן שינויים והתאמה. לא נתעכב בזה על כל הנושאים המתבקשים, אבל נציין כמה מהם, שנראים בעלי משקל וחשיבות.

111 דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות, תל חשומר, ינואר 1978.

112 "המלצות הוועדה לארגון שירותי הבריאות בישראל", חוברת מיוחדת של מכתב לחבר, כרך ל', חוברת ט"ז/א, 1.9.1969.

113 שם, עמ' 13.

114 שם, עמ' 21.

הדו"ח התעלם ממעמדם העתידי של בתי החולים הציבוריים ומוסדות הבריאות האחרים הקיימים במדינה, מחוץ למסגרת הממשלה וקו"ח. אמנם הוא מועיד להם תפקידים חשובים במרכזי הבריאות האזוריים ובאספקת צורכי האשפוז של המדינה, אבל לא הוגדר מצבם בתוך המסגרת הפורמלית ומעמדם התקציבי והניהולי. חברי הצוות לא רצו כנראה לפגוע בסכומים המוכנסים למדינה ע"י מוסדות אלה מתורמים בחו"ל, ונקודה זו טעונה אמנם הסדר. אולם לא יתכן, כי מוסדות שירות אלה ישמרו על "אוטונומיה" בפעולתם, ויצרו בתוך תחומי הביטוח סוג נפרד ומיוחד של מתקנים בעלי רמה שונה, תביעות שונות ושירותים שונים, אשר לא תהא קומוניקציה ישירה וקבועה ביניהם ובין המוסדות הרפואיים האחרים באותו מקום ישוב, או אזור, או במדינה. עם הנהגת ביטוח הבריאות חייב לחול אותו דין ואותו גוהל על כל מוסד הפועל במסגרתו והממלא בה תפקיד פורמלי. הדבר מתייחס, כמובן, גם ליצירת המאגר האחיד למשאבים הכספיים, אשר ממנו ישאבו כל המוסדות, בשנות שובע וגם, חלילה, בתקופות רעב ומצוקה.

הדו"ח מציע לחלק את המדינה ל-22 אזורי בריאות. כל מבוטח יהיה צמוד לאזורו ויקבל את השירותים הרפואיים, שיודקק להם במרכז הבריאות האזורי (מתוך לכמה מקרים שבהם יופנה לאזור-על). המוסד המרכזי והדומיננטי במרכז הבריאות האזורי הוא ביה"ח האזורי, ומספר האזורים נקבע לפי מספר בתה"ח שנראו לחברי הצוות ראויים לשמש כבתי חולים אזוריים¹¹⁶. בהתאם למספר האזורים הנ"ל יהיו בכל אזור פחות מ-200 אלף נפש בממוצע. אין זו אוכלוסייה גדולה לשם הספקה עצמית של צרכיה הרפואיים, ומאחר שלא ההיבט הכמותי הוא עיקר, ימלאו האיכות והמוניטין תפקיד חשוב. עם זאת קשה להבין מה רע עלול לצמוח ממצאותם של

שנים או אפילו שלושה בתי חולים באזור, אם קיים בו מינהל טוב ומקובל. ריבוי האזורים ייצור ביורוקרטיה ענפה ויכביד על תנועה בין-אזורית. למרות הצמדת התושבים לאזוריהם, לא יתכן למנוע תנועה כזאת, וככל שיצטמצם היקף האזורים ויוקשחו סדרי ההצמדה אליהם, כן יגבר הלחץ לאפשר תנועה בין-אזורית. הדו"ח עצמו נגע בבעיה נוספת שתתעורר כתוצאה מחלוקת הארץ לאזורים המוצעים, בהעירו, כי "לא יהיו אזורי השירות הרפואי זהים לנפות ולמחוזות של משרד הפנים". חברי הצוות לא שקלו, כנראה, במידה מספקת את הקשיים והמכשולים, הצפויים מכך בכל הקשור לשימוש במידע הסטטיסטי ובשילוב נתונים מתחומי הרפואה, הדיור והדמוגרפיה, כמו למשל, לצורכי תכנון שירותי הבריאות ופיתוחם.

מתוך הדו"ח מתקבל הרושם, כי למבוטח כפרט ולציבור המבוטחים ככלל תהיה השפעה מועטה ביותר אם בכלל, על מהלך העניינים והסדרם. השליטה במערכת הביטוח תהא מרוכזת בידי הרופאים, וה"יאטרורקטיה" בשירות הבריאות תגבר. דבר זה בולט בתפקיד שהוקצה לציבור המבוטחים במנגנון המנהל. המקום היחיד, אשר בו נזכר שיתוף המבוטחים בניהול הוא מועצה ציבורית אזורית¹¹⁶, כלשון הכתוב: "מועצה ציבורית אזורית: בכל אזור תוקם מועצה זו לפי מפתח של איש אחד לכל 15,000 מבוטחים. חבריה ימונו על ידי הרשויות המקומיות — התפקיד ללא שכר. הם ייצגו את המבוטחים. המועצה תביא משוב מהציבור בפני מנהל האזור. בעיות שרותי הבריאות באזור, כולל פעילות מנהל האזור והצעת התקציב, יובאו לדיון במועצה לפני העברת הצעת התקציב לאישור רשות הבריאות הממלכתית. דו"חות מבקר המדינה ונציב הקבילות יובאו בפני המועצה".

סמכויותיה של המועצה הציבורית האזורית

115 דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות, עמ' 10.

116 שם, עמ' 24—23.

הן בעלות אופי מייעץ בלבד, וניתן, כמובן, להתעלם ולהסיח דעת ממנה. בגוף המנהל הארצי — השות הבריאות הממלכתית — יהיה מנהל רופא והמועצה שלידו תורכב ממנהלי המרכזים הרפואיים האזוריים (כולם רופאים) ומראשי האגפים (רובם רופאים) ללא כל נציגות של מבוטחים¹¹⁷. בשים לב לנטייה הקיימת כיום בעולם כולו, לבנות את השירות הרפואי על עבודת צוות רב-מקצועי — מצד אחד, ולשתף בצורה סמכותית ופעילה את הצרכן (consumer) בהנהלת הענינים — מצד אחר, אין ההמלצות של דו"ח זוהר קולעות למטרה. ספק אם שלטון בלעדי של רופאים בשירותי הבריאות יבטיח עבודה סדירה ושקטה לשביעת רצונה של האוכלוסייה. העדרם של הצהכנים מהגופים המנהלים יאפשרו להם להמשיך בשיטת התביעה ה"סחיטה" מבלי ליתן את הדעת לעלות ולמשאבים המצויים, שכן הצרכנים יהיו פטורים למעשה מאחריות.

בשעה ששורות אלה נכתבות נמצאת בשלבי הכנה במשרד הבריאות הצעה חדשה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר דו"ח הצוות לרפורמה משמש לה בסיס ויסוד. עם פרסום ההצעה אפשר יהיה לדעת לאן נושבת הרוח. לפי דו"ח הצוות, המאבקים סביב ביטוח הבריאות הכללי בישראל עדיין לא תמו.

סיכום

נוכח תאור ההתפתחויות והתוכניות למבנם ולארגונם הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל, ננסה להסיק כמה מסקנות: חוסר שיווי המשקל בין קופות החולים הפועלות בארץ מקנה אופי מיוחד לבעיית הפלורליזם של שירותי הבריאות. העובדה שקופות חולים אחת גדולה במספר מבוטחיה פי שלושה מכל הקופות האחרות גם יחד, וכן העובדה שההבדל ביניהן לגבי הבעלות על

מתקנים וכלים גדול עוד יותר אינן מקלות על פתרון הבעיות הקיימות. במו"מ אודות הנהגתו של ביטוח בריאות נשמע, כמעט, אך ורק קולה של קו"ח הכללית, והשימוש בלשון רבים בא משום "עינא בישא". ביטוח כללי באמצעות קופות החולים הקיימות פירושו המעשי האמיתי הוא יצירת לחץ לארגון האוכלוסייה במסגרת קופת חולים אחת סקטוראלית, השייכת למוסד המהווה צד פעיל במאבקים הפוליטיים והמפלגתיים במדינה. במדינות אשר בהן קיים ריבוי של קופות, אין הממשלה אחראית למצבן הכספי. ולגרעונותיהן. רבים התאורים והדו"חות על התלבטויות וקשיים של מוסדות ביטוח, ואולם אין מצב זה מחייב את הממשלה לבוא להצלתם. המצב בישראל שונה עוד לפני שנים אחדות פורסם בעתונות על הטבות בסכומים גדולים אותן מקבלת קו"ח הכללית בצורות שונות¹¹⁸: "קו"ח כללית קיבלה מהאוצר במשך שלוש שנות תקציב (1972/3—1974/5) הלוואות תקציביות מסובסדות בסך 48 מיליון ל"י, מענקים בסך 57 מיליון ל"י וביטוח הצמדה תמורת פרמיה סמלית על 267 מיליון ל"י, 14 מיליון מרקים גרמנים ושלושה מיליוני דולרים". בתנאי אינפלציה, ביטוח הצמדה להלוואות משחרר כמעט לחלוטין את הלווה מפרעון ומטיל את העול על המבטת. איך אפשר לתבוע מן הממשלה סיוע, כאשר השפעתה על הנהלת הענינים ועל מדיניות הפיתוח מינימלית ובלתי מורגשת? ...

הסדר התמיכות אשר ליווה את קופות החולים מראשית הקמתן ועד היום הזה יצר הרגלי הסתמכות על מענקים ותרומות וזלזול ביציבות הכלכלית ובאיזון התקציבי של המוסד. נוצר מצב שהקופות (ובעיקר קו"ח הכללית, האחרות נגררו אחריה) חיו מתוך הנחה, שיש להן "חשבון פתוח" באוצר, ולאחר מו"מ פחות או יותר קשה, בדרך זו

117 שם, עמ' 29.

118 "הטבות-ענק לקופת חולים", הארץ, 13.6.76.

אמר ראשי, לרגל יובל העשרים וחמש של שירות הבריאות הלאומי הבריטי, בשבועון הרפואי רב היוקרה "לנצט"¹²⁶: "שום מדינה — פשוטו כמשמעו, שום מדינה — אינה יכולה להרשות לעצמה כעת יותר ממערכת אחת של שירותי בריאות.

מיומנויות, טכניקות, בניינים וציוד נעשים כה יקרים וכה מבוקשים שפלורליזם, במקומות שהוא עדיין קיים, צריך לפנות מקומו לאחידות; אבל אחידות שבה יינתן עידוד פעיל מתמיד לניסוי וחידוש (למשל, בשיטות האש-פח). את האמת הזאת יסתירו עד כמה שאפשר חברות הביטוח וקבלניהן; אבל אי אפשר להסתירה לתמיד."

תוך כדי מעקב אחר התפתחות הדברים במשך שלושים שנה ויותר מתברר, כי הבעיה אינה בשטח הרפואה ואספקת הטיפול הרפואי, כי אם בתחום המדיניות המפלגתית והזכויות המוקנות של ההסתדרות. הנימוק כי האחדות קופות חולים בתוך קופה ממלכתית אחת היא הפקעת זכות הבעלות מידי הסתדרות העובדים הכללית, מזכירה את הטענה, שהקמת המדינה פוגעת בעליה ב'. הבניינים של מוסדות הציבור בארץ ומתקניהם המפוארים הם ברובם פרי הנדבנות של תפוצות ישראל, אשר פתחו ופותחים את ידם למען הקמת המדינה, פיתוחה, שגשוגה וכבודה, בלי שים לב לכותרת המפלגתית ולגושפנקא הכתתית,

או אחרת, הן תקבלנה ממנו סכומים, שיאפילו שרו להן להמשיך עד למשבר הבא, וחוזר חלילה. התמיכות יצרו פסיכולוגיה של תלות וגישה של "מגיע לי", שהיא מקור הרע בשטחים רבים בחיי החברה בישראל¹¹⁹.

ברב-שיח מטעם העתון "מידע לרופא" על דו"ח ועדת זוהר, סיפר ח"כ א. שפייזר¹²⁰, יו"ר לשכת המס, כי במשך שלוש השנים האחרונות פחת מספר העובדים בלשכת המס מ-1,200 ל-800, ועוד ניתן לצמצמו עד 500 עובדים בלבד. באותו גליון מבשרת המערכת במאמר ראשי על תקציב קו"ח, כי "לראשונה במשך שנים רבות הוגשה למוסדות קו"ח, לקראת שנת 1978/9, הצעת תקציב מאוזן". מה קרה השנה, ואילו שינויים "אקלימיים" התרחשו, שאפשרו לראשונה בשנים רבות להגיש תקציב מאוזן? ומה הנימוק שפתאום נמצאה דרך להפחית את מספר המועסקים בלשכת המס בשליש וליעל את גבייתו ועוד היד נטויה? ... הסיכון של טענת היעילות מצד מתנגדי הפלורליזם דחף כנראה להוכיח את האפשרות ליעל גם בתנאי פלורליזם...

זה מראה מה גדולים יכולים להיות הישגי הייעול בניהול אחיד, מרוכז ונמרץ. על נושא זה אין צורך להרבות דברים, וכל מקור שנוגע בבעיה מדגיש את הדבר¹²¹⁻¹²⁵. הדברים סוכמו בבהירות ובעוצמה רבה במ-

119 עיין: זלמן חן, "הרחורים על ה'רווחה' — והשלכותיה", עבודה וביטוח לאומי, שנה כ"ח, גליון 1, ינואר 1976, עמ' 11-3.

120 מידע לרופא, מס' 14, יוני 1978, עמ' 18.

K. Evang, The Politics of Developing a National Health Policy, *Internat. J. Hlth. Serv.*, 121 3/3, 1973, p. 340

Rashi Fein, "The President's Health Insurance Program — Is It the Best Way?" Harvard Center for Commun. Hlth. and Medical Care; Health Care Policy Discussion Paper No. 14, Boston, Mass., March 1974, p. 18

R. Maxwell, "Health Care — The Growing Dilemma", A McKinsey Survey Report, 123 New York, 1974, p. 44

S. Wolfe and R.F. Badgley, "How much is Enough? The Payment of Doctors — 124 Implications for health policy in Canada", *Intern. J. Hlth. Serv.*, 4/2, 1974, p. 240

Medical Care Review, 31/6, June 1974, p. 747 125

"After Twenty Five Years", *Lancet*, 30.6.1973, pp. 1489-90 126

אשר בחסותה הם נתבעים ונותנים. התרומות שנתקבלו להקמת בתי חולים ומרפאות במדינה ולמען צידם ומיכשורם ניתנו למען הישוב והמדינה ותושביה. כל צינור שהוביל למטרה זו היה מקובל.

מעניין לבחון מה קרה באנגליה, ב-1948, כאשר עם הקמת שירות הבריאות הלאומי הולאמו בבוקר בהיר אחד כל בתי החולים במדינה¹²⁷: "בהתאם לחוק שירות הבריאות הלאומי, קיבל השר לרשותו את כל בתי החולים שהיו בבעלות של גופי צדקה מתנדבים ורשויות מקומיות, מחוץ למספר מסוים שעליהם ויתר בהתאם לתקנות שהותקנו לפי החוק. שום פצויים לא שולמו. במקרים אשר בהם עמדו לרשות בתי החולים קרנות הקדשה, נעשו סידורים מיוחדים בשבילן. בתי חולים להוראה הורשו לשמור כל אחד על קרנותיו, והדבר כלל לעתים קרובות גם קרקעות שלא לשימוש בה"ח. בבתי חולים שלא להוראה, קיבל השר לרשותו את ההקדשות והכניסן לקרן מרכזית, שרווחיה מתחלקים בין הרשויות של בתי החולים. ... מעניין ביותר, כי בשעת הויכוח בפרלמנט, לא ראה איש בכך "שאלה של הלאמה" או התנגד להעדר פצויים".

גישה זו מובנת ומקובלת מנקודת ראות לאומית. נקודות פורמליות פסולות במהפך הגדול, שהתרחש עם קום המדינה. יש להוסיף כי הקופות שקועות בגרעונות ניכרים, וספק אם יוכלו לסלקם אי-פעם, ללא סיוע מסיבי של הממשלה. חילופין של מסירת הנכסי דלא גידי לממשלה תמורת הסדרת החובות והגריעות יכולה להיות עיסקה הוגנת, מבלי להיכנס לפרטי ההתחשבנות על ערך הרכוש וסכום החובות.

גם בעית העובדים המתעוררת מוזרה ונובעת מניצול פורמלי של "זכויות", שנקבעו בניסיונות שונות. לאחרונה נתבשרנו שארגון

עובדי קו"ח נעשה פעיל בחזית ההתנגדות להאחדת הקופות, ומאיים בהשבת העבודה במוסדות קו"ח הכללית. איש לא מעלה על דעתו פיטורי עובדים במוסדות הבריאות, ובוודאי לא מתוך המקצועות הרפואיים השונים. יהיה צורך בהשוואת חנאי העבודה, אבל מותר להניח כי השוואה זו תהיה בעיקרה כלפי מעלה. העובדים ימשיכו לעבוד ואיש לא יפגע בצבירת זכויותיו. למרות זאת, הביעו העובדים התנגדות, בהישענם על הנו"הג, שאפילו שינוי פורמלי בבעלות, שאינו מביא לשינוי בתיפקודו ומעמדו הממשי של העובד מזכה אותו לפיצויים. נושא זה ידרוש טיפול, ומותר להאמין בשכל הישר ובהגיון הבריאות של ציבור העובדים, אשר יבין כי השינוי בא להבטיח את המשך פעולתם הסדירה של המוסדות, ועל ידי כך יבטיח גם את זכויותיהם.

הנימוק העיקרי והאמיתי להתנגדות הקיימת להאחדת קופות החולים הוא בחוסר רצונה של הסתדרות העובדים, שהיא ה"בעלים" של קו"ח הכללית, לוותר על מוסד המוסיף-ליוקר רתה הציבורית, למשקלה החברתי ולעוצמתה המספרית. באיזו מידה תורמת קו"ח לעוצמתה המספרית של ההסתדרות חלוקת הדעות¹²⁸. סורוקה קיבל את הדין, אפילו אם יגרום הניתוק בין קו"ח ובין ההסתדרות לעזיבה מסוימת של ההסתדרות. אבל העיקר הוא במשקל החברתי ובהרגשה הקיימת אצל מנהיגי ההסתדרות, כי הוצאת קו"ח מתחום השפעתה ותיפקודה יפגע במסגרת החיים ההסתדרותית אשר בה חי החבר. לכן אין המאבק מצטמצם בביטוח בריאות בלבד, כי אם מתנהל גם לגבי ביטוח הפנסיה.

על רקע זה מובנות ההצהרות החד-משמעיות היוצאות, לאחרונה, מחוגי ההסתדרות. דובר ההסתדרות פירש את עמדת ההסתדרות כלפי ביטוח בריאות כדלקמן¹²⁹: "עם הפעלת חוק

¹²⁷ Prof. B. Abel-Smith, "Personal communication to the author of 8.11.1967".

¹²⁸ עיין בנדון: אמנון ברזילי, "הקשר הכפייתי", הארץ, 2.6.76.

¹²⁹ דובר ההסתדרות: "קו"ח תהיה פתוחה לכל אזרח". ידיעות אחרונות, 20.6.78.

ביטוח הבריאות — תהיה קו"ח של ההסתדרות פתוחה לכל אורת, גם לזה שאינו חבר ההסתדרות. עם זאת, עלינו לציין, כי אורת שבחר בקו"ח אחרת (לא הכללית) לא יוכל להיות חבר בהסתדרות הכללית, שכן זו בעיה פנימית של ההסתדרות, המאפשרת למוסד וולונטרי לקבוע את כללי ההצטרפות של חברים לגוף זה".

על עמדה זו חזר מר משל פעמים רבות. בטקס חלוקת הפרס לעובדים המצטיינים של קו"ח הוא הכריז¹⁸⁰: "לא נסכים שיהיה ניתוק בין ההסתדרות וקופת חולים, ושהקופה תיהפך לקבלן משנה המספק שירותי בריאות למשרד הבריאות".

התוכנית שפרסם פרופ' ח. דורון לביטוח בריאות לאומי¹⁸¹ מגלה נטייה להתפשרות ולמציאת מוצא בכמה נקודות השנויות במחלוקת בין קו"ח ובין משרד הבריאות. ואולם בנקודה העקרונית והעיקרית הוא קובע ש"החוק יבוצע באמצעות קופות חולים מוסמכות בפיקוח ממשלתי וביקורת מבקר המדינה".

קשה לחזות כיצד יסתיים המאבק, שהנו כבר בן שלושים שנה. מצבה הכלכלי הנוכחי של המדינה בכלל ושל קו"ח בפרט עלול לרכך עמדות. הידיעות המופיעות מפעם לפעם על המתרחש במוסדות רפואה מכוונים ויוקרתיים מעיד על ההכרח לנקוט באמצעים קיצוניים

כדי להציל את מפעל הבריאות המפואר של מדינת ישראל. אחת הדרכים היא ריכוז הסמיכות ביד אחת, שתמנע כפילויות, תיעל ניצול מתקנים, תגביר את החסכון, תמנע התחרות, המקבלת לעתים קרובות צורה של שירותים מיותרים, ותעשה כל זאת ללא מו"מ מתמשך, הגוזל מרץ, זמן וכוח אדם, וללא תלונות על פגיעות בגופים ריבוניים, עצמאיים ואוטונומיים. דבר זה לא יוכל להתבצע ללא שיתוף פעולה כן מצד קו"ח הכללית, המוסד הגדול והמפותח בתחום הבריאות בארץ. הכוונה אינה לחסלו או לצמצמו, כי אם לפתוח את שעריו בפני אזרחי המדינה כולם, ללא מגבלות סקטורליות ותלות מפלגתית, וללא קשר עם מוסדות שאינם רלבנטיים לבריאות ולרפואה. אם סרובה של ההסתדרות וקו"ח יעמוד בתוקפו, יתכן כי המצב הקיים יימשך והתמונה הפלורליסטית הנוכחית תתמיד לתקופה בלתי ידועה. נסיונות העבר, שנסקרו בדפים הקודמים, מעידים כי יש גבול מסוים אשר מעבר לו אפילו בהצבעה אי אפשר לכפות סידורים, המנוגדים ליסודות חיינו החברתיים, להגיון הבריאות, לשכל הישר ולהבנה הפשוטה. דחייה כזאת לא תהיה קטסטרופה רפואית, ואולם היא תעלה למדינה בסכומים נוספים שניתן לחוסםם. הביטוח הממלכתי ימתין עד שהידוק החגורה יגיע לדרגה שתכניע את כולנו...

130 דבר, 7.7.78.

131 פרופ' חיים דורון, "עקרונות להצעת חוק ביטוח בריאות לאומי", מידע לרופא, מס' 14, יוני 1978. עמ' 36—39.

שירותי רפואה בישראל – מבט מזווית אחרת

מאת פרופ' אברהם דורון*

ה. ה.

שירותי הרפואה בישראל עוברים בשנים האחרונות תהליך של שינוי מהיר, שהוא סמוי ברובו מעיני הציבור ומתבצע מבלי שיכוון על ידי מדיניות חברתית ברורה. השינוי בדפוסי הפעולה של שירותי הרפואה נוגע בחלקו – ובאורח בלתי נמנע – מתהליך השינוי העובר בכל תחומי החיים של החברה הישראלית, אולם בעיקרו הוא תוצר ההימנעות מנקיטת מדיניות חברתית ברורה כלפי שירותים אלה. שינוי זה המתהווה לנגד עינינו יש לו השפעה רבה מאוד על חיי כל אחד מתושבי ישראל כבר בהווה, והוא עשוי להיות בעל השלכות מרחיקות לכת יותר על תנאי החיים של כלל האוכלוסייה בעתיד הלא רחוק. השאלה היא, איפוא – האם נשכיל בעוד מועד להתערב ולכוון את התהליך הזה לאפיקים רצויים יותר לחברה הישרא-אלית.

במאמר זה נתייחס לתהליך השינוי בשירותי הרפואה כפי שהוא משתקף בשני תחומים עיקריים: הארגון החברתי של השירותים הללו ועמדת המקצוע הרפואי כלפיו, וכן בעיית הנגישות לשירותי הרפואה.

הארגון החברתי של שירותי הרפואה

רפואה לפי גישה זו אינם ככל מצרך אחר שניתן להפקיד את הספקתו בידי השוק הכל-כלי החופשי ובהתאם לשיקוליו של הפרט, אלא הם מצרך בעל אופי שונה, שצריך וניתן לספק אותו, בעיקר, באמצעות הסדר בעל אופי ציבורי. היקף הידע המדעי בתחום שירותי הרפואה, קצב קידומו המהיר של ידע זה ומהירות התפתחותם של הטכנולוגיות הטיפוליות בשירותים אלה, מבטלים, לדעתנו, לחלוטין את התפיסה, כי ניתן לראות בשי-רותי רפואה מצרך שאפשר להשאיר את הספקתו לשוק הכלכלי החופשי, ואת ההנחה,

נקודת המוצא של הדיון בתחום זה היא הארגון החברתי של שירותי הרפואה Social Organization of Medical Care. הדגש כאן הוא לא רק על ניתוח סוציולוגי של המבנה החברתי של השירותים הללו, אלא על עובדת היותם מופעלים מכוח פעולה קולקטיבית של הכלל, כדי לספק צרכים חברתיים חיוניים של האוכלוסייה. שירותי

* מ"מ מנהל ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

1 דיון ממצה על גישה זו כלפי שירותי הרפואה, ראה:

Richard M. Titmuss, "Ethics and Economics of Medical Care," *Medical Care*, Vol. 1, No. 1, Jan.-March 1963; Brian Abel-Smith, *Value for Money in Health Services*, (London: Heinemann, 1976).

כי הפרט יכול להיות השופט הטוב ביותר של רווחתו בתחום זה.²

בשאלה זו — האם שירותי הרפואה הם ככל מצרך אחר, מתנהל, אמנם, ויכוח אידיאולוגי חריף.³ אולם למרות חילוקי הדעות, הרי במרבית ארצות העולם מופעלים שירותי הרפואה מכוח הסדרים קולקטיביים אלה או אחרים. בישראל אין כמעט ויכוח על כך וקיימת בה הסכמה כללית, כי יש להפעיל את שירותי הרפואה באמצעות הסדר חברתי מאורגן. ועדת זוהר שהגישה לאחרונה את המלצותיה קיבלה אף היא את ההנחה, כי "שירותי רפואי בצורה זו או אחרת חייב להיות באחריות ממלכתית"⁴. הוויכוח המתנהל בארץ זה שנים רבות הוא על טיבו של הסדר זה, שכן שירותי הרפואה הקיימים כבר פועלים, רובם ככולם, על בסיס הסדרים ציבוריים מאורגנים.

הארגון החברתי של שירותי הרפואה בארץ מבוסס על ביטוח בריאות וולונטרי, או וולונטרי טרי למחצה, באמצעות קופות חולים, המצויות בבעלותם של ארגונים פוליטיים ציבוריים, והפועלות שלא למטרות רווח. קופות החולים הגדולה ביותר היא זו של הסתדרות העובדים והיא מכסה כ-70% מכלל האוכלוסייה. יתר קופות החולים מכסות כ-24% נוספים מן האוכלוסייה, כך ש-94% לערך מן האוכלוסייה מבוטחת בביטוח בריאות על ידי ההסדר החברתי הקיים. הצעות השינוי המועלות בוויכוח הנמשך זה שלושים שנה לגבי טיבו של ההסדר הקיים מבקשות להשיג שני יעדים: א. לשנות את ההסדר הקיים הבנוי

על יסודות וולונטריים ולהשתיתו על חובה כללית המעוגנת בחוק; ב. להפקיע את האחריות לשירותי הרפואה מידי הגופים הציבוריים המפעילים את קופות החולים הקיימות ולהפקידה בידי המדינה.

תופעה מעניינת היא, שהוויכוח סביב שני צירים אלה מתנהל כמעט ללא שינוי מאז הקמת המדינה.⁵ מקורותיו נעוצים בתקופה שקדמה להקמת המדינה, והם שאובים מן היריבות ההיסטורית שבין מפלגות הפועלים המאורגנות בהסתדרות לבין המפלגות הלא-פועליות לגבי השליטה על משאב חברתי חשוב. מאז הקמת המדינה נוסף לוויכוח זה המימד הנוסף של יריבות בין המדינה ובין ההסתדרות לגבי תפקידה של האחרונה בהספקת שירותי רווחה לאוכלוסייה. הוויכוח שהוא פוליטי-אידיאולוגי משקף את המאבק הנמשך בישראל על השליטה בעמדות כוח בחברה הישראלית. הבעיה היא שתהליך השינוי, שעבר על שירותי הרפואה במרוצת שלושים השנים האחרונות עשה את צירי הוויכוח הללו, בחלקם הגדול, כבלתי רלוונטיים לאותן בעיות העומדות כיום בפני החברה הישראלית, במאמציה להמשיך ולספק שירותי רפואה ברמה נאותה לכלל האוכלוסייה.

הבעיות העיקריות המעיקות על החברה הישראלית בארגון שירותי הרפואה שלה הם, ראשית, כיצד להבטיח כי האוריינטציה של שירותי הרפואה — אשר לפיה תימשך הפעלתם למען רווחת האוכלוסייה כולה — תמשול בכיפה; ושנית — להבטיח את הנ-

2 Alan Maynard, "The Medical Profession and the Efficiency and Equity of Health Services, *Social and Economic Administration*, Vol. 12, No. 1, Spring 1978.

3 ראה על כך:

John Jewkes and Sylvia Jewkes, D. S. Lees, Arthur Kemp, "Ethics and Economics of Medical Care", *Medical Care*, Vol. 1, No. 4, Oct.-Dec. 1963.

4 דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות (תל-השומר: ינואר 1978), עמ' 1.

5 על ויכוח זה ראה: תוכנית לביטוח סוציאלי בישראל, דין וחשבון הוועדה הבינמשרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי, תל-אביב, משרד העבודה והביטוח העממי, פברואר 1950; תוכנית לביטוח בריאות כללי לישראל, ירושלים מרס 1959; המלצות הוועדה בדבר הנחגות ביטוח בריאות כולל (ועדת חושי) חיפה, ינואר 1968.

גישות (ה־access) לשירותי הרפואה בשעת הצורך לכלל האוכלוסייה. הוויכוח במתכונתו ה"מסורתית" כפי שהתנהל עד כה מתייחס בעיקר לשאלת הבעלות על השירותים, כלומר — האם הבעלות תהיה בידי המדינה, ההסתדרות או גופים פרטיקולריסטיים אחרים. שאלה זו היא הרבה פחות משמעותית ביחס לשתי הבעיות האחרות שהוצגו כאן ואשר הן חוצות את שאלת הבעלות. יותר מזה, הבעיות של האוריינטציה והנגישות הן הקובעות את רווחת האוכלוסייה בתחום הבריאות הרבה יותר מאשר הבעלות.

נראה, כי בעיית האוריינטציה של שירותי הרפואה היא החשובה ביותר והיא היא שעברה את השינוי הרב ביותר בשנים האחרונות מבלי שהיתה כל מודעות כלפיה. בעיית האוריינטציה מקפלת בתוכה את השאלות — מי יהיה הגורם הקובע בהתפתחות שירותי הרפואה ואיך ייקבע כיוון התפתחותם. סוגיות אלה ניתן להבין רק על רקע ההתפתחות ההיסטורית של שירותי הרפואה. בישראל, כמו במרבית ארצות אירופה, שירותי הרפואה הציבוריים צמחו מתוך קבוצות פועלים מאורגנות, שתקימו את קופת החולים הכללית. קופת החולים היתה באופן בסיסי ארגון, שהוקם ונוהל על ידי צרכנים למען הספקת שירותי רפואה לעצמם מתוך רצון להבטיח בדרך זו את רווחתם בעת מחלה. תנועת הצרכנים קדמה בארץ, מבחינה היסטורית, לתנועה מאורגנת של ספקי השירות, במקרה שלנו הרופאים, משום שלרופאים לא היה תמריץ ועניין לכך. העניין והתמריץ של הצרכנים, במקרה שלנו קבוצות הפועלים, היה פשוט וברור: לאפשר גישות לשירותי רפואה לחבריהם בעת מחלה, ולמנוע עוגי ומצוקה כלכלית הן בגלל המחיר הגבוה של

שירותי הרפואה והן מחמת התוצאות הכלכליות ההרסניות של חולי ללא עזרה רפואית נאותה.⁶

קופת חולים כתנועה של צרכנים צמחה גם על הרקע המיוחד של תנאי הארץ: היא התפתחה כאשר רמת חייה של מרבית האוכלוסייה היתה נמוכה; כאשר בארץ היה עודף ניכר של רופאים; כאשר הארגון המקצועי של הרופאים היה בראשית התפתחותו וסבל מחולשה ארגונית יסודית; כאשר בתוך מקצוע הרפואה עצמו פעלו כוחות חזקים, שהודדו יותר עם המטרות הכלליות של הישוב היהודי מאשר עם האינטרס העצמי של הרופאים; והעיקר — כאשר השלטון, ממשלת המנדט, כמעט לא ראה עצמו אחראי להגשת שירותי רפואה לאוכלוסייה.⁷

כתוצאה מהתפתחות היסטורית זו, המאופינת בצמיחתו של ארגון צרכנים חזק, בגילויי חולשה מצד הספקים, ובמצב של העדר אחריות כלפי שירותי הבריאות מטעם המדינה, התגבשו הנסיכות אשר לפיהן צרכני הקופה הם הם שהיוו את הגורם הקובע את האוריינטציה של השירותים, והם הם שקבעו את כיוון התפתחותם תוך העדפת האינטרס של החברים לעומת האינטרס של הרופאים. בוודאי שיש בהספקת שירותי רפואה נקודות מפגש רבות בין האינטרסים של הצרכנים והספקים. אולם, כבמקרים דומים אחרים, קיים ניגוד אינטרסים בולט בין שני הגורמים הללו.

בנסיבות אלה יכולה קופת חולים במשך השנים לפתח ולטפח למען חבריה שירותי רפואה מקיפים למדי ללא תשומת לב מספקת לאינטרסים של הרופאים עצמם, אם מבחינת תנאי עבודתם, מעמדם המקצועי והחברתי, או אף ההתעלמות מצורכי קידום המקצוע.

6. Brian Abel-Smith, "The Major Patterns of Financing and Organization of Medical Services that have Emerged in Other Countries", *Medical Care*, Vol. 3, No. 1, Jan.-March 1965.

7. דיון בנושא זה ראה: Brian Abel-Smith, "Paying the Family Doctor", *Medical Care*, Vol. 1, No. 1, Jan.-March 1965.

צועי⁸. תהליך זה נמשך מאז הקמת המדינה למרות השינוי ההדרגתי והנמשך של הנסיבות בהן פעלה קופת חולים מלכתחילה. קופת החולים איבדה במידה רבה במרוצת השנים את אופיה כארגון צרכנים שיש בו עוצמה לחברים; הארגון המקצועי של הרופאים התחזק והפך לארגון בעל עוצמה, הפועל באופן מיליטנטי לקידום האינטרס העצמי שלו. במשך תקופה זו נטלה ממשלת ישראל על עצמה אחריות גדלה והולכת בדבר הספקתם של שירותי הרפואה לאוכלוסייה.

קופת החולים ניסתה, אמנם, להמשיך ולפעול לפי הדפוסים שהתגבשו בתוכה, גם כאשר הנסיבות הבסיסיות שאיפשרו לה דפוסי פעולה אלה השתנו באופן בסיסי. אולם הניגודים בין הגופים המנהלים את קופת החולים ובין הרופאים הלכו והתחדדו כאשר מאז הכוחות עבר בהדרגה לטובת ארגון הרופאים. המאבק המתנהל בארץ על הארגון החברתי של שירותי הרפואה הוא בעיקרו מאבק של שליטה על שירותי הרפואה, כלומר — האם תהא השליטה בידי ספקי השירות, הרופאים, או בצורה כלשהי, בידי ארגוני הצרכנים במסגרת קופת החולים.

מאבק זה אשר לכאורה הינו מאבק מקצועי פרופסיונלי, נושא, למעשה, אופי פוליטי ברור. אילו היה זה מאבק מקצועי גרידא הרי היה מסתפק בשינוי המצב בו יכלה קופת חולים הכללית כארגון צרכנים חזק להכתיב את תנאי העבודה של הרופאים. ליעד זה אין יותר משמעות, שכן עלה בידי הרופאים זה מכבר לשנות את פני הדברים ולהשיג באמ-

צעות הסכמי העבודה תנאי עבודה משופרים, שהפכו אותם לקבוצת עובדים שרמת השכר שלה הוא הגבוה ביותר בשירות הציבורי בארץ⁹. העניין המקצועי פסק על כן להיות גורם מכריע במאבק זה, המתמקד כיום, בעיקר, בשליטה על עמדות כוח ובהפיכת הרופאים לגורם הדומיננטי בהפעלתם של שירותי הבריאות בארץ ובקביעת דרכי התפתחותם. השגת עמדות כוח יכולה להתאפשר רק באמצעות פעולה פוליטית של העברת הביטוח הרפואי לידי הממשלה. העיכוב כזו תנטרל לגמרי את גופי הצרכנים כגורמים בעלי כוח ויכולת להשפיע על הפעלת שירותי הרפואה, ותשאיר, למעשה, בידי הרופאים את השליטה המלאה על שירותי הרפואה. הרופאים באנגליה למדו עובדה זו כבר בראשית המאה, כאשר באמצעות פעולה פוליטית מסוג זה הצליחו להשיג במשך זמן קצר את אשר לא עלה בידי הרופאים בגרמניה להשיג במשך תקופה ארוכה¹⁰. הרופאים בישראל מדעים לעובדה זו ולכן הם תובעים את העברת הביטוח הרפואי לאחריות ישירה של הממשלה. ביטוי קיצוני לעמדה זו ניתן למצוא בדו"ח ועדת זוהר, הממליצה, למשל, כי שירותי הרפואה ינוהלו באמצעות רשות בריאות ממלכתית עצמאית אשר בראשה יעמוד רופא וכי מועצת המנהלים תהיה כולה על טהרת הרופאים¹¹. ההסתדרות הרפואית הישראלית אף אינה מסתפקת בכך, והיא תובעת לעצמה שליטה רבה יותר על הביטוח הרפואי הממלכתי המוצע¹².

כאמור, מאבק זה מתנהל במשך זמן רב

8 ראה, למשל, ההסתדרות הרפואית בישראל, *חמלצות הוועדה לארגון שירותי הבריאות בישראל* (ועדת מן), ירושלים, יוני 1969.

9 כבר ב-1964 קבע זאת פרופ' ש.ה. הלוי, ראה: "Health Services in Israel: their Organization, Utilisation and Financing", *Medical Care*, Vol. 2, No. 4, Oct.-Dec. 1964.

10 Richard M. Titmuss, "Health", in *Law and Opinion in England in the Twentieth Century*, edited by Morris Ginsberg, (London: Stevens & Sons, 1959) p. 313.

11 דו"ח הוועדה לרפורמה בשירותי הבריאות, ש.פ.

12 ראה על כך: יפעת נבו, "ה.ר.י. בעד ביטוח בריאות ממלכתי-בתנאי", *הארץ*, 20 לאוקטובר 1978. ד"ר ר. ישי, יו"ר ההסתדרות הרפואית, טוען, למשל, כי המדינה צריכה להצטמצם רק בגביית דמי הביטוח ובפיקוח על רמת השירותים.

במסווה של ויכוח סביב הבעלות על שירותי הרפואה. הוא התפתח כפרי של תגובה דחוייה מצד הרופאים, אשר במשך שנים רבות היו חסרי אונים מול כוחה של קופת החולים שהכתיבה להם את תנאיה. קופת החולים לא השכילה במשך כל אותה תקופה לטפח את יחסיה עם הרופאים, כדי ליצור אתם יחסי שותפות פוריים יותר, אלא הביאה את הרופאים להרגשת תסכול ממנה קשה להשתחרר. מאבק זה הוא גם פרי התפתחויות בתוך מקצוע הרפואה עצמו. הרופאים בארץ הושפעו מאד מעמדות מקצוע הרפואה בארה"ב, ולכן אין להם יותר אותה הודעה עם מטרות הרפואה הציבורית הפתוחה לכל. כמו כן נוגע המאבק בצורתו הנוכחית מחולשה מסוימת של המחשבה הפוליטית בישראל לגבי תחום הרפואה, המאפשרת המשך הוויכוח במתכונת שאיננה רלוונטית יותר במידה מספקת. זה זמן רב.

מתעוררות, איפוא, שתי שאלות: איזו מעשה יש לתוצאותיו של מאבק זה על שירותי הרפואה בישראל; מה עשויות להיות ההשלכות של העברת השליטה על שירותי הרפואה לידי ספקי השירותים — הרופאים? לכאורה אפשר לטעון, כפי שטוענים זאת הרופאים, כי רק הם כאנשי מקצוע, אשר בידם הידע והמיומנות הנחוצים, יכולים ויחייבים להיות מופקדים על ניהול שירותי הרפואה. טענתם הנוספת של הרופאים, ושל גורמים אחרים, היא, כי יש לעשות למען דפוליטיזציה של הרפואה. דפוליטיזציה כזו תתאפשר על ידי הוצאת האחריות על שירותי הרפואה מידי גופים פרטיקולריסטיים שונים, כדוגמת קופות החולים, והפקדתם בידי אנשי מקצוע הרפואה.

טיעונים אלה, עד כמה שהם נשמעים הגיוניים, אין בהם כדי להבטיח שהאוריינטציה של שירותי רפואה המופעלים לפי דפוס זה יופעלו אמנם למען הרווחה של כלל האוכלוסייה. אולי זה נשמע פרדוקסלי אבל העברת השליטה על שירותי הרפואה לידי אנשי הפרופסיה הרפואית תגדיל אולי את יכולתם של שירותים אלה לטפל בבעיות רפואיות מורכבות הדורשות מיומנות טכנולוגית מתוחכמת, אבל בהכרח היא גם תביא להחלשת יכולתם של השירותים לטפל בבעיות הפרוטוקוליות של חולי ובריאות בחיי יום של מרבית האוכלוסייה. פרדוקס זה נובע מן הגטייה הרווחת בכל פרופסיה לפתח גישות המשקפות את ההיררכיה של ערכי הפרופסיה ולא דווקא גישות המיחסות את החשיבות הנאותה לצורכי הפרט הנזקק לשירותים. דוגמאות לכך אפשר כבר למצוא בארץ. שליטת הרופאים במשרד הבריאות ובכמה בתי חולים בארץ הביאה לידי כך שאלה פיתחו את האמצעים המשוכללים ביותר של כירורגיה מתקדמת אבל קשה מאוד לקבל בבתי חולים אלה טיפול כירורגי פשוט. הפער הזה בין תפיסת הצרכים הרפואיים על ידי האוכלוסייה הנזקקת לשירות ובין הרופאים המגישים את השירות. עשוי רק להגביר את הקרע בין המדיניות החברתית בתחום הבריאות שאנו שואפים אליה, ובין זו שתוגש שם למעשה, אם אמנם תועבר השליטה על שירותי הרפואה לידי הרופאים, והם אשר יקבעו את האוריינטציה של השירותים האלה.

הטיעון של הדפוליטיזציה אף הוא איננו יכול להיות קביל. כל ארגון חברתי של שירותי רפואה תלוי בהקצאת המשאבים למימון

13 למשל ד"ר מהלר, המנהל הכללי של ארגון הבריאות העולמי, אמר לאחרונה, כי: "...the major—and most expensive—part of medical technology as applied today appears to be more for the satisfaction of the health professionals than for the benefit of the consumers of health care". H. Mahler, "New possibilities for WHO", *WH. Chronicle*, Vol. 29, February 1975, p. 43.

צוטט ב: Value for Money in Health Services שם עמ' 221.

הרופאים, כמו כל פרופסיה אחרת, לא יעדיפו את האינטרסים הצרים שלהם לעומת צורכי הכלל.¹¹

הנגישות לשירותי הרפואה

נתייחס כאן בעיקר לשירותי הרפואה הבסיסיים, ה- Primary Care ולא לשירותי האישי-פון, המחייבים בגלל אופיים המיוחד התייחסות נפרדת, בה לא נעסוק במאמר זה. הנגישות לשירותי רפואה נבחנת על ידי 4 האלמנטים העיקריים הבאים: זמינותם של שירותי הרפואה בכל קהילה; אפשרויות השימוש בשירותי הרפואה הקיימים על ידי כל קבוצות האוכלוסייה; הכוללנות של העזרה הרפואית המוגשת באמצעות שירותי הרפואה הבסיסיים; והאלמנט המרכזי — מידת האחריות הציבורית להגשת מכלול השירותים הללו.¹² אם נבחן את שירותי הרפואה הבסיסיים, כפי שהם מופעלים במסגרת הארגון החברתי הקיים על פי קני מידה אלה, הרי שניתן לקבוע, כי הם זמינים כמעט בכל מקום ומקום בארץ. קופת חולים הכללית הצליחה להקים ולקיים מרפאות, המגישות שירותי רפואה בסיסיים בכל ישוב ושכונה בארץ. ההישג בתחום זה בולט לעין, כאשר בכל ישוב חדש מתוכננת ומוקמת, כשירות ציבורי ראשון, מרפאת קופת חולים. לכל שכבות האוכלוסייה יש אפשרות להשתמש בשירותי הרפואה המוגשים על ידי קופות החולים השונות. האפשרות להשתמש בשירותי קופת חולים הכללית איננה פתוחה לכל, אבל ההגבלות

פעולתו מקופת הכלל. עובדה זו עושה בהכרח את שירותי הרפואה כחלק בלתי נפרד של משחק הכוחות הפוליטיים במדינה על חלוקת המשאבים המוגבלים הנתונים בידי הכלל. יתרה מזאת, דבר זה אמור כאשר המשאבים הדרושים להפעלת שירותי הרפואה תופסים חלק הולך וגדל של משאבי הכלל. ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1977/78 בישראל הגיעה לפי אומדן לכ-8.9 מיליארד ל"י.¹⁴

בנסיבות אלה לא ניתן כלל להעלות על הדעת שמשאבים רבים יוקצו על ידי הכלל, והשימוש בהם ייעשה ללא סיקוח על ידי המוסדות הנבחרים, אשר הם שהחליטו על גיוס משאבים אלה ועל הקצאתם. לא רק המוסדות הנבחרים ידחו זאת, אלא גם הציבור לא יוכל להשלים עם מצב כזה. דבר בלתי סביר הוא, כי ההכרעות לגבי הוצאת משאבים רבים תימסרנה לידי אנשי הפרופסיה, במקרה זה הרופאים, שהם בעצמם ספקי שירות אינטרסנטיים. כל זמן ששירותי הרפואה הם מצרך חיוני שניתן לספק אותם רק באמצעות פעולה קולקטיבית, ובמימון הכלל, לא ניתן כלל לנתק את הקשר בין שירותי הרפואה ובין החיים הפוליטיים, כי הקצאת המשאבים לצורך הפעלת השירותים האלה וקביעת העדיפויות לגביהם הוא ה"בשר" של הפוליטיקה.¹⁵ דפוליטיזציה של הרפואה והתביעה של ההסתדרות הרפואית הישראלית, כי המדינה תצטמצם בהספקת משאבים בלבד ותשאיר את חלוקתם בידי הרופאים הוא חלום באספמיה.¹⁶ הדבר אמור במיוחד במצב בו אין לנו כל בטחון שאמנם

14 ראה דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות, שם.

15 ראה דיון על כך אצל: J. Enoch Powell, *A New Look at Medicine and Politics*, (London: Pitman Medical Publishing Co., 1966).

16 יפעת נבו, שם.

17 שאלה זו הועלתה כבר על ידי ריצ'רד טיטמוס. ראה על כך:

Richard M. Titmuss, *Essays on the Welfare State*, (London: Unwin University Books, 1958) pp. 27-28.

18 ראה על כך: Charles E. Lewis, Rashi Fein and David Mechanic, *A Right to Health*, (New-York: John Wiley & Sons, 1976).

הקיימות אינן קשורות ביכולתן הכלכלית של קבוצות אוכלוסייה, אלא קשורות יותר ב"מחסום" של השתייכות ארגונית. המחסום הכלכלי קיים דווקא בקופות החולים האחרות, שאין בהם מחסום של השתייכות ארגונית. החברות בקופות חולים אלה מותנית בתשלום דמי ביטוח אחידים ללא קשר עם השכר או ההכנסה של החבר, דבר המונע הצטרפות של קבוצות אוכלוסייה בעלות הכנסה נמוכה. מכל מקום, ההסדרים הקיימים בכללותם אינם סוגרים אפשרות של שימוש גם מן האוכלוסיות בעלות ההכנסה הנמוכה.

להלכה שירותי הרפואה הבסיסיים, המוגשים על ידי כל קופות החולים, הם כוללניים ואמורים להגיש לכל את מכלול השירותים הרפואיים הנחוצים לאדם הסובל מחולי והמתבקשים מן ההתפתחויות ברפואה המודרנית. למעשה, מידת הכוללות הקיימת סובלת מפגמים רבים, הנובעים בחלקם מהיצע בלתי מספיק של שירותים מתמחים נבחרים; מחלוקה בלתי-נאותה של שירותים קיימים; מתיאום לא אפקטיבי בתוך ובין השירותים הקיימים; ומהסדרים אדגוניים וביורוקרטיים מיזשנים או נוקשים, המקשים על שימוש יעיל במשאבים הקיימים. הפגמים נובעים גם בחלקם הלא מבוטל מעמדת ספקי השירותים הרופאים. הקושי הבולט בתחום זה הוא העדר התאמה בין חינוכם והכשרתם של רופאים בבתי הספר לרפואה בישראל ובין הפרקטיקה הרפואית היום יומית כפי שזו צריכה להתבצע בשירותי הרפואה הבסיסיים בכל קופות החולים. הפרדוקס הוא בכך שבתי הספר לרפואה בארץ אינם מכשירים רופאים לעסוק בהגשת שירותי הרפואה הבסיסיים לפי דפוסי הפעולה של שירותים אלה, הקיימים בארץ. קושי נוסף, לא פחות חשוב, נערך בסכסוך הכמעט מתמיד בין ארגוני הרופאים ובין המעסיקים המופקדים על שירותי הבריאות הבסיסיים. סכסוך זה, שיש לו שורשים היסטוריים עמוקים שהוזכרו לעיל, מקשה מאוד על קביעת הסדרים מקו-

בלים על שני הצדדים, שהם הנרחיים לשיפור שירותי הרפואה המוגש לאוכלוסייה.

אשר לאחריות הציבורית להגשת מכלול שירותי הרפואה הבסיסיים לאוכלוסייה, הרי למעשה קיימת בישראל אחריות מרתיקת לכת של המדינה בתחום זה. להלכה, המדינה לא קיבלה על עצמה אחריות פורמלית להספקת שירותי הרפואה הבסיסיים והותירה אחריות זו להתארגנויות הוולונטריות, או הוולונטריות למחצה, של קופות החולים. למעשה, המדינה גם אחראית באופן עקיף על קופות החולים ועל כך שהן תגשנה את שירותי הרפואה הבסיסיים לכל. לא נראה סביר, כי המדינה תוכל לחזור בה ממחויבות זו ולהתיר מצב בו תוגבל הגישה לשירותי רפואה בסיסיים של קבוצת אוכלוסייה כלשהי. לקבלת אחריות חברתית זו חשיבות מכרעת משום שהיא חייבת להבטיח, כי כל אדם יקבל בכל מקרה, עזרה רפואית הנחוצה לו מבלי שמחסום ארגוני, כלכלי או אחר יוכל למנוע זאת ממנו.

הפגמים העיקריים בנגישות לשירותי הרפואה הבסיסיים בישראל נובעים, איפוא, בעיקר להיבטים שונים של כוללות העזרה הרפואית המוגשת. פגמים אלה הם ללא ספק חשובים, כי יש להם השלכות ישירות לטיב העזרה הרפואית שאדם חולה עשוי לקבל, ולבריאות הציבור בכללו. בוודאי שיש צורך לנקוט במדיניות מתאימה כדי לסלק פגמים אלה ולשפר את איכות שירותי הרפואה המוגשים לאוכלוסייה. השאלה היא — האם ניתן יהיה להשיג שיפור כזה על ידי היעדים הטמונים בהצעות השינוי המועלות זה שנים רבות, כלומר — על ידי העברת הבעלות של שירותי הרפואה לידי המדינה, וביסוסם על ביטוח חובה.

ככל הנראה יש להתייחס בספקנות רבה להנחה, כי העברת הבעלות תביא לשיפור ממשי בשירותי הרפואה הבסיסיים בישראל. לדוגמא, היצע בלתי מספיק של שירותים מסוימים לא יבוא על תיקונו על ידי שינוי הבעלות. במצב של ביקוש גובר לשירותי

רפואה מתמחים, ספק אם אפשר בכלל להביא לידי שינוי משקל בין ההיצע והביקוש בתחומים רבים של שירותי הרפואה. יתירה מזאת, העברת הבעלות על כל שירותי הרפואה הבסיסיים לידי המדינה עשויה אף להפחית את היצע השירותים הללו שכן ריי-כוז ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות תחת קורת גג אחת לא יביא להגדלת המשאבים שיעמדו לרשותו של מוסד הגג, לעומת המשאבים אשר אותם מסוגלים לגייס הגופים הרבים העוסקים בכך בזהוה. מה שעשוי לקרות הוא בעיקר העתקת מקום או אופי המחסומים. אם, לדוגמא, קשיי הנגישות הנובעים בהוה מהיצע בלתי מספיק של שירותים מטופלים באמצעות מחסומים ביורו-קרטיים של תור, המתנה וסחבת, הרי לפי המגמות הנובעות כיום במישל הישראלי, יש להניח, כי קשיים אלה יטופלו באמצעות מחסומים כלכליים. מחסום כלכלי של גביית תשלום או הנתגת פרקטיקה פרטית לאלה היכולים לשאת במחירו, יביא במכוון או בהי-סח הדעת ליצירתן של שתי רמות רפואה ביש-ראל. רמה אחת לאלה היכולים לשלם בעדה ולאלה שהמדינה מוכנה לשלם עבורם בעד השירותים הללו¹⁹, ורמה שניה — נחותה יותר — לכלל ישראל. ספק אם זהו הפתרון הרצוי לבעיה זו. ספק גם אם שינוי הבעלות יביא לשיפור משמעותי בתיאום בין שירותי הרפואה השונים, או לחלוקה טובה יותר של שירותים קיימים, או להפחתת הנוקשות הבי-יורוקרטית הקיימת. לכאורה נשמע הדבר הגיוני, שכן ריכוז שירותי הרפואה תחת קורת גג ארגונית אחת צריך להביא לשיפור

בכל אחת מן הנקודות הללו לעומת המצב הקיים בתוך הפיצול הארגוני בהוה. אולם צריך היות ברור, כי שיפור כזה תלוי בכמה תנאים מוקדמים חשובים. ראשית, הדבר מותנה בקיום הידע והמיומנות ברמה גבוהה מאוד בתוך קבוצות הסגל המינהלי הבכיר בשירות המדינה שיאפשר להם לקבל על עצמם ניהול מערכת גדולה וסבוכה של שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה. מתוך הע-רכה מפורקחת של הידע, המיומנות והנסיון של ניהול מערכות ארגון ומינהל סבוכות על ידי המינהל הציבורי בישראל, קשה להניח, כי אמנם הוא מסוגל לקבל על עצמו בשלב זה של התפתחותו משימה כזו ולעמוד בה בהצלחה. כל הסימנים הקיימים אינם מצבי-עים על כך, לפחות בתקופה הנוכחית.

שנית, הדבר מותנה בקיום תוכנית מקיפה ומשוכללת לגבי ארגונו החדש של שירותי הרפואה, שיש בה סיכויים לשיפור משמעותי בכל אחת ממקדי הקשיים מהם סובל הארגון הקיים. קשה לומר כי תוכנית כזו קיימת, או שנקטו לאחרונה צעדים רציניים כדי להכינה. התוכניות הכלליות הקיימות, כמו התוכנית לארגון מחדש שהוצעה על ידי ועדת זוהר, הממליצה על חלוקת הארץ ל-22 אזורים שיש-רות, עשויה אף להגביר את הפיצול הקיים ואולי אף להחמיר את בעיות התיאום הק-יימות²⁰. התוכנית שהועלתה על ידי ד"ר רם ישי, יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל, לאמץ את שיטת הארגון החברתי של הרפואה הנהוגה בצרפת עשויה רק להגדיל את המח-סומים הקיימים כיום מבחינת הנגישות לשי-רות הרפואה²¹. דברים דומים אפשר לומר

19. שתי רמות רפואה כאלה קיימות כבר באופן גלוי למדי בבתי החולים "חדסה" ו"שערי צדק", ובמסוויים שונים גם בכמה מבתי החולים של קופת חולים.

20. על העלות הגבוהה של החלוקה האיזורית המוצעת ראה: פרופ' יחזקאל דרור, דילמות בקביעת י מדיניות בריאות, תקציר הרצאה, הכנס הממלכתי הראשון של אהיות בישראל, 1978; דיון מעניין על כמה מהיבטים אלה של המלצות ועדת זוהר נמצא גם בסדרת מאמרים של אמנון דנקר. ראה: "הקופה על הדרכים", הארץ 27 לינואר 1978, "להיחלץ מחיבוק הדוב", הארץ 29 1978 ו"נוסח-אות מול המציאות" מיום 30 לינואר 1978.

21. על תוכניתו של ד"ר ישי ראה: יפעת נבו שם, על המורכבות של הארגון החברתי של שירותי הרפואה בצרפת, מחסומי הנגישות שבו והצורך לערוך בו רפורמה, ראה:

Alan Maynard, *Health Care in the European Community*, (London: Croon Helm, 1975).

גם על תוכנית ועדת מן, שהתקבלה בעשור האחרון על ידי הרופאים בישראל כמעין תורה שיש לקבלה ללא סייג²². כל שלוש התוכניות הללו הן תוכניות של רופאים ול-מען רופאים, שהוכנו כמעט ללא שימת לב למשמעות שיש בהם לכלל האוכלוסייה, הן מבחינת אפשרויות הנגישות והן מבחינת המחיר הכלכלי והחברתי שהן עשויות להטיל על הציבור בארץ²³. זו בוודאי תעודת עניות למינהל הציבורי ולמימסד הפוליטי בארץ, שלא השכילו להכין במשך כל השנים הללו תוכנית לארגון שירותי הרפואה מתוך נקודת מבט חברתית רחבה יותר:

שלישית, כל תוכנית לארגון מחדש של שירותי הרפואה — כדי שיהיו לה סיכויים להצליח ולהביא לשיפור המצב הפגום כיום בהיבטים השונים של הנגישות — חייבת להיות מבוססת על מידה רבה של קונסנזוס בין הגורמים העיקריים המעורבים בהספקת שירותי בריאות. תוכניות הרפורמה השונות, העומדות כעת לדיון יוצאות כולן מתוך נקודת מוצא של עימות בין הגורמים השונים, בעיקר בין הממשלה, הרופאים וקופות החולים. עימות (Contest, Dissensus) במובן זה פירושו זניחת המאמצים לניהול ויכוח ענייני בין הצדדים ונטישת כל נסיון לשכנע איש את רעהו לשם השגת מידה של הסכמה. לעומת זאת, יש בתוכניות אלה משום ויתור מודע על הסכמה כזו כדי לקדם את המטרות הבלעדיות של גורם אחד למרות התנגדותם של גורמים חשובים אחרים. הטקטיקות הבאות לביטוי בעימות מסוג זה הן נסיונות לשימוש בכוח הכפייה, לחץ ואמצעים חד-

צדדיים אחרים²⁴. ספק רב אם בדרכי עימות מעין אלה יש כדי לתרום להצלחת רפורמה כלשהי בארגונם מחדש של שירותי הרפואה. הנסיונות לנקוט בדרך העימות בתקופת "המלחמה בעוני" בארה"ב בשנות ה-60 הוכחו כבלתי-יעילים בשאיפתם להשיג את יעדיהם²⁵.

מתוך האמור לעיל מתברר כי בעיות הנגישות לשירותי הרפואה הן בעיות מורכבות מאוד. מורכבותן אף הוחרפה במשך השנים בגלל אופיין המשתנה של הבעיות הללו. מחי סומי הנגישות הם שונים בהווה מאלה שהיו בשנות החמישים והששים ולו רק בגלל הטכנולוגיות הקורטיביות השונות שהתווספו במרוצת השנים. התייחסות לבעיות הנגישות מחייבת, לכן, מחשבה יצירתית ותכנון ברמה ובהיקף שעד כה טרם נעשו בארץ. הכנסת שינויים בארגון החברתי של שירותי הרפואה ללא הכנה מספקת ותוך נקיטת סטרטגיה של עימות, עלולה רק ליצור מחסומי נגישות חדשים, שיהיה קשה יותר להתגבר עליהם מאשר על אלה הקיימים כיום.

סיכום ודיון

כדי לסכם את הדיון בשתי הסוגיות העיקריות שהועלו במאמר זה — הארגון החברתי של שירותי הרפואה ובעיות הנגישות אליהם — חשוב לקבוע כמה עובדות יסודיות הקשורות בכל נסיון לטפל בסוגיות אלה. העובדה האחת — אין אפשרות לקיים שירותי רפואה ציבוריים בלי שיתוף הדוק של מקצוע

22 ההסתדרות הרפואית בישראל, המלצות הוועדה לארגון שירותי בריאות בישראל, תשכ"ט—1969.

23 פרופ' יחזקאל דרור התריע לאחרונה על דומיננטיות הרופאים כקובעי מדיניות הבריאות בארץ, ותבע לבטל דומיננטיות זאת. ראה על כך: זילמות בקביעת מדיניות בריאות, שם.

24 Roland L. Warren, *Types of Purposive Social Change at the Community Level*, (Brandeis University, 1965); Roland L. Warren, Stephen M. Rose and Ann F. Bergunder, *The Structure of Urban Reform*, (Lexington, Mass.: D.C. Heath, 1974).

25 Ralph M. Kramer, *Participation of the Poor, Comparative Community Case Studies in the War on Poverty*, (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1969).

הרפואה; השנייה — קשה מאוד לחרוג מד- פוסי הארגון של שירותי הרפואה כפי שאלה התגבשו בהתפתחותם ההיסטורית.

ברור שאי-אפשר לקיים שירותי רפואה בלי שיתוף הרופאים. הבעיה המתעוררת נעוצה בעובדה, כי יצירת שיתוף עם מקצוע הרפואה הוא קשה מאוד בימינו, ולא רק בישראל אלא כמעט בכל ארץ אחרת בעולם. קושי זה נובע במידה רבה משורשיו ההיסטוריים של המקצוע ומהתפתחותו בתקופה האחרונה. מקצוע הרפואה צמח במרבית התרבויות, — ובכללן זו שלנו — מתוך מוסדות הדת. הרופא כמרפא היה במקורו כהן-דת. במשך הדורות השתחרר המקצוע מקשר זה אף כי נותרו בו עד ימינו יסודות דתיים מגיים מסוימים. נשאר בו גם היסודות האתיים שמ- קורם בדת ואשר קיבלו חיזוק בפיתוח הערכים האתיים של הפרופסיה. בעולם הקפיטליסטי והמטריאליסטי בו אנו חיים, נקרע הרופא בין המורשה ההיסטורית הזו והערכים האתיים של הפרופסיה ובין הערכים המסחריים של העולם הקפיטליסטי הסובב.²⁶

קרע זה נובע גם מדפוסי הפעולה של מקצוע הרפואה שנתגבשו במרוצת השנים. מה שציין את פעולתו של הרופא בכל התקופות הוא האופי האינדיווידואלי של עבודתו, כאשר המרכיב הבסיסי שלה היה ונשאר היחס האישי בין הרופא והחולה. אולם לא רק יחס זה קבע את דפוסי עבודתו, אלא גם המעמד הכלכלי שנתבקש מכך. הרופא היה בעיקרו בעל עסק קטן, שמכר את שירותיו האישיים לאלה שיכלו לשלם בעדם. בתרבויות מסו- ימות הרופא אף חרג מלהיות בעל עסק פרטי קטן והפך להיות, כמו למשל בארה"ב, קבלן קפיטליסטי של שירותי רפואה. הרופא כפרט והמקצוע ככלל, לא הצליחו עד כה להש- תחרר מן המורשה ההיסטורית של דפוסי הפעולה של בעל העסק האינדיווידואלי ולהס- תגל למצב אשר בו צריך הרופא לעבוד

כעובד ציבור ולשרת את הכלל כמו יתר עובדי השירותים הציבוריים. צמידות זו לד- פוסי עבודה של העבר וההתנגדות להשתחרר ממורשת זו הקשורה גם בטעמים מעשיים של ירידה במעמד, ביוקרה חברתית וכן ברמת ההכנסה, הם הם המקשים כל כך על מציאת דרך ליצירת דרכי שיתוף עם הרופאים בכל ארץ דמוקרטית.²⁷

נוסף לגורמים הכלליים הללו, התווספו עליהם בישראל שורה של גורמים נוספים המקשים על שיתוף פעולה עם הרופאים. הגורמים האלה שצויינו לעיל והנובעים בעיקר מן החולשה הראשונית של הרופאים מול אר- גוני הצרכנים של קופות החולים, תסכולם הנמשך של הרופאים ביחסם עם קופות החו- לים, וחוסר התייחסות נאותה לבעיות אלה של מקצוע הרפואה — כל אלה מעמידים את הגסיון לארגון מחדש את שירותי הרפואה בפני הבעיה הקשה — כיצד לזכות בשיתוף פעולתו של מקצוע הרפואה.

למעשה אין פתרון קל לבעיה זו, לפחות לא בטווח הקצר. כל זמן שמקצוע הרפואה טרם הסתגל לשינוי החברתי העמוק העובר עליו, ואין הוא מסוגל עדיין לקבל את מעמדו החדש כמי שמשתייך למעמד של עובדי הציבור המשרתים את הציבור כולו ולא רק את קבו- צות העשירים בתוכו, יימשך, כנראה, הקושי למצוא דרך לשיתוף פורה עם הרופאים. ההכרה במציאות זו אין פירושה השלמה עם המצב ואי-עשייה. ההיפך הוא הנכון. הצורך הדחוף הוא לפתוח בסדרת מאמצים, כדי לטפל בבעיית הניכור של מקצוע הרפואה.

נראה, כי הדרך העיקרית לטיפול בבעיית הניכור של הרופאים היא בטיפול האליטות בתוך המקצוע כדי שאלה יקבלו על עצמם את התפקיד של קירוב המקצוע כולו לנסי- בות החיים של החברה בת זמננו. טיפוח האליטות הוא צעד הכרחי, כדי שהם עצמם,

26 ראה: Value for Money in Health Services, שם עמ' 217—221.

27 שם.

וחברי המקצוע כולו אשר האליטות משמשות להם דגם התנהגותי, לא יסתפקו בדאגה לקידום האינטרס העצמי שלהם, אלא גם יודחו עם המטרות הכלליות של החברה הישראלית, הרואה בהספקת שירות רפואי טוב לכל האוכלוסייה מטרה ראשונית. עד כה לא נעשה בישראל כל נסיון רציני בטיפול האליטה של מקצוע הרפואה לקראת יעדים כאלה. לעתים קרובות נעשו אף דברים הפוכים, כאשר מתוך חשבונות פוליטיים קצרי-ראות נרתמו האליטות בתוך מקצוע הרפואה למאבקים נגד שירותי הרפואה הציבורית הקיימים.²⁸ האתגר העומד, לכן, בפני החברה בישראל הוא לסלול את הדרך, כדי להוציא את הרופאים ממצב הניכור שהם נמצאים בו, לסייע להם להתגבר על בעיות ההסתגלות למעמדם החדש על ידי שיפור מעמדם ויוקרתם כעובדי ציבור ובדרך זו לעשותם שותפים, אבל שותפים בלבד, בקיום שירותי הרפואה הציבוריים. רק בדרך זו אפשר יהיה להבטיח, כי האוריינטציה של שירותי הרפואה תמשיך להיות מכוונת לטובת כלל האוכלוסייה. טיפול בבעיות ארגון בלבד של שירותי הרפואה, בכל צורה שהיא, לא תוכל לפתור את הבעיה היסודית במערכת היחסים עם מקצוע הרפואה.

כאמור, קשה מאד לפרוץ את מחסום הדיפוזיטים שהתגבשו בהתפתחותם ההיסטורית של שירותי הרפואה, כאשר מנסים לארגנם מחדש. כל נסיון להכניס שינויים או לבצע רפורמה בארגון השירותים, חייב להביא בחשבון את המצב הקיים שיש לו שורשים בעבר, ואשר אליו הסכימו הבריות במשך הזמן.²⁹ ההתנסות ההיסטורית הזאת קובעת

למעשה את הגבולות האפשריים של השינוי. אם נבחן את ארגון שירותי הרפואה בארצות שונות באירופה נמצא, כי כולן הן פרי ההתפתחות ההיסטורית המיוחדת של שירותי הרפואה בכל אחת מן הארצות. כל רפורמה שבוצעה בארצות השונות בנתה למעשה על היסודות הקיימים, והוסיפה עליהם נדבכים שונים מבלי לשנות באופן בסיסי את צורת הארגון של שירותי הרפואה.

ניקח, לדוגמה, את בריטניה אשר לכאורה בוצעה בה רפורמה מרחיקה לכת לאחר מלחמת עולם השנייה עם הנהגת שירותי הבריאות הלאומיים. אין ספק שהיתה זו רפורמה חשובה ביותר בגישת החברה הבריטית להספקת שירותי הרפואה לאוכלוסייה. אולם רפורמה זו נבנתה על דפוסי הפעולה של שירותי הרפואה שהתגבשו בעבר. השתמר בה הדפוס הבסיסי של רופא כללי, הפועל באופן אינדיבידואלי במרפאה פרטית שלו, כאשר לכל אדם נתון חופש הבחירה של רופאיו. הרופא נשאר במידה רבה עצמאי בפעולתו, כאשר הוא מקבל תשלום בעד כל נפש המצויה בטיפולו מבלי שהפך להיות, להלכה, עובד ציבור, אף כי למעשה, הוא מקבל את התשלום מן הקופה הציבורית. הרופאים בבריטניה התנגדו בכל תוקף להיפך לעובדים במשכורת של שירותי הבריאות הלאומיים. הציבור האנגלי אף לא היה מוכן לקבל שינוי כלשהו בחופש הבחירה והגישה לרופא הקהילה, הפועל באופן חופשי. שינויים אלה הוצעו ונדחו בבריטניה בזמנו, אך הם נדחו כבלתי ניתנים לביצוע בגלל הדבקות בדפוסי הפעולה שהתגבשו, ואשר אליהם הסכימו הרופאים והציבור גם יחד.³⁰

28 למשל, מאבקו של פרופ' עזרא זוהר כחבר "הליכוד" נגד כל השפעה של ההסתדרות ותנועת הפועלים על שירותי הרפואה בארץ.

29 O. W. Anderson, "Styles of Planning Health Services: The United States, Sweden, and England", *International Journal of Health Services*, Vol. 1, No. 2, 1971.

30 על הקמת שירותי הבריאות הלאומיים בבריטניה ראה: A. J. Willcoks, *The Creation of the National Health Service — a Study of Pressure Groups and a Major Policy Decision*. (London: Routledge and Kegan Paul, 1967); Harry Eckstein, *The English Health Service, Its Origins, Structure and Achievements*, (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1964).

אם נסתכל במצב הקיים בישראל, הרי אפשר להניח במידה רבה של ודאות, כי הרופאים יתנגדו בכל תוקף לנטוש את דפוסי הפעולה שהתרגלו אליהם, של עבודה במרפאה, בשעות קבועות, ושל היותם עובדים במשכורת עם כל היתרונות המוקנים להם במצבם הנוכחי, וכל זאת למרות התנגדותם העקרונית לשרת כעובדי ציבור ועל אף שאיפתם לחזור ולהיות רופאים עצמאיים. מצב דומה קיים בכל ארץ וארץ בעולם. כל נסיון של שינוי ורפורמה חייב, לכן, להתייחס למציאות זו.

דברים אלה אמורים לגבי ההצעות השונות, הן לשינוי הבעלות על קופות החולים והן לגבי השינויים בדפוסי הפעולה של שירותי הרפואה בישראל. קופות החולים יש להן מסורת ארוכה בארץ. האוכלוסייה כולה כבר התנסתה, בחלקה הארי, בשירותי קופת החולים. היא מכירה היטב את השירותים הללו ומשתמשת בהם לפי צרכיה. דפוסי הפעולה של קופת החולים הסירו במרבית המקרים את המחסומים העיקריים של נגישות לשיירות הרפואה הבסיסיים, ועל כן נשאלת השאלה — האם יש מקום וצורך להביא לשינוי רדיקלי הן בבעלות והן בדפוסי הפעולה הקיימים.

כל הנאמר לעיל אינו שולל שינויים ורפורמה בארגון שירותי הרפואה בישראל ודפוסי הפעולה שלהם. אולם הרפורמות הללו אינן

יכולות להתממש כדי לשרת את ספקי השיירות, את הרופאים בלבד, מבלי להתחשב במידה מספקת בצרכני השירות שהם האוֹכֵל לנסייה כולה. הרפורמות גם אינן יכולות להתעלם מהתארגנותם של שירותי הרפואה כפי שהתגבשו במשך השנים באמצעות קופות החולים. הרעיון הבסיסי של מרבית קופות החולים, הפועלות בארץ כארגוני צרכנים שהתארגנו לשם הספקת שירותי רפואה לחבריהם, הוא רעיון חשוב שראוי לשומרו, כי הוא עדיין עשוי להבטיח איזון נאות בין האינטרסים של הרופאים ובין אלה של אוכלוסיית הצרכנים. איזון כזה לא יושג בהעברת השליטה על שירותי הרפואה לידי הספקים בלבד ואף לא אם השליטה תהיה בידי הביורוקרטיה הממשלתית, שכן ביורוקרטיה זו תהפך תוך זמן קצר למגינה על האינטרסים של ספקי השירות. מאידך — אם מתברר בעליל כי קופות החולים, במצבן הנוכחי, אינן ממלאות יותר את תפקידן כארגוני צרכנים הדואגים לקידום רווחתם של חבריהם בתחום הבריאות, הרי שיש להביא לרפורמה במהות ובתוכן, ולהחזיר להן את תפקידן הראשוני. אולם, ספק אם יש מקום לבצע רפורמות המתעלמות הן מן העובדות החשובות של אינטרס הצרכנים, היינו — כלל האוכלוסייה, והן מן הנסיון ההיסטורי של דפוסי הפעולה של שירותי הרפואה שהתגבשו בקופות החולים.

ביטוח בריאות – לקראת העתיד

בעיות נבחרות

מאת ד"ר אריה ל. מילר *

1. הקדמה

הזכות לבריאות, אשר היא פועל יוצא מן הזכות לחיים, מעוגנת במסמכים בינלאומיים חשובים¹, כשהיא תופסת מקום מרכזי במערכת זכויות היסוד של האדם.

זכות זו ניתנת להגשמה בין בדרך של שירות לאומי לבריאות (כדוגמת בריטניה, אוסטרליה, איסלנד, אירלנד וניו-זילנד²) על חשבון משלמי המסים הכלליים, ובין באמצעות ביטוח בריאות, כפי שגעשה ברוב ארצות העולם.

סוגיית הבטחתם של שירותי בריאות נאותים לאוכלוסייה נחשבת כבעיה המסובכת ביותר בתחומי הנרחב של הבטחון הסוציאלי³. שאלת ארגונו של ביטוח הבריאות בישראל מעסיקה את קברניטי המדינה זה קרוב לשלושים שנה, מעצם הקמת המדינה ועד היום. על כן לשאלה זו הוקדשו דו"חות של ועדות

שונות (למן דו"ח ועדת קנב הראשונה 1949/50 וכלה בדו"ח ועדת זוהר 1977) ונערכו מספר הצעות חוק בנדון.

על אף המאמצים שנעשו במשך השנים האחרונות, כדי לשפר את שירותי הבריאות בארץ, מבחינה כמותית ואיכותית כאחת, קיים בציבור הרחב ובקרב המומחים קווישי-קונסנזוס, כי המצב המצוי בתחום ביטוח הבריאות⁴ אינו מניח את הדעת⁵. אליבא דדייגו, דין זה חל במיוחד על שירותי הבריאות האמבולטוריים ועל כן, בהמשך דבריגו, יושם הדגש על מה שניתן לעשות לשיפור שירותים אלה.

ביטוח הבריאות הוא ביטוח למקרה מחלה, היינו – המחלה היא הסיכון המבוטח, ולכן בארצות – ובשפות – מסוימות מקובל לקרוא לביטוח זה "ביטוח מחלה" (כגון assurance maladie, Krankenversicherung). למעשה, במסגרת של ביטוח הבריאות מוענקים למבוטחים שני סוגי גמלאות –

* המכון למחקרי חקיקה ולמשפט השוואתי, הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית בירושלים. כגון, בסעיף 25 להצהרה האוניברסלית לזכויות האדם של האו"ם 1948.

2 U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Social Security Programs throughout the World*, Washington, 1975.

3 J. J. Dupeyrou, *Droit de la sécurité sociale*, 6e édition, Paris, 1975, 139.

4 לפירוט על המצב המצוי ראה: A. Nizan, 'Social Security in Israel', 27 *International Social Security Review* (1974), 241, 263-269.

5 דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות, 1978 (להלן דו"ח זוהר); חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשל"ז–1976 (הצעת הליכוד – הקדמה); ח. זורון, עקרונות להצעת חוק ביטוח בריאות לאומי, 1978; ראה גם ה: ש. הלוי, "שירות רפואי וביטוח בריאות", הרפואה, כרך פ"ב (1972) חוברת ד', עמ' 180. בבקרו את המצב הקיים מרחיק המחבר לכת ומדבר על משבר הרפואה במישור העולמי.

לאמור, גמלאות בעין (שירותי בריאות) וגמלאות בכסף (דמי מחלה) — וישנם טעמים לאחד שני סוגי ביטוח אלה במערכת תחיקתית וארגונית אחת. למרות זאת, לא נעסוק ברשימה זו — מחמת המצע הקצר — אלא בביטוח המתבטא במתן שירותי בריאות.

2. ביטוח הבריאות כביטוח סוציאלי

ברוב ארצות העולם מאורגן ביטוח הבריאות כביטוח סוציאלי ועל כן הוא מהווה חלק בלתי נפרד של המערכת לבטחון הסוציאלי⁶. יוצאות מן הכלל מבחינה זו הן ארה"ב, ובמידה מסוימת, ישראל, אשר בה ניתנים שירותי הבריאות כיום במסגרת של ביטוח שהוא כולו וולונטרי.

כביטוח סוציאלי צריך ביטוח הבריאות להיות ביטוח חובה, אשר מטרתו איננה הפקת רווחים, כי אם הבטחת הבטחון הכלכלי לכל, כאשר הדרך העיקרית להגשמת מטרה זו היא חלוקה מחדש של ההכנסות, מעמיקה יותר מאשר בביטוח מסחרי כלשהו.

מומחה מערב גרמני מציג רשימה ארוכה של תכונות סגוליות לביטוח הסוציאלי בימינו, בה צויין בין השאר: יחסי הביטוח הסוציאלי נוצרים מכוח החוק (ללא כריתת חוזה ביטוח וללא פוליסה אישית) כל אימת שמתקיימים תנאים עובדתיים מסוימים הנקבעים בחיקוק; מהביטוח יהנה אף מבוטח שאינו רשום בגוף המבטח וכמו כן מבוטח

אשר בעבורו לא שולמו דמי הביטוח הדרושים; הגוף המבטח הינו תאגיד של המשפט הציבורי ודיני הביטוח הסוציאלי הם חלק ממשפט זה; הפרמיות (דמי הביטוח) נקבעים לפי יכולתו הכלכלית של המבוטח ולא לפי מידת הסיכונים; השירותים שלהם זכאי מבוטח הם שווים; מבחינה כלכלית הביטוח הסוציאלי הוא עמיד ביותר אף בתקופות משבר; מן האופי האובליגטורי של הביטוח נובעת חובת המדינה לערוב לקיומו וליעילותו של הביטוח תוך השתתפות בו בתרומה הכספית הדרושה; הסכסוכים הכרוכים בביטוח כפופים לסמכותם של בתי דין סוציאליים מיוחדים⁸.

לכך יש להוסיף את האופי המשפחתי של הביטוח⁹ (ביטוח התושב חל אוטומטית גם על בני משפחתו הקרובים). כמו כן בביטוח הסוציאלי קיים לרוב קשר מתמיד והדוק בין הגופים המבטחים לבין ציבור המבוטחים.

יחודו של הביטוח הסוציאלי, הסותר את העקרונות הבסיסיים של כל ביטוח פרטי, הינו בכך שהביטוח מכסה אף סיכונים, אשר ארעו לפני ההצטרפות לביטוח (מחלות קודמות), מה שאינו מתיישב עם עצם רעיון הביטוח במובנו המקורי.

כפי שניתן להעסיק מן האמור לעיל, הרי בביטוח הסוציאלי הקשר בין הפרמיה והגמלה רופף מאוד¹⁰.

נצביע להלן על כמה תכונות נוספות אשר אותן אנו רואים כמאפיינות את ביטוח הבריאות כביטוח סוציאלי עקבי.

מתן שירותי הבריאות בביטוח זה אינו מות-

G. Veldkamp, "Introductory Address", in *Social Security and Medical Care*, The Netherlands, 1977, 13-14

7 באותה רוח ראה סעיף 5 להצעת חוק ביטוח בריאות, תשל"ג—1973, הצעות חוק 380, 1077; דו"ח זוהר. דעה אחרת, כי בין קופות החולים חשונות מוכרחים להיות חבדלים גורס ח. ש. הלוי, שם, 186.

8 G. Wannagat, *Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts*, Tübingen, 1965, 25-30

9 P. Denis, *Droit de la sécurité*, 2e édition, Bruxelles, ; 356—359, 3, לעיל ה"ש 3, Dupeyroux ; 1973, 267; H. Jäger, *Sozialversicherungsrecht*, 7. Auflage, Bühl, 1975, 36

10 הלוי, לעיל ה"ש 5, 182.

נה בשום תקופת אכשרה של המבוטח (תקופת ביטוח, ותק בעבודה או תושבות), ואכן ברוב ארצות העולם אין תנאי כגון זה.

משך מתן השירותים הרפואיים, לרבות איש-פז, אינו מוגבל בזמן (למעשה הגבלה כזו עדיין קיימת במספר ארצות בדרום אמריקה וכן בספרד, שווייץ וטורקיה, ובצורה מצומצמת מאוד גם בישראל בנוגע לאישפוז בבית חולים מעל שנתיים)¹¹ ואף לא נדרש, כי יעבור משך זמן מינימלי בין שני טיפולים תכופים (תנאי כזה נדרש אמנם לפי הדין הפוזיטיבי הבלגי)¹².

כמו כן, נראה לנו, כי לאשמתו של המבוטח לא צריכה להיות שום השפעה על זכותו לגימלאות, ותהא האשמה המורה ככל שתהא. אין, איפוא, לשלול מהמבטח החולה מתן שירותים רפואיים אף כשהוא עצמו גרם למחלתו או להחמרת מצב בריאותו במכוון או עקב התנהגותו הרעה. שכן בחברה מתוקנת אין להשאיר אדם במצוקה ויהא הפרופיל המוסרי שלו אשר יהא — ללא הגשת העזרה הרפואית הנדרשת לו, כלומר — ללא הצלה כלשהי¹³.

גוסף לכך, אין לשלול מן המבוטח את זכותו לשירותים רפואיים גם אם סירב, ואף ללא הצדקה גראית לעין, לעבור בדיקות מסוימות או להתייצב לצורך ההשגחה הרפואית. לפיכך דוגלים אנו בדעה, כי בכל המקרים ובכל הנסיבות מוטל על הרופאים המטפלים לעשות כמיטב יכולתם כדי להושיט לוחל את העזרה הרפואית הדרושה לו, מבלי להתחשב בצורת התנהגותו.

משתי הבחינות האחרונות האמורות קובע המשפט הבלגי אחרת, בהביאו פתרונות הנוגדים את דעתנו הנ"ל¹⁴.

לסיום: מובן מאליו, כי על מנת שביטוח הבריאות יהא ביטוח סוציאלי, עקבי ואפקטיבי עליו להיות אוניברסלי ועל כן יש להחילו על כל התושבים ללא יוצא מן הכלל, כנהוג בבריטניה ובשבדיה¹⁵.

החלת ביטוח בריאות החובה בארץ על כל האוכלוסייה לא תיתקל בקשיים שכן כבר היום כלולים למעלה מ-90% מכלל התושבים בביטוח הבריאות הוולונטרי המצוי.

על תושב חוץ יחול הביטוח על פי עקרון ההדדיות, בהתאם לאמנות בילטרליות.

בקנדה, ביטוח הבריאות הלאומי חל על התושבים אף בשעה שהם מצויים בחו"ל וזקוקים לעזרה רפואית דחופה¹⁶. משמעוֹתה הסוציאלית של הרחבה זו היא רדיסטריוציה של משאבים מן השכבות החלשות יותר מבחינה כלכלית (שאינן להן אפשרות לנסוע לחו"ל) אל השכבות המבוססות דווקא (היכולות להרשות לעצמן נסיעות ברחבי־תבל), דהיינו — רדיסטריוציה הפוכה, אשר, כמובן, איננה רצויה. לכן, על מנת להיות מבוטח גם בחו"ל יש, לדעתנו, לחייב את המבוטחים לשלם פרמיה נוספת, כנהוג היום, ואז החלוקה מחדש של ההכנסות תיעשה, מדרך הטבע, בין המטיילים בעולם לבין עצמם.

גם מבחינת סוגי השירותים ואופיים רצוי שהביטוח יהיה מקיף עד כמה שאפשר. יש לצפות, כי ביטוח הבריאות העתידי לבוא

11 *Social Security Programs*... לעיל ה"ש 2.

12 Denis לעיל ה"ש 9, 295.

13 א.ל. מילר דעת מיעוט ב"א.ל. מילר, א. פרוקצ'יה וד. קרצ'מר, זכויות הנכים בישראל: הצעות לקראת רפורמה, ירושלים, 1979, ח"ש 75. נזכיר כי אף לגבי הגימלאות בכסף, חוק דמי מחלה, תשל"ו—1976 אינו קובע שום סייג בנוגע למקרי מחלה הנגרמת במתכוון על ידי העובד.

14 Denis לעיל ה"ש 9, 291—292.

15 R. Dillemans, "Comparative Analysis of the European and Anglo-Saxon Social Security in Relation with Medical Care", in *Social Security and Medical Care*, the Netherlands, 1977, 114.

16 *Social Security Programs*... לעיל ה"ש 2.

ועל אחד כמה וכמה אם לאו, רצוי לשמור את קופות החולים הקיימות. אף במסגרת של שיטה ממלכתית, הקופות השונות תוֹכֵלֵן כלנה לתפקד כספקי שירותים רפואיים, תוך תחרות חופשית ביניהן על איכות השירותים ודרכי הגשתם, ועל כן פלורליזם כזה יהיה לברכה.¹⁸

דו"ח זוהר שולל את הפלורליזם של קופות חולים בטענה, כי הוא גורם לבזבוז משאבים (ציוד, כוח אדם).. אולם התועלת שתצמח מן העיקרון התחרותי עולה בחשיבותה על הנזק הכספי המשוער, העלול להיגרם לפי עמים עקב אי-מיצוי מלא של הציוד הרפואי (אשר לכוח האדם נציע בהמשך¹⁹ דרך יעילה לחסכונו המירבי). ועדת זוהר טועה בכך שהיא רואה בריכוזיות הגופים המבטחים את הערך העליון בתחום שירותי הבריאות, שהרי אין לשכוח, כי ככל שהריכוזיות של גופים ממלכתיים היא רבה יותר, כן הסיכון של העמקת הסרבול הביורוקרטי שהשיטה צופנת בחובה גדול יותר.

פלורליזם של קופות חולים קיים במספר ארצות וביניהן אוסטריה, אוסטרליה, שווייץ²⁰, בלגיה²¹, הולנד²², יפן²³.

כל תושב צריך ליהנות מחופש מוחלט להצטרף לקופת חולים זו או אחרת על פי בחירתו, וההצטרפות לא תהא כרוכה בשום שיקול זר לא כל שכן בהצטרפות לארגון עובדים (כגון ההסתדרות הכללית) או לאר-

יכול גם שירותים מלאים בתחום בריאות השן, כפי שנהוג בארצות המערביות רובן ככולן.

בהקשר אחר יש טעם לאמץ שתי גימלאות הניתנות למבוטחים בגרמניה המערבית. הראשונה נעוצה בטיפולים מונעים גררבים, והשנייה היא מתן עזרת בית למבוטח, בעין או בכסף, אשר מפאת מחלתו אינו מסוגל לנהל בעצמו את משק ביתו (Haushaltshilfe)²⁴, בדומה למה שנקבע בסעיף 127 כה (א) (3) (ב) לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח—1968 בנוגע לנכים.

3. תפיסה ליברלית כתשתית השיטה

אם, בהתאם למגמה השלטת, יוקם ביטוח בריאות ממלכתי יש להימנע בכל מחיר מהלאמת קופות החולים הקיימות. ענין זה ראוי להדגשה, שכן בהצעת החוק מטעם מפלגת הליכוד, 1976 (סעיף 36) "העברת הקופה על נכסיה וחובותיה... לידי" רשות הבריאות הממלכתית נלקחת בחשבון כאל-טרנטיבה ראשונה. "העברה" כזאת של עצם הבעלות לידי גוף ממלכתי איננה מתיישבת עם העקרונות הליבראליים, שעליהם מושבתת החברה הישראלית. אם תקום שיטת ביטוח בריאות ממלכתית

17 Jäger לעיל ח"ש 9, 71—72, München, *Soziale Krankenversicherung*, Krauskopf, D. 1976, II, 87-91.

18 ראה ר. ירון, "להצעת" חוק ביטוח בריאות, תשל"א, 1971, בטחון סוציאלי, 1971, חוברת 2, 35—40; י. חלד, "בדרך לחוק ביטוח בריאות", בטחון סוציאלי, 1971, חוברת 2, 47, 60—61; א. וולף, "ביטוח בריאות — הערות למבקרים את הצעת החוק", בטחון סוציאלי, 1977, חוברת 13—12, 157, 158; הצעת חוק 1973; לדעה נוגדת ראה חלוי, לעיל ח"ש 5, 186; דו"ח זוהר, שם; Dupeyroux לעיל ח"ש 3, 865, 162—163.

19 ראה לחן פרק 6.

20 *Social Security Programs...* לעיל ח"ש 2, 203—204.

21 Denis לעיל ח"ש 9, 203—204.

22 *Sickfund Insurance and the Exceptional Medical Expenses Insurance in the Netherlands*, 1973, 3-5.

23 *Personal Health Care and Social Security, Report of a Joint ILO/WHO Committee*, 1971, 18, Geneva.

גון פוליטי כלשהו. אין לערבב ענייני ביי-טוח בריאות בעניינים אחרים שאין להם, למעשה, שום קשר עם שאלות ביטוח הבריאות.²⁴

צוין בהבלטה, כי חשוב לספק "כתובת רפואית לכל אזרח"²⁵. אולם מה שחסר בשיטה הנוכחית, זו לא הכתובת הרפואית. נהפוך הוא, היא קיימת גם היום, וניתן אף לומר כי היא נוקשה מדי. לעומת זאת, רצוי להפעיל הלכה למעשה את העיקרון חופש בחירת הרופא על ידי המבוטח.²⁶ חשיבותו של עיקרון זה נעוצה בכך, כי רק בעזרתו אפשר להבטיח כי החולה יתן אמונו ברופא המטפל בו, מה שעשוי ליצור, במערכת היחסים בין החולה לרופאו, את האווירה הפסיכולוגית הדרושה להצלחת הטיפול.

כמו כן, חופש בחירת הרופא עשוי לפעול כתמריץ למסירותם של הרופאים, ולהעמיד את שירותי הבריאות על בסיס של גילוי יוזמה אישית מצד הרופאים ושל התחרות חיובית וחופשית בינם, לטובתם ולטובת המבוטחים, אשר יהנו מטיפול טוב יותר ומתשומת לב רבה יותר מטעם רופאיהם. הזכות לבחירה חופשית של הרופא מעוגנת מפורשות במשפטן של ארצות שונות.²⁷ לפעמים (בלגיה) משולבת זכות זו גם בחו"פיש בחירת בית-החולים בשעת הצורך,²⁸ דבר רצוי מאוד מבחינת המבוטחים.

כפי שנסביר להלן, טעמים כבדי-משקל מחייבים, כי לרופא יהיה מעמד בלתי תלוי, או במלים אחרות — כי שירותי הבריאות האמבולטוריים יינתנו לא על ידי רופאים שכירים, כפופים למרותם של מעבידיהם,

כי אם על ידי רופאים עצמאיים, בעלי יוזמה אישית וחוש אחריות. כמו כן נציע, כי צוותי רופאים עצמאיים יוכלו ביוזמתם לח-כור מרפאות קולקטיביות קיימות, ולהפעילן בעצמם ועל אחריותם.

ולבסוף, יש לשמור את זכותם של הרופאים לעסוק בפרקטיקה רפואית פרטית²⁹, בתנאים ובדרכים אשר יקבעו, תוך מתן חופש לק-ביעת גובה התשלומים עבור מתן שירותים רפואיים פרטיים.

כל אלה הם מרכיבים של קונספציה ליב-ראלית אודות הסוגייה הסבוכה של ביטוח הבריאות, קונספציה אשר בלעדיה, לפי עניות דעתנו, לא ניתן להבטיח כיאות את ארגונו ותפקודו של הביטוח.

4. ביטוח בריאות ממלכתי או ביטוח סוציאלי לא ממלכתי

בדיונים המושמעים לאחרונה בכלי התק-שורת אודות ביטוח הבריאות הממלכתי מו-צגים, לעתים, העניינים, כאילו האופי הממ-לכתי של הביטוח, כשלעצמו, די בו כדי להבטיח את הצלחת השיטה העתידה לבוא. במונח "ממלכתיות" משתמשים כבמילת-קסם המסוגלת, כביכול, לפתור את כל הבעיות המרובות והמורכבות של ביטוח הבריאות. למרבה הצער אין הדבר כך. בבריה"מ, למשל, ביטוח בריאות ממלכתי קיים זה עשרות שנים, ובכל זאת המצב בתחום האמור רחוק מלהיות אידיאלי. בבריטניה, באיסלנד ובניו זילאנד, קיימים,

24 ירון, לעיל ה"ש 18, 36—38; לדעה נוגדת ראה חלד לעיל ה"ש 18, 61, 51; וולף, לעיל ה"ש 18, 160. מחבר אחרון זה מלמד סנגוריה על הצעת חוק ביטוח בריאות 1973.

25 דו"ח זוהר 24, 3; הארץ מ-20.1.1978.

26 הלוי, לעיל ה"ש 5, 186; וולף, לעיל ה"ש 18, 161, הטוען, כי חופש זה מובטח גם היום.

27 Jäger לעיל ה"ש 9, 96, 59; Krauskopf לעיל ה"ש 17, 376—378; Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 359, 142; Denis לעיל ה"ש 9, 301.

28 Denis לעיל ה"ש 9, 315.

29 הצעת חוק של חליכוד, 1976 (סעיף 37) מאפשרת אפילו "פרקטיקה פרטית תוך שימוש במית-קני הרשות" הממלכתית.

כאמור, שירותי בריאות ממלכתיים, שאינם מבוססים על רעיון הביטוח. לצרפת ולספרד יש ביטוח בריאות ממלכתי, המתממש על ידי גופים ממלכתיים. בבלגיה ובגרמניה המערבית מאורגן ביטוח הבריאות כסידרת תאגידים ציבוריים אוטונומיים, אך גם הוא ממלכתי באופיו. אף על פי כן, בכל אחת מן הארצות הללו קיימת עדיין באוכלוסייה תרעומת רבה למדי על רמת שירותי הבריאות. העיקר אינו אם הביטוח הוא ממלכתי או לא. חשוב יותר כי השיטה תפעל כראוי ותספק בצורה נאותה את צורכי הבריאות של התושבים.

חברי ועדת זוהר מציעים להנהיג ביטוח בריאות ממלכתי במיוחד על מנת לנתק את הקשר בין החברות בקופת חולים לבין החברות בהסתדרות הכללית, ועלינו להודות כי מבחינת הסיכויים לשפר את רמת השירותים הרפואיים, ניתוק כזה, אם וכאשר יוגשם, יהא לברכה. וזאת מחמת הטעמים הכרוכים בהשקפה הליבראלית שהובאו לעיל.

ביטוח בריאות ממלכתי קיים בארצות רבות בצורות ארגון ותפקוד שונות. לדידנו, יש טעם לאמצו גם בישראל בתנאי שיתממשו בעליל הדרישות שאוזכרו לעיל בהקשר לגישה הליבראלית לנושא ביטוח הבריאות. יצויין כי ביטוח בריאות ממלכתי אינו מחייב את מתן השירותים הרפואיים על ידי גופים ממלכתיים. בבריטניה ובצרפת הביטוח הוא ממלכתי ואולם השירותים הרפואיים ניתנים על פי רוב על ידי רופאים פרטיים במרפאותיהם הפרטיות. ביטוח הבריאות הוא ממלכתי כשהוא מאורגן על פי חוק המדינה כביטוח חובה, תחת פיקוחה של המדינה, ובתנאים שנקבעו בחוק⁸⁰.

אי לכך, ביטוח בריאות ממלכתי אינו שולל בהכרח המשך קיומן של קופות חולים ש-

נות, שאינן ממלכתיות, כספקי שירותים רפואיים, וכאמור ממליצים אנו לשמור, תוך כדי השיטה החדשה, את קופות החולים הקיימות, אשר תוכלנה ותסכמנה למלא אחר התנאים של החוק החדש.

החוק יקבע את השירותים המינימליים שיש לספקם ואת דמי הביטוח. השיטה תפעל תחת פיקוחו הרפואי של משרד הבריאות.

לדעתנו, יש למסור את ניהול השיטה במישר שור הארצי בידי המוסד לביטוח לאומי כגוף ממלכתי המטפל גם בכל יתר השאלות השייכות לתחומו של הביטוח הסוציאלי במדינת ישראל. במסגרת המוסד יוקם אגף חדש לביטוח בריאות, ובדרך זו תבוא הבעיה על פתרונה ההגיוני ביותר המתבקש מדרך הטבע, כאשר באזורים השונים יטפלו בניהול ביטוח הבריאות המשרדים האזוריים (סניפים) של המוסד לביטוח לאומי.

בארצות אחרות מופקד ניהולו של ביטוח הבריאות במישור הארצי בידי מוסד או גוף ממלכתי, המקביל למוסד הביטוח הלאומי הישראלי, כגון המוסד לביטוח סוציאלי בריפובליקה הדומיניקנית, בונצואלה, ביוון, בטורקיה, במאלי, במכסיקו, בספרד ובפינלנד; המוסד (המשרד) לשירותים סוציאליים, בארגנטינה ובמלטה; המוסד (המשרד) לבטחון סוציאלי, באוסטרליה ובגואטמלה; המשרד הלאומי לבטחון סוציאלי בדנמרק; המוסד הלאומי לביטוח סוציאלי בברזיל; המשרד לניהול סוציאלי באוסטריה; או המשרד הפדראלי לעבודה ולעניינים סוציאליים בגרמניה המערבית⁸¹.

ראוי לציין, כי ניהול ביטוח הבריאות על ידי מוסד ממלכתי כזה מקובל גם בארצות, אשר בהן קיימים גופים מבטחים שאינם ממלכתיים (כדוגמת אוסטריה, אוסטרליה, בלגיה או גרמניה המערבית).

אמנם הועלתה הטענה, כי המוסד לביטוח

30 השווה חלד לעיל ח"ש 18, 48-49.
31 Social Security Programs... לעיל ח"ש 2.

לאומי אינו מסוגל לספק שירותים רפואיים, שכן מחייב הדבר מגע ישיר בין המבוטח לבין המבטח, ובכלל אין המוסד ערוך למתן גמלאות בעין³². אולם טענה זו אינה עומדת במבחן האמת, שהרי המוסד לביטוח לאומי נותן, הלכה למעשה, גמלאות בעין במקרים שונים (כגון שירותים מיוחדים ושיקום לנכים). מכל מקום, ביקורת זו אינה חלה על השיטה שהוצעה לעיל על ידינו, שכן היא מתייחסת למתן שירותים רפואיים באמצעות קופות החולים, הבאות במגע יום-יומי עם ציבור המבוטחים גם היום.

5. הדרכים למימון השיטה

בדבר מימון ביטוח הבריאות מלמדים הד"ר פוסים הקיימים בעולם, כי הוא עשוי לבוא או מתקציב המדינה, על בסיס פיסקלי, כמו בבריטניה, איסלנד וניו זילאנד, או מדמי ביטוח המשתלמים על ידי עובדים ומעבידיהם, וכן על ידי עובדים עצמאיים ומבוטחים אחרים, שאינם עובדים או עובדים עצמאיים, על בסיס פאראפיסקלי השתתפותי, (נוסף לסובסידיה ממלכתית) כמו ברוב ארצות העולם.

לשיטת המימון התקציבי מספר יתרונות חשובים לטובת ציבור המבוטחים, אולם לא כדאי להרחיב את הדיבור עליהם, שכן מבחינה מעשית לא ניתן להנהיג שיטה זו בארץ, מה עוד שהיא כלל לא הוצעה בישראל.

להבדיל ממס ההכנסה, דמי הביטוח הם פרופורציונאליים להכנסת המבוטח ואינם פרוגרסיביים (פרט למקרים מעטים, בהם

דמי הביטוח נקבעים בסכומים נוקשים). בישראל, כמו בארצות שונות בעולם (כגון בלגיה³³, גרמניה המערבית³⁴ או צרפת³⁵), דמי הביטוח כפופים לתקרה מסוימת של ההכנסה החייבת במס. קיום תקרה מביא לכך, כי השכבות בעלות האמצעים המרובים יותר אינן נושאות בעול הביטוח בהתאם ליכולתן³⁶, ועל כן הרדיסטריבוציה אינה מעמיקה די הצורך³⁷. לעומת זאת, ויתור על התקרה, על פי הדעה השלטת, היה מגביר יתר על המידה את הנטל המוטל על השכבות האמורות.

אי לכך יש טעם לאמץ בארץ את השיטה הנהוגה בצרפת (למן 1967), הבוחרת בשביל הזהב בעניין שלפנינו, בקובעה, כי עד לתקרה מסוימת של הכנסת המבוטחים ייגבו דמי הביטוח לפי האחוזים המקובלים הגבוהים יותר ומתקרה זו ללא הגבלה בסכום, ישלם העובד דמי ביטוח בשווי של אחוז אחד מהכנסתו העולה על התקרה האמורה, ואילו המעביד ישלם שני אחוזים מהכנסה זו. הסדר זה קיים רק לגבי דמי ביטוח לבריאות³⁸.

פיתרון זה נראה כמאוזן ויתרונו בכך שהוא מאפשר להגביר במידה ניכרת את אמצעיו של ביטוח הבריאות מבלי להטיל עול כבד מדי על משלמי הפרמיות.

במקביל לכך יש להעלות את התקרות הקיימות לגביית דמי הביטוח מן השכר.

לקרנות ביטוח הבריאות יש להעביר שיעור מסוים מן הפרמיות (דמי הביטוח), הנגבים על ידי ביטוח נפגעי עבודה וביטוח נפגעי תאונות דרכים — בהתאם למידת הזדקקותם המשוערת והמחושבת של נפגעים אלה לשירותים רפואיים עקב פגיעותיהם — שכן

32 חלד לעיל ה"ש 18, 58.

33 Denis לעיל ה"ש 9, 175.

34 Jäger לעיל ה"ש 9, 91.

35 Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 713—718.

36 ILO/WHO Report לעיל ה"ש 23, 43.

37 Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 715—716 Denis לעיל ה"ש 9, 176.

38 Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 687—688.

שירותים אלה ניתנים על ידי הגופים המי-
בטחים השייכים לאגף ביטוח בריאות. אם
הסדר זה יתקבל, יהיו הגופים המבטחים נגד
פגיעה בעבודה ופגיעה עקב תאונת דרכים,
משוחררים מלשלם למבטחים. בביטוח הב-
ריאות עבור כל הטיפולים ויתר שירותי
הבריאות המוענקים הלכה למעשה לנפגעים
משני הסוגים הנ"ל. שיטה כגון זו מופעלת
באוסטרליה.³⁰

דרך אחרת להגביר את הכנסותיו של תק-
ציב ביטוח הבריאות ולצמצם את הוצאותיו,
ובו בזמן לתרום באופן משמעותי לשיפור
רמת השירותים הרפואיים, היא להנהיג תשי-
לום חלקי מוגבל על ידי המבוטחים עבור
מתן השירותים, שיהווה חלק מעלותם של
השירותים. נמליץ להפעיל תשלום כזה עם
קבלת השיטה החדשה בגובה של 10%—
20% עבור ביקורים, טיפולים למיניהם, בדי-
קות ותרופות (אך לא אישפוז).

בחול"ל ידועה שיטה זו בשם *ticket modé*
rater בצרפתית, או *cost-sharing system*
באנגלית.

בעולם מרבית כיום לדבר על התפוצצות
העלויות בתחום השירותים הרפואיים או
בעלייה בלתי פוסקת ומסחררת של מחירי
השירותים הללו.⁴⁰ ומדרך הטבע מחפשים
דרכים, כדי להתמודד עם תופעה מדאיגה
זו. אחת הדרכים להקל על העומס הפיננסי
היא, כאמור, חיוב המבוטחים להשתתף בע-
לות שירותי הבריאות, ולו באורח צנוע
יחסית. דרך זו נראית כמוצדקת ונאותה
במיוחד נוכח העובדה שאנו עדים בשנים
האחרונות לצריכת יתר (*over-consumption*)

בשירותי הבריאות, לרעב ההולך וגובר
למרשמים, ולבזבוז עצום של תרופות,⁴¹
אשר ממדיו מגיעים לפעמים עד ל-40% (!)
מכלל התרופות המצויות בשימוש.⁴² כאשר
החולים או החולים המדומים באים למרפאה
כמו לסופרמרקט של תרופות.

בבלגיה ובצרפת ההשתתפות העצמית של
המבוטח בעלות השירותים נעה בין 10%
ל-25% ואפילו ל-30%.⁴³

השתתפות עצמית מעין זו בממדים שונים
ובצורות אחרות נהוגה באוסטריה, איסלאנד,
דנמרק, הולנד, הונגריה, יוגוסלביה, יוון, יפן,
לוקסמבורג, ניו זילנד, ספרד, קנדה, שבדיה
ושווייץ.⁴⁴

השיטה הנדונה עשויה להרחיק מלב צרכני-
הם של שירותי הבריאות בארץ את ההר-
גשה, כאילו לשירותים אלה (לרבות תרו-
פות) אין כל ערך ממשי, ולעורר בהם את
תודעת עלותם הריאלית של השירותים הא-
מורים.⁴⁵

אנו ערים לכך, כי צעד מעין זה אינו פו-
פולרי במיוחד. בכל זאת יש לו חשיבות
רבה בכך שהוא — ורק הוא — עשוי למ-
נוע את ניצולה לרעה של הזכות לשירותי
בריאות, ולבלום במקצת את הביקוש לשי-
רותים אלה, שהוא בארץ בין הגבוהים אם
לא הגבוה ביותר במישור העולמי. בעקפינו,
גם צעד זה, אשר הודות לאופיו המרתיע,
ימתן במידת מה את הלחץ המופעל על
הרופאים, יתרום לשיפור איכותי של שי-
רותי הבריאות לטובת כלל ציבור המבו-
טחים. בדרך זו ניתן יהיה לחסל את התורים
האינ-סופיים במרפאות, ובכך לשים קץ

The Australian Health Insurance Program, Canberra, 1973, 24 39

40 חלד, לעיל ה"ש 18, 53—54; הלוי, לעיל ה"ש 5, 183; Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 347.

41 ע. קורצ'ין, "האם נוטלים החולים את תרופותיהם", הרפואה, כרך פ"ו (1974), חוברת י"א, 565.

42 Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 386—387.

43 Denis לעיל ה"ש 9, 296—300; Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 360.

44 *Social Security Programs...* לעיל ה"ש 2. להסתייגות מסוימת כלפי שיטה זו, בכך

שאיננה בולמת את שימוש היתר על ידי השכבות האמידות, ראה *ILO/WHO Report* לעיל

ה"ש 23, 42.

45 Denis לעיל ה"ש 9, 174.

לשיטת הסרטיהנע בקבלת החולים במר- פאות ולפעולתן כמו בתי חרושת רפואיים, תוך הקדשת שתיים עד שלוש דקות לכל חולה המבקר במרפאה. אם תתקבל הצעה זו יתעורר, כמובן, הצורך לקבוע גם את סוגי החולים הפטורים מן התשלום האמור.

ראוי לציין, כי שיטה זו אמנם מעוגנת בחוקה, כי המבוטחים מסוגלים לשאת בעצ- מם חלק לא גדול מעלותם של שירותי הבריאות, אולם אין הדבר כך במקרים קוני- קרטיים שונים, כמו לגבי אלה שהם בעלי זכנסות נמוכות או משפחות מרובות יל- דים⁴⁶. כמו כן יש לשחרר מהשתתפות עצמית בעלות השירותים את המבוטחים הסובלים ממחלות מסוימות אשר ייקבעו בחוק או בתקנות.

גם היום נהוגה בישראל השתתפות מעין זו, אולם בממדים סימליים בלבד, הרבה מתחת לדרוש, כדי ששיטה זו תהא יעילה.

הפגת הלחץ המופעל על רופאי המרפאות (רופאי משפחה, רופאים כלליים, רופאים מומחים ורופאי ילדים) תאפשר להם בין השאר להקדיש חלק מומנם לפעילויות שאין באפשרותם לבצען כיום, כגון מתן שירותים שיטתיים בתחום הרפואה המונעת.

לאותה מטרה (בלימת ביקוש-היתר לשירותי הבריאות על ידי עידוד המבוטחים ליתר התאפקות) נועד גם צעד אחר, והוא מתן הנחה בדמי הביטוח (bonus) בעבור כל שלישי בו המבוטח או בני משפחתו לא מימשו את זכותם לשירותי הבריאות. שיטה זו נהוגה בגרמניה המערבית, אך המקור המספר עליה מביע ספיקות בדבר יעילות השיטה⁴⁷. הואיל ואנו שותפים לספיקות אלה לא נמליץ על אימוצה אצלנו.

חיסכון ניכר בתקציבו של ביטוח הבריאות ניתן להשיג על ידי הקטנת הוצאותיו המג- הליות. כיום נאמד גובהן של הוצאות אלה, בארצות בהן נהוגה שיטה של ביטוח בריאות (לרבות ישראל⁴⁸) בכ- 10% במ- מוצע מכלל ההוצאות, בעוד שבבריטניה, בתוכנית שירות הבריאות הלאומי, הוצאות אלה אינן עולות על 2.5%⁴⁹. לפי מקור אחר, מעודכן יותר, ההוצאות המנהליות מהוות: 4.1% באירלנד, 8.7% באיטליה, 5.4% בבלגיה, 6.0% בגרמניה המערבית, 2.6% בדנמרק, 3.2% בהולנד, 3.6% בלוק- סמבורג ו- 5.7% בצרפת, מכלל ההוצאות⁵⁰.

על מנת לקצץ את ההוצאות המנהליות הוצע לגבות את דמי הביטוח באמצעות המוסד לביטוח לאומי, אף אם לא יהא מופקד על ניהולו של ביטוח הבריאות, כפי שהצענו אנו, ואכן על הצורך לחסל את לשכת המס של קופת החולים של ההסתדרות הכללית לית מאן דיפליג. לקיומו של גוף אחרון זה אין שום הצדקה עניינית.

מאידך, כפי שנפרט בהמשך דברינו — וכבר הזכרנו זאת לעיל — רצוי להמיר את הרו- פאים השכירים של המרפאות ברופאים עצמאיים, ולעודד חכירת מרפאות. קולקטי- ביות על ידי צוותי רופאים והפעלתן על אחריותם. שני צעדים אלה יתרמו רבות לחיסכון בהוצאות, שכן הם יאפשרו לקצץ באופן משמעותי את הרכבו של צוות המר- פאות, כגון אחיות, פקידים ועוזרים אחרים למיניהם.

באופן כללי ניתן לומר, כי גילוי יוזמה פרטית ותושיה עשוי לתרום לצמצום ההוצאות של שירותי הבריאות. לדוגמא: שי- רותי בריאות השן הם, כידוע, יקרים ביותר.

46 שם, 296.

F. Kastner, "Trends and Structural Changes in the Statutory Sickness Insurance in the 47 Federal Republic of Germany", 24 *International Social Security Review* (1971) 69, 77

48 דו"ח זוהר 69—70.

H. C. Salter, "Controlling the Cost of the British National Health Service", 25 *Inter- national Security Review* (1972) 19, 20

50 ראה Dupeyroux לעיל ח"ש 3, 167.

החידוש המוצע הראשון הוא "יצירת תיק אחיד לכל חולה". "תיק זה — מסבירה ועדת זוהר — חייב להימצא במרכז האזורי למידע רפואי. למרכז זה יועברו גם הנתונים על כל הפעולות הרפואיות שייעשו לכל אדם במירפאת המשפחה... או במירפאת מומחים מרוחקת". "מרכז זה — מטעים הדו"ח בהמשך — יביא... למניעת טיפוי-לים ובדיקות מיותרות, להקלה ניכרת לאוכלוסייה ולחיסכון מירבי בהוצאות"⁵¹.

לדעתנו, צעד כגון זה יביא קודם כל, באופן בלתי נמנע, להכפלת הניירת הביורוקרטית הנדרשת מן הרופאים, שכן כל רופא מירפאה יאלץ לרשום פעמיים כל פעולה רפואית הנעשית על ידו לגבי כל חולה וחולה המבקר במרפאה, שאם לא כן, השיטה לא תהא יעילה. לפיכך כל ביקור אצל רופא המירפאה יגזול מן הרופא זמן רב יותר (מן הסיבה הפורמלית הנ"ל), ומספר המקובלים על ידו לביקור במשך יום עבודתו יהיה מצומצם יותר. אי לכך יתעורר הצורך להגדיל את מספר הרופאים במרפאות, צעד שיהא כרוך בהוצאות גדולות הרבה יותר מאשר כפל בדיקות במקרים מסוימים, אשר, דרך אגב, יהא לעיתים קרובות מועיל (הודות להגברת הבטחון בתוצאותיהן של הבדיקות), ולא דווקא מיותר.

לכן, לפי עניות דעתנו, מוטב, מבחינה זו, כי המצב יעמוד על כנו.

נודה גם שלא ידועה לנו ארץ אחרת, בה נהוגה שיטה מעין זו של רישום עדכני כפול של כל פעולה רפואית.

החידוש השני המוצע הוא השלמת צוותי העובדים של מרפאות המשפחה בעובדים סוציאליים⁵². כיוון שלשכות הסעד לא תו-

כדי להפחית באורח משמעותי את מחירי השירות, הקימה הסתדרות רפואת השיניים בישראל חברה משלה ליבוא חומרים דג"טאליים, המספקת חומרים אלה לרופאי ול-מרפאי השיניים במחיר הנמוך ברבע מזה הקיים בשוק⁵¹.

הצענו, איפוא, כמה דרכים חשובות להגדלת סעיף ההכנסות של תקציב ביטוח הבריאות ולקיצוץ הוצאותיו. שיפור זה באיזון התקציב עשוי לאפשר מתן שירות רפואי נוסף, חשוב ביותר. כוונתנו היא לשירותים מלאים בתחום בריאות השן, שירותים שהם יקרים ביותר, ואשר כל האוכלוסייה כמעט, לרבות עולי ימים, זקוקים להם. כדי לכלול שירותים אלה בביטוח הבריאות החובה, וזאת בהתחשב בכוח האדם המקצועי המצוי, ניתן לקבוע שיעור גבוה יותר של השתתפות עצמית מצד המבוטח בעלות השירות, כגון: 40% (כמו בבריטניה) או אפילו 50% (כמו באיטליה ובשבדיה⁵²). לעומת זאת ממליץ דו"ח זוהר, כי היקף השירותים הדג"טליים ישאר במצבו הנוכחי⁵³.

נזכיר כאן כי אמנת ארגון העבודה הבינלאומי מס' 130 משנת 1969, בענין שירותי בריאות וגמלאות מחלה, מחייבת את הכללת שירותי בריאות השן בביטוח הבריאות הסוציאלי.

דו"ח ועדת זוהר מצהיר בתחילת דבריו, כי מטרתו היא "להבטיח שירות רפואי כמיטב יכולתנו... במחיר המינימום האפשרי"⁵⁴. הכרזה עקרונית זו אינה מונעת מן הדו"ח להציע שלושה חידושים — לדעתנו בלתי-נחוצים — העלולים לייקר באופן מוחשי ביותר את שירותי הבריאות לרעת ציבור המבוטחים.

51 ראה י. נבו, "טיפול שורש ברפואת השיניים", הארץ מ-3.7.1978.

52 Social Security Programs... לעיל ח"ש 2. בבריטניה מוגבלת ההשתתפות העצמית ל-10% בעד כל טיפול.

53 דו"ח זוהר, 22.

54 שם, 3.

55 שם, 23.

56 שם, 22—21, 15, 13.

תרנה בשל כך על עובדיהן הסוציאליים לא יביא גם צעד זה לחיסכון בהוצאות, כי אם לייקור השיטה בגין התקבולת שהיא יוצרת, שלא לדבר על האופי המיותר של צעד מעין זה, המוביל לכפילותו של הטיפול הסוציאלי באזרחים: פעם אחת בתור תושב נזקק, ופעם נוספת כמבוטח בביטוח הבריאות.

ולחידוש השלישי — אומר הדו"ח: "לגבי בתי מרקחת המצויים במרפאות, מתעוררת השאלה האם ימשיכו להישאר לבעלות ציבורית או שיעברו לבעלות פרטית, שכן ידוע שטיב השירות לקהל גבוה יותר בבתי מרקחת פרטיים"⁵⁷.

צעד זה (העברת בתי המרקחת הציבוריים הקיימים לידיים פרטיות) הוא בלתי מוצדק. היום בקופת חולים של ההסתדרות הכללית עומדים כ-1060 רוקחים שכירים לרשות המבוטחים. ואם פה ושם יש מקום לשיפור כלשהו, בין היתר בגין התורים הארוכים המזדנבים עד למקום קבלת התרופות, הרי אין זה משום שהרוקחים אינם הבעלים הפרטיים של בתי המרקחת, כי אם אך ורק משום שמספר הרוקחים אינו מספיק. העברת בתי המרקחת לידיים פרטיות אין בה כדי לחסל את התקלות במתן השירות, מה גם שאף בבתי המרקחת הפרטיים רוב הרוקחים הם ועוזרי הרוקחים הם שכירים, ואין להם תמריצים רבים יותר, כדי לספק שירות טוב ומהיר מאשר לעובדים בבתי המרקחת של קופת החולים.

תחת זאת, ברור, כי שינוי המצב הקיים וביסוס השיטה על בתי מרקחת פרטיים, דהיינו — על מוסדות מסחריים ורווחיים, אינו יכול, אלא להביא לייקור ניכר של התרופות ועל כן של ביטוח הבריאות כולו.

אין אנו מקבלים, איפוא, את שלושת החי-

דושים המוצעים הללו תוך שיכנוע, כי ויתור עליהן יאפשר לחסוך אמצעים נכבדים, אשר אותם ניתן להפנות למטרות אחרות לשם הרחבתם ושיפורם של שירותי הבריאות.

סבורים אנו, כי יישום מכלול הצעותינו הנ"ל יאפשר לשפר את רמת השירותים ולגייס את האמצעים הדרושים למתן שירותים דנטאליים במסגרת של ביטוח הבריאות. אם בכל זאת יתברר, הלכה למעשה, שאין זה כך, וכי הצעדים המומלצים אינם מספיקים, קיימת האפשרות לקבוע באופן הולם את שיעור השתתפותה של המדינה בתקציב הביטוח, ולעגן אותו בחוק. נזכיר, כי שיעור השתתפות זו היא 27% בבלגיה ו-25% בשוודיה⁵⁸. נוסף על כך, חייבת המדינה לערוב לגרעונות השיטה.

אם יתברר כי הקרנות לא תספקנה, יהא צורך, לדידנו, לבחון את האפשרות לעבור לשיטת החזר ההוצאות (reimbursement system) לפיה מוטל על המבוטחים לשלם לספקי השירותים הרפואיים את מלוא מחירם תוך זכאותם לקבל לאחר מכן את החזר ההוצאות מן הגוף המבטח, למעט חלק מן המחיר, בו הם חייבים להשתתף בעלות השירותים.

שיטה זו נהוגה באופן מסורתי בבלגיה ובצרפת⁵⁹, אולם הטלת החובה על המבוטחים להסכים לחסרון כיס זמני בנוגע לכל שירות (לרבות כל תרופה) המסופק להם, וזאת נוסף על ההשתתפות העצמית בעלות השירות, מהווה גורם מרתיע חזק ביותר לשימוש בה.

בבחינת היתרונות והחסכוניות של השיטה הנדונה אין להתעלם מכך, שהיא מכבידה במיוחד על השכבות החלשות מבחינה כלכלית, אם כי ניתן להמליץ על שחרורם של מיעוטי היכולת מן התשלום המוקדם המלא.

57 שם, 20.

58 *Social Security Programs*... לעיל ח"ש 2.

59 Denis לעיל ח"ש 9, 305—306, 207; Dupeyroux לעיל ח"ש 3, 359—360, 145.

דם של הרוקחים, אינו אומר דבר. על הצורך להבטיח מעמד עצמאי לרופאים, אשר הם הרוח החיה של השיטה.

בהתאם לאמור לעיל, יש לשלם לרופאים תמורת השירותים שהם מספקים למבוטחים לא משכורת חודשית פחות, או יותר קבועה (כתשלום בלעדי או כאחד בין מרכיבי שכר העבודה), כי אם גמול מורכב מתשלום עבור כל מבוטח הרשום אצל רופא פלוני (capitation system), או גמול המורכב מתשלום לרופא עבור כל מעשה רפואי (שיטה ידועה בארצות האנגלו-סקסיות בשם fee for service וביארצות דוברות צרפתית כ־ vice method ובארצות דוברות צרפתית כ־ paiement à l'acte médical).

שיטת התשלום הראשונה הנ"ל מתאימה במיוחד לרופאי משפחה, רופאים כלליים ורופאי ילדים, ואילו השיטה השנייה הולמת את תנאי העבודה של הרופאים המומחים, רופאי שיניים, ביוכימאים וכיוצא באלה. בשתי שיטות התשלום גם יחד יש משום תמריץ למסירותם של הרופאים ועיי דוד להתחרות חיובית ביניהם על הצלחת השירותים ועל טיבם.⁶⁰

במקום למנות את רופאי המרפאות וחלק מן הרופאים ביתר המוסדות הרפואיים (כפי שנעשה לגבי עובדי המדינה) או לחתום עימם על חוזה עבודה ללא מינוי (כפי שנעשה⁶¹ שה עם עובדים שכירים אחרים), יש לבנות את היחסים בין רופאים אלה לבין הרשויות המוסמכות על מערכת של הסכמים מיוחדים. כך, במישור הארצי רצוי, שאגף ביטוח הבריאות של המוסד לביטוח לאומי יחתום על הסכם קיבוצי ארצי עם הסתדרות הרופאים.

למען הצלחת השיטה חשוב מאוד, כי רופאי המרפאות יהיו רופאים עצמאיים ולא רו-פעים שכירים כמו היום, במיוחד בקופת החולים של ההסתדרות הכללית. הנסיון הבינלאומי מעיד על כך, כי שירותי הבריאות, בהם הדמות המרכזית היא "הרופא הפקיד", מובילים לבירוקרטיזציה של השיטה, אינם מניבים תוצאות חיוביות⁶² ונסיוננו אנו בארץ אינו בא אלא לאשר מסקנה זו. לעומת זאת, יש לרופא עצמאי (הנהנה ממה שקרוי clinical or professional freedom), יוזמה אישית רבה יותר, ומוטיבציה גבוהה יותר להצלחת עבודתו. אין הוא כפוף למרות בעלי המרפאות, ועל כן הוא מארגן בעצמו את עבודתו ומחויבותו כלפי החולים חזקה יותר. כמו כן, מעמדו הבלתי תלוי מחייב את הרופא העצמאי לעדכן עצמו — יותר מאשר הרופא השכיר — בהתפתחותו של המדע הרפואי.

קופת חולים מכבי, בה מועסקים כשכירים 45 רופאים בלבד מכלל 830 רופאים, יכולה לשמש דוגמה לכך.

כידוע, מאפינן העיקרי של ארצות מזרח-אירופה בתחום זה הוא הרפואה ההמונית, כאשר הרופאים כולם הם שכירים. לעומת זאת, באירופה המערבית, לרבות בריטניה ויתר הארצות, בהן השיטות הן ממלכתיות, רופאי המרפאות נהנים רובם ככולם ממעמד עצמאי.

דו"ח זוהר, הדואג, כמוזכר לעיל, למעמ-

60 השוואה Dupeyrou לעיל ה"ש 3, 155—158.

61 Salter לעיל ה"ש 49, 22—23; Dillemans לעיל ה"ש 15, 110—112; ראה גם ILO/WHO Report לעיל ה"ש 23, בו אמור בין השאר: "Physicians are the key personnel in a health care system; the method by which they are paid is known to have a major influence on their behaviour"; ובהמשך על שיטת המשכורת הנהוגה בה: "a lack of incentives for diligent work and the doctor-patient relation may deteriorate to an im-personal level" (עמ' 25—26). נכון הוא, כי לתשלום עבור כל מעשה רפואי יש גם חסרונות ידועים (כמו, למשל, הניצול לרעה, האפשרי על ידי הרופאים — ראה Denis לעיל ה"ש 9, 305). אף-על-פי-כן אין לשיטה זו אלטרנטיבה טובה יותר.

פאים. הסכם זה יוכל לכלול, בין השאר, את זכויותיהם, חובותיהם ומידת אחריותם של הרופאים, את התנאים למתן השירות המקצועי על ידם, את התעריפים עבור כל מבוטח רשום או עבור כל מעשה רפואי, לפי סוגי רופאים, ועוד. בהתאם להסכם זה תחתומנה הרשויות האזוריות של המוסד לביטוח לאומי על הסכמים אינדיבידואליים עם כל רופא מרפאה ועם חלק מרופאי בתי החולים.

נוסף על כך ראוי לבחון את אפשרות החתימה על הסכמים קיבוציים מיוחדים בין הרשויות האזוריות של אגף ביטוח בריאות לבין צוותי הרופאים של המרפאות הקולקטיביות השונות על חכירת המרפאות על כל ציודן, ריהוטן וכו', על ידי צוותי רופאים כדי להפעילן בכוחות עצמם ועל אחריותם, בהתאם לתנאי ההסכם. במקרה כזה יעסיקו הרופאים את כל יתר המנגנון הדרוש למרפאה (אחיות, לבורנטים, טכנאים, מזכירות וכיוצא בזה).

לדעתנו, יש להעניק עדיפות למתכונת זו מאחר שהרפואה הקבוצתית הולמת יותר את התנאים המודרניים של מתן שירותי בריאות.⁶²

מערכת של הסכמים מיוחדים בין הגופים המבטחים או הרשויות לביטוח הבריאות לבין רופאים וספקי שירותי בריאות אחרים נהוגה בין השאר באיטליה, ברזיל, ושווייץ⁶³, וכמו כן בבלגיה⁶⁴, בריטניה⁶⁵, גרמניה⁶⁶, הולנד⁶⁷, יפן⁶⁸, וצרפת⁶⁹.

מבחינת מהותם המשפטית דומים ההסכמים הקיבוציים הארציים הנ"ל להסכמים הקי-

בוציים לעבודה בכך שגם להם שני חלקים נפרדים: החלק הנורמטיבי (המכיל כללים לדרכי התנהגותם של הרופאים) והחלק האובליגטורי (הקובע את זכויותיהם וחובותיהם של הצדדים)⁷⁰.

רצוי, כי עם הפעלת השיטה החדשה יינתנו כל השירותים הרפואיים האמבולטוריים על ידי רופאים עצמאיים במרפאות אינדיבידואליות וקבוצתיות כפי שתואר לעיל. הואיל והשיטה תהא ממלכתית, יש לצעד זה חשיבות מיוחדת בכך שהוא יסייע בהחדרת רוח רעננה וליבראלית אל תוך השיטה החדשה ויתייצב כנגד הנטייה לביורוקרטיזציה של ביטוח הבריאות.

על ממדיו והשלכותיו של הצעד המומלץ ניתן ללמוד מן העובדה, כי מתוך 7,500 רופאים, העובדים בישראל רק בשתי קופות חולים — של ההסתדרות הכללית ומכבי — ישנם כיום קרוב ל-3,100 רופאי מרפאות (מתוכם 2,262 רופאים בקופת החולים של ההסתדרות הכללית).

על מנת שהשירותים האמבולטוריים, המבוססים על דמותו המרכזית של הרופא העצמאי, יוענקו ברמה הדרושה ובו בזמן גם יפחיתו את הזדקקות החולים לטיפולים בבתי חולים, יש להבטיח קשר דו-סיטרי מתמיד והדוק בין רופאי המרפאות למינייהם לבין הרופאים המומחים בבתי החולים, כפי שמומלץ גם בדו"ח זוהר. בין היתר רצוי, כי שילוב ושיתוף פעולה בין שני סוגים אלה של רופאים יוגדר בהסכמים בין המרפאות לבין בתי החולים, אשר יאפשרו לכל רופא מרפאה לעבוד לפחות חודש

Dupeyroux לעיל ת"ש 3, 144—145. 62
Social Security Programs... לעיל ת"ש 2. 63
Denis לעיל ת"ש 9, 316—319, 306—309. 64
Salter לעיל ת"ש 49, 22, 20. 65
Jäger לעיל ת"ש 9, 96; Krauskopf לעיל ת"ש 17, 11376. 66
Sickfund Insurance... לעיל ת"ש 22, 8—9. 67
ILO/WHO Report לעיל ת"ש 23, 18. 68
Dupeyroux לעיל ת"ש 3, 368—378, 363—364. 69
Denis לעיל ת"ש 9, 315. 70

בשנה בבית החולים, שעם רופאיו הוא מש-
תף פעולה.

7. שיתוף המבוטחים בניהול הביטוח

כדי להביא ליתר דמוקרטיזציה של ביטוח
הבריאות, ובו בזמן גם ליעולו, רצוי לאמץ
שיטה של ייצוג המבוטחים על בסיס פריטטי,
בקופות החולים, שתמשכנה לפעול, ובר-
שויות ביטוח הבריאות. שיטה זו תאפשר
לציבור המבוטחים להשמיע את דעתו ול-
השפיע על תהליך קבלת ההחלטות, ובד-
בבד היא אף תשמש תריס בפני היווצרו-
תם של גורמים או דרכי פעולה ביורוקר-
טיים.

בקונגרס העשירי של הארגון הבינלאומי
לבטחון סוציאלי ISSA (Roma 1949), קבע
ארגון מוסמך זה, כי הבטחון הסוציאלי צריך
להימסר, עד כמה שניתן הדבר, לגופים
אוטונומיים, אשר בניהולם ובפיקוחם יטלו
המבוטחים תפקיד ראשי.⁷¹

שיטה זו מקובלת בארצות מערב אירופה,
בהן הגופים הייצוגיים מורכבים בדרך
כלל ממספר שווה של נציגים של העוב-
דים ושל המעבידים.⁷² ההסבר לייצוג כזה
הוא בכך ששתי הקבוצות האמורות (העוב-
דים המבוטחים והמעבידים) הם המשלמים
העיקריים של דמי הביטוח.⁷³

ייצוג כגון זה אינו קיים בקופת החולים
של ההסתדרות הכללית, בה הוועידה (סעיף
182), הוועד המפקח (סעיף 185) ומרכז
קופת חולים גופא (סעיף 192) מורכבים

בדרכים אחרות ללא נציגים נבחרים על
ידי המבוטחים.⁷⁴ כמו כן, ייצוג מעין זה
לא הוצע על ידי הדו"חות והצעות החוק
שהוגשו בנושא הנדון במרוצת הזמן.
לדעתנו, אין הצדקה לייצוגם של המעבידים,
למרות שהם הם המשלמים את המס המק-
ביל והם המעבירים את דמי הביטוח של
העובדים המבוטחים, שכן יחסיהם עם הגו-
פים המבוטחים (רשויות ביטוח הבריאות)
הם פיננסיים גרידא, ואין למעבידים שום
נגיעה לעצם ענייני ביטוח הבריאות (לצור-
כי מתן השירותים וכיו"ב).

לעומת זאת, יש טעם לכלול בגופים הייצו-
גיים, זולת נציגי המבוטחים, את נציגי המו-
סד לביטוח לאומי — אגף ביטוח הבריאות,
וכמו כן את נציגי הרופאים ויתר הפרסונאל
הרפואי והפארא-רפואי, על בסיס פריטטי
תלת-צדדי, וזאת כיוון שהמוסד לביטוח
לאומי — אגף ביטוח הבריאות, יהא מופקד
על ניהול השיטה, ואילו המקצועות הר-
פואיים והפארא-רפואיים מעוניינים בקביעת
דרכי מתן השירות כמפעילי השיטה.

8. ביטוח סיכונים רפואיים

כל אימת שרשלנות רופא או פרסונאל
רפואי או פארארפואי גורמת נזקי גוף או
בריאות לחולה המטופל, יהא הניזוק זכאי
לפיצויים מטעם האחראים לנזק. סוגייה זו,
אשר הטרידה משפטנים רבים ברחבי תבל
בשנים האחרונות, ידועה בשם the medical
malpractice problem (פרקטיקה רפואית לא
נכונה).

71 חלד לעיל ה"ש 18, 58.

72 ILO/WHO Report לעיל ה"ש 23, 18; ראה גם Jäger לעיל ה"ש 9, 27 (לגבי גרמניה);
Dupeyroux לעיל ה"ש 3, 631—632, 628—629 (לגבי צרפת); Social Security Programs...
לעיל ה"ש 2 (לגבי אוסטריה).

73 Denis לעיל ה"ש 9, 171. למרות זאת, בבלגיה הייצוג הוא רחב יותר וכולל גם את נציגי הגופים
המבוטחים ואת נציגי המקצועות המספקים את השירותים (עמ' 205—206).

74 ראה תקנות קופת חולים של ההסתדרות הכללית, תל"אביב 1968.

בארץ, בבריטניה ובארצות הברית יש בנוי שא זה פסיקה ענפה כפי שניתן ללמוד מספר שהופיע זה לא כבר.⁷⁵

לשיטה המצויה בסוגייה זו, המושתתת על דיני הנזיקין המקובלים או ליתר דיוק על ה- "fault principle" חסרונות רבים ואלה הם העיקריים שביניהם:

• א. השיטה אינה מכסה את המקרים בהם הנזק נגרם לחולה עקב מעשה או מחדל רפואי ללא רשלנות כלשהי ועל כן במקרים אלה הקרבן אינו זכאי לפיצוי, יהא הנזק שנגרם לו חמור ככל שיהא (במקרים אלה, כמוכח, לא ניתן לדבר על פרקטיקה רפואית לא נכונה).

• ב. גם כאשר הנזק נגרם לחולה על ידי מעשה או מחדל רפואי רשלני לא תמיד הניזוק מודע לכך ולא תמיד יעלה בידו להוכיח את הרשלנות ואת הקשר הסיבתי בין עילת הפגיעה והנזק להנחת דעתם של השופטים, ועל כן, במקרים לא מעטים, הוא לא יזכה לפיצוי.⁷⁶

• ג. כדי שהנפגע יזכה בפיצויים צריך המקרה, בדרך כלל, להתברר במשפט ממו-שד, מייגע ויקר ביותר, ולא תמיד הנפגע מוכן או מסוגל לפתוח בו.⁷⁷

• ד. הענקת פיצויים לניזוק עלולה להמיט אסון כלכלי על המזיק (כאשר הנזק הוא רב), לעתים בגין רשלנות זעירה, ולהביא

לסטיגמה, לטראומה או למרירות מצד הרופא פא או לפגיעה במוניטין שלו,⁷⁸ ולעשותו קורבן שני.

לשם הדגמתם של שני החסרונות הראשונים נציין, כי נפסק, בין השאר, שפגיעה במיתר הקול תוך כדי הוצאת גידול, גם אם הפגיעה היתה גדולה מן הפגיעה המינימלית האפשרית, איננה בגדר רשלנות,⁷⁹ שאין רשלנות הן במקרה מוות על ילד בן עשר עקב ההרדמה, כאשר לא נעשה לו עיסוי לב,⁸⁰ וכן במקרה של טיפול על ידי הלם חשמלי, אשר כתוצאה מכך נגרמו למטופל שברים בחלקי גוף שונים,⁸¹ או שבכלל אבחנה מוטעית אינה, בהכרח, בגדר אבחנה רשלנית.⁸²

כדי למנוע את החסרונות הנ"ל הוצע להג- היג שיטה של אחריות ללא אשם (no-fault liability) המשולבת בביטוח פרטי (מסחרי), בתחומים שונים או בכל התחומים.⁸³ ואף באופן ספציפי בתחומן של תקלות רפואיות,⁸⁴ אולם במקרה אחרון זה לא לגבי כל התקלות היאטרוגניות (therapy-induced) או הרפואיות בדרך אחרת, כלומר: הביטוח — והאחריות — לא יחולו לפחות על חלק מהסיכונים הבלתי נמנעים, אשר בתוצאותיהם יצטרך לשאת גם להבא הקורבן גופו.⁸⁵

לעומת זאת אנו גורסים, כי על מנת להיות

75 א. כרמי, חרופא, החולה והחוק, תל-אביב, 1977.

76 על חיסרון זה ראה במיוחד T.G. Ison, *The Forensic Lottery: A Critique on Tort Liability as a System of Personal Compensation*, London, 1967.

77 C. Havighurst & L. Tancredi, "Medical Adversity Insurance" — A Non-Fault Approach to Medical Malpractice and Quality Assurance", *Insurance Law Journal* (1974) 69, 89.

78 Havighurst & Tancredi לעיל ה"ש 77, 77—78, 70.

79 ת"א חיפה 399/63 לויטל נ. קופ"ח, פ"מ נ"ג 251.

80 ת"פ תל-אביב 468/56 היועמ"ש נ. ג'ורגי ופרידלנדר, פ"מ י"ד 37, 49.

81 *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* (1957) 2 All E.R. 118.

82 פסק דין של בית משפט דרום-אפריקאי כפי שצוטט על ידי כרמי לעיל ה"ש 75, 83.

83 L.L. Jaffe, "Damages for Personal Injury: the Impact of Insurance", 18 *Law & Contemporary Problems* (1953) 219; J. O'Connell, "Elective No-Fault Liability Insurance for all Kinds of Accidents: A Proposal" *Insurance Law Journal* (1973) 495; *idem*, "Expanding No-Fault Beyond Auto Insurance: Some Proposals" 59 *Virginia Law Review* (1973) 749.

84 Havighurst & Tancredi לעיל ה"ש 77.

85 Havighurst & Tancredi לעיל ה"ש 77, 80.

יעיל, מן הדין שהביטוח יכסה את כל התק-
לות הרפואיות, לרבות אלה אשר בהן אין
מצד הפרסונאל הרפואי כל שמץ של רשל-
נות — ולו הקלה ביותר — ואת אלה אשר
גרימתן היתה בלתי נמנעת לחלוטין.

מאידך, תשובה הולמת לבעיה זו יכולה
להינתן, לדעתנו, רק על ידי הביטוח הסו-
ציאלי, ובשום פנים ואופן לא על ידי הבי-
טוח המסחרי⁸⁶, וזאת מכמה סיבות מכ-
ריעות⁸⁷.

ראשית כל, בגין ממדיה הנוכחים, הפכה
בעית הסיכונים הרפואיים לבעיה בעלת
אופי סוציאלי מובהק, הטעונה פתרון סו-
ציאלי, ובו התלוקה מחדש של המשאבים
נעשית בהתאם ליעדי הצדק הסוציאלי.

יתרון אחר של הביטוח הסוציאלי על פני
הביטוח המסחרי הוא בהיותו ערוך ומסוגל
להעניק גמלאות בכסף עיתיות, כמו קיצבה
חודשית, וכן גמלאות בעין במידת הצורך
(כגון טיפול אישי במבוטח הנפגע, עזרת
בית, שיקום הנפגע או הכשרת מקצועית
לא למנתו וליתומיו של הפציינט הנפטר)⁸⁸.

הואיל ומטרתו איננה הפקת רווחים, הביטוח
הסוציאלי זול מן הביטוח הפרטי, כאשר
הבדל זה עשוי להיות משמעותי⁸⁹.

השגת הפיצוי (הגמלאות) תהא קלה יותר
ופשוטה יותר, שכן המבוטח יצטרך להוכיח
רק שהנזק נגרם לו על ידי מעשה או מחדל

רפואי אף מבלי להצביע על הרופא או על
העובד הרפואי האחראי לגרימת הנזק (למ-
של, במקרה של עירווי דם חוזרים, שנעשו
לו במשך תקופה של שישה חודשים על ידי
עובדים שונים ממוסדות רפואיים שונים,
ואשר כתוצאה מכך הוא חלה בהפאטי-
טיס⁹⁰)⁹¹.

בהתאם לאמור לעיל, גם בביטוח הסיכונים
הרפואיים, הגוף המבטח צריך להיות אותו גוף
כמו בביטוח הבריאות. מאידך, גם כאן יכ-
לול ציבור המבוטחים את כל התושבים. אם
גם נוסף לכך, כי הסיכון המבוטח הוא סיכון
בריאותי (נזקי גוף), יספיק הדבר, כדי להבליט
את הקשר ההדוק הקיים בין ביטוח הבריאות
מזה לבין מה שכינינו "ביטוח סיכונים
רפואיים" מזה, ובכך נעוצה גם ההצדקה
להכללת פרק זה ברשימה זו.

ביטוח הסיכונים הרפואיים יכסה אובדן כושר
השתכרות על ידי הניזוק (במידה שלא
קיבל — כפיצוי על כך — דמי מחלה או
גמלה אחרת) וכן כאב וסבל. הפיצוי על
אובדן כושר השתכרות יהא כפוף לתקרה
מסוימת בדומה להסדר הכלול בחוק הפי-
צויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה—
1975 (סעיף 4). לעומת זאת, בדבר הפיצוי
על כאב וסבל דוגלים אנו בדעה, כי עליו
לכסות לא רק נזקים ביולוגיים, כי אם גם
כאב וסבל מסוג אחר, כגון אובדן הנאות
חיים או סבל נפשי אחר, וגם כן עד לתק-

86 דבקותה המסורתית של הפילוסופיה הסוציאלית האמריקנית באופציה של הביטוח הפרטי,
לרבות, באופן חלקי, ביטוח תאונות עבודה, ידועה היטב.

87 ראה גם לעיל פרק 2.

88 י. אנגלרד, *הסדר לפיצוי נפגעים בתאונות דרכים*, ירושלים, 1972, 41—39. המחבר מציע הרחבת
הביטוח הלאומי על נפגעי תאונות דרכים.

89 י. אנגלרד, "הצעת חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ג—1973", *משפטים*, כרך ה',
חוברת 2 (תשל"ד), 436, 431; כן ראה ע. בן ורד "הצעה לפיצוי נפגעי תאונות בחצי מחיר",
חארץ מ-23.11.1976.

90 ראה Havighurst & Tancredi לעיל ה"ש 77, 87.

91 יצוין, כי שני כותבים אקדמיים אמריקאיים הציעו לפתור את בעית פיצויים לנפגעי רכב מנועי
במסגרת הבטחון הסוציאלי. ראה: Blum & Kalven, "Public Law Perspectives on a Private
Law Problem — Auto Compensation Plan", 31 *University of Chicago Law Review*
641 (1964).

רה הנקובה בחוק⁹². מאידך, במידת הצורך, יהא הנפגע זכאי לשיקום ולגמלאות-בעין אחרות.

מדרך הטבע, ביטוח הסיכונים הרפואיים היה צריך לכסות גם את הוצאות הנפגע על קבלת טיפול, תרופות ושירותים רפואיים אחרים. אולם כיוון שכל האוכלוסיה תהא מבוטחת בביטוח הבריאות ומאחר שביטוח זה יכסה את כל שירותי הבריאות, לא תהיינה לנפגע, ברוב המקרים, הוצאות כאלה.

בנוגע ליתר הדרכים למימון ביטוח הסיכונים הרפואיים נאמר באופן טנטאטיבי, כי את הפרמיות יש לחלק — על פי חישובים אקטואריים — בין הפרסונאל הרפואי וה-פארארפואי ומוסדות הבריאות המעסיקים פרסונאל זה כשכירים, כאחראים פוטנציאליים לנזק הבריאותי, העלול להיגרם על ידי הפרסונאל האמור, לבין כלל התושבים כמטופלים וניזוקים בכוח. מובן מאליו, כי הרופאים העצמאיים יצטרכו לשלם את הפרמיות עבור עצמם, שכן במקרה זה אין למוסד הבריאותי אחריות שילוחית בשל הנזק הנגרם על ידי הרופא:

ההצדקה לפרמיות מן הסוג הראשון היא בביטוח אחריותם המוחלטת של הפרסונאל הרפואי והפארארפואי ושל מוסדות הבריאות האמורים, ואילו ההצדקה לפרמיות מן הסוג השני היא בכך שהחולים הפוטנציאליים — הנהנים העיקריים משירותי הבריאות — מבטחים עצמם נגד הנזקים העלולים להיגרם להם ללא כל רשלנות רפואית (מצידו של הפרסונאל הנ"ל). ביטוח הסיכונים הר-

פואיים מורכב, איסוא, משני המרכיבים שפורטו לעיל.

חשוב מאוד, כי הביטוח יפעיל מנופים כל-כליים (market deterrence)⁹³ למען הקטנת מספר התקלות הרפואיות, ובכך יתרום לשיפור איכותם של שירותי הבריאות. בקשר לכך יש הסבורים, כי הביטוח הפרטי הוא המכשיר ההולם להשגת מטרה זו⁹⁴. לעומת זאת, מומחים אחרים רואים דווקא בביטוח הסוציאלי אמצעי par excellence הפועל למניעת הסיכונים⁹⁵. מכל מקום, בעטיו של שיקול זה בקביעה הדיפרנציאלית של גובה הפרמיות, שיש להטילן על הפרסונאל הרפואי ועל המוסדות הרפואיים, יהא צורך להתחשב בכמות הסיכונים הנגרמים על ידי קבוצה זו או אחרת של פרסונאל או של מוסדות, וכן בחומרתם של סיכונים אלה.

התביעות והסכסוכים בדבר הענקת פיצויים על נזקים רפואיים במסגרת הביטוח המוצע צריכים להתברר בבתי הדין לעבודה, בהיותם כרוכים באחד הענפים של הביטוח הסוציאלי.

לסיום נציין, כי לעניות דעתנו, פתרון עקבי ושלם לקושיה הנדונה הינו בהנהגת אחריות וביטוח שאינם רק ללא אשם אלא גם "ללא-עילה", דהיינו — לפי מה שכנינו ה- no-cause principle⁹⁶. משמעות הדבר, שהגיווק משוחרר גם מנטל הוכחת עילת הפגיעה, וזכאי לפיצוי כל אימת שייקבע כי הוא סבל נזק בריאותי, תהא סיבת הנזק אשר תהא. אולם בשלב הנוכחי פתרון זה הוא עדיין בבחינת בוסר בהתחשב בתנאים הדרושים לכך.

92 לפי המודל של חוק ניו זילנדי מהפכני *Accident Compensation Act 1972* סעיפים 119—120.

93 לתאור נרחב ראה *G. Calabresi, The Costs of Accidents, 1970*.

94 ראה, למשל, *Havighurst & Tancredi* לעיל ח"ש 77, passim.

95 ראה, למשל, *Wannagat* לעיל ח"ש 8, 30.

96 A. L. Miller, "The Problem of the Class Differentiation of Disability Benefits: A Case for Going Beyond the No-Fault Principle, 12 *Israel Law Review* (1977), 434

ביטוח בריאות – השגות והצעות

מאת ד"ר רם ישי *

פתיחה

ביטוח בריאות חובה ומכוח חוק. עמדה זו מעוגנת בהחלטות ועידות ההסתדרות הרפואית. כל חוק שיחוק חייב, לדעת ההסתדרות הרפואית, להבטיח את העקרונות הבאים:

המדינה היא האחראית לביטוח הבריאות המדינה — באמצעות משרד הבריאות — חייבת להיות הגוף המתווה, המפקח והמנציח של מדיניות הבריאות ואין היא יכולה להיות הגוף המגיש את השירותים או המבצע אותם. הוכח למעשה, כי גוף מפקח המעורב בחלק מן השירותים עליו הוא מפקח נתפס לשיקולים שאינם ענייניים לגופם של השירותים עצמם.

משרד הבריאות, במסגרת הסמכויות המוקנות לו בחוק, יעסוק בין השאר:

- א. פיקוח על ההוצאות תוך ביקורת התקציבים של כל המוסדות המבצעים את הביטוח.
- ב. קביעת סוג העזרה הרפואית הניתנת ע"י המוסדות, פיקוח על רמת השירותים, ותאום בין המוסדות. המדינה היא הקובעת את מדיניות הבריאות ומפקחת על הביצוע.

הפיגור בבניית בתי חולים ממשלתיים ורמת החזקתם הגרועה יצרה סער ניכר בינם לבין בתי החולים הציבוריים. הדרך

המגמה לחוקק חוק ביטוח בריאות חובה היא המשכו של תהליך "טבעי", שהחל לפני שנים רבות, ע"י הקמת מוסדות וולונטריים לביטוח בריאות.

מעניין לציין, כי ביטוח בריאות, הנראה היום קשור באופיה הסוציאלי של החברה המודרנית, נולד דווקא בחברה פטרנליסטית. הדוגמה הטובה ביותר היא גרמניה של ביסמרק.

ביטוח בריאות ברשות התפתח במקביל במספר מדינות. תחילה על ידי קופות קטנות לעזרה הדדית ולאחר מכן על ידי מוסדות ציבוריים רחבים. הישוב הישראלי עבר גם הוא שלבים דומים עד הגיעו למצב בו הרוב המכריע של האוכלוסייה מבוטח בביטוח וולונטרי, או נהנה משירות רפואי מטעם המדינה. המיעוט הקטן שאינו מבוטח, אינו זקוק למעשה לשום חוק, כי הוא מסוגל ורוצה לדאוג לעצמו בכוחותיו הוא.

נשאלת אם כן השאלה: האם קיים צידוק להכנסת ביטוח חובה, על אף ההישגים הניכרים של ביטוח רשות?

ביטוח בריאות ממלכתי ולכול ומכוח החוק עמדתה העקרונית של ההסתדרות הרפואית, להבדיל מהסתדרויות אחרות בעולם, גורסת

* יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל.

שיפרה באופן משמעותי את רמת הבריאות של האוכלוסייה. הדבר נעשה במידה הרבה יותר גדולה ע"י העלאת רמת ההכנסה, ופי" תוח מוסדות כלליים, שכן מצב בריאותו של העם הוא פונקציה של מצבו הכללי בתחומי חייו השונים.

ארגון ותכנון שירותי הבריאות קיימים גם בארצות קפיטליסטיות, אשר מצווה של עזרה הדדית אינה נר לרגליהן. התכנון בא לייעל ולקבוע מדיניות.

תכנון

מהן מטרותיו של תכנון שירותי הבריאות?

1. האם לשפר את בריאות העם? אם כן, צריך לקבוע סדר עדיפויות ולתאם פעולות עם מקצועות אחרים. המושג תכנון בריאות מקיף אינו יכול להיות מוגבל לשירותי בריאות כי אם חייב להקיף שירותי רווחה כגון: מצב הכ" בישים, הרגלי שתייה, עשון וכיו"ב.
2. האם לחסוך בכסף? אם כן, צריך להגדיר היטב את המטרה הכלכלית וליצור את הכלים להערכת העלות.
3. האם לייעל את המשאבים לבריאות הקהילה?

הצורך בתכנון נובע מן הגורמים הבאים:

1. יעילות — למנוע בזבוז, לחסוך בהוצאות מיותרות או לחפש דרכים זולות יותר להשגת מטרה מסוימת. יש לזכור, כמובן, כי לא ניתן להפ" עיל בנושא בריאות את "גורם השוק" שהוא המודד הטוב ביותר ליעילות.
2. ערכים חברתיים ללא קשר בעלות — התכנון חייב לקחת בחשבון את ערכי החברה, ואלה יקבעו את סדר העדיפות. בעת התכנון יש להביא בחשבון את הרקע המיוחד המאפיין את תחום הבריאות. חשיבות רבה נודעת לתחושה הסובייקטיבית של האדם, ומטרתם הסוציאלית של שירותי הב-

היחידה לחיסול פער זה היא ניתוקם של בתי החולים הממשלתיים מן הממשלה והעברתם לתאגידים או לחברות ציבוריות. לאחר מכן ניתן יהיה לקבוע מסגרת של תאום בין כל בתי החולים שתקפיד על חלוקה אזורית נאותה בנושא האשפוז. באנגליה, לדוגמא, מרוכז ענף האשפוז בידי הממשלה, עובדה שגרמה להפסקת פיתוחו.

מאז קום המדינה הוחלט לבחון את הצורך להחליף את ביטוח הרשות בביטוח חובה. לצורך זה מונו מספר ועדות ממלכתיות, שהגיעו למסקנה, כי יש מקום לתוקק חוק ביטוח בריאות בשל הסיבות הבאות:

1. חלוקה צודקת של המעמסה בין הגורמים החייבים לשאת בהוצאות.
2. ביטוח הרשות אינו יכול להתמודד עם התיקרויות ברפואה. פיצול הגבייה מכביד ומגדיל את ההוצאות.
3. יש לשאוף לאחידות השירות הניתן ע"י המוסדות המבטחים.
4. יש להבטיח ביקורת של המדינה ופי" קוח על השירות הניתן למבוטחים.
5. יש צורך בתיאום בין המוסדות.
6. יש צורך בתכנון בעיקר בענף האשפוז — הן בבנייה והן באחזקה.

קיים ניגוד מוחלט בין ביטוח מפני מחלת הפרט לבין ביטוח בריאות: ביטוח מחלה בא להבטיח שאיש לא ירד מנכסיו בעת מחלה וכל מטרתו להציב הגנה בפני הוצאות מחלה ובפני אובדן הכנסה בעת מחלה או תאונה. ביטוח בריאות הוא דבר יומרני יותר — מטרתו להעלות את רמת הבריאות של העם, אם ע"י שיפור חייהם של הקשישים, הקטנות תמותת הילדים וכיו"ב. הנסיון בעולם מלמד, כי ביטוח בריאות דורש משאבים ענקיים, היכולים להתפנות אך ורק אם משחררים את קופות החולים או את המדינה מן העול העצום של הטיפול בפרט.

הנסיון מלמד, שאם רוצים להעלות את רמת הבריאות של האוכלוסייה, אין די בביטוח בריאות. אף תוכנית של ביטוח בריאות לא

למעשה, בכל המדינות נמצאות הוצאות הלאומיות לבריאות בתהליך של עלייה מתמדת, והן מהוות נתח גדל והולך של התוצר הלאומי הגולמי. כן עולה חלקה של הממשלה בהוצאות הבריאות.

התערבות הממשלה היא בלתי נמנעת ותועלתה במספר מישורים:

1. מבטיחה משאבים;
 2. מכניסה יעול וארגון מחדש;
 3. מבטיחה תכנון מקיף למניעת כפי-לזיות בשירות;
- לעומת זאת, ההתערבות היתרה של הממשלה עלולה להיות הרסנית:

1. הדבר ייקר את השירותים;
2. קשה לדעת היכן להפסיק את הביקורת הממשלתית: בי"ח? רופאים? רופאי שיניים? אופטומטריסטים? אחיות? חנויות אורתופדיות? — מהר מאוד נגיע למדינת משטרה;
3. הביקורת המופרזת נוטה להרוס את יכולתה של המערכת לתפקד ללא הכי וונה מגבוה, ובדרך זו לדכא כל יוזמה.

עלות

אין יחס ישיר בין ההוצאות לעזרה הרפואית לבין רמת הבריאות. לאחרונה ישנה אינפלציה דוהרת בעלות העזרה הרפואית, מעבר להת-ייקרויות הכלליות, ומקורה — פיתוח שיטות חדשות והרחבת השירותים הניתנים למבוטחים. נמצא, כי אין קשר הדוק בין המשאבים הגדולים המושקעים, לבין אמות המידה של רמת הבריאות, כגון: תוחלת חיים וכיו"ב. "עד 1910 היתה לעזרה הרפואית השפעה קטנה, אם בכלל, לשיפור רמת הבריאות".¹ מ-1910 ניתנה לראשונה לפצינט ההודמנות

ריאות במדינות הנאורות גוברת על ערכים כלכליים ואחרים.

בשנים האחרונות כוסו בארה"ב על ידי הממשלה או גורמים ציבוריים אחרים 86% מהוצאות האשפוז ו-61% מכלל הטיפול האמבולטורי. עם הגדלת העלות בשירותי הבריאות, עולה גם הדרישה למעורבות יתר של הממשלה ולפיקוחה על המערכת.

הצורך בתכנון נובע גם מן השינויים המהירים שחלו בשנים האחרונות:

1. התפתחות הטכנולוגיה;
2. הפער הגובר בין ההתפתחות המדעית לבין יישום החידושים;
3. הציפייה הגוברת של הציבור לעומת היכולת המוגבלת למלא את הציפיות;
4. התערבות הממשלה במימון ההוצאות לבריאות, ובהשפעתה על חלוקת המשאבים, גוברת והולכת;
5. המחסור בכוח אדם;
6. האינפלציה הכללית והאינפלציה הספציפית בשירותי הבריאות.

מערכת העזרה הרפואית היא מאד רחבה ומסובכת. לדוגמה: עליית העלות של האשפוז איננה קשורה בכפילויות או בחוסר יעילות. די להשוות את הנעשה במספר מדינות כדי להיווכח, כי אף במדינות שיש בהן תכנון מרכזי — המחירים עולים. "השוואה של עלות האשפוז בארה"ב, בשוודיה ובבריטניה מעידה על אותה עלייה דרמטית, כנראה בגלל אותן סיבות ללא קשר עם הבעלות על המיתקנים, המקורות והביקורת על המשאבים".²

רונלד אנדרסון וג'ון היל השוו את העלות בבתי חולים בארה"ב ובקנדה מ-1950 עד 1967, ומצאו כי המחירים עולים יותר בקנדה על אף הביקורת ההדוקה על מספר המיטות ועל התקציב.³

1 "Rising Costs are inherent in Modern Care Health System" — Hospitals V.43, Feb. 16, 1969.

2 "Hospital Utilization & Costs Trends in Canada and the U.S.A." — Health Services Research, V. 4, Fall 1969.

3 Thomas McKeown — "Medicine in Modern Society" (London: G. Allen & Unwin, 1965).

ליהנות מסיכוי של 50% מן העזרה הרפואית. היום יש כמה תשומות יעילות מאד, ולעומתן אחרות עם השפעה מפוקפקת.

נתונים בדוקים מראים, — לאחר שגלקחו בחשבון המשתנים הדמוגרפיים, כמו: ההכנסה לגולגולת ולחינוך — כי התשומות לב-ריאות, כמו שימוש בבית חולים וברופא, אינן משפיעות באורח משמעותי על אמות המידה של רמת הבריאות.⁴

אנוך פואל⁵ מציין, כי: "במחשבה ובדיבור נוטים להסתיר או לשלול את העובדה, כי הביקוש לכל מטרות פרקטיות הוא בלתי מוגבל. ההשפעה השכיחה היא שיש כמות מוגדרת של עזרה רפואית 'הדרושה' ואם צורך זה בא על סיפוקו, אין למעשה גבול לכמות העזרה הרפואית שהפרט מסוגל לקלוט".

קשה מאד להחליט מה תורם יותר ומה תורם פחות לרמת הבריאות. קביעות שהיה בהן, לכאורה, כדי לשפר את מצב הבריאות, גרמו לתופעות שליליות. תמותת הילודים בהולנד נמוכה יותר מאשר בארה"ב. ידוע, כי כמעט כל התינוקות בארה"ב נולדים בבתי חולים ובעזרת רופא, ואילו בהולנד ההיפך הוא הנכון. הובאו מספר השערות להסברת תופעה פרדוקסלית זאת, אך המעניין הוא, כי במקרה זה המגמה לשפר ולייעל גרמה להוצאות נוספות ולא שיפרה את השירות.

מה שברור הוא, כי יש להתייחס במישנה זהירות, כאשר באים ללמוד מנסיונם של אחרים. נוטים בנקל להחפז בהסקת מסקנות כאשר אין משווים דברים דומים. כך אנו יכולים להבין כמה מן המאפיינים החשובים של שירותי הבריאות. למשל: יש הבדלים ניכרים בשיטות טיפול לפציינטים דומים — דבר המביא אותנו להבין מדוע במאמרים המתפרסמים בעת ובעונה אחת, יכול אחד

להצביע על מחסור ברופאים והאחר על עודף.

כפי שקבע ארגון הבריאות העולמי, כדי לקבל תמונה ברורה על מצב הבריאות, דרושים קניי-מידה מסוימים, והללו אכן התפתחו במרוצת השנים, אך מהימנותם שונה מארץ לארץ, בהתאם לשיטות האיסוף של הנתונים (תמותה, תחלואה, תוחלת חיים).

אינטגרציה

הכל מדברים על הצורך באינטגרציה של שירותי הבריאות, כדי למנוע כפילויות וכדי להבטיח המשכיות במתן טיפול לחולה. במשך הזמן התפתחו בישראל שתי מסגרות נפרדות לטיפול בחולה: האחת — אמבולטורית, המבוססת על המרפאה הציבורית, או במקרים גדירים יותר המרפאה הפרטית של הרופא; השניה — אשפוז, המבוססת על בתי חולים ממשלתיים, בתי חולים של קופ"ח הכללית, בתי חולים ציבוריים אחרים וגם מספר קטן של בתי חולים פרטיים.

שתי מסגרות אלה התפתחו בנפרד כאשר מערכת האשפוז הפכה למרכזית, משכה את חלק הארי של תקציבי הפיתוח ושל התקציבים השוטפים. למעשה, הקשר בין הרפואה האמבולטורית לבין הרפואה האשפוזית נעשה רופף יותר. בתי החולים נתנו את הטיפול המתקדם, תוך שימוש באמצעים מתוחכמים של אבחון, ואילו לשירות האמבולטורי פנו פציינטים רבים — חלקם חולים אורגניים, חלקם חולים הגמצאים במצוקה נפשית, וחלק אחר שלא היה זקוק לטיפול רפואי כלשהו, ובעייתם היתה צריכה להיפתר במסגרת הטיפול בקהילה.

הרופאים העמוסים בקהילה לא היו מסוגלים,

J. P. Newhouse — Harvard University, 1968. 4

Enoch Powell — "Medicine & Politics", (London: Pitman Medical Publishing Co., 1966, Ch. 4). 5

4. להעניק סיפוק בעבודה לצוות ועל ידי כך למשוך רופאים לעבודה גם בבית חולים וגם במרפאה.

הפגם של האינטגרציה הוא בהעמדת בית החולים במרכז השירותים. ניתן לתאם בין השירותים השונים תוך שמירה על הייחודיות של המסגרות השונות. לבית החולים ולמרפאה תפקידים שונים וציפיות שונות. ס.ג. שפס⁶ מאוניברסיטת קרולינה הצפונית אמר: "הערכת בריאות הקהילה, הפיקוח וההשגחה, איחוד השירותים, קביעת האיכות, העלאת מטרות ופיתוח תוכניות — כל אלה דורשים גישה, הבנה וידע שאינם קיימים, ולעניות דעתי אינם יכולים להיות קיימים בבית חולים אוניברסיטאי. אין הם גם כן נמצא בבית חולים לא אוניברסיטאי, כי הוא לרוב חיקוי חוזר בזעיר אנפין של בית חולים אוניברסיטאי, המשתדל לצעוד בעקבותיו בקביעות".

בית חולים הוא מערכת של טכנולוגיה עם יעול רב בשטחים חיוניים אך מוגבלים של הביולוגיה. כל אלה מקשים באופן קיצוני, ואולי מונעים ממוסדות אלה להתמודד בצורה ריאלית עם בעיות הבריאות של הקהילה. באותו מעמד אמר א. פיין מאוניברסיטת הארוורד: "אם האינטגרציה רצויה, מסופק קני אם טוב לבית חולים לעמוד במרכז. קשה לעלות על הדעת שניתן להטיל על בית חולים את האחריות לטיפול אמבולטורי וראשוני, ומעל לכל את האחריות לאוכלוסייה מוגדרת, לא לאותם אנשים העלולים להגיע לאשפוז, אלא לכולם".

ד"ר פיין הדגיש, כי אוניברסיטת הארוורד היא דוגמה של מוסד המדבר על אינטגרציה של רפואה קהילתית ובית חולים, אך גם בו שום דבר אינו מתרחש, בדרך כלל, שכן מנהיגי בתי החולים אינם תומכים באופן ממשי ברעיון זה ואינם רוצים לוותר על כסף, מקורות וזמן.

ברוב המקרים — באמצעים הדלים יחסית העומדים לרשותם ותחת הלחץ הקיים במרפאות — להגיע לאבחון מחלות מסובכות, ולהבטיח את הטיפול הספציפי במסגרת אמבולטורית. לכן הועברו מקרים אלה למרפאות חוץ של בתי החולים ולאשפוז.

במקביל לכך, נוצר הבדל בין שתי קבוצות רופאים: רוב הרופאים המטפלים בשירות האמבולטורי עלו ארצה לאחר שכבר עסקו בארץ מוצאם ברפואה אמבולטורית. רוב רופאי בתי החולים הם בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ, או עלו בגיל צעיר ונקלטו מיד בעבודה בבתי החולים.

כל הגורמים הללו גרמו לניתוק ברצף הטיפול בחולה. רופא המרפאה טיפל בפציינט במשך כל ימות השנה, ועם הופעת מחלה רצינית יותר, הועבר החולה לטיפול בבית חולים, מבלי שישמר הקשר עם הרופא שלו.

הבעיה קיימת, למעשה, בכל העולם, והפתרון שונה ממקום למקום. בארצות מסוימות המש"ר בה בית החולים היא חלקית ואותו רופא מקבל חולים באופן אמבולטורי כחלק נוסף של מישרתו. בארצות אחרות קיים בית חולים פתוח: הרופאים באזור מאשפזים בו את חוליהם וממשיכים לטפל בהם בזמן האשפוז. בארץ מחפשים פשרה ע"י שילובם של הרופאים בעבודה האשפוזית והאמבולטורית גם יחד, או ע"י תוכנית כוללת יותר של אינטגרציה בשירותים. האינטגרציה מבוססת על חלוקת הארץ לאזורים: במרכז כל אזור יפעל בית חולים אזורי, אליו יהיו מסונפים כל הרופאים של האזור. הצוות הקבוע של בית החולים ישמש מדריך ויועץ לרופאי האזור.

מהן המטרות המוצהרות של האינטגרציה?

1. להבטיח רמה טובה של טיפול
2. לתאם בין המסגרות השונות
3. לחסוך בכסף

6 סמינר בת שבע על ניהול בשירותי בריאות ובכלכלה בריאותית, שהתקיים בבאר-שבע, דצמבר, 1973.

7 ש.ס.

ג. טאושטיין — ראש השירות לאם ולילד במשרד הבריאות בישראל — ציינה באותו סמינר⁸: "נסינו, כמובן, להשתמש בבית חולים ולערב רופאי בתי חולים בעבודתנו, תוך תקווה שיעלה בידנו ליצור אינטגרציה כלשהי. לא הצלחנו, ולפי דעתי מפני שה-רופאים חיפשו יוקרה בבית חולים והתכוונו לעסוק במחקר, לא בקהילה ובבעיותיה, אלא באותם שטחים של בריאות אם וילד המע-סיקים את בית החולים... העלינו גישה אחרת: במקום אינטגרציה החלטנו לשאוף לקואופרציה".

בית החולים חייב להיות נאמן ליעודו לבל יוצר שעטנו שלא יפתור את בעיות האש-פוז אלא את בעיותיה של הקהילה. היעד הראשון חייב לממש את התפקידים הבאים:

1. להגדיר היטב מי זקוק לאשפוז ומי לא.
2. ליעל את תנאי האשפוז ע"י קיצור ימי האשפוז תוך ביצועם של חלק מן הברורים לפני אשפוז החולה.

3. רשומות רפואיות — להבטיח ריכוז של כל המידע הרפואי המתייחס לחולה מסוים, ולהבטיח שימוש מיידי בנתונים אלה בכל בתי החולים. בדרך זו ניתן יהיה לעמוד מהר על טיב מחלתו הנוכחית ולמנוע ביצוע מחו-דש של בדיקות וברורים מיותרים.

האינטגרציה חייבת להתחיל בין המחלקות השונות של בתי החולים ולאחר מכן בין בתי החולים באזור מסוים. במקביל לכך, יש ליעל את השירות האמבולטורי ולאחר שיינקטו צעדים אלה, ניתן יהיה למצוא דרך לקואור-דינציה ולתאום.

הבחירה

יש הטוענים נגד תחרות בין מגישי העזרה הרפואית, ומצדדים להטיל על מוסד ממלכתי

אחד את האחריות והביצוע של העזרה הר-פואית. הנסיון מלמד כי יש להבטיח את האפשרות לבחור בין מספר אפשרויות. פצי-יינטים מסוימים שמים את הדגש על היחס האישי והם יבכרו טיפול ע"י רופא פרטי ואשפוז בבית חולים קהילתי. אחרים יעדיפו טיפול אנונימי ע"י רופא מקצועי ואשפוז בבתי חולים אוניברסיטאיים. אחד שם את הדגש על הרמה הטכנולוגית, אחר על רמת השירות והנוחות. קביעה שרירותית כי ההב-דלים אינם קיימים, תביא לאי-שביעות רצון מצד הפצינט.

סקר שערכה הנהלת "קייזר" בארה"ב הראה, כי הרוב הגדול מבין החברים הגדירו את עצמם כשבעי רצון ממסגרת הטיפול. באותה עת ציינו 44% כי השתמשו ברופא פרטי או בשירותים מחוץ למסגרת. ב"קייזר" ניתנת גם לרופא האפשרות לבחור את המסגרת. 12.5% של הרופאים אינם חברים בה, ובכל שנה נוטשים אותה 5% מבין הרופאים הח-ברים.

בבריטניה יש יותר ויותר אנשים הפונים אל מסגרות המצויות מחוץ לשירות הבריאות הממלכתי, ואפילו ברוסיה נשמעים קולות המבקשים הקמת מוסדות אשפוז בתשלום לבעלי יכולת.

יש להבטיח פלורליזם בשיטות השונות להגשת העזרה הרפואית השיטות להגשת העזרה הרפואית הן רבות ומגוונות. האחדתן לשיטה אחת דאוגיפורמית תדכא יוזמה, שהיא חיונית בתחום הרפואה, תמנע גמישות ומעל הכל תמנע מהאזרח לקבל את השירות בדרך המתאימה לאופיו ורצונו. יותר מכך, השיטות השונות תאלצנה להתחרות ביניהן — דבר שישפר את השי-רות.

הפלורליזם בשיטות השונות להגשת העזרה הרפואית מביא תשובות גמישות לדרישת

שורים באי-ניצול המתקנים במשך כל שעות היום — יש לדרוש רפורמה של השירות, תוך ניצול מירבי של חדרי ניתוח, מכונים ומרפאות, גם מחוץ לשעות העבודה הרגילות.

סיכום

- יש טעם לחוקק חוק ביטוח בריאות, כדי להשיג את המטרות הנזכרות לעיל, אך יחד עם זאת יש להתאים את מערכת הביטוח לתנאים המיוחדים הקיימים בישראל, לאתר הפקת לקחים מן השגיאות שנעשו בארצות אחרות.
- יש להפריד בין המטרה של ביטוח הפרט לבין התכנון למען זידום בריאותו של הציבור.
- יש להימנע מגישה צנטרליסטית ביורוקרטית תחת כותרת יפה של אינטגרציה.
- יש להימנע מיצירת מערכת מסובכת, המתעלמת הן מצרכיו והרגשתו של החולה כפרט והן מן החופש שבמקצוע הרפואה.
- יש לאפשר לאזרח לבחור באזרח חופשי את המוסד הנראה לו.
- יש לאפשר, כפוף לקריטריונים הקבועים בחוק, התארגנויות של אזרחים, רופאים ונותני שירותים, כדי לפתח יוזמה ולמנוע ביורוקרטיה. ארגונים אלה חייבים להיות אוטונומיים, נשלטים ע"י חבריהם וללא תלות כלשהי בגופים פוליטיים או אחרים, שאין להם נגיעה בשירות עצמו. הצעות אלה, אם תוגשמה, תבאנה לידי שום אחד העקרונות החשובים, לפיהם יש לשמור מכל משמר על חופש הבחירה של האזרח לבור לו את הרופא. הוא הדין לגבי הרופא, שיוכל לבחור ולהשתייך תלב במסגרת הנראית לו כמתאימה למיצוי כשרונותיו, מבלי להטיל עליו מיגבלות — פרט לשיקולים רפואיים לפי מיטב הכרתו ומצפונה.

האוכלוסייה המבוטחת. יש חולים המבקשים לקבל כל חידוש טכנולוגי ויש אחרים המבקרים יחס חם והדוק עם הרופא. כהדגמה לשיטות השונות והמגוונות ניתן להצביע:

1. קופות חולים במתקנים ציבוריים או בביתו של הרופא. על קופות החולים להיות עצמאיות והחברות בהן תהא מרצון לחלוטין, תוך אפשרות לעבור מקופה לקופה. על קופות החולים להתנהל על ידי חבריהן במוסדות הנבחרים באורח דמוקרטי.
2. רופאים פרטיים עם הבטחה להחזר הוצאות, אך תוך הטלתו של חלק מן התשלום על החולה עצמו.
3. רופאים המאוגדים ב-

Group Practice

בכל השיטות ניתנת לחולה אפשרות של בחירה חופשית, עם זכות לעבור מרופא לרופא. לרופא ניתנת הזכות להוועץ לטובת החולה בכל מומחה לפי הצורך, ולנצל כל מתקן של יעוץ או אשפוז ללא הגבלה אדמיניסטרטיבית. עם זאת, התכנון הממשלתי יבטיח פיתוח שירותים בכל חלקי הארץ ויתאם בין המוסדות. אם אין הדבר מתנגד לשיקול הרפואי, ייקבע האשפוז בבית החולים האיזורי, אף-דבר זה יושג רק לאחר שיובאו כל בתי החולים לרמה שווה. כפיית האשפוז בבית חולים מסוים נגד רצון החולה, או שלא על פי שיקול רפואי, יביא בהכרח לשתיחות או ללחצים. האשפוז האיזורי יחול רק על האזרח הפשוט, כאשר האחרים ימצאו דרך לאשפוז מועדף.

כדי להבטיח ניצול טוב יותר של ידע הרופאים ושל המתקנים הקיימים יש לשאוף לעבודה משולבת: הרופאים, שירצו בכך, יעבדו גם בבתי החולים, אך אין ספק, כי הדבר מחייב שינוי מבנהו של בית החולים והפיכתו לבית חולים פתוח, בו יוכל הרופא מבחון להמשיך ולטפל בחולה שלו תחת אחריותו המלאה.

אשר לבזבוז הקיים ולתורים הארוכים הק-

רפואה ממלכתית ומחירה

מאת ד"ר אסא הראל*

החדש במאות השבע עשרה והשמונה עשרה, ותכנון כלל-חברתי של משאבי מזון, כפי שאנו מוצאים בספור המקראי על יוסף במצרים.

האבסורד הגיע עד כדי כך, שאפילו חיילים, שנפצעו במלחמות על רקע לאומי ודתי, לא זכו כמעט לשום טיפול רפואי עד לתחילת המאה התשע-עשרה.

לא היה בכך כל שוני מן הנורמות המקובלות של נוהגי החיים בתקופות אלה. היו אלה ימים של אינדיבידואליזם מובהק. החברה, בצורה מרוכזת, סיפקה מעט מאוד שירותים ציבוריים. הכלכלה היתה חופשית לגמרי. כל אדם, או כל תא משפחתי, היה חייב לדאוג בעצמו לכל צרכיו. מזון, לבוש, בריאות, הגנה וכדומה. אדם לאדם: זאב.

השינוי הבולט ביחסה של החברה האנושית לצרכים כלל-חברתיים בתחומי הבריאות יבא יחד עם המהפכה התעשייתית. התאוצה בסיפוק צרכים אלה קיבלה דחיפה בעיקר בעשרות השנים האחרונות, כאשר הרעיונות של חברת רווחה סוציאלית אומצו על ידי הוגי הדעות של החברה המערבית. בעקבותיהם, הגיעו המוני האזרחים למסקנה, כי הם הקובעים את עתידם, דרך חייהם והקדימויות להקצאת משאבים לאומיים העומדים לרשותם.

יכולות להיות כמה סיבות לשינוי ערכים קיצוני זה: גידול עצום במספר האוכלוסין

גישתה והבנתה של החברה האנושית לצרכים הכלכליים הנדרשים לשם מתן שירותי בריאות לפרט היתה, עד לדור האחרון, אמביוולנטית ביסודה. מצד אחד, תמיכה מוסרית והבנה יסודית בצורך לספק שירותי רפואה; הצינון היהודי "אל תשליכנו לעת זיקנה"; האמון הכמעט מוחלט שניתן לרופאים ולרופאי האליל בדורות הקודמים; הנכונות. אם כי בצורה אינדיבידואליסטית מוחלטת, להשקיע משאבים חומריים לקניית "שירותי" בריאות, ומעל לכל, ההכרה, שיש סודה עוד בתרבויות קדומות ביותר, כי במקרים רבים, כסף, בריאות ואמונה מיסטית, הם שלושה צדדים של אותה מטבע. מצד שני, וזאת עד לראשית המאה הנוכחית, אין אנו רואים כמעט שום מאמץ קולקטיבי לתת שירותי בריאות בצורה שוויונית, לאומית, חברתית או שבטית, החל בתרבויות עתיקות שהניחו לזקנים חולים ונכים למות, ללא כל עזרה מן הסובב אותם, וכלה בגישה של אאוטגויה והרג מכוון של נכים ומפגרים, כפי שנעשה בגרמניה הנאצית.

למעשה, התמקדה ההכרה בנסיון להתמודד עם סיכונים בריאותיים רק במקרים של קטסטרופה המונית; שאימה: להכחיד תרבויות שלימות: הדבר, או המות השחור כפי שנקרא בזמנו, בימי הביניים, מגפות של חולירע ועגבת שאיימו על אירופה והעולם

* מנחל בית החולים האוניברסיטאי של הדסה ע"ש מאיר זח רוטשילד, ירושלים.

בעולם, התפתחות טכנולוגית מואצת, צי-
וויים מוסריים שונים, וכיוצא בזה. לענייננו
אין הדבר משנה. עובדה היא, כי תעשיית
הבריאות כיום, ועוד נחזור למושג זה בהמ-
שך, מהווה בחלק מארצות המערב המפות-
חות, אחת משלוש התעשיות ומוקדי ההו-
צאה הציבוריים הגדולים ביותר.¹

לאחר שהושגה ההסכמה ברוב החברות בע-
לות התרבות, הקרויה בפינו מתקדמת, כי
את צורכי הבריאות יש להטיל, בצורה זו
או אחרת, על שכם הכלל, נוצרה בעיה
שלא נתחזה מראש. בעוד שכל שירות צי-
בורי אחר, קיומו והרחבתו היו אפשריים,
ובוצעו בהתאם לכללי עדיפויות והקצאת
משאבים שניתנו ע"י החברה, הרי ברפואה
היה הדבר כמעט בלתי אפשרי. ככל שהוק-
צבו יותר כספים, כן הוענקו יותר שירותי
בריאות. עם זאת, הוברר, כי למעשה אין
גבול לפיתוח שירותים אלה.

אומנם, גם בשדה פעולה זה הוכחה שוב
אמיתותו של חוק התפוקה השולית הפוחתת.
תוספת משאבים לא העלתה את התשומות
בצורה ליניארית. עם זאת, השאלה עד כמה
להשקיע, והיכן לשים גבול למאמצים, אשר
בסופו של דבר יועדו להארכת חיי אדם
בכמות ובאיכות, לעולם אינה ניתנת להכ-
רעה. זו נמנית על השאלות המוסריות-פי-
לוסופיות שכל אחד מאתנו לא רק שאינו
יכול להשיב עליה, אלא נרתע מעצם הצ-
גתה.

* * *

הכיוונים והדרכים בהם סופקו שירותי ברי-
אות לבשו אופי וצורה שונים ומגוונים במ-
דינות שונות. לשם הפשטה, גנסה לסוגם
בארבע קבוצות, כאשר לכל אחת מהן ית-
רונות וחסרונות משלה.

קבוצת מדינות ראשונה היא זו, אשר בהן
הונהג שירותי בריאות ממלכתי כולל. לאר-
צות אלה משתייכות, בעיקר, ארצות הגוש

הקומוניסטי, ניו-זילנד ואנגליה. קשה לה-
שיג פרטים מלאים על הנעשה בארצות
שמעבר למסך הברזל. ניו-זילנד היא קטנה
מדי. נשארה, אם כן, אנגליה, כמייצגת
עיקרית של צורה זו של מתן שירותי ברי-
אות.

חוק שירותי הבריאות הממלכתי באנגליה
נחקק בשנת 1948. מאז, למרות גלגולים
ושינויים שונים, הוא לא השתנה בעיקרו.
בהתאם לחוק זה, זכאים כל תושבי בריט-
ניה הגדולה לשירותי בריאות ורפואה חנם,
כפי שנקבע מדי פעם בפעם ע"י המחוקק.
מימון שירותים אלה בא ישירות מן התק-
ציב הממשלתי, כאשר כל מוסדות הבריאות
משתייכים למדינה, וכל עובדי שירותי הר-
פואה הם חלק מן המנגנון הממשלתי.

אנגליה חולקה למספר אזורים ואזורי-על,
כשכל אחד מאזורים אלה הוא אוטונומי
במתן שירותי רפואה לאוכלוסייתו. שירותי
רפואה יקרים יותר, אשר להם נזקק רק
חלק מן האוכלוסייה, ניתנים באזורי-על.
אזורים אלה, לא רק שהם אחראים וחול-
שים על מתקני האשפוז, אלא גם על שי-
רותי ההיקף, תוך נסיון לאינטגרציה של
כלל השירותים הקורטיביים. לכל אלה,
במסגרת האזורים השונים, מתווספות כל
אותן פעולות, הנכללות במסגרת הקרויה
"בריאות הציבור": שירותי מניעה, פיקוח,
הוראה ומחקר; למעשה, כל מה שניתן,
כמעט, להכליל במסגרת שירותי בריאות,
להוציא מספר קטן של פעולות, הנעשות
בהיקף ארצי.

לאחר שלושים שנות נסיון של השיטה
הבריטית, ניתן היום להסיק מספר מסקנות,
ולאבחן יתרונות וחסרונות בולטים. ראשית,
לגבי המחיר: בהשוואה למדינות המערב
המפותחות, אין בריטניה מוציאה חלק גדול
מז המשאבים הלאומיים שלה על בריאות.
סה"כ 5.6% מהתל"ג, לעומת כ-8.5%

Hamburg, D. A., Brown, S. S., "The Science Base and Social Context of Health Main- .1
tenance: An Overview." *Science*, 200:847, 1978.

מהתל"ג בארה"ב². האנגלים עצמם ערים לתוצאותיה של הוצאה נמוכה זו, ולא-שביעות הרצון הקיימת היום בציבור. ועדה ממשלתית היושבת כרגע על מדוכה זו, אמורה להביא ב-1979 המלצות לשינויים בכל מבנה הקצאת המשאבים.

היתרונות הקיימים, לכאורה, בשיטה האנגלית ברורים לעין. כל אזרח זכאי לקבל שירותים לפי צרכיו, בצורה שוויונית, ומ-בלי שכיסו ייפגע, אם כי, באורח עקיף, משלם הוא עצמו את העלות של שירותים אלה, על ידי מס ההכנסה ומסים עקיפים אחרים. מאחר שמסי ההכנסה באנגליה הם פרוגרסיביים, הרי ששירותי הבריאות נמנים על אלה הניתנים בצורה אוניברסלית, כמו חינוך, בטחון וכדומה. בד"כ קיימת באוכלוסיה שביעות רצון גדולה למדי מעקרונות השיטה, אם כי נמתחת ביקורת רבה מאוד על צורת היישום בשטח.

חסרונות השיטה של שירות הבריאות הממלכתי נעשו יותר ויותר גלויים עם תלות השנים. ראשית, היעילות. דומני שהיום זו כבר עובדה מקובלת, כי יעילותם של שירותים הניתנים מטעם מנגנון ממשלתי, נמוכה וכבולה על ידי מסכת שלמה של חוקים, תקנות ואילוצים, שאינם קיימים במסגרת פרטית, ואפילו לא במסגרת של תאגידים וחברות ממשלתיות. ביורוקרטיה, בזבוז, התרשלות, חוסר רצון וזלזול בקהל הם סימנים המאפיינים שירותים ציבוריים לא רק בישראל.

חוסר שביעות הרצון בולט גם כן אצל נותני השירות. רופאים ואחיות, המקבלים את שכרם לפי טבלאות שכר ממשלתיות, אשר בהכרח אינן גבוהות, מנסים בצורות שונות למצוא את פרנסתם בצורה שאינה הולמת לגמרי רפואה מולאמת וממלכתית. איומים בשביתות, פרקטיקה פרטית בלתי לגלית, התחמקות מעבודה, כל אלה הן שיטות

שאינן לגמרי זרות לנו בישראל. אם נוסיף לכך את חוסר ההצלחה לשלב את שירותי האשפוז עם שירותי ההיקף, הרי שהצללים הקיימים בשיטה האנגלית אינם מועטים. כיום רווחים ספקות רבים אם, אכן, זוהי הדרך הנאותה לספק את צרכיו של הציבור.

יחד עם זאת, אסור לנו לשכוח שהחברה האנגלית היתה, אולי, הראשונה להבין, כי צורכי הבריאות של האוכלוסיה צריכים לבוא על סיפוקם בצורה ממלכתית, שוויונית וכוללת. הכשלונות, עד כמה שהם קיימים, הם בעיקר בביצוע, ובהכרח שחלק יותר גדול מהמשאבים הלאומיים צריך להיות מוקדש לרווחה הסומטית של כלל האזרחים.

* * *

צורה שניה, אולי הטובה ביותר, של מתן שירותי בריאות כוללניים לאוכלוסיה, היא בדרך של ביטוח חובה ממלכתי, אם על ידי רשות ביטוח ממלכתית ואם על ידי רשויות ביטוח מרובות, הכפופות כולן לחוק המסדיר את דרך מתן השירותים.

אנו מוצאים דרך זו של ביטוח בריאות, בעיקר, בחלק מארצות מערב אירופה, וב-ארצות סקנדינביה. גם ההצעה להנהגת ביטוח בריאות כולל בישראל הולכת בדרך זו. בעיקרה, גורסת השיטה כי שירותי הבריאות צריכים להינתן בצורה ממלכתית, שווה וכוללת, לכלל האוכלוסיה, תוך יצירת אזורים אוטונומיים למתן שירותים וארגונים.

ההבדל המהותי בין שיטה זו לבין השיטה האנגלית הוא דרך המימון. בעוד שבאנגליה בא המימון ישירות מתקציב המדינה, הרי שבדרך של ביטוח, משק הבריאות מוחזק כמשק סגור. ההכנסות באות מפרמיות ביטוחיות המשולמות על ידי העובדים ועל ידי המעסיקים. פרמיות אלה, בדומה לכל ביטוח

2. Walsh, J., "Britain's National Health Service: It Works and They Like It, But" *Science*, 201:239, 1978.

סוציאלי, הן פרוגרסיביות, וגובהן נקבע תוך התחשבות בשני גורמים: האפשרות להטיל מעמסה ביטוחית פחות או יותר גבוהה על שכבות דיפרנציאליות של משלמי דמי הביטוח, והמשאבים הלאומיים הכוללים המוקדשים לצורכי בריאות.

כבר היום מוציאה ישראל כ-6.9% מהתל"ג על בריאות. הוצאה זו היא השלישית בגודלה במשק הלאומי, לאתר ביטחון ותחזוק חובות. נדמה, כי אין היום ויכוח על כך שאחוז זה ילך ויגדל עם חלוף השנים. וזאת, בעיקר, בגלל אופיה של האוכלוסיה בישראל, השמה דגש רב על בריאות, וכן בגין המגמה הקיימת אצלנו להטיל יותר ויותר חיסוי של צרכים יסודיים של הפרט — ובריאות הוא אחד מהם — על שכמ הציבור בכללותו.

יתרונותיו של ביטוח בריאות כולל, לעומת שירות בריאות, הם ברורים: פעולה במסגרתו של משק סגור; אפשרויות לניוד עובדים בין מקומות שונים; אינטגרציה של שירותי האשפוז עם שירותי ההיקף והרפואה המונעת; המשכיות הטיפול בחולה הכרוני והגריאטרי; תמריצים כלכליים ושיפור מעמדם של קבוצות עובדים סלקטיביים; שוויוניות; אי-תלות פוליטית ועוד כהנה וכהנה.

תוכנית זו זכתה לביקורת לא מעטה במדינת ישראל, גם מעל דפיו של בטאון נכבד זה³. אולם גם מתוך גסיון של ארצות רבות אחרות, וגם מתוך התחשבות באילוצים הכלכליים, נראה היום כי זוהי התוכנית הטובה ביותר האפשרית לסוציאליזציה של שירותי הבריאות, והעמדתם על בסיס ציבורי נרחב עד כמה שאפשר.

* * *

שיטה נוספת למתן שירותי בריאות לאוכלוסיה בהיקף נרחב ועל בסיס סוציאלי היא זו שהונתגה אצלנו. שיטה זו, מבחינות

רבות, יוצאת דופן מכל הנהוג בארצות המערב.

מצד אחד, ניתנה העזרה הרפואית בצורת ביטוח וולונטרי. אולם מצד אחר, כיסו הפרמיות, הן של המבוטחים והן של המעסיקים בצורת מס מקביל, רק חלק קטן מן ההוצאות של קופות החולים השונות, אשר דרכן נעשה הביטוח. במסגרת ביטוחים וולונטריים אלה היו מבוטחים עד לאחרונה כ-85% מכלל האוכלוסיה הישראלית.

מבחינה כלכלית, נוצר עיוות משמעותי. הביטוח כלל, כאמור, רק חלק מן האוכלוסיה, אולם רוב רובם של ההוצאות למתן עזרה רפואית כוסו מכספי משלמי המסים. היתה פה, אם כן, העברת כספים לאומיים למתן שירותים לחלק סלקטיבי של האוכלוסיה. מה שיותר גרוע. לא היה קיים כל פיקוח ציבורי ממלכתי יעיל על דרך הוצאת הכספים וחלוקתם על ידי קופות החולים השונות.

קשה למצוא היום הרבה יתרונות אובייקטיביים לשיטת ביטוח זו. היה לה מקום בימים של טרם מדינה, כאשר היוותה, יחד עם הסתדרות העובדים, מנוף לקידום האינטרסים הלאומיים של העם היושב בציון. שלושים שנה לאחר הכרזת העצמאות, קשה למצוא לה צידוק.

נדמה, שיהיה זה מיותר להתרחיב את ההידבור על חסרונותיה של שיטת ביטוח זו. כפילויות, בזבוז, הפרדת רשויות, שירותי רפואה ברמות שונות, פיצול שירותים, אי-יעילות ועוד ועוד. ניתן רק לקוות כי בזמן הקרוב תהא שיטה זו נחלת העבר.

* * *

המתכונת הרביעית של אספקת שירותי בריאות, אשר ברצוננו לתאר במאמר זה, היא זו הנהוגה בארה"ב. ניתן ללמוד הרבה מן הנעשה שם בעיקר משתי סיבות. הראשונה, בגלל התעוד הרב והמחקרים הנר-

3 וולף, אריה, "ביטוח בריאות — הארות למבקרים את הצעת החוק", בטחון סוציאלי, 12—13, 1977, עמ' 157.

חבים אשר בוצעו ומבוצעים בארץ זו בכל הנוגע לאספקת שירותי רפואה. סיבה שניה: אופן אספקת השירותים בארה"ב עובר מט-מורפוזה גדולה בדור האחרון. נסיונות ותי-פוי דרך, שעדיין לא תמו.

נקדים ונאמר, כי כבר היום מבוטחים כ-90% מאוכלוסי ארה"ב בצורה כמעט מלאה, כדרך פרטית או ציבורית ממלכתית, בביטוח בריאות, המכסה את רוב צורכיהם בעת מחלה.⁴

כדי להמחיש את הנעשה שם, נציג מספר עובדות. בשנת 1977 היתה ההוצאה הלא-מית לבריאות בארה"ב 160 מיליארד דולר, לעומת 40 מיליארד בשנת 1965. מבחינה ריאלית, לאחר ניקוי הגורם של ירידת ערך הכסף, מתבטאת העלייה ב-79% אשר להוצאה כאחוז מהתל"ג היה שיעורה ב-1965 5.9%, וב-1977 הוא עלה ל-8.5%. ההגדלה הריאלית העיקרית היתה בצורכי האישפון, 110%, לעומת שכרם של הרופאים, שעלה ב-76% בלבד. סך-הכל, עלתה ההוצאה הציבורית לצורכי ציבור בשנים אלה, מתוך סך כל ההוצאה הלאומית, מ-25% ל-42%, והמגמה היא לעלייה נוספת.⁵

גם בהוצאה לפי קבוצות גיל חלה עלייה מש-מעוטית: בעוד, שבשנת 1965, היתה ההוצאה הציבורית לשכבת הגיל שמעל 65 שנה רק 25% מסך ההוצאה הלאומית, לאותה שכבה, הרי בשנה החולפת הגיעה הוצאה זו ל-75%. זוהי עלייה גדולה ביותר גם אם לוקחים בחשבון את העובדה, כי בעשור האחרון חלה עלייה של כ-10% בקבוצת גיל זו מתוך סך כל האוכלוסייה.

ארה"ב עצמה סבלה בשנים האחרונות מאינ-פלציה לא קטנה: עד 11% בשנה. אחת הסיבות העיקריות לאינפלציה זו היא העלייה העצומה בעלות השירותים הרפואיים. גם בארץ גדולה ועשירה כמו ארה"ב, לא ברור עדיין כיצד ניתן למנוע את הסח-רור האינפלציוני הבא, בין היתר, עקב ההוצאות העצומות, ההולכות וגדלות, של שירותי הבריאות.⁶

אחת השיטות שהונהגו שם בשנים האחרונות, ואשר הביאו לחיסכון במידת-מה, היתה נסיון לריכוזיות בשירותים הספציפיים.⁷ הוברר שאין מנוס, אלא להקטין את הנו-חיות של כלל הציבור. שירותים יקרים במיוחד, כמו ניתוחי לב פתוח, מכוני הקרנה למיניהם וכדומה, יש לרכז במספר מועט של מרכזים רפואיים, גם אם הדבר מצריך, לעתים, העברת חולים למרחקים של מאות קילומטרים.

עד כמה קשה לתכנן עלות של שירותים ניתן, אולי, לראות בדוגמא הבאה:⁸ בשנת 1973 בוצעו כ-40% מכלל הדיאליזות בארה"ב בצורה של דיאליזה ביתית. בשנת 1976 קיבל הקונגרס האמריקאי חוק, הנותן מימון ממלכתי לכל אלה הזקוקים לטיפול בכליה מלאכותית. ההשערה היתה, כי תהיה צאה תהיה כ-250 מיליון דולר לשנה. כבר היום ברור שההוצאה לשנת 1980 תעלה על 1.3 מיליארד דולר. יתר על כן: העלות של דיאליזה בביתו של החולה היא כ-10,000 דולר לשנה. אותו טיפול במסגרת בית חולים, מכירו קרוב ל-25,000 דולר בשנה. אחת התוצאות הראשונות של קבלת החוק

4. Hamburg, D. A., Brown, S. S., *op. cit.*

5. Enthoven, A.-C., "Consumer Choice Health Plan." *N. Engl. J. Med.*, 298:650, 1978.

6. Gibson, R. M., Mueller, M., "National Health Expenditures: Fiscal Year 1976." *Soc. Secur. Bull.*, 40(4):3-22, 1977.

7. Culliton, B. J., "Health Care Economics: The High Cost of Getting Well." *Science*, 200:883, 1978.

8. Maurice, M. G. and Pelletier, G., "Planning of Specialized Health Facilities." *N. Eng. J. Med.*, 299:179, 1978.

9. Greenberg, D. S., "Renal Politics." *N. Eng. J. Med.*, 298:1427, 1978.

היתה, שאחוז החולים המבצעים דיאליזה בביתם ירד מ-40% בשנת 1973, לכ-10% ב-1978. זאת, למרות שהוכח, כי תוחלת החיים של חולי דיאליזה ביתית גבוהה בכ-25% מזאת של החולים המקבלים את הטיפול בבית החולים.

ניתן, אולי, ללמוד שני לקחים מדוגמה ספציפית זו: הראשון — קשה מאוד לבצע תיכנון כלשהו על בסיס כלכלי מוצק לגבי עלותם של שירותי בריאות עתידיים. הטכנולוגיה מתפתחת בצעדי ענק, וההוצאות לטיפול בחולים — גם אם נניח שמספרם אינו עולה, אלא האיכות רק משתנה — הוצאות אלה עולות בצורה גאומטרית. לקח שני נוגע לגישתו של הציבור בכללו לגבי שירותי הבריאות. למרות שמבחינה פרוגרסיבית נוסטית טהורה, טוב מצבם של חולים הדורגים לעצמם בביתם, קיימת העדפה ברורה של הציבור להסתמך יותר ויותר על שירותי הכלל, כאשר הפרט מנסה להסיר מעצמו, עד כמה שאפשר, כל אחריות או תרומה עצמית להבראתו, ולהטילה על שכם הציבור.

* * *

בשנים האחרונות השתרש יותר ויותר המושג של "תעשיית בריאות". תעשייה, מאחר שהיקף השירותים, המקורות, ההשואות והתשומות של כל הגורמים הקשורים בבריאות הולכים ומתרחבים. כבר היום עוסקים בארץ-ה"ב כ-12% מכוח העבודה בתעשייה זו. בישראל מגיע היום אחוז זה רק ל-8%, אך סביר להניח, כי הוא ילך ויגדל.

פיתוח שירותי בריאות לאוכלוסיה גדלה ומתפתחת עולה הון עתק. קביעה מקובלת היא, כי לאוכלוסיה בעלת רמה תרבותית כמו בישראל, יש לדאוג לפחות לשלוש מיטות אשפוז בבית חולים כללי לכל אלף נפש. לקבוצת הגיל מעל 65 שנה, מספר זה גדול יותר, והאוכלוסיה בישראל מזדקנת. בנייתה והקמתה של מיטה אחת בבית חולים כללי עולה, במחירים של היום, קרוב

למיליון ל"י. וזאת, ללא הוצאות התשתית הכרוכות בהקמתו של בית חולים. במלים אחרות, גידול של 100,000 איש באוכלוסיה הישראלית, יצריך הוצאה של קרוב לחצי מיליארד ל"י לבנייתם של בתי חולים בלבד.

מחירו של יום האשפוז עצמו גם הוא הולך ותופח. בבתי החולים הישראליים הוא מסתכם כיום בכ-1,800 ל"י, כאשר מספר המועסקים על כל חולה הוא כ-2.1. בארה"ב, מספר העובדים על כל חולה הוא כ-4, ועלותו הממוצעת של יום אשפוז מגיעה לכ-6,000 ל"י.

ניתן עוד להוסיף מספרים כהנה וכהנה, אלא שדי באלה שהובאו כדי להעלות את ההנחה, כי שירותי בריאות בארצות מפותחות הם בבחינת גולם שקם על יוצרו. מחירם הולך ותופח, היקפם מתרחב, אין בנמצא שיטה כלשהי שבאמצעותה ניתן לצפות איזו מעמסה כלכלית הם יטילו על החברה בשנים הקרובות. ואולי העיקר: אין כל אפשרות מוסרית, מיסטית או רציונלית, לתחום גבול במקום כלשהו, ולהחליט, עד כאן ולא יותר.

למרות התופעה של התפוצצות אוכלוסין, הקיימת במאה האחרונה, מושם היום יותר ויותר דגש על הארכת החיים ושיפור איכותם. אנו אף נתקלים באותו אבסורד, לפיו מדע הרפואה עוסק לעתים ב"הארכת המות" במקום בהארכת החיים. אף אחד מאיתנו אינו מוכן לנסות ו"להכניס סדר", מסגרת ותקרה בכל הקשור במבוכ העצום הזה של שירותי הבריאות, וזאת מתוך הרגשה, כי נסיון מסוג זה, כרוך במחיר חיי אדם, וב"התפשרות מצפונית ומוסרית, אשר מבחינתם של רבים מאתנו, היא בלתי אפשרית.

חשוב רק כי נדע מה גובה המחיר, ואף נכיר בעובדה, כי בעתיד הנראה לעין חלקו הארי של התוצר הלאומי וכן מאמצים אנושיים רבים יוקדשו להארכת חיי אנוש ולהטבת מצב בריאותו.

האם ביטוח מלא להוצאות רפואיות מבטיח בריאותנו ?

מאת יפה מכנס-כספי *

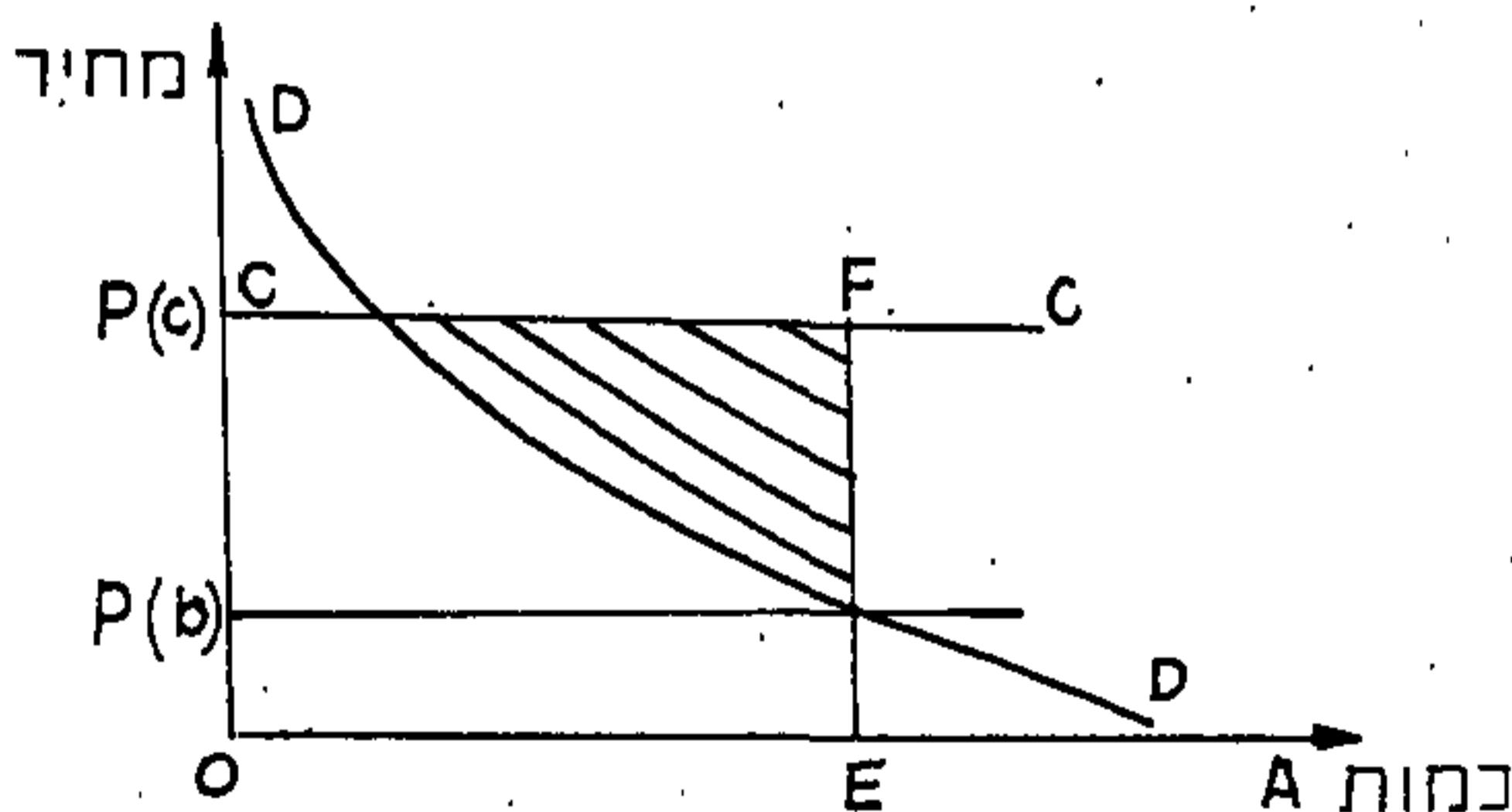
מחיר השירותים לבין הכמות הנצרכת, ואף בישראל ניתן לראות זאת. במחקר שנערך בקרב סטודנטים של האוניברסיטה העברית, המבוטחים במסגרת שירותי הבריאות, הוכח, שקיים קשר הדוק בין מספר ביקורי הסטודנט במרפאה לבין המרחק ממקום מגוריו ועד למרפאה. העלות של זמן ההגעה השפיעה על היקף תצרוכת השירותים ואין לטעון שהצרכן זקוק לכמות קבועה של שירותי בריאות באופן בלתי תלוי במחירם.

כלכלנים מתארים את הקשר בין מחיר המוצר לבין הכמות המבוקשת ממנו במחיר נתון בקו, הנקרא עקומת ביקוש, ואשר מקובל לסמנו ב-DD.

ביטוח בריאות מבוסס על העיקרון הבא: המבוטח משלם מראש פרמיה לחברת ביטוח או מס לממשלתו וכאשר הוא נזקק לשירותים, הוא נדרש לשלם מחיר זול בהרבה מן ההוצאה להספקת השירות. בישראל המחיר לצרכן הוא בדרך כלל אפסי.

מרבית הצרכנים מחליטים על היקף התצרוכת של שירותי הבריאות לפי מחירם. הטענה, כי לבריאות אין מחיר או שצריכת השירותים הרפואיים היא בלתי תלויה במחיר, היא סיסמה שקל לאומרה אולם איננה עומדת במבחן המציאות.

מחקרים רבים ובעיקר עבודותיו של Newhouse¹ הראו את הקשר השלילי בין



* המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בראזיל.

Newhouse, J. P. and Phelps, C. E., The Effects of Coinsurance on Demand for Physician Services. Rand R-976 OEO, June 1972

Feldstein רצה להשוות את הבזבוז הנוצר, עקב הרחבת שירותי הבריאות על חשבון מוצרים אחרים, לתועלת שהפרטים מפיקים מסילוק הסיכון, שמא יחלו ויהיו להם חוץ צאות ריפוי גדולות. כדי להשוות תועלת לעלות הוא ערך סידרת אומדנים ומצא, כי בארה"ב היה ב-1970 עודף ביטוח לשירותי אשפוז. בשנת 1970 שילמו משקי הבית ישירות רק 41% מן ההוצאות הרפואיות ורק 13% מהוצאות אישפוזם.

מסקנתו של Feldstein היתה, כי ממשלת ארה"ב מגזימה בהקלות ממסים. הניתנות לחברות, העוסקות בביטוח בריאות ובתוכן ניות ביטוח ממשלתיות לקשישים ולמקרי סעד.

באנגליה ניתנים מרבית שירותי הבריאות חינם ע"י הממשלה. כלכלנים אנגלים מעלים השלכות חברתיות אחרות שיש לביטוח בריאות, ו-C. Lindsay⁵, למשל, מעלה מט"ר נוספת והיא שוויון. לדעתו, חשוב לחברת להשיג שוויוניות בחלוקת שירותי הבריאות. ההוצאה הנוספת הנגרמת עקב הוויית שירותי הבריאות לצרכן, מבטאת את נכונות החברה לוותר על מוצרים ושירותים אחרים, כדי למנוע פערים חברתיים ברמת תצרוכת הבריאות.

אין חילוקי דעות לגבי השפעתו של ביטוח הבריאות על הגדלת צריכתם של שירותי הרפואה. אומדן כמותי להשפעה זו קשה לתת, ואת השפעתו של המחיר על הצרכן ניתן לבדוק, כאשר פרט למחיר כל יתר הגורמים קבועים. גיל, מצב בריאות, טיב שירותי הרפואה והגישה אליהם צריכים

העקומה ממחישה את הקשר בין המחיר והכמות; ככל שהמחיר נמוך יותר, הכמות המבוקשת גבוהה יותר. בציור שלפנינו צויינה הכמות המבוקשת במחיר אפס ב-OA, ואם המחיר הוא P(b), לדוגמא, תהיה הכמות המבוקשת OE.

כלכלנים בארה"ב דנו רבות בהיקפו האופטימלי של ביטוח בריאות, ובמחיר שיש לדרוש מן הצרכן בעת קבלת השירות. K. Arrow², M. Pauly³ ו-M. Feldstein⁴ דנו בבעייה מנקודת ראות של רווחה חברתית. את רעיונותיהם ניתן להמחיש אם נמשיך לעקוב אחר ציור 1. נניח שהוצאות היצור ליחידה הן בגובה של P(c), ומתו-ארות ע"י הקו CC בעוד שהצרכן יתבקש לשלם רק P(b) (P(c) > P(b)), ולכן ירצה לצרוך כמות OE. הפרמיה מורידה את המחיר ליחידה, והצרכן משלם בעת התצרוכת רק חלק מן העלות. סך הוצאות היצור של שירותי הבריאות ניתנות להצגה ע"י המלבן OEFC, אשר בו עוד נדון להלן.

כיוון שהמקורות העומדים לרשות המשק מוגבלים, הגדלה של כמות שירותי הרפואה כתוצאה מן הביטוח באה על חשבון הקטנת כמות שירותי הדיור, החינוך וכד'; מוצרים ושירותים, אשר גם הם מעלים תרומה לרמת הבריאות.

Feldstein מצייין, כי תוכנית ביטוח נותנת לצרכן שירות נוסף של סילוק סיכונים. הפרטים מטבעם שונאי סיכון ומוכנים לשלם לחברת הביטוח פרמיה, הגדולה מתוחלת הנזק, וזאת כדי שתסלק מהם את הסיכון העומד בפניהם.

Arrow, K. J., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, Vol. 53, 1963, pp. 941-973

Pauly, M., The Economics of Moral Hazard. *American Economic Review*, 53, No. 3, June 1968

Feldstein, M. S., The Welfare Loss of Excess Health Insurance. *Journal of Political Economy*, 1973, pp. 251-280

Lindsay, C. M., Medical Care and the Economics of Sharing. *Economica*, 1969, pp. 531-537

להיות שווים כאשר המחיר משתנה. השוואות בינלאומיות לוקות, לכן, בחסר. אם נעדין בסטטיסטיקה, הנוגעת למספר הביקורים של רופא לנפש בשנה, נסיק מיד, כי לא רק המחיר לצרכן מסביר את מספר הביקורים. למרות העובדה, כי בישראל וב-אנגליה המחיר לצרכן הוא אפס, מבקר הישראלי הממוצע אצל הרופא, לפחות פי שניים מן האנגלי הממוצע. אין ספק, כי חלק מן ההסבר לכך מצוי בשיעור הרופאים המצוי במדינה. כיוון שיש בישראל יותר רופאים (ראה לוח להלן), יכולים הישראלים לערוך מספר ביקורים רב יותר.

הארץ	השנה	מס' רופאים	
		לנפש 10,000 X	מס' נפשות לרופא
בריה"מ	1975	28.8	350
ישראל	1973	28.7	350
ארגנטינה	1973	22.1	450
אוסטריה	1975	20.9	480
איטליה	1973	19.9	500
גרמניה המערבית	1974	19.4	520
בלגיה	1975	18.9	530
ארה"ב	1974	16.5	610
שוודיה	1974	16.3	620
דנמרק	1972	16.3	620
צרפת	1975	14.7	680
אנגליה	1974	13.1	760
אורוגוואי	1972	11.0	910
מצרים	1975	2.2	4,630
קניה	1973	0.3	16,300

מקור:

World Health Stat. Annual, W.H.O.
Genève, 1977

אין ספק כי לשפע היחסי של רופאים יש השפעה לא רק על היקף שירותי הבריאות, אלא גם על מבנה השירותים. היצע השירותים משפיע על כמותם הנצרכת, נוסף למחירם לצרכן.

בישראל נקבע לצרכן, בדרך כלל, מחיר אפס כתוצאה מאידאולוגיה חברתית. שנים רבות של ויכוחים חלפו עד שהצליחה קופת

חולים של ההסתדרות לקבל היתר מהסתדרות העובדים הכללית לגבות לירה עבור מנת תרופה.

על יחסו של הצרכן למחיר ניתן ללמוד מהתנהגותו. סקר הוצאות המשפחה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך ב-1975/6 מראה, כי למרות העובדה, כי ביקור אצל רופא בקופ"ח הוא חינם, הרי שליש ממשקי הבית שהיו מבוטחים, פנו במשך השנה לרופא פרטי. כאשר עוד ניתן היה לקבל בקופ"ח של ההסתדרות תרופות חינם, כמחצית ממשקי הבית הוציאו כל חודש כסף לרכישת תרופות. מתברר, איפוא, שחלק גדול מן הציבור מוכן לשלם עבור שירותי רפואה, ודווקא המבוטחים הם הם שבחרו עבור הציבור מחיר אפס לשירותים בעוד שהמבוטחים אינם נרתעים מתשלום ישיר. ממצאים אלה מעלים את השאלה — אם אין הגומה בהיקפו של הביטוח הנהוג בישראל. הממצאים מעידים כי הציבור הרחב משלם מרצונו לשירותי רפואה פרטית. בשנת 1975/6 שילם משק בית בממוצע 52 לירות לחודש לביטוח בריאות, ובאותה תקופה הוציא משק בית בממוצע 44 לירות לרפואה פרטית, ומזה 12 לירות לרופא פרטי. אמנם מישקי הבית שילמו רק עבור חלק קטן מן השירותים שקיבלו מקופות החולים. חלק שילם המעביד ואת העיקר מימנה החברה באמצעות הממשלה.

אם יקטן היקף הביטוח והצרכן יתבקש לתת תשלום ישיר עבור שירותי הרפואה שיקבל, יביא הדבר לצמצום הכמות הנצרכת. בציור 1, ניתן להדגים את הבוזו הנגרם עקב הסובסידיה הממשלתית לשירותי בריאות. אם הצרכן משלם מחיר $P(b)$ ליחידה בעוד שהוצאות היצור הן $P(c)$ ליחידה, הרי הוצאות היצור גדולות יותר מן הערך שמיחיסים הצרכנים לכמות הנצרכת של שירותי רפואה. הערכת הצרכן את המוצר נמדדה לפי נכונותו לשלם ונכונות זאת מבוטאת בעקומת הביקוש DD. השטח המקוזקו מראה את הבוזו הנגרם לחברה מיצור עודף של

כמת ומרבית הצרכנים אינם מסוגלים לדעת מהן האפשרויות השונות העומדות לרשותם. הם גותנים אמונם במומחה, והמומחה הוא הקובע את דרך הטיפול. מרבית המומחים לבריאות הם רופאים. הם מרפאים את מחלותינו ועושים כמיטב יכולתם למנוע חולי. מתנדסי מזון וטכנאים לבדיקת זיהומים מצויים אף הם, אולם החברה הישראלית לא נתנה בידם די כוח לצוות על העוסקים ביצור מזון ועל הרשויות האחרות, שיש באפשרותם לשפר את בריאות הציבור.

שירותי מניעה, כגון פיקוח על מי השתייה נקראים על ידי כלכלנים מוצר ציבורי. בדומה לפנס רחוב, נהנים ממנו כולם בעת ובעונה אחת, ולכן יש יתרון להספקה מרכזית של שירותים אלו. מינהל מרכזי להבטחת בריאות צריך לנצל יתרונו זה לשם הספקת שירותי תברואה, פיקוח על המזון, וארגון שירותי מניעה שאין אפשרות לספקם במרפאה בודדת. מאחר שמקורותינו מוגבלים, הרחבת שירותים אלו צריכה לבוא על חשבון שירותים ומוצרים אחרים. תווי-תור הסביר ביותר הוא על שירותי ריפוי למען שירותי מניעה. על ידי קביעת מחיר לשירותי רפואה, תקטן הכמות הנצרכת מהם ויתפנו מקורות ליצור שירותי רפואה מוגזנת. את בעיית אי-השוויון והפגיעה בשכבות המצוקה ניתן לפתור על ידי החזר הוצאות רפואיות לשכבות החלשות, ולחולים שיוציאו בשנה סכום העולה על תיקרה שתיקבע. כמעט בלתי אפשרי הוא להסב רופא לתברואה. אולם יש לקחת בחשבון, כי שיעור הרופאים הקשישים בישראל הוא ניכר. יש לפעול לתכנון מבנה השירותים בעתיד כדי למנוע הישמרות המבנה ההיסטורי שאיננו אופטימלי.

שירותי בריאות, וזאת על חשבון מוצרים ושירותים אחרים. קביעת מחיר אפס לצרכן מגדילה עוד יותר את הבזבז.

אין ספק, כי מבנה שירותי הבריאות בישראל הוא תוצאה של התפתחות היסטורית ולא פרי תכנון. קשה לאמוד את היקף ההוצאה לרפואה מונעת, אולם ברור שחלקה קטן. היעדר פיקוח מרכזי על המזון בולט והטיפול במזון מחולק בין מספר משרדי ממשלה ובין הרשויות המקומיות העומדים חסרי אונים מול המציאות. יש בישראל די רופאים ותרופות לריפוי הלוקים בקיבתם, אולם אין די תקציב למפקחים במסעדות ובבתי החרושת לעבוד במזון. אין די פיקוח על נקיון מי הים. אולם הנפגעים מזיהומים יוכלו לקבל חינם שירותי ריפוי מתאימים. גם סידורי הבטיחות במפעלים לקויים ואין חולקים על מצבם הטכני הירוד של כלי רכב רבים. לפנינו חסכון בהוצאות בטיחות, המגדיל את מספרם של נפגעי תאונות עבודה ודרכים ואת הוצאות ריפויים. אין מנוס מלקבוע, כי בישראל יש חלוקה בלתי-אופטימלית של המשאבים. צד המניעה הוזנח בעוד שבריפוי חולים יש שפע יחסי של כוח אדם וגורמי יצור (רופאים, תרופות וכד').

בארה"ב הראו מספר חוקרים כ- M. Grossman⁶ ואחרים, שהעברת תקציבים מחינוך לרפואה הביא להעלאת תוחלת החיים. בישראל טרם נבדק נושא זה, אולם רווחת ההרגשה, כי יש עודף יחסי בשירותי ריפוי לעומת שירותי מניעה. יתכן מאוד כי בשל העדר תשלום ישיר, לא נשמע קולו של הצרכן ואין ביטוי להעדפותיו. כיוון שהצרכן מקבל חינם אין לו השפעה. טכנו-לוגיית הריפוי היתה מאז ומעולם מתוח-

Grössman, M., The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. 6 N.B.E.R. Occasional Paper 119, N.Y. 1972

שיטת התשלום לרופא בביטוח הבריאות

מאת עו"ד אריה וולף

מבוא

לחה, חומרת הניתוח ומעמדו של החולה כבן-חורין או כעבד.

באירופה התקיימו רופאי משפחה, בעיקר ממתנות, עד סוף המאה התשע-עשרה. במורשת היהדות, נאמר במשנה³ "אסיא דמגן במגן — מגן שויא" (רופא חינם — שוה חינם).

הרופא-הסופר בן המאה העשירית, רבי יצחק ישראל, הצהיר⁴: "ככל שתרבה לדרוש בעד שירותיך... יגדל ערכך בעיני הבריות. אלה שאתה מרפא חינם מסתכלים על אומ-נותך כפחותת ערך"⁵.

אימרות עבר אלו המשקפות אלטרואיזם — מחד (לז'ויטאנוס), וריאליזם — מאידך (המשנה בבא-קמא), מרמזות על סביכותה של הבעיה.

בחברתנו חיי האדם הינם ערך עליון. אילו שכר הרופאים, העוסקים בהצלת חיי-אדם, היה צריך להיקבע בהתאם לערך המוצר, הרי

שיטת התשלום לרופא במסגרת ביטוח ברי-אות ממלכתי, מהווה אינדיקציה לדרך פעולתו וניהולו של ביטוח הבריאות ולמסד הסוציאלי עליו הושתת. מכאן החשיבות הרבה המיוחסת לקביעתה של שיטת תשלום זו או אחרת.

"ואשר לשכר המשתלם לרופאים — לא נתתי דעתי אליו. אנשים רבים ריפאתי, לא במסירות בלבד, אלא אף בחינם. פעמים הרבה גם דחיתי ברוח נכונה וללא רתיעה את השכר שאנשים רבים הציעו לי, כי טוב היה בעיני להשיב לחולים בעבודתי ובטיפולי את בריאותם אשר קיפחו, מאשר יעשירוני בנדיבותם ובהונם"¹.

בספר החוקים של חמורבי² יש רשימה של תעריפי ריפוי, המשתנים בהתאם למידת ההצ-

1 מתוך שבועת הרופא היהודי אמאטוס לז'ויטאנוס, המאה ה-15.

2 בסעיפים 215, 216, 221—223 ו-227.

3 בבא קמא פ"ח, ב'.

4 רבי יצחק ישראלי "מוסר הרופאים", סימן א'.

5 ההלכה היהודית הגבילה גם את הרווחים ממכירת מוצרי רפואה. ב"שולחן ערוך" (יורה דעה, של"ו, ג'): "מי שיש לו סימנים וחברו חולה וצריך להם, אסור לו להעלות בדמיהם יותר מן הראוי; ולא עוד אלא אפילו פסקו לו בדמיהם הרבה מפני צורך השעה שלא מצאו סימנים אלא בידו אין לו אלא דמיהם".

באנגליה של המאה השבע-עשרה, דרשו רוקחים מחירים מופרזים, ועל כך כתב משורר בן אותה מאה, ד"ר גארט (Lawall pharmacy עמוד 352): "מה מאושר היה תור הזהב אשר עבר,

תה מרפא במחיר של יין בורגונדי אז נמכר,

וחחולים ביכרו למות מתוך רצון

במקום לחיות ולרוקח לשלם את החשבון".

(ראה: הרפואה והיהדות — מאת הרב ד"ר עמנואל יעקובוביץ, הוצאת מוסד הרב קוק, תשכ"ו).

2. תשלום לפי גולגולת. (capitation fee)
3. משכורת קבועה.

שיטת התשלום בעד שירות (טיפול במחלה, ביקור-בית, זריקה וכו') היא דומה לשיטה הנהוגה בפרקטיקה הפרטית. מתוך הסכם עם אנשי המקצוע הרפואי עורכים רשימת שירותים, אותה מגיש הרופא, וקובעים תשלום מתאים לכל פריט. מוסד הביטוח מפרסם רשימת תעריפים. התשלום עצמו מבוצע באחת משתי דרכים: (1) תשלום על-ידי מוסד הביטוח לרופא, אם תשלום מלא ואם תשלום חלקי, כאשר המבוטח חייב בתשלום היתרה (cost sharing). (2) תשלום על-ידי המבוטח לרופא, כאשר המבוטח מקבל החזר ממוסד הביטוח, אם החזר מלא ואם חלקי.

שיטת תשלום זו מתייחסת לטיפול הרפואי כאילו היה מצרך בשוק המסחרי הפרטי, בעוד שלמעשה "שוק" הטיפול הרפואי שונה לגמרי באופיו. ביקוש והיצע אינם פועלים כאן בדרך הרגילה. "הקונה" אינו יכול להשוות ולברור בין "מוכרים" שונים, והמיכונים הרגיל של תחרות אינו פועל במקרה זה. מכאן ניתן להבין, כי לשיטת התשלום עבור שירות, השפעה בכיוון גידול ההוצאות, הקיימת בשוק מסחרי, מבלי שיהיה לה האיוון המפצה של דינמיקת הביקוש וההיצע ושל התחרות החפשית.

יתרונה של שיטה זו: התשלום לרופא נעשה בהתאם להיקף עבודתו ולחשיבותה. חסרונה: היא עלולה לגרום למתן טיפולים רפואיים מיותרים. הרופא יכול להעניק משירותיו ברוחב-לב מוגזם. בארצות, בהן נערכים הסכמי התשלום עם איגודי רופאים, ניתן להתגבר, אולי, על חסרון זה על-ידי כך שהכספים הנגבים כדמי ביטוח יועברו לאיגודי

לא היתה כמעט תקרה לשכר, שראוי הרופא לקבלו. בפועל, שכרם של הרופאים השכירים, בשירות הציבורי, נופל משכרם של בעלי-מלאכה עצמאיים, ואולי אפילו משל השכר המשתלם לסקטורים מסוימים בציבור השכירים. וזאת למרות שעבודתו היום-יומית של הרופא כרוכה בפיקוח נפש וכל משגה שלו עלול לעלות בחיי-אדם.

הבעיה אינה חוסר-הערכה ורצון. בכל ארצות העולם מועסקים רופאים רבים בשירות הציבורי. מחיר השירות לתושבים צריך להיות מותאם ליכולתה של החברה לשלם. שכר גבוה לרופאים, גבוה כדרישתם, יגרום להתמוטטות שירותי הבריאות הציבוריים. התחליף — רפואה פרטית — אינו יכול לעמוד במבחן המציאות. הן מבחינת יכולת הציבור לשלם את המחיר, והן מבחינת יכולתם של רוב הרופאים להיקלט בו. כללי האתיקה המקצועית של הרופאים בישראל, קובעים, בתחום השכר, אך ורק בענין קבלת שכר-טרחתו של רופא פרטי⁶:

"27. הרופא עצמו, יקבע את שכר טרחתו. הוא יעשה זאת בטקט, ובשים לב למהות הטיפול, מצבו הכלכלי של החולה, מעמדו המקצועי והנסיבות המיוחדות של המקרה. אין הרופא רשאי לסרב לתת הסברים אם הוא נדרש לעשות כן.

28. לא יקבע רופא בעבור טיפול רפואי שכר טרחה כולל מראש (קבלנות) ולא יתנה את שכר הטרחה בתוצאות הטיפול, להוציא מקרים בהם מהות הטיפול מחייבת זאת (כגון: טיפת חלב, לידות, ניתוחים)".

שיטות התשלום השונות

יש שלוש שיטות עיקריות:

1. תשלום בעד כל שירות (fee for service)

6 כללי האתיקה המקצועית של הרופאים שחועברו על-ידי הוועדה ה-32 של ה.ר.ג. לדיון בועד המרכזי של גוף זה ולאישור המועצה הארצית. ראו: "המדריך הרפואי", תשל"ד, עמוד 44.

הרופאים, ואלו ישלמו לרופא האינדיבידואלי כמיטב הבנתם.

שיטת התשלום לפי גולגולת

שיטה פשוטה יותר, ואף היא מופעלת עם אנשי המקצוע הרפואי. הרופא הכללי מקבל תשלום חודשי (או לעתים שנתי) אחיד בעד כל מבוטח שבחר בו באורח פורמלי, ואילו המבוטח רשאי להחליפו רק לעתים מזומנות ומוגדרות, ורק לאחר הליך פורמלי מסוים. ברור, כי הרופא מעוניין שהחולה ישאר רשום אצלו, ולפיכך הוא עלול להרבות במתן טיפול-מונע ולהמעיט, יתר-על-המידה, בטיי-פול מיוחד. מאידך, עלולה שיטה זו לחזק את נטיית הרופא הכללי, למהר ולהעביר אחריות על מחלה אל מומחה או בית-חולים. שיטת התשלום לפי גולגולת לעולם אינה נהוגה לגבי מומחים. לאלה משלמים לפי שיטת תשלום בעד שירות או על-ידי הענקת שכר קבוע. בשיטה זו נהוג להגביל את מספר המבוטחים הרשומים אצל רופא, בדרכים שונות (קביעת מספר מכסימלי, קביעת תשלום נמוך יותר עבור כל מבוטח מעבר למספר ידוע), כדי לשמור על טיב השירות ורמתו. שתי שיטות אלו עוסקות ברופא העצמאי שהינו בעל-מרפאה או שיש לו מרפאה בש-כירות.

משכורת קבועה

הכוונה היא לשכר קבוע בלי להתחשב בהיקף

השירותים הניתנים על ידי הרופא, או במספר החולים הרשומים אצלו. השכר יכול להיות מלא או חלקי, לפי היקף וזמן תעסוקתו של הרופא. שיטה זו עלולה להביא לחוסר אינצטי-אטיבה לעבודה קפדנית ושקדנית ולהתדרד-רות ביחסי רופא-חולה. כן עלול להיווצר בזבוז אם רמת ניצולו של הטיפול הרפואי פחותה מיכולת מתן הטיפול של המוסד וצוותו הרפואי.

שיטה זו "מוציאה את הרוח" מכל נטייה למסחור הרפואה. השיטה מקובלת בארצות המתפתחות, מקום שניתן לאמציה גם בגלל העדר מסורת של פרקטיקה רפואית פרטית. השכר מבוסס על קריטריונים שונים של מומחיות, נסיון, ותק ואחריות. שכר גבוה יותר ניתן עבור איכות השירות ולא עבור כמות השירותים הניתנים על ידי הרופא.⁷

אף בישראל נוהגות קופות חולים לשלם לרופא לפי השיטות דלעיל. בקופת החולים הכללית רוב הרופאים מקבלים משכורת קבועה. אך קיים גם הסכם, עם רופאים כלליים ועם רופאי ילדים, לתשלום לפי גולגולת ובהתאם לתקופת הטיפול בחולה, וכן תשלום מיוחד עבור כל תעודה רפואית שהוא גותן למבוטח באישור הקופה.

רופאים אלו הינם במעמד של עצמאיים לגבי הסכם זה, ובהסכם מוצהר במפורש, כי אין הצדדים מתכוונים ליצור יחסי עובד ומעביד וכי הרופא אינו שייך ואינו כפוף למסגרת הארגונית של הקופה.⁸

7 לגבי שלוש השיטות ראה מקורות: Derick Fulcher, "Medical care systems"; "Personal Health care and social security", Report of a joint ILO/WHO Committee, W.H.O., Geneva, 1971

8 "הסכם בדבר הגשת טיפול רפואי", סעיף 10:

"(א) בלי לפגוע בזכויות החוקיות של המבוטח הרשום כלפי קופת-חולים או כלפי הרופא, מצהיר רים ומתחייבים בזה קופת-חולים והרופא, כי ברצונם ובכוונתם לא ליצור יחסי עובד ומעביד, כמפורט או כנפסק בחוק חופשה שנתית, תשי"א—1951, בחוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א—1951, בחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג—1963, ובכל חוק עבודה אחר המעניק זכות כלשהי לעובד לפי אותו חוק.

(ב) הרופא מצהיר בזה, כי בביצוע החובות המוטלות עליו על פי הסכם זה וכן בקבלת הזכויות המוקנות לו לפי הסכם זה, הוא אינו מהווה חלק ואינו משולב ואינו כפוף בכל צורה שהיא למסגרת הארגונית של קופת-חולים — פרט לאמור בהסכם זה — הואיל ולפי זרישתו הסכימה קופת-חולים שהוא יבצע את החובות הנ"ל, ויקבל את הזכויות הנ"ל בתור רופא בעל מעמד עצמאי לחלוטין."

אגב, הקופה מתחייבת בהסכם לשפות, או לפצות את הרופא עבור כל סכום שחוייב בו על-ידי בית משפט על-פי תביעה שתוגש נגדו על-ידי מבוטח בגין הטיפול הרפואי שקיבל אצלו. ב-24 ליוני 1974 חתמה "קופת-חולים מכבי" הסכם עם "ארגון ארצי של רופאי קופת חולים מכבי" המייצג את חבריו הקשורים כעצמאיים עם הקופה. לפי ההסכם חייב הרופא להגיש עזרה רפואית לפי תעריפי הקופה בשעות קבלה מוסכמות. בניגוד לחוזה עם קופת החולים הכללית, אין קופת-חולים מכבי נושאת בשום מקרה בכל אחריות שי-לוחית למעשיו של רופא, והוא חייב לפצותה על כל סכום שתשלם כפיצויים למבוטח על גזקיו.

שיטת התשלום — תשלום עבור כל כרטיס של מבוטח הרשום אצלו, לתקופה של שלושה חדשים ובתעריפים שונים לפי המקצועות הרפואיים השונים (רופאים כלליים, ילדים, עור, פנימי, עיניים, כירורג, נשים וכו'). לרופאים מותרת פרקטיקה פרטית וכן מותר להם לעבוד עבור קופות או מוסדות רפואיים אחרים. היחסים בין הרופאים לבין הקופה לא יהיו, משום בחינה, יחסי עובד-עומעביד, והרופא לא יהיה זכאי לפיצויי פיטורין או פיצויי פרישה, לחופשה שנתית, חופשת מחלה או לכל זכות או טובת הנאה אחרת המקובלת ביחסי עובד-מעביד, וזאת בהתחשב במעמדם של הרופאים כרופאים עצמאיים לכל דבר. תנאי נוסף — הרופאים ובני משפחותיהם חייבים להיות חברי קופת-חולים מכבי.

הסכמים דומים קיימים בקופות האחרות. רופאי בתי החולים עובדים במשכורת קבועה. בעקבות משבר השכר שהחל בסתיו 1976

במערכת זו, העלו הרופאים תוכנית חדשה, שאם תתגשם יש בה כדי לבסס חידוש בתחום התגמול לרופאים. לפי התוכנית יוקם גוף קואופרטיבי, בבעלות כל רופאי בתי-החולים בארץ, אשר יספק שירותי כוח-אדם רפואי, תמורת תשלום, לבתי החולים. אפשרות אחרת — מתן השירותים לבתי-החולים באמצעות ההסתדרות הרפואית, שתפעל כקבלן ותגבה את התשלומים עבור הרופאים, תוך ניכוי התוצאות האדמיניסטרטיביות. בכל מקרה, אם תוגשם התוכנית לא יעבדו עוד רופאי בתי-החולים בשכר קבוע, כשכירי הממשלה או קופת החולים הכללית, אלא כעצמאיים הקובעים בעצמם את התעריפים לשירותיהם.

נראה שהנפגע העיקרי מתוכנית כזו יהיה האזרח. הוא יתבקש, ודאי, לשלם מראש עבור שירות, או להתחייב ולתת ערבויות לכיסוי ההפרש בין התשלום שהממשלה, או קופת החולים הכללית, תאות ליתן לרופאים ובין התעריף הנדרש על ידם. הדבר יביא לסיום התקופה בה נתקבל חולה לטיפול ללא דיון והתמקחות על התעריף לפני הגשת העזרה. מחוסרי אמצעים, או אפילו בעלי אמצעים בינוניים, אשר יקשה עליהם לשלם את ההפרש האמור, עלולים שלא לזכות בקבלת טיפול כלל. נקודה נוספת: הממשלה, וקופת החולים הכללית, בונים בכספי ציבור בתי-חולים, חדרי-ניתוח, מכונני-רנטגן ומעבדות. הם רוכשים ציוד ותרופות. מספקים כוחות-עור, אחיות, מפעילי מכונני-רנטגן, שירותי מעבדות וכו'. כל זה יועמד לרשות הרופאים ואלו ידרשו עבור שירותים תמורה כראות עיניהם. זו החזרת הגלגל אחורנית, בתקופה שבכל ארצות העולם, ובראש ובראשונה

9 סעיף 15 (ב) להסכם הנ"ל:

"(ב) קופת חולים תשפה או תפצה את הרופא, על כל סכום שחוייב לשלמו ע"י בית-משפט מוסמך אם יחוייב עפ"י תביעה שתוגש נגדו ע"י מבוטח רשום או בשמו בגין הטיפול הרפואי או שירות שיקבל אותו מבוטח רשום אצל רופא או בעל מקצוע רפואי אחר או במוסד רפואי אשר אליו נשלח ע"י הרופא... בתנאי שהוא ימסור את ניהול הגנתו במשפט כזה לידיה של קופת-חולים, או לעורך-דין שהיא תמנה למטרה זו והוא ישתף פעולה עמהם, ככל שיידרש לצורך ניהול המשפט."

בארצות הברית, מתגברת התביעה ליתר מעורבות ציבורית בתחום הבריאות, לשירותי רפואה ציבוריים מבוקרים, למימון ע"י המיסוי הכללי או על-ידי דמי ביטוח פרונטסיביים. זהו הרס העיקרון היסודי של הרפואה הציבורית, לפיו יש שוויון של כל אדם מבחינת הזכות לקבל שירות רפואי מבלי להתחשב במצבו הכלכלי.

שיטות התשלום הנהוגות בארצות שונות

בארצות העולם השונות נוהגות שלוש שיטות התשלום לרופאים, בגיוונים שונים.

נורבגיה

שיטת התשלום לרופאים מבוססת על תשלום עבור שירות, לפי שתי רשימות תעריפים, בהתאם להסכם עם ההתאחדות הרפואית, אחת לרופאים כלליים ואחת למומחים.¹⁰

צרפת

המבוטח משלם לרופא תעריף קבוע ומקבל החזר של 80% קיים תעריף גבוה יותר לגבי מומחים. רבים הסכסוכים בין השלטונות לרופאים לגבי גובה התעריפים, ויש רופאים שאינם מצטרפים להסכם התעריפים (אך רק כ-2% מהם). כשליש הרופאים שכירים ושני שלישי עצמאיים.¹¹

שוודיה

בשנת 1970 הונהגה רפורמה בשיטת התשלום מים והשכר של הרופאים בשוודיה, וזאת במטרה לפשט את נוהל התשלומים, לבטל עיסקות כספיות בין הרופא לחולה, ולהשוות את המשכורות השונות בתוך המקצוע הרפואי (הרפורמה בוצעה גם בהשפעת האידי-

אולוגיה של ההנהגה החדשה, דאז, המפלגה הסוציאל-דמוקרטית בראשות אולף פלמה, בעניין שוויון-יתר בהכנסות).

עד להנהגת הרפורמה קיבל רופא בסקטור הציבורי, שכר-יסוד לפי ותק ומומחיות, ונוספו לכך התשלומים ששולמו לו על-ידי החולה (אשר קיבל החזר של 75% מביטוח הבריאות), לפי התעריף הקבוע. שיטה זו גרמה לגידול רב בהכנסת הרופאים. בהתאם לרפורמה זו מקבלים כל הרופאים המועסקים בסקטור הציבורי, שכר מלא (ולא שכר-יסוד בלבד). לפי מספר שעות עבודה (40 שעות לשבוע), בעוד שאינם מקבלים תשלומים מהחולים. ההבדל בין משכורות רופאים מקורו, מעתה, רק בוותק שונה. רוב הרופאים הצעירים תמכו ברפורמה, כי זו הביאה להטבת שכרם ותנאי-עבודתם, ולהסדרת שעות-עבודה יזמיות קבועות. הרופאים הבכירים, לעומתם, התנגדו, חלקם משום שראו ברפורמה "דה-פרופסיונליזציה" של המקצוע הרפואי והפיכתו ל"עבודה רגילה", מעין-פקידותית, וחלקם — משום שפגעה בהכנסתם. כדי להתפשר עמם, מעלימים עין מפרקטיקה פרטית של רופאים בכירים המועסקים בסקטור הציבורי.

זוהי רתיעה פשרנית מהנהגת שיטה אחידה, בין אם היא יעילה וצודקת בין אם לאו. וכדרכה של כל פשרה מעין זו, הנהיגה התחלת הכרסום של השיטה כולה.¹²

הולנד

הרופאים אינם עובדי קופות החולים. הרופא הכללי מקבל תשלום לפי גולגולת, תשלום גבוה יותר עבור 2000 החולים הראשונים הרשומים אצלו, ותשלום נמוך יותר עבור כל חולה, מעבר למספר זה, הרשום אצלו. וזאת משתי סיבות: ראשית — כדי למנוע רישום מספר מבוטחים גדול מדי אצל רופא

10 ראה: "Health Services in Norway", Oslo, 1973.

11 ראה: Fry and Farndale, "International Medical Care".

12 ראה: Vincente, Navarro, "National and Regional Health Planning in Sweden".

אחד, ושנית — כיוון שהוצאותיו של הרופא לטיפול, בכל אחד מעבר לאלפיים נפש, יור- דות יחסית. התעריפים שווים בכל המדינה, ולגבי כל קופות החולים, והם פרי הסכם חתום בין מועצת קופות החולים לבין ההס- תדרות הרפואית.

מומחים ורופאי שיניים מקבלים לפי שיטת התשלום עבור שירות. רוקחים מקבלים תש- לום עבור כל מבוטח הרשום אצלם, וכן תשלום עבור מחיר התרופה ותשלום-שירות עבור כל פריט במירשם-תרופות.

רופאי הולנד מצדדים בשיטת התשלום לפי גולגולת, שכן בדרך זו ברורה להם הכנסתם הצפויה (בניגוד לשיטת התשלום עבור שי- רות), פוחתת עבודת הניירת המוטלת עליהם, ונמנעים ויכוחים על גובה התשלום לשירות מסוים ועל הצורך לתיתו. מיעוט בקרב רופאי הולנד גורס, לעומת זאת, כי רק בשיטת התשלום עבור שירות מקבל הרופא תגמול ישיר לעבודתו בפועל, וכי שיטה זו מעודדת רמה גבוהה של שירות. אגב, החוק בהולנד קובע גם את גובה התשלום המירבי אותו רשאי לגבות רופא פרטי (תשלום זה גבוה בהרבה מן התעריפים לחברי הקופות), וזאת כאמצעי למלחמה באינפלציה.

יפן

כמעט כל רופאי יפן רשומים אצל מושלי המחוזות. כרופאי ביטוח-בריאות. המבוטח משלם את חלקו לרופא (cost sharing) וה- יתרה משולמת על ידי הקופה, באמצעות קר- נות התשלומים הרפואיים שמרכזם בטוקיו ולהם משרדים בכל 46 מחוזותיה של יפן. ועדות מיוחדות, בכל משרד מחוזי, מוסמכות להפחית חשבון רופא הנראה להן מוגזם. הרופא עצמו מספק את התרופות לחולה ומ- קבל תמורת זאת תשלום, וגם רווח נאה על מחיר התרופה. זאת, בכל איזורי יפן ולא

רק באיזורים נדחים בהם אין בית מרקחת. (אגב, בכל העולם רופאים מקנאים, לכן, באספקט מיוחד זה של ביטוח הבריאות ביפן) ¹³.

פולין

כל הרופאים מקבלים משכורת קבועה, לפי יום עבודה של 7 שעות (לאחר שעות אלו עוסקים רובם בפרקטיקה פרטית). השכר הינו לפי הותק, מידת האחריות, מומחיות ותוס- פת-כפר מיוחדת.

קנדה

שיטת התשלום הינה לפי שירות. לאחר שבי- תת רופאים סוערת נקבעה שיטת תשלומים מורכבת לרופא, שלא היתה כלולה במקורה בחוק ביטוח הבריאות:

1. תשלום לרופא על-ידי ביטוח הבריאות, עם הגשת חשבון על-ידי הרופא על שירותים שנתן.
2. תשלום על-ידי החולה לרופא, לפי רשי- מת תעריפים. המבוטח מקבל החזר מבי- טוח הבריאות.
3. תשלום שכר קבוע לרופא, באזורים רחו- קים ומבודדים ¹⁴.

דנמרק

שיטת התשלום לרופאים היא כדלקמן: בקופנהאגן משלמים לרופא לפי מספר חו- ליו.

מחוץ לקופנהאגן — הרופא מקבל עבור גול- גולת בתוספת תשלום עבור כל שירות שנתן לפי תעריף מוסכם. כל זאת לגבי קבוצה א' של המבוטחים, הפחות אמידים.

לגבי קבוצה ב', קבוצת האמידים — הרופא רשאי לדרוש מהם תשלום כחפצו, ואילו הם מקבלים החזר לפי התעריף הנהוג לגבי קבוצה א'.

13 ראה: Derick, Fulcher, *op. cit.*

14 ראה: Milton, Roemer, "The Organization of Medical Care under Social Security"

רופאי בתי החולים מקבלים משכורת. רופאי אים מקבלים תשלום עבור שירות, לפי רשימת תעריפים מוסכמים בין הקופה לבין הארגון המקומי של הרופאים, כפוף לאישור שלטונות הקנטון. לקנטון סמכות לקבוע רשימת תעריפים, בהעדר הסכם כזה. מותר לרופא לדרוש מעבר לתעריף מחברי קופות-חולים הנמצאים בקבוצת ההכנסה הגבוהה. בעד פרקטיקה פרטית לוקחים הרופאים פי שניים וחצי או שלושה מן התעריף, וזאת על-פי המלצת ארגונים מקומיים של רופאים.

בלגיה

הרופאים מקבלים תשלום עבור שירות, לפי רשימת תעריפים שהוסכם עליהם בין ארגוני הקופות לבין ארגוני הרופאים. ההסכם כפוף לאישורו של שר הרווחה החברתית. לאחר ההסכם, מועבר נוסחו לכל הרופאים, ורק אם 60% מסכימים עמו, תל ההסכם על כל אזורי המדינה. אם לא הסכימו עימו 60% מן הרופאים — יחול ההסכם רק על אזורים אשר בהם אכן הסכים שיעור זה של הרופאים. לממשלה סמכות להטיל בצו תעריפים, אם לא הושג הסכם בהיקף לאומי או שלא הסכימו עמו 60% מן הרופאים. את הצו ניתן להחיל על כל המדינה או על אזור מסוים בלבד.

רופאים שלא אישרו את ההסכם יכולים לקבוע תעריפים כראות עיניהם, אך הקופות תשלמנה רק לפי התעריף שבהסכם. בפועל הצטרפו כמעט 90% מרופאי בלגיה להסכם התעריפים¹⁶.

אוסטריה

רופאי בתי החולים עובדים תמורת שכר. רוב הקופות משלמות לפי גולגולת, לתקופה של 3 חודשים. אם מספר המבוטחים אצל רופא אחד עובר מכסימום מסוים (הנקבע מדי פעם), יורד התשלום עבור שירות.

ניו-זילנד

כאן נהוגות שתי השיטות: חלק מן הרופאים עובדים לפי תשלום עבור כל שירות וחלק לפי תשלום עבור כל נפש הרשומה אצלם.

אמריקה הלטינית, תורכיה
הרופאים עובדים בשכר קבוע.

פרימניה

לרופאים הכלליים יש עצמאות מרובה. אין הם שכירים. הם חתומים על תווה עצמאי, נפרד לכל רופא, עם ה-Family Practitioner Committee ועדות אלו אחראיות ישירות, בפני משרד הבריאות, לניהול ההסדרים להספקת שירותי רופאים כלליים לתושבי האיזור. הן קובעת את תנאי השירות, תשלומים ומשמעת. בכל ועדה 30 חבר, מהם 15 ממונים על-ידי המקצועות הרפואיים, 11 על-ידי שלטונות הבריאות האזוריים, ו-4 על-ידי השלטון המקומי.

השכר לרופא הכללי מסובך ובנוי מן המרכיבים הבאים:

- 1) תשלום בסיסי עבור עבודתו בצירוף תוספת עבור ותק, שירות מעבד לשעות הרגילות וכו'.
- 2) תשלום עבור שירותים מיוחדים, כגון: טיפול בנשים בהריון או באנשים שמחוץ לאיזור.
- 3) תשלום לכל גולגולת — כל אדם הרשום אצל הרופא; תשלום גבוה יותר עבור אנשים מעל גיל 65; תשלום קטן יותר עבור כל אדם מעבר ל-1,000 הרשומים אצלו כאשר הגבול העילי למכסת רישום הוא 3,500 חולים.

לרופאים ניתנים גם מענקים, כדי לשפץ את מרפאתם או כדי להעסיק צוותי-עזר רפואיים. כן משתתפת המדינה בקרן פנסיה עבורם, בשיעור של 8%, כאשר הרופא משלם 6% מהכנסתו בשירות הבריאות הלאומי. רופאי שיניים מקבלים תשלום עבור שירות.

15 ראה: Derick, Fulcher, *op. cit.*

רוקחים מקבלים לפי תעריפי התרופות, וכן תשלום עבור כל מירשם שגתנו.

הרופאים בשירות הבריאות הלאומי, ביחוד הזוטרים שבהם, אינם מרוצים מתנאי שכרם ועבודתם, והם ביטאו זאת בשביתה כללית בשלהי שנת 1975.¹⁶

גרמניה המערבית

קופות החולים חותמות הסכמים עם ארגוני רופאים, לגבי התשלום לרופאים, ומשלמות לארגונים סכום תקופתי (3 חודשים) יחסית למספר המבוטחים שטיפלו בהם. ארגוני הרופאים המקומיים (ישנם 17 ארגונים כאלו) משלמים לרופא תשלום עבור כל שירות שנתן למבוטח, לפי כרטיס תלת-חודשי, בו מנויים השירותים שניתנו לכל מבוטח בת-קופה זו. הארגונים גם אחראים לביקורת על חשבונות רופאים מוגזמים. היחס בין הקופה לבין הרופא הינו עקיף, דרך ארגוני הרופאים אשר כלפיהם יש לרופא התחייבות חוזית. הפדרציה הלאומית של קופות החולים אחראית, מבחינה חוקית, לניהול המשא-ומתן עם ארגוני הרופאים הארציים על רשימת התעריפים. זהו הסכם כללי ובלתי מפורט. לאחר מכן, כל קופת-חולים מקומית נושאת

ונותנת ביתר פירוט עם ארגון הרופאים המ-קומי, ומותר לה לשנות את דמי הביטוח בהתאם לשוני המקומי בהוצאות.

כ-80% מהכנסתו הממוצעת של רופא גרמני באה מביטוח הבריאות, ורק כ-20% אחוז מפרקטיקה פרטית. יש תשלום מירבי קבוע גם לפרקטיקה פרטית — שלוש פעמים התש-לום המשתלם לרופא עבור אותו שירות לחולה המבוטח בקופה. כל דרישת תשלום גבוהה יותר, יכולה לשמש עילת-תביעה לחולה נגד הרופא, אם לא הסכים החולה במפורש לתשלום הגבוה יותר. בכל מקרה, קובע החוק מכסימום אבסולוטי של שש פעמים התשלום, המשתלם עבור חולה המ-בוטח בקופת-חולים.

בעשור האחרון עלתה הכנסת הרופא הגרמני ב-230% לעומת 50% עלייה ביוקר המחיה יג.

בסיכום ניתן לומר, כי שילוב אלמנטים נאותים משלוש השיטות הנ"ל, תוך התאמתם לתנאיה של כל ארץ וארץ, ותוך נקיטת אמצעים שימנעו ניצול לרעה ומיסחור הרפואה, הוא שכיח והזהב, אשר אליו יש לחתור.

16 ראה: Health Services in Britain, Central Office of Information, London, 1974
17 ראה: Gordon, MacLeod, "National Health Insurance in the Federal Republic of Ger-many and the Implications for U.S. Consumers," Public Health Reports July-August, 1976, Vol. 91, No. 4

ניתוח והערכה של נסיונות ליישום מדיניות שכר סלקטיבית בשירות הציבורי בשנים 1976-1977

מאת פרופ' אריה שירום * ואבישי לנדאו **

א. מבוא

תגמולים חומריים ולא-חומריים כאחד. השיי-
מוש בביטוי "מדיניות שכר" בא רק על
מנת לפשט הצגת הדברים ולהימנע ממונחים
שאינם שגורים בפי כל. המונח "שירות צי-
בורי" מוגדר על ידינו כענף כלכלי, דהיינו
— ענף השירותים הציבוריים והקהילתיים.
באורח מעשי כוללת הגדרה זו את שירות
המדינה, הרשויות המקומיות, המוסדות הל-
אומיים והמוסדות האדמיניסטרטיביים של
ההסתדרות (קופת חולים, למשל). זוהי ההג-
דרה שבה השתמשה "ועדת ברקאי" (דין
וחשבון הוועדה... להלן: "ועדת ברקאי",
1976).

מדוע נבחרה לניתוח והערכה דווקא מדיניות
השכר הסלקטיבית שהופעלה בלפי האחיות
והעובדים הסוציאליים ב-1976-1977? בע-
בר היו מספר נסיונות של המעסיק הציבורי
ליישם בשירות הציבורי מדיניות שכר סלק-
טיבית, אלא שמדיניות זו לא הופעלה כלפי
קבוצות מקצועיות ייחודיות, ובשל כך נכשלה
במבחן הביצוע הראשוני. כך, למשל, נתכוונו
בשעתו לשפר את תנאי שכרם של עובדים
מקצועיים בשירות המיסים (פקידי שומה,
מפקחי שומה, מעריכי מכס ומבקרי מכס),
אך יישמו תוספות ייחודיות אלו מיידית לכלל

נאמר: "פיקח — לומד משגיאות עצמו;
חכם — משגיאותיהם של אחרים". תכליתה
של עבודה זו היא להציג ניתוח והערכה של
מדיניות השכר הסלקטיבית, שניסו להנהיגה
בשנים 1976-1977 כלפי שתי קבוצות עוב-
דים בשירות הציבורי: עובדים סוציאליים
ואחיות. הערכת מדיניות השכר תיעשה תוך
יישום מודלים של מחקר הערכתני, שפותחו
בשנים האחרונות. עיקר טעמו של עיון זה
בכך שהוא מבטא נסיון ללמוד משגיאות
שנעשו בעבר בתהליך התכנון של מדיניות
התגמולים של המעסיק הציבורי. שעה שד-
ברים אלו נכתבים, מצוי השירות הציבורי
בעיצומה של מערבולת חדשה של תביעות
שכר של קבוצות עובדים שונות בתוכו. סימ-
נים ראשונים מראים, כי מדיניות המעסיק
הציבורי כלפיהן מראה מידה מועטה מדי של
לימוד משגיאות העבר. יהיו נא דברים אלו,
כמקווה, בבחינת נורית אזהרה מהבהבת,
ולואי שנמצא עצמנו טועים.
במונח "מדיניות שכר", בו נעשה שימוש
להלן, כוונתנו למדיניות תגמולים לעובדים —

* פרופ' חבר, החוג ללימודי עבודה, אוניברסיטת תל-אביב.

** תלמיד לתואר השני, החוג ללימודי עבודה, אוניברסיטת תל-אביב.

תודת המחברים נתונה לשרה גולדיאק (לשעבר מזכירת הסתדרות האחים והאחיות), יצחק קזמן — מזכיר איגוד העובדים הסוציאליים, אפרים ירמנס (לשעבר הממונה על השכר במשרד האוצר) וד"ר נעמי כרמון, על הערותיהם המועילות. מובן מאליו, כי האחריות על הדעות וה-
הערכות במאמר זה היא על המחברים בלבד.

העובדים המקצועיים והמינהליים בשירותי המיסים. בעבודתנו בחרנו בשתי קבוצות מקצועיות, שלגביהן יושמה מלכתחילה מדיניות שכר סלקטיבית בלא שנכשלה במבחן הביצוע הראשוני. לאמור — מדיניות זו מאפשרת הערכת תוצאותיה לאור יעדיה המוצהרים והפקת לקחים בהתאם.

בהערכת מדיניות שכר סלקטיבית כלפי קבוצה מקצועית מסוימת נצטרך להעזר בעיקר בקריטריונים הגזורים מהבנת האילוצים, הכלכליים, החברתיים והפוליטיים, של מערכת יחסי העבודה של אותן קבוצות מקצועיות. נושא זה של מדיניות שכר ענפית בישראל נמצא ברמה של תת-פיתוח (ראה, למשל, ברקאי, 1976, וזוסמן, 1969), ולא העלה עד כה קריטריונים ברורים לשם קביעת מדיניות העדפה של מקצועות מסוימים בקרב עובדי השירות הציבורי על בסיס עדיפויות לאומיות. הספרות הזרה עוסקת בנושא זה, בעיקר מנקודת ראות כלכלית. אמנם ניתן להביא מספר מודלים מורכבים, שפותחו לצורך הסבר שינויי שכר במצב של מחסור בכוח אדם פרופסיונלי מיומן (Kochan, 1974; Fogel & Lewin, 1974). מודלים אלה לא יסייעו בידינו להבין את תהליך קביעת מדיניות השכר של המעסיק הציבורי כלפי האחיות והעובדים הסוציאליים ב-1976. קצתם מגיעים למסקנה שבמצב של העדר תחרות בין מעסיקים על כוח אדם פרופסיונלי מיומן, כלומר — כאשר יש הסכמה בעלת אופי קרטלי על השכר בין המעסיקים — נקבע השכר ברמה נמוכה מאשר האופטימום ונשמר מצב של משרות פנויות. ומחסור בכוח אדם (Kochan, 1974). קצתם מגיעים למסקנה, שכתוצאה מן הפוליטיזציה של תהליך קביעת מדיניות שכר של הממשלה כלפי עובדיה, יהיה שכרם של עובדים מיומנים, כולל פרופסיונליים, נמוך יותר מאשר זה השריר בסטור הפרטי (Fogel and Lewin, 1974). מודלים אלו ודומיהם אינם מסייעים בידינו כיוון שנקודת הראות הבסיסית שלנו היא

ראיית מדיניות השכר כמרכיב של ניהול מתקדם של כוח אדם במערכת השירות הציבורי (Nash & Carrol, 1975). בכוננו לבחון באיזו מידה תהליכי החשיבה והתכנון של מדיניות השכר של המעסיק הציבורי כלפי האחיות והעובדים הסוציאליים אמנם יכול היה בכלל להביא ליעדים הרצויים — יעדים הנגזרים מן המצב החריף של מחסור בשני סוגי כוח אדם מקצועי מיומן זה (ברגמן ורון, 1976).

ככל מחקר הערכת, פותח גם מחקרנו בהגדרת היעדים שאותם ביקשה להשיג התוכנית המוערכת — במקרה דנו, מדיניות השכר הסלקטיבית כלפי האחיות והעובדים הסוציאליים. בהקשר זה, נראה, שניתן לאפיין שתי רמות של ניסוח יעדים: הרמה הפוליטית של ועדת השרים לענייני שכר, והרמה של נציגי הצדדים שניהלו את המשא ומתן על הסכמי השכר. ועדת השרים לענייני שכר הושפעה על ידי עובדת המחסור הכרוני והמתמשך בכוח אדם מקצועי בשרותי הסיעוד והרווחה, וכמו כן על ידי עוצמת הלחץ של האיגודים המקצועיים שייצגו קבוצות עובדים אלו. בהחלטת הרמה הפוליטית להעניק לקבוצות העובדים המקצועיות בשירותי הרווחה תוספות שכר סלקטיביות משמעותיות, היה ניסיון להיענות לתביעות העובדים תוך מניעת "מעבר" או "נדידה" של תוספות השכר, שניתנו להם, לחלקים האחרים של השירות.

היעדים הבסיסיים של מנהלי המשא ומתן, נציגי המעסיק הציבורי ונציגי ארגוני העובדים, הוגדרו על בסיס נקודת המוצא של המחסור החריף והכרוני באחיות ובעובדים סוציאליים. מנקודת ראותם של מנהלי המשא ומתן היה היעד לעשות שימוש בתמידיים חומריים, וליתר דיוק בתוספות השכר, כך שיוקל מחסור זה. בעבודתנו נתייחס ליעד זה בלבד וננסה לנתח באיזו מידה תהליכי המשא ומתן ותוצאותיו אמנם קידמו את השגתו.

מדיניות השכר לעובדי השירות הציבורי

לשנים 1976—1977 וקבעה ב-25.4.1976, עת נחתם הסכם קיבוצי בין נציגי המעסיק הציבורי להסתדרות. תחילה התייחס ההסכם לעובדי הדירוג האחד, אך לאחר מכן הורחב לגבי כלל עובדי השירות הציבורי. ההסכם קבע כי תינתן תוספת שכר יסוד של 2.5% לכל אחת מן השנים 1976—1977, הסדרים מיוחדים לעדכון תוספות ולזחילת שכר עידוד בחלקים מסוימים של השירות הציבורי. הסכם האחיות של סוף אוקטובר 1976 היה נקודת מפנה בתחום מדיניות השכר של השירות הציבורי בכך שיצר — תוך הנחגת שינויים משמעותיים ביותר בשכר האחיות יחסית להסכם השכר הכללי של השירות הציבורי — דגם חדש של מדיניות שכר בשירות הציבורי. הסכם השכר של העובדים הסוציאליים, שנחתם בדצמבר 1976, אף הוא היה בבחינת דגם חדש של מדיניות שכר, ואף הוא כלל שינויים משמעותיים בתנאי השכר.

ב. שיטות

כאמור, מטרת עבודה זו לנתח ולהעריך את יעילותה של מדיניות השכר הסלקטיבית, שהונהגה כלפי האחיות והעובדים הסוציאליים, בהסכם של 1976—1977. שיטת המחקר העיקרית שבה נעשה שימוש: מחקר הערכת, וליתר דיוק מחקר הערכת-איכותי בעל מכוונות תהליכית.

מחקר הערכתי הינו שטח בינתחומי חדש במדורי ההתנהגות שהוגדר כ"פעילות מחקר מדעית המכוונת להערכת הפעולה והתוצאה של מדיניות חברתית..." (Rossi and Wright, 1977, 5) ניתן להשתמש במחקר הערכתי בכל מגוון של כלי מחקר הקיימים במדעי החברה וההתנהגות, כולל חקרי אי-רוע איכותיים, סקרי שדה ומחקרים חצי-מעבדתיים. ההבדל המהותי בין מחקר הערכתי לדרכי מחקר אחרות (למשל, דיווח התרשמותי) להערכת האפקטיביות של מדי-

ניות ציבורית הוא בכך שמחקר הערכתי עושה שימוש בטכניקות המחקר של מדעי החברה. מחקר הערכתי מכוון להאיר, בצורה שיטתית ורציונלית, תוצאות של מדיניות ציבורית כלשהי — ועל ידי כך, כמקווה, לסייע בשיפורה. במסגרת זו לא נוכל לתאר תיאור ממצה ענף מחקרי חדש זה (ראה למשל, Gordon & Morse, 1976, ו-Abel, 1977).

את האפקטיביות של מדיניות השכר הסלקטיבית טיבית שנקבעה כלפי האחיות והעובדים הסוציאליים הערכנו כשנה לאחר שנחתמו הסכמי השכר עימם. עשינו שימוש בשיטת שיטות:

(א) סובייקטיבית, על ידי רעיון-מובנה של נציגי צדדים בדרג הארצי, שהיו שותפים למשא ומתן. במהלך ראיונות אלו הועמדו לדשותנו מסמכים פנימיים של הצדדים, אך לא הורשינו לצטט מהם.

(ב) אובייקטיבית, על ידי נסיון להעריך את השפעת מדיניות השכר על החלטותיהן של קבוצות עובדים אלו להתמיד במקצועם. ליתר הבהרה: ניסינו להעריך כמדד אפשרי אחד של אפקטיביות מדיניות השכר הסלקטיבית את מספרי האחיות שחתמו על התחייבות לשירות עתידי במקצוע תמורת התמריץ הכספי. מכיוון שלא היו בנמצא נתונים סטטיסטיים מקובצים על אחיות שחתמו על כתבי ההתחייבות לשירות של שלוש שנים, נאספו נתונים מדגמיים משלושה בתי חולים בינוניים בגוש דן: ממשלתי, עירוני-ממשלתי ובית-חולים של חופת חולים. איסוף הנתונים משלושת בתי חולים אלו נעשה בעזרת שאלון סגור, אותו נתבקש למלא בהשגחת אחד המחברים, מנהל כוח אדם של כל אחד משלושת בתי החולים. גם במקרה של העובדים הסוציאליים לא הגענו לנתונים סטטיסטיים על העובדים הסוציאליים, שהצטרפו למסלול

ליד המזכירות פועלת ועדת שכר, המקבלת תביעות למו"מ קיבוצי. במהלך גיבוש התביעות, מתקיימות הוועצויות עם מועצות הסניפים של הסתדרות האחיות (יש 15 סניפי פים כאלה).

ארגוני המעסיקים, החתומים על הסכמי העבודה עם הסתדרות האחיות, מיוצגים על ידי גוף בינמוסדי הכולל נציגי משרד הבריאות, מרכז קופת חולים, נציבות שירות המדינה, מרכז השלטון המקומי, "הדסה", "מלבן" ושלוש הערים הגדולות. הגופים המובילים בוועדה הבינמוסדית הם משרד הבריאות ומרכז קופת חולים, שהם המעסיקים העיקריים של כ-16 אלף האחיות בארץ.

בשנים האחרונות הצליחה הסתדרות האחיות להשיג מספר הישגים משמעותיים: טבלת שכר ייחודית לאחיות ולאחים, החלה על כל המעסיקים הציבוריים של האחיות (החל מ-1974); יום עבודה מקוצר לאחיות מבוגרות ולעובדות במשמרת לילה; וכמו כן תוספת ותק מקצועי ניכר ותוספות על מילוי תפקידים מינהליים. גוסף לכך השיגו האחיות בהסכם 1974/1972 קידום אוטומטי, קיצור שבוע העבודה ל-40 שעות בכל הענפים, הגדלת תוספות בתי חולים והשתלמויות, ותוספות מיוחדות למעונות, סיכון, ספר, ועבודה בשעות מפוצלות. בשנים 1974-1976 לא היה שינוי משמעותי בערך הריאלי של שכר האחיות: הן קיבלו את תוספות היוקר, בדומה לאלה שאר השכירים במשק.

2. הרקע לסכסוך של 1976: המחסור

באחיות

האחיות והאחים מהווים מעל 36% מכלל עובדי ענף הבריאות בארץ. מזה עשור שנים ומעלה מורגש מחסור חריף באחיות, המגיע לפי אומדנים שונים לכ-1,000 אחיות, כמחציתן מוסמכות.¹

הקידום הנמרץ וחתמו על התחייבות לשרת שלוש שנים במערכת. יצוין בהקשר זה, כי לפי הערכת איגוד העובדים הסוציאליים, הצטרפו למעלה מ-90% של העובדים בטיפול ישיר למסלול הנמרץ בדרך של חתימה על התחייבות כנ"ל, מאז החלו ליישם את הסדרי הכניסה למסלול הנמרץ (אמצע 1977). לפיכך נאלצנו להסתמך בהערכת אפקטיביות הסכם העובדים הסוציאליים במידה רבה על הראיון של נציגי הצדדים במערכת יחסי העבודה.

על אף היקפו הכמותי של השירות הציבורי בישראל (כשליש מכוח העבודה הישראלי), ועל אף חשיבות ההסדרים, הנוהגים בו כמקור השפעה והשראה על המתרחש במערכת יחסי העבודה של הסקטור הפרטי, כמעט שאין בנמצא חומר תיאורי שיטתי על מערכת יחסי העבודה של השירות הציבורי.

בשל המיעוט והדלות של המחקר על ההיבטים השונים של יחסי העבודה בשירות הציבורי, נביא בפרק הממצאים גם תיאורים קצרים של מבנה נציגות הצדדים להסכמים הקיבוציים אשר בהם עוסק מחקר זה.

ג. מדיניות השכר הסלקטיבית של האחיות

1. מערכת יחסי העבודה של האחיות הסתדרות האחיות והאחים הינה אחת ההסתדרויות הגדולות והוותיקות במסגרת האגף לאיגוד מקצועי של ההסתדרות. בדומה למרבית ההסתדרויות המקצועיות האחרות, בוחרים חבריה מדי 4 שנים, בבחירות מפלגתיות ייחסיות, ועידה הבוחרת מרכז (51 חברים) הבוחר את המזכירות (21 חברים).

1 אומדן הרשות לתכנון כלכלי, אותו נקב שר הבריאות בנתוני רקע שחולקו לחברי הכנסת בעת הצעה לסדר היום בנושא המחסור באחיות, 29.4.75.

לוח 1: התפלגות אוכלוסיית האחיות וכוח העזר בקופת חולים
לפי רמת ההכשרה ומקום העבודה באחוזים: 1974, 1976

בתי-חולים		מחוזית		מקום העבודה רמת ההכשרה
1976	1974	1976	1974	
44%	45%	38%	40%	מוסמכות
54%	53%	49%	49%	מעשיות
2%	2%	13%	11%	כוח עזר
100%	100%	100%	100%	
(4,016)		(3,218)		

מקור: חוברת נתונים פנימית של המחלקה למחקר ולסטטיסטיקה של מרכז קופת-חולים, 1976.

אחות מוסמכות. סקר שלישי נעשה על ידי קופת חולים (מרכז קופת חולים, 1972), ובו מצויים נתונים על שיעורי הפרישה השנתיים של אחיות מקופת חולים: 153 לאלף ב-1969 ו-174 לאלף ב-1972. מתוך זה שיעור ההתפטרות הינו 51 לאלף ב-1969, לעומת 87 לאלף ב-1972. גם בסקר אחרון זה מתגלית תמונה דומה: גורמים מרכזיים שהגיעו אחיות שפרשו מהמקצוע לחזור אליו קשורים בסידורים לטיפול בילדים, שעות עבודה גמישות, סידורי הסעה לעבודה וממנה, מסלולי קידום ואפשרויות להשתלמות לקראת אחות מוסמכת או תואר. אי-שביעות רצון מתגמולים חומריים הווי-כרה כסיבה שהגיעה לפרישה מן המקצוע. יצוין כי ב-1975 הופעלו הסדרים (קורסי הסמכה), המאפשרים לאחות מעשית להשתלם לאחות מוסמכת.

נושא המחסור באחיות נבדק באורח יסודי מספר פעמים על ידי משרד הבריאות. ב-1974 חקרה נושא זה "ועדת הנדלסמן". נוסף לממצאים שצוינו לעיל, הגיעה ועדה זו לכלל מסקנה, שיש לייעל את השימוש בכוח אדם סיעודי על ידי הוצאת תפקידים לא-סיעודיים (שירותיים ותחזוקתיים) ממקצוע האחיות והעברתם לטכנאים מיוחדים ולכוח עזר, וזאת הן כתחליף למחסור באחיות והן כאמצעי משיכה למקצוע ולצמצום הנשירה והתחלופה. ההמלצה היתה להקצות כ-1,000 תקנים נוספים במערכת לכוח עזר

לוח 1 מאפיין כמה מן המגמות המאפיינות את תהליכי ההעסקה של אחיות בשנים האחרונות. יש ירידה נמשכת בשיעור האחיות המוסמכות מכלל האחיות הן בבתי החולים והן במחוזות (אחיות במרפאות ואחיות בריאות הציבור). ירידה זו מקווצת בעיקר על ידי גידול בכוח עזר ובסניטרים בבתי-החולים וגידול באחיות מעשיות במחוזות.

בשנות ה-70 נערכו מספר מחקרים מקיפים, שנועדו להכיר ולבחון את הסיבות לפרישת אחיות מן המערכת, שכן כניסת כוחות חדשים למקצוע הסיעוד תלויה כולה במידה שבה בוגרות המוסדות להכשרת אחיות תמשיכנה לעבוד במקצוע. בסקר שנערך על סיבות פרישת אחיות מוסמכות (ברגמן ועמיתיה, 1975) נמצא שההסברים העיקריים לשיעורי ההתפטרות הגבוהים הם העדר סיודור נאות לילדים וסיבות משפחתיות הקשורות בשעות עבודה לא נוחות. שני שליש מכלל האחיות המוסמכות הנוטשות גילו נכונות לחזור לעבודה אם יימצא סידור נאות לילדים וישופרו תנאי עבודתן, כולל הקטנת עומס העבודה והגדלת תגמולים חומריים.

בסקר אחר (ברגמן, 1972), שנערך על אחיות מעשיות, נמצא שוב כי סיבה מרכזית לעזיבת העבודה קשורה בילדים, ול-אחר מכן חוסר שביעות רצון מתגמולים חומריים והעדר אפשרויות להתקדמות לתואר

טכני זה. כמו כן, כלל דו"ח הוועדה מספר המלצות לייעול השימוש בכוח אדם סיעודי במערכת.

בעת גיבוש המדיניות המקצועית של הסתדרות האחיות והאחים ל-1976—1977, במאוס—אפריל 1976, היו 10% מתקני כוח האדם הסיעודי לא מאויישים בשל מחסור באחיות.

3. המשא ומתן וההסכם הקיבוצי של

האחיות לשנים 1976—1977

הסתדרות האחיות גיבשה את מדיניות השכר שלה עוד במאוס 1976, בעת ועידתה החמישית של הסתדרות האחיות. במאי 1976 הוגשו תביעות אלו למעסיקים. אמנם ההצעה המפורטת של הסתדרות האחיות הוגשה רק באוגוסט 1976, אך כבר במועד זה מסתמנות בתביעות הסתדרות האחיות עיקרי מדיניותן: קיצור שבוע העבודה ל-36 שעות, והעלאה רחבה ומסיבית של רכיבי השכר השונים של כלל האחיות, תוך שימת דגש על ותק מקצועי, ותק בתפקיד, גמול תפקיד, מסלולי קידום אוטומטיים ומקוצרים ותוספות מיוחדות — למאמץ (40%), לעובדות בבתי חולים ולבעלות השכלה אקדמית ועוד.

תגובת המעסיקים (באמצע יולי, בצורת החלטת של ועדת השרים לענייני שכר): סירוב להיענות לתביעת הסתדרות האחיות לנייהול משא ומתן נפרד, תוך הישענות על ההסכמים הקיבוציים הכלליים שנחתמו עם הסתדרות לשנים 1976—1977 והנוגעים לכלל דירוגי השכר של השירות הציבורי. הועלה בפומבי החשש שהיענות לתביעת האחיות — לניהול מו"מ נפרד על הסכמי שכר חדשים — תמוטט עיקרון זה ותפתח

פתח לכל האיגודים המקצועיים האחרים אשר בשירות הציבורי לדרוש פתיחת משא ומתן נפרד גם עמם.²

המעסיק הציבורי, בעיקר באמצעות יחידת הממונה על השכר במשרד האוצר ומנהלים בכירים במשרד הבריאות, מנסים לעצב מדיניות כוללת יותר כלפי תביעות השכר של האחיות. בניתוחים פנימיים מועלית המסקנה שהגידול הניכר בביקוש לכוח אדם סיעודי הינו תוצאה של העמקה טיפולית שחלה במכוני האשפוז, ובגין המחסור באחיות נוצר עומס יתר על המועסקות בתוך המערכת. ניתוחים אלו מראים, כי על אף העובדה שכמחצית מבין האחיות במערכת אינן מועסקות במשרה שלימה, הרי הלקחים העולים מהעלאות השכר הניכרות שניתנו לאחיות בהסכמי 1972—1974 מורים שאין פוטנציאל זה מונע לעבוד בחלקי משרה נוספים תמורת תוספת שכר.

בספטמבר, לאחר שביתת אזהרה של האחיות, מנסח המעסיק הציבורי הצעת נגד לאחיות, המבוססת על מדיניות חדשה: מדיניות של תווים מיוחדים שיוצעו לחתימה לאחיות בתי חולים במשרה מלאה ובתפקידים שליד מיטת החולה. אחיות כאלו, שתתחייבנה לשרת מספר שנים, תהיינה זכאיות לתוספות משמעותיות לשכרן, כולל השתתפות בהוצאות טיפול בילדים. טיעוני המעסיק הציבורי: הצעה זו עולה בקנה אחד עם המלצות ועדת ברקאי לטיפול בקבוצות עובדים שלגביהם יש הצדקה להפיל על מדיניות שכר סלקטיבית.³ החלטת המעסיק הציבורי על מדיניות זו התבססה בעיקרה על נתונים שהורו, כי עיקר המתסור באחיות הוא באחיות מוסמכות, במשרות מלאות, בבתי חולים. בעקבות התפתח

2 נציגות המעסיק הרבתה לחתימה, באותם ימים, לקעקוע "עסקת החבילה" של 1970—1971 על ידי הסתדרות האחיות, בעזרת תמיכה ציבורית רחבה, וכן לתוספות השכר החרגות והניכרות שזכו בהן האחיות בהסכמי השכר של 1972—1974. צריך לציין, עם זאת, כי התוספות המיוחדות שזכו בהן האחיות באותם הסכמי שכר לא היו צמודות למדד ונשחקו עד 1976.

3 לגבי עובדים מקצועיים שבהם קיים מחסור בקטעים מוגדרים של השירות הציבורי, המליצה ועדת ברקאי על מדיניות של תווים מיוחדים.

להשתלמויות ולכוננויות — בקרבה לתביעות שהגישה הסתדרות האחיות. הוסכם על הקמת שלוש ועדות: ועדת תפקוד לקביעת מסלולי הקידום הנמרצים (שכבר סיימה עבודתה), ועדת השוואה של שכר אחיות בתפקידים זהים בסקטור ציבורי — פרטי וממשלתי, וועדת שכר עידוד (שטרם סיימה עבודתה).

4. ממצאים בדבר תוצאות מדיניות השכר הסלקטיבית של האחיות

תוצאות הסקר שערכנו בשלושה בתי חולים באזור המרכז, על מנת להעריך את תוצאות מדיניות השכר הסלקטיבית שנקטה כלפי האחיות, מובאות בלוח 2.

חיות נוספות במשא ומתן (כניסת הוועדה המרכזת של ההסתדרות למו"מ, "הבהרות" שניתנו על ידי יו"ר מרכז קופ"ח ועוד), הסכימו נציגי המעסיק לבדוק את האפשרויות להפעיל שכר עידוד כלפי אחיות, לעדכן תוספות שניתנו לאחיות בעבר ולקבוע להן מסלולי קידום מקוצרים.

ההסכם הקיבוצי שנחתם לבסוף (ב-28.10.76) כלל מערכת תמריצים לאחיות בבתי חולים במשרה מלאה, שתתחייבנה לשירות של שלוש שנים, כפי שהציעו המעסיקים, אך בהגדרה מאוד רחבה של "ליד מיטת החולה" ⁴. כמו כן כלל ההסכם מסלולי קידום נמרצים ואוטומטיים, תוספות משמעותיות לבעלות תואר סיעודי אוניברסיטאי, ועדכון משמעותי של תוספות לספרות מקצועית,

לוח 2: שיעורי מוביליות תעסוקתית של אחיות בשלושה בתי חולים בבעלות שונה באזור המרכז, במחצית השנה שלפני חתימת הסכם השכר של אוקטובר 1976, בהשוואה למחצית השנה שלאחר החתימה

סוג המוביליות	בית חולים ממשלתי		בית חולים עירוני-ממשלתי		בית חולים של קופ"ח	
	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי
1. פרישת אחיות במשרה מלאה	6.9%	6.6%	9.4%	6.7%	23.8%	20.7%
2. אחיות שחזרו למשרה מלאה מחופשת לידה	2.4%	1.8%	1.0%	0.6%	2.7%	3.5%
3. אחיות חדשות שנקלטו במשרה מלאה	11.0%	10.3%	7.4%	5.4%	12.7%	3.5%
4. אחיות בתוך בתי חולים שעברו ממשרה חלקית למלאה	1.8%	3.0%	5.2%	1.7%	2.7%	2.3%
5. אחיות שחתמו על התחייבות שירות תמורת התמריץ	—	70.0%	—	61.6%	—	61.5%
6. (סה"כ אחיות)	(330)		(297)		(260)	

השכר החדש על שיעורי המוביליות של האחיות בשלושה בתי החולים המדגמיים.

כפי שאפשר להיווכח מלוח זה, הרי לא ניתן להבחין בהשפעה משמעותית של הסכם

4 כוללת אחים ואחיות במכוני אשפוז ומכוני עם מיטות, כולל אלה העוסקות בפיקוח, בחוראה בכי"ס לאחיות ובהנהלת שירותי סיעוד בבתי חולים.

אם ניתן להצביע על מגמה ברורה, הרי היא בכיוון של ירידת מספר האחיות החדשות המצטרפות במשרה מלאה. נתונים חלקיים שנאספו במחלקה למחקר וסטטיסטיקה של מרכז קופת חולים ובמשרד הבריאות על מוביליות תעסוקתית של אחיות בחודשיים שלפני ההסכם בהשוואה לחודשיים שלאחר ההסכם שבים ומאשרים מסקנה זו: לא נראה, כי להסכם השכר היתה השפעה של ממש על שיעורי קליטה ופליטת אחיות במערכת. בראיונות שערכנו עם נציגי הציידים למשאומתן על הסכם האחיות הועלתה הטענה, כי ההסכם מנע פרישה בהיקף רחב הרבה יותר מזה שהתרחש בפועל. טענה זו קשה לבדיקה ולהוכחה.

ד. מדיניות השכר הסלקטיבית של העובדים הסוציאליים

1. מערכת יחסי העבודה של העובדים הסוציאליים
איגוד העובדים הסוציאליים הינו איגודם המקצועי של העובדים הסוציאליים הכשירים (כולל בוגרי המכון להכשרת עובדים סוציאליים) ומסונף לוועדה לענייני אקדמאים בהסתדרות. שלא כמו בהסתדרות האחיות, המוסדות הנבחרים של איגוד העובדים הסוציאליים נבחרים בבחירות אישיות-רובניות על בסיס אישי (זה אחד האיגודים המקצועיים הספורים המסונפים להסתדרות ומקיימים שיטת בחירות לא-מפלגתית). הגוף המבצע של האיגוד, המזכירות הארצית, מורכב מנציגי אזורי הבחירה שהם חברי המרכז הנבחרים אישית.
המעסיקים הציבוריים, החתומים על הסכמי העבודה של העובדים הסוציאליים, הם גם כאן ממשלת ישראל (שנציגיה היו בדרך

כלל ראשי משרד הסעד ונציגי נציבות שירות המדינה), מרכז השלטון המקומי, הסוכנות היהודית ושלוש העיריות הגדולות — ירושלים, תל-אביב וחיפה. בעבר לא היה גוף קבוע של נציגי המעסיק הציבורי לענין ניהול משא ומתן עם איגוד העובדים הסוציאליים, אלא התארגנה נציגות המעסיק כל אימת שנפתח משא ומתן עם איגוד העובדים הסוציאליים. נותן הטון בנציגות המעסיק היה בדרך כלל נציג משרד הסעד, על אף היותו מעסיק של מיעוט העובדים הסוציאליים במדינה.

השביתה הכללית הראשונה שאיגוד העובדים הסוציאליים הכריז וניהל התרחשה במאוס 1973, על רקע התביעה לסולם דירוג נפרד ולוח תפקוד עצמאי של העובדים.

2. הרקע לסכסוך של 1976: המחסור בעובדים סוציאליים

לפי סקר שערך משרד הסעד בשנת 1974 (מחלקת המחקר, 1974), רוב העובדים הסוציאליים הם נשים (82%) מתחת לגיל 40 (60%) ונשואות (80%). כ-80% של העובדים הסוציאליים סיימו תואר ראשון באוניברסיטה ישראלית ועובדים פחות מ-5 שנים במקצוע.

בולטת בסקר זה ניידות פנימית וחיצונית גבוהה ביותר של עובדים סוציאליים. בסקר שנערך כחצי שנה לאחר תום הליכי מודים של מחזור 1976 נמצא, כי מחצית לערך מבין הבוגרים נשרו מן המקצוע ואינם עובדים בשל סיבות שונות — אישיות, משפחתיות, שכר נמוך, נסיעה לחו"ל וסיבות אחרות.

בסקר פנימי של מרכז השלטון המקומי לבדיקת תופעת הנשירה של העובדים הסוציאליים נמצאו הממצאים הבאים (לוח 3):

5 דוד צימר ויצחק קדמן: איפה הבוגרים כולם? סקר קליטה בעבודה של בוגרי בתי-הספר לעבודה סוציאלית, מחזור תשל"ו—1976 (לא פורסם).

לוח 3: שיעורי נשירה של עובדים סוציאליים מלשכות הסעד
בשלטון המקומי, שנת 1975/76

סוג הכשרה	כשירים אקדמאיים	כשירים לא-אקדמאיים	לא כשירים אקדמאיים	לא כשירים אחרים	סה"כ עוב' סוציאליים
שיעורי הנשירה (מספר במערכת)	26% (351)	17% (347)	26% (282)	27% (367)	24% (1347)

מקור: סקר פנימי של המרכז לשלטון מקומי, לא פורסם.

כללית, מצטיירת תמונה אשר לפיה פוטנציאל העובדים הסוציאליים החדשים, שאינם מתחילים לעבוד במקצועם, נוטשים בעיקר כתוצאה מגורמים הקשורים בתכני העבודה ודרך יישום המקצוע בשדה, בעוד שאלו הנוטשים את המקצוע לאחר שהחלו לעבוד בו מושפעים בעיקר מגורמים של משכורת, ילדים, ותנאי עבודה.

3. המשא ומתן וההסכם הקיבוצי של העובדים הסוציאליים לשנת 1976—1977 בדומה להסתדרות האחיות, החל איגוד העובדים הסוציאליים בגיבוש תביעותיו במאוס 1976. תחילה מתגבשות תביעות המתמצות בהעלאות שכר משמעותיות — כולל ניתוק העובדים הסוציאליים משאר דירוגי השכר האקדמאיים, מתן תוספות ייחודיות (כגמול סיכון, מאמץ, פיקוח, הד-רכה וגמול של 20% תוספת למשכורת על עבודה בשעות לא שגרתיות ומשתנות). מאוחר יותר, עם התפתחות המשא ומתן, ובמיוחד לאחר שנחתם באוקטובר הסכם האחיות, שינו העובדים הסוציאליים את תביעותיהם. לבד משיפור יסודי בשכר לעובדי די השדה — על ידי הסדר של מענק שנתי לאלה המתחייבים לשלוש שנות עבודה — דורשים העובדים הסוציאליים שיפור משמעותי בתנאי העבודה וההעסקה בשדה, בעיקר דרך קיצור בתשלום של זמן עבודה (יום עבודה מקוצר, חופשה שנתית מוגדלת, ימי השתלמויות משולמות ויציאה מוקדמת לגמלאות בגיל 55). כמו כן מועלות תביעות

לשם הבנת הנתונים שבלוח 3 יש לזכור, כי באותה שנה סיימו את בתי הספר לעבודה סוציאלית בארץ 276 בוגרים, וכמחצית מבין הנושרים דלעיל נשרו תוך כדי תקופת הנסיון, לאמור — בשנת עבודתם הראשונה.

במספר סקרים ומחקרים (ש"ר, 1975) נעשה נסיון להתחקות אחר שורשי התופעה של נשירה המונית זו מן המקצוע ולעמוד על הסיבות לקיומה. הערכתו של ורטהיימר (1969) היא שנוכחות ילדים קטנים בבית היא הגורם בעל ההשפעה הרבה ביותר על החלטת העזיבה — כ-40% ממקרי הפרישה מוסברים, להערכתו, על ידי גורם זה. כ-45% נוספים של מקרי הפרישה מוסברים על ידי חוסר אפשרויות לחופש פעולה מקצועי ולקידום מקצועי, שכר נמוך בכניסה, העומס הקשה של מקרים, וחוסר האפשרות לטיפול מעמיק, וכן הגדרת תפקיד לא ברורה, לאמור — מכלול סיבות הקשורות לתנאי העבודה ולתכניה. עוד כ-15% ממקרי הפרישה מוסברים לדעתו על ידי סיבות אישיות. בסקר אחר (סקר, 1977) נמצא, כי הסיבות העיקריות שהוזכרו על ידי בוגרי ביה"ס לעבודה סוציאלית כהסבר לעזיבת המקצוע על ידיהם הן: העדר סיפוק מן העבודה, סיבות הקשורות לתכני העבודה (24%), אי שביעות רצון מן המשכורת (24%), סיבות הקשורות בלידה, נישואין וילדים (36%), וסיבות הקשורות לסטאטוס הנמוך של המקצוע, למקום מגורים ולבעיות עם צוות העובדים (15%).

להשיג בהסכם מסלולי קידום מקוצרים, שי-
נוי תקנים, ומסלול קידום נמרץ לעובדי
שדה, המתחייבים לשירות של שלוש שנים
בתוזה מיוחדת. האחרונים יוכלו להגיע לדרגה
5 תוך שלוש שנות עבודה ולדרגה $5+70\%$
(תוספת שהייה בדרגה) — לאחר 4 שנים
(יצויין שדרגה 5 היא דרגתו של מפקח
מחוזי או מנהל לשכת סעד). עובדים סו-
ציאליים ותיקים ישולבו במסלול הנמרץ
מיידית (הפירוש המעשי: ריידירוג מקיף
של עובדים סוציאליים ותיקים אלו). כן
עלה בידי העובדים הסוציאליים להשיג קי-
צור מעשי של שבוע העבודה ל-39 שעות,
כאשר 5 שעות העבודה הנותרות מוקדשות
על ידי העובד, על פי ההסכם, ל"קריאת
חומר מקצועי והשתלמות עצמית. מחוץ למ-
קום העבודה, על פי בחירת העובד" (סעיף
19(א) להסכם). הישג נוסף: תוספת מעונות
כדוגמת מה שהוסכם לגבי האחיות לבריאות
הציבור.

4. ממצאים בדבר תוצאות מדיניות השכר הסלקטיבית של העובדים הסוציאליים

אחד המדדים האפשריים למדידת האפקטי-
ביות של הסכם העובדים הסוציאליים היא
מידת השפעתו על מספר הפונים ללימודי
עבודה סוציאלית בבתי הספר לעבודה סו-
ציאלית ולקורסי ההסבה. נתונים השוואתיים
על ההרשמה בתשל"ח (1976—1977), לעו-
מת ההרשמה בתשל"ט (1977—1978),
מראים, כי היתה יציבות (עם מגמת ירידה
קלה באוניברסיטאות תל-אביב ובר-אילן).
הסכם השכר החדש הותיר בעינם את פערי
השכר שהיו קיימים בין עובדים סוציאליים
בשירות הממשלתי לבין עובדים סוציאליים
המועסקים במוסדות ציבוריים אחרים שלא
למטרת רווח, לטובת האחרונים. כמו כן
נראה, כי נוצרו מתחים פנימיים קשים במ-
ערכת, ובמיוחד בין עובדים סוציאליים
בדרגי הביניים (מדריכים, מפקחים, אחראים
על לשכות וכיו"ב) לבין הכפופים להם.

למסלולי קידום מקוצרים, שינוי תקנים
ותפקיד בשדה, וקביעת הסדרים שונים
שאינם בעלי משמעות כספית, אלא יש בהם
משום הכרה מלאה באיגוד העובדים הסו-
ציאליים. תביעה מעניינת נוספת שהועלתה
במישור זה: מתן אפשרות לעובד סוציאלי,
שלא זכה לתנאי עבודה מינימליים במסגרת
עבודתו הטיפולית, להתפטר תוך קבלת פי-
צויי פיטורין מלאים.

בנציגות המעסיק, במקרה זה, מתרוצצות
מספר תפיסות של מדיניות שכר רצויה כלפי
העובדים הסוציאליים. משרד הסעד מצדד
בהחלת דגם הסכמי השכר של עובדי ההו-
ראה על העובדים הסוציאליים. מדיניות זו,
שהוצעה בתיאום ובהסכמת העובדים הסו-
ציאליים, נדחתה על ידי ועדת השרים לענ-
ייני שכר. הנימוק העיקרי לדחייה: חששות
כבדים מן המשמעות של קיצור שבוע הע-
בודה של העובדים הסוציאליים בדומה
לעובדי ההוראה, מבחינת התעוררותן של
תביעות אפשריות מצד קבוצות אקדמאיות
נוספות שתוצינה להיכלל במסגרת זו. לאחר
מכן מציע משרד הסעד אישור תגמולים
מיוחדים לעובדים סוציאליים המועסקים
בשדה, במתכונת של תוזה מיוחדת, ולפי
הדגם של הסכם האחיות. להצעה זו מתנגד
הממונה על השכר במשרד האוצר (בתזכיר
פנימי מיום 14.10.76), שכן מדיניות זו
תתפרש כתוספת שכר כללית לכל העובדים
במקצוע העבודה הסוציאלית ותעורר מחדש
את אחיות בריאות הציבור שמחוץ לבתי
החולים שלא קיבלו תמריץ מיוחד תמורת
התחייבות לשירות של שלוש שנים כעמי-
תותיהן בבתי החולים.

משרד הסעד, הנועץ כל העת באיגוד העוב-
דים הסוציאליים, מעלה הצעה של מסלול
קידום מיוחד, נמרץ, לעובדי הטיפול הישיר.
כיוון שהצעה זו גזורה על בסיס הדגש של
מסלולי קידום מקוצרים שכבר הוסכם עלי-
הם בהסכם האחיות, הושגה הסכמה של
נציגות המעסיק לעיקרון זה ונפתחה הדרך
להסכם סופי. העובדים הסוציאליים הצליחו

תופעה זו נובעת מהצטופפות מהירה, כבר בפרק הזמן הקצר שלאחר חתימת ההסכם, של מספר רב של עובדים סוציאליים בדירוגי השכר שבין 5 ל-6. המתחים הפנימיים צפויים עוד להתגבר, לאחר שתיווצר חסימת-קידום לכל העובדים הסוציאליים היותר ותיקים, שמיצו את מסלול הקידום הנמרץ.

היבט אחר של אפקטיביות ההסכם החדש: השפעתו על ההנעה להתקדם בתפקיד. בחודשים שלאחר חתימת ההסכם התברר, כי אין כמעט מועמדים למכרזים שפורסמו לעובדים סוציאליים בתפקידים גיהוליים בדרג המחוזי והארצי. תקני תפקידים גיהוליים אלו הם בין 5 ל-6 ואילו עובד סוציאלי מתחיל יכול, על פי ההסדרים שנקבעו בהסכם השכר החדש, להגיע תוך 4 שנים מדרגת כניסה לדרגה של 5 פלוס 70%. כלומר — עובד כזה, לאחר 4 שנים, יאלץ לרדת בדרגתו על מנת לגשת למכרז על תפקיד גיהולי. ניתן, איפוא, להניח שהשפעת ההסכם על הנטייה להתקדם בתפקיד תהיה שלילית.

מנקודת ראות המעסיק, הישג העובדים הסוציאליים, בהסכם עמם, לקיצור שבוע העבודה בתשלום, כמוהו כהסכמה מראש להחמרה קשה ונוספת של המחסור בעובדים סוציאליים. כיוון שסוכם כי העובדים הסוציאליים ימשיכו לעבוד שישה ימים בשבוע, הוחל הקיצור שהוסכם עליו בהסכם על שעות העבודה הטיפוליות היומיות של העובדים הסוציאליים. כיוון שכלל המערך הפקידותי המסייע לעובדים הסוציאליים בעבודתם קשור במישרין לשעות עבודתם התברר עד מהרה שקיצור יום העבודה של העובד הסוציאלי, פירושו — קיצור מעשי של יום העבודה של כלל העובדים בשטח השירותים הסוציאליים למיניהם. שני נימוקים עיקריים הועלו להצדקת קיצור יום העבודה של העובדים הסוציאליים: העומס הנפשי המוטל על העובד הסוציאלי — נושא שלא נבדק ולא נחקר כלל, ולגביו נקבע,

כי תיבדקנה אפשרויות להפעלת שכר עידוד לעובדים סוציאליים, ובעיות של תשלום למטפלות עבור יום עבודה מלא של עובדות סוציאליות אמהות לילדים. בהסכם גופו נקבע לוח תפקוד של עובדים סוציאליים, בצירוף מתח דרגות לכל תפקיד אך צפוי כי לוח תפקוד זה ישובש לחלוטין תוך שנה-שנתיים, וזאת בשל ההסדרים של מסלולי קידום מהירים ומואצים לעובדים סוציאליים בשדה, הסדרים ש"יצופפו" את מרבית האוכלוסייה בטווח דרגות צר באמצע סולם הדרגות.

צריך להעיר, לשם איוון, כי בנוספחים להסכם המקורי של העובדים הסוציאליים נקבע שמשרד הסעד יפעל להרחבת הקורסים להכשרה ולהכשרה לעבודה סוציאלית — במסגרת המכון להכשרת עובדים סוציאליים ובמסגרת בתי הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטאות. כן נקבע הסדר של מלגות לתלמידי שנה ג' בבתי ספר לעבודה סוציאלית.

ה. סיכום ומסקנות

למקצועות הסיעוד והעבודה הסוציאלית יש מספר קווי דמיון: אלו הם מקצועות המבוססים על עזרה לזולת, קשורים במגע יומי עם אוכלוסייה הנמצאת במצוקה נפשית ו/או פיזית, ובנויים בעיקרם על כוח אדם נשי. בעשור השנים האחרונות, אופיינו מקצועות אלו על ידי שיעורי נשירה גבוהים ומחסור הולך וגדל בכוח אדם לטיפול ישיר. הנזקים לשירותי מקצועות אלו, והציבור הרחב, נתנו תמיכה ציבורית רחבה להשקפה, שיש להעדיף מקצועות אלו על פני מקצועות אחרים ולראות בהם, לפחות לתקופה של כמה שנים, "מקצועות במצוקה".

1. במה לא הצליח המעסיק הציבורי? שורה של סקרים ומחקרים שנערכו בשנים האחרונות נתנו בידי המעסיק הציבורי עובדות ונתונים, שעל פיהם ניתן היה לבנות

מדיניות שכר סלקטיבית אפקטיבית. למע-
סיק הציבורי היה מידע ברור על מצב
הביקוש וההיצע של כוח אדם מקצועי מיומן
ברמות השונות, תוכניות ברורות לתחליפות
של כוח אדם מיומן. ביותר בכוח אדם מיומן
פחות (תקנים לכוח עזר טכני שיחליף אחיות
מוסמכות בבתי חולים, וסידורים מיוחדים
להכשרת עובדים סוציאליים — אקדמאיים
שאינם כשירים — כשתי דוגמאות בולטות),
ולקחי עבר על ההשפעה הקטנה יחסית של
שינויים ברמת השכר על היצע כוח אדם
למקצועות אלו. כמו כן, עמד לרשות המ-
עסיק הציבורי, מידע מאורגן ושיטתי על
הקריטריונים ואמצעי המדיניות המקצועית
הלא-חומריים, שניתן להפעילם כדי לבנות
מדיניות מקצועית יעילה: התמודדות ישירה
עם בעיית העומס התפקידי במקצועות
האחרות והעובד הסוציאלי, מדיניות נחרצת
של מעונות-יום, הסעות ותנאי מגורים מת-
אימים לנשים הנשואות שהן רוב מכריע
בשני מקצועות אלו, וכן הסדרים של שעות
עבודה גמישות, אפשרויות להשתלמות וקי-
דום מקצועי מקביל ואווירת עבודה נוחה.
לימוד דרך התנהגות המעסיק הציבורי בתה-
ליך המשא ומתן עם שתי קבוצות מקצועיות
אלו מצביע על כשלון רחב של מנגנוני
החשיבה.

לא נוסחו יעדים שהמעסיק הציבורי ביקש
להשיגם, אלא היתה תגובה חפוזה למהלכי
האיגודים המקצועיים. איגודים מקצועיים
אלו, לרוע מזלו של המעסיק הציבורי, נקטו
בסטרטגיה של תביעות כוללניות להעלאת
שכר ולקיצור של שבוע העבודה — מגמות
המנוגדות לצורך להגדיל את היצע כוח האדם
במקצועות אלו. בתגובה לסטרטגיה זו, ניסה
המעסיק הציבורי להגיע להסכם על העדפה
סלקטיבית של שתי קבוצות מקצועיות
באמצעות טכניקות להעלאת שכר, שלא
ניתן להעתיקן בקלות למקצועות אחרים. אגב
תהליך המשא ומתן נשחקה ואבדה חשיבותם
של הנושאים הקובעים — כנראה לא פחות
מאשר רמת השכר — את היצע כוח האדם

למקצועות הנשיים הללו: הכוונה לכל אותם
קריטריונים לא-חומריים לעיצוב מדיניות
מקצועית כלפי האחיות והעובדים הסוציא-
ליים שהוזכרו לעיל.

כללו של דבר — המעסיק הציבורי — על
אף הכוונות הטובות ושפע העובדות והנתו-
נים שעמדו לרשותו — לא הצליח בהתוויית
מדיניות שכר סלקטיבית ויעילה כלפי שתי
הקבוצות הנדונות. היה זה בראש ובראשונה
כשלון של חשיבה ותכנון של מדיניות מק-
צועית.

היה מי שאמר, כי לכל מעסיק יש האיגוד
המקצועי שהוא ראוי לו. לעניין זה נציין
שהאיגוד המקצועי של העובדים הסוציאליים
החל את המאבק המקצועי בסדרת מטרות
הקשורות לתנאי העבודה וסביבת העבודה,
בד בבד עם מטרות של "עוד כסף". עם
זאת, בהמשך המו"מ נשמטה סדרת המטרות
הראשונה (תוך הסתפקות בהבטחות של
המעסיק לתיקונים בנדון) ונשארו אותן מש-
רות הקשורות בתגמולים חומריים. האיגוד
המקצועי של האחיות ריכז מלכתחילה את
מאבקו בנושא שכר ותנאים חומריים. מנהי-
גות האיגוד אמנם מכירה בחשיבות העצומה
של תנאי העבודה וסביבת העבודה למשיכת
כוח אדם סיעודי להישארות במקצוע (הכ-
וונה לתנאים כגון סידורי הסעה, מעונות
לילדים, מגורים לאחיות בסביבת בית החו-
לים, תנאי השתלמות במקום העבודה, הו-
צאת מרכיבים "מלונאיים" וטכניים מתפ-
קידי כוח האדם הסיעודי ועוד). עם זאת,
מדיניותו של איגוד זה היא — שנושאים
אלו הם מענייניו של המעסיק, או לכל היותר
נושא של משא ומתן בדרג המקומי. דא
עקא, נציגות של אחיות בדרג המקומי (ועד
עובדים גפרד) חלשה מאוד או אף לא
קיימת.

2. התוצאות הפנים-מערכתיות של

מדיניות השכר הסלקטיבית
הסכמי השכר יצרו מתיחויות פנים-מקצוע-
יות: לא שונו פערי השכר בין אחיות מוס-

מכות, מעשיות וכוח עזר, וצומצם ביותר הפער בשכר היסוד בין עובד סוציאלי כשיר אקדימי ולא אקדימי. התמריצים המשמעותיים שניתנו היו קשורים לטיפול ישיר בבית חולים ובלשכות הסעד: נוצרה הפליה לרעה של קבוצות שאינן נכללות בקטיגוריה זו — אחיות בריאות הציבור ואחיות במרפאות, ועובדים סוציאליים בדרגי הביניים ומעלה הממלאים תפקידים מינהליים. מאוחר יותר, בעקבות פריצת הסכמי העבודה בשירות הציבורי על ידי קבוצות אקדימיות אחרות (רופאים, המח"ר, מהנדסים וכד'), קיבלו גם האחיות והעובדים הסוציאליים גמול השכלה — בתזקת תוספת משכורת (לאחיות כבר היו תוספות בעד השתלמויות). בשני המקרים, החל מיד לאחר חתימת ההסכם תהליך של שחיקה פנימית וחיצונית. השחיקה הפנימית נוצרה אצל האחיות על ידי הסדרי שכר עידוד לאחיות במרפאות (בעיקר בקופ"ח), ועבודת "ועדת ההשוואה" שהוזכרה לעיל.

תופעה דומה אירעה, כפי שכבר צויין, בהפרשיות שבין שכר עובד סוציאלי אקדימי לשכר עובד סוציאלי לא אקדימי. באחת: לא נוצר תמריץ חומרי ממשי להעלאת הרמה המקצועית במקצועות הסיעוד והעבודה הסוציאלית.

השחיקה החיצונית נוצרה על ידי העלאות שכר לכלל המקצועות הפרא-רפואיים המקבילים לאלו שניתנו לאחיות, העלאות שכר שנתגבשו בהסכמים שנחתמו לאחר הסכם האחיות. במקביל, קיבלו המקצועות האקדימאיים האחרים העלאות שכר בשיעור הקרוב לזה שקיבלו העובדים הסוציאליים. בשני המקרים לא נתהווה מצב שבו הועדפו עובדי מקצועות הסיעוד והעבודה הסוציאלית על פני מקצועות קרובים להם.

אלה שצידדו במדיניות השכר הסלקטיבית מנמקים עמדתם בכך שעצם קביעת העיקרון התוך-מקצועי, במקצועות הסיעוד והעבודה הסוציאלית, כי עובד סוציאלי בטיפול ישיר יתחיל בדרגה גבוהה יותר ויתקדם בקצב מהיר יותר מאשר עמיתו במדעי החברה והרוח, וכי אחות בית חולים תקבל שכר גבוה יותר מאשר רעותה העוסקת בבריאות הציבור או במרפאות, הינה בעלת משמעות מכמה היבטים. קביעה זו תורמת לתחושת ההערכה העצמית של עובדי מערכת הרווחה בטיפול ישיר, ומהווה גורם מוראלי חשוב, הגם שהפרשי השכר האמורים אינם בולטים. בנוסף לכך טוענים מצדדי מדיניות השכר הסלקטיבית, הוכח, כי בדרך זו של מתן הטבות מיוחדות בתוך סולם הדירוג לסוגי עובדים מסוימים ניתן למנוע העברה או העתקה של הטבות אלו לסולמות דירוג אחרים בשירות הציבורי בשל עקרון "ההצדקה".

מתנגדי מדיניות שכר סלקטיבית בשירות הציבורי מצדיקים עמדתם. בין השאר, על בסיס עובדת כשלונם של מספר סוגי מדיניות שכר סלקטיבים שניסו להפעילם בעבר. אלטרנטיבית, ניתן לטעון שכשלון זה נבע מהעדר נסיון מספיק בהתווייה ובהפעלה של סוגי מדיניות שכר סלקטיביים; ניתן לראות מדיניות שכר מעין זו כתהליך למידה שבה מיישמים ללא הרף לקחים שנלמדו מנסיונות הפעלת המדיניות, לסוגיה השונים, בעבר, למצבים עכשוויים חדשים ומשתנים. פירושה המעשי של ראייה זו: יש צורך מתמיד בהערכה של אירועי העבר ושגיאות העבר. כוונת הדברים לאו דווקא להערכה כוללת, ברמת המקרה, כפי שנתבצעה בעבר, אלא להערכה של מה שלמדו הצדדים במערכת יחסי העבודה — עובדים ונציגיהם ומעסיקים — מנסיונות העבר

6 לאחר ההסכם יצרו בקופת-חולים שיטה מורכבת של שכר עידוד קבוצתי מוסכם לצוותות עובדים במרפאות. השיטה מבוססת על חלוקה יומית של סכום כסף מסוים בין כל הנוכחים בעבודה במרפאה, לפי מפתח מסוים, ומתבטאת בהעלאת שכר משמעותית לאחיות במרפאות.

עתה כלכלת המדינה מאז 1974 — אינ-פלציה דוהרת, פער ניכר בין יבוא ליצוא במאזן התשלומים, שיעור צמיחה כלכלית נמוך ביותר ואבטלה סמויה בהיקף נרחב בשירות הציבורי — מקשים ביותר על בייצוע כל מדיניות שכר סלקטיבית המיועדת לשנות את מאזן התגמולים לטובת קבוצה מסוימת בשירות הציבורי המועדפת משיקולים מערכתיים-כוללים.

עם זאת צריך לזכור, כי בחיים הברירה איננה בדרך כלל בין מדיניות שכר אוטו-מלית להעדר מדיניות אלא בין מדיניות שכר לא-מושלמת והעדר מדיניות.

להפעיל מדיניות שכר סלקטיבית. כך, למשל, לימוד הפירוש שניתן להעלאות שכר, שניתנו לאחיות בהסכם 1976, על ידי הא-חיות ב"שטח" — מועסקות ואחיות שפרשו מעיסוק זה — חיוני לשם הפקת לקחים לעיצוב מדיניות שכר סלקטיבית עתידית בסקטור זה.

אין פירושה של מסקנה זו, כי בעזרת תהליך למידה יעיל של שגיאות העבר, המתבצעות הן ברמת המקרו, והן ברמת המיקרו, ניתן להגיע למדיניות שכר סלקטיבית בעלת רמת ישימות גבוהה וסיכוי סביר להשגת מטרותיה. האילוצים הסביבתיים בהם נתונה

מקורות

1. ברגמן, ר., אורך חיי העבודה של בוגרות בתי-הספר לאחיות מעשיות בישראל. ת"א: אוניברסיטת ת"א, החוג לסיעוד, 1972.
2. ברגמן, ר. ורון, ר., כוח אדם סיעודי בישראל — היבטים וסוגיות. בטחון סוציאלי. 1976, 11, עמ' 61—69.
3. ברקאי, י., מדיניות שכר אחידה מול מדיניות שכר ענפית. הרבעון לכלכלה, 1976, 70—69, עמ' 86—92.
4. דין וחשבון הוועדה לבחינת ענייני שכר בשירות הציבורי (ועדת ברקאי), המלצות בדבר התוספות חייחודיות (ירושלים: הוועדה, 1976), ה-17.
5. ורטחימר, מ., כוח אדם מקצועי בשירותי הסעד בישראל. ירושלים: משרד הסעד, 1969.
6. זוסמן, צ., מדיניות שכר לאומית ומדיניות שכר ענפית. הרבעון לכלכלה. 1969, 64, עמ' 331—334.
7. מחלקת המחקר, משרד הסעד. מרבית העובדים הסוציאליים אינם מפרנסים עיקריים במשפחה. ירושלים, 1974.
8. מרכז קופת חולים המחלקה למחקר ולסטטיסטיקה, נשירת אחיות או השארותן בעבודה. דו"ח מס' 53, תל-אביב, המרכז, 1972.
9. "סקר בוגרי בתי הספר האוניברסיטאיים לעבודה סוציאלית בשנים 1970—1976", סעד, 1977, 2, עמ' 13—22 (להלן: "סקר 1977").
10. "שביעות רצון והעדרות אצל עובדים סוציאליים", סיעוד, 1975, 6, עמ' 13—16 (להלן: ש"ר, 1975).
11. Abt, C. C. (ed.), *The Evaluation of Social Programs*, San Francisco: Sage Publications, 1977.
12. Fogel, W. and Lewin, D., Wage Determination in the Public Sector, *Industrial and Labor Relations Review*, 1974, 27, 410-431.
13. Gordon, G. and Morse, E. U., Evaluation Research. In L. W. Porter (ed.), *Annual Review of Sociology*, Palo-Alto, Cal.: Annual Reviews, 1976.
14. Bergman, R. et al., Worklife of the Israeli registered nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 1975, 12, 135-170.
15. Kochan, T. A., A Theory at Multilateral Collective Bargaining in City Governments, *Industrial and Labor Relations Review*, 1974, 27, 525-542.
16. Nash, A. N. and Carrol, S. J., Jr., *The Management of Compensation*, Monterey, Cal.: Brooks/Cole Pub. Co., 1975.
17. Rossi, P. H. and Wright, S. R., Evaluation Research: An Assessment of Theory, Practice and Politics, *Evaluation Quarterly*, 1977, 1, 5-52.

הזדקנות האוכלוסייה, תעסוקת קשישים ומדיניות הפרישה

מאת ד"ר אמיר הלמן וד"ר מיכאל סוניס *

הצרכים הכלכליים לבין הצרכים השיקומיים. דוגמת הקיבוץ בישראל, שהוא חברה ללא פרישה, עשויה להוות קו מנחה לארגון החברתי הרצוי, המשלב בהצלחה את הפתרון האישי לקשיש עם התועלת הכלכלית לחברה. גישה זו היא המשך טבעי לתפיסת "הפרישה הגמישה".

נציג תחילה את תופעת ההזדקנות בעולם ובישראל. נדון במדד מפרנס-נתמכים, ונעימוד על מהותה הכלכלית של אבטלת הקשישים. ננסה לעמוד על הסיבות לאי-פרישה מעבודה בחברה הקיבוצית.

היקף תופעת ההזדקנות בעולם

מסיכומים דמוגרפיים של האו"ם מתברר, שכבר בשנת 1960 היו בכל העולם 150 מיליון איש מעל גיל 65 מתוך אוכלוסייה של כ-3 מיליארד נפש (4.9%). התחזיות לשנת 2000 מצביעות על גידול ניכר, מוחלט ויחסי, באוכלוסיית הקשישים: אוכלוסיית העולם תגיע ליותר מ-6 מיליארד נפש, מהם כ-400 מיליון קשישים מעל גיל 65 (6.5%). למרות שתופעת ההזדקנות של האוכלוסייה בולטת בכל הארצות, קיים שוני ניכר בין אזורים שונים בעולם. אחוז הקשישים בארצות אי-רופה מגיע כיום ל-12%—13%, בעוד שבחלק מארצות אפריקה אין הוא מגיע ל-3%.

הקדמה

העוסקים בסוגיות התעסוקה של הקשישים ובקביעת גיל הפנסיה גוהגים להתמקד בגישה קודמת ראות חברתית-בריאותית-שיקומית. מקובל להדגיש את בעיות הקשיש ומצוקתו, ולעמוד על חשיבות הרגשתו הטובה של הפורש-הפנסיונר. גם מאמרו המקיף של ד"ר אריה ניצן¹ בירחון "בטחון סוציאלי" בוחן את בעיות הפרישה, בעיקר מתוך גישה טיפולית-שיקומית.

ברצוננו להדגיש דוקא את ההיבט הכלכלי הכרוך בהזדקנות האוכלוסייה. העלייה המהירה באחוז הקשישים מחייבת את החברה לבחון מחדש את כל מדיניות הפרישה מעבודה — ולא דוקא מבחינת טובת הפרט (הקשיש), אלא מבחינת טובת החברה כולה. במאות הקודמות, ואף בארצות בלתי-מפותחות כיום, הגיעו אנשים מעטים בלבד לגיל הזיקנה והחברה ניגשה לפתרון בעייתם, בעיקר, מתוך ראייה מוסרית-ערכית ופילנטרופית. בעולם המודרני המערבי, כאשר הקשישים מהווים 12%—13% מכלל האוכלוסייה (או כחמישית מכל כוח העבודה במשק), יש לבחון מחדש את אפשרות שילובם במעגל המפרנסים למען החברה. נראה שבמקרה זה קיימת זיהות אינטרסים בין

* מדרשת רופין.

1 ניצן, אריה, "הפרישה מן העבודה לאור מצבם הדמוגרפי של הקשישים". בטחון סוציאלי 14—15, כסלו תשל"ח, נובמבר 1977, עמ' 32—50.

לוח 1: חלקם של האנשים בגיל +65 באיזורים שונים בעולם, באחוזים מכלל האוכלוסייה, 1960—2000

האיזור / השנה	1960	1970	1980	2000
אירופה	9.8	11.7	13.1	13.1
אמריקה הצפונית	9.0	9.2	9.4	9.8
ברית המועצות	6.2	7.8	9.5	11.2
יפן	5.7	6.9	8.6	13.7
אסיה המזרחית	4.2	4.7	5.5	7.4
אסיה הדרומית	3.0	3.3	3.7	4.9
אמריקה הלטינית	3.3	3.7	4.0	4.4
אפריקה	2.7	2.7	2.8	4.2
כל העולם	4.9	5.4	5.9	6.5

המקור: "Provisional Report on World Population Prospects." U.N.O., New York 1964

הגדרת "אוכלוסייה זקנה"

האור"ם הציע בשנת 1956 קריטריון לסיווג אופי האוכלוסייה, בהתאם לאחוז הזקנים שמי על גיל 65.²

לוח 1 מבליט את הקשר הברור בין רמת המודרניזציה לאחוז הקשישים. בארצות המפותחות באירופה, אמריקה הצפונית, ברית המועצות ויפן בולטת אוכלוסיית הקשישים, המהווה 8%—13%, לעומת הארצות המתפתחות באסיה, אמריקה הדרומית ואפריקה, שם נע אחוז הקשישים באוכלוסייה בין 2% ל-5%.

לוח 2: סיווג אוכלוסיות בהתאם לאחוז הקשישים

השלב	% האוכלוסייה מעל גיל 65	הגדרה
I	פחות מ-4	אוכלוסייה צעירה
II	4—7	בגרות דמוגרפית — אוכלוסייה בפתח הזיקנה
III	מעל 7	אוכלוסייה זקנה

לוסייה עדיין צעירה. בעולם המודרני תהליך ההזדקנות מתרחש בכל מקום, אך לרמת הזיקנה הדמוגרפית הגיעו המדינות ה"זקנות" רק בתקופה האחרונה. תופעה זו היא חדשה, אינה מוכרת היטב, ולכן לא נתגבשו גם כלים ארגוניים-חברתיים לטיפול בבעיה.

לפי סיווג זה הגיעו צרפת ושבדיה ראשונות לשלב הזיקנה, עוד בשלהי המאה הקודמת, בעוד שאנגליה וגרמניה הפכו "זקנות" רק בשנות ה-20. הזיקנה הדמוגרפית בולטת באירופה ואמריקה הצפונית, כאשר בריה"מ נמצאת בסיום שלב הבגרות הדמוגרפית. באמריקה הדרומית, אסיה ואפריקה האוכ-

"The Aging of Population and Its Economic and Social Implications", New York, 2 .1956 (p. 7)

ההזדקנות בישראל 1949—1976

לפי לוח 3 היו בישראל בשנת 1949 כמיליון יהודים ומהם רק כ-37,000 נפש מעל גיל 65 (כלומר 3.7% מכלל האוכלוסייה). רק בשנים 1949—1950 היתה בישראל אוכלוסייה צעירה (פחות מ-4% קשישים) ומיד לאחר מכן נכנסה המדינה הצעירה לשלב בגרות

האוכלוסייה היהודית של ישראל בת השלושים "הצליחה" בפרק זמן קצר ביותר לעבור את כל שלושת השלבים.

לוח 3: חלקם של גילאי +65 באוכלוסייה היהודית בישראל 1949—1976

השלב	השנה	%	מס' הקשישים (באלפים)	סה"כ אוכלוסייה (באלפים)
I	1949	3.69	37.4	1013.9
	1950	3.74	45.0	1203.0
II	1951	4.19	58.9	1404.4
	1952	4.23	61.4	1450.2
	1953	4.42	65.6	1483.6
	1954	4.48	68.3	1526.0
	1955	4.68	74.4	1590.5
	1956	4.67	77.8	1667.5
	1957	4.69	82.6	1762.8
	1958	4.81	87.1	1810.2
	1959	4.93	91.7	1858.8
	1960	5.18	99.0	1911.2
	1961	5.35	106.0	1981.7
	1962	5.42	112.2	2068.9
	1963	5.62	121.1	2155.6
	1964	5.78	129.5	2239.2
	1965	6.31	145.1	2299.1
1966	6.49	152.1	2344.9	
1967	6.66	158.8	2383.6	
1968	6.82	166.1	2434.8	
1969	6.98	174.9	2506.7	
III	1970	7.23	186.8	2582.0
	1971	7.48	199.1	2662.0
	1972	7.88	215.2	2752.7
	1973	8.10	230.5	2845.0
	1974	8.32	241.8	2906.9
	1975	8.72	258.2	2959.4
	1976	8.90	268.9	3020.4

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, 1975, 1977.

שנת 1977 הגיע מספר האנשים בגיל +65 ל-268,900 נפש, שהם 8.9% מכלל האוכלוסייה היהודית.³

דמוגרפית, שנמשך עשרים שנה. החל בשנת 1970 הפכה האוכלוסייה היהודית בישראל לזקנה, לפי הסיווג שהוצע ע"י האו"ם. ברא-

ההזדקנות בישראל לפי אזורי הארץ

מעניין לציין, כי בדומה להבחנה הבינלאומית, אשר לפיה הארצות המפותחות יותר הן גם ה"זקנות", קיים שוני ניכר באחוז הזקנים בין אזורי הארץ השונים.

נוסף לכך, ניתן לראות (לוח 4) את תהליך ההזדקנות, שחל באוכלוסיית כל הנפות בין שנת 1961 ל-1972. בשנת 1961 רק אוכלוסיית נפת חדרה היתה זקנה, בעוד שבי-1972 רק אוכלוסיית באר-שבע נשארה צעירה. בולטת ההזדקנות של חיפה ותל-אביב והמושבות הוותיקות (חדרה, פתח-תקוה, רחובות ומושבות השרון). ההזדקנות המהירה,

לוח 4: חלקם של גילאי +65 בשנים 1961, 1972, לפי אזורי הארץ

אחוז גילאי +65		נפת הארץ	השלב	
1961	1972			
5.9	9.8	חיפה	III	
6.0	9.5	תל-אביב		
8.5	9.2	חדרה		
4.9	7.6	השרון		
5.4	7.4	פתח-תקוה		
4.8	7.1	רחובות	II	
5.5	6.9	ירושלים		
4.4	6.3	עכו		
3.6	5.9	יזרעאל		
4.4	5.6	רמלה		
4.1	5.3	כנרת		
2.7	4.4	אשקלון		
3.4	4.2	צפת		
2.4	3.6	באר-שבע		I

מקור: מפקד אוכלוסיית ישראל 1972.

העולם וישראל, קיים היבט כלכלי בעל משמעות חשובה: בהנחה שהזקנים פורשים מן העבודה, אך ממשיכים לצרוך, מוטלת על החברה החובה להבטיח את קיומם ההוגן. בדרך כלל נהוג להבחין באוכלוסייה בין שלוש קבוצות גיל עיקריות: ילדים, מבוגרים וקשישים. המבוגרים תומכים בעבודתם באוכלוסיית הילדים והקשישים, שהיא לרוב אוכלוסייה נתמכת. כאשר חלה עלייה באחוז הקשישים, ניתן לצפות להרעה ביחס מפרנסים-נתמכים. יחס זה ניתן למדידה כמו-

שחלה בכל הנפות בשנות ה-60, נמשכת ומתרחבת. לפי ההערכות, המופיעות אצל ניצן⁴, מצפים כי בשנת 1990 יגיע מספר הקשישים בישראל ל-400,000, והם יהיו אז כ-10% מכלל האוכלוסייה היהודית בישראל.

"העומס הסוציאלי", או היחס בין מפרנס לנתמכים

לתופעת ההזדקנות, המאפיינת את ארצות

תית, למשל ע"י היחס שבין האוכלוסייה בגילאי 15—64 לבין אוכלוסיית הילדים (0—15), והקשישים (65+).

הדמוגרף השבדי סונדברג קבע עוד בשנת 1899 את חוק שיווי המשקל במבנה הגילים בחברה: חלקם של ההורים (המפרנסים) הוא קבוע תמיד בכל מקום. משתנה רק היחס בין הזקנים לבין הילדים. באוכלוסייה עם מספר רב של קשישים יש מעט ילדים ול-היפך.

אם אמנם היה "חוק" זה מתקיים, ניתן היה למצוא בכל חברה ובכל זמן יחס קבוע של מפרנס: נתמכים. אך חוק זה אינו מתקיים במציאות, אפילו לא בטווח הקצר. דוגמא: אוכלוסיית ההורים בצרפת (גילאי 20—59) ירדה במשך עשור אחד ב-4.4% בשנת 1954 תיוו המפרנסים 53.1% ובשנת 1965 רק 48.7%. באותה תקופה חלה עלייה סי-מולטנית בחלקם של הצעירים והקשישים כאחד. תופעה דומה התרחשה בישראל בע-שור 1949—1959: אחוז המפרנסים (גילאי 15—64) ירד מ-67% בשנת 1949 עד לפ-חות מ-60% בשנת 1959. בתקופה זאת עלה גם אחוז הזקנים (מ-3.7 עד 4.9; ראה לוח 3) וגם אחוז הילדים (מ-29% ל-35%).

בשנות השישים נסתמנה מגמה בכיוון חוק סונדברג, כאשר אחוז הזקנים עלה ואחוז הילדים ירד, בעוד שחלקם היחסי של המבו-גרים כמעט ולא השתנה. בשנות ה-70 אחוז הילדים (0—14) נשאר ברמה כמעט קבועה של כ-30%, אך ההזדקנות נמשכת וה"עומס הסוציאלי" הולך ועולה. כמדד ל"עומס סוצ-יאלי" נגדיר: כמות המפרנסים ה"מחזיקים" קשיש אחד. בישראל, ב-1949, היו על כל קשיש 18.1 מפרנסים (גילאי 15—64). בשנת 1966 ירד מספר התומכים בקשיש ל-9.5. בשנת 1976 מוחזק הזקן ע"י 6.9 מפרנסים בלבד.

אם נניח שזקן אינו עובד ומאידך הוצאותיו לתצרוכת זהות לאלו של המפרנס, אזי ב-1949 כל מפרנס צריך היה לוותר לטובת הזקן על 5.2% מתצרוכתו. ב-1976 צריך כל מפרנס לוותר על 12.7%, כלומר — פי 2.5 יותר. תהליך הכבדת ה"עומס הסוציאלי" במשק הישראלי נמשך גם בשנים האחרונות.

לוח 5: היחס מפרנס: נתמכים⁵

בישראל 1972—1976

השנה	מפרנס: ילדים	מפרנס: קשישים
1972	1.29	6.64
1973	1.30	6.41
1974	1.32	6.28
1975	1.34	6.00
1976	1.34	5.86

אם נקבע את אוכלוסיית התומכים רק מגיל 20, הרי שמספרם של אלה, המפרנסים ביש-ראל זקן אחד, ירד במשך חמש שנים מ-6.64 ב-1972 ל-5.86 ב-1976.

תופעה זו מעלה ביתר שאת את החתירה לנסות ולהקל על ה"עומס הסוציאלי" ע"י הפיכת אוכלוסייה נתמכת למפרנסת. אך מא-חר שאין אפשרות (ואף לא רצויה) להפוך את הילדים למפרנסים, ניתן לבחון כיצד להקטין את ה"עומס הסוציאלי" על-ידי שילוב הזקנים במעגל כוח העבודה.

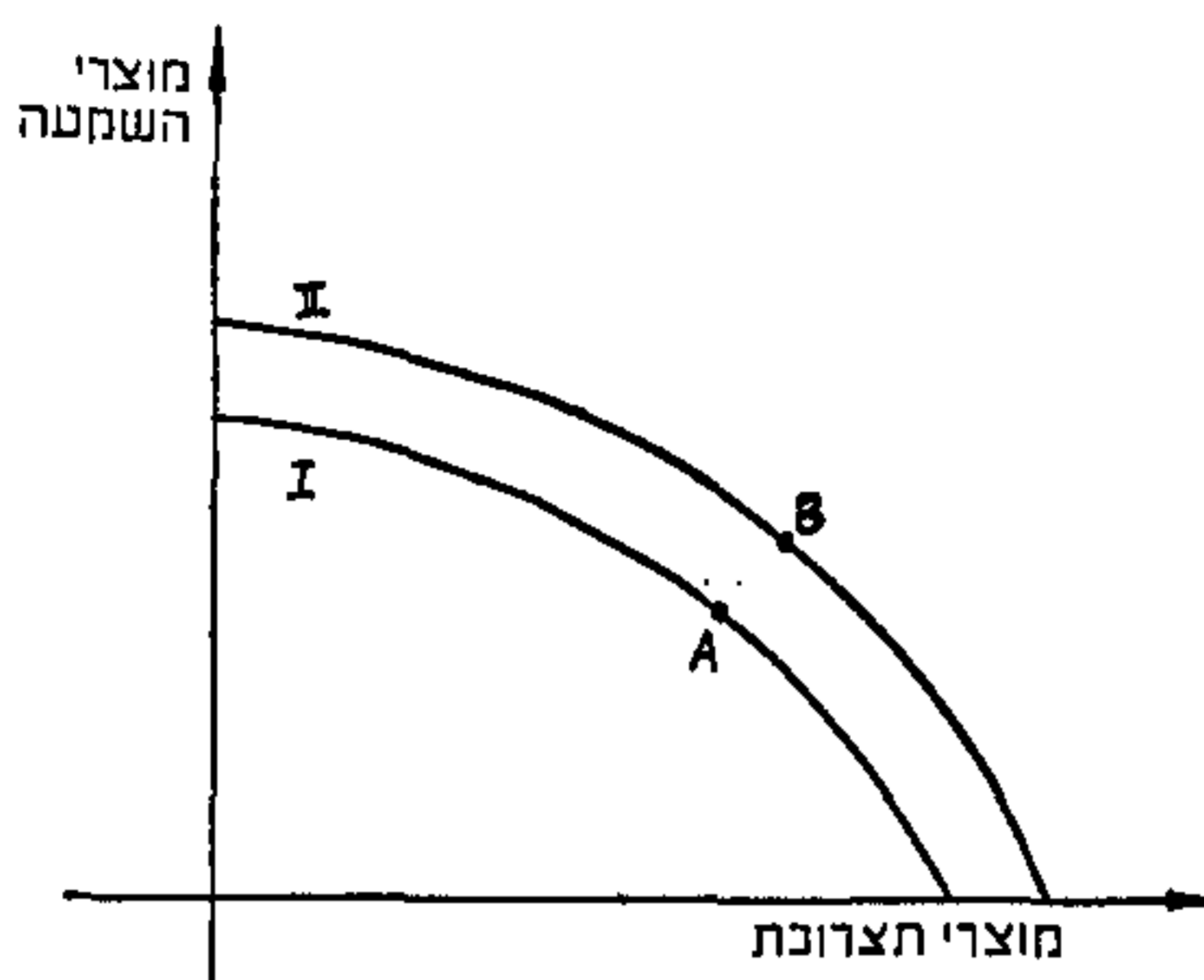
אבטלת הקשישים מבחינה כלכלית

אבטלה מוערכת כתופעה: שלילית מבחינה כלכלית. גרוס⁶ קובע, כי "המונח 'אבטלה' מתייחס לאי-ניצולו של כושר הייצור הקיים במשק. מצד אחד אין הוא מתייחס לגורמי ייצור, שאין אפשרות טכנית להפעילם במשק

5 בלוח זה נבחנו יחסי הגילאים הבאים: ילדים 0—19, מפרנס 20—64, קשיש 65+.
6 גרוס, נחום, מבוא לכלכלה, הוצאת אקדמון, ירושלים תש"ל—1969.

לילדים, כאילו אין אפשרות להפעילם, או שאינם מעוניינים להשתתף בייצור. לכן ניתן למצוא משק בתעסוקה מלאה (בנקודה A על עקומת התמורה I), שבו כל המעוניינים לעבוד (בגילאי 15-64) אמנם מועסקים.

הנדון (כגון אנשים חסרי כל ידע במשק המודרני), ומצד אחר איננו מתיחס לאנשים, שאינם רוצים להשתתף במערכת הייצור" (עמ' 2-3).
בדרך כלל נוהגים להתיחס לקשישים, בדומה



ציור 1

הווים 8.9% מן האוכלוסיה — או בתחזית ל-1990 של 400,000 קשישים — הרי לפנינו פוטנציאל כלכלי רב-משמעות. חלק ניכר מהמוני הקשישים מסוגלים ומעוניינים לעבוד (חלקית: אמנם) ותרומתם הצפויה עשויה להוות תוספת נקיה לתפוקה הלאומית ולמקורות העומדים לרשות המשק לשם החלשת הלחצים האינפלציוניים.

ראוי לציין, כי תעסוקת הקשישים חשובה במיוחד במשקים, בהם קיימת תעסוקה מלאה עם נטייה לסערים אינפלציוניים (דוגמת ישראל). במשק בו שוררת אבטלה, עלולה תעסוקת הקשישים לגרום להעמקת האבטלה בקרב הגילאים הצעירים. אלא שגם במשקי אבטלה זהה הטיפול בתעסוקת הקשישים לזה של מובטלים אחרים. קיינס הוכיח, שאין מקום לסמוך על "היד הנעלמה" של כוחות השוק החופשי, אשר יביאו את המשק לשיווי משקל של תעסוקה מלאה. הוא הטיל על הממשלה את האחריות ליצירת רמה מתאימה של ביקוש מצרפי.

אבטלת הקשישים, בודאי שלא תוכל להיפתר באמצעות השוק החופשי. בעל מפעל פרטי

אך למעשה, יתכן, שעקומת התמורה האמיתית של המשק היא II, ובנקודה A קיימת אבטלת קשישים, המעוניינים ומסוגלים לתרום לפוטנציאל הכלכלי, והמשק יכול לעבור ל-B ולהגדיל את מוצרי התצרוכת וההשקעה ללא כל ויתור אלטרנטיבי. למעשה, המשק מצוי בנקודה A במצב של אבטלה, מאחר שחלק מגורמי הייצור מובטלים וקיימת אפשרות חברתית להגדלת התוצר הכולל, בתנאי שנמצא את הדרך הארגונית לניצול גורמי הייצור המבוזבזים.

לפי מחקר שנערך מטעם משרד הסעד בישראל (ניצן עמ' 43) נמצא, כי רק מעטים פרשו מעבודה מרצון. מאחר שקיימת הסכמה בין הכלכלנים שהאבטלה היא תופעה שלילית, הכרוכה בבזבוז של חלק מכושר הייצור, ומאחר שאנו חיים עדיין בעולם של מחסור (שבו צורכי החברה וביקושה עולים על התפוקה), יש צורך בחיפוש אחר דרכים חדשות לצמצום אבטלת הקשישים.

יש כאן חשיבות רבה להיקף התופעה, המקנה לה מימד איכותי. כאשר מדובר בישראל של שנת 1977 ב-269,000 קשישים יהודים, המ-

יתקשה להסתמך על עבודת קשישים; יסתבך בחישובי תשלומי-השכר לעומת התפוקה; ייתקל בבעיות בריאותיות ופסיכולוגיות, ויעדיף העסקת גורמי ייצור אלטרנטיביים. אך ראיית הממשלה והחברה שונה: מבחינתה אין לעבודת הקשיש אלטרנטיבה ויש לברך על כל תרומה נוספת שניתן להפיק ממנו. מבחינה זאת יש עניין מיוחד לבחון את הפתרון, שנוסה בהצלחה בתנועה הקיבוצית, שם החברה כולה קיבלה על עצמה לדאוג להבטחת המשך העסקתם של הקשישים.

ההזדקנות בקיבוץ

כל קיבוץ החל את דרכו ללא זקנים וילדים, כאשר כל האוכלוסיה על 100 אחוזיה הם מפרנסיה. מסיבה זו בולטת בו באופן מיוחד תופעת ההזדקנות וגידולו המתמיד של ה"עו"מס הסוציאלי".

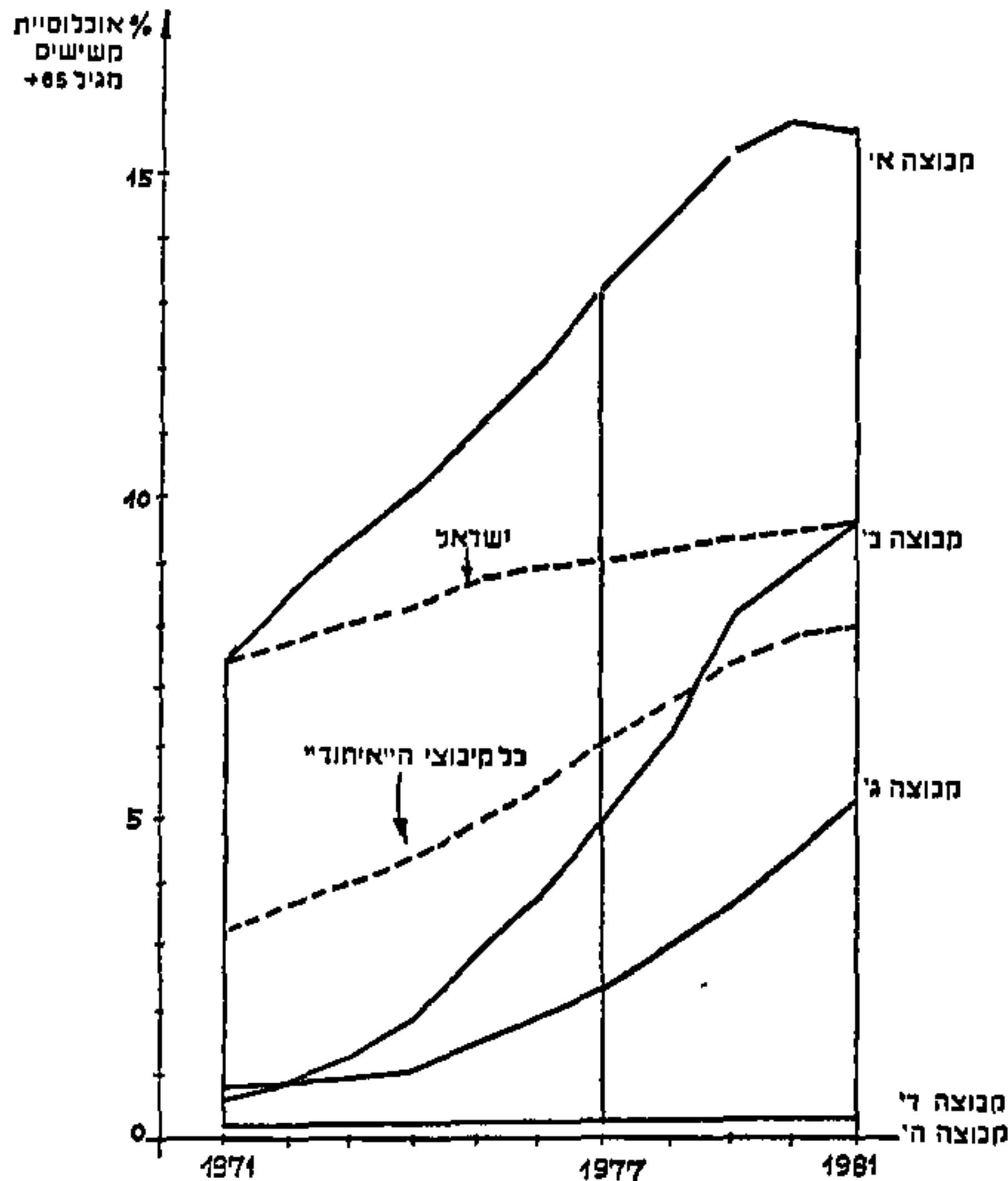
אוכלוסיית הקיבוצים עדיין צעירה יותר מאוכלוסיית המדינה. מנתונים סטטיסטיים של איחוד הקבוצות והקיבוצים מתברר, כי אחוז הזקנים שמעל גיל 65 הגיע ב-1973 רק ל-3.97%, כלומר — עדיין בשלב של אוכלוסייה צעירה (כאשר בישראל 8.1% של קשישים). אלא שבשנים האחרונות אנו עדים, בבת אחת, למעבר של קבוצות הומו-גניות גדולות של מייסדי קיבוצים שונים לגיל הזיקנה. כתוצאה מכך עלה אחוז הקשישים בתנועת האיחוד בשנת 1977 עד 6.2%, והתחזית ל-1980 מצביעה על 7.9% של קשישים. הרכב הגיל ההומוגני של שכ-בת המייסדים הניא לכך, שהקיבוץ דילג על שלב הבגרות הדמוגרפית (שלב II), ועבר מיד מאוכלוסייה צעירה לאוכלוסייה זקנה. תהליך זה בולט הרבה יותר, כאשר נחלק את קיבוצי איחוד הקבוצות והקיבוצים לחמש קבוצות, בהתאם לגיל הקיבוץ.

לוח 6: אחוז גילאי +65 בקבוצות משקים באיחוד הקבוצות והקיבוצים 1971—1981

השנה / קבוצה	א.	ב.	ג.	ד.	ה.	כל הקיבוצים ישראל
1971	7.5	0.7	0.8	0.2	0	3.3
1972	8.5	0.9	0.9	0.2	0	3.7
1973	9.2	1.3	1.0	0.2	0	4.0
1974	10.0	1.9	1.1	0.2	0	4.4
1975	11.0	2.9	1.5	0.2	0	4.9
1976	12.0	3.8	2.0	0.2	0	5.5
1977	13.3	4.9	2.4	0.3	0	6.2
תחזית 1981	15.7	9.7	5.3	0.4	0	8.1

מטבלה 6 ומצויר 1 ניתן לראות, כי בקבוצות ד' ו'ה' אין למעשה קשישים. בקבוצה ג' מתחילים חלק מן הקיבוצים הותיקים להזדקן, אך עדיין ברוב המשקים בקבוצה זו האוכלוסייה צעירה. התחזית ל-1981 מצביעה על כך שקיבוצים אלה נכנסים לשלב הבגרות הדמוגרפית, אך מנסיון הקבוצות הוותיקות ניתן לקבוע, כי שלב זה הוא קצר ביותר, והקיבוצים מקבוצה ג' יהפכו מיד לאוכלוסייה זקנה. קבוצה ב' אופיינית לתהליך ההזדקנות המ-

היר של הקיבוץ. בראשית שנות ה-70 עדיין לא היו בה כמעט זקנים מעל גיל 65. עד שנת 1976 עדיין הצטיינה הקבוצה באוכלוסייה צעירה, כאשר בכל שנה עולה אוכלוסיית הקשישים בכאחוז אחד. במשך שלוש השנים 1976—1978 נמצאת הקבוצה בשלבי הבגרות הדמוגרפית, והתחזית ל-1981 מניחה כי אחוז המבוגרים בגיל 65 ומעלה בקבוצה זו מגיע ל-9.7% בדומה לאחוז הקשישים הצפוי במדינה כולה. מעניין להשוות את הזדקנות המשקים הותי-



קבוצה ב', וכך שאר הקבוצות. הקיבוצים הזקנים, אשר בהם מגיעה אוכלוסיית הקשישים ל-10%—20%, מודעים במיוחד לצורך ההולך וגובר לפתור את בעיות המזדקנים: אין זאת עוד שאלה אנושית, מוסרית וחברתית בלבד, אלא גם שאלה כלכלית. בחלק ניכר מן הקיבוצים הותיקים, מהווים גילאים אלו כשליש מכל כוח העבודה. חלק מן הקיבוצים אף לא היו מסוגלים להתקיים, מביחינה כלכלית, ללא השתתפותם של המבורגרים הותיקים במערכות העבודה. הקיבוץ הבודד מתאפיין בכך, שבו מזדקנת אוכלוסייה הומוגנית, בתנאים כלכליים וחברתיים משותפים, ולכן יש אפשרות להתחשב בגורם ההזדקנות ולשלבו בתכנון התעסוקתי מספר שנים מראש. המערכת של תעסוקת קשישים, כפי שהתפתחה וממשיכה להתגבש בתנועה הקיבוצית, עשויה להוות מעבדה חשובה עבור חברות ומקומות אחרים.

קים מקבוצה א' עם אוכלוסיית ישראל: בשנת 1971 היוו הקשישים 7.5% גם מאוכלוסיית ישראל וגם מאוכלוסיית הקיבוצים הוותיקים שבקבוצה א'. אלא שתהליך ההזדקנות של קבוצה א' הוא מהיר ביותר. בשנת 1977, כאשר אחוז הקשישים עלה בישראל ל-9%, כבר מהווים הקשישים בקבוצה א' 13.3%. התחזית ל-1981 מלמדת, כי בישראל תגיע אוכלוסיית הקשישים ל-9.7% (וכן גם אוכלוסיית ישובי קבוצה ב'), אך בקבוצה א' יהיו הזקנים 15.7% מן האוכלוסייה כולה.

הקיבוצים הותיקים דומים במבנה הדמוגרפי לערים הזקנות ביותר בישראל. לפי ניצן (עמ' 33) שיעור הקשישים בתל-אביב הגיע ב-1975 ל-15.1% והתחזית לסוף שנות ה-80 מצביעה על 16%—18%. קבוצה ב' של האי-חוד יכולה לערוך בקלות תחזית לעשור הבא ע"י צילום תמונת קבוצה א'. קבוצה ג' עשויה להכיר את הצפוי לה תוך עיון בקורותיה של

תעסוקת קשישים בקיבוץ — חברה ללא פרישה

הקיבוץ מתאפיין כחברה ללא פרישה. אין שום גיל, שבו נתבע החבר לצאת ממעגל העבודה, למרות שמעבר לגיל הפנסיה המ- קובל בישראל, אין החבר נתבע למלא חובת עבודה. במציאות, כמעט כל הזקנים ממשי- כים לעבוד בהתאם ליכולתם (ורצונם) עד הסוף.

הסיבות למציאות הקיבוצית הן רבות ומגוונות:

א. בולטת במיוחד המגטיבציה החזקה של

הקשישים עצמם לצאת לעבודה. הא- וירה החברתית, המעודדת יצירה וע- בודה, המעריכה את הפרט בהתאם לתרומתו לחברה, ממריצה את החבר לנסות ולהשתלב במערכות העבודה.

ב. חברי קיבוץ מורגלים לשינוי ולהסבת

מקומות עבודה ומקצועות: המבנה הטכנולוגי והארגוני והגישה האידי- אולוגית של התנועה הקיבוצית מחיי- בים את רוב החברים להסתגל במשך

השנים למעבר מענף אחד למשנהו; החקלאי הצעיר נאלץ בשלב מסוים לעבור לתעשייה, למינהל או לשי- רותים (מסיבות פיזיות); הגננת הצ- עירה צריכה לפנות את מקומה ול- עבור למינהל או לשירותים (מסיבות

פסיכולוגיות); מגהל המפעל צריך, בהתאם לכללי הרוטציה, למצוא עבו- דה אחרת (מסיבות אידיאולוגיות).

ג. בניגוד לחברות אחרות — שבהן תה-

ליך ההזדקנות הוא הדרגתי ואיטי וכל שנה נוסף רק חלק קטן מן החברה לקבוצת המזדקנים — מדובר בקיבוץ בקבוצה הומוגנית גדולה של מייסדים, המגיעים בבת אחת לגיל הזיקנה.

מציאות מיוחדת זו גורמת למצב, שבו

החברה כולה אינה מעוניינת, ואולי אף אינה מסוגלת מבחינה כלכלית, לוותר על שירותיהם של הזקנים. כל מערכת התעסוקה שהותוותה במשך שנים ומס- תמכת על היקף כוח עבודה נתון, עלולה להתמוטט, אם תאפשר בבת- אחת פרישה מן העבודה של קבוצת המזדקנים.

ד. מלבד ה"עוצמה המספרית" של דור

המייסדים, ניתנה בידם הזכות להיות "אדונים לגורלם" ולהשפיע ישירות על קביעת עתידם. עם הזדקנותם אינם חדלים להיות חברי קיבוץ. הם ממ- שיכים להשתתף באסיפות ובוועדות ולהשפיע על מערכת קבלת-ההחלטות.

במובן זה הם מהווים קבוצת לחץ חיובית, החותרת להבטחת תעסוקה לחבריה, בהתאם למוטיבציות (ראה א') ולהרגלי הסתגלות למקום עבודה חדש (ראה ב').

ה. המזכירות, ועדת עבודה וועדת קשי-

שים, מטפלות בהתמדה בהבטחת תע- סוקה לקשישים. אין שום הסתמכות על כוחות ההיצע והביקוש הטבעיים של רכזי הענפים והמגזרים השונים. המוסדות המרכזיים רואים מחובתם לטפל בסוגיה זו.

קיימות שתי צורות שונות של אי-פרישת קשישים מעבודה בקיבוץ:

א. הקיבוץ מנסה לעזור לחבר הקשיש להמשיך בעבודתו באותו מקום, ע"י התאמת אופי התפקיד, שעות העבודה ותנאיה, לגילו ולכושרו.

ב. כאשר הקשיש נאלץ, מסיבות בריאו-

תיות, טכנולוגיות או חברתיות, לעזוב את מקום העבודה, רואה הקיבוץ מחובתו לדאוג ליצירת מקומות תע- סוקה חדשים ולדאוג לביצוע גאות של תהליך ההסבה.

במחקר שערך דוד אתר⁷ במספר קיבוצים

7 "תעסוקה במהלך החיים בחברה הקיבוצית", חדים 104, אפריל 1976, עמ' 94—109.

לגבי הצעירים, היה המפעל מפסיד, אך אם נחייב ב-150 ל"י, נמצא שהמפעל מאזן את עצמו.

בעבר נקבע מחיר "צל" ליום עבודה לחבר קיבוץ. כל ענף או מפעל היה צריך להצדיק את קיומו בהתאם למחיר זה. ההנחה שהסתירה מאחורי גישה זו היתה שלכל חבר קיימת תעסוקה אלטרנטיבית במחיר יום העבודה הנתון. גישה זו איננה נכונה מבחינת הקשיש, אשר לגביו לא קיים (ואף לא מוצי"דק לתבוע) שכר אלטרנטיבי. הקשיש סיים לשלם את חובותיו לחברה וכל מה שיסכים לייצר יהיה רווח נקי לחברה. אי לכך, החברה הקיבוצית כולה נהנית מרצונו של הקשיש להמשיך ולתרום בעבודתו כפי יכולתו. המפעלים הקיבוציים, בהם מועסקים קשישים, מצליחים להיות רווחיים, אף כי אינם מתמודדים כ"שווים" עם ענפים יצרניים רגילים בחקלאות ובתעשייה. המפעל הקיבוצי מביא את הקשיש להמשיך ולתרום לחברה ובכך פותר גם בעיות חברתיות-שיקומיות, וגם מפיק תועלת כלכלית. ההוצאה המקובלת בתמחיר של "שכר עבודה" שונתה באופיה ובמהותה לגבי הקשיש בקיבוץ: אין תובעים ממנו מחיר עבודה אלטרנטיבי ואין הוא מקבל שכר עבודה רגיל. כתוצאה מכך נוצרים ומתפתחים מפעלים רווחיים לחברה ולמדינה, שלא היו יכולים להתקיים בתנאי שוק חופשי. הקשישים מוצאים את מקומם בקיבוץ בעבודות שונות ומגוונות: בית חרושת, בתי מלאכה, מחסנים, מתפרה, הגשה בחדר האוכל, עזרה לילדים בלימודים, פעילות בועדות, קליטת עולים חדשים, אחזקת ספרייה, אר"כיון, מוזיאון, מועדון ומבנים ציבוריים ואף עבודות-חוץ שונות בשכר גבוה למדי.

הם מבצעים את עבודתם מתוך חדות יצירה, ברמת מוטיבציה גבוהה ומגיעים להספקים בלתי רגילים. הם זכאים ורשאים להתארגן בעבודתם, בהתאם לנוחיותם מבחינת זמן ומשך עבודה ואין עליהם כל לחץ וכפייה. הקשישים מבטיחים את יציבות המערכת הכלכלית והמשקית, ובו בזמן זוקפת העבודה

ותיקים נמצא, שקיימת מגמה לאפשר לחבר המזדקן להישאר במקום עבודתו. ברוב המקרים הושגה הקביעות בענף הודות לשינוי תפקידו של הקשיש. עובדי החקלאות עברו לתפקידי הדרכה מקצועית או ניהול ארגונים ענפיים-ארציים. מורי בית-הספר עברו להנהלה, למוסדות חינוך בתנועה ובאיזור, לספריות ולמעבדות. עובדי מלאכה ותעשייה מקבלים אחריות למחסני כלים או סחורות.

בקיבוצים רבים נבנו מפעלים חדשים, אשר הביאו בחשבון מראש קליטת כוח עבודה משולב של מהנדסים צעירים עם קשישים. נוצרו מקומות עבודה פרודוקטיביים, נוחים, בתנאים חברתיים נעימים, אשר בהם נהנה הקשיש מעבודתו היצרנית ובו בזמן נהנה המשק מעבודתו מבחינה כלכלית. כדוגמא נציין את מפעל "חמד" בקיבוץ אפיקים, שזכה לאחרונה בפרס העבודה ע"ש נמיר. בנימוקי ועדת השיפוט צוין, כי הפרס ניתן עבור "שימוש בדרכים ובשיטות חדשות בתחום העסקתם הפרודוקטיבית של מוגבלים וקשישים, שיצאו ממעגל העבודה הרגילה בחקלאות ובתעשייה הקיבוצית. הצוות מקיים מפעל תעסוקתי לתסארת, הנושא את עצמו מבחינה מישקית וכלכלית ואף תורם לייצוא מישראל לשוקי העולם." במפעל זה מועסקים עשרות חברות וחברים קשישים, כאשר לכל אחד מהם פינת עבודה משלו, מכונות משלו ואפשרות להתייבב לעבודה בשעות ובמועדים הנוחים לו. הקיבוץ החל בפיתוח המפעל על מתוך גישה שיקומית — מציאת פתרון לבעיית תעסוקתו של הקשיש — ללא כוונות לעשות רווחים. גם כיום דוחה המפעל הזמנות רווחיות, כאשר מסתמנת אפשרות כי הביצוע יעורר לחצים חברתיים (כגון: הצורך בעבודת שעות נוספות, תורנות-לילה), עקב התחייבויות מסחריות נוקשות מדי.

בחינה כלכלית של מפעלים קיבוציים, המעסיקים קשישים, מלמדת שאמנם אין הכנסת הקשישים ליום עבודה זהה למחיר יום עבודה אלטרנטיבי בקיבוץ: אם היינו מחייבים את עבודת הקשיש ב-300 ל"י, כפי שנעשה

את קומתם ותורמת לבריאותם הגופנית וה-
נפשית.

סיכום

בחברה הקיבוצית נוצרו תנאים מיוחדים, אשר איפשרו שילוב יעיל ומוצלח בין שי-
קום הקשיש לבין פתרון בעיות כלכליות, על-
ידי ביטול מוחלט של הפרישה מעבודה.

למדינת ישראל כולה בעיות זהות לאלו,
שנתנסה בהן הקיבוץ:

אחוז הקשישים הולך ועולה והיחס מפרנסים-
נתמכים מחמיר ויורד. יש צורך לפתור את
הבעיות האישיות הקשות הכרוכות בהזדקנות
ובזמן לדאוג להגדלת התפוקה והמקורות
של המשק. קשה לתרגם וליישם בצורה פש-
טנית את הפיתרון הקיבוצי (המתאים לת-
נאים מיוחדים) למשק ולחברה הישראלית
כולה. אך, נראה שיש מקום להטיל על רשו-
יות ממשלתיות לבחון מחדש את כל נושא
תעסוקת הקשישים מתוך מגמה להקל, לעודד
ואף ליזום את הרחבת אפשרויות העסקתם.

האסקימוסים העניים בחרו לשלוח את הזקן
לקרח, כדי לאפשר קיום מינימלי לאב ולבן.
החברה המודרנית מכירה בזכויות העבר של
הקשיש, מקבלת אותו כמיטרד הכרחי ומת-
לבטת בבעיות שיקומו. החברה הקיבוצית
הפכה את הקשיש לגורם ייצור פרודוקטיבי,
זקוף-קומה, התורם מכוחו לפי יכולתו.

החברה הישראלית עשויה ללמוד מן הנסיון
הקיבוצי ולהקים מסגרת למערכת מקורית-
חלוצית, שבה יתרמו הקשישים לכלכלת
המדינה.

בשנת 2000 מצפים בעולם ל-400 מיליון
קשישים (החיים עמנו כיום ומצויים בשיא
כושרם היצרני) ועל כן עשויה גישה ישרא-
לית חדשנית להוות "אור לגויים". עולם,
שבו יאלצו מאות מיליונים להיות מובטלים
בעל כורחם, עקב גילם, יאבד תפוקה פוטנצי-
אלית כבירה ויגרום עוגמת-נפש להמונים.
העובדה שקיימת חברה אנושית ללא פרישה
מעבודה, מצדיקה את המאמצים הדרושים,
כדי לנסות וליישם את הנסיון הקיבוצי למ-
ערכת הרחבה והסבוכה יותר של המדינה.

הדאגה לקשיש בחברה הקיבוצית*

מאת דוד אתר**

חביה על ההזדקנות והשלכותיה על חברי הקיבוץ בשם "הזיקנה שקפצה", באחת החובות של אורלוגין². ברוך לין מעלה את הצעתו להסדר פנסיה לחברי הקיבוצים לשם איוון המאון הכספי במשקים, כאשר יצטמצם כוח העבודה של דור הותיקים³, ושמאל גולן ממשמר העמק, מעורר בעיות תעסוקה ויחסי דורות עם מעבר החברים לגיל הזיקנה⁴. בשנות ה-60 בולטים מאמרים, המבוססים על ידע גרונטולוגי, של רחל מגור וישעיהו בארי ממשמר העמק⁵, ומחקריה של יוניגה טל-מון שהודפסו בספרות הגרונטולוגית בעולם⁷. כמו כן ראויים לציון צסי רוזנבליט מגניגר, אשר הדגישה את הצד השיקומי והניחה יסודות לעבודה סוציאלית שיקומית בקיבוץ⁸, ושמאל שחר ממזרע, אשר פרסם סקר תעסוקתי והחל בפעילות המדור⁹ לחברות מבוגרים וקשישים בברית התנועה הקיבוצית.

מבוא

בתחילת סקירתי על השירותים למען הזקן בחברה הקיבוצית, רוצה אני להדגיש, שכל פעולתנו בשנים האחרונות היתה המשך-פעולה של רבים, אשר קדמו לנו כמניחי יסוד במחשבה וכמכווני דרך. בתנועה הקיבוצית רווחת הדעה שהזיקנה קפצה עלינו, מבלי שטרחנו להרהר במשך כל שנות חיינו, כי גם אנו נהיה פעם זקנים, וכי החלוץ והשומר לא יישארו תמיד צעירים. אולם כל המעיין בספרות הקיבוצית, מוצא כי עם סימני הזדקנותם של החברים בקיבוצים הוותיקים צצות ועולות גם בעיות ההזדקנות. באותם פרסומים ורשימות מדובר על גילאי 50 ויותר. בשנות החמישים נכתב הספר "במעלה החיים" על ידי י. פלמוני, איש דגניה א'¹, וכן מתפרסמת רשימה מאת דוד כנעני ממר-

* מאמר זה מבוסס על הרצאת המחבר בטקס קבלת הפרס ע"ש קלס גרושינסקי ז"ל משבדיה, מטעם האוניברסיטה העברית ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, פברואר 1977.

** מרכז המדור לחברות מבוגרים וקשישים, ברית התנועה הקיבוצית.

- 1 פלמוני, י., "במעלה החיים", הוצאת יבנה, 1954.
- 2 כנעני, ד., "הזיקנה שקפצה" ב"בתי מידות", ספרית הפועלים.
- 3 לין, ב., "הדרושה פנסיה גם לחברי הקיבוצים ו", חדים, מס' 51, 1956; ניב הקבוצה, מס' 51-52, 1964.
- 4 גולן, ש., "הרהורים בבעיות החברה הקיבוצית", חדים מס' 48, 1958.
- 5 מגור, ר., "ההזדקנות בקיבוץ", חדים מס' 81, 1965.
- 6 בארי, י., "בעיות החבר המזדקן בקיבוץ", חדים מס' 81, 1965.
- 7 טלמון, י., "גיל ההזדקנות", יחיד וחברה בקיבוץ, הוצאת מגנס, ירושלים, תש"ל.
- 8 רוזנבליט, צ., "טיפול בקשישים", ניב הקבוצה מס' 56, 1965.
- 9 שחר, ש., "בעיות הקשיש בתנועה הקיבוצית", הוצאת ברית התנועה הקיבוצית, 1968.

יצחק טבנקין על הזדקנותם של חברי הקיבוץ

גיל הזיקנה היה מרכיב אינטגרלי בתפישת המבנה החברתי של הקיבוץ אצל מיסדיו. יצחק טבנקין תאר את הקיבוץ כחברה בה חיים יחד כל הגילים, מן הילד הרך עד לזקן. בדברו על קיבוץ פתוח התולך וגדל בהיקפו, הוא מדגיש את החובה לבנות חברה רב-גילית.

בפגישה שנערכה בדגניה בשנת 1923, אמר טבנקין, גוכח העובדה, כי הקבוצות "האינ-טימיות והאידיוליות" לא היו מסוגלות לקלוט בתוכן משפחות: "... התואר חברה בלי ילדים ובלי זקנים? הקבוצה כמו שהיא כיום נהפכת לשאיפה הקשורה רק לגיל הנוער. חברה המוציאה את ילדיה, את זקניה וחלשיה אינה חברה כלל...".¹⁰ טבנקין מדגיש, כי שכבת הזקנים עודה חסרה בקיבוץ כדי שיהפך לחברה נורמלית. בשנת 1949, לאחר מלחמת העולם השנייה, כאשר המונים מגיעים מתפוצות הגולה, כותב טבנקין על תפקידו של הקיבוץ בקליטת העלייה ובפיתוח המשק הקיבוצי, ומחייב קליטת הורים לא רק כמטרה הומניטארית, כעזרה לחבר הקיבוץ שהוריו בצרה, אלא כצורך החברה הקיבוצית עצמה, שאין בה זקנים. הוא מציין בין השאר: "... הקיבוץ אינו צורת מעבר, אינו פרי מאוויי-נוער בלבד, אינו חטאת-נעורים או חלום-נעורים, אלא דרך חיים, ועל כן צריך לראות את עצמו כחברה אנושית טבעית, המקיפה את האדם בכל גיליו...".¹¹ באותה רשימה מתנגד טבנקין לשאיפות בני הקיבוץ לעזוב את ישובי הוריהם לשם מעשה בראשית בהתישבות חדשה. תפקיד הבנים

להיות דור-המשך, ואין הדבר מבטל את הצורך ביציאת הבנים לעזרת גרעיני התישבות, אבל עקרונית שייכת שכבת הצעירים למבנה הגילי של החברה בה הם גדלו. "... דור-המשך ממלא תפקיד גדול מאד בבנין החברה הקיבוצית. בישוב חד-גילי, בו כל חברי המשק מזדקנים, הרי ישנן עבודות שאין מי שיעשה אותן...". בהמשך דבריו קובע טבנקין, כי במרכזה של החברה בקיבוץ חייב לעמוד האדם הצעיר: "... האדם המזדקן חומרית-פיונית, מוכרח להזדקן גם רוחנית-מוסרית ויש החלשה של המתח. ואילו הקיבוץ זקוק תמיד למתח גבוה, וככל שהישוב הקיבוצי גדל, מתיחותו אף היא מוכרחה לגדול... הקיבוץ זקוק למתיחות רעיונית מוסרית מתמדת, ומבחינה זו כוחו של הנוער יפה יותר מכוחו של המזדקן...".

בדבריו האחרונים של טבנקין באה לביטוי אחת משאיפות היסוד של התנועה הקיבוצית, שקבעה לעצמה מטרות התישבות במדבר, בהרים, לאורך הגבולות. אך השאיפות כשי לעצמן יפות להגשמת צעירים, ושכבה המודה בהזדקנותה, כאילו גישלה עצמה אל שולי הדרך של מגשימי האידיאל הקיבוצי. שכבת המייסדים היתה במשך כל חייה הנושא בבנין החברה ובהגשמת דרכה. קשה לה להשלים שתפקידה הסתיים עם הזדקנותה. זאת אולי הסיבה העיקרית, שדור-הוותיקים מנסה לדחות בעקשנות את הזכרת זיקנתו.

הספקתי כמה פעמים להיפגש עם טבנקין עוד בשנות חייו האחרונות ותמיד הדגיש את יחסו החיובי לפעילות המדור, אך ביקש לשמור על כבודו של החבר באומרו: "... רק אל תציגו את החבר המזדקן בקיבוץ כמסכן, כאובייקט לרחמים. הרי החבר המזדקן בקיבוץ מזדקן במפעל-חייו. הוא...".

10 הורביץ, א., "המשפחה בקיבוץ", וחייה כי תגיע אל זיקנה, הוצאת מדור בין קיבוצי לחברים קשישים, עורך ד. אתר, חוב' ב', 1972, ז', 1978.

11 טבנקין, י., "ארחות החברה הקיבוצית", מצפנים, 1949.

יגור, עברו תוך כמה שנים מאות חברים את גיל ה-65 ובמשמר העמק נמצאת כל שכבת המיסדים בשנות ה-70 לחייה. הקיי-בוץ חייב, על כן, להכין עצמו במאמצים כבירים לקראת הזדקנות חבריו, ולמנוע מצ-בים העלולים אף להיות טרגיים.

קווים מנחים לפעולת המדור לחברת מבוגרים וקשישים

בשנים האחרונות פיתח המדור פעילות ענפה לשם הקמת שירותים המתאימים לשכבה הר-חבה של החברים המזדקנים. למרות שהושק-עה מחשבה בנושא ההזדקנות בחברה הקיי-בוצית, במשך עשרות בשנים, חייבה המציאות לחפש דרכים חדשות. קבענו, איפוא, קווים מנחים לטיפול בחברים המזדקנים:

1. המשך עבודתו של החבר המזדקן בענף המוכר לו, ואליו אף הסכין, או העברתו לעבודה חדשה, רצוי תוך הסבה מקצועית המותאמת ליכולתו ולגילו. אין להפסיק באורח שרירותי את תעסוקת החבר המזדקן על פי תקנון כלשהו.
2. המשך הפעילות החברתית והתרבו-תית של המזדקן לפי יכולתו ונטייתו האישית. שמירת הסטאטוס החברתי של הקשיש, תוך הימנעות ממתחות חברתית ותחרותית בין הדורות על עמדות והערכות.
3. חינוך הצעירים ליחס של כבוד וה-ערכה כלפי הקשישים.
4. הגשת עזרה רפואית טיפולית למז-דקן הזקוק לכך בביתו, בסביבתו, בקרבת משפחתו וידידיו. העברתו למוסד לשם אשפוז מחוץ לבית, רק באין ברירה.

הזיקנה אינה קופצת על האדם. זהו תהליך איטי ואין אנו בדרך כלל מרגישים בו, אלא לאחר שנים. אולם מבחינה חברתית קופצת הזיקנה על רוב ישובי התנועה הקיבוצית. עוד בשנת 1970 היו בקיבוצים הוותיקים, שנוסדו עד שנת 1930, רק כ-4% חברים מעל גיל 65; היום מגיע האחוז כמעט ל-10%, ולפי התחזית בשנת 1980 יגיע אחוז החברים בני 65 ויותר ל-15% ומעלה. בקיבוצים שנוסדו עד שנת 1948 יעלה אחוז החברים בני 65 ויותר מ-1% בשנת 1970 ל-9% בשנת 1980. אם נשווה את שיעור ההז-דקנות בקיבוצים הוותיקים למצב הקיים בארצות מפותחות מודרניות כצרפת, גרמניה, אנגליה או ארצות הברית נמצא, כי במדינות אלה תגיע האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה ל-12% עד 14% בשנת 1980. אולם תהליך ההזדקנות החל אצלם לפני 80 שנה ובקיי-בוצים הוותיקים לפני 10 שנים בלבד. אפשר, איפוא, לציין, כי ההזדקנות בקיבוץ מאופינת במהירותה ובהיקפה הגדול. לפני שחברי הקיבוץ מתרגלים לנוף האנושי החדש, הם נמצאים בתוך ההזדקנות, במלוא מובן המי-לה, ואין להם שהות להתכונן נפשית ומחשב-תית כדי להכין את השירותים הדרושים לגילאים אלה.

כיצד להסביר את השינויים הדמוגרפיים המיוחדים האלה?

הקיבוץ נחשב לפי מושגי הסוציולוגיה ל"חברה סגורה" כלומר, גרעין של חברים בגודל מסוים, 100-150 חברים, אשר יסדו את הקיבוץ בהיותם בני אותו גיל לערך. חברים אלה הקימו באותו פרק זמן את משפ-חותיהם, הולידו ילדים, והם גם מזדקנים יחד¹². במספר קיבוצים, כמו גבעת ברנר או

12 אתר, ד., "הזדקנות בחברה הקיבוצית", הוצאת הדסה ירושלים, 1974; וחייה כי תגיע... חוב' ד', 1974.

עבודת החבר בגיל גבוה

החברה הקיבוצית איננה קובעת לחבריה גבול גילי במילוי עבודה או תפקיד כלשהו. קיים תקנון של הפחתה הדרגתית בשעות עבודה עם עליית הגיל. כאשר יום עבודה מקובל ביישוב כולל 8 שעות, עובדות החברות החל בגיל 50, שעה אחת פחות, ומידי 5 שנים מפחיתים שעה נוספת. לפי אותו תקנון מפחיתים לחברים שעת עבודה מגיל 55 ומידי 5 שנים שעה אחת.

טעות היא לקרוא לתקנון זה "פרישה הדרגתית". כאשר מדברים על פרישה הדרגתית רואים כמטרה סופית את הפרישה המלאה. תוכנו של התקנון לעבודה בקיבוץ הוא הפוך במשמעותו, כלומר — מפחיתים לחבר עם עליית גילו שעות עבודה, כדי לאפשר לו את המשך עבודתו לפי יכולתו.

בשנת 1970 מצאו צורך להשלים את התקנון, משום שלא צוינו בו חובותיהם וזכויותיהם של חברי הקיבוץ, המגיעים לגיל 70. באי-חוד הקבוצות והקיבוצים נקבעו ההחלטות הבאות (ביתר הזרמים נתקבלו החלטות דו-מות):

"עבודת חברים מגיל 65—70 תירשם, אך לא יעשה כל חשבון לגבי זכות וחובה לעבודה. זכותו היסודית של החבר לפי-רוש מן העבודה בגיל זה, אך אין זו חובתו. הקיבוץ חייב לדאוג לאפשרות של עבודה חלקית בגיל זה, לכל אלה שרצונם בכך."¹³

פרישה מעבודה אינה קיימת, למעשה, בחברה הקיבוצית אלא רק מסיבות בריאות. זכותו של החבר להפסיק את עבודתו היא מוסרית ואנושית, אך מבחנה האמיתי של התנועה הקיבוצית טמון בהבטחת מקומות עבודה מתאימים לגיל גבוה, שכן בעת הזדקנותו

נאחו החבר בעבודה בעקשנות גוברת. במח"ק "תעסוקה במהלך החיים בקיבוץ" הצביעתי על שיעור גדול של חברים וחברות, הנאלצים בגיל גבוה לעבור מענף עבודה למשנהו. מדובר על כ-40% בני גילאים 50 ויותר.¹⁴

התנועה הקיבוצית עברה בשנים האחרונות תהליך של תעושה. הוקמו מפעלי תעשייה רבים בהם מצאו מקום עבודה חברים, אשר עבדו קודם לכן בענפי התקלאות. יתירה מזאת, הם היו למקימי המפעלים. ברשימתי "היבט גרונטולוגי על התעשייה הקיבוצית"¹⁵ הדגשתי, כי דרושה מודעות להתאמת תנאי העבודה וכלי העבודה לעובדים בני 60 ויותר, כדי לאפשר להם להמשיך בעבודתם במפעלים אלה. בינתיים נעשה רבות בתנועה הקיבוצית בנושא זה. משקים הקימו מפעלי-תעשייה, שתפקידם לקלוט חברים בגיל גבוה. עבודת החברה דורשת פתרון מיוחד. אחוז גבוה של חברות יוצאות את ענפי החינוך ועוברות לענפי שירותים: מחסני בגדים, מטבח, חדר האוכל, ועוד. ברבים מענפי עבודה אלה קיים פיגור טכנולוגי המחייב התחשבות עם גיל העובדות. מוטל, איפוא, על הקיבוצים להעמיד את ענפי השירות על רמה טכנולוגית גאונית וגם לפתח מפעלים המתאימים לעבודת חברות. נראה כי לאח-רונה חלה התקדמות ניכרת בתחום זה.

שירותי בריאות ודאגה טיפולית

בשנת 1969 נערך ע"י מלב"ן, בשיתוף עם ועדת הבריאות הבין-קיבוצית, סקר על שירותי הבריאות בעמקי יזרעאל, בית שאן וירדן, לקראת הקמתו של בית האבות בעפולה. נתברר כי הקיבוצים אינם שולחים חברים או הורי-חברים לאשפוז, כל עוד ניתן

13 תקנון עבודה, ניב קבוצה, 1970; והיה כי תגיע... חוב' ו', 1977.

14 אתר, ד., "תעסוקה במהלך החיים בקיבוץ", הדים מס' 104, 1976; והיה כי תגיע... ו', 1977.

15 אתר, ד., "היבט גרונטולוגי של מחקר התעשייה הקיבוצית", מבפנים 1974; הקיבוץ מס' 2, 1975; וייגרס, ר., "היבטים כלכליים של ההזדקנות בקיבוץ, הדים 105, 1976; והיה כי תגיע... ו', 1977.

לטפל בהם בבית. המאושפזים והמועמדים לאשפוז, לפי הסקר הנדון, השתייכו לסוגי הטיפול: תשושים וסיעודיים, אלה שאינם מסוגלים לשרת את עצמם בצורכיהם הבסיסיים, ונוקקים לטיפול קבוע ולהשגחה מתמדת.¹⁶ כדי להפחית את מספר האנשים הזקוקים לאשפוז-חוק פיתחנו ביישובים הקיימים טיפול הדומה לטיפול בית (home care), המבטיח לקשיש שירותים בביתו.

לשם הקמת שירותי טיפול פעלנו בשני מישורים: א. הקימונו צוות טיפולי מקצועי ויצרנו במיוחד מקצוע חדש "מטפלת בקשישים וחולים כרוניים", ב. הצענו ליישובים להתאים את הסביבה הפיזית, כלומר — את חדרו של הקשיש לצורכי טיפול, ולבנות עבור מקרים קשים יותר מספר חדרי טיפול אשר יהיו סמוכים למסודות הבריאות הרגילים, ובהם יינתן לזקוקים טיפול אינטנסיבי ותקויים השגחה מתמדת.

לשירות הטיפולי קראנו "טיפול משותף לחבר הקשיש בחברה הקבוצית", וזאת כדי להדגיש את האחריות הטיפולית המוטלת על כל החברה. את קווי ההנחיה לטיפול ביססנו על תורות הפסיכולוגיה ההומנית, המדגישות באישיותו של האדם את ה"אני העליון", ורואות בסיפוק צרכיו הראשוניים לא רק את הבטחת הקיום הפיזי — מזון, בגד, קורת גג וכדו', אלא גם צרכים נפשיים ורוחניים, כמו: אהבה, הערכה, תכני חיים וכדו'.¹⁷

בתקופה האחרונה החלו כמה קיבוצים בהקמת מבנים לחדרי טיפול, שנועדו למנוע הוצאת חברים מביתם הקיבוצי. מבנים אלה צריכים היו לשמור על פרטיותו של הקשיש ועל האפשרות לנהל אורח חיים עצמאי, למרות תלותו הגוברת בעזרת הזולת. עד

מהרה מצאנו, כי בעיות חברתיות רבות מלוות את העברתו של הקשיש לחדרי הטיפול, ועל פי סוגי המועמדים אנו קובעים באיזון מידה אפשר לשמור על פרטיות זו.¹⁸

השירות הטיפולי לחבר הקשיש נתקבל בחברה הקיבוצית, כמעט בכל היישובים הוותיקים, וחלק מן הקיבוצים האחרים (שחבריהם בגיל העמידה) שיגרו את חברותיהם לקורסי סים ולהשתלמויות, המתקיימים על ידי המדור (לאחרונה אף השתתפו בקורסים בני המין החזק).¹⁹

פנסיה לחברי הקיבוץ

במשך שנים רבות התייחסו חברי הקיבוץ לפנסיה כאל דבר זר, המנוגד לעקרונות החברה הקיבוצית, שהרי בחברה הקיבוצית קיימת אחריות לכל חבר עד יומו האחרון ולחברי דים מובטח בטחון מושלם ודאגה לסיפוק צורכיהם, בהתאם ליכולתה הכללית של החברה. רק בשנים האחרונות, עם הגידול שחל בקבוצת החברים שהגיעו לגיל הפנסיה, הועלו דעות אחרות. בדיונים שנתקיימו במוסדות מרכזיים בתנועה הקיבוצית הודגש הצורך בקביעת הסדר לפנסיה-תגמולים, הרשומה על שמו של החבר באורח אישי, והמגיעה לקופת המשק בשמו של החבר הזכאי. הדגש אישי בארגון הפנסיה הקיבוצית מעיד על הצד הפסיכולוגי העמוק הקשור ביישומה, תוך הבדלתה מן הפנסיה המקובלת בעולם, אשר בה מושם הדגש על הצד החומרי-כספי. החברה הקיבוצית רוצה להיות שותף אישי לפנסיה זו כחלק מהכנסות המשק ולשם קיומו המלא של החבר הפנסיונר.²⁰ עם עליית הגיל מתעורר בלב המזדקן מא-

16 אתר, ד., "שירותים קהילתיים בקיבוץ", מבפנים מס' 1 תשל"א; והיה כי תגיע... א', 1971 ו'ד', 1974.

17 אתר, ד., "קווים לפסיכולוגיה של הטיפול בקשיש בחברה הקיבוצית". חדים, 107, 1978; האחות בישראל מס' 101, 1977; והיה כי תגיע... ז', 1978.

18 אתר, ד., "בעיות חברתיות חמלוות בנין חדרי טיפול" (טרם הודפס).

19 אתר, ד., "שירותי רווחה למבוגר ולקשיש בקיבוץ", ביטחון סוציאלי, חוב' 14—15, 1977.

20 אתר, ד., ש.פ.

בק מתמיד להפחתת רגשי תלותו באחרים, וזאת נוכח העובדה שתלותו עולה מידי יום ביומו. תרומתו הכספית של הקשיש, גם אם מהכנסות-עבודתו משנים עברו, כאשר כוחו עוד היה עימו, מפחיתה את הרגשת התלות בחברה, ומוסיפה לו תחושת עצמאות²¹. בהקדמה לפירוט הסדרי פנסיה-תגמולים בקי-בוץ, כתוב לאמור: "התנועות הקיבוציות הגיעו למסקנה, כי עליהן לקדם את הסדר הפנסיה לחבריהן. הן רואות בכך גורם חשוב בהגברת חופש הכרעתו של החבר לגבי חברותו בקיבוץ, בשיפור הרגשתו הטובה של החבר הוותיק והמזדקן, בהגדלת החסכון הפיננסי, כתרומה ליציבותו הכלכלית של הקיבוץ לאורך זמן, ולשיפור מצבו של המ-בוגר, העוזב את הקיבוץ..."²²

יחסי דורות וקשר משפחתי בחברה הקיבוצית

בהמשך למחקריה של יונינה טלמון²³ על המשפחה בקיבוץ בחנו את הקשרים הנרקמים בין בני המשפחה הקיבוצית הרב-דורית. אחת השאלות המטרידות את המזדקנים היא עמדות הצעירים כלפי הזיקנה. גם חברי הקי-בוץ מבינים שאהבת ילדים את אבותיהם הזקנים היא, אולי, הגורם המכריע מבין כל הגורמים המבטיחים זיקנה שלווה ומאושרת. המשפחה הרב-דורית בקיבוץ לא התהוותה, כמו בעולם המודרני, תוך הקמתו של משק-בית נפרד על ידי בני זוג צעירים, שהחלו בגידול ילדיהם. בקיבוץ מאוחדים כל הדורות בדאגה למשק ולחברה המשותפים, תוך שמי-רת עצמאותה של כל יחידה משפחתית. בקי-בוץ מטופח הקשר האמוציונאלי בין בני

משפחה, ומתן עזרה הדדית הדוקה מתאפשר בזכות המרחקים. הקצרים במסגרתו של ישוב קטן.

המשפחה הקיבוצית הרב-דורית של ימינו התהוותה תוך תהליך ממושך ומורכב. בת-קופת הווסדו של הקיבוץ היו למשפחה קי-בוצית. כל הסממנים של המשפחה המודרנית הגרעינית. חברי הקיבוץ ניתקו או קשרי דורות עקב נטישת הוריהם בגולה ובניית חברה חדשה תוך העדר המשכיות בין אבות ובנים. הדור השני בקיבוץ כשיכבה גי-לית לא הכיר את הזיקנה במשפחה. אמנם נקלטו הורים של חברים בקיבוצים, אך מס-פרם היה מועט והם לא זכו למעמד של שו-תפים מלאים בבנין הקיבוץ. תדמית ההורים האלה היתה: העדר מעורבות, זרות בשפה ובאמונה, שוני באורח חיים ובדרכי התנהגות. אין איפוא להתפלא על כך, כי הדור השני ניצב לא פעם כשהוא חסר הבנה לתופעות הזיקנה של הוריו, החברים הוותיקים. בגיל רך לא הספיק הדור השני לקשור קשר אמוצי-יונאלי אל הזיקנה וכיום, כמי שנושא על שכמו את האחריות לחברה הקיבוצית על כל שכבותיה, הוא נאלץ להגיע להבנת צורכי הזיקנה דרך תודעה קיבוצית בלבד, דרך שרבים אינם עוברים אותה בנקל²⁴.

לעומת זאת, מצאנו, כי ילדי הקיבוץ, הדור השלישי, קשרו קשרי הדוק עם סביבתם. תד-מיתו של הזקן בעיני הילדים היא חיובית. הם רואים בו איש עבודה, בונה הקיבוץ, ודואג למשפחתו. במיוחד הופכת הסבתא למרכז מלכד. במשפחה הקיבוצית הרחבה, הדואגת להתכנסויות משפחתיות קבועות ול-אירועים משפחתיים מיוחדים. הנכד מבין, איפוא, את נפשו של הזקן, ומוסיף לו שמחה ואהבה בעת ביקוריו.

21 אתר, ד., "להפחית תלותו של דור בדור", בקיבוץ מס' 772, 1970; חדים מס' 93, 1970; והיה כי תגיע... חוב' א' 1971, חוב' ו' 1977.

22 עתודות — קופת גמל של הקיבוץ הארצי, 1972, והיה כי תגיע... חוב' ב' 1972.

23 טלמון, י., שם.

24 אתר, ד., "עמדת צעירים אל הזיקנה", גרונטולוגיה מס' 5, 1976.

מארגניה הדגישו את ההישג החברתי שב-
התכנסות החברים הקשישים, הוצאתם מחד-
ריהם וקשירתם מחדש אל הכלל. הדגש
בתוכניות הפעולה המועדונית מרשם על
מסירת מידע על המתרחש בשוב עצמו,
דבר המעיד על השאיפה לשמור על קשר
ומעורבות בחיי החברים כולם.

תפקידם של פעילי גרונטולוגיה בקיבוץ

הפעילות למען הזקן בחברה הקיבוצית אינה
אלא חלק מן הפעילות החברתית הכללית
של הקיבוץ. לכן מסונף המדור לחברים מבו-
גרים וקשישים אל ועדת החברה ופעולותיה.
אמנם, חלק גדול מכלל הפעולה מוקדש לפי-
תוחם של שירותי הבריאות — על כן חייב
המדור לעבוד בשיתוף עם ועדת הבריאות —
אך, כמובן, שעובדי המדור מתייחסים אל
ההזדקנות כאל תהליך נורמלי ולא חולני
חלילה.

הפעילות הגרונטולוגית בישוב הקיבוצי ענפה
ומקיפה שטחי חיים רבים. פעילי גרונטול-
לוגיה חייבים לרכוש ידע ככל האפשר בשא-
לות בריאות, תעסוקה, ארגון שעות הפנאי,
תכנון הישוב והתאמת מבנים. עליהם להיות
ערים גם לבעיות הפרט וגם לבעיות הקשיש
הבודד. עליהם להכיר נוהגים ותקנונים ולמ-
נוע הפליית המוגבל והזקן. עליהם לנסות
ולחקטין כאב וצער, גם אם העזרה הניתנת
מוגבלת לעתים, הן מבחינת תוכנה והן מב-
חינת הזמן המוקצב לה. על פעילי הגרונטול-
לוגיה לעורר בעלי מקצוע מכל שטחי החיים
להתעניין בבעיות הזיקנה הספציפיות, ולהע-
לות את רמת המודעות וההבנה לתופעת

יחד עם זאת גילה מחקרנו, כי קשרי הילדים
אל הקשישים מחוץ למשפחה מעטים, והדבר
עלול לפגוע בזקנים בודדים וביחסי דורות
בחברה הקיבוצית באופן כללי. לכן, מוצע
בסיכום המחקר, עריכת מסיבות וחגים, תוך
שותפות פעילה של סבים באירועים המת-
קיימים בגני הילדים ובכיתות בית-הספר. כמו
כן מוצעות הפעולות הבאות: עריכת פגישות
בין-דוריות; הגשת עזרה מכוונת לזקנים,
כמו חלוקת שי ופירות בחגים; טיפול בגי-
נות על יד מגורי הקשישים ועוד. נוסף לכך
הומלץ, כי המורים ישלבו את הבנת הזיקנה
ותופעותיה במסגרת תוכנית הלימודים בבתי
הספר.²⁵

הפנאי בעת זיקנה

גישתנו היסודית לשאלה זו מתבססת על
שמירת מעורבותו של המזדקן בחיי החברה
והתרבות. המטרה היא ליצור פעילות לשעות
הפנאי, המאפשרת מציאת תוכן בתיים ובי-
טוי עצמי — מחד, והתלשת מגמות ההסתג-
רות, המסתמנת בגיל הזיקנה והמביאות לרג-
שי בדידות וניכור — מאידך.

הקיבוצים פיתחו פעילויות שונות, כמו:
מלאכת יד, חוגי לימוד, פעילות ספורטיבית
והתעמלות מבוקרת, ארגון טיולים, המתאימים
גם לגילאים גבוהים, ובכל הפעולות הללו
הקפידו על מעורבות בין הגילים.

בשנים האחרונות החלו הקיבוצים בארגון
פעילות מועדונית עבור החברים המבוגרים
והקשישים. תחילה היו היסוסים לא מעטים
לפעילות זו, אשר נראתה לרבים כנסיון להפ-
ריד בין הגילים. אולם הסקר שערכנו²⁶ הצ-
ביע על הצלחתה הגדולה של פעילות זו.

25 אתר, ד, מנור ר., "ילדים בקיבוץ רואים את הזיקנה", חדים, אוקטובר, 1973; וחיה פי תגיע...
חוב' א', 1978.

26 אתר, ד, "פעילות מועדונית של מבוגרים וקשישים בקיבוץ", גרונטולוגיה מס' 12 (יופיע).

הזיקנה, על השלכותיה השונות בחברה כולה²⁷.

לסיכום

במשך כל השנים ביקשנו להעביר ולהתאים את השגי המדע הגרונטולוגי אל החברה הקיבוצית, שהיא חברה "אחרת". אנו נעזרנו בעובדה שהמדע הגרונטולוגי — בהבדל

ממדעים אחרים — איננו מחקר "אובייקטיבי". אנשי המחקר העוסקים בשאלות הזדקנות מעורבים בו אישית ומעבירים לתוך המדע את צביון חייהם הם. ממדע על הזדקנות גרידא הפכה הגרונטולוגיה למדע על ההזדקנות דקנות הטובה, המבוססת על יסודות הומניים. בתור שכזאת, הפכה הגרונטולוגיה למורה דרך נאמן לתנועה הקיבוצית בחיפוש שיה אחר פתרונות לבעיות המתעוררות עם העלייה המסתמנת בגיל חבריה.

27 אתר, ד., "עיקרי יסוד לפעולה של המדור למבוגרים וקשישים", דו"ח לוועידת חקיבוץ המאוחד, 1976 ; והיה כי תגיע... , חוב' ו', 1977.

שלושה אופני התערבות במשפחות שכולות

מאת מיכל גוטמן*

מבוא

1954; לרמן, 1956; אנגל, 1961; גורר, 1967), העלול להוליד נטיות פאתולוגיות (לרמן, 1956; לוינסון, 1972) בתחום האישי, המשפחתי (ינסן, וולאס, 1967) והחברתי (גורר, 1967; מדיסון, 1968; אטלס, 1973; פלגי, 1973). הצידוק להתערבות יסודו בה-נחה, כי התמודדות פעילה של הורים שכולים עם האבל ועיסוק בנושא האבל, יש בה כדי למנוע נטיות פאתולוגיות (לינדמן, 1944; רפפורט, 1962; הודג', 1972).

המטרה אשר אליה חותרת תוכנית ההתערבות היתה לסייע להורה השכול להגיע לידי עי-מות ישיר עם צערו ולעסוק באופן פעיל בנושא האבל. התעסקות בנושא האבל אינה נטייה טבעית, ולכן יש לעזור למתאבלים בכך (קפלן, 1964; גורר, 1967; סילברמן, 1967; גרבר, 1969; הודג', 1972). יתר על כן, המתאבלים נכונים לרוב לקבל עזרה זו (סנדר, 1920; סילבר ואחרים, 1957; רפפורט, 1972; סילברמן, 1969; פלגי, 1973).

במאמר זה נתפס האבל כמצב "נורמלי" (לינדמן, 1944; גורר, 1967; הודג', 1972), המועד לסיבוכים (אנגל, 1961; גרבר, 1969). ה"נורמליות" של השכול מאפשרת התערבות בעלת אופי תומך ומונע, לעומת טיפול רי-פויי מעמיק, האופייני למצבים "א-נורמליים" או כרוניים. כמו כן מאחר שהתערבות זו נושאת אופי של תמיכה אנושית שנועדה לעודד את אלה הנתונים במשבר, ולא אופי

משרד הבטחון רואה עצמו אחראי לשלומן של שלוש קבוצות אנשים שנפגעו בעת שירות בטחון או מלחמה — נכים, אלמנות והורים שכולים. עד שנת 1973 התרכזו התוכניות הסוציאליות בעיקר בנכים ובאלמנות מלחמה. אולם נסיון השנים 1948—1973 לימד, כי ההורים השכולים מהווים קבוצה "בעייתית" לא פחות קשה משתי הקבוצות האחרות ואולי קשה מהן. שלא כמו מותו של זקן שני-תן, אולי, לראותו כאירוע של מחזור החיים, הרי אובדנו של בן הוא אירוע של משבר, אשר האבל עליו מתמשך (אורבך, 1954) וכואב מכל צער וללא נוחם (גורר, 1967).

בעת מלחמת יום הכיפורים הפעיל משרד הביטחון תוכנית התערבות בקרב הורים שכולים, שמטרתה למנוע, ככל האפשר, תופעות פאתולוגיות כתוצאה מאובדן בנים. מאמר זה מתאר שלושה אופני התערבות, שנקט משרד הבטחון למן אוקטובר 1973 ועד מאי 1975 באיזור הרצליה¹. העובדים שנשלחו לעבודת השדה היו ברובם מתנדבים לא מקצועיים, שפעלו בפיקוחם של פסיכולוגים ועובדי דים סוציאלים.

המניע להתערבות בקרב הורים הנתונים במצב של שכול נעוץ בהשקפה, כי אובדן פת-אומי של בן גורם למצב של משבר (אורבך,

* ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בראילן.
1 תוכניות דומות קוימו בכל רחבי הארץ.

של טיפול פסיכו-סוציאלי, סברו יוזמי התוכנית, כי אף אנשים לא-מקצועיים יוכלו למלא תפקיד אנושי זה, מה עוד שלא היתה ברירה אחרת מפאת המחסור בכוח אדם מקצועי.

ההשערה כי אנשים לא-מקצועיים יוכלו להיות סוכני עזרה מועילים במצבי שכול מוצאת לה תימוכין אצל כמה מחברים, הטוענים, כי התכונות הנחוצות לאנשים המסייעים במצבי שכול הן תמיכה מעשית, הבנה, רגישות, טאקט (מריס, 1974), אנושיות (טפלין, 1971), גמישות, חוסר מקצוענות (סילברמן, 1974 א'), ונורמאליות (גרבר, 1969). אנשים רבים, כדברי מריס, ניחנו ב"די טאקט ורגישות לספק לאבלים את התמיכה והידידות שהם זקוקים להן, אם רק ינסו" (עמ' 153).

כיוון שהשכול אינו רק אבידה אישית אלא גם משפחתית, צריכה ההתערבות להיות בעלת מגמה משפחתית יותר מאישית, כאשר כל הקשת המשפחתית מצויה במוקד. מאחר שהשכול עלול לגרום לליקויים תיפקודיים בתחומים האישי והחברתי טיפלה התוכנית בשלושה מישורים: האישי, הקבוצתי והקהילתי. מישורים אלה מקבילים לשלוש שיטות בעבודה הסוציאלית: עבודה פרטנית, עבודה קבוצתית וארגון קהילתי. לכולאחת מן הרמות הללו נועדו מטרות ותפקידים שונים והן הותחלו בשלבים שונים של תהליך האבל. בשלבים מסוימים היתה חפיפה, או ליתר דיוק בו-זמנית, בין השיטות.

העזרה בכל אחת מן הרמות הושטה רק להורים שכולים, שהיו נכונים לקבלה. במישור האישי, מעטים מאד דחו את הצעת העזרה; במישור הקבוצתי, לא כולם הסכימו להשתתף בקבוצות, ומבין המשתתפים חלק נשר, בעיקר מיוצאי עדות המזרח. השתתפות בפעילויות קהילתיות היתה ספונטאנית, במובן זה — שהמשפחות אשר שיכלו את בניהם במלחמת יום הכיפורים קיבלו הזמנות לפעילויות, ורק מי שרצה בא אליהן. מכאן שחלק מבין ההורים השכולים דחה כל עזרה, חלקם גאות לקבל עזרה באחד או שניים מן

המישורים בלבד וחלק הסכים להעזר בכל הרמות. דבר זה מלמד, כי לא כל המשפחות השכולות רוצות בעזרה, ואחרות זקוקות או מבקשות סוגי עזרה שונים.

בעת המלחמה ניתנה התערבות במישור האישי בלבד. בשלב מאוחר יותר, הוקמו קבוצות בהשתתפות משפחות שקיבלו טיפול אישי ומשפחות שלא קיבלו טיפול כזה כאחת. בשלב האחרון החלה ההתערבות במישור הקהילתי. האינטנסיביות של כל שיטת טיפול, היקפה ומישכה היו תלויים בצורכיהן של המשפחות השכולות בכל תקופה, בנכונותן להשתתף בקבוצה או בפעילויות קהילתיות, וכן בהשפעת המתנדבים ובגמרצותם לדרבן את המשפחות להשתתפות. הנהגת הפעילות הקבוצתית הביאה לצמצום הפעילות האישית, ובדומה לכך, הפעילות הקהילתית החלישה את הצורך להשתתפות בקבוצה, למרות מטרתיהן השונות של שתי הפעילויות. הרעיון היה להגיע בסופו של דבר להפסקת הפעילויות האישית והקבוצתית, ולהמשיך בפעילות הקבוצתית בלבד עד להשתלבותן מחדש של המשפחות השכולות בחיים החברתיים של כלל הקהילה.

להלן נעמוד על שלושת אופני ההתערבות:

1. התערבות אישית-משפחתית

מטרתה הראשונית של ההתערבות האישית היתה באופן כללי, לשמש למשפחה השכולה אוזן קשבת ועין פקוחה. תפקידו של המתנדב היה להיכנס למשפחה, ליצור את המגע הראשוני, ולקיים קשר סדיר. על המתנדב היה להקשיב, לעמוד על הצרכים ולעזור בכל שעה ובכל דרך שראה לנכון. הובהר למתנדבים, כי מה שגדרש מהם הוא אהדה, היות דהות ותביעת עין חדה, שתבטיח הזעקת עזרה מבחוז במקרה שבני המשפחה יגלו תגובות בלתי טבעיות או פאתולוגיות למצב האבל. כמטרות משניות נקבע, כי המתנדב ישמש מקשר בין המשפחה למשרד הבטחון,

בוכים, העלולים לצוץ בכל רגע בשל שי-
נויים כלשהם בנסיבות אישיות, משפחתיות
וחברתיות, קיים המתנדב קשר כלשהו עם
המשפחה במרוצת השנתיים הראשונות לאחר
האסון. קשר זה היה גוץ יותר לקיום כאשר
נוצרו יחסים הדדיים ודו-סטריים בין המת-
נדב למשפחה, וזו הרגישה עצמה חופשית
להתקשר עימו כל אימת שרצתה.

ביסודו של דבר, היה ביכולתו של המתנדב
למלא חמישה סוגי תפקידים: איש סוד, חבר,
מבצע סידורים מינהליים, יועץ ומתווך חב-
רתי. המידה בה מילא כל אחד מן התפקידים
הללו היתה תלויה במבנה המשפחה (צרכים,
בעיות, יכולת התמודדות) ובאישיותו של
המתנדב (נותן הגנת-יתר או מעודד עצמ-
אות). אם הסימן להצלחת ההתערבות הוא
תיפקוד אישי וחברתי "נורמליים", הרי תיפ-
קוד נכון לאחר ההתערבות צריך להתבטא
ביחס גומלין ממשי בין המשפחה למתנדב,
ואילו תיפקוד "א-נורמאלי" יתבטא בקשר
בלתי אפקטיבי. לדוגמה, משפחה עמוסת
בעיות, אשר המתנדב המבקר אצלה הוא
סמכותי מדי, תפתח פסיביות או תיפקוד
לקוי, בעוד שאותה משפחה, אם יבקר אצלה
מתנדב המעודד עצמאות, תתחיל לעסוק
בפעילות כלשהי. לוח 1 מפרט את הדפוסים
של יחסי הגומלין האפשריים:

לוח 1. יחסי גומלין בין המשפחה למתנדב

סוג המתנדב	בעייתיות המשפחה	חסתגלות נאותה
הגנת-יתר	תיפקוד לקוי	תיפקוד חסר
מעודד עצמאות	תיפקוד מינימאלי	תיפקוד נאות

לשוחח על הכאב והקשיים שבתהליך האבל,
תפס תחום זה מקום מרכזי בעבודת המתנ-
דב.

ב. חבר: נטיית המתנדבים בתפקיד זה
היתה להתחיל בפעילויות ראשוניות עם
המשפחה, כגון אירוח הדדי, יציאה יחדיו

וכי על-ידי נכונות לעזור, יוכיח את דאגת
הקהילה לשלום התורים השכולים ואת הזד-
הותה עם האסון שפקד אותם.

תכיפות ביקורי הבית נקבעה לפי שיקול
דעתו של המתנדב. הדגם הכללי היה ביקורים
שבועיים בחודש הראשון; לאחר מכן, בי-
קורים דו-חודשיים עד תום השנה הראשונה,
ואחר כך ביקורים תקופתיים בהתאם לצורכי
המשפחה ולשיקול דעתו של המתנדב. הבי-
קורים הסדירים יצרו אצל המשפחות ציפייה
לביקורים נוספים, וכאשר הם לא נקבעו הסב
להם הדבר אכזבה. מכאן ניתן ללמוד כי
ביקורים אלה היו, כנראה, חשובים למשפחות
ומאחר שצורכיהן הרגשיים, החברתיים וה-
חומריים, וכן אירועי חייהן היו נתונים לשי-
נויים, היה על המתנדב לשקול כל הזמן
מחדש את צורכי המשפחות, ולתכנן את
הביקורים בהתאם. בעתות של מועקה גוברת,
מפאת מחלה או אסון אחר למשל, היה המת-
נדב מגביר את תכיפות הביקורים או מהדק
לפחות את הקשר עם המשפחה.

שעת הביקורים, כמו תכיפותם, היתה גמישה.
גורם זה היה קשור במישרין לבני משפחה.
שנוקקו לתשומת לב באותה שעה. על פי
השתנות הצרכים האישיים והמשפחתיים, היה
העובד מחליט את מי יש לבקר ומתי.
כיון שמצב השכול טומן בחובו סכנות לסי-

להלן תיאור קצר של חמשת התפקידים:

א. איש סוד: תפקיד זה הוא סביל בעיקרו.
כאשר סוכן העזרה משמש, למעשה, ככלי
קיבול לקליטת וידויים. כיוון שרוב המשפחות
חשו צורך דחוף לדבר, לשוב ולספר את
נסיבות מותו של בנם ואת קורות חייו, וכן

וכדו'. אולם לנוכח הממצא — כי תימוכין ראשוניים הניתנים על-ידי המשפחה או תח-ברים אינם מוכיחים עצמם בעתות אבל (קפלן, 1964; מדיסון, 1968; גרבר, 1969; גבעון, 1974; מריס, 1974), וכי דרושים תי-מוכין חיצוניים מדרגה שנייה (לינדנבל, 1971; אטלס, 1973) — תועלתו של המתנדב בתפקיד ה"חבר" שנויה במחלוקת, שהרי על-ידי מילוי תפקיד זה הוא עשוי פשוט לחזק את התמיכה הראשונית ולשלול את הצורך בתמיכה משנית.

ג. מבצע סידורים: זהו תפקיד פעיל אשר בו שימש המתנדב כמקשר בין המשפחה לבין משרד הבטחון ומוסדות אחרים. מילוי התפקיד התנהל בשלושה כיוונים עיקריים: הבאת בעיותיה של המשפחה לידיעת משרד הבטחון או גופים אחרים הנוגעים בדבר, תוך נסיון להעניק לבעיות אלה את הפרס-פקטיבות הנכונות שלהן; יעוץ למשפחה בדבר הפעולות הדרושות או הרצויות, וכיצד יכולה היא לגשת לביצוען.

כיוון שהשכול שולל, לעתים קרובות, את היוזמה והתושיה (לינדמן, 1944; קטל, 1969), שמחו משפחות רבות להפקיד בידי המתנדבים את ביצוע ענייניהם הסידוריים. חלקן אף החל לצפות לעזרה כזו ולהאמין כי המתנדב מיטיב לעשות זאת מהן. מתנד-בים שצידדו בעידוד התיפקוד העצמאי, ביצעו משימות סידוריות רק בהיותן חיוניות מאוד, והעדיפו להפעיל את המשפחה עצמה במידת האפשר. במרוצת החודשים הראשונים, חסרו רוב המשפחות את המרץ לפעול בכוחות עצמן, ועל כן מילאו המתנדבים תפקיד פעיל בסידור העניינים המינהליים, מתוך הנחה, כי התערבות פעילה זו תצטמצם במרוצת הזמן.

ד. יועץ: תפקיד היועץ מתפרס על תח-מים רבים — התיפקוד האישי, המשפחתי והחברתי. במישור האישי צריך היה המתנדב לעודד את המשפחה לתת ביטוי לצערה, ולעסוק באופן פעיל בנושא האבל; להנחות אותה

לקראת חזרה הדרגתית לפעילות; ליעץ בשאלות כלליות; להפנות אנשים לטיפול מקצועי במידת הצורך וכדו'. במישור המש-פחתי יוחדה תשומת הלב לצורכי המכלול המשפחתי, והיעוץ כוון להגברת ההרמוניה והעזרה ההדדית בקרב המשפחה. במישור החברתי ניסה המתנדב למנוע מבני המשפחה לסגת למצב של בידוד חברתי.

ה. מתווך חברתי: שני תפקידים בסיסיים נועדו למתנדב בתחום זה: לסייע ביד ההו-רה השכול לשוב ולהשתלב בחברה, וכן לע-זור לחברה לקלוט בקרבה את האבל. הואיל ומצב השכול טומן בחובו סכנת הסתגרות (גורר, 1967; קמלמן, 1975), הרי שהמשפחה נזקקה לעידוד ולדרבון כדי להשתתף בפע-י-לויות חברתיות, בין אם אלה חגיגות משפח-תיות או אירועים חברתיים כלליים. לעתים היה על העובד להביא את המשפחה למקום האירוע, כיוון שכוחה לא עמד לה לבוא בכוחות עצמה. העזרה לחברה בקליטת המש-פחה היתה כרוכה בפעולות הסברה למוסדות הנוגעים בדבר, לגבי הדרך ה"נורמלית", אשר לפיה עליהם לנהוג עם המשפחות השכולות, וכן בנסיונות שכנוע של אותם מוסדות לע-שות מאמץ מיוחד ולשתף משפחות אלו בפע-י-לויות.

2. התערבות קבוצתית

עבודה קבוצתית עם הורים שכולים הופעלה לראשונה בישראל לאחר מלחמת יום הכי-פורים, בראשית שנת 1974. התפקיד שנועד לה היה תומך, יותר מאשר טיפולי. כמו ההת-ערבות האישית-משפחתית, כן ההתערבות הקבוצתית סייעה למשפחות להתמודד באופן מודע עם צערן. הרעיון להפעיל קבוצות גבע מנסיון השנים שלימה, כי הורים שכו-לים מתקשים לבלות בחברתם של הורים לא-שכולים בנסיבות חברתיות, וכי קשה להם לשאת שיחות חולין ודברי סרק.

מטרותיה של ההתערבות הקבוצתית היו לה-
עניק הזדמנות למפגש חברתי "כשר" ול-
שיחה "משמעותית" אודות הבעיות המעסיקות
את המשפחות השכולות; אפשרות לעסוק
בבעיות אלה יחד עם אלה השותפים להן,
ולשמש קרש קפיצה לפגישות חברתיות כל-
ליות על-ידי הרגלת המשפחה לבוא בין
הבריות.

הקבוצות מנו כ-6—10 משפחות, כאשר
לעתים רק אחד ההורים נאות להשתתף בפ-
גישות. קבוצות אלו אורגנו בידי מתנדבים
בהנחייתו ובהדרכתו של משרד הבטחון, כא-
שר בכל קבוצה משתתפים באופן קבוע שני
מתנדבים. נוכחות המתנדבים נחשבה לרצויה
מכמה טעמים: הקשר ההדוק וההיכרות עם
ההורים במשך כמה חודשים סייעה למנחי
הקבוצות להבין את ההורים; נוכחות המת-
נדבים נתנה להורים את ההרגשה כי אינם
לבדם; דברים שנתגלו אודות ההורים בקבוצה
סייעו למתנדבים בקשריהם האישיים עם
המשפחות; לעתים, נודעה למפגשים החבר-
תיים השפעה כה חזקה על ההורים עד שנו-
קרו לתמיכה בין המפגשים; הורים רבים,
בעיקר בשלב הראשון, נמנעו להצטרף לק-
בוצה אילמלא דחקו בהם המתנדבים. נראה,
איפוא, כי המגע האישי של המתנדב עם
המשפחה ודרבונה להשתתף בפגישות היו
חיוניים להצלחת הפעילות בקבוצות (גרנות,
1975).

כמנחים בקבוצות שימשו פסיכולוגים, עובדים
סוציאליים, או אנשים המנוסים בעבודה קבו-
צתית, ואלה עבדו תחת הנחייתו של משרד
הבטחון. כל מדריך ניחן בסגנון האישי
שלו — מי פעיל ומי תוקפני — וסגנון זה
השפיע הן על האווירה, והן על מידת ההש-
פעה הישירה של המנחה.

הפגישות התקיימו אחת לשבועיים, ובמקרים
מסוימים, בשלבים מאוחרים יותר, פעם אחת
לחודש. חסרונן של פגישות תודשיות היה
בכך שהמשפחות נותרו לבדן בהתמודדותן
לאורך זמן עם רשמי הפגישות המכאיבות.

מקום המפגש היה בבתי ההורים, לפי תור.
תוכן הפגישות היווה את הבעיה הקבוצתית
או האישית השלטת באותו רגע, וזו היתה
תלויה בשלבי האבל ונכונות ההורים לדבר
על עצמם. בשלב ראשון עסקה השיחה בבן
שנפל — נסיבות מותו וזכרונות לגביו —
ברגשות ההורים — ההלם, הצער, הריקנות
וחוסר האונים — ובמקומו של המוות בחיי
האומה — במדינת ישראל, בגורל העם
היהודי, באחריות המנהיגים וכדו'. השלב
השני יוחד ליחסי ההורים עם בני משפחה
אחרים בעקבות האסון — עם ילדים אחרים,
בן/בת הזוג, הכלה, הנכדים. השלב השלישי
עסק בהבהרת המושג "אני חדש ושונה",
וצריך להתמודד עם מציאות חדשה ללא
נוכחות הבן שנפל, וכן בצורך להמשיך לחיות
חיים מלאים ולא להתקיים באורח פיזי בלבד.
המפגשים הקבוצתיים היו בבחינת מאמץ הן
להורים והן למנחים (מורדוך, 1975). היו
הורים שטענו, כי נדרשו להם כמה ימים
להתארשש לאחר כל פגישה. לפעמים המ-
אמץ היה קשה מנשוא, וההורים נשרו. אולם
התברר, כי לאחר שלא נתקיימו לזמן מה
פגישות מאיזו שהיא סיבה, התלוננו המשי-
פחות על חסרונן.

התמודדות עם הבעיות ועם חבלי היסורים
על בסיס קבוצתי נראתה קשה יותר מאשר
ההתמודדות האישית. ומדוע? האם משום
שצרת הרבים ממחישה את הבעיות ביתר
שאת; האם משום השפעתו של הדיון הפומי-
בי בבעיות אישיות? האם משום שההורים
אינם רגילים לשיטה של דיון קבוצתי? האם
העיסוק בבעייה הוא נוקב יותר בהיותו
על בסיס קבוצתי מאשר על בסיס אישי?

מכל מקום, לקבוצות נודעה תועלת תומכת,
באשר הן העמידו לרשות ההורים השכולים
פורום, שבו יכלו לדון בתחושותיהם ולשאוב
תמיכה, עידוד, הבנה ועצה מחברים אחרים.
תמיכה מאחים לצרה קלה יותר לקבלה ומשי-
מעונית יותר מתמיכתם של אנשים מבחוץ.
ההורים הרגישו מבודדים פחות, בודדים

פחות, מיוחדים פחות ונורמאליים יותר. מש-
נוכחו שגם אחרים מתנסים באותן חוויות
משונות. לדעת ליונגטון (1971), יתרונות
ההתמודדות עם האבל באמצעות תהליך קבו-
צתי נובעות מן העובדה שהמטפל המקצועי
אינו יכול להזדהות עם חוויותיו של ההורה
השכול באותה מידה כמו הורים שכולים
אחרים; בקבוצה מתעוררות בעיות שאינן
מתגלות במפגש האישי ואישיותו של האבל
מתגלית כאן בכללותה. פירושים המוצעים
על-ידי חברים לצרה הם פחות מקוממים
ומעיקים; הקבוצה מעמידה את האבל בפני
סירובו להתאבל, וכן תומכת בו בתהליך
האבל, בכך שאינה מניחה לו לעמוד לבדו
מול החוויות הקשות מנשוא.

הקבוצות מילאו גם תפקיד חברתי: הן נתנו
גושפנקא למפגשים חברתיים, להן חיכו המש-
פחות בכליון עיניים, וכן החלישו את הת-
נגדותם להשתתפות בפעילויות חברתיות כל-
ליות. התברר, כי משפחות שהשתתפו בק-
בוצות הקדימו להתערות מחדש בחיי החברה
הרגילים מוקדם יותר מאשר משפחות שכולות
אחרות. מריס ואחרים (1973) מצאו אף הם,
כי אנשים שעברו טיפול קבוצתי סבלו פחות
מהרגשת "חוסר אונים חברתי" מאלה שעברו
טיפול אישי.

תפקיד חברתי נוסף של הקבוצה היה להת-
מודד עם העובדה, שקבוצות תרבותיות שו-
נות מתאבלות באופנים שונים, ליבון המנ-
הגים השונים בפורום הקבוצתי לימד את
המשתתפים להבין ולקבל את ההבדלים במנ-
הגי האבל הקיימים בתרבויות שונות. לתפ-
קיד זה נודעת חשיבות מרובה בישראל —
ארץ שבה היחס לסגנונות האבל השונים וה-
משונים מצטיין בחוסר הבנה ובביקורתיות,
כ"יריבות ובתחרות בין שתי דרכי התאבלות,
בין שתי ראיות עולם, זו הספרדית וזו האש-
כנוית" (פררה, 1974). אלגר (1970) מציין
גם כן את התועלת המיוחדת הנודעת לקבוצת
"משבר" בדרכי הטיפול באנשים בעלי רקע
גזעי, תרבותי וחברתי-כלכלי שונה.

הקבוצות תרמו לגיבוש דפוס "מקובל" של

התנהגות, הרגשה וסבל, או, ליתר דיוק,
לגיבושה של קשת של דפוסי התנהגות סבי-
רים, שעה שהתנהגויות קיצוניות נרשמו
כבלתי בריאות. כינונה של "נורמה" הקלה
על ההורים בבחירת דרך התנהגות בתוך
מערכת סייגים זו. קודם לכן, טוענת פלגי
(1973, 328), שררה אי-נומיה בעמדות כלפי
השכול בגלל ההתנסות החדשה במוות המוני
במלחמה וכן מפאת רבי-גוניות האוכלוסיה
וגידולה המהיר של המדינה. החוויה הקבו-
צתית שימש, אם כן, מסגרת של סוציאלי-
זציה, אשר בהיכלה יכלו האבלים ללמוד, כי
הצער הוא נורמלי, אפשר ורצוי להביעו,
וכי ישנה קשת רחבה של "התנהגויות
נורמליות" למצב של שכול.

לסיכום, הוכח, כי לטיפול הקבוצתי יתרונות
מסוימים כשיטת עזרה להורים שכולים על פני
המגע האישי. אמנם הרגשות של סבל וצער
המתעוררים במהלך השיחות בקבוצה ולאחר
הפגישות יש בהם כדי להעיב על יתרונותיה
של שיטה זו, אך יכולת ההסתגלות הטובה
יותר שגילו הורים שכולים, אשר השתתפו
בקבוצות, לעומת אלה שלא השתתפו, מדברת
בסופו של דבר בזכות השימוש בטיפול הק-
בוצתי. הקבוצות סייעו בגישור על פני הסער
בין הפרט השכול לבין אוכלוסיית השכו-
לים וכלל החברה האבלה, בכך שנתנו הזדמ-
נות לדיון גלוי בנושא האבל. מנחי הקבוצות
והמתנדבים, כנציגי החברה, למדו להכיר ול-
הבין את בעיות ההורים השכולים, ואילו ההו-
רים למדו לנהל תקשורת עם בני החברה
ש"בחוק" (מורדוך, 1975). התוצאה הסופית
היתה הבנת האדם השכול, הבנה מודעת ומ-
בוטאת, מצד האנשים המצויים "בפנים"
ו"בחוק" כאחד:

3. התערבות קהילתית

השיטה השלישית שנקטה היא הארגון הק-
הילתי. שיטה זו הוכנסה בשלב מאוחר יותר
בתהליך האבל, כיוון שבתחילה לא חשו

ההורים כל רצון לבוא לתוך החברה הכללית, ואף הסתייגו מכך בשל המסורת הדתית המצויה על שנת אבל. אולם ככל שעבר הזמן, התרחקו ההורים מן החברה והרגישו זרים לה. מטרת השיטה היתה, איפוא, לעזור למשפחות לחזור לקהילה הכללית ולטעת בהם מחדש את הרגשת השייכות. המשימה המיידית היתה לעזור להם להתערות בחברה המצומצמת של ההורים השכולים האחרים, כיוון שבשלב זה נראתה להם הפעילות הקהילתית בקרב השכולים עצמם מותרת, בעוד שפעילות קהילתית עם מי שאינם שכולים נראתה להם כחורגת מן המקובל.

הגם שהאידיאל של ארגון הקהילתי הוא להפעיל את בני הקהילה להתארגנות עצמית, הרי שבמשך שנתיים הראשונות לפחות, הסר להורים השכולים המרץ החברתי והרצון להתארגן בעצמם. עם זאת, הם השתתפו בפעילויות שאורגנו עבורם. דפוסי הארגון היו שונים ממקום למקום, בהתאם לסגנון המתנדבים המארגנים, לפעולות החברה והתרבות הקיימות במקום ולמידת שיתוף הפעולה של המוסדות המקומיים.

גרנות (1975) מונה ארבעה שלבים בשיבה לחברה הכללית; פעילות קהילתית מיוחדת עבור הורים שכולים, המותאמת לצורכיהם המיוחדים; שיתוף הורים שכולים כקבוצה ייחודית בתוך הפעילות הקהילתית הכללית; הזמנה אישית של הורים שכולים להשתתף בפעילויות כלליות; והשתתפות רגילה וסדירה של הורים שכולים בפעילות הכללית הקיימת בקהילתם.

מטרת השלב הראשון היתה לעזור למשפחות השכולות לצאת לתוך הקהילה השכולה, כקשר קפיצה לקהילה הכללית. שלב זה אמור היה להרגיל אותם לצאת ולהשתתף בפעילויות קהילתיות. הרכב הקהילה השכולה הוגבל למשפחות ששיכלו בנים במלחמת יום הכיפורים. הגבלת גודל הסוג נועדה להקל על טיפוחו של מגע אישי ופעולת גומלין בין המשפחות לבין המתנדבים. האינטימיות הר

גיעה את ההורים השכולים, הגבירה את השיתופותם הפעילה, והקנתה להם הרגשת שייכות. למגע ראשוני חיובי זה היו צפויות השפעות חשובות לאורך זמן. הפעילויות כללו הרצאות, סרטים וטיולים. נושא ההרצאות לא היה קשור לשכול, מתוך הנחה, כי ה"יציאה" צריכה לשמש הפוגה קצרה באבל ונקודת מפגש עם בעיות כלליות של החברה, כראשיתן של הזדהות מחודשת עם הקהילה הרחבה. לטיולים נועד גם כן תפקיד דומה של הפוגה מקיבוען של המשפחות במצב ההתאבלות.

השלב השני, אשר בו שותפו ההורים השכולים כקבוצה בפעילויות עם קבוצות אחרות, היווה נקודת זינוק להשתלבות מחדש בחברה הכללית, עדיין מבלי לבודד את השכולים מן האנשים אשר בתוכם הרגישו עצמם נינוחים.

השלב השלישי בא להבטיח, כי החברה לא תשכח את המשפחות השכולות ותיתן דעתה עליהם. לשם כך, סודר, כי ארגונים מקומיים יזמינו את המשפחות השכולות לפעילויות חברתיות שונות. דבר זה היה חשוב במיוחד כלפי אותם הורים שלא אבו להימצא דווקא בחברתן של משפחות שכולות אחרות. המוסדות נתבקשו להודיע למשפחות על המתרחש בקהילה, כדי לתת להן לפחות את האפשרות להשתתף בפעילויות.

השלב הרביעי כלל השתתפות בפעילויות הרגילות של הקהילה המקומית. לאור ההבדלים בין המשפחות בטעמיהן ובנטייותיהן, היה צורך במגוון של דפוסי פעילויות שונים כדי לענות על צורכיהן של כל המשפחות. חשוב היה לדאוג, כי המשפחה לא תנתק עצמה לחלוטין מן החברה או תפתח רגשות התנגדות כלפיה. מפאת העדר תושיה ויוזמה מצד המשפחות השכולות, (לינדמן, 1944; קטל, 1966) וכן בגלל קשייהן לקיים ולבנות מחדש קשרים חברתיים (לינדמן, 1944) נעשתה ההתערבות ברמת הארגון הקהילתי כמניפולציה חברתית מכוונת.

החברתי והאישי שלהן, מאשר משפחות אחות של קיבלו כל עזרה. אמנם נכון, כי בכל שיטת התערבות יש כדי לסייע למשפחות שכולות בהתארגנותן האישית והחברתית המחודשת, לאחר אובדן הבן, אולם הנסיון שנערך כאן מלמד, כי התערבות בשלוש הרמות הנזכרות לעיל אפשרית, מועילה וטובה יותר.

כל אחת משלוש רמות ההתערבות נועדה לענות על צרכים אחרים בתהליך ההתאבלות, ויחדיו הן סייעו לגבש תיפקוד אישי וחברתי כללי מאוזן. תצפיות שדה הראו, כי משפחות שהשתתפו לפחות בשתיים מרמות ההתערבות הוכיחו הסתגלות מהירה וחלקה יותר לתיפקוד

ביבליוגרפיה

- אטלס, יהודה, "אל תעשה ממני בעיה", ידיעות אחרונות (2.11.1973).
 גבעון, דן, "התערבות טיפולית במשפחות שכולות", סעד 3, 3—11 (מאי 1969).
 גרנות, תמר, "עבודת מתנדבים עם הורים שכולים בתקופת השנים 1974—1975", תל-אביב, משרד הבטחון (30.7.1975).
 מורדוך, עדנה, "עבודה קבוצתית עם הורים שכולים", הרצליה, ישראל: דו"ח למשרד הבטחון (לא פורסם) (1975).
 סילברמן, פיליס, "עזרה הדדית לשכולים", סעד, נובמבר 1974, 6, עמ' 4—9.
 Allgeyer, Jean M., "The Crisis Group — Its Unique Usefulness to the Disadvantaged", *International Journal of Group Psychotherapy*, 1970, 20, pp. 235-240.
 Caplan, Gerald, *Principles of Preventive Psychiatry*, New York: Basic Books, 1964.
 Cattell, James P., "Psychiatric Implications in Bereavement", in Austin H. Kutscher, (ed.), *Death and Bereavement*, Springfield: Charles C. Thomas, 1969, pp. 153-162.
 Engel, George L., "Is Grief a Disease?", *Psychosomatic Medicine*, 1961, 23:1, pp. 18-22.
 Gerber, Irwin, "Bereavement and the Acceptance of Professional Service", *Community Mental Health Journal*, 1969, 5, pp. 487-495.
 Gorer, Geoffrey, *Death, Grief and Mourning*, New York: Doubleday & Co. Inc., Anchor Books, 1967.
 Hodge, James R., "They That Mourn", *Journal of Religion and Health*, 1972, 11:3, pp. 229-240.
 Jensen, Gordon D. & John G. Wallace, "Family Mourning Process", *Family Process*, 1967, pp. 56-66.
 Kimmelman, Arthur, "Easing Bereaved Families Out of Their Isolation", *Jerusalem Post*, 13.4.1975.
 Lehrman, Samuel, "Reactions to an Untimely Death", *Psychiatric Quarterly*, 30, 1956, pp. 564-578.
 Levinson, Peritz, "On Sudden Death", *Psychiatry*, 1972, 34, pp. 160-173.
 Lindemann, Erich, "Symptomatology and Management of Acute Grief", *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101.
 Lindenthal, Jacob et al., "Psychological Status and the Perception of Primary and Secondary Support from the Social Milieu in Time of Crisis", *Journal Nervous and Mental Disease*, 1971, 153:2, pp. 92-98.

- Livingston, Martin S., "Working Through in Analytic Group Psychotherapy in Relation to Masochism, as a Refusal to Mourn", *International Journal Group Psychotherapy*, 1971, pp. 339-344.
- Maddison, David, "The Relevance of Conjugal Bereavement for Preventive Psychiatry", *British Journal Medical Psychology*, 1968, 41, pp. 223-233.
- Maris, Ronald and Huell E. Connor, "Do Crisis Services Work?", *Journal Health and Social Behavior*, 1973, 14, pp. 311-322.
- Marris, Peter, "Bereavement", in Peter Marris (ed.), *Loss and Change*, London: Routledge & Kegan Paul, 1974, pp. 23-42.
- Orbach, Charles E., "The Multiple Meanings of the Loss of a Child", *American Journal Psychotherapy*, 1959, 13, pp. 906-915.
- Palgi, Phyllis, "The Socio-Cultural Expressions and Implications of Death, Mourning and Bereavement Arising Out of the War Situation in Israel", *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 1974, 11:4, pp. 301-329.
- Perera, Victor, "A Death in the Family", *Present Tense*, 1974, 2:1, pp. 17-24.
- Rapoport, Lydia, "The State of Crisis — Some Theoretical Considerations", *Social Service Review*, 1962, 2, pp. 211-217.
- Shand, I. F., "The Foundations of Character", London: MacMillan, 2nd ed., 1920.
- Silver, G. A. et al., "An Experience in Group Practice", Montefiore Hospital Medical Group, 1948-1956", *New England Journal Medicine*, 1957, 256, pp. 785-791.
- Silverman, Phyllis, "Services to the Widowed: First Steps in a Program of Preventive Intervention", *Community Mental Health Journal*, 1967, 3:1, pp. 37-44.
- Silverman, Phyllis, "The Widow-to-Widow Program: An Experiment in Preventive Intervention", *Mental Hygiene*, 1969, 53:5, pp. 333-337.

עבודה סוציאלית קהילתית ומנהיגים פוליטיים ברשויות מקומיות*

מאת פרופ' בנימין ינוב וד"ר שמואל נדלר**

הגומלין בין עסקנים פוליטיים לבין עובדים
קהילתיים?

שיטת המחקר

במחקר הנדון נאספו נתונים במתכונת אירוע של פעילות קהילתית. לשם כך הוגדר אירוע כנושא או כבעיה (כגון שירותי בריאות לקשישים, מועדונים שכונתיים לנוער, קייטנות למשפחות מרובות ילדים), כאשר פעילותו של עובד קהילתי בו היתה למשך תקופת זמן מוגבלת. למעשה, 11 עובדים, מ-7 קהילות אשר דווחו מידי חודש בחודש תארו 203 אירועים נפרדים. 37 עו"ק אחרים, מ-25 קהילות אחרות, דווחו באורח חד-פעמי 191 אירועים נוספים. שתי הקבוצות נעזרו באותו שאלון, ופעמים רואינו אנשי מחקר. כיוון שהניתוח הראשון לא גילה הבדלים משמעותיים בין הדיווחים החודשיים והחד-פעמיים, התבסס המחקר על סה"כ 394 אירועים. למעשה, משקף המחקר את כל העבודה הקהילתית, שנעשתה בישראל בשנים 1973-1974 (תקופת המחקר), ולפיו מצטיירת תמונה של עבודה קהילתית הקרובה מאד לשדה הפוליטיקה — למשך 12 חודשים. נקודת מבטו של המחקר הינה, כמובן, של העובדים עצמם. הנתונים במאמר זה נלקחו מן הדו"ח המלא¹.

מבוא

מול העובדה, כי פוליטיקה הינה אחת הפרויקטיות היותר ותיקות ומוכרות, עבודה סוציאלית קהילתית היא בבחינת מקצוע חדש, שזכתה להכרה בארה"ב בשנות ה-70 וה-80 של המאה הקודמת, ובישראל בשנות ה-30 וה-40 של המאה הנוכחית. היום, גם עובדים סוציאליים (להלן עו"ס) וגם פוליטיקאים עוסקים בשיפור הרווחה הקהילתית ובמתן שירותים סוציאליים, ובכל זאת נראה, כי אין האחד יודע הרבה על רעהו. מטרת המחקר המתואר להלן היתה לגלות מה יודעים העובדים הקהילתיים על קודמיהם הוותיקים. כמו כן, ביקשו החוקרים לברר את מהותם והיקפם של המגעים הרגילים של העו"ק עם פוליטיקאים של הרשות המקומית, וביתר פירוט לדעת: באילו סוגי פעילויות בעלי אופי פוליטי מעורבים העובדים עם העסקנים במרוצת שנת עבודה "נורמלית"? אלו סוגי עסקנים פוליטיים הם בעלי חשיבות בתפקוד היומיומי של עובד קהילתי עירוני? האם נוצרים דפוסי יחסים בין העובד הסוציאלי הקהילתי לבין העסקן הפוליטי? מהו היחס המועיל ביותר ביניהם והאם יחסים אידיאליים אלה שונים באורח ניכר מן היחסים המתקמים במציאות? מהן תוצאות יחסי-

* מאמר זה מבוסס על עבודת מחקר שנערכה בסיוען של מחלקת המחקר של משרד העבודה והרווחה, הקרן ע"ש גיורא יוספטל, ורשות המחקר של אוניברסיטת בראילן.

** ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בראילן.

1 ב. ינוב וש. נדלר, עבודה קהילתית בישראל... במסגרות פוליטיות מקומיות (ירושלים: משרד

התפתחות העבודה הסוציאלית-קהילתית

עבודה סוציאלית-קהילתית היא התפתחות מאוחרת יותר בהשוואה לעבודה הסוציאלית הפרטנית. היא הוכרה בארצות-הברית ובישראל בתקופות שהדמיון ביניהן, בשתי המדינות, היה רב מבחינת קצב השינויים החברתיים, דוגמת ההגירה מן הכפר לעיר, תיעוש, גידול האוכלוסייה, התפתחות כלכלית, המלווה מפעם לפעם בתופעות של שפל כלכלי. במרוצת השנים הללו חלו חידושים בשירותים הסוציאליים, וחרף ההבדלים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה בין שתי המדינות האלה, עמדו שתיהן בפני בעיות דומות של קליטת מיליוני עולים חדשים, אשר לא ידעו את שפת הארץ, ותרבותה היתה זרה להם. תופעה זו של הגירה רבת ממדים הולידה את הצורך לתור אחר דרכים חדשות לפתרון בעיות חברתיות. רבים מבין העולים—מהגרים היו נתמכי סעד במשך השנים הראשונות לשהותם בארץ.²

מחמת עומס היתר שהוטל על השירותים הקיימים, כתוצאה מן התופעות הנזכרות לעיל, התפתחו גישות חדשות לפתרון הבעיות המתעוררות. ארגונים וולונטאריים בארה"ב, ומוסדות ממשלתיים וציבוריים בישראל, עשו מאמצים בלתי נלאים, כדי להעניק שירותים לקבוצות האוכלוסייה החדשות. בשנות ה-30,

כאשר עלו רעיונות חדשים בסוציולוגיה כפריית, אנתרופולוגיה עירונית ועבודה סוציאלית, החלה "הגישה הקהילתית" העוסקת בבעיות של הסתגלות ושל מצוקה כלכלית וחברתית, שאינה ניתנת לטיפול במסגרת השירותים הסוציאליים הרגילים — לזכות ליתר תשומת לב. רק שנים רבות לאחר מכן ניתן שם לעבודה הקהילתית, והיא זכתה ללגיטימציה במסגרת המקצועית של העבודה הסוציאלית.³

נראה, כי ישראל עוברת עתה כמה מן השלבים ההתפתחותיים אשר אפיינו את התפתחות העבודה הקהילתית בארה"ב. השלבים הראשונים היו "רוידיאליים". בדומה לעבודה הסוציאלית נאלצה העבודה הקהילתית לעסוק בתוצאת הכשלונות של מוסדות ושותפים חברתיים אחרים. בהדרגה עברו הקהילות הגדולות שלב של סקר צרכים ומשאבים העומדים לרשותן. בשלב השני קמו מועצות של ארגונים וולונטאריים, ומאחר שפעולותיהם השונות לבשו גוון אליטיסטי, החלו להישמע תביעות להגברת היעילות וההתמחות הטכנית. כיום בישראל, כמו בארה"ב בשנות ה-60, גובר הרצון לעסוק בסנגוריה, ולמצוא דרכים שיאפשרו לאזרחים להשתתף בקביעת מדיניות של מוסדות חברתיים ושותפים ציבוריים. פה ושם מנהלות אגודות שכונתיות את העבודה הקהילתית שלהן, וביאורח כללי ניתן לציין, כי ההתפתחויות המ-

הסעד, 1977), או לקט מאמרים בעבודה קהילתית, מס' 12; ניתוח אחר של נתונים אלו ניתן לראות ב-B. Harold Chetkoy-Yanoov, Joseph Katan, and Samuel Nadler. "Interrelations between Community Workers and Politicians: An Israeli Example," *International Review of Community Development*, 35-36 (Fall 1976), pp. 137-156.

Mary Richmond, "Charitable Cooperation" and "The Interrelation of Social Movements," *The Long View* (New York: Russell Sage Foundation, 1930), pp. 186-202 and 285-291.

Robert Lane, "Report of Groups Studying the Community Organization Process," *Proceedings of the National Conference of Social Work, 1940* (New York: Columbia University Press), pp. 456-472; M. G. Ross and B. W. Lapin, "The Nature of Community Organization," *Community Organization* (Harper & Row, 1967), pp. 3-99. פרי, "מתי ממלא הארגון הקהילתי תפקיד של עבודה סוציאלית? לקט מאמרים בעבודה קהילתית, 7 (דצמבר 1973), עמ' 7-18.

אותרות הללו מרוחקות מרחק רב מן ההת-
חלות הרזידואליות של העבודה הקהילתית.⁴
מקצוע חדש זה מוכר יותר ויותר על ידי
שירותים ציבוריים, וארגוני מתנדבים רבים
הנעזרים בו. שירותי בריאות, חינוך, סעד,
שיכון, עלייה, מרכזים קהילתיים, ועוד כהנה
וכנה שירותים וגופים שונים, מעסיקים עוב-
דים קהילתיים משלהם או מנסים לאמץ
לעצמם גישות קהילתיות בפעולותיהם
השוטפות.

מאידך, גוברת, בקרב אנשי המקצוע, ההכרה
בחשיבותם של ההיבטים הפוליטיים בעבודת
העובד הקהילתי. התפתחה גישה חדשה לגבי
הצורך במעורבות פוליטית של העובדים, תוך
הכרה גוברת והולכת בעובדה, כי המערכת
הפוליטית היא גורם שאליו חייבים העובדים
להתייחס. גישה זו עומדת בניגוד לזו שהיתה
מקובלת בעבר, לפיה היה על העובד הקהי-
לתי להימנע במידת האפשר מלהסתבך במ-
ערכת הפוליטית המקומית ומיצירת קשרים
הדוקים עם דמויות פוליטיות.

ממצאים

א. טיפוסי עסקנים פוליטיים הרלוונטיים
לעבודה קהילתית מקומית
עו"ס קהילתיים נחקרו במצבים בהם מעור-
בים עסקנים פוליטיים משלושה סוגים: הסוג
הראשון, בעלי השפעה במימסד המקומי, אלה
הם נבחרים בעלי תפקידים ברשות המקומית,
אנשי מינהל, ראשי מחלקות, יו"ר של ועדות
ציבוריות, חברי המועצה המקומית, או נב-
חרים המחזיקים בתיק השירותים. הסוג השני

כולל בעלי השפעה מחוץ למימסד המקומי,
דהיינו — עסקני מפלגות פוליטיות, אנשים
בעלי השפעה באוכלוסייה מקומית (כגון רב
מקומי, ראש חמולה מבני עדות המזרח, מנ-
יגיי קבוצות בשכונות) ופקידי ההסתדרות.
הסוג השלישי כולל בעלי השפעה לא-מקו-
מיים או בעלי עמדות פוליטיות במישור המ-
חוזי-ארצי, המשפיעים על קבלת החלטות
במישור המקומי. אלה עשויים להיות חברי
כנסת המתגוררים בקהילה או מפקחים מחו-
זיים של שירותים סוציאליים מסוימים.

המרואיינים דיווחו על 1,098 מגעים עם עס-
קנים פוליטיים. מכאן מסתבר, כי הם קיימו
מספר מגעים עם אותם עסקנים, או עם עס-
קנים בצירופים שונים, במהלך האירועים.
מבין העסקנים עמם קויים המגע, הרוב (58%)
היו נציגי העיריות והמועצות המקומיות
(נבחרים וממונים), 28% היו בעלי השפעה
מקומיים, שאינם ממלאים תפקידים ברשות
המקומית (עסקני מפלגות, עסקני הסתדרות,
ומנהיגים קהילתיים) ו-19% היו עסקנים לא-
מקומיים, שהשפעתם רבה על המתרחש ביי-
שוב.

ניתן לבחון את יחסי העבודה בין עו"ס סוצי-
אלים לבין הפוליטיקאים על יסוד נקיטת
היוזמה למגעים ביניהם. הנתונים מעידים, כי
לגבי יותר ממחצית האירועים (52%) באה
היוזמה מצד העובד הסוציאלי הקהילתי, וכי-
שליש נוסף מבין האירועים נערכו ביוזמה
משותפת של העו"ס הקהילתי והעסקן הפו-
ליטי. רק לעיתים רחוקות (9%) ננקטה יוזמה
מצד העסקן הפוליטי, ואילו יוזמה מצדו של
גורם שלישי, שהיא נפוצה למדי בארצות
אחרות, כמעט בלתי מוכרת בארץ (4%).

4 ראה, ולמשל: Yivonne L. Frailey, "A Role Model for Practice," *Social Service Review*, 43 (June 1969), pp. 145-154; Charles Grosser, *New Direction in Community Organization* (New York: Praeger, 1973); Robert Morris and Martin Rein, "Goals, Structures, and Strategies for Community Change," *Social Work Practice*, 1962 (New York: Columbia University Press), pp. 127-145; וגם: מ. ג. רוס, "גישות בעבודה קהילתית", לפעיל, מס' 9, עמ' 24-31; ג'. רוטמן, "שלושה מודלים של פראקטיקה בארגון קהילתי", *מקראח* (ירושלים: האוניברסיטה העברית, תוכנית... שורץ, 1973), עמ' 20-40; ב. ינוב, "יישום מודלים בעבודה קהילתית", *סעד*, 17 (ספטמבר 1973), עמ' 43-49.

מרבית העו"ס הקהילתיים ייחסו חשיבות רבה לקיום מגעים עם בעלי השפעה פוליטית בשלב מוקדם. יתר על כן, הרוב המכריע מבין העובדים הקהילתיים חיפשו את העס"קנים הפוליטיים המקומיים מיד לאחר כניסתם לעבודה. שלושה מבין המשיבים "מיד" העידו על כך שהם יזמו מגעים כאלה עוד לפני שהתלו לעסוק במשרתם בישוב באורח רשמי.

ב. דוגמא מעשית של הפעלת לחצים יא סוג נוסף, ולא פחות חשוב, של יחסי עבודה בין עו"ק לבין פוליטיקאים מקומיים משתקף במאמציהם של העסקנים להשפיע על העובדים לבצע את אשר עדיף מבחינתו של העסקן הפוליטי או קבוצתו, וכמו כן לעכב את פעולתו של העו"ק, כאשר אין הוא לשביעות רצונו של הפוליטיקאי. הפעלת לחץ מאפיינת גם את מאמצי העובד לכוון את החלטותיהם של אנשי הפוליטיקה לקראת פעולות מקצועיות, הנראות בעיניו. לחצים, או נסיונות להפעלתם קיימים, איפוא, גם במובן השלילי (למנוע פעולה מסוימת) וגם במובן החיובי (לעודד פעולה אחרת). על משמעותו של המושג לחץ ניתן ללמוד מן האירוע שהחל בחודש מארס 1974.

האירוע: מארס היה החודש האחרון של שנת הכספים 1973-1974, ולקראת שנת הכספים הבאה הכינה המחלקה לעבודה קהילתית באזור המטרופוליטני הנחקר הצעת תקציב (אשר כללה מימון של מספר שירותים קהילתיים לקשישים). גובר העירייה סירב לאשר הצעת תקציב זו מכמה טעמים: שירותים לקשישים כבר ניתנים על ידי מחלקת הסעד ואין מימון

נוסף לפעולות בתחום זה. מאחר שיש לחסל תחרות בין מחלקתית המבזבזת משאבים, אין אפשרות להקצות ממשאבי הרשות המקומית לתוכניות קהילתיות לקשישים. כמו כן הפעיל מנהל מחלקת הסעד לחצים על מנהל המת"ל לקה לעבודה קהילתית, כגון: הערמת מכשולים להקצבות כספים, מניעת גישה לבעלי השפעה, צמצום הגדרתם של תחומי האחריות של העבודה הקהילתית, ותביעות להפסקת הפעילויות למען הקשישים.

מאידך, ראו חברי ועדי השכונות בעיר את העובד הקהילתי כחלק אינטגרלי מן השיירות הסוציאליים הרשמיים של העירייה. הם לא ידעו מאומה על המאבקים שצויינו לעיל, והפעילו לחצים על העו"ס הקהילתיים, כדי שישגו את הכספים הדרושים לשם ביצוע תוכניות שכונתיות רצויות. הם הדגישו את צרכיה של אוכלוסיית הקשישים הגדולה, אשר אינם זוכים למענה במסגרת השירותים העירוניים הקיימים.

כמובן, שהעו"ס הקהילתיים המקומיים התנגדו בכל תוקף לחיסול מחלקתם או אף לצמצומה. הם פנו לנציגי שירותים אחרים, ארגונים קהילתיים, וקבוצות אזרחים לשם הפעלת לחצים על מנהל מחלקת הסעד ועל חבר מועצת העירייה האחראי על השירותים הסוציאליים. המפקח המחוזי של משרד הסעד גויס גם הוא לשם הפעלת לחצים על אבות העירייה שיכירו בחשיבותה של העבודה הקהילתית המקומית ויקציבו לכך תקציב נאות לשנת 1974/75. נציגי הקבוצות הללו פעלו כדי שהעו"ס הקהילתי יפעיל שירותים לקשישים, ולצורך זה אף נאותו להפעיל לחצים על בעלי התפקידים הפוליטיים לשם הגשמת מטרה זו.

באפריל לבשו לחצים אלה צורה יותר ספ-

44 לחץ הוגדר כנסיון של עסקן פוליטי להשפיע על אחרים בהתאם לאינטרס שלו (או של קבוצה אותה הוא מיצג), או לחסום פעולה מסוימת הנוגדת את רצונו. מושג זה כולל גם את מאמצי העו"ס להשפיע על החלטות של עסקנים כדי שאלו יעלו בקנה אחד עם סדר העדיפויות המקצועי שלו. לחצים עשויים להיות שליליים (כפי שתואר לעיל) או חיוביים (כגון תמיכה מנקודת ראותו של הנלחץ).

ציפית. תומכי השירותים הקהילתיים לקשי- שים תבעו, כי העיריה תקים בית-מלאכה מוגן (לקשישים) באחת השכונות. אפילו אמצעי התקשורת המוניים גוייסו ע"י הק- בוצה המפעילה לחצים, אשר תבעה בין היתר, כי נציגי התושבים ישותפו גם כן בתכנון בית-המלאכה. בעלי ההשפעה בעיריה הביעו את התנגדותם. הם סרבו להקצות משאבים ואף תבעו כי העו"ס הקהילתיים יחדלו ממ- אמציהם לטובת הקשישים המקומיים. ברם, לא היה לאל ידם להתעלם מן התמיכה הצי- בורית החזקה לה זכתה העבודה הקהילתית. הם החלו לחפש פשרה כלשהי להצלת יוק- רתם. בחודש יוני כבר פעל בית-מלאכה מוגן לקשישים בשכונה. המחלקה לעבודה קהי- לתית בעיריה המשיכה לפעול, אך תוך כדי התנגדות בלתי-סוסקת.

שני אירועים מקבילים התחששו ביוני 1974. בראש ובראשונה היה נסיון נוסף לצמצם את תחום פעולותיה של המחלקה לעבודה קהי- לתית. הלחצים מלשכת ראש-העיר היו חז- קים מאוד, אם כי תמיד הופעלו בעקיפין. מנהל מחלקת הסעד לא רצה או לא יכול היה להתנגד ללחצים אלה, והעביר אותם הלאה לעו"ס הקהילתיים. שנית, בית- המלאכה המוגן הצליח במידה כזאת עד שרבים מבין אלה שביקשו לעבוד בו לא יכלו להתקבל מחוסר מקום. בעלי השפעה בשכונה, מתנדבים מביטוח לאומי, וארגונים של בעלי עסקים אשר סייעו בהקמת בית- המלאכה, הפעילו לחצים על העיריה, כדי שתעביר למקום אחר ספריה מקומית השוי- כנת בבנין בו נמצא בית-המלאכה, על מנת לאפשר לקשישים נוספים לעבוד בו. בשלב זה סרבה העירייה לעשות כן, והמאבק בינה לבין המצדדים בזכות הרחבת תחומי פעולתה של העבודה הקהילתית נמשך. רבים מבין מנהיגי השכונות, עובדי משרד הסעד וקבו- צות קשישים תבעו מן העיריה, כי תגבה את הסכומים הדרושים כדי לאיש משרה

נוספת של עובד קהילתי. לבסוף הושגה פשרה. התפקיד הושאר על כנו (ואף הורחב), אך המחלקה לעבודה קהילתית הפכה לחלק ממחלקת הסעד. הפעילויות בתקופת הקיץ זכו עד מהרה להקצבות הכספים הדרושות. כמו כן הותר לעו"ס הקהילתיים להיפגש עם ראשי מחלקות שונות, כדי להסביר להם את מהות העבודה הקהילתית.

בעית. בית המלאכה הצפוף יתר על המידה מצאה את פתרונה בשיתוף פעולה בין העוב- דים הקהילתיים לבין מנהל מחלקת הסעד, שעבדו עתה בצוותא. הם מצאו תקציב לש- כירת דירה קטנה בשכונה והציעו אותה לספרייה. ההעברה בוצעה ללא קשיים והשטח שפונה הועמד לרשות בית המלאכה לקשישים.

הערות

ההתנגדות לעבודה הקהילתית מצד עסקנים מקומיים שאפתניים מסתרת תכופות מא- חורי קביעת עדיפויות בתקציב העירוני. בזירה הקהילתית עלולים מתחים בין-מח- לקתיים להסתיר מאחוריהם מאבקי כוח בין- אישיים חריפים. בעימות מעין זה נתקיימו מגעים תכופים בין עובדים קהילתיים לעס- קנים פוליטיים שרוכזו בתקופת זמן קצרה: מארס — 15, אפריל: — 15, מאי: — 20, יוני — 25; סה"כ 75.

עם זאת אין להניח לעימות להתפתח לדי- כוטומיה הרסנית של מנצחים ומנוצחים. אכן, ידע ראש העיר, במקרה שתואר לעיל, מתי להפסיק להתנגד ולבקש פשרה. בדומה לכך ידעו העובדים הקהילתיים, לאחר שזכו בנ- צחון דה-פקטו, כיצד לעבוד תוך שיתוף פעולה עם יריביהם מאתמול. המאבק לא התנהל על פסים אישיים, אלא נסב על הג- דרות שונות של "טובת הכלל".

מאחר שהפעלת לחצים כפי שתודגם באירוע הנ"ל אופינית לתאור העבודה הקהילתית בשיתופם של עסקנים פוליטיים, ננסה לבחון תופעה זו ביתר יסודיות:

ג. לחצים המופעלים ע"י עו"ס קהילתיים וע"י עסקנים פוליטיים

שיעור השימוש באמצעי לחץ

יחסי הגומלין בין העו"ס הקהילתי לבין העסקן הפוליטי, אשר תוארו לעיל, מצטיינים במאמץ, שנעשה ע"י כל אחד מן הצדדים להשפיע על הצד האחר. מתוך 346 האירועים בתחום העבודה הקהילתית אשר התרחשו במשך השנה, 74% היו כרוכים בשימוש באמצעי לחץ. העו"ס הקהילתיים הפעילו לחצים על-העסקנים הפוליטיים בתדירות יותר גבוהה מאשר להיפך (80 ע"י העובדים ו-69 ע"י העסקנים). ב-107 אירועים, הפעילו

שני הצדדים לחצים. ביתר 90 (26%) האי-רועים לא הופעלו כל לחצים.

אם נצרף אירועים בהם הופעלו לחצים מצד אחד עם אלה אשר בהם הופעלו לחצים דו-צדדיים, הרי שעל העו"ס הקהילתיים הופעלו לחצים ב-50% מן האירועים שלהם, ואילו על העסקנים — ב-54% מכלל האירועים.

טיפוסי העסקנים הפוליטיים המעורבים בהפעלת לחצים

העו"ס הקהילתיים הפעילו לחצים על שלושת טיפוסי העסקנים הפוליטיים ביחס דומה ללחצים שהופעלו מצד העסקנים על העו"ס הקהילתיים (טבלה 1). מרבית הלחצים הופעלו על עסקני הרשויות המקומיות ועל ידם.

טבלה 1: טיפוסי עסקנים אשר הפעילו לחצים על עו"ס או היו נתונים ללחצים מצד עו"ס

לחצים שהופעלו ע"י				טיפוס העסקן המעורב
חעו"ס הקהילתי העסקן על העו"ס		על העסקן הקהילתיים		
55%	185	64%	322	עסקן ברשות המקומית
32%	112	22%	113	בעלי השפעה אחרים בישוב
13%	46	14%	74	בעלי השפעה מחוץ לישוב
100%	343	100%	509	סה"כ

פר את אפשרויותיהם לפעולה מקצועית. לדוגמא, עו"ס קהילתיים לתצו שלא לבצע דברים עבור מפלגה פוליטית מסוימת, או לנצל לטובתם את הדרישות של קבוצות תושבים מן השכונות.

פוגי הלחצים שהופעלו

ברוב המקרים נהגו העו"ס הקהילתיים להפעיל משאבים קהילתיים ואחרים כדי ללחוץ על העסקנים הפוליטיים, ובין היתר לנצל פוליטיקאים לא-מקומיים: במעט המקרים, רק ב-28% מן האירועים, השתמשו העובדים במאמצי שיכנוע אישי במקום להפעיל גורם אחר ללחוץ עבורם (טבלה 2).

בעוד ששיעור הלחצים שהופעלו ע"י העו"ס הקהילתיים וע"י העסקנים היו דומים, הרי העו"ס הקהילתיים הפעילו מספר יותר גדול של לחצים מאשר העסקנים (509 כנגד 343). על העו"ס הקהילתיים הופעל בממוצע לחץ אחד לכל אירוע, בעוד שהללו הפעילו קצת פחות משניים לכל אירוע.

סיבות להפעלת לחצים

לפי תשובות העו"ס, הפעילו הפוליטיקאים לחצים, בעיקר לשם הפקת רווחים אישיים (69%), ובמידה פחותה לטובת הקהילה (31%). העובדים הפעילו לחצים במרבית המקרים (60%) לטובת הקהילה. פחות ממי-חצית הלחצים שהפעילו העובדים נועדו לש-

יעסקו בפעילות בלתי-מקצועית או מפלגתית (21%). במקרים מסוימים (27%), מעודד העסקן הפוליטי את העו"ס להגביר את פעילותו, כלומר — מעניק לו תמיכה במאמציו.

מאידך, נהגו העסקנים, ברוב המקרים, להפיל לחצים על העו"ס הקהילתיים ע"י מניעת משאבים או הגבלת חופש פעולתם (50%), איום לפטרם מן העבודה (2%), ודרישה, כי

טבלה 2: סוגי הלחצים המופעלים

ע"י העסקן הפוליטי		ע"י העו"ס הקהילתי	
2%	לאיים בפטורין	28%	להפעיל בעלי השפעה ברשות המקומית
42%	לבודד ולהגביל את העו"ס	30%	להפעיל בעלי השפעה אחרים בשוב
8%	לחתנגד לפעולות העו"ס לדרוש פעילות בלתי-	14%	להפעיל בעלי השפעה מחוץ לשוב
21%	מקצועית	28%	מעורבות אישית
27%	לעודד הגברת הפעילות		
100%	סה"כ	100%	סה"כ

העו"ס הקהילתיים. על פי דיווחי העו"ס הקהילתיים, נכנעו העסקנים לעו"ס הקהילתיים בשני שלישים מכלל האירועים וסרבו להם רק בשליש מהם. במקרים של סירוב, הציגו העובדים הצעות נגדיות ברבע לערך מן המקרים, בעוד שהעסקנים עשו זאת רק ב-2% מן המקרים (טבלה 3).

תגובות העו"ס הקהילתיים והעסקנים הפוליטיים ללחצים בדרך כלל הצליחו העו"ס הקהילתיים לשמור על עמדותיהם חרף הלחצים. לא זו בלבד שעלה בידם, ברוב המקרים, לעמוד בסני לחצי העסקנים הפוליטיים (68%), אלא שהעסקנים נכנעו, בדרך כלל, ללחציהם של

טבלה 3: תגובות ללחצים

ע"י עו"ס קהילתי		ע"י עסקן פוליטי		סוג התגובה
32%	47	68%	115	
44%	65	30%	50	מסרב
24%	35	2%	4	מציע הצעה נגדית
100%	174	100%	169	סה"כ
—	29	—	18	אין נתונים

$p < .05$; כל חישובי רמת מובהקות נעשו באמצעות χ^2 .

כן, כאשר העסקן יזם את המגע, רק 17% מן הלחצים היו מסוג לחצי "עידוד". העו"ס הקהילתי, אשר קיים מגעים עם מספר עסקנים גדול ביותר, לא היה זה שעליו הופל עלו לחצי "עידוד" בשיעור הגבוה ביותר. היה זה דווקא עובד שתפס עמדת ביניים מבחינת מספר המגעים, ואשר שימש אובייקט ללחצים רבים מסוג זה (טבלה 4).

לחצים של עסקנים פוליטיים על עו"ס קהילתיים

טבלה 2 מראה, כי למעלה מרבע מכלל הלחצים שהופעלו על העו"ס הקהילתיים נועדו להגברת פעילותם. לחצי "עידוד" כאלה היו שכיחים בכל הקטיגוריות פרט לשתים: עבודה קהילתית ושירותי התנדבות. יתר על

טבלה 4: סוג הלחץ שהופעל על העו"ס הקהילתי, לפי מספר מגעים בינו לבין עסקן פוליטי, לחודש

מס' כולל של מגעים לחודש התנגדות או הגבלה	סוג הלחץ שהופעל על עו"ס קהילתי	
	עידוד	סה"כ
נמוך	30 (28%)	107 (100%)
בינוני	27 (36%)	75 (100%)
גבוה	47 (76%)	194 (100%)

בדרך כלל ההבדלים במספר המגעים לחודש וכן בין לחצי "התנגדות" ללחצי "עידוד", הם קטנים. מאידך, נמצא קשר בין הסיבות להפעלת לחצים ע"י העסקנים לבין סוג הלחץ שהופעל (טבלה 5).

טבלה 5: סוג הלחץ שהופעל על העו"ס הקהילתי, לפי סיבות ללחצים

סיבות להפעלת לחץ על עו"ס קהילתי	סוג הלחץ שהופעל על עו"ס קהילתי	
	עידוד	סה"כ
טובתו האישית של העסקן	212 (25%)	847 (100%)
טובת הקהילה	140 (38%)	368 (100%)

$p < .05$

הסיבות להפעלת לחצים או סוג הלחצים שהופעלו.

תגובת העו"ס הקהילתיים על לחצים שהופעלו ע"י העסקן לא נמצאו הבדלים משמעותיים בתגובת העובדים ללחצים פוליטיים בין תקופות שלפני בחירות לבין אלה שאחריהן, לפי מספר העסקנים עמם קוים מגע קבוע, סוג ומספר אמצעי התקשורת בהם השתמש העו"ס בד, או טיפוס העסקן המפעיל לחץ. מאידך, נטו העו"ס הקהילתיים להיכנע ללחצים לע-תים תקופות יותר (51%) בנושאי מועדונים ובילוי או שירותי התנדבות, ולעתים רחוקות ביותר בנושאי חינוך (22%) ועבודה קהילתית (26%). העובדים נטו פחות להיכנע (22%), כאשר העסקן היה יוזם המגע, ויותר (38%) כאשר הם היו היוזמים. תגובת העובדים לסוגים שונים של לחצים פוליטיים היתה שונה (טבלה 6).

אם העסקנים הפוליטיים נוטים יותר להתנגד לפעילותו של העו"ס הקהילתי או להגבילה, הם עושים כך פחות, כאשר מדובר בטובת הקהילה. ראוי לציין, כי כאשר העסקנים גותנים עידוד לפעילותו של העובד, הרי עידוד זה ניתן תכופות לטובת העסקן יותר מאשר לטובת הקהילה.

לחצי העו"ס הקהילתיים על העסקנים הפוליטיים העו"ס הקהילתיים השתמשו בארבע סוגי לחץ על שלושת סוגי העסקנים הפוליטיים, שזוהו לצורך מחקר זה. הנתונים מראים, כי העו"ס הקהילתי אינו מבחין בין עסקן פוליטי מטי-פוס' אחד למשנהו. לא נמצא הבדל של ממש בין עסקני הרשות המקומית, עסקנים מקומיים אחרים, ועסקנים לא-מקומיים, מן הבחינות הבאות: סוג אמצעי התקשורת בהם השתמשו העו"ס הקהילתיים, הנושאים שעמדו על הפרק, מספר המגעים לחודש, יוזם המגע,

טבלה 6: תגובת עו"ס קהילתיים לסוגים שונים של לחץ פוליטי

תגובת עו"ס קהילתיים ללחצים				סוגי לחץ פוליטי	
סה"כ	מתנגדים	נכנעים	התנגדות או הגבלה	עידוד	
232	173	59	100%	25%	
82	45	37	100%	44%	

בתחום של הפעלת לחצים. במקרים רבים נסתמנה נטייה אצל העו"ס הקרובים לפוליטיקה להיבדל מן העובדים הרחוקים ממנה. קבוצת העובדים הבינוניים דמתה יותר לעובדים החלשים מאשר לקבוצת המתמצאים.

מוקד העבודה

מעניין לציין, כי הקבוצות לא נבדלו זו מזו בנושאים, אשר בהם פעלו, או בטיפוס העסקים הפוליטיים אשר עימם קיימו מגעים באופן קבוע. ההבדלים התבטאו באופן שבו ביצעו העו"ס את עבודתם (טבלה 7). עו"ס קהילתיים מתמצאים, הם בעלי תקשורת בינונית עד גבוהה, בעוד שעו"ס קהילתיים בינוניים הם בעלי תקשורת בינונית, ועו"ס קהילתיים חלשים — בעלי תקשורת נמוכה. בדומה לכך השתמשו העו"ס קהילתיים המתמצאים במגוון גדול של שיטות תקשורת; העובדים החלשים השתמשו במגוון הקטן ביותר, ואילו העובדים הבינוניים דמו לעובדים החלשים. מובן מאליו, כי העובדים המתמצאים קיימו מספר מגעים גדול ביותר בכל חודש; אחריהם באו העובדים הבינוניים, ואחרונים העובדים החלשים.

יותר עו"ס קהילתיים, הקרובים לפוליטיקה, נתקלו בלחצים בהשוואה לעובדים הבינוניים והחלשים. הם רוסנו, לעתים קרובות יותר, ע"י העסקנים הפוליטיים וזכו לפחות עידוד משתי הקבוצות האחרונות. על העובדים החלשים הופעלו לחצים רבים יותר לשם האינטרסים של העסקנים מאשר על העובדים המתמצאים והבינוניים. נמצאו הבדלים בדפוסי הפעלת לחצים על העסקנים הפוליטיים בין הקבוצות, אך לא נמצאו דפוסים יציבים. העובדים המתמצאים נמצאו דומים לעובדים

אין זה מפתיע, כי העו"ס קהילתיים נטו פחות להיכנע כאשר העסקנים הפוליטיים ניסו להתנגד להם או להגבילם (75%), והיפוכו של דבר כאשר הלחצים היו מעודדים לפעילות. מענין לציין, כי לגבי יותר ממחצית הלחצים מסוג זה הרגישו העו"ס קהילתיים, כי עליהם להתנגד.

תגובות העו"ס קהילתיים ללחצים היו שונות גם בהתאם להערכתם את הסיבות להפעלת הלחצים ע"י העסקנים הפוליטיים.

במקרים בהם הסיבה ללחץ היתה טובתו האישית של העסקן, נכנעו העו"ס קהילתיים (32%), אולם נכונותם להיכנע גברה כאשר הסיבה לכך היתה טובתה הפוטנציאלית של הקהילה. העובדה ש-55% מן הלחצים שהופעלו לטובת הקהילה, נתקלו בהתנגדות העו"ס קהילתיים ראויה למחקר נוסף.

ד. דרגת האוהיינטציה לפוליטיקה של עו"ס קהילתיים

כזכור, טענו החוקרים, כי ניתן לדרג את העובדים לפי דרגת התמצאותם בפוליטיקה. מאמצים שונים נעשו לממש השערה זו על יסוד נתונים המתארים את תיפקודם של העו"ס קהילתיים. חושב הציון הכולל של כל עובד (באחוזים), כאשר לעו"ס הקרוב ביותר לפוליטיקה ניתן ציון 900, ולרחוק ביותר — 140. הציונים נרשמו בשורה, מן הגדול עד הקטן, והעובדים חולקו לשלוש קבוצות שוות (של 16 איש) לפיהן.

ציונים אלה של גבוה, בינוני וחלש שימשו כיסוד לניתוח חוזר של כל הנתונים המדברים על רמת תיפקודם של העו"ס קהילתיים. על בסיס זה נמצאו הבדלים בעלי משמעות סטטיסטית לא רק בעניני תקשורת, אלא גם

טבלה 7: הבדלים בתיפקוד בין עובדים מתמצאים, בינוניים, וחלשים בפוליטיקה (אחוזים)

דרגת הקירבה לפוליטיקה			מאפיינים של העבודה
חלש	בינוני	מתמצא	
			לחצים על טיפוסי עסקנים שונים:
87	65	53	חברי מועצות מקומיות ועירויות
3	20	29	עסקנים מקומיים אחרים
10	15	18	עסקנים לא-מקומיים
100	100	100	סה"כ
(79 = n)	(238 = n)	(187 = n)	
			סוגי לחצים המופעלים על עסקנים אישיים:
38	28	22	הפעלת חברי המועצות
27	23	30	הפעלת עסקנים מקומיים אחרים
27	24	34	הפעלת עסקנים לא-מקומיים
8	25	14	סה"כ
100	100	100	סה"כ
(112 = n)	(254 = n)	(272 = n)	
			סוגי לחצים המופעלים על העובדים:
38	32	48	התנגדות ישירה
24	38	32	דחיה
38	30	20	עידוד
100	100	100	סה"כ
(55 = n)	(135 = n)	(154 = n)	

דים מתמצאים קיבלו את הכשרתם המקצועית בעבר הקרוב (65%, 62% — בינוניים, 18% חלשים). העובדים החלשים סיימו את הכשרתם לפני 1970 (82%, בינוניים — 38%, מתמצאים — 35%). רמת ההכשרה המקצועית מגלה הבדלים נוספים. מבין העובדים המתמצאים היו רובם בוגרי אוניברסיטאות — 76%, בינוניים — 50%, חלשים — 33%. בעוד שהעובדים החלשים היו בעלי השכלה תיכונית — 77%, בינוניים — 50%, מתמצאים — 24%.

התמחות בתחום העבודה הקהילתית משקפת את אותם הבדלים כמו אלה של רמת ההשכלה: התמחות בעבודה קהילתית (מתמצאים — 56%, בינוניים — 42%, חלשים — 15%), והכשרה אחרת (חלשים — 62%, בינוניים — 43%, מתמצאים — 31%)⁵.

החלשים, פרט לעובדה שעובדים חלשים הירבו להשתמש בשכנוע אישי יותר מן המתמצאים או הבינוניים. עובדים אלו שונים מן העובדים החלשים לגבי הסיבות להפעלת לחצים על העסקנים, כאשר הנימוק של טובת המקצועיות של העובד מופיע לעתים נדירות יותר.

תכונות אישיות של עובדים מתמצאים, בינוניים וחלשים

עובדים מתמצאים, בינוניים וחלשים לא נבדלו באורח מהותי זה מזה. ממצאים מספר, הגם שאינם מובהקים מבחינה סטטיסטית, מגלים קשר בין תכונותיהם של העובדים לבין קירבתם לפוליטיקה (טבלה 8). העובדים החלשים המתמצאים הם למטה מגיל 30 (65%, בינוניים 50%, חלשים 33%), בעוד שהעובדים החלשים הם המבוגרים ביותר. עוב-

5 נתונים אחרים מוכיחים כי העו"ס הקהילתיים במחקר הנדון לא היו חברי מפלגה פוליטית כלשהי, וראו חברות זו כמפריעה לעבודתם.

טבלה 8: תכונות אישיות של עובדים מתמצאים, בינוניים, וחלשים בפוליטיקה (אחוזים)

דרגת הקירבה לפוליטיקה			תכונות אישיות
חלש	בינוני	מתמצא	
			גיל:
67	50	35	מעל גיל 31
33	50	65	מתחת לגיל 30
100	100	100	סה"כ
(16 = n)	(16 = n)	(17 = n)	
			שנת סיום ההכשרה:
82	38	35	לפני 1970
18	62	65	אחרי 1971
100	100	100	סה"כ
(11 = n)	(16 = n)	(14 = n)	
			רמת ההשכלה:
77	50	24	בי"ס תיכון או מכון
23	50	76	ב.א. ומ.א.
100	100	100	סה"כ
(15 = n)	(16 = n)	(17 = n)	
			התמחות:
23	14	13	עבודה סוציאלית
15	43	56	עבודה קהילתית
62	43	31	אחר
100	100	100	סה"כ
(13 = n)	(14 = n)	(16 = n)	

לחצים רבים המופעלים ע"י כל אחד מן הצדדים. בדרך כלל אין העו"ס נכנעים ללחצי פוליטיים. להיפך, במרבית המקרים העסקן הפוליטי הוא זה המוותר לעובדים. הלחץ הרב, שבו מתנסים העו"ס הקהילתיים מעיד, כי כנראה העו"ס פועלים כיום בתחומים, אשר קודם לכן היו נתונים לשליטתם של עסקנים פוליטיים. סירובו של העו"ס הקהילתי להיכנע ללחצי הפוליטיקאים מעידה, כי הוא גטל לידיו כמה מן התפקידים אשר קודם לכן בוצעו ע"י העסקנים, וכי הוא החל לבסס או להרחיב את פעילותו המקצועית בקהילה. ברור כי יש להגדיר את תחומי העבודה של מקצוע זה — מה נכלל ומה אינו נכלל בו — וזאת כדי לצמצם את מספר התחומים בהם התרחשו עימותים. מקור שני ללחצים נעוץ בהשקפתם של העו"ס הקהילתיים על העסקנים. במרבית

לסיכום ניתן לציין, כי העובדים המתמצאים בפוליטיקה צעירים יותר, בעלי רמת השכלה גבוהה יותר, ומתמחים בעבודה קהילתית. העובדים החלשים מגלים נטייה הפוכה, כאשר הקבוצה הבינונית דומה יותר לקבוצה המתמצאת מאשר לקבוצה החלשה.

השלכות

מטרתו הראשונה של המחקר היתה לתאר את טיבם והיקפם של קשרי העו"ס הקהילתיים עם העסקנים הפוליטיים — ואכן, המחקר מעיד, כי הקשרים בין העו"ס הקהילתיים והעסקנים הינם תכופים: הם מתחילים עם כניסת העובד לתפקידו ומתבטאים במגעים רבים וקבועים. המגעים שבין העובדים הקהילתיים לבין העסקנים כוללים בתוכם

המקרים השתקף העסקן בעיני העו"ס הקהי" לתי כבעל אינטרס אישי יותר מאשר בעל אוריינטציה כלל-קהילתית, בעוד שהוא ראה את עצמו מעוניין יותר בטובת הקהילה (ורק במקום שני בקידום מקצועי). אשר לשאלה — אם השקפה זו על התנהגות העסקנים היא נכונה, אין באפשרותנו להשיב עליה עתה. ניתן לטעון, דרך משל, שגם כאשר העסקן מבקש לקדם את האינטרס האישי שלו, אין הדבר בהכרח לרעת הקהילה. כמו כן חייב העו"ס להבין, כי העסקן עושה כמיטב יכולתו כדי להיבחר שנית, שכן אחרת לא יוכל להמשיך את עבודתו למען הקהילה.

מקור שלישי לעימות טמון באמצעים הננק"טים על ידי כל צד, כדי להפעיל לחצים על הצד האחר. עסקנים פוליטיים מנצלים את העוצמה הנובעת ממשרתם כדי להגביל את סמכותו ופעולתו של העובד בדרכים שונות — בעוד שהעו"ס הקהילתיים מפעילים קבוצות אוכלוסיה (או עסקנים אחרים) כנגד העסקנים, ולעתים מנסים לשכנע באורח אישי. נראה, כי אין מקום רב לחליפין ול-תקשורת "נורמליים", פרט למגעים אישיים, בהם משתמשים העו"ס בלבד. השאלה — מדוע לא השתמשו העסקנים באמצעי זה, טעונה מחקר נוסף. למרות איומיו הקשים, ברוב המקרים, לא עלה בידי העסקן לאלץ את העו"ס הקהילתי להיכנע לו.

מקור רביעי — העדפתה של דרך ההפעלה החברתית על ידי העו"ס הקהילתי. גישה זו עלולה להכניסו לעימות עם העסקנים הפוליטיים, הואיל והיא מתפרשת בעיניהם כמ"עורבות בקרב בוחריהם". גורם זה אף מסביר רבים מאירועי הלחץ.

חוקרים שונים ובכללם ישראלים הגיעו למסקנה הבאה: כל עוד תמוזן העבודה הקהי"לתית מתקציבים ממשלתיים, יימצאו העובדים במצבי מתח, כשהם "חיים על גבול הנסבל". נראה כי רוב הרשויות המקומיות מקבלות החלטות תחת לחץ מצד קבוצות אינטרסנטיות חזקות, בעוד שקבוצות אורחים חלשות אינן "מצויות בתמונה". כל זמן שהעובדים הסוציאליים הקהילתיים יסייעו לאלה שהם חסרי עוצמה לשפר את איכות חייהם, ופירוש הדבר, בעיני העסקנים — התערבות בעניינים פוליטיים — עשויים הם לעורר את התנגדותם הפעילה של האחרונים.⁷

לא תמיד היה המצב כך. לפני שנת 1960, עו"ס קהילתיים בישראל ובחו"ל עבדו בסביבות פוליטיות ללא שום מתחים. למעשה, העובדים "נסבלו" במשך שנים רבות משום שעסקו בראש ובראשונה במשימות חסרות חשיבות או בכאלה שאינן שנויות במחלוקת, כגון: אינטגרציה שכונתית או קליטת עולים.⁸ כאשר לקראת 1970 החלו עובדים קהילתיים בישראל, כדוגמת עמיתיהם השוו-

6 ה. ספכט, "נישולח של העבודה הסוציאלית ממעמדה המקצועי", סעד, 17 (ינואר 1973), 10—18; ר.מ. קרמר, "עבודה קהילתית עירונית בישראל", סעד, 15 (יולי 1971), 34—44; ב. אקצין וי. זרור, תכנון לאומי בישראל (תל-אביב: המדרשה למנהל, 1966); וגם D. J. Elazar, "Local Government as an Integrating Factor in Israeli Society," *Israel: Social Structure and Change* (Eds. M. Curtis and M. S. Chertoff, New Brunswick, N.J.: Transaction Books, 1973), pp. 15-26; Leonard J. Fein, *Politics in Israel* (Boston: Little Brown, 1976), pp. 67-105; also Jack Rothman, "Political and Legislative Behavior," *Planning and Organization for Social Change* (New York Columbia University Press, 1974), pp. 195-276; *Risks and Chances with Community Work in Local Politics* (Ed. T. Wilson, Marcinelle: Inter-University European Institute on Social Welfare, 1976), pp. 73-75, 123-127; וגם: ב. ינוב, "תהליך פוליטי ושינוי חברתי", סעד, 19 (מרץ 1975), 58—63.

7 *Ibid.*, pp. 43, 68-72, 115-118; Ben W. Lappin, "Israel's Community Workers in the Aftermath of War," *Mental Health and Society*, 1 No. 3-4, 1974), pp. 213-227

8 החשכות התיאורטיות פותחו ע"י הרי ספכט במאמרו "תכסיסים של הפרעה", לקט מאמרים ... 6 (מאי 1973), 41—61.

דים וההולנדים, להפנות את תשומת לבם לפיתוח עירוני, לשיכון ציבורי, לזיהום סביבתי וכדו' — הם הגיעו למצב של ניגוד אינטרסים עם הפוליטיקאים, ומכאן לכלל עימות עימם.

גוברת כיום ההכרה, כי חלק מן העסקנים והפקידים הבכירים מכירים יותר ויותר בחשיבותן של קבוצות פעולה של אזרחים כ"שותפים לדיון", ואף מצאו עימם שפה משותפת לשם טיפול בעניניהם. כאשר הפוליטיקאי מבקש לעבוד עם האזרחים, יכול העו"ס הקהילתי לסייע בידו. העו"ס הקהילתי, מצדו, זקוק לכוחו של העסקן הפוליטי על מנת לבסס שינויים רצויים בחקיקה, להטיל אחריות נוספת למתן שירות, או להשיג מימון. בענינים קהילתיים מסוימים, העו"ס הקהילתי והעסקן הפוליטי הינם שותפים פוטנציאליים.

בחודש מארס 1977 עודד איגוד העובדים הסוציאליים בישראל את חבריו לפעילות מפלגתית לקראת הבחירות הקרובות, ולא רק

על ידי קידום נושאי רווחה במצעי המפלגות, אלא גם על ידי הצגת מועמדות לתפקידים פוליטיים, או על ידי תמיכה במועמדים, הפועלים לקידום ולפיתוחם של השירותים הסוציאליים.⁹

העו"ס הקהילתיים במחקר זה, אכן גילו בטחון רב ותדירות גבוהה במגעים עם פוליטיקאים. לשינוי מהותי זה, שתחילתו בשנות ה-60, כמה גורמים, כמו: הגברת המודעות לבעיית הפערים החברתיים, בעיקר לאחר הופעת הפנתרים השחורים; הנהגת לימודי התמחות בעבודה קהילתית בבתי"ס לעבודה סוציאלית; שיפור תדמיתם של העובדים הסוציאליים; חיזוק המגמה לשיתוף אזרחים בקביעת החלטות הנוגעות לנושאי הרווחה ועוד. ניתן, איפוא, להניח, כי העובדים הסוציאליים יתערבו יותר ויותר בפוליטיקה המקומית מתוך מגמה למלא את המשימות שנטלו על עצמם בפעילותם למען קידומה החברתי של האוכלוסייה הנזקקת. יש להמשיך ולעקוב אחר מעורבות זו ולחקרה היטב.

9 *Risks and Chances with Community Work...*, pp. 45-47, 67, 80-81 מחקר מעקב על פוליטיקאים בשלבי ביצוע בדגם הקהילות, בהם רואינו עו"ס קהילתיים בשנים 1973—1974. נתונים ראשוניים מגלים קבוצת עסקנים שלהם מערכת ערכים קרובים לערכי העבודה הסוציאלית.

10 זכרון דברים משיבת מרכז איגוד העובדים הסוציאליים, תל-אביב, 1.3.1977, משוכפל בארה"ב תמך איגוד העובדים הסוציאליים באורח רשמי במועמדותו של ג'ימי קרטר לנשיאות (Social Work), (22, January 1977, p. 2).

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה מאת עו"ד אריה וולף

חוק שכר מינימום

לאחר שנים ארוכות של דיונים בדבר הצורך לחוקק חוק שכר מינימום בישראל — חוק שכדוגמתו מצויים בארצות רבות — הניח שר העבודה והרווחה על שולחן הכנסת הצעת חוק שכר מינימום, תשל"ח—1978. ההצעה הונחה בשלהי אוגוסט 1978, אך ככל הנראה רבות עדיין המשוכות הניצבות על דרכה עד שתגיע לכלל חוק בריאות.

ההצעה נועדה להבטיח רמה הוגנת של שכר מינימום לעובדים בישראל. עד עתה נקבע שכר המינימום במשק לא מכוחו של חוק, אלא באמצעות הסכם קיבוצי כללי, וצו הרחבה של אותו הסכם. הנסיון מלמד, כי לא תמיד עלה בידיה של שיטה זו להבטיח את שכר המינימום מפני שחיקה יחסית לעומת רמת השכר הכללית במשק.

באה הצעת החוק ומערבת בהליכים את שר העבודה והרווחה ואת שר האוצר. לא יאוחר מששים יום לפני תום תחולתם של רוב ההסכמים הקיבוציים במשק, יגישו ארגון העובדים שעם חבריו נמנים רוב העובדים במדינה (קרי — ההסתדרות הכללית) וארגון גג של מעבידים, המייצג את המספר הגדול ביותר של ארגוני מעבידים, שהם צדדים להסכמים הקיבוציים הכלליים, הצעה משותפת להסדר שכר מינימום. ההצעה מוגשת לשר האוצר ולשר העבודה והרווחה. והיה אם הצדדים לא הגיעו להצעה מוסכמת, יגישו כל אחד הצעה נפרדת, לא יאוחר משלושים יום לפני תום תחולת ההסכמים הקיבוציים כאמור.

השרים אינם חייבים לקבל את ההצעה, כי אם מוסמכים לקבוע שכר מינימום בצו שיוציאו, כראות עיניהם. אך קיימת בהצעת החוק הגבלה אחת: את שכר המינימום יש לקבוע בשים לב לרמת השכר הממוצע במשק ולרמת המחירים במדינה, בין קיימות ובין צפויות, ובשים לב ליכולת המשק.

שרים רשאים לשנות ולתקן צו מעין זה לאחר התייעצות עם הצדדים היציגים — עובדים ומעבידים — אף לפני תום תחולת ההסכמים הקיבוציים, אם ראו זאת לנכון מטעמים מיוחדים.

בחסדר שכר המינימום ניתן לכלול הוראות בעניינים הבאים:

1. רכיבי השכר שייכללו בשכר המינימום.
 2. דרכים ושיטות לחישוב שכר המינימום.
 3. סוגי העובדים או המעבידים, אשר התסדר יחול, או לא יחול, עליהם.
- עובד שהצו חל עליו, זכאי מכוח החוק לקבל ממעבידו שכר עבודה כנקוב בצו, ואין בכך כדי לגרוע מזכותו לקבל תוספות שכר, שאינן כלולות ברכיבי שכר המינימום, אם הוא זכאי להן בשל כל עילה אחרת.
- לדעת המגישים את הצעת החוק, יש בה כדי לשמור על רמה הוגנת של שכר המינימום במשק, ואף למנוע שחיקתו בהמשך הזמן.

זכויות לאסירי ציון ולמשפחות הרוגי מלכות

בתחילת אוגוסט 1978 הונחה על שולחן הכנסת הצעת חוק לקביעת זכויות אסירי ציון ומשפחות הרוגי מלכות. זהו פרק חדש בחוק הביטוח הלאומי (פרק טז), במסגרת תיקון מס' 33 לחוק.

כיום משתלמות לאסירי ציון ולבני המשפחות של הרוגי המלכות גימלאות מכוח הסכם, שנעשה בין המוסד לביטוח לאומי לבין הסוכנות היהודית. עתה מעגנים את תשלום הגימלאות האמורות בגופו של חוק הביטוח הלאומי. החצעה מגדירה "אסיר ציון" כמי שהיה במאסר או מעצר שישה חודשים לפחות, או שהיה בגלות שנה אחת לפחות בגלל פעילותו הציונית, או שנאסר, נעצר או הוגלה במדינת אויב בשל יהדותו או בשל יחסי האיבה כלפי ישראל, בתנאי שהוא אזרח ישראלי מכוח שבות ותושב ישראל. החגרה כוללת גם משפחות של מי שמצוי עדיין במאסר, במעצר או בגלות, או משפחות של מי שנפטר במאסר, במעצר או בגלות.

אגב, "גלות" מוגדרת כשהייה במקום מרוחק מחוץ למקום התגורים הרגיל, במשטר חיים מיוחד שנכפה על-פי צו הגליה, שיפוטי או מינהלי, האוסר את עזיבת מקום הגלות לתקופה של שנה לפחות, לרבות צו הגליה, שניתן על תושב ארץ ישראל לפני הקמת המדינה בשל פעילותו למען הקמתה.

כ"הרוג מלכות" נחשב כל מי שהוצא להורג, או הומת בידי שלטונות מדינה זרה בגלל פעילותו הציונית, או הוצא להורג או הומת בארץ אויב בידי שלטונות אותה ארץ או בידי ארגון עוין בגלל זיקתו לישראל או בגלל יהדותו, או בגין יחסי האיבה של אותה ארץ כלפי ישראל.

השר לקליטת העלייה יקים רשות נאשרת, המורכבת מנציג שר הקליטה, נציג שר החוץ ונציג הסוכנות היהודית, אשר תהא מוסמכת להכיר באסיר ציון ובחרוג מלכות. בקשה להכרה מעין זו יכול להגיש אסיר ציון, או בן-משפחתו, או בן משפחה של הרוג מלכות. מי שרואה עצמו נפגע מהחלטת הרשות הנאשרת, רשאי לערור בפני ועדת ערר. לאסירי ציון, משפחותיהם ומשפחות הרוגי מלכות יוענק סמל מיוחד.

לאסירי ציון, שהפכו נכים עקב המאסר, מוצע לשלם גימלאות בשיעור המשתלם לנכים שנפגעו עקב עבודתם, הווה אומר — לנכים שדרגת נכותם מ-5 ועד 19 אחוזים ישולם מענק חד-פעמי, ואילו לנכים שדרגת נכותם מ-20 אחוזים ומעלה תשולם קיצבה חודשית, ששיעורה ייקבע על-פי דרגת הנכות.

דינם של מי שתלויים באסיר-ציון נכה, שנפטר עקב המחלה שגרמה לנכותו, יהיה כדיון התלויים בנפגע עבודה, אשר נפטר עקב הפגיעה. הם יהיו זכאים לכל הגימלאות, אשר להן זכאים תלויים בנפגע עבודה.

בני משפחה של אסיר ציון שנפטר במאסר, וכן בני משפחה של הרוג מלכות, ימשיכו לקבל גימלאות בשיעורים המשתלמים להם כיום, כלומר — לפי הכללים הקבועים בחוק משפחות חיילים, שנספו במערכה (תגמולים ושיקום), תש"י—1950.

מי שהיה אסיר ציון לפני קום המדינה, וכן קרובו של הרוג מלכות שהוצא להורג לפני קום המדינה, יהיו זכאים לסמל המיוחד, וניתן להחיל עליהם גם את הזכות לגימלאות בסייגים ובתנאים ידועים.

אותו דין חל גם על מי שהיה במאסר, במעצר או בגלות, על-פי צו שלטונות המנדט הבריטי, חודש אחד לפחות, בשל פעילותו במאבק למען הקמת המדינה, ועל בן משפחה של מי שתומת או מצא את מותו בגין פעילותו באותו מאבק.

מי שמקבל כיום תגמול על-פי החסכם בדבר גימלאות לאסירי ציון ומשפחות הרוגי מלכות, שנעשה בין הנהלת הסוכנות היהודית לבין המוסד לביטוח לאומי, יהיה זכאי לגימלה כאילו חוכר על-פי חוק זה.

בהצעה כלולה הוראה לגבי תחילת תוקפו של החוק, אך מבלי שנקב בה תאריך מסוים.

תקנות בדבר מתן סיוע משפטי

בשלהי ספטמבר 1978 פורסמו תקנות בדבר מתן סיוע משפטי. מכוח תקנות אלו ניתן סיוע משפטי לכל אדם המבקש כך (להוציא "חבר בני-אדם"), בחליכים בבית הדין לעבודה אשר המוסד לביטוח לאומי הינו צד להם, בעניינים הנובעים מחוק הביטוח

הלאומי או מכל היקוק אחר שהמוסד לביטוח לאומי משלם תשלומים על-פיו, אך למעט הליכים משפטיים שעניינם תביעה לתשלום דמי ביטוח או תביעה של המוסד כנגד מעביד.

הלשכה לסיוע משפטי, שהוקמה מכוח חוק הסיוע המשפטי תשל"ב—1972, היא הנותנת את השירות המשפטי, הכולל:

1. ייעוץ משפטי ועריכת מסמכים משפטיים.
 2. ייצוג בפני בית הדין לעבודה.
 3. תשלום ההוצאות הכרוכות במתן השירות המשפטי, אשר לדעת ראש לשכת הסיוע המשפטי היה הכרח להוציאן.
- אדם המבקש סיוע כאמור, יגיש בקשה ללשכת הסיוע המשפטי אשר בתחום פעולתה מצוי מקום מגוריו של המבקש. לגבי הבקשה, לחיוב או לשלילה, מחליט ראש הלשכה. בניגוד לסיוע משפטי כללי, הרי בענייני הביטוח הלאומי אין השיקול בדבר יכולתו של המבקש לשאת בהוצאות השירות המשפטי, נלקח בחשבון כלל. לשכות לסיוע משפטי מצויות בערים ירושלים, תל-אביב וחיפה. תקנות הסיוע המשפטי נכנסו לתוקפן ב-1 באוקטובר 1978, אך השירות המשפטי לפיהן יינתן רק בהדרגה, לפי סוגי ההליכים כדלקמן:

1. הליכים בענייני ביטוח אמהות, ביטוח ילדים וחוק המזונות (הבטחת תשלום) — החל ב-1 באוקטובר 1978.
2. הליכים בענייני ביטוח זיקנה ושאימים וביטוח אבטלה — החל ב-1 בינואר 1979.
3. הליכים בענייני ביטוח נכות ובענייני זכויות מתנדבים — החל ב-1 באפריל 1979.
4. בכל שאר ההליכים לסוגיהם — החל ב-1 באוקטובר 1979.

פיצויי נזק לעובדת נקיון

שושנה עבדה כפועלת נקיון בבית החולים "אסף הרופא" משנת 1951. בשנת 1971 נאלצה לפרוש מעבודתה, פרישה מוקדמת, בשל נזק שנגרם לידיה, והפך אותה בלתי-כשירה לעבודה כלשהי בשירות המדינה, מן העבודות שאשה כמוה מסוגלת לעשות. היא אשה בשנות החמישים שלה, אינה יודעת קרוא וכתוב, ועבודת-כפיים היא העבודה היחידה הבאה בחשבון בשבילה.

בית המשפט המחוזי תל-אביב-יפו, אשר דן בתביעתה של שושנה לפיצויי נזק, קבע כי הממונים עליה בבית החולים התרשלו, וממילא קיימת אחריות שלוחית של המדינה למעשיהם ולמחדליהם של הממונים ("אסף הרופא" הינו בית-חולים ממשלתי). הרשלנות נעוצה בכך, שעל שושנה היה להשתמש לצורך עבודת הנקיון שעשתה, תחילה בחדר היולדות ולקראת סוף שירותה במטבח בית החולים, בחומרי ניקוי שונים מסוג הדטר-גנטים. השימוש הממושך בדטרגנטים עלול לגרום מחלת עור — הידועה בשם "אקזמה של עקרת-בית" — ואשר את התפתחותה המסוכנת ניתן למנוע אם העובדת לובשת כפפות בעת עבודתה. לאחר הופעת המחלה אצל העובדת ניתן לגלות רגישות מיוחדת לאותה מחלה על-ידי עריכת "תבחני-טלאי", ובדרך זו אפשר למנוע את התפתחות המחלה למצב כרוני. השפעה מזיקה זו של דטרגנטים ידועה במדע הרפואה לפחות משנות החמישים של המאה ה-20 "תבחני הטלאי" פותחו בתחילת שנות השישים, והם מקובלים במדע הרפואה משלהי שנות השישים.

אצל רחל אובחנה האקזמה על-ידי רופא מסגל בית החולים, בינואר 1969. הוא רשם לה משחה לטיפול באקזמה, בלי לתת שום הוראה להעסקתה בעבודה שלא תביא אותה במגע עם דטרגנטים. באוקטובר 1969 שוב נבדקה וניתנו לה משחות, ללא שום הוראה נוספת. באותו זמן, לערך, הועברה מחדר היולדות לעבודה במטבח. במארס 1970 החליט רופא-עור של סגל בית החולים, כי אין היא מסוגלת לעבודת נקיון. אולם גם

לאחר מכן היא המשיכה לעבוד, אם כי בהפסקות. ביוני 1970 הועמדה לפני ועדה רפואית מחוזית של לשכת הבריאות הממשלתית. זו איבחה אצלה "אקזמה כרונית בצורה קשה", ופסקה לה דרגת נכות של כ-45 אחוזים לצורך תשלום גימלאות. מסקנת הועדה היתה, כי יש סיבה רפואית מספקת להפסקת עבודתה בשירות המדינה בתפקידה ובכל תפקיד שהוא". לפיכך הוצאה שושנה, בסוף ינואר 1971, לפרישה מוקדמת עם קיצבה בשיעור של 38.5 אחוזים.

כסיבה ממשית לפרישתה המוקדמת יש, איפוא, לראות את מחלת האקזמה, אשר הרסה במרוצת הזמן, את תאי העור בידיה, והפכה למחלה כרונית, המונעת ממנה כל עבודה, המחייבת מגע עם חומרי ניקוי ועם מים, ללא סיכוי של שיפור כלשהו בעתיד. בית המשפט המחוזי חייב את מדינת ישראל ואת בית-החולים "אסף הרופא" לשלם לשושנה פיצויי-נזק בסך של למעלה ממאה ועשרה אלף לירות. שושנה מערערת בפני בית המשפט העליון בשל מיעוט הפיצויים שנפסקו לה, ואילו מדינת ישראל מערערת על הגזמה בפיצויים.

השופט המחוזי קיבל את טענת המדינה, כי שושנה עודנה מסוגלת לעשות עבודה "יבשה", כגון מיון-כבסים בבית-החולים. לפיכך הפחית את הפיצוי בשל הפגיעה בכושר ההשתכרות למחצית בלבד. אולם השופט העליון לנדוי סבור שלא היה מקום לשום הפחתה מסיבה זו.

שושנה היא אנאלפביתית. היא בת 53, וספק רב אם לאשה בגיל זה סיכוי למצוא עבודה חדשה כלשהי בשוק העבודה. מכל מקום קיימות מסקנות הוועדה הרפואית המחוזית שלפיה אין שושנה מסוגלת לשום עבודה בשירות המדינה. לפיכך, איבדה שושנה את מלוא כושר עבודתה, מאז הוצאה לפרישה מוקדמת, בשנת 1971, ועד שתגיע לסוף התקופה הרגילה לעבודת עובדת מסוג זה, בגיל ששים בשנת 1978.

ואשר למידת הרשלנות: השופט המחוזי הפחית את מידת רשלנותם של הממונים לכדי שמונים אחוז. זאת כיוון שמצא גם רשלנות תורמת אצל שושנה, בכך שאחרי גילוי מחלת האקזמה בידיה המשיכה לעשות את עבודתה הרגילה במשק הבית שלה, עבודה שאף היא חייבה מגע מזיק של ידיה עם חומרי ניקוי ועם מים.

השופט לנדוי סבור שרשלנות הממונים חמורה במיוחד, כיוון שהדברים התרחשו בין כותלי בית-החולים, אשר לרשותו עומדים רופאים מומחים. הרשלנות החלה משלא הושם לב למצבה של שושנה, אם כי האקזמה כבר נתנה בה אותותיה. לא נעשו התבחינים שיכלו לגלות את רגישותה המיוחדת אשר מקורה בחומרי ניקוי, ואף לא הושם לב להוראה מפורשת שלא להעסיקה עוד בעבודת-ניקיון. היתה זאת רשלנות מופלגת, בשל אי-הנהגת שיטת עבודה נאותה וחוסר שמירה ראויה על שלום העובד בעבודתו.

הפחתת עשרים אחוז מחרשלנות באה בשל עבודתה בביתה. אך אפילו אותו שופט מחוזי שקבע כך, אמר: "חשפעת העבודה בבית בטלח בששים לעומת מה שעשתה אצל המעביד". מה הטאה של עלובה זו שהמשיכה לעשות את עבודת הבית הנחוצה שלה, כאשר היא רואה שמעסיקה בבית-החולים, והרופאים שבדקו אותה, לא נקטו אמצעים כדי להפסיק את העסקתה בפועל כעובדת-ניקיון — סימן שאין לה ממה לחשוש בעבודה דומה בביתה.

מסקנות בית-המשפט העליון הן: אם העבודה בבית תרמה תרומה כלשהי להחמרת המחלה, יש להתעלם מתרומה זו כליל, כי גם בלעדיה היתה שושנה מגיעה לאותו מצב סופי שאליו הגיעה. על כן יש לקבוע רשלנות של מעסיקה במלוא המידה של מאח אחוז.

בית המשפט העליון פסק לכל אורך הדרך כתביעתה של שושנה, להוציא תביעתה לחמשת אלפים לירות עבור מכונית-כביסה. זאת, כיוון שהתברר כי כבר השתמשה בעבר במכונית-כביסה, ללא כל קשר עם הפגימה בידיה שלקתה בה. כך נפסקו לה סכומים בשל הפסד שכר מאז יציאתה המוקדמת לפרישה ועד הגיעה לגיל ששים, וכן בשל הפסד הקיצבה המלאה שהיתה מגיעה לה בגיל ששים אלמלא פרישתה המוקדמת. 25 אלף לירות נפסקו לה בשל כאב וסבל הנגרמים לה בשל הגירוי המתמיד בידיה בכל שעות היממה. עשרים אלף לירות נוספים קיבלה עבור עזרה של עוזרת-בית, שנזקקה

לה מפאת אייכולתה לעבוד בביתה בחומריניקוי ובמים. ובסך הכול נפסקו לשינון למעלה משלוש מאות שבעים אלף לירות (תחת מאה ועשרה אלפים שפסק בית-המשפט המחוזי).

אכן, אקזמה יקרה.

דיור נפרד לאשה

איש ואשתו, סולטנה ויעקב, גרים זה חמש שנים בנפרד, שכן לאחר כמה עזיבות קודמות של האשה, עזב יעקב בראשית 1973 את דירתם המשותפת וחשאיורה ברשות האשה, כמדורה הנפרד. ערב אחד, בחודש דצמבר 1975, שמע אחד השכנים "צעקות אימים בוקעות" מאותה דירה. "היו אלה צעקות של אשה נתקפת הצועקת לעזרה". מתברר, כי יעקב הגיע לשם בלוויית חתנו, ועל אף התנגדותה של סולטנה פתח בכוח את דלת הדירה ונכנס לתוכה. על-פי עצת השכן, הזעיקה האשה את המשטרה, וכשבא השוטר וביקש את יעקב לעזוב את הדירה, ציית ועזב.

סולטנה פנתה לבית המשפט המחוזי, בתל-אביב-יפו, וביקשה צו-מניעה, אשר יאסור על הבעל להיכנס לדירתה בעל כורחה ולמנוע בעדה את השימוש החופשי והמלא שלה בדירה זו. בית המשפט המחוזי דחה בקשתה, וסולטנה מערערת בפני בית המשפט העליון.

השופט חיים כהן סבור, כי השופט המחוזי "ביזבו הרבה זמן ומרץ" על השאלה — אם בהזדמנות ההיא הוכחה האישה בידי בעלה, והלה הגיע למסקנה, בניגוד לעדות האשה, כי לא הוכח מתרמכות. לדידו של השופט כהן, אין נפקא מינה אם היכה או הבעל את אשתו, אם לאו. הדבר היחיד אשר לו נודעת חשיבות היא, שהבעל כפח על האשה, בעל כורחה ובכוח, את כניסתו. והימצאו בדירה, בה התגוררה בנפרד.

אין יעקב מכחיש כי אינו יכול לגור עם אשתו בכפיפה אחת. הוא מציע שיגורו כל אחד בחדר נפרד, וזאת בדירה המכילה אך ורק חדר ומחצה. בתצהיר שהגיש יעקב, בשעתו ולצורך אחר, לבית-המשפט המחוזי, מצהיר הוא, כי "הגיעו מים עד נפש ואינני יכול עוד לגור במאורת צפעונים שהקימה אשתי" (כך ?). גם מבחינתה של סולטנה לא השתנה דבר מאז ועד עתה ולא כלום: לא שהתפייסו בינתיים, ולא שרוצה יעקב, באמת ובתמים, לעשות נסיון חדש של חיים בצוותא ולפתוח דף חדש ביחסים שבינו לבין; ולא שהציע לה, בדרכי נימוס ותרבות, שינוי המצב שהוא יצרו, ואשר נתקיים כבר כשלוש שנים; ולא שהסביר לה תחילה את מניעיו לחזור פתאום ולגור עימה בדירה משותפת. מאומה מכל זה. אלא קם יעקב ופרץ, כנגב בלילה, בכוח הזרוע אל דירתה, והתכוון להשתקע בה, אף בעל כורחה ובניגוד לרצונה.

החלכה הפשוטה והפסוקה היא, כי משנתערערו היחסים בין בני-זוג, כפי שנתערערו בין סולטנה ויעקב, זכאית האשה למדור נפרד. כאמור, אין יעקב מתכוון כלל לחיות עם סולטנה, אלא בחר לתת לה את "המדור הנפרד" שהינה זכאית לו, בתוך דירה משותפת, צרה וקטנה, עמו יחדיו. וכבר היו דברים מעולם, שהסכימו ביניהם בני-זוג לחיות בנפרד, אבל תוך מגורים בדירה משותפת, כל אחד בחדר משלו. ואילו היה יעקב מנסה ומצליח להשיג את הסכמת האשה למעין סידור מעין זה "בדרכי שלום ופיוס ולא בדרכי אלימות", לא היתה לבית-המשפט עילה להתערב. אולם במקרה שלנו הוכיח הבעל, על ידי נסיונו האלים לכפות על האשה את מגוריו בדירתה, כי אכן זקוקה האשה להגנה מפניו. הגנה זו זכאית היא לתבוע מבית-המשפט.

בית-המשפט העליון נתן לסולטנה את מבוקשה — צו מניעה, האוסר על יעקב להיכנס לדירתה שלא בהסכמתה ומרצונה.

הפקרת ילד

בשעת בוקר נטשה רבקה (שם בדוי) את בנה דניאל, והוא אז בן חודש ימים בלבד, בתחנת האוטובוסים שבטירת הכרמל.

התינוק נתגלה לעיני עוברת-אורח, אשר הזעיקה את המשטרה. הוא הועבר לטיפולו של משרד הסעד, שהחזיקו תחילה במוסד הילדים "שבתאי לוי". זמן מה לאחר מכן הועבר דניאל לידיה של משפחה אומנת, אשר בביתה הוא גדל עד היום. משפחה זו אף נאותה לאמץ את הקטין.

בעקבות המעשה הועמדה רבקה לדין בפני בית משפט השלום בחיפה, בעבירה שנטשה את תינוקה במקום פתוח והותירה אותו ללא השגחה. רבקה טענה, כי לא נטשה את ילדה אלא רק מסרה אותו לידי אשה אלמונית אשר עברה בדרכה ליד תחנת האוטו-בוסים. אין משמעות מעשית ומשפטית לאבחנה זו, שאותה ביקשה האם לאבחן, בין השאר תינוק על רצפת המקום לבין מסירתו לידי אשה זרה ובלתי-מוכרת, ללא כוונה ואפשרות לקבל את ילדה חזרה לידיה מאחר שלא ידעה את שמה וכתובתה של האלמונית, וזו האחרונה לא ידעה דבר על רבקה. רבקה חורשה בעבירה.

ארבעים יום לאחר נטישת התינוק, פונה רבקה ללשכת הסעד בטירת הכרמל ומבקשת מידע על בנה דניאל. היא מופנית לשירות למען הילד, אך אינה פונה לשם. בעלה, ואבי-הילד, אינו מתעניין כלל בנעשה עד שהחל הדיון המשפטי. לזוג ארבעה ילדים קטנים נוספים, אשר הגדול בהם הוא יליד שנת 1971. עקב מעשיהם ומחדליהם של ההורים, כולל נטישתם מספר פעמים על-ידי אמם, היה צורך להעביר את ארבעת הילדים למוסדות, וזאת מכוח צו על-פי חוק הנוער (טיפול והשגחה), משנת תש"ך—1960.

עתה פונה היועץ המשפטי לממשלה בבקשה לבית-המשפט המחוזי בחיפה, כי יינתן פסק-דין הצהרתי, לפיו נתמלאו התנאים הקבועים בסעיף 11(1) לחוק אימוץ ילדים, תש"ך—1960, לגבי הקטין דניאל. סעיף זה קובע, כי בית-משפט רשאי לתת צו-אימוץ, אף ללא הסכמת הורה, אם הוכח להנחת דעתו, בין היתר, כי "ההורה הפקיר את המאומץ או נמנע דרך קבע מלמלא חובותיו כלפיו".

בית-המשפט המחוזי סבר, כי נטישת דניאל, בן החודש, בתחנת אוטובוסים היתה גילוי ברור של רצון רבקה להפקירו, וכי ממעשה הנטישה, שאליו מצטרף חוסר עניינם של ההורים בגורל הקטין, עולה לכאורה כוונתם לוותר על זכותם בקטין. עם זאת, החליט בית-המשפט, כי אין בחומר הראיות "כדי אפשרות לקבוע אם היתה זו נטישה רצונית מתוך כוונה להפקירו או נבעה ממתח ולחץ נפשי שגרמו לה למשיבה (לרבקה — א.ו.) לעשות את שעשתה ולא מרצון".

בקשת היועץ המשפטי לממשלה נדחת והוא מערער בפני בית-המשפט העליון. כאן התהפכו היוצרות. השופט שמגר קובע, כי הוכח שרבקה הפקירה את ילדה בתחנת-אוטובוסים. לא היה שמץ ראיה על מעשה בלתי-רצוני או על מעשה שנעשה תוך אילוץ. זוהי דוגמא מובהקת להפקרה שאליה כיוון החוק. אבי הילד לא גילה בו עניין מעט לידתו ועד תחילת ההליכים המשפטיים. הוא לא ביקש לדעת מה גורלו ולא התעניין בצרכיו משוב ועד רע. אומנם הוא לא היה שותף מדעת למעשה ההפקרה שבוצע מצד האם, אך אין ספק, כי נמנע דרך קבע מלמלא חובותיו כלפי בנו.

פנייתה של רבקה ללשכת הסעד, פנייה חד-פעמית, אין בה כדי לגרוע ממשמעותו של מעשה הנטישה ואין בה כדי להצביע על כך, כי החלה לקיים חובה כלשהי כלפי בנה. ערעורו של היועץ המשפטי לממשלה נתקבל. בית-המשפט העליון מצהיר, כי נתמלאו לגבי דניאל התנאים הקבועים בחוק למתן צו-אימוץ, אף ללא הסכמת ההורים.

פרסומים שנתקבלו בנערכת

1. גפני, אלחנן (עורך), "לקראת הגיל השלישי, מדריך לתקופת הפרישה מעבודה", המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, תשל"ח, 118 עמ'.
המדריך, המיועד לפנסיונרים בהווה ובעתיד כולל פרקים, כגון: תכנון ההכנסה, אורח חיים ונקיון (על בריאות ותזונה), תכנון הזמן הפנוי, וכדו'.
2. חביב, יעקב, ופקטור, חיים, "תמורות במערכת הפנסיה", מכון ברוקדייל לגרונטור-לוגיה, ירושלים, 1978, 51 עמ'.
המחברים, חוקרים במכון ברוקדייל, מנתחים את המלצות הועדה, שהוקמה במסגרת משרד העבודה לבדיקת מערכת הפנסיה בישראל. שני הפרקים העיקריים דנים בשיעורי התשואה במערכת הפנסיה הנוכחית ובמערכת הפנסיה המוצעת ע"י הועדה, תוך בחינת השפעתה של האחרונה על הכנסות הקשישים.
3. המרכז לשירותי התנדבות, "מדריך הגופים הפועלים בתחומי ההתנדבות", תל-אביב, תשל"ח, 178 עמ'.
מהדורה שנייה ומעודכנת של מדריך הארגונים הוולונטריים בישראל ושל מוסדות העוסקים בנושא ההתנדבות, עם כתובותיהם, מבנם הארגוני, מטרות, שירותים ופעילויות, תנאי הצטרפות, ועוד.
4. הר"ף, חיים, "מאמינים, עמדות וצרכים של הקשישים בתל-אביב-יפו", עיריית ת"א-יפו, והאגודה הישראלית לגרונטולוגיה, תשל"ח, 197 עמ'.
ממצאי סקר (מלווה לוחות סטטיסטיים וביבליוגרפיות) על תהליך ההזדקנות של אוכלוסי תל-אביב-יפו, וסקירת החיבטים השונים הקשורים בהזדקנות.
5. כרמי, מנחם, "שכר מינימום: סקירה ספרותית וההשלכות האפשריות בישראל", המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1978, 78 עמ'.
נושא העבודה: בדיקת הקשר בין עבודה בשכר נמוך לבין גודל המשפחה, הסטטוס המשפחתי ומספר המפרנסים. במסגרת הסקירה נערך נסיון לבחון את הקשר בין שכר נמוך לבין התחלקות ההכנסה וההשתייכות לאוכלוסייה העניה.
6. שנער, דב, וביבר, איילה, "תדמיות של זיקנה בקבוצות ספצימיות בציבור: הצגת תיאטרון כמסגרת מחקרים", מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים, 1978, 58 עמ'.
דרך מקורית לעריכת מחקר בנושא הזיקנה באמצעות איסוף נתונים (ע"י שאלון) מקהל שנכח בהצגת תיאטרון, שיש לה זיקה לבעייה.
7. Barro, Robert, "The Impact of Social Security on Private Saving: Evidence from the U.S. Time Series", American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C., 1978, 77 pp.
לדעת המחבר, המסתמך על המציאות האמריקאית, אין הבטחון הסוציאלי מחליש את רצונו של האזרח לחסוך. לפיכך, הכנסות הבטחון הסוציאלי עשויות להגדיל את הונו של הפרט ואת אפשרויותיו להוריש את כספו לדורות הבאים.
8. Bartels, Cornelius, "Economic Aspects of Regional Welfare; Income Distribution and Unemployment", Leiden, Nijhoff, 1977, 261 pp.
כרך תשיעי בסדרת מחקרים בניתוח ובתכנון אזורי. הספר בוחן כיצד למדוד ולמזג שני היבטים של רווחה אזרית — חלוקת הכנסה ואבטלה — ומציג תוצאות אמפיריות שהושגו בתחומים אלה באזורים מסוימים בהולנד.
9. Beckerman, Wilfred, "Measures of Leisure, Equality and Welfare", Organization for Economic Cooperation and Development, Paris, 1978, 63 pp.

מחקר הבוחן את השינוי בשיעור הצמיחה הכלכלית ב-13 מדינות (רובן מפותחות) לאור שני משתנים: הזמן הפנוי וחלוקת ההכנסה.

10. Blaustein, Saul J. and Kazlowski, Paul J., "Interstate Differences in Unemployment Benefit Costs: A Cross Section Study", W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 1978, 47 pp.

סקר זה מעלה את בעית ההבדלים הקיימים בחוצאות ביטוח אבטלה בין המדינות השונות בארה"ב, ומנתח את הגורמים הקובעים הבדלים אלה בין מדינה למדינה.

11. "Current Research in Social Security", International Social Security Associations, Geneva, 1978, 90 pp.

חוברת זו כוללת תקצירי מחקרים הדגים בבטחון סוציאלי, שנערכו ע"י מוסדות שונים, אוניברסיטאות, משרדי ממשלה, ארגונים בינלאומיים וכדו'. התקצירים מסווגים לפי ענפי ביטוח, נושאים, ומדינות.

12. Danis, Karen and Schoen, Cathy, "Health and the War on Poverty — A Ten-Year Appraisal", Brookings Institution, Washington, D.C., 1978, 230 pp.

סקירה על התפתחותן של 4 תוכניות בנושא תברואה ציבורית בארה"ב במרוצת העשור 1965—1975. לדעת המחברות חלו שיפורים במתן עזרה רפואית וכספית לעניים וכן בבריאות הכללית של השכבות הנחשלות.

13. Ginzburg, Eli, "The Limits of Health Reform; The Search for Realism", Basic Books, New York, 1977, 227 pp.

הספר בוחן את מחיר שיפורו של מצב הבריאות בארה"ב וממליץ לפתח מדיניות ציבורית בתחום הבריאות, אך ורק במסגרת המקורות, העומדים לרשות הממשל הפדרלי, אפילו אם ההגבלות תפגענה בציפיותיו של הציבור.

14. Gonen, A., Cohen, Y., and Shtarkshall, M., "The Geography of Dwelling Conditions of the Jewish Elderly in Jerusalem", Brookdale Institute, Jerusalem, 1978, 40 pp.

מתוך ראיית סביבת המגורים כמדד חשוב של איכות החיים, בוחנים המחברים שני גיאוגרפים וסוציולוגית, את החלוקה הגיאוגרפית של תנאי המגורים של קשישים בירושלים, ומגיעים למסקנה שתנאי המגורים של הקשישים גרועים יחסית משל שאר חלקי האוכלוסיה, וכי שיקום השכונות הישנות עשוי לתרום לשיפור מצבם.

15. Greenberg, Warren (ed.), "Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future", Proceedings of a Conference Sponsored by the Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Washington, D.C., U.S.G.P.O., 1978, 478 pp.

בספר זה נבחנת התחרות הקיימת בתחום הטיפול הרפואי בארה"ב על היבטיה השונים. מתוכן הדברים מתברר, בין היתר, כי אין בכוחה של תחרות זו להגביל את המונופול של רופאים מסויימים.

16. Lluch, C., Powell, A., and Williams, R., "Patterns in Household Demand and Saving", Oxford University Press, New York, 1977, 280 pp.

דו"ח המהווה חלק מפרויקט מקיף של הבנק העולמי, הבוחן את התנהגותן של משפחות במדינות בעלות רמת התפתחות שונה בתחום הצריכה והחסכון.

17. Musgrave, Philip, "Consumer Behavior in Latin America: Income and Spending of Families in Ten Andean Cities", Brookings Institution, Washington, D.C., 1978, 365 pp.

סקר מקיף שנערך בשנים 1966—1974 על התנהגותן הכלכלית של משפחות בארצות אמריקה הלטינית.

18. Nizan, Arye, "Achievements in Social Security in Israel 1972-1976", National Insurance Institute, 1977, 24 pp.
הסקירה הוכנה לוועידה הרביעית הבינלאומית לענייני אסיה ואוקיאניה, שנערכה מטעם הארגון הבינלאומי לבטחון סוציאלי באיזמיר. היא מציגה את התפתחותו, הישגיו ותוכניותיו בעתיד של הביטוח הלאומי בישראל.
19. Palmer, John, L., and Pechman, Joseph, A. (eds.), "Welfare in Rural Areas," The Brookings Institution, Washington, D.C., 1978, 273 pp.
ניתוח הנסיון להשלמת הכנסה (מס הכנסה שלילי), שנערך בקרב משפחות עניות באזורים כפריים בצפון קרוליינה ויווה ב-1972. הנסיון נותח מנקודת ראותם של כלכלנים, אנשי מדעי החברה האחרים, ארגונים ממשלתיים, ומכוני מחקר פרטיים.
20. Wallace, Phyllis A. and La Mond, Annette M. (eds.), "Women, Minorities and Employment Discrimination", Lexington, Massachusetts and Toronto, 1977, xiv, 203 pp.
בספר מוצגים סקרים שהוכנו לימי עיון שנערכו במכון לטכנולוגיה של מסצ'וסטס, ארה"ב, בנושא: הפליה בתעסוקת נשים. בספר מובאות גם המלצות לטיפול בבעיה הנדונה.