



המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל

הקצאת משאבים  
לשירותים חברתיים  
1997

ירושלים, מרחשון תשנ"ח, נובמבר 1997

הקצאת משאבים  
לשירותים חברתיים  
1997



המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל

**כתובת המרכז:** רחוב רב אשי 4, 93593 ירושלים

**טלפון:** 02-6790471

**פקס:** 02-6792676

**E-mail:** [csps@netmedia.net.il](mailto:csps@netmedia.net.il)

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

## המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל

המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, שהוקם בירושלים ב-1982, וממומן בעיקר על-ידי ארגון הגיוינט האמריקאי, הוא מוסד פרטי ללא כוונת רווח, בלתי תלוי, ולא פוליטי. מטרותיו הן לסייע לעיצובה של המדיניות הציבורית לרווחתם של תושבי ישראל באמצעות מחקר וחינוך בנושאי מדיניות חברתית, ולתרום למעורבות הציבור בעיצוב המדיניות על ידי העשרת הדיון הציבורי המתלווה, או צריך להתלוות, לתהליך קבלת ההחלטות במדינה. המרכז שואף לתרום גם להבהרת הבעיות החברתיות של ישראל לידידי ישראל בחו"ל. בעבודתו של המרכז מושם דגש מיוחד על שילוב אמיץ של הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. אין המרכז נוקט עמדה בסוגיות הנידונות על-ידי, אלא מציג ומסביר את סוגיות המדיניות והשלכותיהם של הפתרונות המוצבים להן, ומעלה הצעות חלופיות לפתרון בעיות.

עבודה זו, ככל פרסומי המרכז, היא על דעתם ואחריותם של מחבריה בלבד. אין בה כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

### חבר נאמנים:

יושב ראש: הנרי טאוב

יושב ראש כבוד: אפרים קציר

היינץ אפלטון, ריימונד אפשטיין, אלן בטקין, רלף י. גולדמן, ג'ורג' הופברגר, סילביה הסנפלד, מילטון וולף, לואיס י. זורנסקי, ישראל כ"ץ, מורטון ל. מנדל, ג'ון ס. קולמן, יעקב קופ, ברט רבינוביץ, מיכאל שניידר

### יועצים מחו"ל:

הנרי ארון (Brookings), פיטר הלר (IMF), ברטון א. וייסברוד (NorthWestern Univ.), רוברט לייטון (Brookings), יואל פליישמן (Duke Univ.), ג'נט רותנברג-פאק (Wharton), הרמן ד. שטיין (Case Western Univ.)

### מועצה:

שמואל נ' אייזנשטדט, חיים אדלר, רבקה בר-יוסף, רות גביון, בנימין גדרון, ארנון גפני, סרג'ו דלה-פרגולה, ג'ימי וינבלט, נדיה חילו, משה ליסק, ז'ק מישל, יעקב מנצ'ל, חוה פלטי, יוסף קטן, אריה שירום, רינה שפירא, עמנואל שרון

### סגל המרכז:

מנהל: יעקב קופ

רכזי תחומים: חיים אדלר (חינוך), ארנון גפני (במה ציבורית), ג'ימי וינבלט (כלכלה), יוסף קטן (רווחה), אריה שירום (בריאות), עמנואל שרון (כלכלה)

יואל בלנקט (רכז מחקר בסיסי), דלית נחשון-שרון (עורכת), נחום בלס (חוקר), דוד אפשטיין (קשרי חוץ), מרינה קונין (מחקר), יוליה סוקול (מחקר), יהודית אגסי (פרסומים), מירי סלע (מזכירה מנהלית)

## פתח דבר

תקציב המדינה המוגש לכנסת מאפשר למחוקקים ולציבור לבטא את התפיסה החברתית-כלכלית המקובלת עליהם ולבחון על פיה את טיבו של התקציב. במבט ראשון מצביעים הממצאים בדו"ח המרכז לשנה זו, כי אנו נמצאים בנקודת תפנית, כאשר לאחר כמעט עשור של פיתוח והקצאה מוגברת של משאבים לתחום החברתי, עברנו שנה של האטה ונכנסים לשנה של דריכה במקום.

ייתכן אמנם שההקצאה המוגברת בשנים הקודמות הביאה את המערכות לרמת רויה המצדיקה בלימה, ואולי האילוצים הכלכליים מחייבים את ההאטה האמורה, מכל מקום, עובדה היא שחלה האטה, ולא פחות חשוב מכך - האטה זו משתלבת בקו כללי אשר מסמן נטישה של תפיסות מסורתיות שבמרכזן חתירה לצדק שוויוני.

עדות אמפירית למגמה זו, כבר הוצגה בדו"ח הקודם, אשר סקר את ממדי אי-השוויון בישראל. בכל התחומים שחקרנו - בחינוך, בבריאות, בהתחלקות ההכנסות - מצאנו נסיגה מהמחויבות לצדק שוויוני. אך גם ברמה ההצהרתית, ברמה של בחירת כלי מדיניות, יש סימנים להיחלשות הכוחות הדוחפים לקידום יעדים חברתיים.

הדיון הציבורי בשאלות חברתיות מתעורר מפעם לפעם, אם על רקע אירוע כלשהו ואם בתגובה על תחיקה או החלטה מינהלית הנוגעת לתחום זה או אחר של השירותים הציבוריים. ואולם הגשתו של התקציב לכנסת מספקת הזדמנות למחוקקים, כמו גם לציבור הרחב, להתייחס אל המדיניות החברתית הכוללת. ואף שההתייחסות בפועל היא לסעיפים תקציביים ולהוצאות כספיות, הרי במקביל לכך מתעורר דיון עקרוני יותר לגבי יעדי המדיניות ולגבי האמצעים המתבקשים לקידום של יעדים אלה.

המעבר מעולם התקציבים אל עולם התוכן איננו פשוט כלל ועיקר. ספר התקציב (ליתר דיוק - כרכי ספר התקציב) מכיל כמות אדירה של מספרים, ועל אף דברי ההסבר המלווים אותם, קשה לקבל תמונה בהירה מתוך עיון פשוט במספרים אלה. הדו"ח שלפנינו עשוי לספק לצרכניהם של ספרי התקציב התרשמות משמעותית יותר ולאפשר להם דיון ענייני בסוגיות המדיניות.

המדור הראשון בספרנו מכיל סידרת לוחות בסיסיים, והטכסט המלווה אותם יוצק אותם אל תוך תבניות מוכרות. בדרך כלל אין הדו"ח בא לפסוק אם סכומי התקציב הם סכומים ראויים - אם נמוכים הם מן הדרוש או גבוהים ממנו - אלא לאפשר לקורא לגבש לעצמו תמונת מצב, בהסתמך על עיבוד מתאים של נתוני המקור. במובן זה, ההצגה היא פוזיטיביסטית בעיקרה, בחזקת צילום מצב, ולא נורמטיבית. יחד עם זאת, בתוך השיטין, ויותר מכך ביניהן, ניתן להבחין בדברי הערכה לשאלות שבדיון הציבורי.

השאלה הבסיסית שעליה באה לענות סקירתנו היא, מהו התקציב החברתי, האם הוא גדל או פחת, ובכמה. את התשובה על כך מספקת הסקירה תוך שימוש בכלים מתאימים לתרגום הסכומים הנומינליים שבספרי התקציב לסכומים ריאליים מנוכי אינפלציה. אולם תשובה מלאה יותר מחייבת הצבה של ההוצאה הריאלית שחישבנו כך בתוך ממד השוואתי מתאים. התשובה המתקבלת מהבדיקה היא, שבמונחים יחסיים עלה חלקה של ההוצאה החברתית כשהוא מבוטא באחוזים מן התקציב ומהתמ"ג. ואולם יש לזכור, כי בשנת 1997 צמח המשק פחות אף מגידול האוכלוסייה, וכנראה גם בשנה הבאה, 1998, לא צפויה התאוששות ניכרת. פירוש הדבר, שבמונחים רלבנטיים, התפתחות ההוצאה החברתית נבלמה.

ממצאינו השנה מראים, כי ההוצאה לנפש בשירותים הישירים (היינו, להבדיל משירותי קצבאות) תהיה קטנה מזו שבשנת 1997. במיוחד נכון הדבר לגבי שירותי הבריאות. ברור, שאם מארכים את תקופת ההשוואה, מתקבלת תמונה שונה: על פני כל שנות התשעים, כולל בשלוש השנים האחרונות, גדלה ההוצאה החברתית במידה גבוהה מהנדרש כדי לפצות על גידול האוכלוסייה. אף על פי כן, הרושם שנוצר בציבור הוא של מצוקה תקציבית ההולכת ומתהווה. מנין הוא נובע? בהנחה שאין זאת התרשמות מדומה, אפשר להסבירה בשני גורמים עיקריים.

הגורם האחד הוא שחיקה שחלה ביעילות ההוצאה הציבורית. בשנות התשעים אנו עדים לגידול בהוצאה הציבורית במידה רבה יותר מצמיחת התוצר של המשק: בין 1990 ל-1996- גדלה ההוצאה ב-20 אחוז יותר מהתמ"ג. אולם בה בעת התייקרו תשומותיהם של השירותים הציבוריים ב-25 אחוז יותר מהתייקרות כלל התשומות במשק. עקב כך, מלוא הגידול בנטל על התמ"ג נספג בעליית מחירים יחסיים, ואף יותר מכך. כתוצאה, תוספת הנטל לא התבטאה בתוספת תמורה אלא להיפך - חלה ירידה של כ-5 אחוז ביחס בין תפוקת השירותים ובין התפוקה של המשק.

הגורם השני - ואולי העיקרי - לתחושת המצוקה הוא, שמידת השוויוניות בחברה הלכה והצטמצמה. מקובל להתייחס לעניין השוויון בעיקר במישור ההכנסות. אך יש לזכור כי השירותים הציבוריים אמורים לפעול להקטנת פערים, אם בהווה ואם בעתיד. בנידון זה נראה שהפערים אינם נעלמים, על אף המשאבים העצומים המופנים אל שירותי החברה למיניהם. עדיין אנו מוצאים כי הישגי התלמידים באזורי מצוקה נמוכים הרבה מאלה של חבריהם בשכבות המבוססות. נגישותה של האוכלוסייה בפריפריה אל שירותי הבריאות מפגרת אחר זו של התושבים במרכז הארץ. כך גם אנו מוצאים כי על אף השיפורים על פני השנים, מצבו של המגזר הערבי ונגישותו לשירותי רווחה אינם משתווים לאלו שבמגזר היהודי, אשר גם בתוכו הפערים הם בלתי מבוטלים, ובוודאי לא מוצדקים.

האתגר המרכזי בפניו ניצבים, אפוא, קברניטי המדיניות הכלכלית-חברתית הוא לשנות את גישת התכנון של תקציב המדינה. תקציבי השירותים החברתיים יוצאים בדרך כלל מפריסה רחבה, הרואה לנגד עיניה את כלל האוכלוסייה ורק בשוליים מופנים משאבים מיוחדים בכיוון החותר להקטנת פערים. אין לצפות שדרך זו תביא לתיקון ממשי של המצב. במקום זה יש להציב את היעד של צמצום הפער במקום מרכזי, אולי כנקודת המוצא הראשית לתכנונם ולפריסתם של השירותים. אין שנה כשנת החמישים למדינה, המתאימה לשינוי גישה כזה.

תודתנו נתונה לחברי הסגל הבין-תחומי של המרכז, למחברי הפרקים, ובמיוחד לצוות הקבוע המסור. יואל בלנקט ריכז את פעולות הצוות וניווט בדיוקנות ובשקיפה את ניתוח הנתונים. דלית נחשון-שרון ערכה את כתבי היד של הפרקים השונים והכינה במסירות רבה את הספר לדפוס. יהודית אגסי הדפיסה ללא ליאות ובכשרון טיטות חוזרות ונשנות. מרינה קונין ויוליה סוקול סייעו בנאמנות בעבודת המחקר, בעיבוד הנתונים ובהצגתם הגרפית. מירי סלע סייעה בכל הקשור לעניינים המינהליים של העבודה. תרומתם לספר היא מכרעת ומסירותם לעניין נשוא הספר ראויה לשבח מיוחד.

יעקב קופ

ירושלים, מרחשון תשנ"ח, נובמבר 1997

## תוכן העניינים

7	פתח דבר
	<b>מדור ראשון: עלות השירותים</b>
	<i>גימי וינבלט, יוסף קטן, יואל בלנקט, נחום בלס, יעקב קופ</i>
	<b>הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים</b>
15	1. מבוא
16	2. מצב המשק בשנת 1997
19	3. מבט כללי על ההוצאה לשירותים חברתיים
22	4. עיקרי הממצאים
	<b>ההוצאה החברתית והרכבה</b>
27	1. התפתחות ההוצאה
31	2. הרכב ההוצאה והתפלגותה
33	3. הבטחת הכנסה
37	4. שירותים חברתיים ישירים
	<b>מערכת החינוך</b>
41	1. ההוצאה על חינוך
43	2. חינוך יסודי
48	3. חינוך על-יסודי
53	4. השכלה גבוהה
57	5. כוח אדם בהוראה
	<b>שירותי הבריאות</b>
65	1. ההוצאה על הבריאות
67	2. מערכת האשפוז
71	3. משך האשפוז
76	4. בריאות האוכלוסייה
79	5. קשיי המערכת
	<b>שירותי רווחה אישיים</b>
81	1. ההוצאה על שירותי רווחה אישיים
83	2. השירותים לזקנים
87	3. השירותים לילדים ולבני נוער
90	4. שירותים למפגרים
93	5. שירותים לנכים ומוגבלים
95	6. שירותים לפרט ולמשפחה
96	7. שירותי תקון ונוער מנותק
103	<b>נספח לוחות, הגדרות ומקורות</b>

## מדור שני : סוגיות תחומיות

### תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל:

#### הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות

אריה שירום, נחום אגוז, גבי בן-נן, חיים דורון, דן מיכאלי,  
זיק מישל, דב צירניחובסקי

- 122 1. מבוא וסיכום
- 127 2. בתי-החולים - החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות
- 131 3. התהליכים שקדמו לתיאגוד - "תאגידיזציה זוחלת"
- 139 4. התפתחות תיאגוד בתי-החולים מסוף שנות השמונים
- 145 5. מדיניות קופת-חולים כללית כלפי בתי-החולים שלה
- 149 6. חלופות למדיניות

### כיווני ההתפתחות בחינוך המיוחד בישראל:

#### פרספקטיבה בינלאומית

מלכה מרגלית

- 171 1. מבוא וסיכום
- 176 2. סוגיות מרכזיות בתכנון החינוך המיוחד
- 185 3. יישום מדיניות השילוב בישראל
- 194 4. דפוסים והתפתחויות בארצות אחרות

### המדיניות כלפי בתי-ספר אקסטרניים

- 204 1. העלאת שיעור הזכאים לבגרות "וההזדמנות השנייה"
- 206 2. בתי-ספר לנבחנים אקסטרניים
- 208 3. שיעורי הצלחה בבחינות
- 208 4. שיטות ההוראה והבחינה בבתי-ספר אקסטרניים
- 210 5. המלצות

### שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים:

#### סיכויים וסיכונים לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי

אורי אבירם

- 213 1. מבוא וסיכום
- 218 2. התפתחות המערכת
- 223 3. טיפול מוסדי - שירותי האשפוז
- 226 4. שירותים בקהילה
- 230 5. שיקום פסיכיאטרי
- 234 6. סיכויים וסיכונים שמציבה הרפורמה

### דיון רב-משתתפים: שירות בריאות הנפש על פרשת דרכים



## הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים

גימי וינבלט, יוסף קטן, יואל בלנקט, נחום בלס, יעקב קופ

### 1. מבוא

בישראל, כמו בכל מדינות הרווחה המערביות המודרניות, קיימת מערכת שירותים חברתיים המופעלים על-ידי מספר גורמים: ממשלה, מוסדות ללא כוונת רווח, גופים וולונטריים ופילנתרופיים וכן גופים פרטיים עסקיים. במהלך שנות השבעים והשמונים התפתחה בעולם אידיאולוגיה אשר גרסה, כי יש להקטין את מעורבות המדינה בכלל, ובנושאים חברתיים בפרט. הדבר הביא לצמצום חלקן של ממשלות בפעילות הכלכלית של מדינות רבות, משקלם של תקציבי ממשלה פחת, וחלקן של ממשלות במימון ובייצור שירותים חברתיים ירד. מגמה דומה התחוללה גם במשק הישראלי.

בשנות התשעים התמתנה אידיאולוגיה זו, התעוררו ספקות מסוימים, והסתמנה חזרה מסוימת למודל של הכלכלה המעורבת שבה יוחס לממשלות תפקיד משמעותי יותר, בעיקר בתחום החברתי. סימנים לגישה זו ניכרים, כפי שנראה בהמשך, גם במדיניות התקציבית והחברתית של ישראל.

הממשלה בישראל היא הגורם העיקרי בייצורם של שירותי הרווחה במימון פעולותיהם של הגורמים המפעילים האחרים, והיא מפנה נתח נכבד מתקציבה לשירותים החברתיים. בהגדרת השירותים החברתיים של הממשלה אנו כוללים את פעולות משרדי הממשלה בתחומים החברתיים וכן את קצבאות הביטוח הלאומי, שהן מהמרכיבים החשובים ביותר של מערכת הרווחה הממלכתית.

תחומי הפעולה הגדולים במישור החברתי הם חינוך ובריאות, וכן קצבאות זיקנה וילדים. תחומים משניים מבחינת ההיקף הכספי הם תחומי הקליטה, הדיור, התעסוקה והשירותים האישיים. דו"ח זה מוקדש בעיקר לניתוח הוצאות הממשלה המופנות לשירותים אלה. נסקור תחילה את הרקע הכלכלי שבמסגרתו נקבע התקציב, ולאחר מכן נציג את הממצאים העיקריים הנובעים מניתוח הקצאת המשאבים.

## 2. מצב המשק בשנת 1997

במהלך שנת 1997 מסתמנות מגמות מעורבות במספר משתנים כלכליים עיקריים. אם לשפוט על פי המידע הקיים בעת כתיבת דו"ח זה (אוקטובר 1997), נמשכת, ואף מתגברת, מגמת ההאטה בצמיחה הכלכלית שהחלה במהלך 1996. קצב הצמיחה של התמ"ג במחצית הראשונה של 1997 היה בשיעור שנתי של 1.6 אחוז בהשוואה ל-4.5 אחוז בשנת 1996 ול-7 אחוז ב-1995. ירידה חדה במיוחד נרשמה בקצב הגידול של התמ"ג במגזר העסקי, אשר צמח בשיעור שנתי של 0.7 אחוז במחצית הראשונה של 1997, לעומת 5.2 אחוז ב-1996 ו-8.8 אחוז בשנת 1995.

על רקע נתונים אלה, אין זה מפתיע שהתחוללה הרעה במצב התעסוקה במשק. מספר דורשי העבודה ביולי 1997 היה 145,600, לעומת 119,500 באותו חודש בשנה הקודמת. במהלך המחצית הראשונה של 1997 נרשמה עלייה של 18.9 אחוז במספר דורשי העבודה, ושיעור האבטלה עלה מ-6.6 אחוז ב-1996 ל-7.6 אחוז ברביע השני של 1997. כפי שקורה בדרך כלל, שיעור האבטלה של נשים היה גבוה מכך והגיע בתקופה זו ל-8.8 אחוז. מבחינה מספרית גרידא, נבעה העלייה באבטלה במהלך המחצית הראשונה של 1997 מגידול של 1.3 אחוז בכוח העבודה האזרחי, לעומת גידול של 0.4 אחוז בסך הכולל של משרות שכיר, וירידה של כ-0.4 אחוז במספר משרות השכיר במגזר העסקי. באותה תקופה המגזר הציבורי תרם תרומה חיובית לצמצום האבטלה בכך שהוא הגדיל את מספר משרות השכיר ב-2.3 אחוז. הענפים בהם נרשמה ירידה במספר המוחלט של מועסקים ושכירים הם הענפים היצרניים, חקלאות, תעשייה ובנייה. לעומת זאת, נרשם גידול במספר המועסקים בענפי המסחר, הבנקאות, השירותים העסקיים, המינהל הציבורי ושירותי החינוך והבריאות.

במקביל לירידה המשמעותית בקצב הצמיחה, יש סימנים להתמתנות מסוימת בשיעור האינפלציה. במחצית הראשונה של 1997 עלה מדד המחירים לצרכן בכ-5.6 אחוז, בעוד שבתקופה המקבילה ב-1996 הוא עלה ב-6.4 אחוז. מחירי הדיור, הפירות והירקות תרמו לעליית שיעור האינפלציה - המדד ללא דיור, פירות וירקות עלה במחצית הראשונה של 1997 ב-4.5 אחוז לעומת 5.6 אחוז באותה התקופה ב-1996. נראה שהאינפלציה השנתית תסתכם בשנה זו בכ-10 אחוז, שהוא הגבול העליון של יעד האינפלציה במדיניות הכלכלית של הממשלה והוא גבוה אך במעט

משיעור האינפלציה של 9.5 אחוז שהונח בבסיס בניית תקציב המדינה לשנה זו.

המיתון אליו נקלע המשק הישראלי קשור למספר גורמים, כלכליים ואחרים. הוא מתחולל על רקע הצמצום בקצב העלייה, אירועים פוליטיים וביטחוניים המגבירים את אי היציבות הפוליטית ואת אי הוודאות הכלכלית. גורמים חשובים הם המשך המדיניות המוניטרית המרסנת, הנהגת מדיניות פיסקלית מצמצמת ואולי אף השפעות מחזוריות אנדוגניות בפעילות הכלכלית, היוצרות תנודות ברמות ההשקעה, התעסוקה וההכנסות.

בתחום הפיסקלי, נקטה הממשלה, כאמור, במדיניות מצמצמת. מדיניות זו באה כדי להשיג מספר יעדים: צמצום הגירעון המסחרי של המשק, הקטנת הלחצים האינפלציוניים, הורדת הריבית ופיחות ריאלי בשער במטבע.

בהצעת התקציב לשנת 1997 קבעה הממשלה יעד של 2.8 אחוזי תוצר לגירעון המקומי של הממשלה. מטרה זו נקבעה על רקע הגירעון הגדול והבלתי מתוכנן שנוצר בתקציב שנת 1996, כאשר הממשלה יצרה גירעון של 14.4 מיליארד ש"ח שהיו כ-4.7 אחוזי תוצר בשעה שהגירעון המתוכנן היה בסך 7.6 מיליארד ש"ח או כ-2.5 אחוזי תוצר. גירעון גדול זה נבע בעיקר מהעובדה, שהכנסות המדינה היו קטנות הרבה יותר מההכנסות הצפויות, ולא דווקא מחריגות בצד ההוצאות.

במחצית הראשונה של 1997 נוצר גירעון מקומי ממשלתי בהיקף של 1.6 אחוזי תוצר. בתקופה המקבילה ב-1996 כבר היה גירעון של 3.6- אחוזי תוצר. הגידול המשמעותי ביותר בגירעון של אותה שנה נוצר ברביעי הרביעי שבו הוא הגיע לרמה של 7.6 אחוזי תוצר. הדבר נבע, כאמור, מנפילה גדולה בהכנסות המדינה לקראת סוף השנה. יש סיכוי סביר שהממשלה תוכל להשיג את יעד הגירעון המתוכנן של 2.8 אחוזי תוצר, ואולי אף פחות מזה.

בהקשר זה ראוי לציין, שבמהלך המחצית הראשונה של שנת 1997 היה גידול משמעותי בהכנסות המדינה ממיסים. דבר זה התקיים בעיקר בגלל גידול נומינלי של 18 אחוז בהכנסות ממיסים ישירים ותשלומים לביטוח הלאומי בשבעת החודשים הראשונים של השנה, בהשוואה לאותה תקופה ב-1996. זהו גידול ריאלי של כ-8 אחוז במרכיב הכנסה זה, והוא נוצר למרות ההאטה המשמעותית בצמיחה הכלכלית. יש לייחס גידול זה, באופן חלקי לפחות, לאי עדכון מדרגות מס ההכנסה בגין אינפלציה.

משמעותו המיידית של צעד זה היא העלאת שיעורי המס האפקטיביים. במקביל לכך היה גידול בלתי צפוי במרכיבי הוצאה מסוימים, במיוחד בתחום תשלומי ההעברה המשולמים על-ידי הביטוח הלאומי. המרכיב אשר גדל בשיעור המשמעותי ביותר הוא תשלום מענקי אבטלה אשר גדל 30%- אחוז, ריאלית, בהשוואה לאותה תקופה בשנה הקודמת.

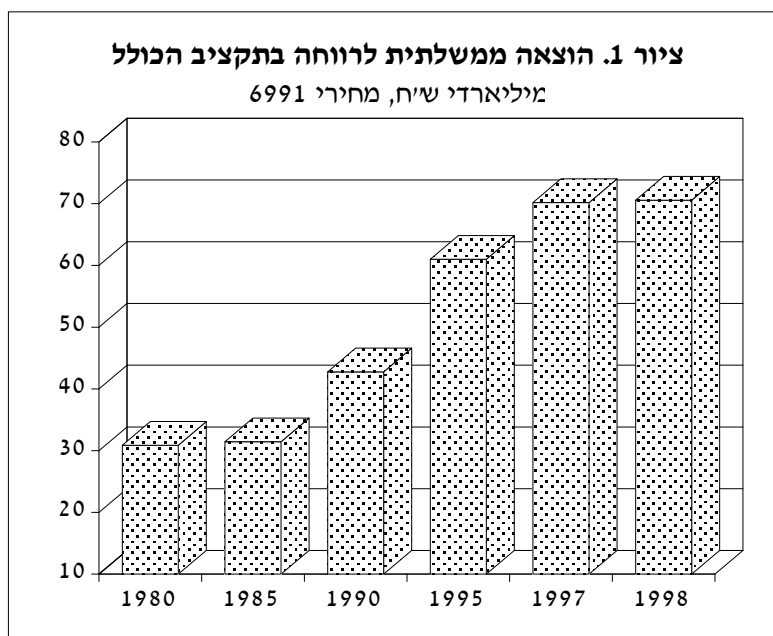
בתחום המוניטרי המשיך בנק ישראל במדיניות המרסנת, במטרה למנוע התפרצות מחודשת של האינפלציה. שערי הריבית במשק אמנם ירדו במידה מועטה, אך הריבית הריאלית על סוגי האשראי השונים היתה עדיין גבוהה ביותר והגיעה לרמות שנתיות של כ-10% אחוז. לדוגמא, הריבית הנומינלית הממוצעת בחצי השנה הראשונה של 1997 על אשראי חופשי היתה בשיעור של 19.5 אחוז, לעומת 19.8 בתקופה המקבילה בשנה הקודמת. נזכור כי שיעור האינפלציה בתקופה זו היה במונחים שנתיים בשיעור של 10.2 אחוז ב-1997, לעומת 14.6 אחוז ב-1996. משמעות הדבר היא שהריבית הריאלית בשנת 1997 היא גבוהה יותר באופן משמעותי מאשר בשנה הקודמת. לכן, בדומה למצב ששרר בשנתיים שחלפו, נשארה ישראל יעד מושך מאוד להשקעה פיננסית של גופים כלכליים בעולם הרחב והדבר גרם לתנועות הון חזקות אל המשק. נכון אמנם שבתקופה הנסקרת פוחת השקל ביחס לדולר בשיעור של 11.1 אחוז, דבר שכביכול פגם בכדאיות ההשקעות הפיננסיות מחו"ל, אבל הדבר נבע בעיקר מהתחזקותו של הדולר בשוקי כספים בינלאומיים ולא דווקא מהיחלשותו של השקל. אכן, במחצית השנה הנידונה פוחת השקל ביחס לסל המטבעות בשיעור של 5.1 אחוז בלבד, שינוי המייצג ייסוף ריאלי בשיעור של כ-5% אחוז. לאור האמור לעיל, נמשך זרם מטבע החוץ למשק, דבר אשר גרם להמרה בהיקף נרחב ולעלייה ביתרות מט"ח המוחזקות בבנק ישראל לשיא של 19 מיליארד דולר.

למרות הייסוף הריאלי של השקל והמשך המגמות ששררו בתחום זה בשנה שעברה, הצטמצם במהלך שנת 1997 הגירעון במאזן המסחרי של המשק. אכן, בשבעת החודשים הראשונים של השנה פחת הגירעון המסחרי מכ-6.5 מיליארד דולר ב-1996 לכ-4.5 מיליארד. אם תימשך מגמה זו יש סיכוי ששנת 1997 תסתיים עם גירעון מסחרי קטן יותר ב-1.5-2 מיליארד דולר לעומת 1996. יחד עם זאת, ראוי לציין שהשיפור במאזן המסחרי נבע בעיקר מצמצום ביבוא ורק במידה מועטה בלבד מעלייה ביצוא. התבוננות בסעיפי היבוא שהצטמצמו מעידה על כך שהירידה במשתנה כלכלי זה נרשמה בעיקר ביבוא נכסי השקעה ותשומות

ייצור. משמעות הדבר היא שהשיפור במאזן התשלומים בשנת 1997 נבע בעיקר מההאטה ששררה במשק. אפשר, אם כן, לצפות לכך שברגע שהמשק ייצא ממיתון זה, תתחדש מגמת העלייה בגירעון המסחרי. לסיכום סקירה זו, 1997 היא שנה המאופיינת בהאטת הפעילות הכלכלית והתגברות האבטלה. לצד תופעות בלתי רצויות אלו, מסתמנים צמצומים בגירעון הממשלתי ובגירעון המסחרי. שתי תמורות אלו אמנם רצויות, אבל יש להיות מודעים למחיר החברתי הכרוך בהן, בדרך כלל, כניסת משק למיתון הגוררת בראש ובראשונה לפגיעה במצב החברתי. השכבות הראשונות, ואולי העיקריות, המשלמות את מחירו של המיתון, ושל הישגיו (אם יש כאלה) הן השכבות החלשות של החברה. תוצאה ראשונה של מצב כלכלי זה, התגברות האבטלה, הפוגעת בעיקר בשכירים בעלי שכר נמוך, ובתנאים של ישראל - במיוחד בתושבי הפריפריה ועיירות הפיתוח. הדבר עלול גם לתרום לגידול הפערים החברתיים, הן בין הרבדים השונים של החברה, הן בין האזורים הגיאוגרפיים השונים, והן בין הקבוצות האתניות והעדתיות השונות. יש, אם כן, לבחון מהו הרווח הצפוי ממצב זה, על כל אי הוודאויות שבו, מול המחיר החברתי הכרוך בכך.

### 3. מבט כללי על ההוצאה לשירותים חברתיים

התקציב החברתי לשנת 1998 מסתכם ב-70.6 מיליארד ש"ח, במחירי 1996. על מנת להעריך את משמעותו של גודל זה אפשר לבחון אותו באופן השוואתי בשני ממדים: גודלו לעומת גדלים רלבנטיים אחרים, וגובהו לעומת המקביל לו בשנים קודמות. שני גדלים השוואתיים רלבנטיים הם (1) סך-כל התקציב הממשלתי; (2) התוצר הכולל של המשק - התמ"ג. בהשוואה הראשונה אנו מוצאים, כי התקציב החברתי יגדל בשנה הבאה יותר מהתקציב הכולל, דבר המתבטא בכך שמשקל ההוצאה החברתית יגיע ל-55.7 אחוז מתוך התקציב (הפנוי מהחזר חוב) לעומת 53.2 אחוז בכל אחת משתי השנים הקודמות. בניגוד לכך, גודלה של ההוצאה החברתית בהשוואה לתמ"ג יפחת השנה והיא תהווה 22.3 אחוז ממנו, לעומת 22.9 אחוז בשנה החולפת (1997).



תמונה שונה מתקבלת מהנתונים המוחלטים ונראה ממנה כי סך-כל ההוצאה החברתית יגדל מעט (כשליש מיליארד ש"ח), אולם בתוך כך ההוצאה השוטפת (היינו, ללא הוצאות השקעה) תגדל ב-2 מיליארד ש"ח. התמונה הזאת היא אף יותר מורכבת כאשר מרחיבים את תקופת ההשוואה. כך, למשל, סך-כל ההוצאה החברתית גדל בשלוש השנים האחרונות בשיעור ממוצע של 5 אחוז לשנה. כלומר, גם אם בשנה הבודדת 1998 ההוצאה הממוצעת לנפש תהיה נמוכה בכאחוז וחצי לעומת שנת 1997, הרי בהשוואה קצת יותר ארוכה אנו מקבלים גידול מתמשך של כשלושה אחוז בממוצע שנתי לנפש.

התמונה האופטימית ביותר מתקבלת מהסתכלות כוללת על שנות התשעים. בסוף העשור הקודם הסתכמה ההוצאה החברתית ב-37 מיליארד ש"ח (באותם מונחי מחירים), והיוותה 42 אחוז מתקציב

המדינה 161- אחוז מהתוצר. ואילו היום מדובר, כאמור, בסכום של 70 מיליארד ש"ח, שהם יותר ממחצית תקציב המדינה וכמעט רבע מהתוצר של המשק. גידול מרשים זה בהוצאה החברתית התאפשר בין השאר על-ידי צמצום תקציבי ממשלה אחרים, ובמיוחד תקציב הביטחון שחלקו מסך תקציב המדינה (למעט פירעון החוב הלאומי) פחת מ-33 אחוז ב-1989 ל-24 אחוז ב-1997 וימשיך לפחות ל-22 אחוז ב-1998.

פירוק הסך-הכל למרכיביו מוסיף על מורכבותה של התמונה. בשנת 1998 תגדל ההוצאה על קצבאות הביטוח הלאומי ב-1.6 מיליארד ש"ח, ואילו התקציב של השירותים הישירים יפחת כמעט בסכום דומה. עיקר הפגיעה בהם יהיה בתקציב הפיתוח, בעוד שתקציבם השוטף יגדל מעט לעומת 1997 - תוספת של רבע מיליארד ש"ח. אך יש לציין כי כל התוספת הזאת מצויה בתקציב החינוך, ואילו בבריאות תהיה ירידה בסכום דומה. במרכיבי הבטחת ההכנסה, ההוצאה על קצבאות זיקנה עלתה במשך שנות התשעים ב-56 אחוז (מ-6.3 מיליארד ש"ח ל-9.8 מיליארד ש"ח), והיא מבטאת את גידול האוכלוסייה, את עליית אחוז הגילאים הזקנים (בני +65), ואת עליית השכר הממוצע במשק. הסעיף השני בחשיבותו בתשלומי הבטחת ההכנסה כולל את קצבאות הילדים. הסכום המשולם ב-1998 בסעיף זה הוא 5.3 מיליארד ש"ח לעומת 3.3 מיליארד ש"ח ב-1989. זוהי עלייה מצטברת של 60 אחוז המשקפת גידול מוחלט של אוכלוסיית הילדים (עד גיל 18) וכן את השינויים במדיניות קצבאות הילדים, אשר כללו ביטול תשלום קיצבה לילד הראשון והשני במהלך שנות השמונים והחזרתם בשנות התשעים.

שני מרכיבי הוצאה חשובים במיוחד במכלול תשלומי ההעברה הם דמי האבטלה והתשלומים בגין חוק הבטחת ההכנסה. שני סעיפי הוצאה אלה יחדיו יסתכמו ב-1998 ב-3.8 מיליארדי ש"ח (במחירי 1996), וזה גידול של 33 אחוז לעומת שנת 1996, שבה הסתכמו הסעיפים הללו ב-2.8 מיליארד ש"ח. עיקר הגידול נובע מהעלייה הגדולה באבטלה.

בפרקים הבאים יידונו במפורט ההוצאה הממשלתית והתפתחות השירותים החברתיים. נקדים לכך סיכום תמציתי של עיקרי הממצאים.

#### 4. עיקרי הממצאים: השירותים החברתיים - סך-הכל ולפי תחומים

##### ההוצאה החברתית הכוללת

1. התקציב החברתי לשנת 1998, המסתכם ב-70.6 מיליארד ש"ח, (במחירי 1996), יגדל אך מעט לעומת השנה שעברה, אולם ההוצאה השוטפת תגדל ב-2 מיליארד ש"ח.
2. משקל ההוצאה החברתית יגיע ל-55.7 אחוז מתוך התקציב (הפנוי מהחזר חוב) לעומת 53.2 אחוז בכל אחת משתי השנים הקודמות. בניגוד לכך, גודלה של ההוצאה החברתית בהשוואה לתמ"ג יפחת השנה והוא יהווה 22.3 אחוז ממנו, לעומת 22.9 אחוז בשנה החולפת.
3. ההוצאה הממוצעת לנפש תהיה נמוכה בכאחוז וחצי לעומת שנת 1997, ובהשוואה קצת יותר ארוכה אנו מקבלים גידול מתמשך של כשלושה אחוז בממוצע שנתי לנפש.
4. בסוף העשור הקודם הסתכמה ההוצאה החברתית ב-37 מיליארד ש"ח, והיוותה 42 אחוז מתקציב המדינה ל-161 אחוז מהתוצר. היום מדובר בסכום המהווה יותר ממחצית תקציב המדינה וכמעט רבע מהתוצר של המשק.
5. בשנת 1998 תגדל ההוצאה על קצבאות הביטוח הלאומי ב-1.6 מיליארד ש"ח, ואילו התקציב של השירותים הישירים יפחת כמעט בסכום דומה.

##### חינוך

1. ההוצאה על חינוך היא השנייה בגודלה לאחר הביטחון בסך תקציב המדינה. בשנת 1998 מתוכננת ההוצאה על חינוך להגיע ל-21.7 מיליארד ש"ח, שהם 17.1 אחוז מהתקציב הכולל (ללא החזר חוב) ו-6.9 אחוז מהתמ"ג.
2. ב-1980 הוציאה המערכת כ-10.8 מיליארד ש"ח לחינוך, כאשר מספר התלמידים היה כ-1.2 מיליון תלמידים, ומכאן שהוצאו כ-9,000 ש"ח בממוצע לכל תלמיד. לאחר שחיקה של מספר שנים, הגיעה ההוצאה הממשלתית בממוצע לתלמיד ל-7,200 ש"ח. מנקודת שפל זו, החלה

- ההוצאה לחינוך לעלות מחדש: בשנת 1992 השתוותה ההוצאה הממוצעת לרמתה משנת 1980 ומאז היא המשיכה לעלות, וב-1997- הגיעה ל-12 אלף ש"ח.
3. מדינת ישראל היא אחת המדינות המתקדמות בעולם מבחינת שיעור הילדים המבקרים בגני-ילדים, המגיע לכדי 85 אחוז. הביקור בגני-ילדים ובמעונות יום במגזר העברי הוא כמעט אוניברסלי, אך לא כך במגזר הערבי, שבו שיעורי ההשתתפות עדיין נמוכים ומחייבים מאמצים מיוחדים להשגת השוואה עם המגזר העברי.
  4. חלקו של המגזר הערבי במערכת החינוך היסודית עלה מ-9 אחוז ב-1960 ל-22.55 אחוז ב-1997 ועיקר הגידול התרחש לפני 1980.
  5. לגבי התפלגות החינוך היסודי לפי מגזרים - בולטים שינויים שחלו בחלקם של החינוך הדתי ובמיוחד החינוך העצמאי. בעשורי הששים והשבעים היה תהליך רצוף של גידול חלקו של החינוך הממלכתי מכל החינוך העברי, ובעשורים האחרונים התהפך הכיוון.
  6. בשנים האחרונות היתה עלייה בממוצע התלמידים לכיתה בחינוך הממלכתי-דתי וכן גם בחינוך העצמאי. למרות זאת, ממוצעי התלמידים בחינוך הממלכתי עדיין גדולים במידה משמעותית מהממוצעים בשני המגזרים הממלכתי-דתי והעצמאי.
  7. שיעור הלומדים בקרב **גילאי 17** במגזר העברי עלה מ-44 אחוז ב-1970 ל-89 אחוז ב-1996. במגזר הערבי עלו שיעורי הלמידה באותה תקופה **בגילאי 14-17** מ-29 לכ-70 אחוז ב-1996.
  8. מספר הלומדים בחינוך הגבוה נמצא בעלייה מתמדת, והיקפו עולה עתה על 170 אלף תלמידים: מאה אלף באוניברסיטאות, 34 אלף במכללות ו-38 אלף במוסדות על-תיכוניים אחרים.
  9. הגידול שחל במספר הלומדים בחינוך העל-תיכוני (על שני מרכיביו) בשנות התשעים הוא עצום בממדיו - גידול כמעט פי שניים וחצי בפרק זמן של שש שנים.
  10. בקרב הסטודנטים באוניברסיטאות ניכרת מגמת גידול במספר הלומדים לתארים השני והשלישי, בשיעורים גבוהים למדי. כלומר ניכרת נטייה להמשיך ללימודים גבוהים, להשיג תואר שני ואף להעמיק בלימודים ולהמשיך תואר שלישי.
  11. מספר המורים בבתי-הספר גדל ביותר מ-50 אחוז תוך עשר שנים - כמעט פי שלושה מהגידול במספר התלמידים באותה התקופה.

12. ניתן להצביע על שינויים ניכרים במספר מאפיינים בהרכב המורים במערכת החינוך בעשור האחרון: חל גידול בוותק המקצועי של המורים (חציון הוותק עלה מ-10 ל-13), קיימת מגמה של הקטנת היקף המישרה בקרב המורים בחינוך היסודי והעל-יסודי, חל שיפור מתמיד בהשכלתם של המורים, ובמקביל נמשך גם הגידול באחוז הנשים בין המורים, בכל רמות החינוך ובכל המגזרים.

### בריאות

1. ההוצאה הממשלתית השוטפת לבריאות ב-1997 - צפויה להסתכם ב-11.2 מיליארד ש"ח - גידול ריאלי של 1.8 אחוז לעומת 1996. אך לשנת 1998 הוקטן התקציב כמעט ב-2000 מיליון ש"ח.
2. מערכת הבריאות מונה היום 34 אלף מיטות: 13 אלף מיטות כלליות, וכמספר הזה בערך מיטות לחולים כרוניים, כשבעת אלפים מיטות לחולים פסיכיאטריים, ועוד כשש מאות מיטות שיקומיות.
3. על אף שבבתי-החולים הכלליים מצויים רק 40 אחוז מכלל המיטות, הרי מבחינת מספר המאושפזים מדובר ברובם המכריע. בסך-הכל אושפזו בהם על פני השנה כמעט מיליון נפש, לעומת כ-20 אלף בשתי ההתמחויות האחרות (פסיכיאטרייה וגריאטרייה) יחדיו.
4. בתוך האשפוז **הכללי**, כמעט מחצית המיטות הן במוסדות ממשלתיים, פחות משליש בקופת-חולים, חמישית בבתי-חולים ציבוריים, ו-5 אחוז בלבד במגזר הפרטי.
5. השהייה הממוצעת ירדה מ-6.3 ב-1980 ל-4.5 ב-1995, ירידה של יותר מ-25 אחוז. עיקר הירידה התרחש בשנות השמונים, שבסופן היתה השהייה הממוצעת 4.8 ימים למאושפז.
6. מספר המיטות במחלקות גריאטריות גדל מכ-7,000 באמצע שנות השמונים לכ-14,000 כעבור עשר שנים, ובמונחים יחסיים, בהשוואה לגידול האוכלוסייה היתה הכפלה בין 1980 ל-1996. בהתחשב בהזדקנות האוכלוסייה, הגידול היה קצת פחות מהכפלה - 25 מיטות לאלף קשישים לעומת 13.5 בראשית התקופה.
7. מספר המיטות בממוצע לנפש פחת בעשור וחצי האחרון בעשירית, מ-6.7 ל-6.0 לאלף נפש. תושבי מחוזות הצפון והדרום נמצאים בנחיתות ממשית לעומת מרכז הארץ: באשפוז כללי, מספר המיטות לאלף נפש במחוזות הצפון והדרום הוא 1.6, לעומת 3.2 במחוז ירושלים, 3.0 במחוז חיפה ו-2.6 במחוזות תל-אביב והמרכז.

8. מזה זמן תופסת ישראל מקום גבוה בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. הארכת תוחלת החיים בישראל נמשכת בהתמדה גם בשנים האחרונות: תוחלת החיים הממוצעת לגברים התארכה תוך עשור וחצי כמעט בשלוש שנים ומגיעה ל-75.5 שנים. לנשים נוספו באותו פרק זמן 3.5 שנים ותוחלת החיים שלהן היא על סף 80 שנה.
9. שיעורי תמותה התינוקות בישראל היו בדרך כלל גבוהים מבמדינות מפותחות. בראשית שנות התשעים הגענו בישראל לרמה של למטה 10- לאלף, שאיפיינה מדינות מפותחות אחרות עוד בעשור הקודם. השיפור נמשך בשש השנים האחרונות והשיעור שנרשם ב-1996 הגיע ל-6.3 לאלף - כלומר, קצת יותר מחצי אחוז מהנולדים.

### שירותי רווחה אישיים

1. התקציב הכולל לשירותי רווחה אישיים יגיע ב-1998 ל-2.9 מיליארד ש"ח, וזה מהווה גידול של כשבעה אחוז לעומת שנת 1997. סכום של יותר ממיליארד ש"ח מוקדש לשירותי סיעוד, שירות שמקורו בהקצבות הביטוח הלאומי מתוך כספי חוק הסיעוד. כל הפעולות האחרות של משרד העבודה והרווחה ייהנו בשנה הקרובה מתקציב של 1.8 מיליארד ש"ח, הדומה לזה שהוקצה לכך בשנה החולפת ב-1997.
2. התקציב ל-1998 בממוצע לנפש גבוה ב-35 אחוז לעומת זה של ראשית העשור, אולם החלק המוקדש לשירותים השונים ללא חוק הסיעוד גדל ב-13 אחוז בלבד על פני עשור זה.
3. לגבי הזכאים לקבלת שירותי הסיעוד - מספרם גדל מ-1989 ל-1997 פי ארבעה לערך. בתקופה זו גדלה אוכלוסיית הקשישים בישראל בשיעור של כ-30 אחוז ואילו אוכלוסיית גילאי +75, שרוב זכאי גימלת סיעוד נמנים עליה, גדלה בשיעור של כ-25 אחוז.
4. כנגד ההתפתחות הדינמית של השירותים לקשישים, ובמיוחד במסגרת חוק הסיעוד, אנו מוצאים דריכה במקום בשירותים לילדים ונוער. התקציב הכולל בתחום זה יגיע ב-1998 לשליש מיליארד ש"ח, סכום שהיה קבוע לאורך כל שנות התשעים. אפילו בהשוואה לעשור הקודם, ההוצאה לנפש נמוכה היום בכעשרה אחוז מזו שהיתה ב-1980.
5. נתונים על מספר הילדים ששהו במסגרות חוץ-ביתיות מצביעים על תהליך הדרגתי של ירידה במספר הכולל של הילדים בפנימיות בין 1980 ל-1990. ירידה זו שכיחה בקרב ילדים שמקום מגוריהם במרכז

ובצפון הארץ, אך איננה נכונה לגבי ילדים המתגוררים בירושלים ובדרום וביישובים ערביים.

6. תקציב השירות למפגר מסתכם ב-390 מיליארד ש"ח, בדומה להוצאה בשנת 1997. עם זאת, על פני שנות השמונים אפשר להבחין בשיפור ממשי: ההוצאה הכוללת בתחום זה גדלה בעשור הנוכחי כמעט ב-60 אחוז. גידול רב התרחש בשירותים הקהילתיים למפגרים, שתקציבם הוכפל במהלך העשור, אם כי יש לציין שהם מהווים עדיין פחות מעשירית מכלל השירותים למפגרים.

### הבטחת הכנסה

1. התקציב להבטחת הכנסה לשנת 1998 הוא 25.5 מיליארד ש"ח לאחר שההוצאה לשנת 1997 צפויה להסתכם ב-23.8 מיליארד ש"ח. תשלומי העברה אלו מהווים עתה כ-20 אחוז מסך ההוצאה הממשלתית (למעט החזר חוב) 8.11 - אחוז מהתמ"ג.
2. קצבאות הביטוח הלאומי תורמות במישרין או בעקיפין לצמצום הפערים בחברה, להקטנת אי-השוויון בהכנסות ולצמצום ממדי העוני. על פי ממצאי המוסד לביטוח לאומי, השפעה זו התחזקה ב-1995 בעקבות חקיקת החוקים למלחמה בעוני, שהביאו להקטנת מדד אי-השוויון בהתחלקות ההכנסה הפנויה (מדד ג'יני).
3. הנתח הגדול ביותר בסך תשלומי ההעברה הוא קצבאות הזיקנה והשאירים. בשנות השמונים היוו קצבאות אלו כ-45 אחוז מסך תשלומי ההעברה. במהלך שנות התשעים, ירד משקלן לרמה של 38 אחוז ממצרף זה.
4. למרות הירידה היחסית, עלו הסכומים הריאליים המשולמים במסגרת קצבאות הזיקנה מ-3.7 מיליארדי ש"ח (במחירי 1996) ב-1980, ל-9.2 מיליארדי ש"ח ב-1997, וצפויים להמשיך ולעלות לכ-9.8 מיליארדי ש"ח בשנת 1998 - זהו גידול מצטבר של יותר מכפליים וחצי.
5. תשלום קצבאות הילדים הוא המרכיב השני בגודלו מבין תשלומי ההעברה. בשנת 1998 מוצא בסעיף זה סכום של 5.3 מיליארד ש"ח, יותר מהפליים מזה של 1980.
6. משקלם של דמי האבטלה, התשלומים בגין חוק הבטחת ההכנסה ותשלומי הביטוח הלאומי לנפגעי העבודה עלה בעקביות בעשור וחצי האחרון - המוסד לביטוח הלאומי מקציב להוצאה על שלושת התחומים האלו בשנת 1998 סכום של 5.3 מיליארד ש"ח.

7. תשלום דמי האבטלה יעלה מכמיליארד ש"ח ב-1997 ל-2.2 מיליארד ש"ח ב-1998. הגידול מבטא הן את העלייה במספר המובטלים והן את עליית השכר הריאלי.

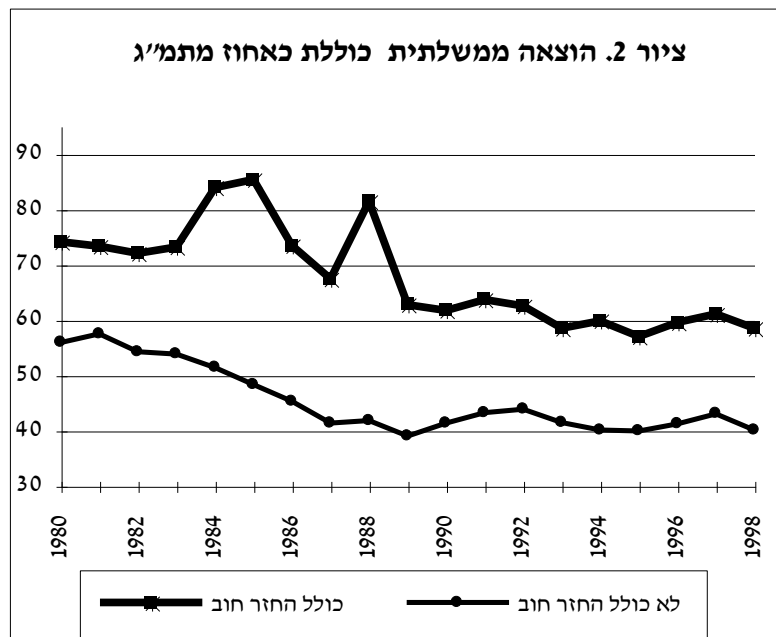
## ההוצאה החברתית והרכבה

### 1. התפתחות ההוצאה

מעורבות הממשלה במתן שירותים (בייצורם הישיר או במימונם) ובהענקת תשלומי העברה מוצדקת בדרך כלל בטיעונים מוסריים, אידיאולוגיים ובטיעונים כלכליים טהורים. במישור המוסרי-אידיאולוגי מקובל לחשוב שאחד התפקידים החשובים של ממשלה הוא יצירת חברה בריאה יותר. קיימים חילוקי דעות מהותיים על עצם הגדרת המושג "חברה בריאה", על המינון הרצוי למעורבות הממשלה, ועל המנגנונים אשר משיגים את היעדים הנבחרים בתחום זה. למרות זאת, קיימת הסכמה רחבה לכך, שעל ממשלה להבטיח אמצעי קיום מינימליים לתושבים, לבטח אותם מפני מצבים שליליים שאין עליהם שליטה אישית, ולהבטיח תנאים אשר יתנו הזדמנויות לניידות חברתית אנכית. במישור הכלכלי הטהור נהוג לחשוב, שקיימים כשלי שוק בהספקת מוצרים ציבוריים אותם הממשלה יכולה לתקן. כלומר, לפי השקפה זו קיימים מוצרים ושירותים שייצורם וצריכתם משפיעה לא רק על הנוגעים בדבר, אלא גם על חלקים נוספים של החברה או על החברה כולה. לכן, פעילות השוק, המתעלמת מההיבטים החברתיים והרחביים בייצור וצריכת מוצרים אלה, מביאה להקצאת מקורות לא מתאימה ולייצור בכמויות שאינן אופטימליות מהבחינה החברתית. דבר זה ניתן לתיקון באמצעות מעורבות ממשלה על-ידי ייצור ישיר, מימונו או סיבסודו, או גם על-ידי חקיקה והסדרים מוסדיים.

כפי שנכתב לעיל, במהלך עשרים השנים האחרונות השתנתה התפיסה ביחס לתפקידי הממשלה במשק במגמה מעורבת. המגמות השונות משתקפות בנתוני משקל ההוצאה הממשלתית בתמ"ג (ציור 2). במהלך שנות השמונים ניכרת ירידה משמעותית ביותר בהוצאה הממשלתית כאחוז מהתמ"ג. בראשית שנות השמונים היווה סך ההוצאה הממשלתית (למעט חוזר חוב) 58 אחוז מהתמ"ג. במשך העשור ירד משקל הוצאה זו

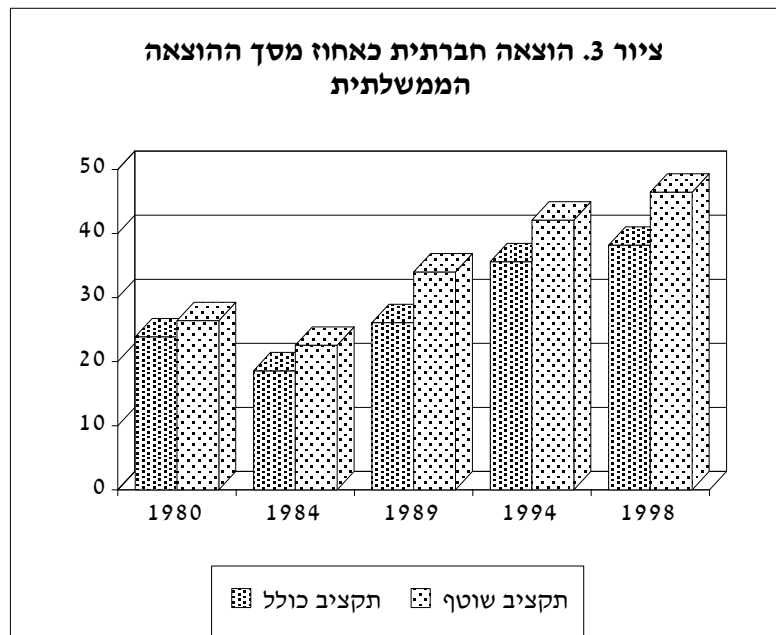
עד שהגיע ב-1989 ל-39 אחוזי תוצר בלבד. בראשית שנות התשעים השתנתה המגמה, ההוצאה הציבורית גדלה במונחים יחסיים והגיעה ב-1992 ל-44 אחוזי תוצר. בשנים 1993-96 פחת משקל הוצאה זו והתייצב ברמה של כ-40 עד 41 אחוזי תוצר. גם ב-1998 צפויה רמה דומה. יוצאת מהכלל היא שנת 1997 שבה יהיה כנראה משקל ההוצאה הציבורית גבוה מהצפוי - כ-43 אחוזי תמ"ג, וזאת בעיקר בגלל שיעור הצמיחה הנמוך של המשק.



שינוי המגמה במשקל ההוצאה הממשלתית, המתגלה במהלך שנות התשעים, איננו נובע רק משינוי מסוים בתפיסת תפקידי הממשלה, אלא גם מהצרכים האקסוגניים והבלתי צפויים שנבעו מגל העלייה הגדול מארצות בריה"מ לשעבר.

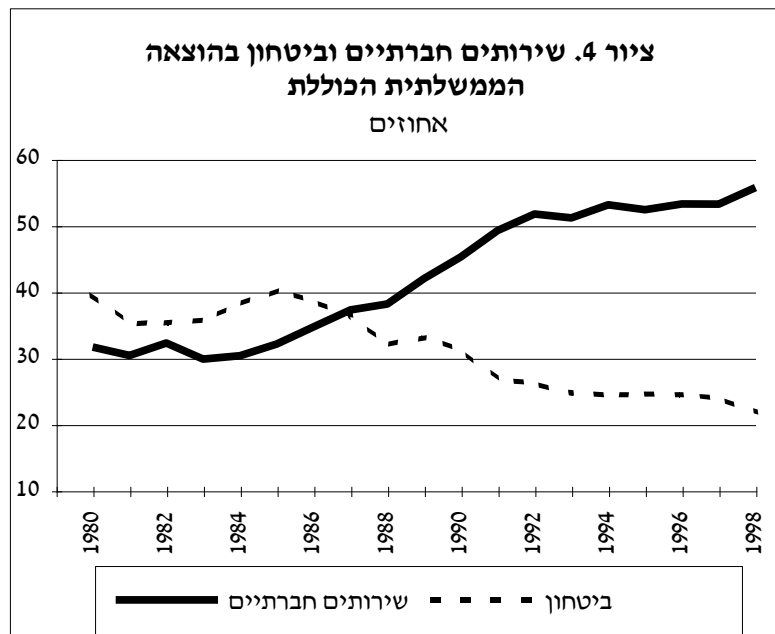
**לוח 1. הוצאה חברתית והוצאה על ביטחון כאחוז מסך ההוצאה הממשלתית (ללא החזר חוב)**

תקציב שוטף		תקציב כולל		שנה
ביטחון	הוצאה חברתית	ביטחון	הוצאה חברתית	
44.5	30.4	39.5	31.7	1980
41.3	30.3	38.1	30.3	1984
35.4	42.8	33.0	42.0	1989
28.0	50.7	24.4	53.1	1994
27.1	51.7	23.9	53.2	1997
24.4	54.7	21.8	55.7	1998

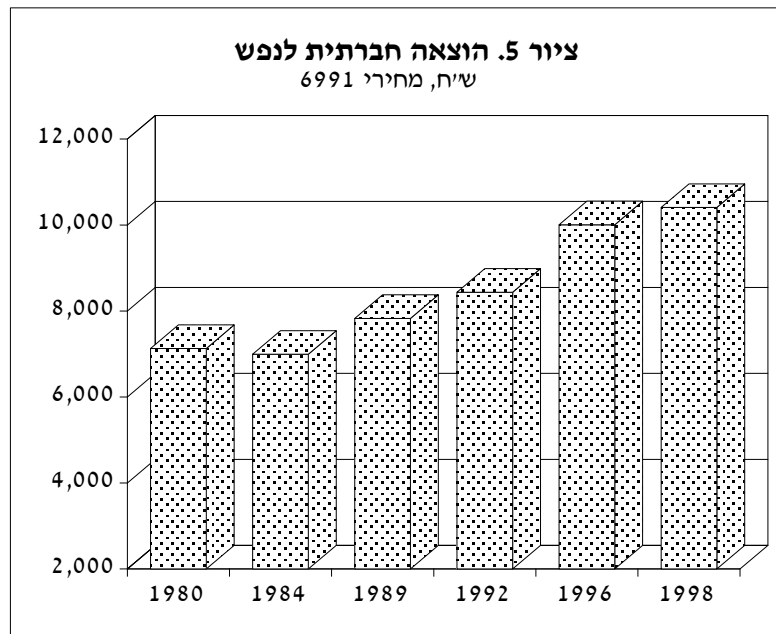


אירוע היסטורי זה השפיע במידה רבה גם על ההוצאה החברתית של הממשלה. אכן, 1989, שנת תחילתה של העלייה הגדולה, מסמלת קפיצת מדרגה במשקל ההוצאה החברתית בתקציב המדינה, אבל הקצאת משאבי התקציב מסמלת גם את מערכת ההעדפות החברתית של הציבור, או ליתר דיוק - קובעי המדיניות. לכן, יש לבחון את הרכב ההוצאה הממשלתית בהקשר רחב יותר.

סימנים לשינוי מערכת ההעדפות, שהביאו להקצאת חלק גדל והולך מהמקורות הציבוריים לשירותים חברתיים, התגלו מוקדם הרבה יותר. מגמת העלייה במשקל ההוצאה החברתית בתקציב החלה בשנת 1985 (ראה ציור 3), והיא נמשכת ברציפות עד תקציב שנת 1998. הגידול במשקל ההוצאה החברתית התאפשר על-ידי הירידה הגדולה במשקל תקציב הביטחון והירידה המתונה במשקל מרכיבי הוצאה אחרים של התקציב (ראה ציור 4).



במונחים מוחלטים גדל סך ההוצאה החברתית של הממשלה במהלך תריסר השנים האחרונות בקצב ממוצע שנתי של 6.3 אחוז. קצב גידול זה הינו גבוה יותר משיעור גידול האוכלוסייה באותה התקופה, שהסתכם ב-2.6 אחוז בממוצע לשנה. התוצאה היא שההוצאה החברתית של הממשלה, בממוצע לנפש, תעלה מ-6,994 ש"ח ב-1984 ל-10,410 ש"ח ב-1998. זהו קצב גידול שנתי ממוצע של כ-3 אחוז. העובדות המוצגות לעיל מצביעות בוודאות על הקשר בין ההוצאה החברתית של הממשלה לבין כוחות אקסוגניים כמו גל העלייה הגדול או מגמת ההזדקנות של האוכלוסייה. יחד עם זאת, עובדות אלו מעידות, על מערכת העדפות ציבורית הגורסת שהממשלה ממלאת תפקיד מרכזי בנושאים חברתיים, וקובעי המדיניות ראו צורך להגדיל את מעורבותה בנושאים אלה.



## 2. הרכב ההוצאה והתפלגותה

כאמור, ההוצאה החברתית של הממשלה כוללת שני מרכיבים עיקריים, תשלומי העברה ושירותים בעין.

תשלומי ההעברה יסתכמו ב-1998-25.5 מיליארד ש"ח (במחירי 1996) שהם 8.1 אחוז מהתמ"ג. הם כוללים בהגדרתנו את כל קצבאות הביטוח הלאומי, שעצם קיומם מסמל את רשת הביטחון החברתית הנפרסת על-ידי המדינה. תפקידם העיקרי הוא להבטיח הכנסה מזערית לשכבות החלשות של החברה, וכפועל יוצא מכך להשפיע (לא באופן בלעדי) על חלוקה מחדש של ההכנסות. גורם נוסף המשפיע באופן משמעותי על אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות ועל פערי ההכנסה הוא מערכת המס הפרוגרסיבית, שעליה אין אנו דנים בדו"ח זה.

המרכיב השני בהוצאה החברתית של הממשלה כולל את השירותים החברתיים בעין, המסופקים במישרין או בעקיפין על-ידי השלטון המרכזי או המקומי. ההוצאה על מתן שירותים אלה מסתכמת ב-45 מיליארד ש"ח שהם כ-14 אחוז מהתמ"ג. השירותים האמורים כוללים מוצרים ציבוריים כמו חינוך ובריאות, וכן פעילויות בתחומי השירותים האישיים, קליטת העלייה והשיכון. חלק מהשירותים מיוצר במישרין על-ידי הגופים השלטוניים, כגון: חינוך יסודי ועל-יסודי, חלק משירותי הבריאות, ושירותים הניתנים בתחום התעסוקה והקליטה. חלק אחר ממומן באופן מלא או חלקי על-ידי הממשלה אך מיוצר על-ידי גופים לא-ממשלתיים, מלכ"ר וחברות עסקיות. דוגמאות לכך הם חלק משירותי הבריאות, החינוך הגבוה, השירותים על פי חוק הסיעוד, וכן פעולות בתחומי השיכון וקליטת העלייה.

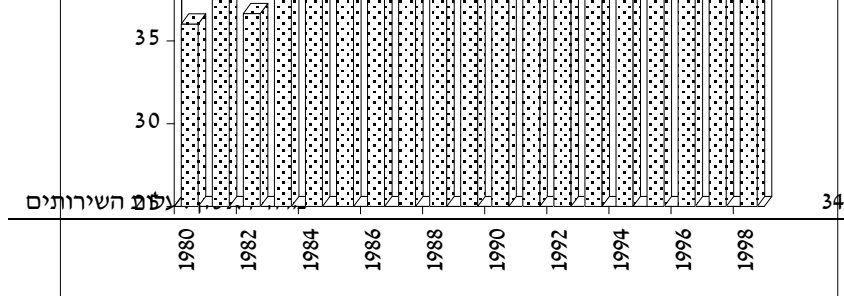
במהלך השנים האחרונות נשמרת חלוקה יציבה יחסית לפיה מהוות ההוצאה להבטחת הכנסה כשליש וההוצאה לייצור שירותים כשני-שלישים מסך ההוצאה החברתית. יוצאות מכלל זה השנים 1991 ו-1992- שבהן משקל הבטחת ההכנסה ירד מתחת ל-30 אחוז. הדבר נבע מקליטת העלייה שהביאה לגידול רב במרכיב ההשקעה בשיכון ובהוצאה הכוללת לקליטת העלייה. במחצית השנייה של שנות השמונים היתה קפיצה גדולה במשקל הבטחת ההכנסה, ודבר זה נבע מהצמצומים המהותיים שנערכו בעיקר בתקציבי החינוך והבריאות.

התבוננות בהוצאה החברתית בתקציב הרגיל (השוטף) מצביעה גם היא על יציבות יחסית של שני המרכיבים, כשהבטחת ההכנסה מהווה כ-40 אחוז. גם כאן, בולטות השנים 89-1985 במשקל הגבוה של הבטחת ההכנסה, מהסיבה שהוזכרה לעיל. לעומת זאת, בחישוב זה, בשנים

1992-93 דווקא מתגלה עלייה זמנית במשקל הבטחת ההכנסה עד לרמות של 42 אחוז, בהשוואה לירידה שנצפתה במרכיב זה של התקציב הכולל. ההסבר לכך הוא, שההוצאה (השוטפת) להבטחת ההכנסה גדלה מאוד בשנים 1992-93 עקב גל העלייה מברה"מ לשעבר. באותן שנים היתה ההוצאה **השוטפת** למתן שירותים בעין יציבה. לעומתה גדלה מאוד ההוצאה הכוללת למתן שירותים בעין, בגלל הגידול הרב בהוצאה לשיכון שגם הוא היה, כמובן, קשור לקליטת העלייה. נעבור עתה לפירוט נוסף של ההוצאה בכל אחד משני המרכיבים הראשיים.

### 3. הבטחת הכנסה

התקציב להבטחת הכנסה לשנת 1998 הוא 25.5 מיליארד ש"ח לאחר שההוצאה לשנת 1997 צפויה להסתכם ב-23.8 מיליארד ש"ח. הוצאה זו כוללת את כל קצבאות הביטוח הלאומי, שהחשובות בהן, מבחינה כמותית, הן קצבת הזיקנה והשאירים, קצבת הילדים, דמי אבטלה והתשלומים במסגרת חוק הבטחת ההכנסה. קצבאות אחרות הכלולות במקבץ זה הן קצבת הנכות וקצבת נפגעי הנאצים.

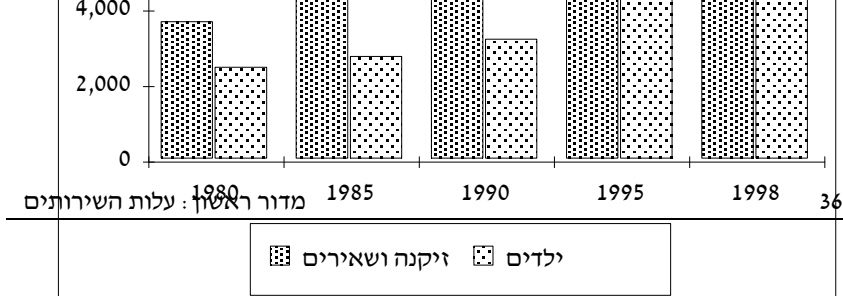


כל קיצבה ממלאת תפקיד שונה במערכת החברתית והכלכלית של המשק. קצבאות הזיקנה באות לספק ביטוח פנסיוני המבטיח הכנסה מינימלית לכל קשיש. קצבאות הילדים, מטרתן לתקן את בסיס המס הישיר אשר מפצה מעט מאוד על הבדלים בגודל המשפחה. דמי האבטלה, התשלומים על פי חוק הבטחת ההכנסה וקצבת הנכות מסמלים יותר מכל את רשת הביטחון החברתית הנפרסת על-ידי המדינה.

כל קצבאות הביטוח הלאומי תורמות במישרין או בעקיפין לצמצום הפערים בחברה, להקטנת אי-השוויון בהכנסות ולצמצום ממדי העוני. יתר על כן, על פי ממצאי המוסד לביטוח לאומי, השפעה זו התחזקה ב-1995 בעקבות חקיקת החוקים למלחמה בעוני, שהביאו להקטנת מדד אי-השוויון בהתחלקות ההכנסה הפנויה (מדד גייני) מ-0.3441 ב-1994 ל-0.3365 ב-1995, להקטנת חלקו של העשירון העליון בכלל ההכנסה הפנויה ולהגדלת חלקו של העשירון התחתון. מנתוני הביטוח הלאומי עולה עוד, שבשנת 1995 צמצמו תשלומי ההעברה את מדד אי-השוויון מ-0.4972 בהתחלקות ההכנסה הכלכלית, ל-0.3965 בהתחלקות ההכנסה ברוטו, דהיינו בכ-20 אחוז. על כך התווספה פעולת מערכת המס הישיר, שהקטינה מדד זה ל-0.3366 עבור ההכנסה נטו, דהיינו צמצום כולל של כמעט שלישי במדד אי-השוויון. בהשוואה בינלאומית נמצאה ישראל במחקר של הביטוח הלאומי במקום "טוב באמצע" בין מדינות הרווחה המפותחות. מערכות תשלומי ההעברה והמיסוי הישיר מצמצמות את אי-השוויון בעוצמה רבה יותר מאשר במדינות כמו ארה"ב, קנדה ובריטניה, אך בעוצמה נמוכה יותר מאשר במדינות כגון שוודיה, הולנד, בלגיה וגרמניה.

השיפור בהתחלקות ההכנסות הושג, אפוא, במידה רבה בזכות קצבאות הביטוח הלאומי. תשלומי העברה אלו מהווים עתה כ-20 אחוז מסך ההוצאה הממשלתית (למעט החזר חוב) ו-8.1 אחוז מהתמ"ג. הנתח הגדול ביותר בסך תשלומי ההעברה ניתן בצורה של קצבאות זיקנה ושאיירים. בשנות השמונים היוו קצבאות אלו כ-45 אחוז מסך תשלומי ההעברה. במהלך שנות התשעים, ירד משקלן לרמה של 38 אחוז ממצרף זה. למרות ירידה יחסית זו, עלו הסכומים הריאליים המשולמים במסגרת זו מ-3.7 מיליארדי ש"ח (במחירי 1996) ב-1980, ל-9.2 מיליארדי ש"ח ב-1997, וצפויים להמשיך ולעלות לכ-9.8 מיליארדי ש"ח בשנת 1998. זהו גידול מצטבר של יותר מכפליים וחצי, בעוד שאוכלוסיית מקבלי

הקצבאות גדלה באותה תקופה ב-73 אחוז. משמעות הדבר היא, שבמהלך שני העשורים האחרונים גדל הסכום הריאלי המוצא לנפש בקבוצת הזכאים לקיצבה בכ-44 אחוז. הדבר משקף את עליית השכר הריאלי במשק ואת רצון החברה לשפר את מצבה החומרי של אוכלוסיית הקשישים. משקל הקשישים הזכאים לקצבאות זיקנה (גילאי +65) גדל בסך האוכלוסייה מ-8.7 אחוז ב-1980 ל-9.6 אחוז ב-1997. בעשור שנות השמונים גדל מספר מקבלי הקיצבה ב-31 אחוז ובתקופה מאז 1990 ועד היום מספרם גדל בשיעור דומה. לעומת זאת סך ההוצאה הריאלית על קצבאות זיקנה גדל בעשור השמונים ב-76 אחוז ובשנים מאז 1990 ב-50 אחוז. פירושו של דבר, שהעלייה בסכום הקיצבה לנפש במהלך שנות השמונים היתה בשיעור מצטבר של 34 אחוז, בעוד שבשנים 1990-97 היא היתה בשיעור מצטבר של 7.5 אחוז בלבד. בשתי התקופות היה הגידול בערך הריאלי של קצבאות הזיקנה, בממוצע לנפש, מהיר יותר מקצב עליית השכר הריאלי. משתנה אחרון זה עלה בשנים 1980-90 בשיעור מצטבר של 25 אחוז, ומאז ועד שנת 1997 ב-5 אחוז נוספים. ממספרים אלה עולה, שעל פני כל התקופה, מאז 1980, חל שיפור יחסי במצבם של מקבלי קצבאות זיקנה לעומת השכירים במשק.



תשלום קצבאות הילדים הוא המרכיב השני בגודלו מבין תשלומי ההעברה. בשנת 1998 מוצא בסעיף זה סכום של 5.3 מיליארד ש"ח (מחירי 1996), המהווים 21% אחוז מסך ההוצאה להבטחת הכנסה. במהלך שנות השמונים והתשעים ירד משקל קצבאות אלו בסך תשלומי ההעברה מרמה של 30 אחוז שרווחה ב-1980. בערכים מוחלטים, הוכפלה ההוצאה מאז 1980 ל-114.4 אחוז. אוכלוסיית היעד של קצבאות הילדים (גילאי 0-18) אמנם גדלה ב-36% אחוז בתקופה הנידונה, אך סך האוכלוסייה גדל ב-47% אחוז. אחוז הילדים באוכלוסייה פחת, אם כן, מ-40% אחוז ב-1980 ל-36% אחוז ב-1997. הקיצבה לנפש בקבוצת הזכאים גדלה במונחים ריאליים בשיעור מצטבר של 58 אחוז.

### לוח 2. תשלומי הבטחת הכנסה (מיליוני ש"ח, מחירי 1996)

שנה	סך-הכל	קיצבת זיקנה	קיצבת ילדים	נכות כללית	אחר סך-הכל	מזה: אבטלה	הבטחת הכנסה	נפגעי עבודה
1980	8,202	3,686	2,477	902	1,043	149	0	382
1985	10,697	4,931	2,766	1,396	1,604	279	357	455
1990	14,529	6,486	3,221	1,640	3,181	1,062	482	832
1996	22,212	8,814	4,941	2,672	5,786	1,542	1,312	1,376
1997	23,820	9,205	5,160	2,927	6,527	1,959	1,461	1,446
1998	25,477	9,769	5,307	3,329	7,072	2,224	1,594	1,526

### לוח 3. הוצאה על הבטחת הכנסה, שנים נבחרות (התפלגות באחוזים)

שנה	סך-הכל	קיצבת זיקנה	קיצבת ילדים	נכות כללית	אחר סך-הכל	מזה: אבטלה	הבטחת הכנסה	נפגעי עבודה
1980	100.0	44.9	30.2	11.0	12.7	1.8	0.0	4.7
1985	100.0	46.1	25.9	13.1	14.9	2.6	3.3	4.3
1990	100.0	44.6	22.2	11.3	21.9	7.3	3.3	5.7
1995	100.0	40.5	22.8	11.6	25.1	6.7	5.9	6.1
1996	100.0	39.7	22.2	12.0	26.0	6.9	5.9	6.2
1997	100.0	38.6	21.7	12.3	27.4	8.2	6.1	6.1
1998	100.0	38.3	20.8	13.1	27.7	8.3	6.3	6.0

לעומת קצבאות הזיקנה והילדים, שמשקלם בסך תשלומי ההעברה ירד בעקביות במשך העשור וחצי האחרון, עלה בעקביות משקלם של דמי האבטלה, התשלומים בגין חוק הבטחת ההכנסה ותשלומי הביטוח הלאומי לנפגעי העבודה. בשלושה סעיפים אלה מוציא המוסד לביטוח הלאומי בשנת 1998 סכום של 5.3 מיליארד ש"ח.

תשלום דמי האבטלה יעלה מכמיליארד ש"ח ב-1989 ל-2.2 מיליארד ש"ח ב-1998 (במחירי 1996). הגידול בהוצאה זו מסמל הן את העלייה במספר המובטלים והן את עליית השכר הריאלי. במהלך שנות התשעים היו רק שנתיים בהן חלה ירידה (ריאלית) מוחלטת בסך דמי האבטלה ואלו השנים 1993 ו-1994. בשנים 1995 ו-1996 המשיכו שיעורי האבטלה, ומספר המובטלים לרדת, למרות זאת עלו תשלומי דמי האבטלה. ההסבר לכך טמון בעליית שכר ריאלי ושינוי הרכב השכר של המובטלים, גורמים אשר קיזזו את הירידה במספר המובטלים.

בשנת 1997, בעקבות המיתון במשק, גדל מספר המובטלים ב-19 אחוז לעומת שנת 1996, ושיעור האבטלה עלה לכ-7.6 אחוז. אין ספק שגידול זה באבטלה הפתיע את קובעי המדיניות, שכן בתקציב המקורי של 1997 הוקצב סכום של 1.6 מיליארד ש"ח לתשלום דמי אבטלה. במהלך השנה הסתבר, שסכום זה איננו מספק ולכן צפוי תשלום העברה זה להסתכם בקרוב ל-2 מיליארד ש"ח, עלייה של כ-24 אחוז לעומת הסכום המתוכנן. התקציב לשנת 1998 צופה עלייה ריאלית נוספת של כ-14 אחוז בתשלומי דמי אבטלה.

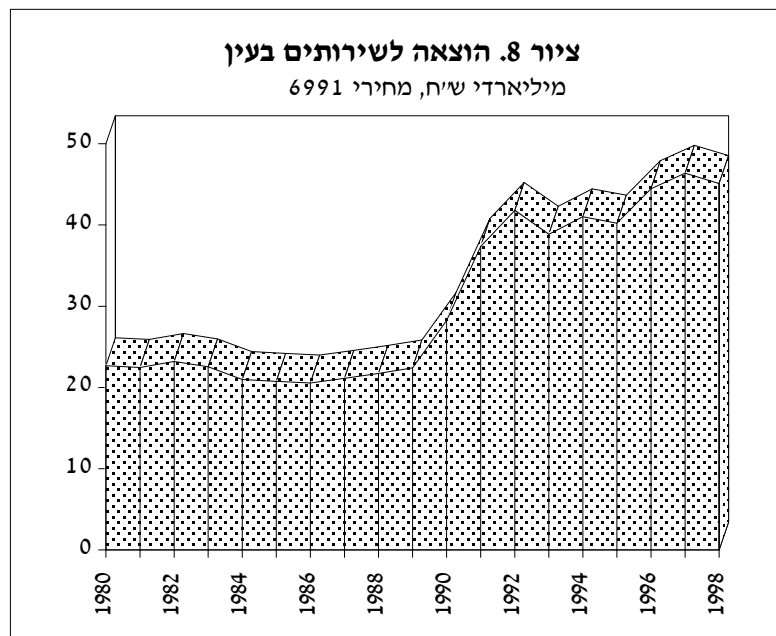
אם דמי האבטלה מסמלים את האבטלה האקוטית והזמנית במשק, הרי שהתשלומים בגין חוק הבטחת ההכנסה מסמלים את האבטלה הכרונית. גם התשלומים בסעיף זה צפויים לעלות ב-1998 ולהגיע לרמות של 1.6 מיליארד ש"ח, גידול של 9 אחוז בהשוואה ל-1997. הדבר מעיד על התגברות של האבטלה הכרונית.

#### 4. שירותים חברתיים ישירים

בתקציב 1998 כלול סכום של 45 מיליארד ש"ח (במחירי 1996) על אספקת שירותים חברתיים ישירים. סכום זה מייצג קצב גידול שנתי ממוצע של 3.9 אחוז בשלוש השנים האחרונות, והוא מהווה שני-שליש מסך ההוצאה החברתית של הממשלה, שליש מסך ההוצאה הממשלתית (למעט החזר חוב) וכ-14 אחוז מהתמ"ג. הוצאה ציבורית זו עולה באופן משמעותי על

תקציב הביטחון, והיא מסמלת את מקבץ המוצרים הציבוריים הגדול ביותר המסופק על-ידי הממשלה.

מקבץ זה כולל, על פי סדר תקציבי יורד, את תחומי החינוך, הבריאות, השיכון, השירותים האישיים, הקליטה והתעסוקה. חלק מההוצאה מתבצע באמצעות תקציב הפיתוח ובא לממן פעולות השקעה בתחום של יצירת תשתית חברתית. מרכיב ההשקעה שונה בשירותים השונים ומשתנה בצורה משמעותית משנה לשנה. למשל, בעשור האחרון נע מרכיב ההשקעה בחינוך בתחום שבין 2 ל-6.5 אחוז מסך ההוצאה לחינוך. בתחום הבריאות השתנה מרכיב זה בין אחוז אחד לבין 6 אחוז מסך ההוצאה הממשלתית ליעד זה. בתחום השיכון כמעט כל ההוצאה מוגדרת כהשקעה ובשירותים האישיים, התעסוקה והקליטה כמעט כל ההוצאה הממשלתית היא הוצאה שוטפת ומרכיב ההשקעה בהם הינו זניח.



במהלך שני העשורים האחרונים חלו תהפוכות בגודל המוחלט והיחסי של ההוצאה הממשלתית לאספקת שירותים חברתיים. בראשית התקופה, בשנת 1980, הסתכמה הוצאה זו בכ-23 מיליארד ש"ח (במחירי 1996), ובממוצע של 5,848 ש"ח לנפש; הסכום הכולל היווה 12.3 אחוזי תמ"ג. במקביל להתפתחות האינפלציה הגדולה של ראשית שנות השמונים, ובמידה רבה במסגרת ניסיונות הממשלה לבלום אותה, נשחקה ההוצאה לייצור שירותים חברתיים עד לשפל של כ-20 מיליארד ש"ח, שהיו אז 4,781 ש"ח בממוצע לנפש, והיוו 9 אחוז מהתוצר המקומי. מאז, עם בלימתה של האינפלציה הדוהרת, הוחל בתהליך שיקומה של ההוצאה החברתית, שעלתה באיטיות עד 1989. תחילתו של גל העלייה הגדול משטחי בריה"מ לשעבר נתנה דחיפה גדולה למרכיב הוצאה זה. ראוי לציין בהקשר זה, שכאשר ירד קצב העלייה משטחי חבר המדינות ב-1993- וזו התייצבה סביב רמה של 70 אלף עולים בשנה, פחת סך ההוצאה הממשלתית למתן שירותים בעין. אבל עיקר הצמצום היה, כמצופה, בסעיף השיכון, המוגדר רובו ככולו כהשקעה. מכאן, שההוצאה השוטפת לשירותים חברתיים לא הצטמצמה כאשר פחת זרם העולים, והיא המשיכה לעלות בעקביות במהלך כל שנות התשעים עד 1997.

המסקנה הנובעת מהעובדות המתוארות לעיל היא שהעלייה הגדולה שימשה אמנם כזרז להגדלת הקצאת המשאבים הריאליים לשירותים חברתיים. אבל העובדה שצמצום העלייה לא הביא להתייצבות בהוצאה הממשלתית זו מבטאת שינוי במערכת ההעדפות, לפיו מייחסת המדינה חשיבות רבה יותר לתפקידה כספקית עיקרית של שירותים חברתיים, בהשוואה למה שהיה מקובל בשנות השמונים.

## מערכת החינוך

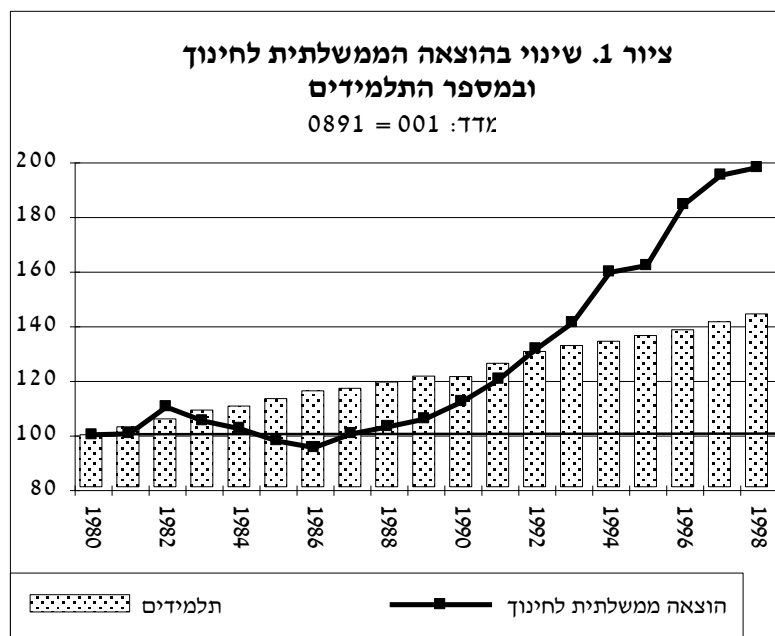
### 1. ההוצאה על חינוך

ההוצאה על חינוך היא המרכיב הגדול ביותר בהוצאה החברתית של הממשלה, והשני בגודלו, לאחר הביטחון, בסך תקציב המדינה. 1998- תוציא הממשלה 21.7 מיליארד ש"ח (במחירי 1996) למטרה זו, שהם 17.1 אחוז מהתקציב הכולל (ללא החזר חוב) ו-6.9 אחוז מהתמ"ג.

במהלך השנים, מאז 1980, עברה ההוצאה הממשלתית לחינוך תהפוכות דומות - ובחדות רבה יותר - לאלו שעברו על סך ההוצאה הממשלתית לייצור שירותים חברתיים. ב-1980 הוציאה המערכת כ-10.8 מיליארד ש"ח לחינוך. באותה תקופה למדו כ-1.2 מיליון תלמידים במערכת החינוך, דהיינו הוצאו כ-9,000 ש"ח במוצע לכל תלמיד. לאחר שחיקה של מספר שנים, הגיעה ההוצאה הממשלתית לחינוך ב-1986- 10.1 מיליארד ש"ח, כשמספר התלמידים הגיע ל-1.4 מיליון. כלומר, ההוצאה הממשלתית לתלמיד ירדה ל-7,200 ש"ח. מנקודת שפל זו, החלה ההוצאה לחינוך לעלות מחדש. רק בשנת 1992 הגיעה ההוצאה הממוצעת לתלמיד לרמתה משנת 1980 (ראה ציור 1), מאז היא המשיכה לעלות, וב-1997 הגיעה ל-12 אלף ש"ח במוצע לתלמיד.

הממשלה מממנת את רוב ההוצאה הלאומית לחינוך. מקורות מימון אחרים הם הרשויות המקומיות, משקי הבית ובמידה זניחה בלבד מוסדות ללא כוונת רווח. גופים אחרונים אלה הינם בעלי חשיבות מסוימת בצד המימון רק בתחום ההשקעה, שם היה חלקם בשנים האחרונות בהיקף של 10-12 אחוז. ההוצאה הלאומית לחינוך נעה בשמונה השנים האחרונות בין 8 ל-10 אחוז מהתוצר המקומי הגולמי. ב-1980- הוציאה החברה בישראל 8.1 אחוז מהתוצר על חינוך. באותה שנה מימנה הממשלה 68 אחוז מההוצאה הלאומית לחינוך. ב-1986 עלתה הוצאה לאומית זו ל-8.2 אחוזי תוצר, אבל חלקה של הממשלה במימונה נפל ל-51 אחוז. כיום מגיעה ההוצאה לאומית לחינוך לשיא של 9.8 אחוזי תוצר והממשלה מממנת 72 אחוז ממנה. גם במרכיב זה של ההוצאה החברתית,

ואולי במיוחד בו, כמו בסך ההוצאה למכלול שירותים בעין, ניכרת התפיסה הרואה בממשלה אחראית עיקרית למימון ואף לייצור (בשיתוף עם הרשויות המקומיות) של המוצר הציבורי.



מבין מרכיבי ההוצאה לחינוך בתקציב השוטף, הוקצב סכום של כ-900 מיליוני ש"ח (במחירי 1996) לגני-הילדים. זוהי ירידה של כ-2 אחוז בהשוואה לשנת 1997. בחינוך היסודי יהיה גידול של 6.5 אחוז, בחינוך העל-יסודי ירידה של 1.6 אחוז, בהשכלה הגבוהה גידול של 4 אחוז, וירידה של 3 אחוז בישיבות. הבנה מקיפה יותר של השינויים על פני זמן מצריכה הארכת התקופה להשוואה. כך, למשל, בתקופה מ-1995 עד 1998 יחול גידול ריאלי בכל רמות החינוך, בסדרי גודל של כ-7 אחוז במוצע לשנה.

דיונונו בהוצאה לחינוך, משקף את עלות התשומות שמכניסה הממשלה למערכת החינוך. נשאלת השאלה, מה הן התפוקות המושגות על-ידי תשומות אלו ואחרות. זוהי שאלה כלכלית הקשורה טכנית לאומדן פונקציית הייצור במערכת החינוך. יחד עם זאת, יש לה השלכות חברתיות משמעותיות ביותר הנוגעות לעתיד המדינה, לבריאות החברתית, לאיכות החיים, לאפשרויות הצמיחה הכלכלית, לטיב המשטר הדמוקרטי ועוד. בסעיפים הבאים נציג את התפתחות מערכת החינוך כמשתקף במספר משתנים מרכזיים. תיאור משתנים אלה והאינטראקציות ביניהם מאפיין את ההתפתחויות העיקריות על פני שני עשורים. בחרנו בפרק זמן זה בשקפו מחזוריות מסוימת של התפתחות - החל בתנופה וגידול בחומש השני של שנות השבעים, דרך תקופה של האטה וירידה בעשור השמונים, המשך בתקופה של צמיחה מחודשת בחומש הראשון של שנות התשעים, וכלה בהאטה והתייצבות בשנתיים האחרונות.

## 2. חינוך יסודי

### א. גני-ילדים

מדינת ישראל היא אחת המדינות המתקדמות בעולם מבחינת שיעור הילדים המבקרים בגני-ילדים, המגיע לכדי 85 אחוז. מספר התלמידים בגני-הילדים הוא קרוב ל-300 אלף במגזר העברי, שבו הביקור בגני-הילדים ובמעונות יום הוא כמעט אוניברסלי. כבר בגיל שנתיים מבקרים בגנים כ-70 אחוז מן הילדים ומגיל 3 שיעור ההשתתפות עולה על 94 אחוז. שונה הדבר במגזר הערבי: שיעורי ההשתתפות בו עדיין נמוכים ומחייבים מאמצים מיוחדים להשגת השוואה עם המגזר העברי. שיעורי ההשתתפות הנמוכים בגני-הילדים במגזר הערבי - יחסית למגזר העברי - משקפים בין היתר, את מיעוט ההזדמנויות לעבודת הנשים, ומודעות נמוכה יותר באשר לחשיבות החינוך הממוסד בגיל הרך. אפשר להניח, שהשינויים הפוקדים את המגזר הערבי בכללו, והשינויים בשיעורי הנשים היוצאות לעבודה מחוץ לביתן, ילוו בעלייה הן **במספרי** הילדים המבקרים בגנים **והן בשיעורי הביקור** בגנים. מצד שני, מגמת העלייה במספר הילדים תרוסן, במידת מה, על-ידי האטת הריבוי הטבעי במגזר הערבי.

### ב. בתי-ספר יסודיים

מספר התלמידים בכלל מערכת החינוך היסודית מגיע לכדי 700 אלף ב-1997 לעומת 560 אלף ב-1980 ו-610 אלף ב-1990. הגידול במספר התלמידים במערכת מיוחס כולו לגידול קבוצת גילאי החינוך היסודי (כתוצאה מריבוי טבעי ועלייה), לפי ששיעורי הלמידה בגילאים אלו הגיעו כבר מזמן לסביבות מאת האחוזים. בשנות התשעים היה שיעור הגידול השנתי הממוצע של מערכת החינוך העברי קרוב ל-3 אחוז. לשם השוואה, בחומש שקדם לכך היה הגידול שלילי, בשיעור שנתי ממוצע של אחוז אחד. התרומה העיקרית לגידול בעשור הנוכחי נובעת מהעלייה הגדולה של ראשית שנות התשעים.

במגזר הערבי מתקרב מספר תלמידי החינוך היסודי ל-160 אלף, לעומת 120 אלף ב-1980. ההתפתחות במגזר הערבי בולטת בהשוואה למגזר העברי, בכך שהגידול במגזר הערבי התמיד כמעט לאורך כל התקופה, רובו ככולו מגידול טבעי.

כתוצאה מההבדלים בשיעורי הגידול בין שני המגזרים במהלך התקופה הנסקרת חל שינוי גדול גם ביחסים המספריים בין המגזר העברי למגזר הערבי. חלקו של המגזר הערבי במערכת החינוך היסודית עלה מ-9 אחוז ב-1960 ל-22.5 אחוז ב-1997 ועיקר הגידול התרחש לפני 1980. בעשור האחרון נפסק הגידול למשך תקופה ארוכה ואף חלה הקטנה מסוימת בחלקו של המגזר הערבי מתוך הסך-הכל. יש לייחס זאת, במידת-מה, לכך שגם המגזר הערבי הגיע לרוויה בשיעורי הלמידה, אולם הסיבה העיקרית לכך היא גל העלייה הגדול. יש לציין, עם זאת, כי הגידול בשלוש השנים האחרונות חזר לשיעורים שנתיים של כ-3-4 אחוז לשנה.

התפתחות מערכת החינוך נבחנת להלן על פי הגידול במספרי התלמידים בסוגי החינוך השונים. אולם היחידה הקובעת מבחינה ארגונית וחינוכית איננה התלמיד הבודד כי אם הכיתה. גידול במספר התלמידים כשלעצמו איננו מייקר את מערכת החינוך, היות שעל פניו הוא איננו מחייב תוספת מורים, חדרים, ושעות הוראה. רק הגידול במספר הכיתות, המלווה כמעט תמיד בגידול בהקצאת שעות הוראה של המורים למערכת, ולרוב גם בתוספת בנייה, הוא המביא לייקור מערכת החינוך.

לגבי החינוך היסודי, ההתפתחות במספר הכיתות איננה משיגה את הגידול במספר התלמידים, לפיכך ניתן לקבוע כי ממוצע התלמידים לכיתה נמצא בעלייה: בכלל החינוך היסודי הוא עלה מ-26.6 ב-1980 ל-27.3 ב-1997. המגזר העברי מתאפיין גם הוא על-ידי עליית ממוצע

התלמידים לכיתה: לעומת 25.7 תלמידים לכיתה בשנת 1980, נמצא 26.5 תלמידים לכיתה ממוצעת בשנים 1996 וגם 1997.

מגמת העלייה איננה מאפיינת גם את החינוך היסודי הערבי, שבו ניכרת יציבות ברמה של כ-30 תלמידים לכיתה לאורך כל העשור האחרון. עצם היציבות בממוצע התלמידים לכיתה במגזר זה יכולה להעיד על הניסיונות לפעול בנושא זה על-ידי הגדלת התשומות המופנות להקטנת ממוצעי התלמידים לכיתה במגזר זה. עם זאת, ההתפתחות, כפי שהממוצעים יכולים להעיד, היא איטית מאד ואיננה מתארת את התמונה המלאה.

ההתחלקות לפי מגזרים ופיקוח מוצגת בלוח 1. בולטים בלוח השינויים שחלו בחלקו של החינוך הדתי ובמיוחד החינוך העצמאי. אם בעשורי הששים והשבעים היה תהליך רצוף של גידול חלקו של החינוך הממלכתי מכל החינוך העברי, הרי שבעשורים האחרונים התהפך כיוון ההתפתחות. התמונה משתנה כאשר מסתכלים על כלל מערכת החינוך ולא על החינוך היסודי לבדו, לפי השינוי ברמות החינוך הגבוהות מתון יותר.

אין ספק כי מדובר בתהליך חשוב ובעל השלכות חינוכיות, ארגוניות וחברתיות ארוכות טווח שיש ללמוד אותו יותר לעומק. בשלב זה אנו יכולים להעלות מספר השערות:

א. החינוך הדתי, ובמיוחד החינוך העצמאי, מגדיל את חלקו היחסי באוכלוסיית התלמידים בצורה מהירה, והדבר בולט במיוחד כאשר מתבוננים בשיעור תלמידי החינוך הממלכתי מכלל החינוך העברי בכיתה א'.

ב. את העובדה שהדבר אינו מוצא את ביטויו בחינוך העל-יסודי ניתן להסביר בשני הסברים המשלימים זה את זה:

1. הגלים הגדולים של הגידול בחינוך העצמאי טרם הגיעו לחינוך העל-יסודי.

2. חלק מהילדים שלמדו בחינוך הדתי בבית-ספר יסודי פונים לחינוך הממלכתי בבית-הספר העל-יסודי.

**לוח 1. התפלגות תלמידים לפי מגזרים וסוגי פיקוח, חינוך יסודי ועל-יסודי (אחוזים)**

מגזר ערבי אחוז מסך-הכל	מגזר עברי - לפי פיקוח			שנה
	עצמאי	ממלכתי- דתי	ממלכתי	
				<b>חינוך יסודי</b>
8.9	6.6	26.5	66.9	1960
18.5	6.6	27.8	65.6	1970
21.8	5.7	20.1	74.2	1980
22.7	7.6	21.3	71.1	1990
23.0	12.7	21.2	66.1	1997
				<b>חינוך תיכון</b>
3.4				1960
7.1	3.7	21.9	74.4	1970
14.6	4.0	22.2	73.8	1980
17.4	5.7	18.4	75.9	1990
18.4	8.1	17.9	74.0	1997

**לוח 2. חינוך ממלכתי כאחוז מכלל החינוך העברי, 1960-96**

שנה	כיתות א	חינוך יסודי	חטיבת ביניים	חינוך תיכון
1960	64.2	66.9		
1970	67.9	65.6	62.5	74.4
1980	76.1	74.2	75.6	73.8
1990	71.5	71.1	83.3	75.9
1994	67.7	68.3	82.0	74.0
1995	68.3	68.1	82.2	73.2
1996	67.2	67.4	82.1	73.5
1997	66.0	66.1	80.9	74.0

אחת השאלות המעניינות בהקשר זה, שטרם ניתנה עליהן תשובה מוסמכת, היא השאלה לאיזה סוג פיקוח פנו ילדי העולים. לכאורה סביר היה להניח, שרובם יפנו לחינוך הממלכתי, היות שרוב העולים אינם דתיים. אולם בחינה קצת יותר מדוקדקת מלמדת, שחלקם של הילדים העולים שפנו למוסדות חינוך דתיים גדול מחלקם של הדתיים בקרב העולים הבוגרים משתי סיבות עיקריות:

א. ריבוי הילדים בעדה האתיופית הפונים ברובם לחינוך הדתי.  
ב. מספר הילדים רב יותר במשפחות מהאזורים האסייתיים בחבר העמים הנוטות יותר לחינוך הדתי.

בשעה שהמספר הכולל של העולים מארצות חבר העמים לשעבר גדול פי 14 כמעט מהמספר הכולל של עולי אתיופיה, הרי שמספר גילאי 0-14 בקרב העולים מארצות חבר העמים גדול רק פי 5. אם נוסיף לכך גם את העובדה, שצוינה לעיל, שבקרב עולי ארצות חבר העמים הבאים מהרפובליקות האסייתיות יש נטייה גדולה יותר לשלוח את ילדיהם לחינוך הממלכתי-דתי, הרי שאפשר להניח ששיעור הפונים לחינוך הדתי מקרב העולים החדשים אינו נופל משיעורם באוכלוסייה הוותיקה. זאת, למרות ששיעור האוכלוסייה הדתית בקרב כלל אוכלוסיית העולים הבוגרת הוא הרבה יותר נמוך משיעורם באוכלוסייה הכללית.

לגבי ממוצע התלמידים לכיתה לפי פיקוח - בחינוך הממלכתי-דתי אנו עדים לתהליך רצוף של עלייה בממוצע התלמידים לכיתה וכן גם בחינוך העצמאי. למרות זאת, ממוצעי התלמידים בחינוך הממלכתי עדיין גדולים במידה משמעותית מהממוצעים בשני המגזרים הממלכתי-דתי והעצמאי.

### ג. החינוך המיוחד

ככלל אפשר לומר, שבעקבות שינוי במדיניות השמת הילדים בחינוך המיוחד, חלה ירידה משמעותית בשיעור הילדים הלומדים בכיתות נפרדות של החינוך המיוחד בבתי-הספר הרגילים ובבתי-ספר נפרדים של החינוך המיוחד. בחינוך העברי מדובר בירידה מכ-4 אחוז ב-1991 לכ-3 אחוז ב-1997. במגזר הערבי המספרים היו 2.3 אחוז ב-2001 אחוז בהתאמה. קיימים פערים גדולים בין סוגי היישוב ויישובים בודדים בשיעור תלמידי החינוך המיוחד. חלק מפערים אלה ניתן אולי להסביר בעובדה, שחלק מהחינוך המיוחד הוא על-אזורי, ויש בתי-ספר המשרתים תלמידים הגרים ביישובים אחרים. חלק אחר ניתן להסבר במדיניות השמה דיפרנציאלית של אנשי החינוך ברשויות המקומיות השונות.

### 3. חינוך על-יסודי

מערכת החינוך העל-יסודית כוללת שתי מסגרות ארגוניות שכל אחת מהן כוללת שלוש שנות לימוד: חטיבת הביניים (כיתות ז'-ט') והחטיבה העליונה (כיתות י'-י"ב). במקומות שבהם טרם הוקמו חטיבות הביניים כוללת המערכת את כיתות ט'-י"ב בלבד. מבנה ארגוני זה הופך את החטיבה העליונה לגדולה יותר מחטיבת הביניים. בשנת 1997 למדו במערכת העל-יסודית כחצי מיליון תלמידים, מהם כמאתיים אלף בחטיבות ביניים.

שלושה גורמים מרכזיים משפיעים על מספרי התלמידים בחינוך העל-יסודי:

הדמוגרפי - גידול קבוצות הגיל

החינוכי - שיעורי הלמידה

הארגוני - מעבר כיתות ז'-ח' למסגרת חטיבות ביניים.

בצד **הדמוגרפי** אנו מוצאים דמיון בין כיווני ההתפתחות של קבוצות הגיל הרלבנטיות ובין מגמות הגידול במספרי התלמידים. במגזר העברי, המונה למעלה מ-80 אחוז מכלל תלמידי העל-יסודי, גדל מספר התלמידים בכ-4 אחוז בממוצע בשנות התשעים, לעומת 3 אחוז בחומש השני של שנות השמונים ויותר מ-5 אחוז בחומש הראשון של אותו עשור. מתכונת הגידול דומה בשתי חטיבות הלימוד, אך נבדלת בעוצמתה היחסית לפי תקופות: חטיבות הביניים גדלה באופן נמרץ של יותר מ-7 אחוז בממוצע לשנה עד אמצע שנות השמונים. אחר כך הואט הגידול עד סוף העשור, ובראשית העשור הנוכחי שוב התעצם הגידול, עם בוא גל העלייה. בחטיבות העליונות חלו תנודות רבות אך באופן כללי מתקיים בהן גידול ממוצע של 3-4 אחוז מאז ראשית שנות השמונים.

**במגזר הערבי** ניכר גידול משמעותי מתמשך במספר התלמידים בחינוך העל-יסודי במהלך התקופה שמאז 1980: כ-6.5 אחוז בממוצע לחומש 1980-85, כ-6 אחוז בחומש 1985-90, והשיעור מואט לכדי 3.7 אחוז בממוצע לתקופה 1990-95. בתקופה שקדמה לשנת 1980, השיעורים אף היו גבוהים יותר - כ-8.5 אחוז גידול שנתי בתלמידים בממוצע לחומש 1975-80.

חשוב להדגיש כי זהו סך הגידול בתלמידים בשתי החטיבות של החינוך העל-יסודי, שאיננו משקף גידול דמוגרפי בעיקר, אלא דוקא את הגידול בשיעורי הלמידה. לגבי הגידול הדמוגרפי באוכלוסייה זו - תקופה זו

מתאפיינת בגידול דמוגרפי די מתון בקבוצות גיל אלו, ובשיעורי גידול דומים למדי לאלו של האוכלוסייה היהודית (כ-2.5 אחוזי גידול בממוצע לשנה לקבוצות הגיל 14-17).

לגבי התרחבות הנובעת **מהגדלת שיעורי הלמידה**, ניכר כי בשני העשורים האחרונים עדיין חלו שיפורים משמעותיים. השיפור היה דיפרנציאלי לאורך הזמן בין רמות החינוך השונות והמגזרים השונים. במגזר העברי השיפור היה בעיקרו בכיתות הגבוהות של החטיבה העליונה: שיעור הלומדים בקרב גילאי 17 עלה מ-44 אחוז ב-1970 ל-89 אחוז ב-1996. בקרב גילאי 14 הרמה היתה 90 אחוז כבר בראשית התקופה והיא מגיעה ל-100 אחוז ב-1996. גם קבוצת גילאי 15 מגיעה ל-100 אחוז ב-1996. במגזר הערבי עלו שיעורי הלמידה בתקופה זו בגילאי 14-17 מ-29 לכ-70 אחוז ב-1996 (79.5 אחוז בגילאי 14 ו-55 אחוז בלבד בגילאי 17). עלייה זו הינה משמעותית ביותר, אך יחד עם זאת, חשוב לציין, שקצב הגידול הואט מאוד בשנים האחרונות.

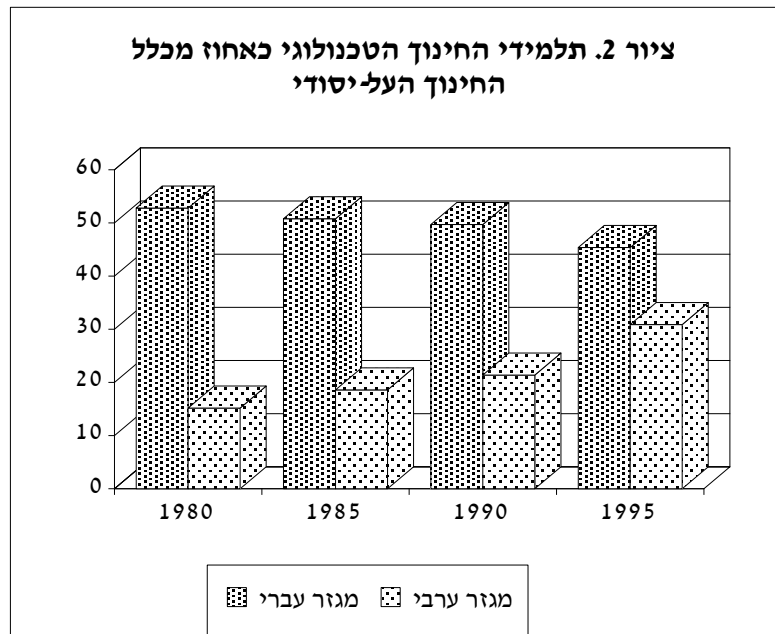
באשר לקצב ביצוע הרפורמה (מעבר לחטיבות ביניים) - בתחילת התקופה היא התבצעה בעיקר במגזר העברי ואילו בסופה קצב היישום המהיר איפיון יותר את המגזר הערבי. התוצאה היא, שהיום תחולת הרפורמה דומה בשני המגזרים - קרוב ל-70 אחוז מכלל התלמידים בחינוך העל-יסודי.

מספר התלמידים בחטיבה העליונה ושיעור הלומדים בה גדל בהתמדה. תהליך זה מבטא את ההתפתחות הדמוגרפית של המגזר העברי, את העלייה, ואת האוניברסליזציה של החינוך העל-יסודי בקרב האוכלוסייה היהודית. תהליך זה מלווה בתהליך מקביל של ירידת חלקו של החינוך הטכנולוגי, ובתוך החינוך הטכנולוגי עלייה מתונה אך רצופה של המסלולים המובילים לבגרות, המהווים כיום למעלה מ-60 אחוז מכלל החינוך הטכנולוגי.

מעניין לציין כי ההשוואה בגודל הכיתות בין החינוך העיוני לחינוך המקצועי מלמדת, שגודל כיתה ממוצע בחינוך העיוני עולה ב-20 אחוז על גודל כיתה הממוצע בחינוך הטכנולוגי (30 תלמידים בממוצע לעומת 25). עובדה זו יכולה להשפיע על הורדת כלל ההוצאה לחינוך העל-יסודי אם יימשך הגידול בחלקו של החינוך העיוני לעומת הטכנולוגי.

לגבי המסלולים המובילים לבגרות בחינוך הטכנולוגי - חשוב לציין, שרק 70 אחוז מתעודות הבגרות שהתקבלו על-ידי בוגרי החינוך הטכנולוגי עומדות בדרישות הסף של האוניברסיטה לעומת 87 אחוז בחינוך העיוני.

במקביל מעניינת מאד העובדה, שתלמידי החינוך הטכנולוגי לומדים יותר יחידות לימוד לקראת תעודת הבגרות (29.4 לעומת 26.6) ומספר מקצועות רב יותר (9.3 לעומת 8.6).



משמעות נתונים אלה היא :

- א. אחוז התלמידים החלשים, המתקשים בהשגת תעודות בגרות, שיזכו אותם באפשרות להמשיך בחינוך הגבוה, גדול יותר בחינוך הטכנולוגי מאשר בחינוך העיוני.
  - ב. תלמידי החינוך הטכנולוגי לומדים יותר שעות ויותר מקצועות מאשר תלמידי החינוך העיוני.
- נשאלת השאלה, האם לא ראוי היה לאפשר דוקא לקבוצת אוכלוסייה זאת לרכז את מאמצי בלימודים במספר קטן יותר של מקצועות שיאפשר לה את המשך הלימודים העל-תיכוניים?

עדות נוספת לעלייה בהישגים החינוכיים של האוכלוסייה בחינוך העל-יסודי מצויה בשיעורי הזכאים לבגרות, שעלו בשנים האחרונות בצורה מרשימה.

**לוח 3. זכאים לתעודת בגרות עם סיום לימודיהם מתוך גילאי 17**  
(אחוז הזכאים בקבוצה המתאימה)

1995	1994	1992	1990	1987	
					<b>חינוך עברי</b>
44	40	38	37	34	סך-הכל
					<b>מין</b>
38	35	32	32	30	בנים
51	46	43	42	39	בנות
					<b>מוצא</b>
51	48	49	47	45	ישראל
34	29	28	27	23	אסיה-אפריקה
50	46	40	44	42	אירופה-אמריקה
					<b>חינוך ערבי</b>
19	16	16	13	14	סך-הכל

עלייה בשיעורי הזכאות לבגרות היא, ללא ספק, התוצאה של העלייה בשיעורי הלמידה בכלל ובשיעורי הלמידה במסלולים המובילים לתעודת בגרות בפרט. בהקשר של הזכאות לבחינות בגרות ראוי לציין מספר נקודות מעניינות:

א. שיעורי ההצלחה בבחינות בחינוך הממלכתי-דתי דומים לשיעורי ההצלחה בחינוך הממלכתי, למרות שהרכב אוכלוסייתו (מבחינה סוציו-כלכלית) הרבה יותר חלש. בחינוך הממלכתי, 81.5 אחוז מאלה שלמדו בכיתה י"ב בשנה שעברה ניגשו לבחינות הבגרות ו-51 אחוז מהם זכו בתעודה. המספרים המקבילים בחינוך הממלכתי-דתי היו 84 אחוז ו-53 אחוז בהתאמה.

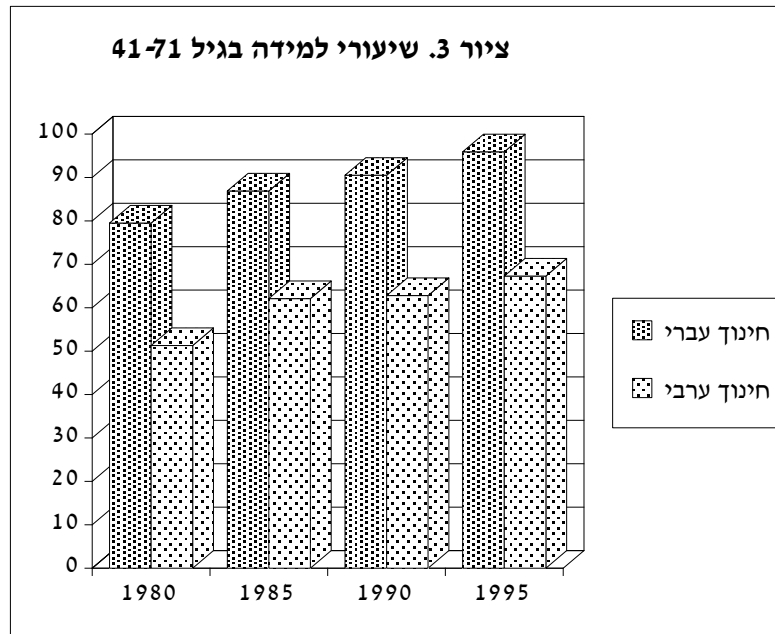
ב. התמונה שתוארה, באשר להבדלים בהישגים בבחינות הבגרות בין תלמידי החינוך הטכנולוגי לתלמידי החינוך העיוני, חלה גם על ההבדלים בין תלמידי החינוך הממלכתי-דתי לתלמידי החינוך הממלכתי: רק 66 אחוז מתעודות הבגרות של תלמידי החינוך הממלכתי-דתי עומדות בדרישות הסף של המוסדות להשכלה גבוהה לעומת 90 אחוז מהתעודות של תלמידי החינוך הממלכתי. לעומת זאת מספר יחידות הלימוד בממלכתי-דתי הוא 30.3 בממוצע לעומת 26.7 בממלכתי, ומספר המקצועות בתעודה 9.3 לעומת 8.8.



- ג. שיעורי ההצלחה של תלמידי החינוך הטכנולוגי נמוכים בהרבה מאלה של החינוך העיוני - 30- אחוז לעומת כ-60 אחוז.
- ד. שיעורי ההצלחה של התלמידים העולים משתווים לאלה של התלמידים הוותיקים (כ-50 אחוז זכאים לתעודת בגרות מבין הלומדים בכיתות י"ב). בהתחשב בעובדה שגם בין העולים נמצאות אוכלוסיות מצוקה (כגון יוצאי אתיופיה והאזורים האסיאתיים של חבר העמים, המונות בין 20 אחוז מכלל העולים - 25 אחוז) זהו הישג מרשים מאד. סביר להניח שהישגי הקבוצה החזקה של העולים גבוהים יותר מהישגי הקבוצה החזקה בקרב הוותיקים, ואילו הישגי הקבוצה החלשה יותר בקרב העולים נמוכים יותר מהישגי הקבוצות החלשות שבין הוותיקים.
- ה. שיעורי ההצלחה של הבנות עולים בהרבה על אלה של הבנים. רובן המכריע (86 אחוז) של בנות ה-17 למדו בשנה שעברה בכיתה י"ב, ומהן 44 אחוז זכו בתעודה. המספרים המקבילים בקרב הבנים היו 74 ו-33 אחוז בהתאמה. אחוז ההצלחה המגולם הוא אפוא 45 אחוז אצל בנים לעומת 51 אצל בנות.

**המגזר הערבי.** חלקו בכלל אוכלוסיית התלמידים בחינוך העל-יסודי עלה מ-3.4 אחוז ב-1960 לכ-18 אחוז היום. זהו אחוז קטן יותר משיעור האוכלוסייה הערבית מכלל האוכלוסייה בגיל זה, והדבר נובע מהפערים בשיעורי הלמידה בין שתי האוכלוסיות. באופן כללי, כפי שראינו לעיל, החינוך העל-יסודי במגזר הערבי ממשיך לפגר במידה רבה אחרי המגזר העברי, הן בשיעורי הלמידה והן בעמידה בבחינות הבגרות. בתקופה הנדונה הפער בין שני המגזרים כמעט ולא השתנה.

בתוך המגזר הערבי בולט מאד ההבדל בין הישגיה של האוכלוסייה הנוצרית לבין ההישגים של האוכלוסייה המוסלמית ושל האוכלוסייה הדרוזית. נקודה מעניינת נוספת היא, שהתופעה הקיימת במגזר העברי, לפיה הישגי הבנות עולים על אלה של הבנים, אינה מתגלה אצל הערבים. תחום אחר בו שונה החינוך העל-יסודי במגזר הערבי מהמגזר העברי הוא התפתחות היקף הלימוד בחינוך הטכנולוגי. תחום זה מגדיל את כוחו במגזר הערבי על חשבון החינוך העיוני. אנו עדים כאן לתהליך דומה לזה שאיפיון את החינוך העברי בשנות הששים והשבעים, כאשר אוכלוסיות שלא נהנו בעבר מהחינוך העל-יסודי מצטרפות אליו, קודם כל, דרך שערי החינוך הטכנולוגי.



על רקע ההתפתחות שאיפיינה בנושא זה את המגזר העברי, ראוי לבחון אם מגמת ההתרחבות שחלה במגזר הערבי היא מגמה חיובית. מכל מקום יש להקפיד מאד על אופיו של החינוך הטכנולוגי המוצע לתלמידים, משקלו לעומת החינוך העיוני, ויכולתו להביא את התלמידים לתעודות בגרות שיעמדו בדרישות הסף לקבלה למוסדות להשכלה גבוהה.

#### 4. השכלה גבוהה

##### א. חינוך על-תיכוני ומכללות

מערכת החינוך הגבוהה כוללת שלוש קטגוריות:

1. אוניברסיטאות
2. מכללות (המוגדרות כמוסדות להשכלה גבוהה שאינם אוניברסיטאות)
3. מוסדות חינוך על-תיכוניים.

מספר הלומדים בחינוך הגבוה נמצא בעלייה מתמדת, והיקפו עולה על 170 אלף תלמידים : מאה אלף באוניברסיטאות, 34 אלף ב"מכללות" ו-38 אלף במוסדות על-תיכוניים שונים. הקטגוריה השנייה לעיל כוללת מכללות שונות למינהל, מינהל עסקים, משפטים, אמנויות, עיצוב וארכיטקטורה. הקטגוריה השלישית כוללת מוסדות להכשרה בהוראה, טכנולוגיה, הנדסאות, טכנאות ומקצועות עזר רפואיים (כולל אחיות). הגידול שחל במספר הלומדים בחינוך העל-תיכוני (על שני מרכיביו) בשנות התשעים הוא עצום בממדיו : מ-30 ל-72 אלף, דהיינו גידול כמעט פי שניים וחצי בפרק זמן של שש שנים. הגידול חסר התקדים כלל הקמה של מוסדות לימוד חדשים, וגידול במספרי התלמידים במוסדות לימוד קיימים.

מספר התלמידים במוסדות המוגדרים כמוסדות להשכלה גבוהה שאינם אוניברסיטאות גדל משמונת אלפים בראשית העשור ל-34 אלף היום. מספר מקבלי התארים במוסדות אלה גדל בתקופה המקבילה מאלף לארבעת אלפים ושיעורם לעומת מקבלי התואר הראשון מהאוניברסיטאות עלה מ-7.5 ל-24 אחוז. זוהי התפתחות דרמטית שהשלכותיה לגבי היקף ההשכלה הגבוהה, נגישותה לכלל האוכלוסייה, ורמתה של ההשכלה הגבוהה טרם נבדקו באופן מקיף.

התרומה הנכבדה ביותר לגידול במספר תלמידי מוסדות אלה היתה בתחומי ההנדסאות, הפקידות והמינהל, והאומנויות. התרומה הגדולה ביותר לגידול במקבלי התארים היתה במוסדות להכשרת מורים שעברו תהליך מואץ של אקדמיזציה.

## **ב. אוניברסיטאות**

מספר הסטודנטים באוניברסיטאות עלה בשיעורים גבוהים מאוד בשנים האחרונות, והדבר מושפע מתרומתה של העלייה, מגידולה הדמוגרפי של קבוצת הגיל הרלבנטית, ומעליית שיעור הלומדים באותה קבוצת גיל. לגבי קצב הגידול במספר הסטודנטים - בהשוואה בין שני החומשים האחרונים, שיעורי הגידול השנתיים השתנו באופן בולט ביותר : שיעור הגידול הממוצע בחומש השני של שנות השמונים, שקדם לראשית העלייה, עמד השיעור על 1.6 אחוז לשנה ומשנות התשעים - קפץ השיעור השנתי הממוצע לכדי 7 אחוז.

הגידול במספר הסטודנטים איננו בולט דוקא בתלמידי התואר הראשון, או השנה הראשונה בתוכו, כלומר איננו נובע רק מן המצטרפים החדשים לשורות הלומדים באוניברסיטה. ניכרת מגמת גידול בקרב הלומדים לתארים השני והשלישי בשיעורים גבוהים למדי. כלומר ניכרת נטייה להמשיך ללימודים גבוהים, להשיג תואר שני ואף להעמיק בלימודים ולהמשיך תואר שלישי.

גידול מספר הסטודנטים בתארים המתקדמים מתבטא בעליית חלקם בסך-כל הסטודנטים: בשנת 1985 למדו כ-16,000 סטודנטים לתארים המתקדמים בכלל האוניברסיטאות, והם היוו כרבע מן הסטודנטים. ב-1996 מספרם עלה לכדי למעלה מ-31,000, כלומר, הכפלה במספרם וחלקם בכלל הסטודנטים גדל לכדי 31 אחוז.

מקובל להציג תכונות מאפיינות לגבי סטודנטים באוניברסיטאות תוך התמקדות בקבוצת גילאי 20-29 כקבוצה העיקרית. ראוי לציין, עם זאת, כי נתונים לגבי התפתחות הגיל החציוני של הסטודנטים מצביעים על כך שהרכב הגיל משתנה במהלך התקופה: באמצע שנות השבעים, 72 אחוז מהתלמידים לתואר ראשון היו בגיל עד 24, השיעור פחת והגיע ל-60 אחוז ב-1985, ועלה שוב ל-68 אחוז ב-1993. אולי מפתיע לגלות, כי על אף השירות הצבאי הארוך יותר של גברים, אין הבדלים גדולים בין הגיל החציוני של נשים וגברים בתוך כל רמת תואר.

שיעורי הלמידה באוניברסיטאות (במגזר העברי) בגילים 20-29 עלו בעשורים האחרונים מ-7.2 ב-1975 לכדי 7.6 ב-1985, ועד ל-9.8 ב-1996. השיעורים נבדלים לפי מין ולפי גיל, ואף לפי מוצא.

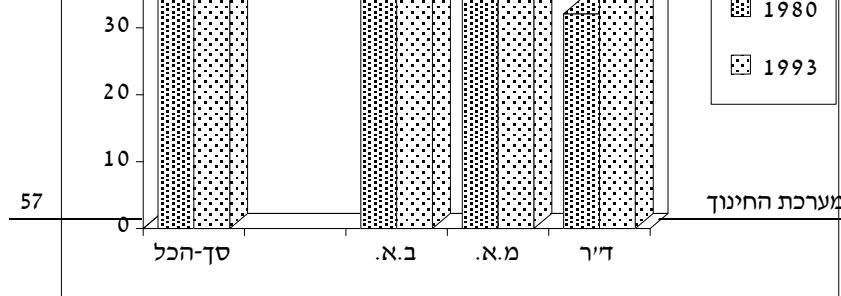
#### לוח 4. שיעורי למידה באוניברסיטאות, גילאי 20-29 (יהודים)

1996	1993	1990	1985	1975	
9.8	8.9	8.0	7.6	7.2	<b>סך-הכל</b>
8.1	7.8	7.3	7.5	8.0	גברים
11.5	10.1	8.7	7.6	6.3	נשים
					<b>ילידי ישראל לפי מוצא אב</b>
14.8	15.3	14.0	13.4	10.0	ישראל
5.8	4.7	3.9	3.7	3.0	אסיה-אפריקה
15.1	14.8	14.2	14.9	14.0	אירופה-אמריקה

בנתונים אלה מתגלה תהליך של סגירת פערים בין קבוצות אוכלוסייה. אולם, בעוד שהפערים בין המינים נסגרו, ושיעורי הלמידה של הנשים אף השיגו בהרבה את אלו של הגברים, הרי לא כך בפערים לפי עדות. בהשתתפות של ילידי ישראל יוצאי אסיה-אפריקה נותר בעיצומו פיגור אדיר, אשר קצב תיקונו 15- השנים האחרונות אינו מבטיח רבות לגבי הצפוי (סגירת הפער כן התקיימה בקרב ילידי ישראל שאביהם יליד ישראל לעומת אלו שאביהם יליד אירופה-אמריקה).

עליית שיעור הנשים בקרב הלומדים בכל רמות הלימוד והתארים הפכה לתופעה בולטת ההולכת ומתבססת. הנתונים מלמדים, כי נשים הפכו לרוב בין הסטודנטים, ומרשים במיוחד לגלות, כי לפי המגמה בעשור האחרון אפשר לצפות כי גם בלימודי תואר שלישי ייעלם לחלוטין הפער בין גברים ונשים.

בהתייחס לשיעור התלמידים במוסדות להשכלה גבוהה לפי מגזר הרי בה בשעה שב1996- כשני אחוז מהאוכלוסייה היהודית למדו במוסדות להשכלה גבוהה, השיעור המקביל באוכלוסייה הערבית היה חצי אחוז בלבד. כמו כן בשעה שבקרב היהודים 68 אחוז מהסטודנטים היו תלמידי תואר ראשון, והשאר תלמידי תואר שני ושלישי, הרי שהמספר המקביל בקרב הערבים היה 82 אחוז.



## 5. כוח אדם בהוראה

כוח האדם בהוראה הוא בעל השפעה מכרעת על עלויות החינוך ועוד יותר מכך - על תוצאותיו. מספר המורים, השכלתם, ותקם, גילם, ודפוסי עבודתם משפיעים ישירות ובאורח מיידי על גודלו של התקציב הנדרש למערכת החינוך ועל תוצאותיה.

מספר המורים בבתי-הספר נאמד בשנת 1997 ב-107,000, ויחד עם גננות בגני-הילדים מגיע מספר עובדי ההוראה ל-120,000. זהו גידול של יותר מ-50 אחוז תוך עשר שנים - **כמעט פי שלושה** מהגידול במספר התלמידים באותה התקופה. לתופעה זאת יש שני הסברים משלימים: האחד, גידול במספר השעות לכיתה ולתלמיד, והשני - הקטנה בהיקפי המישרה הממוצעים של המורים. ייתכן, גם, שחלק מגידול זה נבע ממדיניות מכוונת של משרד החינוך לקלוט מספר גדול ככל האפשר של מורים עולים במשרות חלקיות, על מנת לאפשר את השתלבותם ההדרגתית במערכת החינוך.

מעניין לציין כי ההתפתחויות בביקוש למורים בחינוך העל-יסודי לא היו שונות מאלה שבחינוך היסודי. אמנם שיעורי הלמידה בנקודת המוצא להשוואה היו נמוכים בהרבה מ-100 אחוז, וגדלו במהירות במהלך שנים אלה. גם המשך ביצוע הרפורמה במבנה מערכת החינוך אשר תרם להגדלת הביקוש למורים ברמת גיל זאת, לא הביא לכך ששיעור הגידול במספר המורים בחינוך העל-יסודי יהיה מהיר יותר מאשר בחינוך היסודי. מספר המורים בחינוך העל-יסודי גדל מאמצע שנות השמונים בכ-50 אחוז, שיעור גידול דומה לזה שבחינוך היסודי. ההסבר לכך הוא, שתוספת השעות הגדולה של החומש הראשון של שנות התשעים הגיעה בעיקר לחינוך היסודי, והשפעתה היתה גדולה מזו של תהליך צמצום היקפי המישרה של המורים, המהיר יותר בתת-מערכת זו.

עיון נוסף באיפיוני המורים מלמד על שינויים ניכרים במספר מאפיינים בהרכב כוח ההוראה. שאפשר לרכז אותם בארבעה מקבצים: גידול הוותק של המורים, הקטנת היקף המישרה, גידול אחוז הנשים בין המורים ועליית השכלת המורים.

**א. גידול הוותק**

בעשור האחרון גדל והלך הוותק המקצועי של המורים - החציון הנוכחי הוא 13 שנים במקצוע לעומת 10 שנים באמצע העשור הקודם. עיקר הגידול התרחש במחצית השנייה של שנות השמונים. המחשה נוספת לכך היא, שאחוז בעלי ותק של 21 שנה ומעלה בקרב המורים עלה בתקופה הזאת מ-17 ל-26 אחוז. מן העבר השני ניתן ללמוד על מיעוט בעלי ותק של שנתיים ושלוש שנים, ודבר זה מלמד על נשירה מן המקצוע מיד לאחר שנה אחת או שנתיים.

**לוח 5. מורים בבתי-ספר, לפי ותק (חינוך ממלכתי וממלכתי-דתי) (אחוזים)**

1996	1991	1984	סך-הכל
100	100	100	1
7	6	7	2
5	4	5	3-5
13	12	14	6-10
18	18	25	11-20
30	38	32	21 ומעלה
26	22	17	חציון הוותק
13	13	10	

לשתי תופעות אלה משמעות רבה מבחינה כלכלית. התופעה השנייה שהזכרנו מצביעה על בזבוז ניכר של משאבים המושקעים בהכשרת המורים. הנשירה הגדולה של המורים בשנות עבודתם הראשונות מצטרפת לעובדה שרק כמחצית מבוגרי הסמינרים מצטרפים לכוח ההוראה. המשמעות השנייה היא התייקרות העלויות של כוח העבודה. היות שערכה של שנת ותק אחת הוא כ-2 אחוז מהשכר, הרי שהגידול של שנתיים בוותק הממוצע מוסיף כ-4 אחוז לעלויות השכר. אפשר לראות בכך אחד הגורמים (לא החשוב ביניהם) לעליית ההוצאה הלאומית לחינוך.

**ב. הקטנת היקף המישרה הממוצעת**

ממוצע שעות ההוראה לשבוע הגיע לאחרונה ל-20 שעות לעומת 22 שעות (בחינוך היסודי) ו-24 שעות (בחינוך העל-יסודי) בעשור הקודם. נתונים

אלה מצביעים על התופעה החמורה מאד מבחינת מערכת החינוך, הלא היא צמצום מתמיד של היקפי המישרה של המורים. תופעה זאת מתרחשת בכל המגזרים ובכל רמות החינוך.

הסיבות לתופעה הן בוודאי רבות ומורכבות. סיבה אחת לכך היא הפמיניזציה ההולכת וגוברת של המקצוע. סיבה שנייה נעוצה במדיניות הפרופסיונלית של ארגוני המורים, או על כל פנים במפגש בין דרישות המורים ובין עמדת האוצר. על פי מדיניות זאת, צמצום היקפי המישרה - ללא צמצום מקביל של השכר - עדיף על תוספת שכר כשהיא כרוכה בהגדלה של היקף המישרה. לתופעה זאת יש השפעה מרחיקת לכת על הביקוש למורים ורמתם.

העובדה, שמורי בית-הספר היסודי, אשר תקן משרתם הוא 30 שעות לשבוע, ומורי בית-הספר העל-יסודי שהתקן שלהם הוא 24 שעות - אלו כאלו בוחרים לעבוד אותו מספר שעות (20 שעות בלבד), מצביעה על העדפות המורים בין שכר ובין היקף מישרה. מעניין לציין בהקשר זה, שהעלאות השכר הניכרות בשנים האחרונות לא חוללו שינוי בכיוון של הגדלת היקף המשרות הממוצע, ואולי ההיפך מכך הוא הנכון.

ייתכן, עם זאת, שאימוץ שיטות תגמול חדשות ויצירתיות יכול להשפיע על חלק מהמורים להגדיל את היקף משרתם. יחד עם זאת יש להיות מודעים לכך, שכל פעולה ליצירת מערכת תמריצים, המשנה באורח מהותי את המבנה הקיים של מערכת השכר, היא בבחינת זעזוע רציני של כל מערכת השכר במשק. די אם נציין, שבגלל היקפו של כוח האדם הפועל במערכת החינוך, כל תוספת של 1 אחוז לשכר המורים משמעותה גידול בעלויות של כ-130 מיליון שקל למערכת כולה.

### ג. גידול אחוז הנשים בין המורים

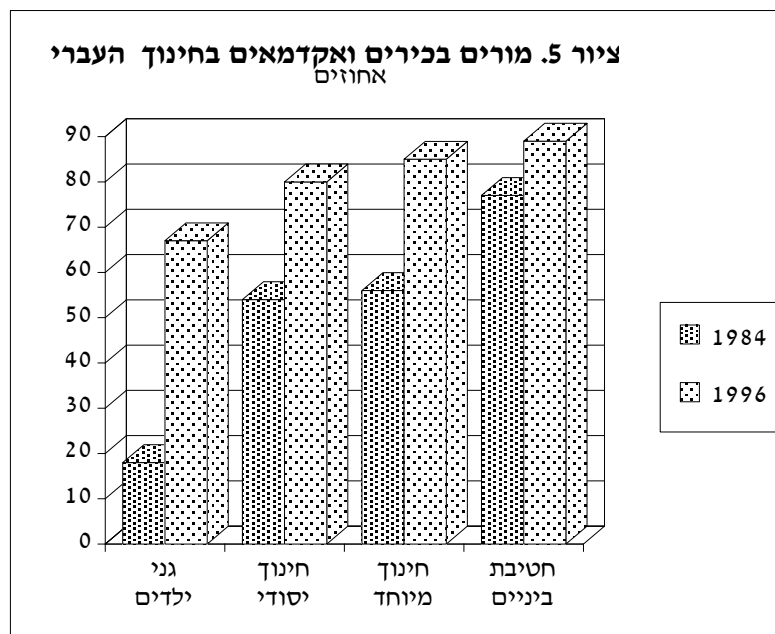
שיעור הנשים בקרב כוח ההוראה גדל והולך. סקר כוחות ההוראה מצביע על כך, שבמגזר העברי תהליך הפמיניזציה הגיע לידי מיצוי מלא, כמעט, כאשר שיעור הנשים שם הגיע ל-90.4 אחוז ב-1993 והיום אולי לאחוז גבוה יותר. בחטיבות הביניים שיעור הנשים עלה מ-74.1 אחוז ל-77.8, ובחטיבה העליונה הוא הגיע ל-65 אחוז. במגזר הערבי המספרים המקבילים היו 54 אחוז בחינוך היסודי, 33 אחוז בחטיבות הביניים, ו-26 אחוז בחטיבה העליונה. לעובדה זאת יש השפעה רבה על היקף המישרה הממוצע של המורים מחד גיסא, על הביקוש למורים (הגדלת אחוז

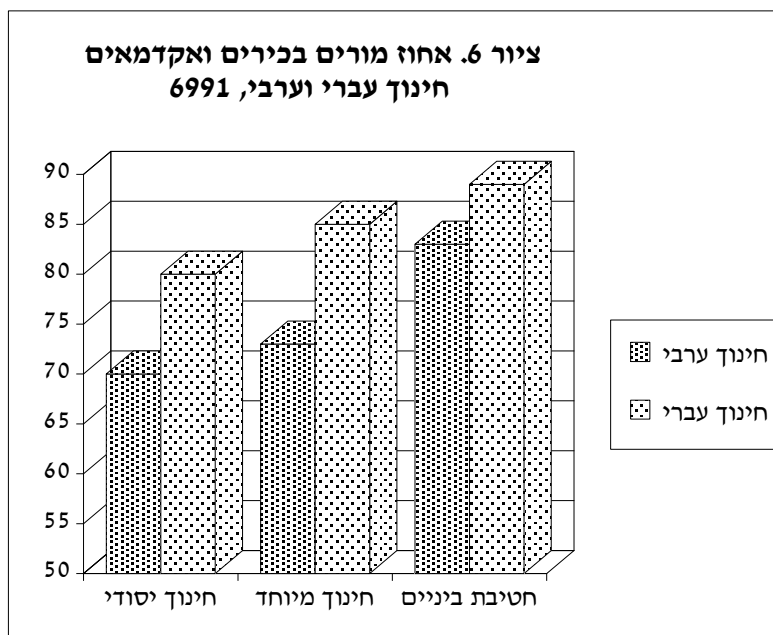
המורות היוצאות לחופשת לידה) ועל עלות כוחות ההוראה (תוספת שעות גיל ואימהות) מאידך גיסא.

#### ד. עליית השכלת המורים

בתקופה האחרונה אנו עדים לתהליך מואץ של אקדמיזציה בסגל ההוראה. היקפו של התהליך וקצבו משתנים בין דרגות החינוך השונות ומגזרי החינוך השונים. בחינוך העברי יש ירידה משמעותית בשיעור המורים הבלתי מוסמכים וה"מוסמכים" (לעומת "בכירים" ו"אקדמאים") בכל דרגות החינוך. במגזר הערבי מתרחש, באופן מפתיע, גידול בשיעור המורים הבלתי מוסמכים בחינוך היסודי ובחטיבות הביניים, במקביל לעלייה לא גדולה בשיעור המורים האקדמאים.

הנחת היסוד היא, שתהליך שיפור השכלתם של מורים מלווה גם בשיפור איכויות ההוראה; מצד שני הוא תורם משמעותית להגדלת עלויות השכר: מורה אקדמאי מתחיל, בשנת הוותק הראשונה שלו, משתכר כ-5 אחוז יותר ממורה בכיר, וכ-15 אחוז יותר ממורה מוסמך.





#### ה. מורים לפי סוגי פיקוח ומגזרי החינוך

בנוסף לשינויים הכלליים, עליהם עמדנו בארבעת המקבצים לעיל, מעניין לבחון האם יש הבדל במגמות בין סוגי הפיקוח והמגזרים השונים (לוח 6). במספר תכונות הדמיון בין המורים בכל סוגי הפיקוח הוא רב או ניכר (חציון הגיל, חציון הוותק, וחציון שעות העבודה). לעומת זאת בתכונות אחרות קיים הבדל ניכר. אחוז הנשים בחינוך העצמאי נמוך משמעותית מהאחוז בחינוך הממלכתי, אחוז בעלי הדרגה האקדמית שם נמוך במידה משמעותית לעומת אחוזם בחינוך הממלכתי ובחינוך הממלכתי-דתי, ואחוז המלמדים שני מקצועות או יותר בחינוך העצמאי גבוה בהרבה מאשר בחינוך הממלכתי. נראה לנו, שנתונים אלה מצביעים על רמת הכשרה נמוכה יותר בחינוך העצמאי מאשר בשני סוגי הפיקוח האחרים. ראוי לציין, שמדובר במורים עובדי מדינה במגזר העצמאי; קרוב לוודאי שהנתונים לגבי המורים שאינם עובדי מדינה נמוכים עוד יותר.

באיפיון אחר של המורים, גדל הדמיון בין המגזרים: נראה שהחינוך הממלכתי-דתי והחינוך העצמאי עוברים אותם תהליכי פמיניזציה, עליית גיל, צמצום היקף מישרה ואקדמיזציה בדומה למה שעובר החינוך הממלכתי, אך בקצב איטי יותר.

מההשוואה בין החינוך היהודי והערבי בולטות העובדות הבאות. תהליכי הפמיניזציה במגזר הערבי עדיין לא הגיעו לרמתם במגזר העברי אם כי הגידול הוא ניכר. הסיבה לכך היא ככל הנראה שתחום ההוראה הוא אחד התחומים הבודדים המבטיחים עבודה מקצועית ויוקרה חברתית במגזר זה לבעלי השכלה אקדמית. עובדה זאת מסבירה ככל הנראה, גם את הנכונות של המורים במגזר זה לעבוד בהיקפי מישרה גדולים יותר. למרות האמור לעיל, שיעור בעלי ההשכלה האקדמית בחינוך היסודי במגזר הערבי נמוך משמעותית לעומת המגזר העברי.

ההשוואה בין כוחות ההוראה בחטיבה העליונה לפי סוגי פיקוח מצביעה על כמה נקודות מעניינות.

א. שיעור הפמיניזציה בחינוך העצמאי גבוה יותר מאשר בחינוך הממלכתי ובחינוך הממלכתי-דתי.

ב. בחלק מהמאפיינים החינוך העצמאי דומה יותר לחינוך הממלכתי מאשר לחינוך הממלכתי-דתי (שיעור המורים ממוצא אסיה-אפריקה, וחציון הוותק).

ג. החינוך הממלכתי עולה בהשכלת מוריו על שני סוגי הפיקוח האחרים, ורמת ההתמחות של מוריו (המתבטאת בשיעור המורים המלמדים מקצוע אחד) גבוהה יותר.

**לוח 6. מורים במערכת החינוך לפי פיקוח ומגזר -  
איפיונים נבחרים 1992-93**

מגזר ערבי	עצמאי	ממלכתי -דתי	ממלכתי	
<b>חינוך יסודי</b>				
7,345	2,781	10,661	26,846	סך-הכל
53.7	72.6	83.9	94.8	אחוז נשים
	28.8	55.9	34.3	אחוז ממוצא אסיה-אפריקה
35.8	35.4	37.8	39.4	חציון גיל
14.9	11.6	14.2	13.8	חציון ותק
26.1	22.3	22.4	22.8	חציון שעות עבודה בשבוע
14.5	18.9	23.4	24.6	אחוז בעלי דרגה אקדמית
				אחוז מלמדים ב-2 מוסדות ויותר
3.9	3.1	9.0	6.5	אחוז מלמדים ב-2 מקצועות ויותר
34.5	32.3	20.2	17.5	
<b>חטיבת ביניים</b>				
2770	122	3,415	12,014	סך-הכל
32.6	79.6	60.8	82.6	אחוז נשים
	35.3	46.3	29.6	אחוז ממוצא אסיה-אפריקה
36.8	42.0	40.2	40.8	חציון גיל
11.9	13.5	16.3	14.5	חציון ותק
14.1	16.3	21.0	20.7	חציון שעות עבודה בשבוע
41	22.4	54.1	60.7	אחוז בעלי דרגה אקדמית
				אחוז מלמדים ב-2 מוסדות ויותר
5.7	4.1	8.1	4.8	אחוז מלמדים ב-2 מקצועות ויותר
32	70.0	35.6	25.7	
<b>חטיבה עליונה</b>				
3057	1,835	6,233	19,347	סך-הכל
26.4	70.1	54.1	68.5	אחוז נשים
	26.4	38.6	26.8	אחוז ממוצא אסיה-אפריקה
35.2	41.7	42.1	42.3	חציון גיל
9.7	15.8	17.2	16.2	חציון ותק
24.1	17.6	20.6	21.5	חציון שעות עבודה בשבוע
71	32.5	65.1	70.0	אחוז בעלי דרגה אקדמית
				אחוז מלמדים ב-2 מוסדות ויותר
8.3	4.1	9.0	6.2	אחוז מלמדים ב-2 מקצועות ויותר
23.6	52.1	28.6	17.9	



## שירותי הבריאות

### 1. ההוצאה על הבריאות

שירותי הבריאות בישראל נמצאים בתקופת מעבר שבה מעורבים מספר שינויים בו זמנית. במקביל לניסיונות הממשלה לצמצם את מעורבותה במימון שירותי הבריאות, חוקק חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, חוק בעל השפעות מרחיקות לכת, שעדיין לא ניתן לחזותן במלואן, על תפקידי קופות-החולים, גודלן, הרכבן ונפח פעילותן. במקביל נעשים ניסיונות לארגן מחדש את אופי הפעילות של בתי-החולים תוך הכנסת מרכיבים של ביזור בתהליכי קבלת ההחלטות התכנוניות והכלכליות. ניסיונות אלו נועדו להכניס גורם מוגבר של הפרטה, שינוי בעלות והיענות לאיתותים של השוק כדי להפוך את מערכת הבריאות לכלכלית יותר. כאמור, קיימת אי ודאות רבה לגבי המבנה העתידי של המגזר כולו, משקל הפעילות העסקית בו, האוניברסליות במתן שירותים, השוויוניות בקבלתם, ותפקידי הממשלה בייצור ובמימון שירותים אלה.

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, בדומה לשאר מדינות המערב, ממשיכה לעלות בהתמדה, הן במונחים מוחלטים והן במונחים יחסיים. הממשלה בישראל החליטה להקטין את חלקה במימון הוצאות הבריאות. הדבר מתגלה במדיניותה להקצאת המשאבים בתחום זה, אך בגלל מורכבות הבעיה קצב השינויים הוא איטי מאוד, מגמות הטווח הקצר אינן אחידות, אך מגמת הטווח הארוך ברורה למדי.

ניתן להבחין בהבדל בגישות בין ההקצאה הממשלתית לחינוך לבין ההקצאה הממשלתית לבריאות. בתחום החינוך, אמנם התחוללה שחיקה זמנית בשנים 86-1983 עם שיעורי גידול שליליים להוצאה הממשלתית, אבל מאז מתקיימים שיעורי גידול חיוביים יציבים עם מגמה כלפי מעלה בשמונה השנים האחרונות. לעומת זאת, שיעורי השינוי בהוצאה הממשלתית לבריאות מתנדנדים בצורה חריפה. הדבר מצביע על מבוכה ועל חוסר האפשרות ליישם את שאיפת הממשלה לצמצם את חלקה במימון שירותים אלה. לאחר כל שנה שבה יש צמצום מוחלט (או יחסי)

בהוצאה לבריאות, באה שנה אחת או יותר עם גידול משמעותי בהוצאה זו. הפירוש שאפשר לתת לדפוס זה הוא שבכל שנה שבה הממשלה מצמצמת את השתתפותה בהוצאה הלאומית לבריאות, הדבר גורם למשבר בשירותים אלה, המחייב אותה להתערב ולהגדיל בצורה משמעותית את הוצאותיה בשנה שאחריה. כלומר, בשמונה עשרה השנים שחלפו, לא נמצא המנגנון אשר יאפשר לממשלה לצמצם את חלקה בשירותי הבריאות ובמקביל לא לפגוע באילוצים החברתיים והאידיאולוגיים המנחים אותה.



ההוצאה הלאומית לבריאות הינה ברמה של כ-8.7 אחוז מהתמ"ג והיא במגמת עלייה. הממשלה (יחד עם הרשויות המקומיות) נהגה בעבר לממן כ-50 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, ואף יותר מכך. אך מאז אמצע שנות השמונים החלה ירידה בחלק הממשלה במימון שירות זה. ההוצאה

הממשלתית השוטפת לבריאות, בממוצע לנפש, היתה ברמה של 1,856 ש"ח (של 1996) ב-1980. באותה שנה היווה סך ההוצאה הממשלתית לשירות זה 3.7 אחוז מהתמ"ג. ב-1993, שהיתה שנת שפל מבחינת משתנים אלה, הגיעה הוצאה זו לנפש לכ-1,605 ש"ח ומשקלה בתמ"ג ירד ל-3.1 אחוז. 1994 היא שנת משבר כספי בשירותי הבריאות ובקופות-החולים. בשנה זו נחתמו הסכמי עבודה במגזר אשר הביאו לעליות שכר משמעותיות והתייקרות של עלויות. שני דברים אלה חייבו התערבות ממשלה כדי למנוע את התמוטטות מערכת הבריאות. התוצאה הייתה קפיצה של 21 אחוז בהוצאה הממשלתית בסעיף זה, שעלתה לשיעור של 3.8 אחוזי תוצר, והסכום בממוצע לנפש הגיע ל-2,005 ש"ח. מאז מהווה הוצאה ממשלתית זו כ-3.6 עד 3.8 אחוז מהתמ"ג.

ב-1997 צפויה ההוצאה הממשלתית השוטפת לבריאות להסתכם ב-11.2 מיליארד ש"ח (במחירי 1996) - גידול ריאלי של 1.8 אחוז לעומת 1996, אך לשנת 1998 הוקטן התקציב כמעט ב-200 מיליון ש"ח. מן הראוי לציין, שבשנת 1997 חל שינוי בשיטת התיקצוב של ההוצאה הממשלתית לבריאות. עד סוף 1996 היווה המס המקביל 4.93 אחוז מתשלומי השכר במשק. שלוש נקודות אחוז שולמו על-ידי המעסיקים ו-1.93 אחוז מומנו על-ידי שיפוי ממשלתי לביטוח הלאומי. החל ב-1997, בוטל המס המקביל והסכומים שבעבר נגבו באמצעותו הפכו לחלק מתקציב משרד הבריאות, ומועברים על-ידו, באמצעות המוסד לביטוח לאומי, לקופות-החולים.

שירותי הבריאות מורכבים בעיקרם משתי תת-מערכות גדולות ושוות גודל: האחת אמבולטורית (מרפאות ושירותים מונעים) והאחרת אשפוזית. הגורמים הפועלים במישרין במערכת הם רבים, אך הראשיים שבהם הינן הממשלה וקופות-החולים. עם זאת, האחריות העליונה לנושא הבריאות היא בידי הממשלה.

## 2. מערכת האשפוז

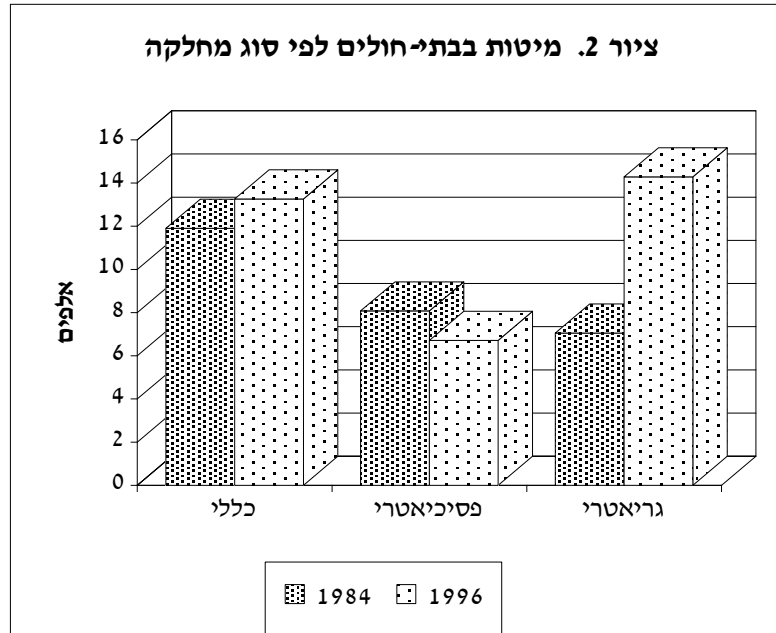
בתי-החולים משלימים את השירותים המרפאתיים הענפים הקיימים במדינה והם אמורים לספק טיפולים אינטנסיביים יותר מאלו שניתן לספק בקהילה. הגדרה זו היא מספיק כללית כדי לאפיין את ההתמחות הנבדלת להלכה של כל אחת משתי המערכות העיקריות. אמרנו להלכה, משום שבפועל אין הדברים מתקיימים באופן מלא, ובמיוחד ניתן לראות

את השינויים המתרחשים בנידון על פני זמן. השינויים אינם חד-כיווניים : באופן היסטורי הכיוון היה בדרך כלל של העברת טיפולים מבתי-החולים אל המרפאות הקהילתיות. עם הזמן, ועקב תמריצים שונים, יש מעברים גם בכיוון הנגדי, היינו - הרחבת השירותים המרפאתיים המוגשים על-ידי בתי-החולים.

אפשר לאפיין את מערכת האשפוז בשני ממדים : הממד האחד הוא לפי הבעלות על בתי-החולים, והממד השני הוא על פי התמחותם. מבחינת הבעלות אנו מוצאים ארבע קבוצות בעלות : בתי-חולים ממשלתיים, בתי-חולים של קופת-חולים, בתי-חולים ציבוריים (כגון "הדסה"), ובתי-חולים פרטיים. במישור ההתמחות אפשר לחלק את המוסדות השונים לשלוש קבוצות : בתי-חולים כלליים, בתי-חולים פסיכיאטריים, ומוסדות גריאטריים (ליתר דיוק - לחולים כרוניים).

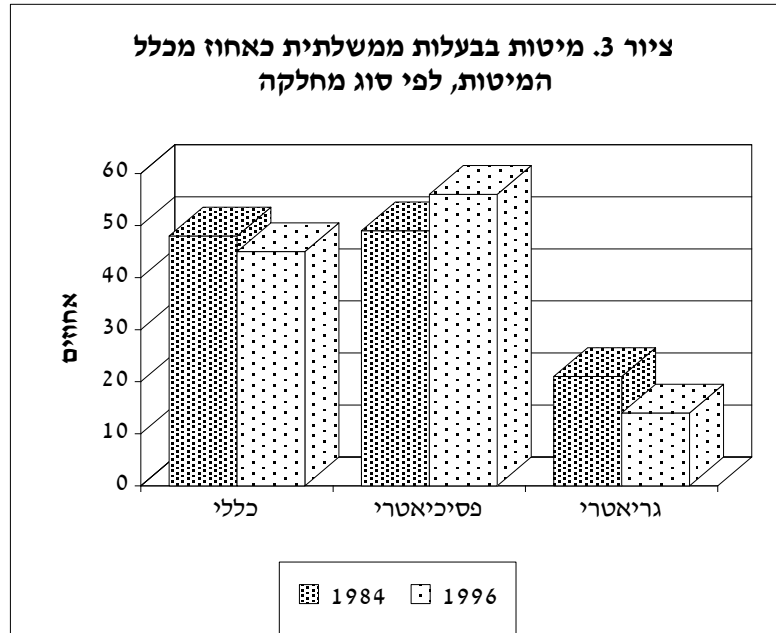
על אף החלוקה הזאת יש לציין, כי בתי-חולים כלליים רבים כוללים גם מחלקות פסיכיאטריות ומחלקות גריאטריות. לכן, בתיאור התפתחותה של מערכת האשפוז יש מקום לדבר ברמה של מחלקות ומיטות ולא של מוסדות. בישראל קיימות היום 34 אלף מיטות, מהן 13 אלף מיטות כלליות, וכמספר הזה בערך מיטות לחולים כרוניים. הקבוצה השלישית מונה כשבעת אלפים מיטות לחולים פסיכיאטריים, ועוד כשש מאות מיטות שיקומיות.

ההתייחסות לעניין הבעלות וההתמחות כאל ממדים נפרדים מסתירה קשר עובדתי מסוים הקיים בין שניהם : ראשית, חלק גדול מהמוסדות הפרטיים הם לחולים גריאטריים ופסיכיאטריים. שנית, מוסדות קופת-חולים הם לרוב בתי-חולים כלליים. שלישית, חלק גדול מבתי-החולים הפסיכיאטריים הם בבעלות ממשלתית. עובדות אלו הן תולדה של התפתחות היסטורית. בתי-החולים הציבוריים הם למעשה התשתית הראשונית של מערכת האשפוז בארץ, והם הוקמו על-ידי ולמען היישוב היהודי. בתי-החולים הממשלתיים הם ממשיכיהם של המוסדות המנדטוריים, שבאו להשלים עבור המגזר הערבי את החסר שהיה אצלם בתחום זה. כיום אי אפשר למצוא הצדקה עניינית מדוע בית-החולים "שיבא", למשל, הוא ממשלתי, "איכילוב" הוא עירוני, ו"ביילינסון" ("רביץ") הוא של קופת-חולים הכללית. התייחסות זו אינה לצד הפורמלי גרידא ; לשם דוגמא, אחת הבעיות הנובעות מכך היא הקושי של משרד הבריאות להשתחרר מעול ניהולם של בתי-החולים, כפי שמומלץ ומקובל על הכל מזה שנים.



**לוח 1. התפלגות מיטות בבתי-חולים לפי סוג ובעלות**

גריאטרי		פסיכיאטרי		אשפוז כללי		
1996	1984	1996	1984	1996	1984	
100	100	100	100	100	100	<b>סך-הכל</b>
14	21	58	49	45	48	ממשלתי
7	12	5	7	30	31	קופות-חולים
42	28	2	3	20	19	מלכ"רים אחרים
38	39	36	41	5	3	פרטי



ההתחלקות של בתי-החולים והמיטות לפי בעלות אינה מספקת תמונה מלאה של הנושא. איפיון משמעותי יותר מתקבל מהסתכלות על הבעלות בכל אחד משלושת סוגי ההתמחות. מסתבר, כי בתוך בתי-החולים הכלליים, כמעט מחצית (45 אחוז) המיטות הן במוסדות ממשלתיים, פחות משליש בקופת-חולים (30 אחוז), חמישית בבתי-חולים ציבוריים, ו-5 אחוז בלבד במגזר הפרטי. אם בוחנים את ההתפתחות על פני זמן, מאז 1984 פחת במקצת חלקם של המוסדות הממשלתיים (מ-48 ל-45 אחוז), וחלה הכפלה בשיעורם של המוסדות הפרטיים, אם כי מספרם המוחלט הוא עדיין זעום: 600 מיטות היום לעומת 300 באמצע שנות השמונים. מן הראוי לציין, שעל אף שבתי-החולים הכלליים מהווים רק 40 אחוז מכלל המיטות, הרי שמבחינת מספר המאושפזים, מדובר ברובם

המכריע של המאושפזים על פני השנה: בסך הכל אושפזו בבתי-חולים אלה כמעט מיליון נפש, לעומת כ-20 אלף בשתי ההתמחויות האחרות (פסיכיאטרייה וגריאטרייה) יחדיו. מכאן, שלגבי מרבית המאושפזים, החלוקה הסקטורלית הרלבנטית היא זו שהצגנו לגבי בתי-חולים כלליים; כמעט מחצית מכלל המאושפזים במדינה נמצאים במוסדות ממשלתיים, קצת פחות משליש במוסדות של קופת-חולים וכרבע במוסדות אחרים. כדי להמחיש את משמעות הדבר - סוגיית ניהולם של בתי-החולים הממשלתיים ("התיאגוד" הנדון בחלקו השני של דו"ח זה) מתייחסת כמעט למחצית המאושפזים במדינה או, אם לקשר אירוע ספציפי לעניין זה - מחצית מכלל המאושפזים במדינה חווים על בשרם אירועים כמו השביתות שהיו לאחרונה באשפוז הממשלתי.

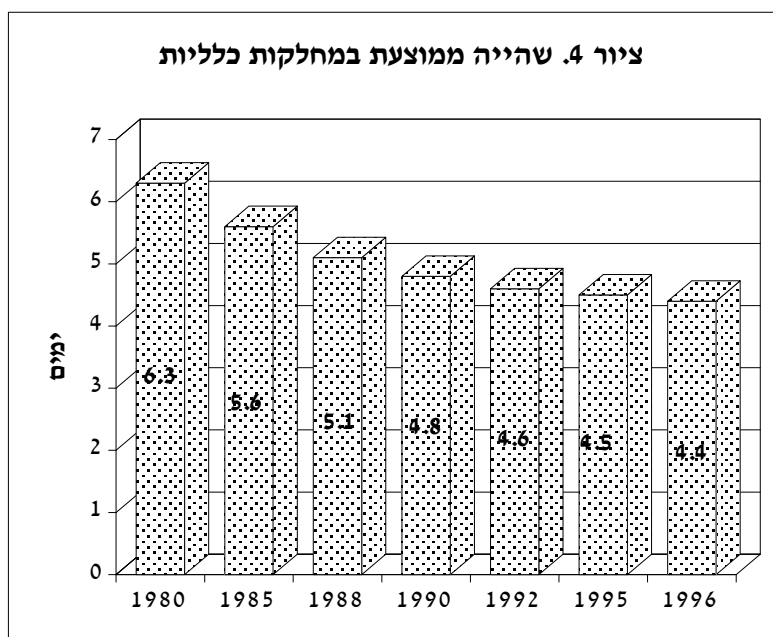
### 3. משך האשפוז

אורך האשפוז של החולים הוא פרמטר אחד בעל חשיבות רבה להתפתחותה של מערכת הבריאות. נתוני האשפוז כוללים בדרך כלל שני פרמטרים: מספר המאושפזים, ומספר הימים בו שהו כלל המאושפזים על פני השנה. חילוק שני המספרים הללו נותן את מספר ימי השהייה הממוצע למאושפז. בעניין זה חשוב מאד להבחין בין שלוש ההתמחויות: במוסדות הפסיכיאטריים והגריאטריים, האשפוזים הם מעטים, יחסית, אך כל מאושפז שוהה במוסד בדרך כלל תקופה ממושכת. כפי שכבר ניתן היה ללמוד מהסעיף הקודם, אף ש-60 אחוז מכלל המיטות במדינה הם במוסדות (או מחלקות) גריאטריים ופסיכיאטריים, הרי רק אחוז זעום מכלל המאושפזים נמצא במוסדות אלו. ואולם השהייה הממוצעת שם היא בסביבות חצי שנה. לעומת זאת, בבתי-החולים הכלליים מאושפזים על פני השנה כמיליון נפש, והם נמצאים שם בממוצע כארבעה ימים עד שחרורם מהאשפוז.

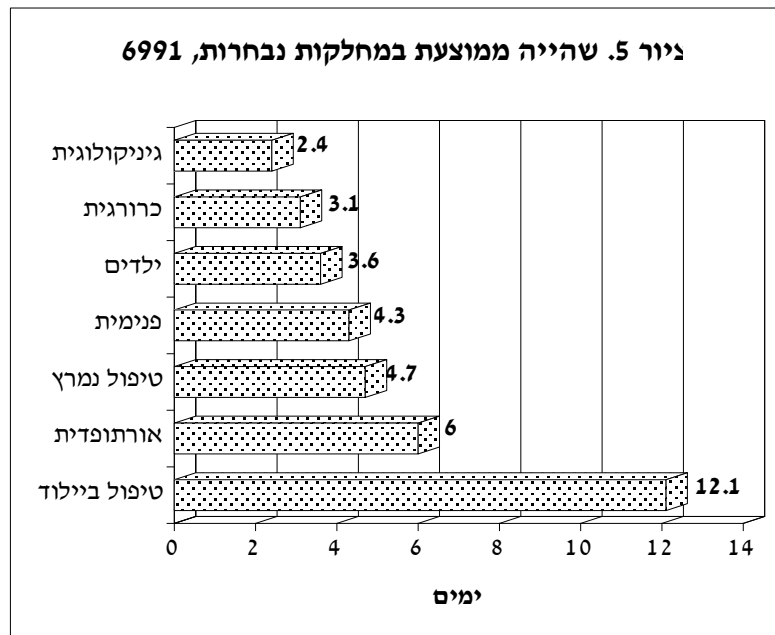
הנתון האחרון איננו קבוע על פני זמן. בתקופה הארוכה הנסקרת בדו"ח זה ירדה השהייה הממוצעת מ-6.3 ב-1980 ל-4.5 ב-1995, ירידה של יותר מ-25 אחוז. עיקר הירידה התרחש בשנות השמונים, שבסופן היתה השהייה הממוצעת 4.8 ימים למאושפז. בשש השנים מאז 1990 הואטה מאד הירידה בשהייה הממוצעת.

מה קובע את השהייה הממוצעת? לכאורה, ייתכן שהטיפול נעשו אינטנסיביים ויעילים יותר, מה שאיפשר לקצר את משך השהות בבית-

החולים. גם הפרוצדורה הרפואית הולכת ומשתנה על פני השנים, והנטייה לשחרור מוקדם היא נטייה רווחת מאד. גורם שלישי העשוי להסביר את התקצרות האשפוז הוא שינוי בהרכב של המאושפזים מבחינת גורם התחלואה. כי זאת לדעת, שאורך האשפוז תלוי גם בסוג האשפוז, או בגורם לאשפוז.



התחום העתיר ביותר בימי אשפוז הוא המחלקות לטיפול נמרץ ביילודים, שבהן שהייה הממוצעת היא 12 יום (לעומת 4.4, כאמור, במוצע הכללי). להוציא תחום חריג זה, אפשר לומר, שאורך האשפוז הממוצע נע בין 2.5 ל-6 ימים, כאשר בקצה הנמוך אנו מוצאים את המחלקות גניקולוגיה ועיניים ובקצה הגבוה - אורטופדיה. אם בוחנים את השינויים על פני זמן תוך התייחסות נבדלת לסוג הטיפול, אנו מוצאים כי הירידה הדרמטית ביותר בשהייה הממוצעת בין ארבעת התחומים הגדולים התרחשה בכירורגיה כללית, בה ירד אורך האשפוז בכ-60 אחוז, מ-7.3 ימים ב-1980 ל-3.1 ימים ב-1996.

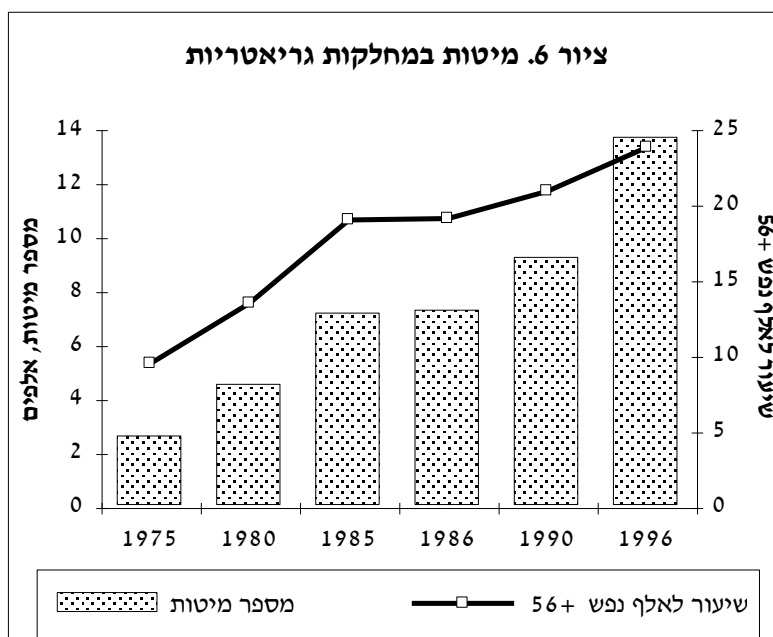


**לוח 2. שיעור מיטות לפי התמחות (שיעור לאלף נפש)**

1996	1995	1990	1985	1980	
6.0	5.9	6.0	6.5	6.7	<b>סך-הכל</b>
2.3	2.4	2.6	2.8	3.0	כללי
1.2	1.2	1.5	1.8	2.2	פסיכיאטרי
2.4	2.3	1.9	1.7	1.2	גריאטרי
					גריאטרי לכל
24.9	23.8	20.9	19.0	13.5	אלף גילאי +65

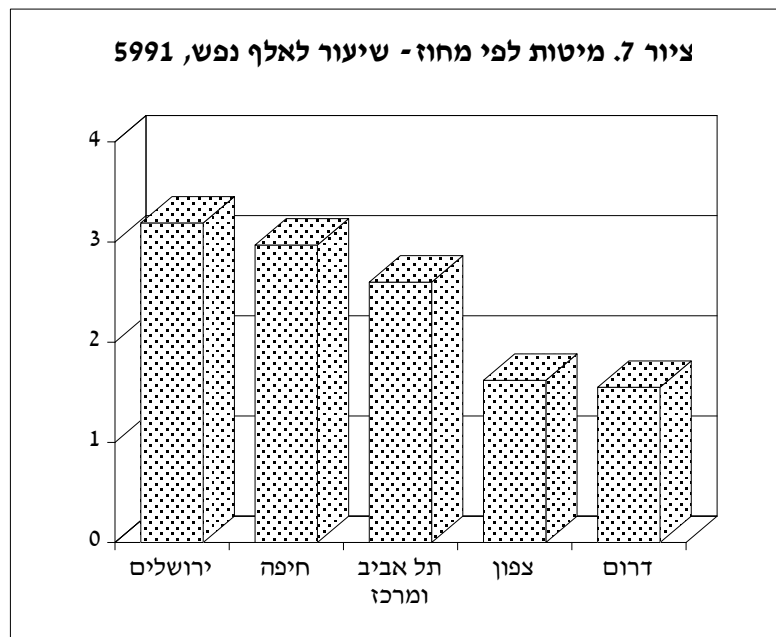
עד כה התייחסנו להסברים אפשריים לקיצור האשפוז במישור הרפואי בלבד - שינוי בשיטות הטיפול, בגישה הרפואית ובהרכב התחלואה. ואולם, לא ניתן להתעלם מגורם נוסף אשר נוטל לפחות חלק כלשהו בעניין, והוא - האילוצים הכלכליים. קשה בעניין זה לקבוע סיבה ומסובב,

אבל עובדה היא שהגידול במספר המיטות במוסדות האשפוז למיניהם לא הותאם לגידול האוכלוסייה. במהלך כעשור וחצי גדלה האוכלוסייה בישראל ב-46.7 אחוז, ובאותו זמן גדל מספר המיטות ב-35.2 אחוז. התוצאה היא, שמספר המיטות בממוצע לנפש פחת בעשירית, מ-6.7 ל-6.0 לאלף נפש.



הירידה הגדולה ביותר נרשמה במיטות פסיכיאטריות, ירידה כמעט במחצית, ובמיטות כלליות - ירידה של כמעט רבע. לעומת זאת חל גידול רב במיטות גריאטריות - במונחים מוחלטים גדל מספר המיטות מכ-7,000 באמצע שנות השמונים לכ-14,000 כעבור עשר שנים, ובמונחים יחסיים, בהתחשב בגידול האוכלוסייה היתה הכפלה בין 1980 ל-1996. כאשר בוחנים את המספרים האחרונים תוך התחשבות בשינוי הדמוגרפי, היינו הזדקנות האוכלוסייה, הגידול היה קצת פחות מהכפלה, 25 מיטות לאלף קשישים לעומת 13.5 בראשית התקופה.

כאמור, הגידול הרב בתחום הגריאטרי הוא חריג, בעוד שבתחום המרכזי - אשפוז כללי - היה פיגור בהתאמת מספר המיטות אל גודל האוכלוסייה. נראה, כי במידה חלקית לפחות, הלחץ הדמוגרפי, שלא נענה בהתאמה אוטומטית של מספר המיטות, הביא להתייעלות בניצול מתקני האשפוז. אבל בה בעת סביר שמיעוט המשאבים הכתיב את הפיגור בהתאמה, וכך נוצר מצב, שכיום מורגש מחסור ממשי במיטות במחלקות שונות.



עד גבול מסוים פועל השיקול הכלכלי (או האילוץ התקציבי) בד בבד עם השיקול הרפואי ועם התפתחות הטכנולוגיה. מעבר לגבול הזה - אשר מתרחש בפועל לפחות בחלק מבת-החולים - המחסור במיטות תורם להתפתחות שנמצאה לעיל, דהיינו קיצור האשפוז של חולים שונים על מנת לפנות את מיטתם לחולים חדשים, ולא משום שמשך האשפוז היה מספיק.

היבט נוסף לסוגיה זו הוא ההבדל הבין-אזורי בעניין זמינות האשפוז. קשה לקבוע באופן חד את השייך בין אוכלוסייה באזור מסוים לבין הסדרי האשפוז העומדים לרשותה. לעתים קרובות, תושבי מחוז אחד מקבלים את טיפולם הרפואי, ובמיוחד בתחום האשפוז, במחוז אחר. אבל בקווים כלליים אפשר לומר, שמתקני האשפוז של מחוז נתון משרתים בעיקר את תושביו של אותו מחוז. והנה, הנתונים מלמדים כי תושבי מחוזות הצפון והדרום נמצאים בנחיתות ממשית לעומת מקביליהם במרכז הארץ. באשפוז כללי, מספר המיטות לאלף נפש במחוזות הצפון והדרום הוא 1.6, לעומת 3.2 במחוז ירושלים, 3.0 במחוז חיפה ו-2.6 במחוזות תל-אביב והמרכז. גם אם נביא בחשבון הבדלים דמוגרפיים - כגון הרכב הגיל, מצב משפחתי ועוד - והאפשרות שנוכרה לעיל של בתי-חולים באזור אחד המשרתים את תושביו של אזור אחר - ההבדלים הגדולים בזמינות האשפוז אומרים דרשני. אם נוסיף לכך את העובדה, שהרכב האוכלוסייה מבחינות רבות - לאום, עדה, מצב סוציו-כלכלי - מתואם באופן מובהק עם אזור מגורים, נמצא כאן חומר למחשבה בדבר שוויון הזדמנויות ונגישות לשירותי בריאות לשכבות שונות באוכלוסייה.

#### 4. בריאות האוכלוסייה

מומחים לבריאות מתקשים בדרך כלל לקבוע, באיזו מידה שינויים בשירותי הבריאות תורמים לשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה. נתונים על תחלואה ותמותה קשורים כמובן לעניין זה, אך הקשר המדויק איננו ברור, בין היתר משום שגורמים אחרים - זולת שירותי הריפוי והמניעה - תורמים להקטנת התמותה ולהפחתת התחלואה.

עליית רמת החיים של האוכלוסייה הכללית ושל חלקים שונים בתוכה היא מקור פוטנציאלי לשיפור הבריאות. תזונה נאותה מילאה בהיסטוריה האנושית תפקיד חשוב בהעלאת רמת הבריאות. אורך החיים הממוצע גדל בעשורים האחרונים במרבית הארצות, וכך הדבר גם בישראל, כחלק משיפור תנאי החיים ואיכותם.

יחד עם זאת, השירותים הרפואיים, שיפורם, והגברת הנגישות אליהם לכל חלקי האוכלוסייה בוודאי ממלאים תפקיד חשוב בהארכת החיים. המחשה אחת לכך היא הירידה בתמותת תינוקות, המהווה חלק חשוב בתהליך הכולל של הארכת תוחלת החיים. גם הירידה בתמותת תינוקות קשורה, כמובן, בשינוי ברמת החיים של המשפחות, אך מעבר לדרגה

מסוימת - אשר במדינה כמו ישראל כבר הושגה מזה זמן רב - משקף השיפור בתחום זה את תוצאות הטיפול הרפואי, המניעתי והריפויי גם יחד.

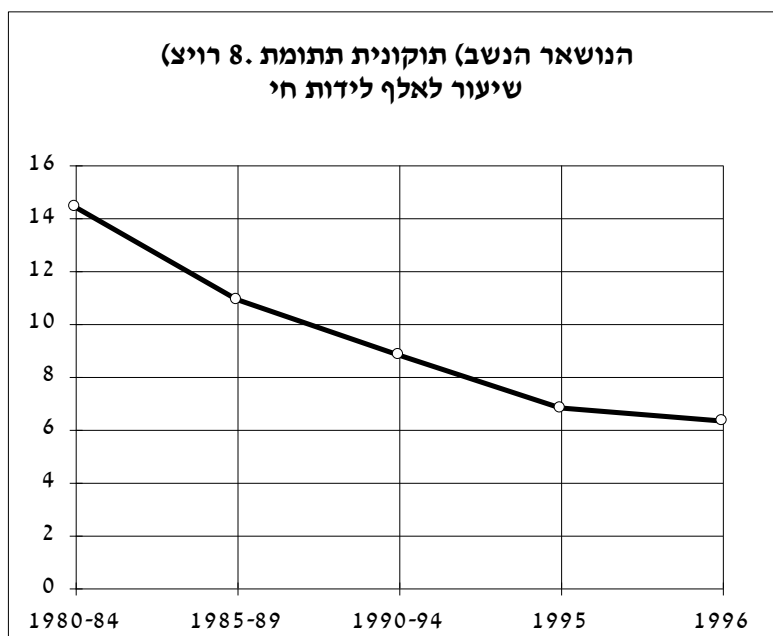
מזה זמן תופסת ישראל מקום גבוה בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. נכון אמנם, שהמיקום מושפע במידה רבה מתוחלת החיים של גברים, העולה על זו שבכל מדינה אחרת (יחד עם עוד מדינה אחת או שתיים), אבל גם תוחלת החיים של נשים איננה מן הנמוכות בעולם המפותח, אם לנקוט לשון זהירה. מכל מקום, החישוב המשולב (ללא התייחסות להבדל בין המינים) מציב כאמור את ישראל במקום גבוה במדרג המדינות. גם בשנים האחרונות נמשכת בהתמדה הארכת תוחלת החיים בישראל: אם בראשית שנות השמונים תוחלת החיים הממוצעת לגברים היתה 72.7 שנה, הרי תוך עשור וחצי היא התארכה כמעט בשלוש שנים תמימות והסתכמה ב-75.5 שנים. לנשים נוספו באותו פרק זמן 3.5 שנים ותוחלת החיים שלהן היא על סף 80 שנה. השיפור המוגבר אצל נשים הגדיל את הפער בין המינים (מ-3.4 ל-4 שנים) וקירב אותו לנורמה המקובלת בארצות המפותחות. הרמות שהושגו במגזר הערבי הן 73.8 לגברים ו-77.3 לנשים, חסר של שנתיים עד שנתיים וחצי לעומת היהודים.

### לוח 3. תוחלת חיים בעת לידה

	1995	1990-1994	1985-89	1980-84	1975-79	
כל האוכלוסייה	75.5	75.1	73.8	72.7	71.2	גברים
	79.5	78.8	77.4	76.1	74.7	נשים
יהודים	75.9	75.5	74.1	73.1	71.7	גברים
	79.8	79.2	77.8	76.5	75.3	נשים
לא-יהודים	73.8	73.5	72.7	70.8	69.2	גברים
	77.3	76.3	75.5	74.0	72.0	נשים
<b>הבדל בין נשים לגברים כל</b>						
האוכלוסייה	4.0	3.7	3.6	3.4	3.5	
יהודים	2.1	2.0	1.4	2.3	2.5	
לא-יהודים	2.5	2.9	2.3	2.5	3.3	

הזכרנו לעיל את המשמעות המיוחדת שיש לתמותת תינוקות לדיונו. שיעורי התמותה אצל תינוקות בישראל היו בדרך כלל גבוהים במדינות מפותחות. כאשר רמה של למטה מ-10 לאלף (דהיינו, אחוז אחד מכלל הנולדים) הושגה בארצות האחרות עוד בעשור הקודם, הרי בישראל רק בראשית שנות התשעים הגענו לירידת מדרגה זו. השיפור נמשך בשש השנים האחרונות והשיעור שנרשם ב-1996 הגיע ל-6.3 לאלף - כלומר, קצת יותר מחצי אחוז מהנולדים.

שיעורי התמותה במגזר הערבי היו ועודם גבוהים יותר מאשר במגזר היהודי, אך ההפרש המוחלט הלך והצטמצם: בסוף שנות השמונים היה פער של כמעט נקודת אחוז שלמה בין יהודים לערבים (0.88 אחוז אצל יהודים, 1.68 אחוז אצל לא-יהודים), ואילו היום הפער הוא של פחות מחצי נקודת אחוז (0.50 ו-0.93, בהתאמה).



אשר לשיעורי התמותה של האוכלוסייה בכל הגילים, אלו כמובן ירדו במהלך השנים, כפי שמשמע מהתארכות תוחלת החיים. בשיעורי התמותה כתוצאה ממחלות לב חלה ירידה מקבילה, אבל בזמן, יש

לציין, עלתה שכיחות התמותה ממחלות סרטניות. יש בכך כדי להמריץ את שירותי בריאות ומערכות רלבנטיות אחרות (כגון: איכות הסביבה, שירותי תקינה, תחיקה בקשר לצמצום עישון, וכדומה) לנסות לשנות את כיוון ההתפתחות.

### **5. קשיי המערכת**

התמודדות עם מצוקותיה של מערכת הבריאות היא מן הנושאים המתמידים בדיון הציבורי. אין בכוונתנו להקל ראש באף אחד מהרעיונות המושמעים בדיונים שונים, אך נראה כי יותר מבכל תחום ציבורי אחר, העוסקים בבעיות הבריאות מתמידים בחיפוש אחר האמצעי שבעזרתו ניתן יהיה לפתור את כל הבעיות. להוותנו, דוקא בתחום זה אין ולא צפויה להיות נוסחת פלא שתפתור את כל הבעיות, אחת ולתמיד.

דומה כי זה מה שעלה לה לרפורמה במערכת הבריאות על פי החוק שנכנס לתוקפו ב-1995. יש לזכור, כי הבעיות העיקריות שבפניהן ניצבה המערכת בסוף שנות השבעים ובשנות השמונים, ואשר הובילו בסופו של דבר לשינוי המקיף שנעשה באמצעות החוק, הן אותן בעיות שבפניהן אנו ניצבים עתה, לאמור: גירעון במימון פעולותיהן של קופות-החולים (בעבר היתה זו רק נחלתה של קופת-חולים כללית - היום שותפות לה גם הקופות האחרות); שביתות ושיבושי עבודה עקב עיצומי עובדים; התייקרות המערכת מעל ומעבר להתייקרותן של מערכות שירותים אחרים במדינה; משרד הבריאות אינו משתחרר מתפקידו כמגיש שירותים (בתי-החולים הממשלתיים).

בכל אחת מהחזיתות האמורות, ספק אם חלה הטבה כלשהי, לעומת זאת נראה כי נוספו צרות חדשות על קודמותיהן. הביטוי המיידי להתמודדות עם הקשיים החדשים הוא הרעיון העומד על הפרק, להנהיג ביטוח משלים בתחומים אשר באופן מסורתי היו מכוסים על-ידי הביטוח הרפואי הרגיל. מקורו של הרעיון הזה הוא הצורך לפתור את המשבר הכספי העובר על כל אחת מהקופות, ואחת הדרכים המוצעות היא להעביר חלק מהביטוח לרמה של ביטוח משלים שעבורו יגבו הקופות במישרין תשלומים מחבריהן. הסכנות החברתיות והבריאותיות הקשורות בכך הן ברורות.

בעיה נוספת התעוררה בעניין "סל שירותים", מושג שלא היתה לו רלבנטיות במערכת הקודמת. הרעיון לקבוע את מנת השירותים באופן מפורט הוא בעייתי מיסודו. כך, למשל, אילו סל כזה היה קיים לפני שניים

או שלושה עשורים, ודאי לא היו נכללים בו ניתוחי מעקף ודומיהם והמבוטחים לא היו זכאים להם. זו רק המחשה לבעייתיותו של העניין. מצד שני, הצורך במושג הזה נוצר עקב העובדה, שהמדינה **מחייבת** את האזרח להיות מבוטח, ולכן **הממשלה** היא זו שצריכה להגדיר לקבלניה (קופות-החולים) את הטיפולים להם זכאי החולה.

כדי לעמוד על המלכוד העקרוני הגלום בהסדר זה, עלינו להוסיף עוד ממד מורכב אחד: החוק קובע פרמטר אחד שעל פיו נגבים דמי הביטוח הרפואי, והוא אחוז מסוים מהשכר (לפי נוסחה עם חריגים, כמו למשל לגבי קשישים). אולם סכום הגבייה תלוי גם בסך-כל הכנסות הפרטים, היינו בגודלה של ההכנסה הלאומית במשק. ולא עוד, אלא שבגלל התיקרה לגביית המס, יש חשיבות גם להרכב ההכנסה הלאומית: למשל, אם בשנה מסוימת גדל חלקה של ההכנסה הלאומית המגיע לידי בעלי הכנסות גבוהות, כי אז יתכן שההכנסה הלאומית תגדל ואילו גביית המס לא תשתנה (ואולי אף תרד).

ואם לא די בכך, קופות-החולים מפעילות את השירות כקבלן העובד בתנאים מיוחדים - גוף חיצוני (הממשלה) קובע את שכר העובדים וכן את תעריפי האשפוז שיגבו בתי-החולים הממשלתיים מאת הקופות. כלומר, הקופות ניצבות לעתים בפני מצב של התייקרות שאינה בשליטתן. מצד שני, הממשלה מחויבת לפצות את הקופות על ההתייקרויות - אבל אין היא יכולה להגדיל את הגבייה כדי לממן את ההתייקרות.

ההסדר הקיים אכן יוצר מלכוד עקרוני, מעצם מהותו. אולם מה שגרם למלכוד באופן קונקרטי הוא, שהחישובים שעליהם התבססו כללי החוק, הניחו (גם אם בסמוי) מערכת פרמטרים כגון עלות מערכת הבריאות במונחים של אחוזי תמ"ג. הפרמטרים שעמדו לעיניהם של המתכננים היו מוטים כלפי מטה, כפי שהתברר רק שנה או שנתיים לאחר התחלת יישומו של החוק (נתונים על עלות הבריאות זמינים בדרך כלל בפיגור כזה). אילו גושר הפער של החישוב הבסיסי, יתכן שנקודת המוצא הייתה מאוזנת יותר, והגירעון לא היה מתהווה כבר בשנתיים הראשונות. עניין זה ראוי שייבדק כחלק מהטיפול המקיף בבעיות הענף.



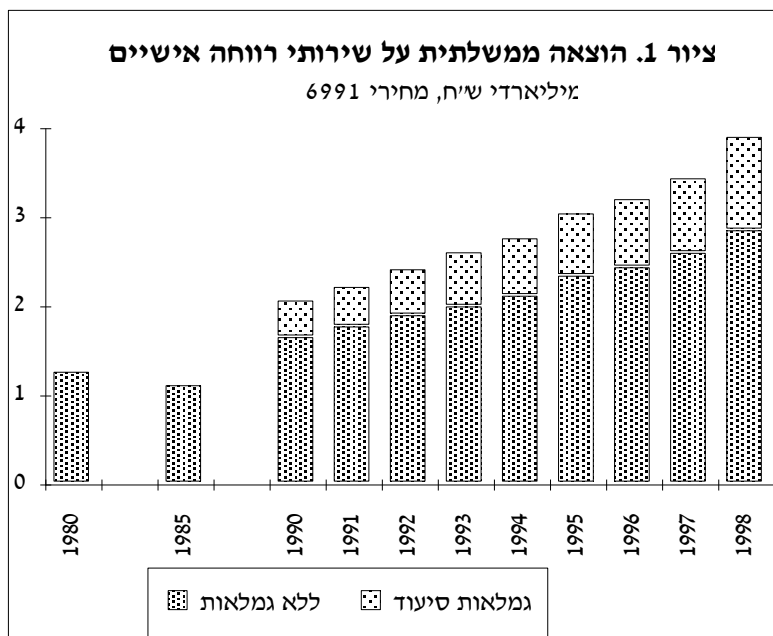
## שירותי רווחה אישיים

שירותי הרווחה האישיים מטפלים בקשת רחבה של אוכלוסיות בעלות מיגוון רחב של צרכים, בכללן: ילדים בסיכון, בני נוער במצוקה, עבריינים צעירים ומבוגרים, משפחות במצבי משבר, נשים מוכות, נכים ומוגבלים, מפגרים, משפחות חד-הוריות, אסירים, זקנים ועולים חדשים המתקשים בקליטה. קבוצות אלו מהוות את החוליות החברתיות החלשות והפגיעות ביותר.

### 1. ההוצאה על שירותי רווחה אישיים

תקציבי השירותים האישיים בשנות התשעים שונים לבלי היכר לעומת אלו של שנות השמונים, ברמתם אך במיוחד בהרכבם ובאופן מימונם. היקף ההוצאות המופנות לאוכלוסיית הקשישים מגיע השנה כמעט לשני-שליש(!) מכלל התקציב לשירותים אישיים, וזאת בעיקר בעטיו של חוק הסיעוד. שירות זה נהנה ממקור מימון אוטונומי, שנוסחתו דינמית ועל כן גם התפתחותו מואצת ביותר. כדי לעמוד על ממדי השינוי אפשר להצביע על כך, שתקציב השירותים לקשישים ב-1980- היווה 12 אחוז בלבד מכלל ההוצאות לשירותים אישיים.

התקציב הכולל לשירותי רווחה אישיים יגיע ב-1998- ל-2.9 מיליארד ש"ח (במחירי 1996), וזה מהווה גידול של כשבעה אחוז לעומת שנת 1997. מתוך סכום זה, מופנה סכום של יותר ממיליארד ש"ח לשירותי סיעוד, שירות שמקורו בהקצבות הביטוח הלאומי מתוך כספי חוק הסיעוד. מכאן, שכל הפעולות האחרות של משרד העבודה והרווחה ייהנו בשנה הקרובה מתקציב של 1.8 מיליארד ש"ח, סכום דומה לזה שהוקצה לכך בשנה החולפת 1997. גם בראייה לטווח ארוך יותר, התקציב ל-1998- בממוצע לנפש גבוה ב-35 אחוז לעומת זה של ראשית העשור, אולם החלק המוקדש לשירותים השונים ללא חוק הסיעוד גדל ב-13 אחוז בלבד על פני עשור זה.



**לוח 1: שירותי רווחה אישיים - הוצאה כוללת בממוצע לנפש**  
 (מחירי 1996)

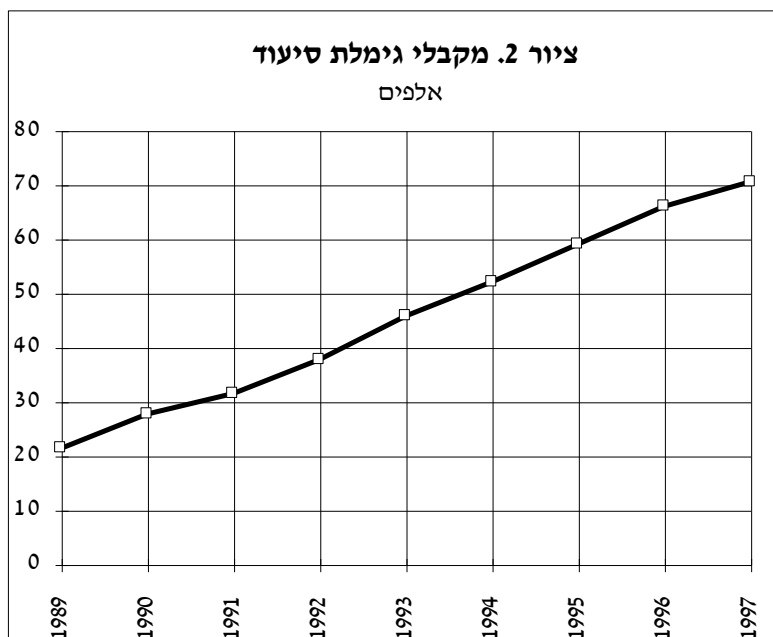
שנה	הוצאה לנפש ש"ח	מדד: 1980=100
1980	323	100
1985	260	80
1990	352	109
1995	421	130
1996	426	132
1997	444	137
1998	476	147

כנגד ההתפתחות הדינמית של השירותים לקשישים, ובמיוחד במסגרת חוק הסיעוד, אנו מוצאים דריכה במקום בשירותים לילדים ונוער. התקציב הכולל בתחום זה יגיע ב-1998- לשליש מיליארד ש"ח, סכום שהיה קבוע לאורך כל שנות התשעים (מאז 1991), היינו כאשר האוכלוסייה הכללית גדלה בעשרים אחוז. אפילו בהשוואה לעשור הקודם, ההוצאה לנפש נמוכה היום בכעשרה אחוז מזו שהיתה ב-1980. תקציב השירות למפגר מסתכם ב-390 מיליארד ש"ח (מחירי 1996), בדומה להוצאה בשנת 1997. עם זאת, על פני שנות השמונים אפשר להבחין בשיפור ממשי. סך-כל ההוצאה בתחום זה גדל בעשור הנוכחי כמעט ב-60 אחוז. בתוך השירות הזה, היה גידול רב בשירותים הקהילתיים. תקציבם הוכפל במהלך העשור, אם כי יש לציין שהם מהווים עדיין חלק קטן - פחות מעשירית - מכלל השירותים למפגרים. התפתחותם של השירותים האישיים משתקפת בממדים שונים שאין להם בהכרח ביטוי בגדלים התקציביים שתוארו לעיל. הסקירה הבאה משלימה את התמונה. הסקירה מתייחסת בעיקר לפעילויות המגזר הממשלתי, ולפעילות ארגונים וחברות פרטיות-עסקיות המספקים שירותים במימון הממשלה. בשל היעדר נתונים מספקים, אין הסקירה מתייחסת לפעילויות נוספות של הארגונים השונים, שהגבירו בשנים האחרונות במידה ניכרת את חדירתן לזירת שירותי הרווחה.

## 2. השירותים לזקנים

בסוף שנת 1996 מנתה אוכלוסיית הזקנים בישראל (נשים וגברים מעל לגיל 65) כ-550,000 נפש, והיוותה כ-9.5 אחוז מכלל האוכלוסייה בישראל. מדובר באוכלוסייה ששיעור גבוה בתוכה טעון קשיים ובעיות שההתמודדות עימן מחייבת מעורבות של שירותים חברתיים.

השירותים לזקנים שהתפתחו במהלך השנים כוללים שירותים מוסדיים, המיועדים בעיקר לקשישים סיעודיים ותשושים (כולל תשושי נפש), ובמידה פחותה יותר לזקנים עצמאיים; מסגרות דיור מוגן, המיועדות לקשישים עצמאיים, והמאפשרות להם להמשיך לחיות בצורה עצמאית במסגרת המספקת להם שירותים בסיסיים; ושירותים קהילתיים המיועדים לזקנים הממשיכים להתגורר בביתם.



#### א. השירותים הקהילתיים

**1) שירותי סיעוד במסגרת חוק ביטוח סיעוד - מרכיב זה הינו המקיף ביותר הן מבחינת מספר הקשישים הנהנים משירותים אלו, והן מבחינת נתח ההוצאה המוקדש לנושא זה.**

מהנתונים על מקבלי שירותי סיעוד במסגרת החוק אפשר ללמוד על כמה נקודות מרכזיות הראויות לציון. מספר הזכאים לקבלת השירות גדל מ-1989 ל-1997 פי ארבעה לערך. בתקופה זו גדלה אוכלוסיית הקשישים בישראל בשיעור של כ-30 אחוז ואילו אוכלוסיית גילאי +75, שרוב זכאי גימלת סיעוד נמנים עליה, גדלה בשיעור של כ-25 אחוז. מספר מקבלי שירותי סיעוד גדל אפוא, ללא כל יחס לגידול באוכלוסיית הזקנים. עם זאת מסתבר לגבי הפונים כי כמחצית מהפונים לקבלת השירות נדחים, כמעט כולם בשל אי עמידה במבחני התלות הפיסית, ורק מעטים ביותר בשל אי עמידה בתנאים הקשורים לרמת ההכנסה.

לגבי הספקים - למעלה מ-400 עמותות וחברות פרטיות-עסקיות, רובן הוקמו בשנים האחרונות, מעורבות באספקת שירותי סיעוד. ארגונים אלו מעסיקים למעלה מ-20,000 עובדים.

שירותי טיפול בית לזקנים, שלא הוכרו כזכאים לקבלת שירותי סיעוד במסגרת החוק, ניתנים גם על-ידי מחלקות הרווחה המקומיות. אין נתונים מדויקים על מספר הזקנים הנהנים משירותים אלו.

**(2) מרכזי יום לזקנים -** מרכזי היום הפכו בשנים האחרונות למרכיב מרכזי במערכת השירותים לזקנים. בשנת 1995 פעלו בארץ כ-120 מרכזי יום בהם ביקרו כ-9,000 זקנים, ב-1997 הגיע מספרם לכ-140, ואומדן המבקרים בהם הוא כ-12,000. מרבית המבקרים במרכזים הינם זקנים מוגבלים. כ-90 אחוז מהמרכזים נמצאים בבעלות עמותות וכ-10 אחוז בבעלות גופים פרטיים-עסקיים שחדרו לאחרונה לזירת פעילות זו.

הפיתוח המואץ של מרכזי היום נבע ממספר גורמים עיקריים: מדיניות ממשלתית, גיוס מימון באמצעות חוק ביטוח סיעוד, מפעל הפיס וגורמים נוספים (כמו ועדת העזבונות), ויזמות של אש"ל והעמותות המקומיות.

**(3) מועדונים לזקנים -** המועדונים משתייכים לרשויות המקומיות, למשען, למתנ"סים ולארגונים וולונטריים שונים. מוערך לגבי הביקור במועדונים, שהיקפו נע בין 10 ל-20 אחוז מאוכלוסיית הזקנים, כאשר קיימת נטייה לרמת שימוש גבוהה יותר ביישובים קטנים. הערכת משרד העבודה והרווחה היא שב-1996 ביקרו במועדונים כ-65,000 זקנים. זה המקום לציין כי קיימת הערכת מומחים (מכון ברוקדייל) ששירות זה ירחיב פריסתו והיקף פעילותו ושבארץ יפעלו כ-700 מועדוני קשישים ומהם כ-420 במגזר העירוני היהודי.

**(4) שירותים קהילתיים נוספים** כוללים ארוחות חמות וקפואות, עזרה אחרת (הסעות לצורכי ריפוי, השלמת ציוד בית), התקנת אמצעי ביטחון, שיפוץ הדירור וכדומה. שירותים אלו ניתנים על-ידי מחלקות הרווחה המקומיות ועמותות מקומיות.

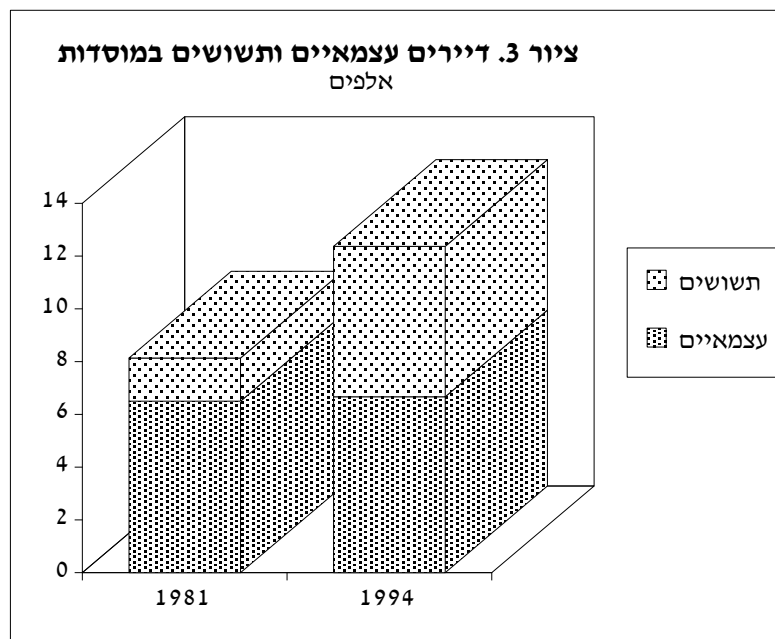
שירותים ותכניות אחרות בקהילה המיועדים לזקנים הינם פרי יוזמות קהילתיות ספציפיות ועל כן פריסתם ברמה הארצית הינה מוגבלת למדי. דוגמה לפרוייקט מעין זה הינה "השכונה התומכת", שפותחה לפני מספר שנים בקרית משה בירושלים ביוזמת העמותה העירונית לפיתוח ולתכנון שירותים לזקנים. למרות הצלחתה של התכנית ונחיצותה היא אומצה במספר מועט של יישובים בלבד.

### ב. שירותים מוסדיים

למרות הדגש המושם במדיניות הממשלה על פיתוח שירותים קהילתיים, שיעור משמעותי, כמחצית מההוצאה הממשלתית לשירותי רווחה אישיים לזקנים, מוקדש לשירותים מוסדיים.

תפקיד הממשלה בתחום זה כולל שני מרכיבים עיקריים: הממשלה מממנת את השהייה במוסדות של זקנים עצמאיים ותשושים (שהותם של זקנים סיעודיים ותשושי נפש ממומנת על-ידי משרד הבריאות). משרד העבודה והרווחה והביטוח הלאומי משתתפים במימון חלקי או מלא של למעלה ממחצית הדיירים התשושים, אך רק מיעוט קטן מקרב הדיירים עצמאיים. בשנים האחרונות השתתפו גורמים אלו במימון השהות במוסדות של כ-4,400 דיירים.

המרכיב השני של מעורבות הממשלה הוא פיקוח על מוסדות לזקנים. הפיקוח מבוצע בתוקף חוק הפיקוח על המעונות ונועד להבטיח את רווחתם ואיכות חייהם של דיירי המוסדות. הפיקוח חל על כל המוסדות כולל אלו שבהם אין דיירים ששהותם ממומנת על-ידי הממשלה.



הנתונים מצביעים על מידה רבה של יציבות במספר הדיירים העצמאיים במוסדות, אך על גידול ניכר במספר הדיירים התשושים. גידול ניכר חל גם במספר הדיירים הסיעודיים ותשושי הנפש הנמצאים בתחום האחריות של משרד הבריאות. בתקופה זו חל גם גידול משמעותי ביותר במספר המוסדות הנתונים לפיקוח משרד העבודה והרווחה (מכ-80 מוסדות בראשית שנות השמונים לכ-200 - במחצית שנות התשעים).

במקביל לגידול במספר המוסדות ובמספר הדיירים המתגוררים בהם חל גם גידול במסגרות הדיור המוגן ובמספר דייריהם. בשונה מבתי-אבות, מסגרות הדיור המוגן מאפשרות לדייריהם לקיים אורח חיים עצמאי (דיור עצמאי, הכנת ארוחות וכדומה) המגובה בשירותי בריאות, חברה ותרבות המסופקים במסגרת הבית. ב-1994 פעלו בארץ 90 מסגרות דיור מוגן ובהם התגוררו כ-9,000 דיירים.

נראה, כי הפעלת חוק ביטוח סיעוד הביאה למהפכה חסרת תקדים בהיקף השירותים לזקנים, שהתבטאה בגידול ניכר ביותר במספר הזקנים המקבלים שירותים ובהיקף ההוצאה לשירותים אלו. ואולם, לצד ההתרחבות בשירותים המיועדים בעיקר לקשישים מוגבלים, הזכאים לקבלת שירותי סיעוד, לא חלה התפתחות דומה בסוגים אחרים של שירותים המיועדים לזקנים עם רמת מוגבלות נמוכה יותר.

### 3. השירותים לילדים ולבני נוער

משרד העבודה והרווחה מעריך כי 300,000 ילדים חשופים להתעללות פיזית, מינית ונפשית או להזנחה חמורה. אחד מתפקידיהם העיקריים של שירותי הרווחה האישיים הוא לספק שירותים שונים אשר יסייעו לילדים הגדלים במשפחות שבמצוקה. ההוצאה לאוכלוסייה זו תפסה בשנים האחרונות נתח של כ-15 אחוז בלבד מכלל ההוצאה לשירותי הרווחה האישיים.

שירותי הרווחה האישיים לילדים מתמודדים עם מיגוון בעיות, צרכים וקשיים. המערכת שואפת לאתר בשלב מוקדם ככל האפשר ילדים והורים הזקוקים לסיוע ולספק להם מענים שיבטיחו את רווחתם ושלומם של הילדים. המטרה היא לחלצם ממצבי סיכון ומצוקה, ולקדם מבחינה אישית וחברתית.

המדיניות המוצהרת של קובעי המדיניות בתחום זה מדגישה את חשיבות השירותים הקהילתיים. אך למעשה השירותים החוץ-ביתיים

ממשיכים להוות נדבך מרכזי במערכת השירותים לילדים, ובשל עלותם הגבוהה הם תופסים נתח מרכזי בהוצאה לשירותים לילדים ולבני נוער (בשנים האחרונות הם מהווים כמחצית מההוצאה שיועדה לתחום זה).

#### **א. שירותים קהילתיים**

שירותים אלו מסופקים בעיקר על-ידי המחלקות המקומיות לשירותי רווחה, או על-ידי עמותות המסתייעות במימון של הממשלה והרשויות המקומיות. ההוצאה לשירותים הקהילתיים נוטלת נתח של כ-20 אחוז מכלל ההוצאה לשירותים לילדים בשנים האחרונות. שירותים אלו כוללים את פעילות העובדים הסוציאליים במסגרת מחלקות הרווחה המקומיות ובבתי-הספר. הם עוסקים באיתור ילדים והורים הזקוקים להתערבות מסייעת, ומציעים להם מענים הכוללים בין השאר: ייעוץ והדרכה, שילוב הילדים במסגרות ובפרוייקטים קהילתיים, או הפנייה למסגרות פנימייתיות. חלק מהעובדים פועלים כפקידי סעד המופקדים על ביצוע חוקים שונים (חסרי ישע, מניעת אלימות במשפחה וכדומה). מספרם של פקידי סעד אלו גדל מ-179 בראשית שנות התשעים לכ-400 ב-1995.

קיימות מסגרות קהילתיות שונות המאפשרות שהות של ילדים (לפני גיל חינוך חובה) עד לשעות הצהריים, ולעתים אף עד לשעות אחה"צ. מסגרות אלו מיועדות לספק לילדים מסגרת חברתית וחינוכית תומכת ולהקל על המשפחות, והן כוללות: מועדוניות לגיל הרך, משפחותונים ומועדוניות ביתיות. כמו כן קיימות מועדוניות לילדים (לאחר שעות הלימודים) המיועדות בעיקר לילדים בגיל 6-12 והן מאפשרות את הארכת שהותם במסגרות חינוכיות וטיפוליות עד לשעות אחה"צ, ולעתים אף עד לשעות הערב.

השירותים כוללים גם תכניות מיוחדות המיועדות לחיזוק המסוגלות ההורית של האם והאב ולשיפור האינטראקציה ביניהם ובין ילדיהם, והפעלת מרכזי חירום לילדים. שירות זה, שפותח בשנים האחרונות, מיועד לילדים הנתונים בסכנה מיידית בגין אלימות פיסית והזנחה נפשית בסביבתם המשפחתית. מרכזים אלו מעניקים לילדים הגנה, התערבות בשעת משבר, אבחון וטיפול. השהות של הילדים במסגרות אלו הינה זמנית, חלק מהילדים מועברים למסגרות פנימייתיות וחלק מוחזרים לחיק משפחתם. ב-1996 פעלו בארץ חמישה מרכזים כאלו.

הנתונים לגבי מספר הילדים שבטיפול אינו ברור. לפי אומדנים של משרד העבודה והרווחה מדובר בשנים האחרונות בכ-50,000-40,000 בלבד. מספר הילדים שטופלו ב-1995 על-ידי פקידי סעד היה 16,815. בקרב הילדים הנתונים במצבי סיכון "אי הכיסוי" גדול יותר במגזר הערבי מאשר במגזר היהודי. השירותים הקהילתיים מקיפים רק חלק קטן מאוכלוסיית הזקוקים למסגרות כגון מעונות יום, משפחתונים, ומועדוניות בשעות אחה"צ.

### ג. שירותים חוץ-ביתיים

השירותים החוץ-ביתיים לילדים, הנוטלים בשנים האחרונות נתח שבין 73 ל-76 אחוז מההוצאה לאוכלוסייה זו, כוללים שני מרכיבים עיקריים: פנימיות ומשפחות אומנה. לוח 2 מציג נתונים על מספר הילדים ששהו במסגרות חוץ-ביתיות בין השנים 1980-1996. ילדים אלו סודרו מחוץ לביתם על-ידי השירות לילד ונוער במימון משרד העבודה והרווחה.

#### לוח 2. ילדים במסגרות חוץ-ביתיות, לפי מחוז (ינואר כל שנה)

שנה	סך-הכל	מחוז מגורים		יישובים ערביים ואחרים
		ירושלים והדרום	תל-אביב והמרכז	
1980	10,760	2,596	4,413	3,480
1985	10,328	2,647	4,388	2,870
1990	8,685	2,647	3,556	2,107
1995	9,525	2,743	3,957	2,429
1996	9,824	2,908	4,036	2,477

הנתונים מצביעים על תהליך הדרגתי של ירידה במספר הכולל של הילדים בפנימיות בין 1980 ל-1990. ירידה זו מאפיינת עם זאת ילדים שמקום מגוריהם במרכז ובצפון הארץ, אך איננה נכונה לגבי ילדים המתגוררים בירושלים ובדרום וביישובים ערביים. החל ב-1990 מתחיל שוב גידול במספר הילדים. ראוי לציין כי שיעור הילדים הערביים בפנימיות, מתוך כלל אוכלוסיית הילדים במגזר זה, נמוך באופן ניכר משיעור הילדים היהודיים.

חלק ניכר מתשומת הלב של העובדים הסוציאליים מוקדש לפעילויות המתחייבות מהחוקים ההגנתיים המתייחסים לילדים. תופעה זו עשויה להסביר באורח חלקי את הפריסה המוגבלת ואי מיצוי הפוטנציאל הטמון בתכניות וביוזמות השונות שפותחו בשנים האחרונות.

#### **4. שירותים למפגרים**

אין אמנם נתונים מדוייקים על מספרם של המפגרים בישראל, אך האומדן המקובל בעולם הוא שכחצי אחוז מהאוכלוסייה נמנה על קבוצה זו. משמעות נתון זה היא, שבישראל יש קרוב ל-30,000 אנשים בעלי רמות שונות של פיגור שכלי.

השירותים למפגרים תפסו בשנים האחרונות נתח של כ-14 אחוז מההוצאה הממשלתית לשירותי רווחה אישיים. מערכת השירותים למפגרים ולבני משפחותיהם - בה מעורבים משרד העבודה והרווחה ועמותות כמו אק"ים, ית"ד ואל"ן - מציעה מיגוון של שירותים לאוכלוסייה זו.

המדיניות המוצהרת של הגורמים הטיפוליים שמה דגש על השארת המפגר בחיק משפחתו וקהילתו, באמצעות פיתוח שירותים קהילתיים שונים, אך במציאות החלק העיקרי מההוצאה לשירותים אלו (בשנים האחרונות כ-90 אחוז) הופנה לפיתוח ולאחזקת השירותים החוץ-ביתיים.

#### **א. שירותים קהילתיים**

שירותים אלו כוללים את מעונות היום, המיועדים למפגרים בגילים 3-21, השוהים בהם עד לשעות אחה"צ. כמו כן מממן משרד העבודה והרווחה שהות של מפגרים במעונות אלו משעות אחה"צ ועד לשעות הערב, במסגרת תכנית יום שהות ארוך.

מרכיב חשוב בפעילות השירות למפגר אלו תחנות אבחון המיועדות לאבחן פיגור אצל ילדים בשלב מוקדם, תחנות ייעוץ העוסקות בייעוץ להורים עם ילדים מפגרים, וכן ייעוץ למפגרים עצמם בנושאים שונים.

**לוח 3. מפגרים במסגרות טיפול בקהילה, 1990-1996**

לגבי המבוגרים - פועלים מעיישים (מפעל עבודה שיקומי) המיועדים למפגרים בגיל 21 ומעלה המתגוררים בקהילה. כן מופעלים מועדונים חברתיים המיועדים לפעילות חברתית-בידורית ומערך של פרויקטים מיוחדים למשפחות המפגרים ובכללם ייעוץ אישי, הדרכה ביתית, החזקת מטפלות ונופשונים.

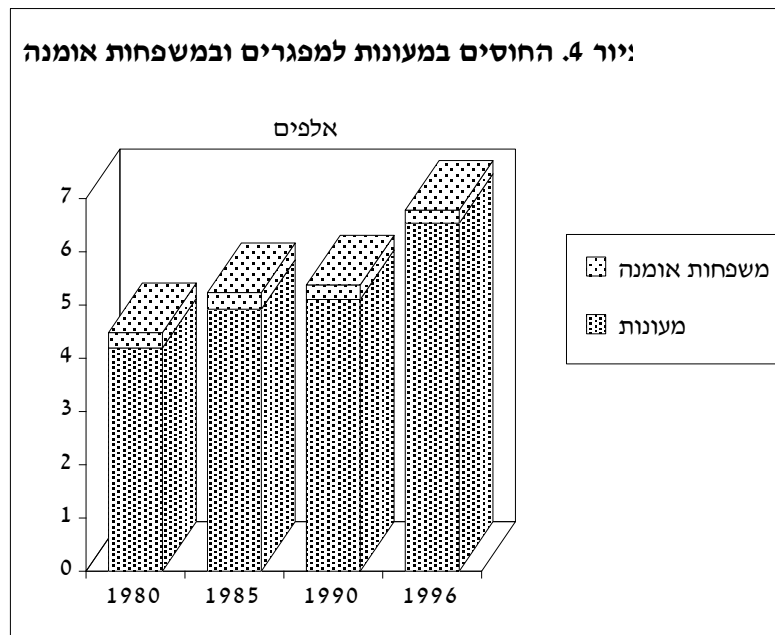
תכנית להקמת מרכזי תמיכה קהילתיים, שיספקו שירותים כוללניים לאדם המפגר ולמשפחתו, מצויה עתה בשלב של תכנון. כמו כן פותחו בשנים האחרונות תכניות מיוחדות למניעת נטישה של ילדים מפגרים בבת-חולים וייעוץ גנטי.

נתוני לוח 3 (לעיל) מצביעים על גידול ניכר במספר המפגרים שקיבלו שירותים במסגרות קהילתיות שונות. בולט במיוחד הגידול במספר המאובחנים, במבקרים במועדונים, ובמספר הילדים בפעוטונים ומעונות יום טיפוליים.

### **ג. שירותים חוץ-ביתיים**

השירותים החוץ-ביתיים למפגרים כוללים מעונות ומשפחות אומנה. הנתונים מצביעים על גידול מתמיד במספר החוסים במעונות, שהוא במיוחד בשנים האחרונות. גידול זה משקף העדפה של ההסדר הפנימייתי על פני ניסיונות לפתח חלופות קהילתיות הולמות.

מערכת הפיקוח הממשלתית על המעונות מופקדת על הבטחת איכות החיים של החוסים בהם. בשנת 1996 פעלו בארץ 47 מעונות פנימייתיים (במהלך השנים 1994-1996 בלבד נפתחו כ-10 מעונות חדשים). לפי הערכת משרד העבודה והרווחה בשנת 1996 טופלו כ-15,000 מפגרים על-ידי השירותים המיועדים לאוכלוסייה זו. מהם כ-7,000 במסגרות פנימייתיות וכ-8,000 במסגרות קהילתיות. אין בידינו מידע מעודכן ומדויק על היקף השירותים למפגרים במגזר הערבי, אך נתונים משנים קודמות מורים כי שיעור המפגרים המטופלים במגזר זה נמוך מאשר במגזר היהודי. אם נאמץ את ההנחה המקובלת שכחצי אחוז מאוכלוסיית ישראל הינה מפגרים, הרי שקיים פער ניכר בין מספר המפגרים לבין אלו המוכרים על-ידי שירותי הרווחה ומקבלים מהם סיוע.



## 5. שירותים לנכים ומוגבלים

בשנים האחרונות תפסה ההוצאה לשירותים לנכים ולמוגבלים בתקציב משרד העבודה והרווחה נתח של כ-7 אחוז מכלל ההוצאה לשירותי רווחה אישיים. נתח זה נראה מצומצם ביחס לסעיפי הוצאה אחרים (כמו שירותים לזקנים, לילדים ולמפגרים) והוא נובע בין השאר מכך, שרק חלק מאוכלוסיית הנכים נמצא בטיפול משרד העבודה והרווחה, ואילו נכים אחרים נמצאים בטיפול אגף השיקום והסיעוד בביטוח הלאומי ואגף השיקום במשרד הביטחון. לפי חלוקת העבודה הקיימת בין גופים ממשלתיים אלו, משרד העבודה והרווחה מטפל (באופן ישיר ובאמצעות הרשויות המקומיות וגופים אחרים) באוכלוסיות הבאות: אנשים עם נכויות הקשורות למחלות גופניות (שיתוק מוחין, שיתוק ילדים, טרשת נפוצה וכדומה), אנשים בעלי נכויות חושיות (חירשות ועיוורון), ואנשים

המתקשים בתפקוד ובהסתגלות בגין פגיעות אורגניות (נזק מוחי, לקות למידה). נכים אלו הם בגילאים שונים (תינוקות, ילדים, צעירים, מבוגרים וזקנים).

אוכלוסיות אחרות של נכים - נפגעי עבודה ונפגעי פעולות איבה - מטופלות על-ידי אגף השיקום במוסד לביטוח לאומי ואילו אנשים שנפגעו במסגרת שירותם הצבאי מטופלים על-ידי אגף השיקום במשרד הביטחון. ניסיונות שונים שנעשו בעבר לשלב את הטיפול בנכים במסגרת ארגונית אחת לא נשאו פרי בשל הסדרים חוקיים ואינטרסים ארגוניים שונים.

#### **א. שירותים קהילתיים**

שירותים אלו כוללים מסגרות אבחון לקשישים, שיסייעו לתכנון הטיפול והשיקום; הפעלת מעונות יום ומשפחתונים לילדים נכים, וכן קייטנות מיוחדות בחופשות והפעלת סיעות המלוות ילדים נכים במסגרות אלו. השירותים לנכים המבוגרים כוללים הפעלת מועדונים לפעילות חברתית ותרבותית, מרכזים לשיקום מקצועי ומסגרות לתעסוקה נתמכת ומוגנת, כגון חברת "המשקם" הפועלת להספקת תעסוקה מוגנת לנכים ולמוגבלים. כן פועלים פרויקטים מיוחדים ביישובים ספציפיים כמו המרכז הרב שירותי לעיוורים (מרש"ל) בתל-אביב. שירותי השיקום כוללים גם מכוני שיקום לאוכלוסיות ספציפיות (כמו מכוני לשיקום ראייה).

העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותי רווחה ובמסגרת ארגונים שונים, כמו ארגון החרשים, מגדל אור וכדומה, מעניקים ייעוץ לנכים ומשפחותיהם וכן סיוע חומרי (השתתפות בתשלום טלפון, כיסוי הוצאות נסיעה וכדומה).

בשנת 1996 פעלו כ-110 מסגרות שעסקו בסוגים שונים של הכשרה מקצועית (הקניית מיומנויות תעסוקתיות, אימון ממושך וכדומה) ואשר בהם השתתפו כ-4,250 נכים. במסגרת תעסוקה מוגנת שהו באותה תקופה כ-1,800 נכים ואילו בחברת "המשקם" הועסקו כ-3,300 נכים. (אין נתונים על מספר הנכים המועסקים במקומות עבודה רגילים, או על מספרם של אלו שאינם מועסקים כלל).

בשירותים הקהילתיים מושם דגש חזק ביותר על שיקום והכשרה מקצועית. אין עם זאת מידע על המידה בה שירותים אלו אכן מקיפים את אוכלוסיית הנכים המתגוררת בקהילה והזקוקה לשירותים אלו.

## ב. שירותים מוסדיים

השירותים המוסדיים לנכים תופסים נתח מצומצם ביותר מההוצאה לשירותי רווחה אישיים המוקדשת לאוכלוסייה זו. הם כוללים שלושה מרכיבים עיקריים: מעונות, משפחות אומנה והוסטלים (דירור מוגן). בשנת 1996 שהו במסגרות אלו כ-900 נכים. בשנים האחרונות חל גידול איטי והדרגתי במספר הנכים המתגוררים במסגרות אלו. נראה אפוא שרק מיעוט מקרב הנכים שוהה במסגרות פנימייתיות, לעומת קרוב למחצית מקרב המפגרים. הנכים השוהים במסגרות פנימייתיות חוץ-ביתיות מקבלים סל שירותים הכולל טיפול רפואי ופרה-רפואי, ייעוץ, שיקום וכדומה.

## 6. שירותים לפרט ולמשפחה

במסגרת החלוקה הפונקציונלית הקיימת כיום במשרד העבודה והרווחה, השירותים המיועדים לזקנים, ילדים, מפגרים, נכים ומוגבלים ובני נוער במצוקה מופקדים בידי מסגרות ארגוניות מיוחדות המתמחות בבעיות ובצרכים המיוחדים של אוכלוסיות אלו. השירות לרווחת הפרט והמשפחה עוסק בבעיות ובצרכים כלליים יותר, האופייניים לפרטים ומשפחות הנתונים במצבי משבר: הורים שהינם חסרי ידע, כישורים ויכולת למלא את תפקידם; פרטים ומשפחות המנותקים ממערכת השירותים או שאינם מודעים לזכויות ולשירותים שהם זכאים לקבל ומתקשים ביצירת קשר; משפחות הנתונות במצבי משבר על רקע סכסוכים בין בני הזוג, או משברים הנובעים מאובדן, מחלה, אבטלה, מאסר, נכות והתמכרויות; פרטים ומשפחות חסרי קורת-גג (דיירי רחוב) וגלמודים; וכן ממלא השירות תפקיד במענה על צרכים ייחודיים של משפחות רב-עובריות.

השירותים כוללים טיפול כוללני בפרטים ובמשפחות על-ידי עובדים סוציאליים במסגרת המחלקות המקומיות ובמסגרות כמו תחנות לבריאות המשפחה. ייעוץ וטיפול משפחתי ניתן על-ידי עובדים סוציאליים במסגרות תחנות לייעוץ בחיי המשפחה. ב-1995 פעלו תחנות ייעוץ לחיי

משפחה ב-75 רשויות מקומיות (מתוך למעלה מ-200). תחנות אלו סיפקו שירותים לכ-9,500 משפחות.

פקידי סעד מופקדים על הפעלת חוקים שונים הנוגעים לחיי המשפחה, וכן פועלות יחידות סיוע ליד בתי-המשפט לענייני משפחה. קיימים היום 19 מרכזים למניעה ולטיפול בבעיות אלימות במשפחה המטפלות בכ-4,700 משפחות. במסגרת השירותים מופעלות גם עובדות סמך-מקצועיות המסייעות במיגוון רחב של צורות, והן סיפקו בשנה זו שירותים לכ-12,700 משפחות. השירותים מפעילים גם קייטנות קיץ למשפחות מרובות ילדים, וכן נופש והחלמה לאימהות לאחר לידה.

השירותים כוללים גם מענה לצרכים מיוחדים נוספים (הבראה ונופש לאחר מחלה, סיוע ברכישת ציוד ביתי בסיסי, כיסוי הוצאות נסיעה וכדומה); סיוע לדיירי רחוב ולגלמודים (מתן קורת גג, ארוחות וכדומה); כן מוצע מענה לצורכי דיור דחופים עד למיצוי הסיוע הניתן על-ידי משרד השיכון, וסיוע למשפחות נזקקות בכיסוי צרכים רפואיים שאינם כלולים במסגרת של הבריאות (ריפוי שיניים, הסעה לטיפול רפואי, וכדומה).

במהלך השנים פותחו פרויקטים ותכניות רבות המיועדות לפרטים ולמשפחות במצוקה. חלק מתכניות אלו הן חדשות ופותחו בשנים האחרונות, כמו: מרכזים למניעת אלימות במשפחה, תכנית "יחדיו", המיועדת לחזק כושר תיפקוד של אימהות, ובוצעה בכ-30 רשויות; מרכזי סיוע שכונתיים ויחידות הסיוע ליד בתי-הדין למשפחה. תכניות אלו מופעלות עם זאת בחלק קטן מהיישובים בלבד ועל כן פריסתם הינה מוגבלת למדי.

## 7. שירותי תקון ונוער מנותק

שירותי תקון ונוער מנותק עוסקים במתן שירותי טיפול ופיקוח חברתי, שיקום ומניעה לעוברי חוק קטינים, והענקת שירותי טיפול ומניעה לילדים ולבני נוער, לצעירים ולמבוגרים המצויים במצוקה עמוקה, מתקשים לתפקד ונתונים על כן בסכנה של הידרדרות להתנהגות סוטה ולמעשי עבריינות. ראוי לזכור כי בטיפול בבני נוער הנמצאים בסכנה של הידרדרות עוסק גם משרד החינוך.

### א. ילדים ובני נוער

אומדנים על ההיקף הכולל של אוכלוסיות הקטינים עוברי החוק ואלו הנמצאים בסיכון להידרדרות נעים בין 30,000 ל-50,000 בני נוער המאופיינים על-ידי כך שהם אינם לומדים ואינם עובדים (חלקם בצורה קבועה ולאורך זמן וחלקם בצורה לא סדירה). מדובר בבני נוער אשר קשורים למסגרות חברתיות בלתי נורמטיביות, ומתנהגים בצורה אי-סוציאלית, או בנערים החיים במשפחות המאופיינות על-ידי אלימות, אבטלה קשה, בריאות לקויה של אחד מבני המשפחה וכדומה. בני נוער נוספים הנמצאים בסיכון להידרדרות מאופיינים בכך שהם חסרי בית, משתמשים בסמים, עוברי חוק, סובלים מלקות למידה ומבעיות נפשיות, משוחררים מבת-כלא או מעונות, ודחויי גיוס צבאי.

השירותים מתחלקים לשלושה סוגים עיקריים: שירות המבחן לנוער העוסק בנערים עוברי חוק, שירותים טיפוליים שונים בקהילה ורשות חסות הנוער האחראית על מוסדות המיועדים לאוכלוסייה זו.

**(1) שירות מבחן לנוער** - שירות העוסק בקטינים עוברי חוק בגילאי 12-18 שהופנו לשירות על-ידי המשטרה או על-ידי בתי-המשפט. השירות מטפל גם בילדים עד גיל 14 המעורבים בעבירות נגד המוסר (כחשודים בביצוע, כעדים או כקורבנות) וכן בילדים שהם קורבנות להתעללות פיזית, נפשית או מינית על-ידי הוריהם.

השירותים מתרכזים בידי קציני המבחן שהם עובדי מדינה העוסקים בהכנת תסקירים לבתי-המשפט, ביצוע צווי מבחן של בתי-המשפט, אבחון פסיכולוגי ופסיכיאטרי, מתן טיפול פרטני וקבוצתי. כמו כן מטפלים קציני המבחן בהקצאת שירותים תומכים כמו סיוע חומרי ושיעורי עזר, השמה במידת הצורך במסגרות מוסדיות, סיוע בהשתלבות במסגרות לימודיות ותעסוקתיות ומעקב. פעילות קציני המבחן נעשית בתוקף החוק.

מספר ההפניות של קטינים לשירות המבחן נמצא בתהליך מתמיד של עלייה. בשנת 1995 היה מספר הקטינים 25,000 לעומת 20,000 בשנת 1990, חלה עלייה של כ-25 אחוז.

**(2) השירות לשיקום נוער** - השירות מתרכז בילדים ובני נוער בגילאי 12-17 המנותקים ממסגרות חינוכיות קיימות. הפעילות מתרכזת ב"מפתנים", שהם מסגרת יומית הפועלת בקהילה וכוללת טיפול אישי וקבוצתי, ייעוץ, לימודים עיוניים, הכשרה תעסוקתית במסגרת בית-מלאכה כוללני, הקניית מיומנויות בחיפוש ומציאת עבודה, פעילות חברתית, והכנת הבוגרים לשירות בצה"ל.

בשנת 1996 פעלו ברחבי הארץ 37 מפתנים, רובם בבעלות הרשויות המקומיות. בין 1990 ל-1996 גדל מספר חניכי המפתנים מכ-1,700 לכ-2,300 - גידול של כ-35 אחוז.

**(3) השירות לטיפול בצעירים -** שירות המטפל בבני נוער ובצעירים במסגרת הקהילה על-ידי עובדי נוער וצעירים הפועלים במחלקות לשירותי רווחה (שירותים מקבילים מסופקים על-ידי היחידות לקידום נוער השייכות למחלקות החינוך המקומיות הקשורות למשרד החינוך. הטיפול הניתן כולל יצירת קשר עם מרכזי הכשרה ולימוד וליווי במהלך הכניסה וההשתלבות במסגרות אלו, הפנייה לגורמים טיפוליים, סעד משפטי, תמיכה חומרית, פיתוח קבוצות לעזרה עצמית, ופיתוח מסגרות כמו: סדנאות, הכנה לחיים, סדנאות לחיפוש עבודה, וכדומה. בשנת 1995 טופלו במסגרת השירות ובמסגרת היחידה לקידום נוער במשרד החינוך כ-7,800 בני נוער. נתונים אלו מדווחים בדו"ח מבקרת המדינה שבדק את היקף הטיפול והכיסוי של נוער מנותק הנזקק לכך. הדו"ח מצביע על כך שבחלק ניכר מהרשויות המקומיות מקבלים שירותים רק כמחצית מבני הנוער והצעירים שלהערכת היחידות זקוקים ביותר לסיוע. הדו"ח מתריע גם על חוסר התיאום בין היחידות המקבילות בשני המשרדים העוסקות באותן אוכלוסיות.

**(4) השירות לטיפול בנערה במצוקה -** שירות זה מטפל בנערות במצוקה בגילאי 13-22 במגזר היהודי ועד גיל 25 במגזר הערבי. השירותים ניתנים בעיקר באמצעות מחלקות הרווחה המקומיות וכן באמצעות ארגונים וולונטריים. השירותים כוללים טיפול פרטני וקבוצתי, הפעלת מועדונים טיפוליים, איתור נערות אשר אינן יכולות להתגייס לצה"ל בשל נתונים נמוכים והכנתן לקראת גיוס (פרוייקט צה"ל), הפעלת דירות מעבר המיועדות לנערות המסוגלות להשתלב במסגרות נורמטיביות בעזרת תמיכה טיפולית אינטנסיבית, והחזקת מקלטים המספקים לנערות במצוקה קשה לינה, הגנה וטיפול.

ב-1996 טופלו כ-9,600 נערות, מהן כ-1,400 נערות ערביות וכ-1,200 עולות. השירותים סופקו בין השאר ב-2 מקלטים, 6 דירות מעבר ובכ-170 קבוצות טיפול ומועדוניות. נתונים שונים מצביעים על כך שהשירותים לנערות במצוקה מכסים רק חלק מהאוכלוסייה הנזקקת. חוסר "הכיסוי" בולט במיוחד לגבי נערות עולות.

קיים פיצול ארגוני רב בין יחידות שונות כמו: השירות לשיקום נוער, השירות לטיפול בנוער ובצעירים, והשירות לנערה במצוקה. במקביל קיים גם פיצול בין הטיפול באוכלוסיות דומות של בני נוער על-ידי אגפים אחרים במשרד (השירות לילד ולנוער) ומשרד החינוך. פיצול זה שהטעמים להצדקתו הם מעטים ביותר, מטביע את חותמו על דפוס

הטיפול באוכלוסיות אלו ברמה המקומית ויוצר כפילויות, קשיים בריכוז מאמץ וחלוקה לא מאוזנת של משאבים. כמו כן במסגרת פעילות השירות פותחו אמנם תכניות ופרוייקטים חדשים, אך פריסתם הטריטוריאלית הינה מוגבלת, ולא שיוויונית.

**(5) רשות חסות הנוער** - הרשות אחראית על השירותים המוסדיים המיועדים לילדים ובני נוער, המופנים על-ידי הרשויות המוסמכות למסגרות מוסדיות. נערים אלו הם בעלי עבר פלילי, מופרעויות התנהגותיות ונפשיות, ופיגור לימודי ותרבותי עמוק הנובע מעזיבה קשה. הם מקבלים במעונות טיפול פרטני וקבוצתי, חינוך ולימודים עיוניים ומקצועיים, הקניית מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות, והכשרה לקראת גיוס לצה"ל. ב-1966- פעלו כ-400 מעונות (כולל מסגרות אומנה) בעלי כוח קליטה של כ-750 חוסים.

### ב. טיפול במבוגרים

שירותי המבחן המיועדים למבוגרים נפרדים מן השירותים לנוער. לגבי אוכלוסיית המבוגרים פועל **שירות מבחן למבוגרים** המטפל באנשים בני 18 ומעלה שנמצאו אשמים בביצוע עבירות ומופנים על-ידי המערכת המשפטית. הטיפול מתרכז בידי קציני המבחן העוסקים באבחון פסיכו-סוציאלי, התערבות טיפולית, הכנת תסקירים לגורמים רלבנטיים על סיכויי הטיפול והשיקום, וביצוע צווי מבחן וצווי שירות לציבור (ש"צ). מספר המופנים לשירות זה נמצא גם הוא בתהליך מתמיד של עלייה. ב-1980- היה מספר המופנים החדשים (שלב אבחנותי) כ-3,800, הוא עלה ב-1990- לכ-5,900 והגיע ב-1995- לכ-9,200. באותן שנים עלה מספר המופנים לטיפול והתערבות מכ-1,300 לכ-2,400 והגיע ב-1995- לכ-3,500. מרכיב נוסף בעבודת שירותי המבחן למבוגרים הוא השירותים **לטיפול בנפגעי סמים**. טיפול זה נעשה במשותף עם הרשות למלחמה בסמים במשרד ראש הממשלה ומבוצע בעיקר על-ידי מחלקות הרווחה המקומיות. השירותים כוללים אבחון, קביעת תכנית טיפול (גמילה) ברמה פרטנית, קבוצתית וקהילתית, תוך שילוב המשפחה ומעקב המיועד לסייע לנגמל להשתלב בקהילה ולהתמיד בהשתחררותו מכבלי הסמים. ב-1995- טופלו במסגרת פעילות זו כ-5,000 מטופלים בכ-90 רשויות מקומיות. קיימת הערכה שבישראל כ-20,000 גברים ונשים המכורים לסמים קשים כך שהגורמים הטיפוליים מגיעים לכרבע מהאוכלוסייה הזקוקה לגמילה.

שירות נוסף עוסק ב**טיפול בנשים במצוקה**. השירות מיועד לנשים מוכות ולנפגעות תקיפה מינית ותכליתו בעיקר הפעלת מקלטים המציעים מחסה לנשים מוכות וילדיהן. המקלטים מופעלים על-ידי ארגונים וולונטריים ומציעים לנשים וילדיהם שירותי טיפול וייעוץ, מסגרות חינוכיות לילדים, דמי קיום וכלכלה, ייעוץ משפטי וסיוע בדיור לנשים העוזבות את המקלט.

בשנת 1995 פעלו 7 מקלטים, שבהם שהו לאורך תקופות זמן שונות כ-470 נשים וכ-700 ילדים. השירות מציע לנשים גם דירות מעבר הסמוכות למקלטים והמיועדות להקל על חזרה שלהן לחיים סדירים בקהילה (ב-1996 פעלו 20 דירות מעבר כאלו). השירות מפעיל גם קווי חירום אליהם יכולות נשים מוכות לפנות וייעוץ וטיפול בנשים מוכות על-ידי מחלקות הרווחה המקומיות.

הסיוע לנשים הנפגעות מתקיפה מינית כולל הפעלת מרכזי סיוע. ב-1995 פעלו שמונה מרכזים באמצעותם נעזרו כ-6,600 נשים.

**לסיכום**, פרק זה עמד על ההתפתחות המואצת וההתרחבות הרבה שחלה בשירותי הרווחה האישיים, ועל המורכבות הרבה המאפיינת מערכת זו. המשימה של הוצאת אוכלוסיות ממצוקה הינה אחד האתגרים המורכבים ביותר בפניהם ניצבים שירותי הרווחה האישיים. במשותף עם שירותים אחרים אמורים שירותי הרווחה האישיים לספק מענים הולמים לצרכים השונים ולאפשר לאוכלוסיות להיחלץ ממצוקתם ולתפקד באורח תקין מבלי שיזדקקו לסיוע מתמיד של מערכת השירותים.

נשאלת השאלה, האם אכן הצליחו שירותי הרווחה האישיים להגיע לאוכלוסיות שונות בעלות צרכים מיוחדים, ובתוכן לאוכלוסיות הנתונות במצוקה עמוקה. הנתונים בפרק מאפשרים מענה חלקי לשאלה זו.

נראה, כי מערכות השירותים יצרו זיקה מקיפה למדי, אם כי לא מלאה, עם קבוצות נזקקות מסוימות, כמו זקנים בעלי רמה גבוהה של מוגבלות (בעיקר בזכות חוק ביטוח סיעוד) מפגרים ונכים. זיקה חלקית נוצרה עם קבוצות אחרות הכוללות משפחות במצוקה קשה, ילדים בסיכון ובני נוער המנותקים ממסגרות חברתיות (לימודים, עבודה וכדומה).

אי הצלחתם של שירותי הרווחה האישיים להגיע לחלק ניכר מהאוכלוסיות שבמצוקה נובע ממספר גורמים: דפוסי הקצאת המשאבים

הממלכתיים המושפעים, בין השאר, מהיקף החקיקה; היעדר נכונות או יכולת ברמה הממלכתית והמקומית; היעדר לחץ מצד האוכלוסיות עצמן ועומס העבודה המוטל על מחלקות הרווחה המקומיות. שירותי הרווחה האישיים עומדים אפוא בצורה חלקית בלבד באחד האתגרים המרכזיים שלהם: יצירת קשר עם האוכלוסיות במצוקה וחילוץן ממצבן. שינוי במצב זה מחייב היערכות ברמה הממלכתית והמקומית שיביא להשמת שירותים לאוכלוסיות במצוקה בראש סדר העדיפויות, כולל בניית קשרים עם קבוצות אלו והפעלת תכניות שונות שהוכיחו את יעילותן בחילוץ משפחות ממצוקותיהן.

## תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות

המאמר מסכם את הדיונים בנושא זה שקיים צוות בראשותו של פרופ' אריה שירום, והשתתפו בו ד"ר נחום אגוז, מר גבי בן-נון, פרופ' חיים דורון, פרופ' דן מיכאלי, פרופ' ז'ק מישל וד"ר דב צירניחובסקי. הגירסה הראשונית הוכנה על-ידי אריה שירום, ואילו הגירסה הנוכחית משקפת את תרומתם של כל חברי הצוות. יש להדגיש, כי הדברים הכתובים כאן הם על דעת המחברים ואינם מחייבים את המוסדות השונים אליהם משתייכים החוקרים.

החוק לביטוח בריאות ממלכתי הסדיר - לטוב ולפעמים לרע - תחומים רבים במערכת הבריאות. אחד התחומים שנשאר פרוץ הוא עניין מעמדם הפורמלי והמעשי של בתי-החולים. הבסיס הארגוני הקיים בתחום זה הוא תוצאה של התפתחויות היסטוריות שראשיתן מגעת עד ראשית מאה זו, הקרבה לסיומה. מערכת האשפוז בנויה רבדים-רבדים: יש בה רשת עניפה של בתי-חולים ממשלתיים שנוסדו עוד בימי המנדט, ופיזורם הגיאוגרפי כמו גם ייעודם ותבניתם נבעו משיקולים שניתן היה להבינם בשעתם, אך ההצדקה לשמרם כהווייתם ובשייכותם הארגונית אינה מובנת מאליה. לצידם של אלה מפעילה קופת-חולים הכללית בתי-חולים משלה - גם הם פרוסים היום ללא קשר הכרחי לצרכים הייחודיים של הקופה. כל האשפוז בעיר הבירה מתבצע בשלושה-ארבעה בתי-חולים ציבוריים, שבין היתר היו מחלוצי הרפואה בארץ. ולבסוף - מספר בתי-חולים פרטיים בהיקף לא גדול, אך עם מגמת גידול פוטנציאלית כחלק מתהליכי הפרטה המתרחשים בשירותים החברתיים.

מזה זמן רב מורגש הצורך לבחון מחדש את אופן ארגונום של בתי-החולים ולעדכן את כללי פעילותם בכפוף לשיקולים כללי-מערכתיים של שירותי הבריאות. אחת ממטרות הלוואי התמקדה בניסיון לשחרר את משרד הבריאות מאחריותו הישירה לתפעולם השוטף של בתי-החולים הממשלתיים. אולם עיקר המאמץ מופנה למציאת נוסחה שתאפשר ניהול יעיל יותר של מערך האשפוז במדינת ישראל על סף המאה העשרים ואחת.

ההצעות השונות שהועלו בעניין זה קראו לתיאגודם של בתי-החולים ולהפיכתם למרכזי ניהול כלכלי עצמאיים, על פי שיטה שניתן יהיה ליישמה בהמשך גם במוסדות האשפוז האחרים. תשומת לב רבה ניתנה תוך כדי כך לדרכים בהן יקויימו מנגנוני בקרה ממלכתיים, כאחת הפעולות המרכזיות של משרד הבריאות. כך ניתן יהיה להגשים את הכוונות המוצהרות שלפיהן משרד הבריאות - בהשתחררו מעול הניהול השוטף של חלק נכבד ממערך האשפוז - יוכל להתרכז בתפקידו כגוף מתכנן ומכוון, המתאם את כל השירותים הרפואיים במדינה.

שינויים מקיפים בכיוון האמור, יש בהם הבטחה לייעול מערכת הבריאות, ועם כל הטוב הצפון בשינויים מקיפים כאלה יש חשש שייפגעו יעדים חברתיים, כגון הבטחת שוויון בנגישות, מתן שירות הוגן לשכבות השונות באוכלוסייה, ועוד. מטעם זה, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל מצא לנכון ליזום הכנת דו"ח זה, הבוחן את החלופות השונות העומדות על הפרק להחלטתם של קובעי המדיניות.

## 1. מבוא וסיכום

גולת הכותרת של הרפורמה בשירותי הבריאות הציבוריים בישראל היתה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בראשית שנת 1995. שירותי בריאות בישראל, כולל שירותי האשפוז, היו והינם חלק מהותי ומרכזי של שירותי הרווחה הניתנים לתושבי המדינה. בחוק נקבעה המחויבות של המדינה להושיט לכלל התושבים שירותי אשפוז, הכלולים בסל שירותי הבריאות המפורט בחוק. בטרם חוקקו חוקי ביטוח בריאות במדינות המפותחות, היתה לרמת הכנסת הפרט השפעה רבה על בריאותו. קבוצות אוכלוסייה מעוטות הכנסה, שלא הצליחו לממן מהכנסותיהן

קבלת טיפול רפואי ב"שוק הפרטי", אופיינו על-ידי שיעורים גבוהים של תחלואה ותמותה ועל-ידי משך חיים קצר משמעותית מזה של השכבות היותר מבוססות. לפיכך, השוויוניות בהושטת שירותי אשפוז לפי הצורך לכל מבוטח היא אחד מעקרונותיו המרכזיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

החוק נועד לתת מענה למשברים שאירעו במערכת הבריאות בסוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים על-ידי הגדרת מקורות ברורים למימון סל שירותי הבריאות. אחד ההסברים למשברים מתייחס למדיניות התקצוב של שירותי הרווחה על-ידי הממשלות באותה תקופה. מדיניות זו גרמה להקטנה נמשכת ומשמעותית של מימון מערכת הבריאות הציבורית מתקציב הממשלה, יחסית למקורות המימון האחרים. תושבי המדינה שילמו מכיסם, הן כדמי חבר בקופות-החולים והן כתשלום ישיר לספקי שירותי בריאות פרטיים, חלק הולך ועולה של ההוצאה הלאומית לבריאות. הירידה במימון הממשלתי הביאה להרחבת אספקת שירותי בריאות מסוגים שונים בידי המגזר הפרטי, וגררה עלייה בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מתוך התוצר המקומי הגולמי. במאמץ להקטין את שיעורי הגידול של ההוצאה הלאומית לבריאות, המשיכה הממשלה לקצץ בהקצאה לבריאות מתוך תקציבה, והתהליך המשברי חזר על עצמו כמעגל קסמים שלילי.

החוק מתמקד בכך שסל שירותי הבריאות, שהוא סל מקיף יחסית, מוצע לתושבי המדינה על-ידי קופות-החולים. החוק איננו עוסק כלל, אלא בדרך אגב בלבד, בבתי-החולים. הרפורמה בבתי-החולים בישראל נעשתה ונעשית בלא שנחקק לצורך זה חוק חדש אלא על-ידי קביעת מדיניות ממשלתית, בעיקר על-ידי משרד הבריאות אך גם על-ידי משרד האוצר. העבודה להלן עוסקת במרכיב זה של הרפורמה המתרחשת במערכת: בתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים.

בשנים האחרונות הופעלו שינויים בשיטת המימון והתגמול של בתי-החולים הציבוריים, שהינם בעלי השפעה משמעותית על התפתחות התיאגוד במערכת. שינויים אלו יצרו מצב של "תאגידיזציה זוחלת" ובהמשך אף "חצי-תאגיד" או "תיאגוד חלקי" של מערכת הבריאות. המדיניות המכוונת לתמיכה בתיאגוד היתה מבוססת על התפיסה כי מימוש התכנית יחזק התחרות בין בתי-החולים. הכוונה היתה כי תחרות זו תתרום להתייעלות ולשיפור הנגישות של המטופלים, כמו גם שיפור בעניין קיצורי תורים, צמצום כפילויות וכדומה.

אך בנקודה זו צפויה להיות ההשפעה היותר שלילית של התחרות בין בתי-החולים המתואגדים. פיתוח שירותים חדשים, משיכת מטופלים המעלים את סך הכנסות בתי-החולים, השקעה בהגדלת הנגישות של בית-החולים למטופלים, כל אלו צפוי שייעשו בראש ובראשונה על פי שיקול כלכלי של תוספת הכנסה נטו הצפויה לבית-החולים. לפנינו הדגמה נוספת של הקונפליקט הבסיסי שבין תחרות המביאה ליעילות לבין שירותים הניתנים בצורה שוויונית. בעידן של בתי-חולים מתואגדים המתחרים ביניהם השוויוניות בשירות היא זו שתיפגע.

הרעיון שבבסיס התיאגוד הוא, שתחרות מנוהלת בין בתי-חולים ציבוריים הממומנים על בסיס חוזים עם קופות-החולים תעלה את יעילותם. מסתבר בבדיקות שנערכו שאין כלל הוכחה לכך שתחרות בין בתי-חולים, כפי שנוהלה במדינות כגון אנגליה, שוודיה, גרמניה והולנד, העלתה את יעילות התפעול שלהם. תחרות זו, באותן מדינות, העלתה את מידת ההיענות של בתי-החולים לצורכי לקוחותיהם, והביאה להגדלת היצע בו היו קוני השירותים האשפוזיים מעוניינים.

בתי-החולים הציבוריים, כולל הממשלתיים, הינם נכס ציבורי בעל משמעות חשובה ביותר. ניתוח שיטתי של התיאגוד הזוחל, כפי שהובא בעבודה, הביאנו להערכה שיש לנקוט פעולה להוצאת בתי-החולים הממשלתיים מניהול והפעלה ישירה של משרד הבריאות, והטעמים לכך הובהרו בהרחבה. בתי-חולים ממשלתיים קיימים גם במדינות רבות אחרות, כולל מדינות אירופאיות כגון מדינות סקנדינביה, גרמניה, בלגיה, צרפת ועוד. כמעט בכל המדינות הללו אין בתי-חולים אלו מנוהלים ישירות על-ידי הממשלה, אלא על-ידי גופים ציבוריים אחרים כגון רשויות מקומיות או תאגידים.

בסעיף האחרון בעבודה, מובעת ההערכה שהחלופה הפחות מועדפת היא המשך המצב הקיים. בחלופה זו הצטרפו יחדיו המגרעות של תאגידים ושל המצב שקדם לתיאגוד למחצה שבו מצויים בתי-החולים הממשלתיים כיום. לאמור, משרד הבריאות לא השתחרר מניהול והפעלת בתי-החולים, ואינו מצליח לתפקד כמיניסטרו. במצב הקיים עולות מגרעות התחרות בשירותי האשפוז היות שהנהלות בתי-החולים הממשלתיים האוטונומיים מועמדות בפני השגת היעד הכלכלי בלבד, ולא הוצגו בפניהן יעדים הקשורים בטיפוח וקידום בריאות הקהילה או איכות הטיפול.

שתי חלופות נותרו לשיקול, המשך תהליך התיאגוד או מעבר לחקיקה שתוליך להקמת רשות אשפוז, בגירסתה הריכוזית או הביזורית. אין אנו נוקטים עמדה באשר לחלופה המועדפת ביניהן, שכן ההעדפה תלויה גם בערכים חברתיים ובשיקול של היתרונות והחסרונות של כל דגם על פי אידיאולוגיה חברתית כוללת יותר. אם תינתן עדיפות לשיקולים הקשורים בעצמאות מרבית ויכולת פעולה גמישה של כל בית-חולים ממשלתי, תוך תחרות מנוהלת עם בתי-חולים אחרים, יש לשער שתועדף החלופה של התיאגוד. כפי שציינו, חלופה זו לא יושמה עד כה בעיקר בשל חוסר יכולתו של המעסיק הממשלתי להגיע לכלל הסכם עם נציגויות העובדים. ייתכן שלבסוף תיבחר החלופה של רשות אשפוז המוקמת מתוקף חוק גם אם המדובר בהליך ארוך יחסית של חקיקה, שכן יתרונו הוא בכך שבחקיקה נקבעות זכויות וחובות המעסיק והעובדים העוברות לתאגידים. התיאגוד, לפחות עד כה, לא הוכיח עצמו כמסלול מקוצר דוקא להשגת חלק מהיעדים אותם נועד להשיג.

אם תיבחר החלופה של הקמת רשות אשפוז בתוקף חוק, ייתכן שבתוקף התהליכים של תיאגוד למחצה שבתי-החולים הממשלתיים כבר עברו, שחלקם, לפחות, אינם הפיכים, תיבחן החלופה של רשות אשפוז ביזורית. בחלופה זו, הרשות פועלת כגוף מפקח ומווסת, המפעיל את בתי-החולים כך שלכל אחד מהם יש מידה רבה של אוטונומיה.

אחת הבעיות הבולטות שתבוא לכלל ביטוי כמעט בכל חלופה, אך במיוחד בגירסת התיאגוד המלא ללא רשות אשפוז, היא הפגיעה שתתרחש בשוויוניות הושטת השירותים. יש מספר כלים שבהם יכול משרד הבריאות, או רשות אשפוז ביזורית או ריכוזית, לנקוט על מנת להמעיט ולהקטין פגיעה זו. כלים אלו כוללים, בין השאר, עקרונות של חוזים בין קופות-החולים לבין בתי-החולים המבוססים על תקצוב גלובלי ופרוספקטיבי של בתי-החולים. כלי נוסף הוא הפעלה, בתוקף של תקנות מחייבות או באמצעות הסכמים בין בתי-חולים לבין קופות-החולים, של אזורים באשפוז ושל אפשרות בחירה של כל מבוטח בבית-החולים שבו הוא מעוניין להיות מאושפז. כלי נוסף קשור לתיאום מחויב מכוח תקנות ממשלתיות של שירותים אמבולטוריים בקהילה ובבית-החולים. לבסוף, הגדרות ברורות של תחומי אחריות של בתי-חולים עשויות אף הן לתרום לצמצום השפעות שליליות אפשריות של תחרות בין בתי-החולים שיפעלו כתאגידים.

החלופה של רשות אשפוז מחייבת חקיקה. לחקיקה יש יתרון ברור בהשגת העברת העובדים למעמד של עובדי הרשות, אך יש לו חסרון בולט: תידרש תקופת זמן ארוכה להשלמת תהליך חקיקה בנושא מורכב ורגיש ציבורית זה. יש לשער שמהלך של חקיקה ילווה בהמשך של מהלכי התיאגוד, בכיוון של העברת סמכויות ומתן אוטונומיה בשטחי פעולה נוספים לבתי-חולים ממשלתיים ובמיוחד לבתי-חולים המופעלים על-ידי קופת-חולים כללית. צפוי שבת-החולים שיקבלו עצמאות ניהולית יפעלו תוך קיום תחרות מסוימת ביניהם.

אם אמנם תיבחר החלופה של הקמת רשות אשפוז, יש למשרד הבריאות תפקידים חשובים ביותר בתקופה שעד להשלמת תהליך החקיקה. משרד הבריאות חייב להיות הגורם שיוסות את המערכת, ידאג למניעת היווצרות כפילויות בתשתיות שירותים ובכוח-אדם יקר, וליחסי גומלין תקינים בין שירותי בריאות ראשוניים, שניוניים ושלישוניים. משרד הבריאות אמור להיות הגוף שיוסות ויכוון את יחסי הגומלין שבין המגזר הפרטי לציבורי במערכת הבריאות. ייתכן שבעתיד מרבית המטופלים בבתי-החולים הכלליים יקבלו טיפול אינטנסיבי יותר, כאשר חולים שאינם זקוקים לטיפול כזה יטופלו ביחידות מתאימות בקהילה או בתשתיות טיפוליות אחרות, יעילות יותר ביחס תפוקה מול תשומה בהשוואה לבית-החולים הכללי. כיווני התפתחות אלו קשורים לשילוב ותיאום בין שירותי בריאות בקהילה לבין בית-החולים, כך שהטיפול בחולה יהיה רצף מבוקר של טיפול איכותי המבטיח גם חיסכון ויעילות כלכלית.

אחת המסקנות היותר חשובות של עבודה זו היא שלא קשר לחלופת ארגון בתי-החולים הממשלתיים שתיבחר, תיאגוד מלא או רשות אשפוז באחת מגרסותיה, יש חשיבות עליונה להגדרה ברורה של פונקציית המטרה, היעדים אליהם יחתור כל בית-חולים.

בית-החולים הציבורי אמור לפעול כמרכז של שירותי בריאות מתקדמים לכלל העוסקים בשירותי בריאות, כולל בתחום של שירותי בריאות מונעים וקהילתיים. בית-החולים אמור לשאוף ולחתור ליישום של שירותי איכותי לפרט, למתן שירות שווה לצורך רפואי שווה, להפעלת בקרת איכות ברוח החוקים שנחקקו בנושא, ולשתף ככל שניתן את מקבל השירות בתהליכי קבלת החלטות. בית-החולים, כמרכז יצירת ידע והכשרת כוח-אדם, אמור לעסוק באותם תחומי פעילות רפואית שלא ניתן ולא סביר לעסוק בהם בקהילה, ובהם בלבד. בכל חלופה שתיבחר, יש

צורך ברור בהגדרה של כללי תגמול וכללי התחשבות בין בתי-החולים לקופות-החולים שיביאו ליישום העיקרון של תמרוץ בתי-החולים לנהוג באופן שיקדם את השגת היעדים דלעיל.

בעבודה כמה נושאים עיקריים: הרקע הכללי לרפורמה, כולל השינויים שאירעו בהסדרי התגמול של בתי-החולים, החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות; תאור המצב הקיים בבתי-החולים שהוחל בתיאגודם; ניתוח ההשלכות של הרפורמה על צורת ההפעלה של בתי-החולים של קופת-חולים הכללית. לאחר מכן, אנו מעלים חלופות מדיניות להמשך התהליך, תוך פרוט המשמעות הנובעת מכל חלופה.

## 2. בתי-החולים - החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות

ההערכה היא שישראל מצויה, ותמשיך להיות בטווח הזמן הנראה לעין, בעידן ריסון ההוצאה הלאומית לבריאות. בשנים האחרונות עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות, כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי, מ-7.6 אחוז בשנת 1991 ל-8.3 אחוז בשנת 1994. נראה שחלק מההסבר לעלייה זו קשור לקצב מהיר של עליית ההוצאה על רופאים פרטיים ותרופות הנרכשות על-ידי פרטים, וכמו כן קשור הדבר לקצב המהיר של עליית ההוצאה על רופאי שיניים. בריאות השן אינה כלולה בסל שירותי הבריאות המכוסה על-ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להוציא שירותים מיוחדים לתלמידי בתי-ספר ולקשישים). המדובר בהוצאות שמשקי הבית בישראל מוציאים ישירות מתקציב המשפחה. ההוצאה הלאומית על מרפאות ושירותי רפואה מונעים עלתה אף היא, אך בקצב נמוך יותר, וההוצאה על בתי-חולים עלתה בשיעור עוד יותר נמוך. ההוצאות על שירותי רפואה פרטיים וכן על תרופות שנקנו ישירות על-ידי משקי הבית עלו בתקופה 1984-1992 ב-9.5 אחוז לשנה, ההוצאות על רפואת שיניים ב-6.6 אחוז לשנה, ההוצאות על רפואה קהילתית (כולל רפואה מונעת) ב-5.6 אחוז לשנה, וההוצאות על בתי-חולים ב-3.5 אחוז לשנה. לעליית ההוצאה הלאומית לבריאות המסתמנת בשנים 1994 ו-1995 יש הסברים נוספים. הסכמי שכר שנחתמו עם האיגודים המקצועיים במגזר הבריאות הקנו לעובדים אלו "תוספות שכר מפליגות" המשפיעות גם על עלויות הבריאות בשנת 1996. במהלך השנתיים 1994-1995 עלה השכר הריאלי למשרת שכיר בשירותים הציבוריים בכ-16 אחוז.

בניתוח של השינויים בהוצאות ובהכנסות של קופות-החולים בין שתי השנים הללו, נמצא, שהוצאותיהן גדלו בקצב של 5.6 אחוז לעומת 3 אחוז בלבד בהכנסותיהן. במרבית המדינות המפותחות נעשים מאמצים להקטין את קצב גידול ההוצאה הלאומית לבריאות. מאמצים אלו מכוונים בראש ובראשונה למגזר האשפוזי, בשל כמה סיבות הרלוונטיות גם לישראל.

סיבה אחת קשורה לגודלו היחסי של מרכיב ההוצאה על בתי-חולים בהוצאה הלאומית לבריאות - 40 אחוז בשנת 1993. כ-14 אחוז נוספים מההוצאה הלאומית לבריאות הם שירותים אמבולטוריים של בתי-חולים הכלליים הניתנים במרפאות החוץ של בתי-חולים. כלומר, מעל 55- אחוז מכלל שירותי הבריאות מסופקים על-ידי בתי-חולים והיתר על-ידי שירותי הבריאות הקהילתיים. מסיבה זו, וכן בשל העובדה שבתי-חולים הינם מדריכי ומכווני השירותים הרפואיים, יש לראות בהם את החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות, המשפיעה על חלקיה האחרים.

סיבה שנייה היא שבמגזר האשפוזי עדיין לא נקבעו על-ידי משרד הבריאות "כללי משחק" ברורים. הסדרי התגמול ואופי החוזים שיחתמו בין קופות-החולים לבין בתי-חולים לגבי אספקת שירותי אשפוז למבוטחים בקופות עדיין שנויים במחלוקת. נושא זה על הבעייתיות שלו, קשור באופן ישיר לתהליך התפתחות בתי-חולים הממשלתיים לקראת תיאגודם.

סיבה נוספת קשורה להתרחבות השירותים האמבולטוריים בבתי-חולים הכלליים, המהווים כיום כרבע ומעלה בהכנסותיהם, לעומת כ-15 אחוז בראשית שנות התשעים. בית-חולים המגדיל את מספר הביקורים במרפאות החוץ שלו, יכול לקבל תקני רופאים נוספים על פי ההסכם הקיבוצי של המדינה עם הסתדרות הרופאים. יש לכך קשר אפשרי עם אחד ההסברים שהוצעו לגידול שחל בשנים האחרונות בהוצאה הלאומית לבריאות. המדובר בביקושים לשירותי בריאות הנוצרים לאו דוקא בשל צורכי בריאות של האוכלוסייה, אלא כתוצאה מהיצע רופאים בעלי רשיונות בישראל. בישראל, על כל אלף נפש, היו בשנת 1993 כ-3 רופאים (2.8) הרשומים כבעלי רשיון עבודה (עד גיל 70). הממוצע של רופאים המועסקים בפועל ברפואה לכל אלף נפש, במדינות OECD באותה שנה, הוא 2.5. אמנם הנתון לגבי ישראל איננו על רופאים המועסקים בפועל, עם

זאת, סביר להניח שהגידול של השירותים האמבולטוריים קשור גם ללחצי היצע של רופאים<sup>1</sup>.

סיבות נוספות למיקוד על המגזר האשפוזי, קשורות לקיום ראיות על היעדר שוויוניות והיבטים של אי-יעילות בו. לגבי הנגישות השוויונית - עדיין יש ריכוז רב מדי של מיטות אשפוז במרכז הארץ לעומת מחסור יחסי בדרום ובצפון. יש מצוקה קשה בתחום אשפוז של חולים כרוניים, בעיקר חולים סיעודיים מורכבים כרוניים, לעומת עודף מיטות במחלקות מסוימות (גיניקולוגיה, כירורגיה כללית, ילדים). עדיין קיימים מכשולים ומעצורים ליישום רחב יותר מהקיים כיום של אשפוזי יום וטיפול בית. כמו כן, עדיין אין יישום מניח את הדעת של העיקרון הפשוט של אשפוז חולים בבתי-חולים, רק למקרים שאינם יכולים לקבל את הטיפול המתאים לצורכיהם הרפואיים במסגרות אחרות. היבט זה בולט במיוחד במחלקות פנימיות של בתי-החולים כלליים, שבהן מיטות רבות מאכלסות חולים קשישים. במדינות אחרות מאושפזים הקשישים בבתי-חולים לחולים כרוניים או בבתי-חולים סיעודיים, שבהם עלות האשפוז היא כמחצית מזו של בתי-החולים הכלליים.

לתמונה זו יש צד בהיר ומעודד יותר. בתי-החולים בישראל עברו בשנים האחרונות תהליך של התייעלות, המתבטא במדדים של סבב מיטות, שיעור מיטות לאשפוז כללי ביחס למספר התושבים, ותפוסת מיטות. כך, למשל, יש ירידה נמשכת בשיעור מיטות האשפוז לאלף תושבים בישראל. בשנת 1994 שיעור המיטות לאלף נפש באשפוז כללי היה 2.3, לעומת 2.6 בשנת 1988. מרבית התוספת של מיטות אשפוז בשנים 1994 ו-1995- היתה של מיטות למחלות ממושכות. זהו מספר מיטות שהוא מהנמוכים בעולם המערבי ביחס לאוכלוסייה. אחד ההסברים לכך הוא הימנעות משרד האוצר לאשר תוספת של מיטות משיקולים של חיסכון תקציבי. יש לכך קשר ישיר למשך שהייה קצר ביותר של חולים בבתי-חולים כלליים - פחות מחמישה ימים בממוצע ב-1993, ולאחוזי תפוסה של מעל 90- אחוז בבתי-החולים. כתוצאה מירידת משך שהיית חולים בבתי-חולים, ירד גם שיעור ימי האשפוז לאלף נפש. נתונים אלו מצביעים על כך שלמגזר האשפוז בישראל, בניגוד חריף למצב בכמה מדינות אירופאיות מתקדמות, אין בעיה של חוסר יעילות כתוצאה מעודף מיטות אשפוז או הארכה בלתי מוצדקת של משך האשפוז. סוגיית מפתח בדיונו בתיאגוד, לפיכך, היא הדרך היותר

אפקטיבית לשמר ולתחזק הישגים אלו של מגזר האשפוז הכללי בישראל בתפקוד יעיל וחסכוני במונחים פיזיים של תשתיות.

מגמה מנוגדת לזו שתוארה לעיל היא מגמת שיעור האשפוזים לאלף נפש. מדד זה מבטא במידה מסוימת ביקוש לשירותי אשפוז. שיעור האשפוזים לאלף נפש עלה בהתמדה מאז ראשית שנות השמונים והמשמעות היא שמספר האשפוזים גדל בקצב מהיר יותר מקצב גידול האוכלוסייה. ההסברים העיקריים לכך הם הזדקנות האוכלוסייה בישראל, והתקדמות הטכנולוגיה הרפואית המאפשרת הארכת משך החיים של קשישים בתנאי טיפול נמרץ בבית-חולים.

עדיין יש אפשרויות רבות של התייעלות נוספת. מחקרים שנעשו על ימי אשפוז בלתי מוצדקים (לאמור, השארת חולים באשפוז מנימוקים הקשורים בעיכובים בפעולות אבחוניות או בהמתנה לרופא יועץ) הראו שבבית-חולים אוניברסיטאי גדול מסוים שיעורם היה 54 אחוז במחלקות פנימיות 391- אחוז במחלקות כירורגיות. מחקרים מאוחרים יותר הראו ששיעור ימי האשפוז הלא-מוצדקים נמוך הרבה יותר מהמתואר לעיל: רובם מצביעים על שיעור של כ-20 אחוז של ימי אשפוז כאלה. גם שיעור אחרון זה מצביע על פוטנציאל מסוים של התייעלות פנימית.

קבוצת האוכלוסייה הדומיננטית בצריכת שירותי אשפוז היא זו של גילאי 50 ומעלה ומתוכם הצרכנים הגדולים ביותר הם הקשישים, בני 75 ומעלה: לכל אלף קשישים יש מעל 500 אשפוזים לשנה, כשמחציתם במחלקות פנימיות. ככלל, כ-20 אחוז מתושבי ישראל נזקקים מדי שנה לבתי-החולים. לעתים מועלית טענה שכ-90 אחוז מהפונים לבתי-החולים הכלליים מטופלים טיפול סימפטומתי במחלות כרוניות, ויראליות או סרטניות.

עבור מקצועות הבריאות, ובמיוחד עבור רופאים, בתי-החולים הם בית היוצר של הידע הרפואי המעודכן וכן ההכשרה והמחקר הרפואיים. מנקודת הראות של ארגוני העובדים במערכת, ובמיוחד ארגוני הרופאים, בתי-החולים ומנהלי המחלקות בהם מהווים את חוט השדרה של התשתית הארגונית שלהם. לפיכך, בתי-החולים מהווים מוקד של כמה קבוצות משמעותיות של בעלי עניין ישיר שכל פתרון ארגוני חייב להתחשב בהם.

העבודה איננה מקיפה את כל המגזר האשפוזי. התמקדנו בבתי-החולים הכלליים בישראל, שלא למטרת רווח, המצויים בבעלות ציבורית<sup>2</sup>. בשנת 1992 היו 32 בתי-חולים כלליים: 11 מתוכם בבעלות

ממשלתית (מפעילים כ-46 אחוז של מיטות האשפוז הכללי) ו-8 בבעלות קופת-חולים כללית (מפעילים כ-40 אחוז של מיטות האשפוז הכללי). שאר 13 בתי-החולים הציבוריים מצויים בבעלות "הדסה", גורמים ציבוריים אחרים, ומסדרים דתיים<sup>3</sup>. נתמקד לפיכך, בראש ובראשונה ב-11 בתי-החולים הממשלתיים<sup>4</sup>, ובמידה פחותה בשמונת בתי-החולים של קופת-חולים כללית. עובדי בתי-החולים הממשלתיים (לא כולל בתי-חולים עירוניים-ממשלתיים) שמספרם היה 18,244 ביולי 1996 (במונחי משרות שלמות) היו כ-40 אחוז מכלל עובדי המדינה, שמספרם (משרות שלמות) היה באותו חודש 46,688.

### 3. התהליכים שקדמו לתיאגוד - "תאגידיזציה זוחלת"

השינויים שהופעלו בשנים האחרונות, החל משנת 1992, בשיטת מימון ותגמול בתי-חולים ממשלתיים היו בעלי השפעה משמעותית ביותר על התפתחות התיאגוד. שינויים אלו, שייסקרו להלן, יצרו מצב של "תאגידיזציה זוחלת" במערכת.

לבתי החולים הממשלתיים מספר מקורות הכנסה עיקריים ממכירת שירותים לקופות-החולים, מכירת שירותי שונים באמצעות עמותות שהוקמו ליד בתי-חולים אלו, ותרומות הניתנות לבית-החולים. בתי-החולים מוכרים את שירותיהם לקופות-החולים על בסיס תעריפים מחייבים, הנקבעים במשותף על-ידי משרדי האוצר והבריאות הן לאשפוז והן לשירותים אמבולטוריים (לענייננו, שירותי מרפאות החוץ של בתי-החולים). לתעריפים אלו השפעה דומיננטית על כלל מערכת הבריאות, לפי שגם ספקים פרטיים והמגזר הפרטי "מתיישרים" לפיהם.

#### א. כללי תגמול בתי-חולים

בעיית היסוד של השימוש בכללי תגמול לבתי-חולים היא מי ישלם כסף למי, בעבור איזו תפוקה, ולהשגת איזה מטרות של מערכת הבריאות? כלומר, שכללי התגמול אמורים להיקבע על פי מטרות מערכת הבריאות. בביטוי תגמול כוונתנו לתמריץ כספי לבית-חולים הבא על מנת להניע את בית-החולים להתנהג בצורה מסוימת. ברור שצורת התנהגות בית-החולים מושפעת ביותר על-ידי כללי התגמול שנקבעו לו. יש עדויות רבות לכך שבתי-החולים בישראל מושפעים ביותר על-ידי כללי התגמול הנקבעים להם. יש שלושה סוגים עיקריים של שיטות תגמול בתי-חולים:

#### (1) שיטות תגמול קפיטטיביות

בשיטות אלו מתקשרת קופת-חולים מסוימת עם בית-חולים מסוים בהסכם לפיו, תמורת תשלום מסוים קבוע מראש, יספק בית-החולים לקופה את שירותי האשפוז לכל המבוטחים של הקופה באזור מסוים או לרשימת מבוטחים קבועה מראש. השיטות קרויות קפיטטיביות לפי שהתשלום נעשה לפי "ראש". קופות-החולים בישראל ממומנות על בסיס זה על-ידי המוסד לביטוח לאומי, וזאת בתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשל כך, העלו קופות-החולים בעבר את הצורך שחוזי אספקת השירותים שלהן עם בתי-החולים ייקבעו על פי שיטת הקפיטציה, ובדרך זו תהיה חלוקה מסוימת של הסיכון הביטוחי בין קופת-החולים לבין

בית-החולים. יש בתי-חולים המעדיפים מראש שיטת תגמול זו כיוון שהיא מאפשרת תכנון תקציבי של בית-החולים: זרם ההכנסות הנכנס באופן קבוע ידוע מראש לאורך כל חודשי השנה. ממשלת יפן, לדוגמה, החליטה על הפעלת מקצת בתי-החולים שלה החל ממרץ 1997 על פי שיטת תגמול זו.

לסוג זה של תגמול בתי-חולים שייכות גם שיטות של תגמול על פי תקציב קבוע מראש, היכול להיקבע על בסיס היסטורי (שיטת התגמול הדומיננטית של בתי-החולים של קופת-חולים) או על בסיס של הערכת צרכים באזור בו ממוקם בית-החולים. בשנים 1994 ואילך, כולל בשנת 1997, תהיה זו שיטת התגמול של בתי-החולים הממשלתיים.

## (2) שיטות תגמול לפי הפעילות האשפוזית

בשיטות אלו ניתן להפעיל את כללי התגמול לפני ביצוע הפעילות, ואז הן פרוספקטיביות, או לאחר ביצוע הפעילות, ואז הן הופכות להיות לשיטות רטרוספקטיביות. לעתים יש שילוב של קביעה פרוספקטיבית ורטרוספקטיבית. למשל, השיטה הנפוצה והדומיננטית בישראל עד ראשית שנות התשעים היתה של תשלום לפי יום אשפוז. בשיטה זו, גובה התשלום של כל קופת-חולים לבתי-החולים הממשלתיים והציבוריים נקבע פרוספקטיבית על-ידי הממשלה. התשלום על כל מאושפז מחושב לאחר שחרורו מבית-החולים, כשידוע מספר ימי אשפוזו.

שיטת תגמול אחרת הנכללת בסוג זה היא תשלום לפי שירות (fee for service) המקובל יותר ברפואה הקהילתית (למשל, ברפואת מומחים בקופת-החולים). זוהי השיטה הדומיננטית ברפואת השן הפרטית, שבה לכל סוג של פעילות יש מחיר. שיטה דומה לה היא תשלום לפי קבוצת אבחון, הקרויה בראשי התיבות שלה DRG (Diagnosis Related Groups). המשמעות היא תשלום קבוע מראש לבתי-החולים בגין ביצוע פעילות אשפוזית על פי קבוצת האבחון שלה סווג המאושפז, ללא קשר לעלות האמיתית של פעילויות האשפוז שבוצעו. רופאים מעדיפים בדרך כלל סוג זה של כללי תגמול, כיוון שבהם התגמול נקבע על פי החלטת הרופא. בתשלום לפי שירות, הרופא הוא הקובע את עלות הטיפול. בתשלום לפי שיטת ה-DRG, הרופא קובע את קבוצת האבחון של החולה, ועל-ידי כך נקבע תעריף הטיפול.

ארגוני הרופאים בישראל פעלו בעבר נמרצות על מנת להביא לשילוב של שיטת התגמול של DRG בשיטות התגמול הקיימות של בתי-החולים. טענתם היתה שתשלום אחיד לפי יום אשפוז מעודד את בית-החולים

לעסוק בפעילויות אשפוזיות זולות יחסית ולהימנע מפעולות אשפוזיות יקרות, כגון ניתוחי לב פתוח והחלפת מפרקים, שעלותם גבוהה ביותר. שיטת תגמול לפי אבחון ראשי, הקרויה בישראל תגמול על פי פרוצידורה או קבוצת פעילות, הופעלה בארץ באופן הדרגתי ומתרחב בהתמדה מתחילת שנות התשעים.

### **(3) שילוב מסוים של שיטות התגמול דלעיל**

לכל אחת מהשיטות, בתוך כל אחד מהסוגים העיקריים שהוזכרו לעיל, יש יתרונות וחסרונות, וברוב מדינות המערב ניסו ללכת לשילוב מסוים שלהם. למשל, כאשר העדיפות ניתנה לנושא של חופש המבוטח לבחור לעצמו את המטפל, התגמול היה על פי המקרה, כיוון שבשיטות אלו "הכסף הולך אחרי החולה".

יש שיטות של קפיטציה, שגם בהן ניתן לשלב את חופש בחירה של המבוטח בבית-החולים שבו הוא רוצה להיות מאושפז: למשל, כאשר קופת-החולים ובית-החולים חותמים ביניהם הסכם קפיטטיבי על פי רשימת מבוטחים, וקופת-החולים מקבלת מכל מבוטח שלה את העדפותיו לגבי בית-חולים שהוא מעדיף להתאשפז וכוללת אותו ברשימת מבוטחיה לצורך קבלת טיפול באותו בית-חולים. אם, לעומת זאת, ההסכם בין קופת-החולים לבין בית-החולים הוא אזורי (לאמור, כל המבוטחים באזור מסוים יטופלו באותו בית-חולים) חופש הבחירה של המבוטח מצומצם יותר.

### **ב. שינויים בשיטות תגמול בתי-החולים**

לשיטת מימון בתי-החולים אין אמנם קשר ישיר לתיאגוד. ביזור של סמכויות ניהוליות, ומתן אוטונומיה ניהולית, יכולים להיעשות במקביל או אף לפני שמוענקת לבתי-החולים אחריות תקציבית. ההתפתחות בישראל היתה של הפיכה הדרגתית של בתי-החולים הממשלתיים ליחידות שבהן נוצרת תלות בין הוצאה להכנסה במסגרת התקציבית של בית-החולים, ועל-ידי כך עברו רוב בתי-החולים תהליך של למידה והסתגלות לפעילות בתנאי תיאגוד. יתירה מזו: השינויים יצרו מצב, לכאורה בלתי-הפיקד, של פעילות בתי-חולים כלליים כתאגידיים למחצה זמן רב לפני שנפלה החלטה לתאגדם.

החל מאמצע שנות השמונים מתקיים בבתי-החולים הממשלתיים תהליך של מעבר משיטת התחשבות המבוססת על תקצוב גלובלי מראש על בסיס היסטורי, שבו אין קשר בין הוצאה להכנסה, לתקציב שבו יש

קשר ברור בין הוצאה להכנסה. מצב דברים שונה שרר לאורך התקופה בבתי-החולים של קופת-חולים כללית. בבתי-חולים אלו נמשך התקצוב הגלובלי. במקביל לכך ניתנה הרשאה לבתי-חולים, של הממשלה ובמידה פחותה אף של קופת-חולים כללית, לקיים פעילות חוץ-תקציבית הממומנת על-ידי עמותות הפועלות ליד בית-החולים. היתר זה כלל עמותות ידידים שהוקמו לגיוס תרומות חיצוניות וכן עמותות שהוקמו לצורך ניהול קרנות מחקר. בנוסף, ניתנו באופן הדרגתי סמכויות לבתי-החולים הממשלתיים ליצירת מקורות הכנסה עצמאיים, חוץ-תקציביים. שינויים אלו הוליכו לתהליך של תיאגוד זוחל בבתי-החולים הכלליים של הממשלה.

תחילת התהליך אירעה עוד בסוף שנות השבעים: עד מרץ 1976, ניתנה סובסידיה ממשלתית ניכרת לקופות-החולים בישראל. סובסידיה זו ניתנה על-ידי קביעת תעריף יום האשפוז ששולם על-ידן לבתי-החולים כך שכיסה בממוצע רק כרבע מעלות אמיתית של יום אשפוז. באפריל 1976 בוטלה חלקית סובסידיה זו, על-ידי העלאת מחיר יום אשפוז. במקביל, בוטל ההחזר של הממשלה לקופת-חולים כללית כהשתתפות בעלות יום אשפוז בבתי-החולים של קופה זו. בין השנים 1977 ו-1981 קבע משרד הבריאות מחיר יום אשפוז ממוצע שהיה אחיד למערכת האשפוז. עדיין היתה מגולמת בקביעה זו סובסידיה לקופות-החולים בשיעור של כשליש מעלות יום אשפוז. תקצוב בתי-החולים נשאר גלובלי.

באותה תקופה, החלה קופת-חולים כללית להפעיל תכנית אשפוז חדשה בבתי-החולים שבבעלותה. היא שאפה להגיע, בצורה מבוקרת, להגדלת התפוסה והורדת השהייה הממוצעת בכל מיטת אשפוז בבתי-החולים הכלליים של הקופה. בנוסף, הדגישה התכנית ייעול של תהליכי אבחון, שימוש מירבי בטיפול אמבולטורי ובהסדרי אשפוז יום, וכן הקצאת ימי אשפוז על בסיס תכנון אזורי תוך התחשבות במאפייני האוכלוסייה המבוטחת בכל אזור. בשנה הראשונה שלאחר הפעלת התכנית, היא הביאה לעלייה ממוצעת של 15 אחוז בסבב המיטות של בתי-החולים של קופת-חולים כללית. מהלכים אלו הביאו לדיונים בין משרד הבריאות לקופת-חולים כללית על הפעלת תכנית אשפוז כלל ארצית.

בין השנים 1981 ל-1991 היתה נהוגה התחשבות גלובלית בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים כללית על אשפוז חולי הקופה בבתי-החולים שבבעלות הממשלה. בדפוס התחשבות זה, היתה קופת-חולים כללית

מתחייבת לרכוש מבתי-החולים הממשלתיים מכסה קבועה של ימי אשפוז, שעבורם היא שילמה למשרד הבריאות סכום כולל מסוים. בנוסף, שילמה הקופה סכום קבוע של 18 אחוז מדמי האשפוז בגין שירותים אחרים, בעיקר שירותי מרפאות חוץ אך גם שירותים של חדרי מיון, שאותם קבלו מבוטחי הקופה מבתי-החולים הממשלתיים. משרד הבריאות הקציב לאחר מכן לכל אחד מבתי-החולים הממשלתיים את חלקו מכלל ההכנסות שהיו לו מקופת-חולים כללית. הסכם זה קבע כמו כן הסדרי אשפוז אזוריים. נקבעה, אפוא, שיטת תגמול של בתי-חולים על בסיס פרוספקטיבי, כשלכל אזור מוקצית מכסת ימי אשפוז. קופות-החולים האחרות שילמו לממשלה לפי מספר ימי האשפוז שצרכו בפועל כפול מחיר יום אשפוז ממוצע. עדיין היתה בקביעה אחרונה זו כדי סבסוד קופות-החולים. שיעור הסבסוד, לאמור ההפרש החיובי בין עלות יום אשפוז למחיר יום אשפוז כפי שקבעו משרד הבריאות, הלך וירד בצורה מודרגת לאורך תקופה זו מכ-37 אחוז באמצע שנות השמונים לכ-26 אחוז בשנת 1991.<sup>5</sup>

הסכם האשפוז הגלובלי בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים כללית היה כרוך בתהליך של הגשת חשבונות על-ידי בתי-החולים לקופת-חולים כללית ובדיקתם על-ידי (הגם שהמספר הכולל של ימי האשפוז היה מוסכם). דיונים ממושכים בין משרד האוצר לבין קופת-חולים כללית על גובה הסובסידיה של הקופה הביאו לאיחורים בתשלומים לבתי-החולים הממשלתיים. בשנות האינפלציה הדוהרות של ראשית שנות השמונים, הביאו איחורים אלו את בתי-החולים הממשלתיים למצבים תקציביים קשים ביותר. למשרד הבריאות לא היה תקציב מאושר להעביר כספים לבתי-החולים כאשר לא התקבלו תשלומים מקופת-החולים הכללית. אחת התוצאות של מצב דברים זה הוא שבהסכם ההבראה של שנת 1986 בין הממשלה לבין קופת-חולים כללית נקבע "הסדר קיזוז". הסדר זה איפשר לממשלה לקזז באופן שוטף, מתוך כספים המגיעים לקופת-חולים כללית מהמס המקביל, את חובות הקופה לבתי-חולים כלליים (ממשלתיים ומלכ"רים). הסדרים דומים הופעלו לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו, בשנת 1995, עם קופות-החולים האחרות, לאמור מכבי, מאוחדת ולאומית. הסדרים אלו נעשו בהקשר של מענקי תמיכה מיוחדים לאותן קופות מאוצר המדינה. יש אפוא להסדרים אלו חשיבות נמשכת במובן זה שהממשלה, ומשרד הבריאות, מתייצבים מול קופות-החולים כמופקדים על איתנותם הכספית של בתי-החולים

שבבעלות הממשלה (ובמידה מסוימת גם של בתי-החולים הציבוריים האחרים הפועלים כמלכ"רים).

ההתפתחות דלעיל הינה דוגמא ברורה וממשית לבעיה הקשה של ניגוד אינטרסים חריף שבו נתון משרד הבריאות. המשרד מנסה להפעיל ביעילות ובחיסכון את בתי-החולים שבבעלותו, תוך שמירה על איתנותם הכספית. בוזמנית, תפקידו המהותי והעיקרי הוא לפעול כמיניסטרוני האחראי לקביעת מדיניות שירותי הבריאות הציבוריים, שמירת איכותם ובקרת תיפקודם. לחצי הניהול השוטף של בתי-החולים הממשלתיים היטו, בדרך כלל, את כף שיקוליהם של מקבלי ההחלטות לטובת העדפת איתנותם הכספית של בתי-החולים הללו. תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים בא למנוע כפל אינטרסים זה של משרד הבריאות והממשלה מול קופות-החולים ומול ספקים ומבטחים אחרים של שירותי בריאות. בעלות וניהול של בתי-חולים כלליים על-ידי משרד הבריאות במישרין היתה והינה הגורם המרכזי למצב שבו משרד זה, וכמו כן משרד האוצר, מתקשים למלא תפקידים מיניסטריאליים אחרים, כמו תכנון, הכוונה, ובקרה של שירותי הבריאות בישראל.

בסוף שנת 1996 הגיש מנכ"ל קופת-חולים כללית, מר אביגדור קפלן, תזכיר לכלל חברי הכנסת, בו ציין שבין השנים 1993 ל-1996 עלה מדד מחירי יום אשפוז ב-70 אחוז בעוד שמדד הבריאות, לפיו מתעדכנים המקורות המועמדים לרשות קופות-החולים מכספי חוק ביטוח ממלכתי, עלה רק ב-52 אחוז (ולצורך השוואה, באותה תקופה עלה מדד השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות ב-66 אחוז ומדד השכר למשרת שכיר בשירות הציבורי ב-60 אחוז). קצב ההתייקרות של מחיר יום אשפוז משקף את ההתייקרות של מעל מחצית ההוצאות של קופות-החולים.

במהלך שנות השמונים, כמעט כל בתי-החולים הממשלתיים דאגו להקים לעצמם עמותות לפיתוח ומכירת שירותים נוספים מחוץ למסגרת התקציב הממשלתי וללא כפיפות לחוק התקציב ולתקנון שירות המדינה. עמותות לאיסוף תרומות לבתי-החולים, הממשלתיים והאחרים, החלו לפעול עוד בשנים שלפני כן. המדובר, בשנים אלו, בעמותות נוספות, או בהרחבת תקנוני העמותות הקיימות, כך שיתאפשר לבתי-החולים למכור, בשיווק עצמי, שירותים נוספים שמחוץ למסגרת התקציב. התפתחות זו יצרה תשתית להתפתחות התאגידים מאוחר יותר. לעמותות אלו שמות שונים, כולל "קרן למחקר ולפיתוח של בית-החולים". פעילות קרן זו וסניפיה בבתי-החולים הממשלתיים תתואר בהמשך בהרחבה.

ב-1991 בוטל הסדר ההתחשבות הגלובלי בין קופת-חולים כללית והממשלה. קופת-חולים כללית עוברת לשלם לממשלה על פי צריכת ימי אשפוז בפועל. המטרה של צעד זה היתה ליצור מצב של צמצום האשפוז בבתי-החולים הממשלתיים על-ידי הפניית חולים של קופת-חולים כללית לבתי-החולים של הקופה. למהלך זה היו תוצאות שליליות קשות מנקודת הראות של קופת-חולים כללית. העומס בבתי-החולים של הקופה עלה בצורה משמעותית, הוצאות בתי-חולים אלו גדלו ושביעות הרצון של חברי הקופה ירדה. בתקופה זו נרשמה ירידה משמעותית ביותר של מספר החברים בקופה. בסופו של התהליך, נאלצה קופת-חולים כללית לשלם לבתי-החולים הממשלתיים סכום הגבוה בכעשרים אחוז ממה שהיתה משלמת אילו ההסכם הגלובלי דלעיל היה נשאר בתוקפו. תיאור זה מדגים את הבעייתיות הקשורה למערכת קשרי הגומלין בין בתי-החולים הממשלתיים לבין קופת-החולים הכללית ובמידה פחותה קופת-החולים הקטנות האחרות.

שינוי משמעותי אחר שאירע בשנת 1991 הוא החלטת משרד הבריאות להפעיל כללי תגמול פרוספקטיביים, בשיטת ה-DRG שתוארה קודם לכן, בגין אבחונים או פעילויות מסוימות, ניתוחיות ואחרות, המתבצעות בבתי-החולים. באותה תקופה, שאף משרד הבריאות לעודד הגברת תפוקות של פרוצידורות ניתוחיות מסוימות שבהן נוצרו תורים לניתוחים, כולל ניתוחי לב. התוצאה היתה שילוב של עקרונות תגמול דיפרנציאלי בעבור פעילות בשיטת התגמול של בית-החולים על פי מחיר יום אשפוז. משרד הבריאות הושפע בהחלטתו גם על-ידי הפעלת שיטות דומות בארצות-הברית וכן בכמה מדינות אירופה. בשלב ראשון, יושמה שיטת תגמול זו על 11 קבוצות אבחון רפואיות, אך רשימת הפעילויות הורחבה בשנים שלאחר מכן. יש עדויות רבות מהספרות המדעית ששיטות תגמול בתי-חולים על פי קבוצת אבחון אינן יעילות כלל בריסון גידול ההוצאות של בתי-החולים או בהשגת מטרות הקשורות בשיפור איכות הטיפול.

בשנת 1994 נקבעה מחדש, בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית עם ממשלת ישראל, שיטת התחשבות גלובלית. נקבעה תקרת הכנסה של כלל בתי-החולים הממשלתיים, בגובה של 1.5 מיליארד ש"ח ב-1994. סעיף זה בהסכם ההבראה חייב את משרד הבריאות להטיל, החל משנה זו, מגבלת תקרה (caps) על הכנסות בתי-חולים ממשלתיים מאשפוז. גם בנושא זה, הממשלה יישמה שיטות שיושמו, במידה סבירה של יעילות, בכמה מדינות אירופה. קופת-החולים האחרות המשיכו לשלם על פי

צריכת ימי אשפוז בפועל וצריכת פעילויות רפואיות המכוסות על-ידי התעריפים הדיפרנציאליים בפועל. מאוחר יותר, בינואר 1995, שולבו גם קופות-החולים הקטנות ב"הסדר תקרת עלות האשפוז".

הסכם ההבראה של קופת-חולים כללית מסוף 1994 יצר מצב שבו הממשלה וההסתדרות קבלו עליהן את פתרון בעיית הגירעון הצבור של קופה זו. נחתם הסכם נושים וכמו כן נחתם הסכם נפרד עם ההסתדרות לפיו היא התחייבה להעביר כספים ולכסות התחייבויות בגין זכויות עובדים. מתוקף הסכם הבראה זה, קבלה המדינה אופציה לקבל ולהעביר על שמה, או על שם מי שהמדינה תקבע, 12 בתי-חולים של קופת-חולים (למעט שני בתי-חולים כלליים ושלושה בתי-חולים גריאטריים שיקומיים). אופציה זו ניתנה למדינה, על-ידי קופת-חולים כללית, בתמורה לסכומי התמיכה שהקופה קבלה מהמדינה. מימוש האופציה על-ידי המדינה הותנה בכמה תנאים מגבילים. עם זאת, קופת-חולים כללית הפכה להיות מפעיל של בתי-החולים שלה שעברו לבעלות הממשלה. קופת-חולים כללית איננה יכולה לבצע בנכסי בתי-החולים הללו כל עסקה, כולל עסקות מכירה, החכרה או שעבוד או העמדת נכסים אלו כבטוחה לנותני אשראי, ללא הסכמת המדינה. לפיכך, אחד המכשולים שמנעו בעבר יישום של מדיניות אחידה לבתי-החולים של הממשלה ושל קופת-חולים כללית אינו קיים יותר, במידה והמדינה תחליט להפעיל את האופציה הנתונה לה ולהעביר לבעלותה ולתפעולה את בתי-החולים הללו של קופת-חולים כללית.

### ג. שירותים אמבולטוריים בבתי-החולים

במרבית המדינות בעלות כלכלת שוק במערב ניכרת עלייה בחשיבותם של שירותים אמבולטוריים בכלל, ואלו הניתנים במסגרת בתי-החולים הכלליים בפרט. יש לכך סיבות הקשורות בהתפתחויות שאירעו בטכנולוגיות רפואיות שונות. כיום ניתן לבצע מספר רב של בירורים, אבחונים ופעולות כירורגיות בתנאים של מרפאות קהילה, או תוך כדי אשפוז יום בלבד: ריסוק אבני כליה, ניתוחי קטרקט, אנדוסקופיות, וצנתורים למיניהם הינם דוגמאות בולטות.

"שולי המשחק" של בתי-החולים הכלליים באשפוז קטנים יחסית. התשלום הקבוע מראש על פי סוג פעילות לא ניתן לשינוי, והוא הדין בשיטת התשלום על פי מחיר יום אשפוז (כל התשלומים נקבעים מראש על-ידי המשרד). גם תעריפי השירותים האמבולטוריים נקבעים על-ידי

משרד הבריאות. המגמה העולמית השתלבה בהתפתחות של שיפור יכולתם של בתי-החולים למכור חלק מהשירותים האמבולטוריים שלהם באמצעות העמותות למחקר ולפיתוח, כשקביעת היקף הטיפולים ועלותם גמישים. כך הלכו וגדלו השירותים האמבולטוריים של בתי-החולים הכלליים בכלל ושל הממשלתיים והמלכ"רים בפרט. לשירותים אמבולטוריים אלו יש חשיבות רבה בקביעת מערכת קשרי הגומלין העתידית בין בתי-החולים לבין קופות-החולים בעידן התיאגוד.

במקביל להתפתחותם של שירותים אמבולטוריים בבתי-החולים הם התפתחו גם בקהילה, הן בתוך קופות-החולים והן במכונים אבחוניים פרטיים המוכרים את שירותיהם לקופות-החולים. התהווה עודף כושר ייצור של שירותים אלו, ונוצרו כפילויות רבות בין קופות-החולים לבין בתי-החולים בסוגי השירותים המסופקים על-ידי מרפאות חוץ של בתי-חולים. מהלכי תיאגוד שלא יסדירו את מערכת היחסים שבין בתי-החולים לבין קופות-החולים בכל הקשור לפעילות אמבולטורית זו עלולים ליצור מצב שבו תימשך התרחבות השירותים אמבולטוריים הן בבתי-החולים והן בקהילה. מרפאות החוץ הן שירות מאד כדאי מבחינה כלכלית, עבור בתי-החולים, כפי שהוסבר לעיל, ומהווה נתיב יעיל בהפניית חולים לאשפוז בבית-החולים. עבור קופות-החולים, צפוי שעלויות השירותים האמבולטוריים בבתי-החולים יעלו את הכדאיות של פיתוח שירותים מקבילים בקהילה. שני גורמים אלו במערכת הבריאות יעסקו בשיווק של שירותיהם במקביל למבוטחים. אחת התוצאות של מצב דברים זה: העמקת אי-היעילות והכפילות של שירותי מערכת הבריאות והשפעה שלילית על המדיניות של בקרת ההוצאה הלאומית לבריאות.

#### 4. התפתחות תיאגוד בתי-החולים מסוף שנות השמונים

דיונים על הצורך לתת לבתי-חולים ממשלתיים מידה מסוימת של אוטונומיה תקציבית בתחום של ניהול משאבי אנוש ויחסי עבודה התקיימו כבר בשנים 1975-1976, ביוזמתו של שר הבריאות דאז ויקטור שם-טוב. ב-1978, יזם שר הבריאות דאז, מר אליעזר שוסטק, הגשת הצעה לוועדת השרים לענייני כלכלה להקמת רשות אשפוז, אך ההצעה לא נתקבלה. מאוחר יותר הוקמה במשרד הבריאות ועדה לנושא, שבראשה עמד אורן טוקטלי, שעשתה עבודה מאד יסודית במשך כשלוש שנים

והגישה מסמך בן שני כרכים על הקמת רשות אשפוז. הדיונים בנושא נמשכו גם מאוחר יותר. שר הבריאות מוטה גור, יזם הקמת ועדה שבראשה עמד מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' דן מיכאלי, שעסקה בהצעה להקמת מעין חטיבה ארגונית בתוך משרד הבריאות שתהיה מעין רשות אשפוז פנים משרדית. בשנים 1987-1988 פעל שר הבריאות יעקב צור, להענקת אוטונומיה לבתי-החולים הממשלתיים. במסמך שכותרתו "נוהלי הפעלת בתי-חולים במסגרת הסדר האוטונומיה", מסוף 1987, ניתנה הרשאה לבתי-החולים לפתח ולמכור שירותים נוספים, שאינם כלולים בסל שירותי האשפוז של קופת-חולים כללית, תמורת תשלום על בסיס של cost plus. עודף ההכנסות על ההוצאות ממכירת אותם שירותים היה אמור לעמוד לרשות בית-החולים. לבתי-החולים הממשלתיים הועברו כמו כן הרשאות להעסקת עובדים ארעיים וכן גם סמכות לרכישות עצמאיות במגבלות מסוימות.

ועדת נתניהו, ועדת החקירה הממשלתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, שפעלה בין השנים 1988-1990, המליצה על העברת בתי-החולים של הממשלה ושל קופת-חולים לניהול עצמאי. המטרה העיקרית של המלצתה היתה ליצור מצב בו הן משרד הבריאות והן הנהלת קופת-חולים כללית יתפנו מתפקידי הניהול השוטף של בתי-חולים שבבעלותם לתפקידים המרכזיים והעיקריים שעליהם הם מופקדים. בין התפקידים המיניסטריליים של משרד הבריאות, הזכירה הוועדה התווית מדיניות של שירותי הבריאות הציבוריים, פיקוח ובקרה על דרכי הושטת שירותים אלו, ויסות הפצתן של טכנולוגיות רפואיות חדשות, וכן איסוף, ניתוח והפצה של מידע חיוני על תפקוד מערכת הבריאות. בנוסף, היה מימוש המלצות אלו מכוון ליצור תחרות בין בתי-החולים שאמורה לתרום להתייעלותם ולהעלאת נגישותם למטופלים. הועלו טיעונים שלפיהם בעקבות התיאגוד ישתפרו יחסי העבודה בבתי-החולים, יקוצרו תורים, ויצומצמו כפילויות. על פי ההמלצות דלעיל, היה בית-החולים המתואגד אמור להיות מופעל בצורה עצמאית, מתוך הכנסותיו. במידה וייווצרו עודפי הכנסות על ההוצאות בבתי-החולים, הם היו אמורים להיות מנוצלים לשיפור השירות, הגדלת תגמול העובדים במקביל לגידול תפוקותיהם, ולהשקעות חדשות בציוד ובמבנים (על פי אישור משרד הבריאות).

שר הבריאות והן ועדת נתניהו הושפעו בחשיבתם על התיאגוד על-ידי צעדי ממשלת אנגליה באותה תקופה להפוך את בתי-החולים שנוהלו על-

ידי ה-National Health Service ל-Hospital trusts. ממשלת תאצ'ר החלה לתכנן את הרפורמה ב-1988 והפעילה אותה ב-1991. יעדן הכולל של הרפורמות היה להפעיל תחרות וליעל מערכת בריאות ציבורית שמימונה בא מהמס הכללי, תוך כדי ניסיון לשמור על מידת שוויוניות השירות ונגישותו לצרכניו. התחרות אמורה היתה להגדיל את ממוקדות הלקוח של המערכת ולעשותה רגישה יותר לצרכיו.

ממשלת אנגליה לא יזמה הערכה מסודרת של מאזן עלות תועלת של התיאגוד של בתי-חולים (מעל ל-450 בתי-חולים הועברו למעמד של תאגידים). הערכות שנעשו על-ידי מוסד מחקר בלתי-תלוי העלו שהיתה לתאגידיות של בתי-החולים באנגליה מידה זעומה של השפעה על איכות השירות וחופש הבחירה של הצרכנים, מידה מסוימת של השפעה חיובית על יעילותו הכלכלית של מגזר האשפוז באנגליה, והשפעה בעיקרה לא חיובית על מידת השוויוניות של השירות במערכת. הערכה זו, התייחסה בעיקר למעגל הראשון של בתי-החולים שהפכו לתאגידים (trusts). בתי-החולים הללו היו מלכתחילה היותר מתקדמים בשיטות הניהול שלהם והיותר יעילים. לא ברור עד היום מהן "עלויות העסקאות", לאמור עלויות הוצאות בתי-החולים וגופים אחרים במשק על ניירת הקשורה במעבר לתאגיד. ההערכה היא שהתאגידים הכפילו את עלות הניהול שלהם מ-6 לכ-12 אחוז ממחזורם הכספי, בעיקר כתוצאה מהצורך להקים ולהפעיל מחלקות כספים, גזברות, שיווק, תמחיר, מערכות מידע ומכירות. טענתם של מתנגדי התיאגוד באנגליה היתה שעלות מנהלית זו באה על חשבון משאבים שיועדו לטיפול בחולים והיטיבה רק עם צבא החשבונאים שהועסק בגבייה ובחתימת חוזים. טענת מחייבי התיאגוד באנגליה היתה שהוצאות אלו הן מחויבות המציאות והיו מתבצעות בכל מהלך להביא את בתי-החולים ליישום שיטות ניהוליות מקובלות.

במהלך השנים 1991-1992 גיבש משרד הבריאות, בסיוע קבוצת מומחים חיצוניים, מדיניות משרדית להפעלתם של בתי-החולים הממשלתיים כתאגידים. מטרת תהליך התיאגוד נוסחה על-ידי שר הבריאות בשנים אלו, אהוד אולמרט, כניצול יעיל יותר של תשתית שירותי הבריאות הציבוריים תוך העלאת מידת שביעות הרצון של המטופלים והעובדים והעלאת רמת השירות. מטרה זו היתה אמורה להיות מושגת בכמה שלבים. בשלב הראשון, נקבעו בתי-החולים הממשלתיים המועמדים לתיאגוד (חמישה במספר : אחר כך נוסף אליהם

בית-חולים נוסף) שהוערכו כ"בשלים" לתיאגוד. כל בית-חולים כזה היה אמור להיות מנוהל כחברה ציבורית.

בית-החולים המתואגד היה אמור להחכיר מהממשלה את נכסיו. בניירות עמדה שהוכנו על-ידי המשרד קבעו שבתי-החולים הללו יממנו את כלל פעולותיהם, כולל שכר עובדים, תחזוקה, רכש, ומחקר, מתוך הכנסותיהם. הכנסות אלו אמורות היו לבוא מתוך תשלומי קופות-החולים בגין אשפוז חוליהן, מכירת שירותים רפואיים ואחרים שאינם כלולים בסל, ותרומות. אחת המשימות המרכזיות שעמדו לפני משרד הבריאות בהפעלת התאגידים היתה לשכנע את האיגודים המקצועיים הארציים המייצגים את עובדי בתי-החולים הממשלתיים להסכים להעברתם למעמד על עובדי תאגיד תוך ויתור על מעמד עובדי מדינה. הסכמה עקרונית למהלך זה הושגה רק במשא ומתן עם נציגי הרופאים בבתי-החולים הממשלתיים.

בתחילת 1992 נרשמו שישה בתי-חולים ממשלתיים כתאגידים, ומונו להם מועצות מנהלים. בתי-חולים אלו לא הוגדרו כמלכ"רים ולא נרשמו אצל רשם העמותות, אלא הוגדרו כחברות ללא הון מניות הרשומות אצל רשם החברות. נציגויות העובדים המנהליים והסיעודיים בבתי-החולים הממשלתיים גילו התנגדות נמשכת להפעלת התאגידים. התנגדות זו מצאה ביטוי גם בצו מניעה שהוצא על-ידי בית הדין לעבודה ב-1992, שהקפיא למעשה את מהלכי התיאגוד בגרסה זו. התנגדות העובדים היתה קשורה בתקופה זו להיעדר הסכמה על מעמדם ותנאי עבודתם אם יעברו למעמד של עובדי תאגידים. המשא והמתן נוהל באווירה של חוסר אמון בין הצדדים, ואין ספק שעצירת תהליך התיאגוד נבעה מבעיות אלו ביחסי העבודה. בסוף שנת 1993 ניתן על-ידי בית הדין לעבודה פסק דין שהיווה אור ירוק למדינה להמשך תהליכי התיאגוד, בכפיפות לחוק ולהסכמים הקיבוציים שבתוקף.

עם כניסת שר הבריאות חיים רמון לתפקידו, לאחר הבחירות של 1992, החל שלב חדש בתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים. המדיניות הדגישה העברה הדרגתית של כל בתי-החולים הממשלתיים למעמד יותר אוטונומי על-ידי הפיכתם, בשלב ראשון, ליחידות סמך תקציביות.

תכנית התיאגוד של השר רמון קבעה שעל בתי-החולים הממשלתיים לפעול על בסיס תכנית עסקית, הקשורה לתקציב פעולה מאוזן, כשהוצאות תלויות בהכנסות. הגשת התכנית העסקית היא למשרד הבריאות (ולא למועצות המנהלים שנבחרו לכל בית-חולים מתואגד). עד

לסוף שנת 1995 לא הועברו לבתי-החולים שתואגדו אלא סמכויות מועטות ומוגבלות ביותר בתחומי שכר, יחסי עבודה, וניהול נכסים. אחת הסיבות היותר חשובות לכך היתה שהמשא ומתן שנוהל עם נציגויות המגזרים האחרים של עובדים במערכת הבריאות הציבורית, כולל האחיות ועובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים, לא עלה יפה ולא סוכם. התאגידים שהוקמו עדיין אינם פועלים כישויות כלכליות עצמאיות. עדיין לא נקבעו חוקות עבודה לעובדי התאגידים ואין עדיין לפיכך עובדים המועסקים על-ידי התאגיד. כמו כן, אין להם תקנוני פעולה. מועצות המנהלים החדשות של בתי-החולים שתואגדו בעבר פועלות, במידה שהינן מכונסות כלל, כגופים מייעצים למנהלי בתי-החולים הללו. מתוך התיאור דלעיל ברור שבתי-החולים הממשלתיים רחוקים עדיין ממצב שבו הם מסוגלים תקנונית ויכולים מעשית להפעיל את מדיניות משרד הבריאות לפיה לא יהיה המשרד אחראי יותר לניהולם ולאספקה ישירה של שירותי אשפוז לתושבים.

עקרונות הפעולה של בתי-החולים הממשלתיים העצמאיים סוכמו על-ידי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (באותה תקופה, פרופ' מרדכי שני) והופצו כהוראת מנכ"ל מחייבת לכל בתי-החולים הללו. בתי-חולים אלו אמורים לכסות מתקציב הכנסותיהם את ההפרשות לכלל הטבות הסוציאליות של עובדיהם והם אמורים לעבור בהדרגה למעמד עצמאי. החוזר דלעיל מאפשר לכל בית-חולים עצמאי למכור שירותים רפואיים שאינם כלולים בסל המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תמורת השירותים שיימכרו אמורה להיות מועברת לקרן מחקרים רפואיים ופתוח תשתית למען שירותי הבריאות.

**קרן מחקרים רפואיים ופיתוח תשתית.** קרן זו פועלת במרבית בתי-החולים הממשלתיים, באמצעות סניפים שלה שהוקמו בכל אחד מהם, ובמסגרת חוק העמותות. המימון של הקרן, בכל בית-חולים ממשלתי, הוא ממכירת שירותי רפואה, וזאת עד ל-20 אחוז מכלל הכנסותיו. המונח "הכנסותיו" מכוון לתחזית ההכנסות של בית-החולים כפי שפורטה בחוק התקציב. על בית-החולים לממש תחזית זו ורק אם מומשה יוכל למכור שירותי רפואה בשוק החופשי במסגרת המגבלות של סל שירותי הבריאות. לבד ממכירה של שירותים שאינם כלולים בסל, כגון ניתוחים קוסמטיים או שירותי רפואה חילופית במרפאות חוץ, יוכל בית-החולים למכור גם סוגי בדיקות וכן סוגי טכנולוגיות רפואיות חדשות שאותן קבע משרד הבריאות. ניתן להזכיר, לדוגמא, בדיקות בריאות תקופתיות, המופעלות

על-ידי כמה בתי-חולים, בדיקות חלבון עוברי ומי שפיר, ובדיקות אבחון בעזרת MRI.

קוני השירותים אמורים להיות בעיקר קופות-החולים, המתקשרות עם בית-החולים במסגרת הסדרי השירות הרפואי הנוסף או הביטוחים המשלימים שקופות-החולים קשורות אליהן, וכן משרד הביטחון, חברות ביטוח, וחולים פרטיים. הללו ישלמו לסניף הקרן בבית-החולים עבור הפעילות הרפואית.

חוזר המנכ"ל דלעיל קבע, כמו כן, כללים להעסקת עובדי מדינה על-ידי הקרן, בשעות אחר הצהריים. הכוונה היא להסדרי תעסוקת עובדים בביצוע הפעילות של מכירת שירותי בית-החולים הממשלתי. התשלומים לעובדי בית-החולים שהם עובדי מדינה, שיועסקו על-ידי הקרן בביצוע הפעילות הנוספת בשעות אחר הצהריים, ייעשו על פי הסכמים שיחתמו בכל בית-חולים. יתנהל משא ומתן בין הנהלת בית-החולים לבין נציגי העובדים, והתשלומים ייקבעו מתוך התחשבות במקצועם של העובדים, מיומנותם, והוותק המקצועי שלהם. העובדים, כולל רופאים, יועסקו כעובדי הקרן ובשום מקרה לא כקבלנים עצמאיים. חוזה העבודה שייחתם עימם יהיה חוזה אחיד. לפיכך, לכל סניף של קרן המחקרים יש הסכם מקומי המהווה חוקת עבודה מקומית להעסקת עובדים. אותו חוזר מנכ"ל קבע, שיש לפקח על כך שעובדי מדינה לא יועסקו בקרן יותר ממחצית מכסת שעות העבודה השבועיות המקובלות במקצוע, למרות שבהנהלת משרד הבריאות היו מודעים לכך שגזירת התקשי"ר דלעיל היא בבחינת הלכה שאין הציבור יכול לעמוד בה.

חוזר המנכ"ל אמור היה למסד נהלים להתקשרויות בין קופות-החולים לבין בתי-החולים במסגרת של שירותים רפואיים נוספים. הוא מופעל עתה במרבית בתי-החולים הממשלתיים, בעיקר בכל הקשור לפעילויות כירורגיות, המתבצעות בשעות שלאחר הצהריים. קופות-החולים משלמות ישירות לקרן האמורה, וכל הצוות המשתתף בפעילות מתוגמל דרך הקרן, הפועלת במסגרת חוץ-תקציבית. היתרונות של הסדרים חדשים אלו כוללים שהות של רופאי בית-החולים במקום בשעות אחר הצהריים, הצוות מקבל תוספות שכר, וניתן לקצר תורים לטיפולים וניתוחים.

הקרן על סניפיה אמורה להיות כפופה לבקורת של מבקר משרד הבריאות וכן מבקר המדינה. כל סניף של הקרן, המתפקד כעמותה, חייב להעסיק רואה חשבון. עם זאת, לא פורסמו ברבים היקפם הכספי של

פעולות הקרן וסניפיה. לפי בדיקה שנעשתה בנציבות שירות המדינה, העסיקו סניפי הקרן בשמונה בתי-חולים ממשלתיים, בסוף שנת 1994, כ-1070 משרות מלאות של עובדים, או כ-6 אחוז של עובדי המדינה המועסקים כיום באותם בתי-חולים. לא ידוע איזה חלק מתוך אותן משרות מלאות הן עובדים חדשים המועסקים על-ידי הקרן ושאינם עובדי מדינה. מאז 1994 התרחב במאד היקף הפעולה של הקרן וכל סניפיה. לפי אחד האומדנים שפורסמו, היה מחזור הכספי של קרן המחקר והפיתוח של בתי-החולים הממשלתיים, כולל בתי-החולים העירוניים ממשלתיים שלא נכללו במפקד העובדים, כרבע מהמחזור הכספי של בתי-חולים אלו. כאמור, אין מתפרסמים נתונים על היקף הקרן ופעילותה. קרן המחקרים מוכרת את שירותיה לקופות-החולים בתעריפים שהם בדרך כלל נמוכים יותר משמעותית מהתעריפים הרשמיים שקבע משרד הבריאות. השירותים הנוספים ניתנים לקופות-החולים בזמן המתנה קצר יותר מזה המוצע לקופות-החולים במסגרת של שירותי האשפוז של שעות הבוקר. לקרן ולסניפיה משמעות רבות לעניין האפשרות של המשך המצב הקיים של "תיאגוד זוחל" או "חצי תיאגוד" בבתי-החולים הממשלתיים.

## 5. מדיניות קופת-חולים כללית כלפי בתי-החולים שלה

בהסכם ההבראה של 1994 בין קופת-חולים כללית והמדינה נקבע שהמדינה לא תנהל ולא תפעיל את בתי-החולים של הקופה שעברו לבעלות ממשלתית. מצב דברים זה הציג בפני הנהלת קופת-חולים כללית את השאלה, האם צריך ורצוי שקופת-חולים כללית תיזום הפיכת בתי-החולים שהיא מפעילה לתאגידים.

יש המצדדים בהמשך הניהול הריכוזי של בתי-החולים של קופת-חולים כללית. הטענה היא, שבתי-החולים שולטים במידה רבה בקביעת היקף הביקושים לשירותי מרפאות החוץ והשירותים הנוספים שהם מושיטים, ובמידה פחותה אך עדיין משמעותית בהיקף שירותי האשפוז שהם נותנים. במצב דברים זה, יש לקופה המנהלת ומפעילה בתי-חולים יתרונות ברורים, המתבטאים במידע, בכושר ניהול משא ומתן עם בתי-החולים הממשלתיים מתוך עמדה של כוח ועצמאות יחסית, ויתרונות אחרים. המצדדים בהמשך הפעלת בתי-החולים של קופת-חולים על-ידי מצביעים, כמו כן, על יעילותם יחסית לבתי-החולים הכלליים האחרים,

המצויים בבעלות של גורמים ציבוריים כמו "הדסה" ובתי-החולים הממשלתיים.

הנתונים מצביעים על יעילותה היחסית של קופת-החולים הכללית: אחוזי התפוסה של בתי-החולים של הקופה היו כ-100 אחוז בעוד שבת-החולים של הממשלה פעלו בתפוסה של 93 אחוז והציבוריים האחרים בתפוסה של 90 אחוז. משך האשפוז הממוצע היה 4.0, 4.8, ו-5.0, ואילו סבב המיטות 85, 70, ו-68, בהקבלה, בבתי-החולים של קופת-חולים, הממשלה, וגורמים ציבוריים אחרים. אחוזי האשפוזים מתוך כלל הפניות לחדרי מיון היו 25 אחוז בבתי-החולים הממשלתיים לעומת 20 אחוז בבתי-חולים של קופת-חולים. שיעורי אשפוז מתוך פניות לחדרי מיון היו 32 אחוז בבתי-חולים ממשלתיים ורק 21 אחוז בבתי-חולים של קופת-חולים. נתונים אלו אינם מתייחסים לשוני בתמהיל המקרים בין בתי-החולים השונים דלעיל. הם מובאים, בין השאר, על מנת להוכיח שהמשך הפעלת בתי-חולים במישרין על-ידי קופת-חולים כללית הוא כדאי כלכלית לקופה זו.

הטענה הנגדית היא שהפעלת בתי-חולים על-ידי קופת-חולים הוכיחה עצמה בניסיון העבר כבעייתית ביותר, כל אימת שקופת-חולים כללית ניסתה להפעילם כנגד בתי-החולים הממשלתיים, שנהנו מגיבוי מלא של משרד הבריאות ומשרד האוצר. הלקח שהופק מהניסיון של ביטול הסכס האשפוז הגלובלי בין קופת-חולים כללית לבין הממשלה, הוא שוויות הפניות חולים לבתי-חולים ממשלתיים, תוך העדפת בתי-החולים המופעלים על-ידי הקופה עצמה, עלול להיות לקופה לרועץ. ניסיון זה נכשל גם משום שבת-החולים הממשלתיים גרמו לתפוסת יתר של חולים על-ידי עיכוב שחרור חולים. בו זמנית, ארגון רופאי המדינה הפעיל לחץ ציבורי פומבי על מבוטחי קופת-חולים כללית לדרוש מהקופה הפנייתם לבתי-החולים הממשלתיים, וזאת על מנת למנוע התרוקנות מיטות אשפוז בבתי-החולים הממשלתיים, המאוכלסים בצורה דומיננטית על-ידי מבוטחי קופת-חולים כללית. מסע ציבורי זה גרם לחששות ולפחדים אצל מבוטחי הקופה, תרם לנשירה מואצת של חברים בקופה לקופות אחרות, והביא לאובדן הכנסות משמעותי לקופת-חולים הכללית.

אותם גורמים הרואים בבתי-החולים המופעלים כיום על-ידי קופת-חולים נטל ולא נכס מדגישים שבעבר החלו הפריצות הגדולות בתחום שגר עובדי מערכת הבריאות, כולל רופאים, אחיות, ועובדי מנהל ומשק, דווקא אצל עובדי בתי-החולים של קופת-חולים. אמנם מצב דברים זה

השתנה לחלוטין החל מהסכם ההבראה של 1993 ועוד לפניו. הפריצה הגדולה של הסכמי השכר של 1994, שבה קבלו מגזרי האחיות והרופאים תוספות שכר ריאליות (בפריסה על כמה שנים) העולות על 55 אחוז, אירעה דווקא כשניהול המשא והמתן עם מגזרים אלו היה בידי הממונה הראשי על השכר במשרד האוצר.

היבט בעייתי אחר של המשך תפעול בתי-חולים על-ידי קופת-חולים כללית קשור למימון השקעות התשתית בבתי-חולים אלו, המופעלים עתה על-ידי הקופה. בתי-החולים הממשלתיים, תודות להסדרים שתוארו לעיל, הצליחו ליצור בשנים האחרונות עודפי הכנסות. לעומתם, בתי-החולים של קופת-חולים כללית תוקצבו באופן היסטורי וגלובלי על-ידי הנהלת קופת-חולים. כתוצאה מכך נמנעה מבתי-החולים של הקופה הכנסה שהיתה אמורה לאפשר להם להשקיע השקעות פיתוח חיוניות ביותר. בשל כך, התיישן והתבלה במשך השנים ציודם של בתי-החולים של הקופה עד כדי יצירת קשיים רבים בהפעלתם ולעתים ביטול או דחיית בדיקות חיוניות בשל כשל מכשירים, הארכת משך אשפוז בלתי נחוצה והתארכות המתנה בתורים לשירותי בתי-חולים אלו. בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית מסוף 1994, הסכימה הממשלה להשקיע 300 מיליון ש"ח בבתי-החולים של הקופה, שכאמור מרביתם מצויים מתוקף הסכם זה בבעלותה, על מנת לאפשר להם תפקוד תקין.

הפעלת בתי-חולים על-ידי קופת-חולים כללית לא הביאה לתיאום אופטימלי בין שירותים אמבולטוריים בקהילה ובבית-החולים. מחוזות קופת-חולים למדו לקנות שירותי אשפוז זולים וזמינים יותר מחוץ לבתי-החולים של קופת-חולים, כולל במוסדות אשפוז פרטיים, ובו-זמנית פתחו שירותים אמבולטוריים במסגרת הקהילה כשהם מתחרים בבתי-החולים של הקופה. כך אירע שמול היעדר אמצעים להשקעות ולתחזוקה שוטפת תקינה בבתי-החולים של קופת-חולים לא נוצרו ברמת הקהילה החסכוניות וההתייעלות המתבקשים.

בעת כתיבת הדברים, עדיין לא נתקבלה בקופת-חולים החלטה אסטרטגית הקשורה בצורת ניהולם של בתי-החולים שהופקדו לניהולה על-ידי הממשלה. מתקיים תהליך של העברת היחסים שבין בית-החולים של קופת-חולים לבין המחוז שבו ממוקם בית-החולים למערכת של יחסי מוכר-קונה, תוך התחשבות גלובלית המקבילה לזו שבין המחוז לבין בתי-חולים ממשלתיים. ייתכן שבטווח זמן ארוך יותר תחליט קופת-חולים כללית להפעיל את בתי-החולים הללו על בסיס דומה לזה של

התאגדות בתי-חולים הממשלתיים. דהיינו, בתי-חולים יופעלו תוך קבלת אוטונומיה מלאה במסגרת חדשה של מלכ"רים או חברות ללא הון מניות לתועלת הציבור. מערכת היחסים שבין בתי-חולים שיתואגדו על הבסיס החדש הזה לבין הקהילה תבוסס על מכירת שירותי אשפוז על-ידי בית-החולים וקנייתם על-ידי הקהילה על בסיס הסכמים גלובליים. כך יוכלו בתי-חולים המופעלים על-ידי הקופה להתנהל בצורה דומה לזו של בתי-חולים הממשלתיים המתואגדים. בתי-חולים הללו יתחרו ביניהם ללא כל העדפה של קופת-חולים לאותם בתי-חולים שבעבר היו בבעלותה וניהולה.

ההסכמים הגלובליים שמוצע שיחתמו בין בתי-חולים שבניהול קופת-חולים כללית לבין מחוזות קופת-חולים כללית יתייחסו להתחייבות בית-החולים לספק שירותי אשפוז למבוטחי קופת-חולים באזור מסוים תמורת תשלום קבוע מראש. הסכם זה יתייחס גם להגדרות של תכני השירותים שיינתנו ולרמות האיכות שלהם. הצורך בתקצוב גלובלי של בתי-חולים הוכר כבר בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית עם המדינה בשנת 1994. הכוונה להרחיב עקרון זה מהגדרה כספית של התפוקות להגדרה במונחים כמותיים ואיכותיים, על מנת למנוע מראש מדיניות מפלה של בית-החולים המפנה פעילותו לאותם תחומים שבהם מקבל בית-החולים תשלום גבוה ואילו עלותם היחסית של תשומותיו זעומה (לדוגמא, ניתוחים פשוטים וזולים לביצוע).

## 6. חלופות למדיניות

### א. המשך המצב הקיים: תיאגוד חלקי

החלופה הראשונה היא המשך המצב הקיים של תיאגוד חלקי, אולי תוך הגדלה מסוימת של האוטונומיה של בתי-החולים הממשלתיים. משמעות חלופה זו שלא יופעלו שלבים נוספים של תהליך התיאגוד ובתי-החולים הממשלתיים ימשיכו לתפקד כיחידות סמך של הממשלה, תוך ניתוק חלקי בלבד ממשד הבריאות. על פי חלופה זו, יימשך המצב הקיים שלפיו הנכסים שייכים למדינה, תקציב הפיתוח של בתי-החולים הממשלתיים מכוסה על-ידי משרד הבריאות, עובדי בתי-החולים שאינם מועסקים במסגרת קרן המחקרים ימשיכו להיות עובדי מדינה ובתי-החולים יגישו כמוסבר לעיל מדי שנה תכנית עסקית למשרד הבריאות. אחד היתרונות של חלופה זו הוא שהיא מספקת מסגרת גמישה המאפשרת הגדלה הדרגתית של היקף כיסוי עובדי בתי-החולים על-ידי הסכמים מיוחדים ברמה המקומית הנחתמים עם קרן המחקרים. ייתכן שבצורה זו יתאפשר מעבר איטי, לאורך תקופה ארוכה, של עובדים למעמד של עובדי "תאגידי בדרך", קרי קרן המחקרים וסניפיה.

אולם החלופה נראית בעייתית במיוחד. חלק מהבעיות הנהו במערכת היחסים שבין קופות-החולים לבין בתי-החולים הממשלתיים והציבוריים שתואגדו (למשל, בתי-החולים הציבוריים בירושלים). לבתי-החולים הממשלתיים המתואגדים חלקית לא הוגדרו מטרות פעולה, להוציא יעדי הכנסות. הכוונה ליעדים בתחום של זמינות ונגישות השירותים (למשל, זמני המתנה לפעילויות אשפוזיות מסוימות), ליעדים בתחום של תרומה לקהילה, וליעדים בתחום של איכות הטיפול (כדוגמה, שמירה על רמה מזערית של זיהומים בתוך בית-החולים ועל רמה מזערית של אשפוזים חוזרים). התוצאה היא, שחלק מבתי-החולים הממשלתיים מתנהג כבר כיום כאילו היה בית-חולים פרטי למטרות רווח, ולכך יש כמה דוגמאות. תופעות דומות ידועות גם באנגליה, שם חלק מהתאגידי החדשים פיתחו הרגלי התנהגות של עסקים פרטיים השואפים להביא רווחיהם למקסימום.

ערוב של כמה שיטות תגמול של בית-החולים יוצר מספר בעיות קשות. בחלק מתחומי פעילותו, בית-החולים מתוגמל על בסיס פרוספקטיבי של תשלום עבור פעילות, בחלק אחר, על בסיס של תשלום קבוע לכל יום אשפוז, ובחלק נוסף (הפעילות של בית-החולים לאחר הצהרים) בתעריפים

מיוחדים ובהסכמים נפרדים עם קופות-החולים. חלק מהנעשה בבית-החולים מדווח רשמית, וחלק איננו רשמי ואינו מדווח. מצב זה קשור לחלק מהבעיות שהתעוררו בפועל במערכת היחסים שבין בתי-החולים לבין קופות-החולים. בהקשר של התעריפים לפי קבוצת אבחון (הקרויים "תעריפים דיפרנציאליים"), נוצרת כאן אפשרות של בחירת בית-החולים לבצע פעולות שהן "כדאיות כלכלית" ולדחות חולים שהתגמול הדיפרנציאלי על הפעולות שיש לבצע עליהם אינו מהווה תגמול נאות. יש המסבירים בשיקול כלכלי של בית-החולים את הגידול האדיר שחל בביצוע ניתוחי לב מסוגים מסוימים (ניתוחי מעקפים) ששיעורם בישראל, מאז הונהג תעריף דיפרנציאלי לגביהם, גדל עד כדי היותו כפול ויותר מהמקובל במדינות אירופה. מצב דומה קיים גם בפעילויות אשפוזיות אחרות להן נקבעו תעריפים דיפרנציאליים ה"כדאיים כלכלית" לבית-החולים, כגון ניתוחי בלוטת הערמונית וצנתורים. בספרות המקצועית קרויה תופעה זו בשם "הרחבת האינדיקציות לניתוחים". יש המסבירים בשיקול כלכלי של חיסכון בעלויות את התורים לסוגים מסוימים של ניתוחים אורתופדיים (החלפת מפרקים) שהתהוו לאחר שהתברר שהתגמול לבתי-החולים בגין סוגים אלו של ניתוחים אינו כדאי. יש בתי-חולים ממשלתיים שהודיעו בפומבי בסוף 1995 שהם דוחים סוגי ניתוחים אלו ויוצרים להם תורים שעה שבת-החולים הללו היו שרויים במצוקה תקציבית זמנית בשל ה-Capping.

מכיוון שבסוגי הפעילויות הרפואיות המכוסות על-ידי המחירון של התעריפים הדיפרנציאליים כדאי לבית-החולים שהחולה ישהה בו את מינימום הזמן, נוצרו יחידות בקרה פנימיות של בתי-החולים העוקבות אחר משך זמן האשפוז של חולים המכוסים על-ידי תעריפים דיפרנציאליים (בית-החולים "הדסה", למשל, הקים יחידה מעין זו). יש תלונות של קופות-החולים על שחרור מוקדם מדי של חולים שטופלו על פי התעריפים הדיפרנציאליים.

בהקשר של פעולות המתוגמלות על בסיס של מחיר לפי יום אשפוז, דובר על הארכת משך האשפוז לצורך בירורים שונים היכולים להיות מבוצעים גם בקהילה, במסגרת הפעילות האמבולטורית של קופת-החולים. על מנת למנוע ולפקח על תופעות אלו, הקימו כל קופות-החולים יחידות לבקרת אשפוז. קופת-חולים כללית מפעילה, בחלק מבתי-החולים הממשלתיים והציבוריים הגדולים, יחידות בקרה על משך והוצאות האשפוז בתוך בתי-החולים. קופות-החולים הקטנות מפעילות מערך

בקרה דומה, בעיקר בעזרת אחיות מנוסות המבקרות בתוך בתי-החולים ומפוקחות על-ידי רופא אחראי של הקופה. בנוסף, קיימות גם תופעות שחולים מאושפזים נשלחים בעת האשפוז להשיג תרופות מקופות-החולים.

ההסכמים המיוחדים לעבודה נוספת (שירותים רפואיים נוספים, או שר"ן) עם קופות-החולים, שלבתי-החולים הותר לחתום עליהם לפי הסדרי "התיאגוד שבדרך", יצרו גם הם בעיות רבות, שחלקן כבר תועד לעיל. ברור שיש עתה תמריץ הן לבית-החולים והן לצוות העובדים בו, הזוכה להסדרים של תגמול מיוחד, להעתיק פעולות שניתן היה לבצען במסגרת של משמרת הבוקר הרגילה לשעות אחר הצהריים והלילה. פעולות אלו מתוגמלות באמצעות עמותות חוץ-תקציביות שאינן כפופות למגבלות על התקציב הרגיל של בית-החולים. פעילותן מהווה גורם מדרבן להרחבת השירותים הניתנים למכירה באמצעותן. כך, למשל, מותר גם לבתי-החולים של קופת-חולים כללית לקיים שירות רפואי נוסף למחוזות קופת-חולים בשעות אחר הצהריים, אך היתר זה מוגבל לניתוחי לב. התוצאה היא שגם בבתי-חולים אלו נרשם היקף גידול מאד משמעותי בביצוע ניתוחי לב.

היבט בעייתי נוסף קשור להכנסתן של טכנולוגיות חדשות, שיעילותן ותרומתן למטופל לטווח הארוך טרם הוכחה, ושיווקן למטופלים אגרסיבי. היבט זה קיים ביתר תוקף בפעילות המתקיימת בהסדרי השירות הרפואי הנוסף (שר"ן) לאחר הצהרים. כבר כיום קיימות טכנולוגיות מעין אלו שהופעלו הגם שאין ראיות לכך שהן עדיפות על שיטות טיפול קיימות זולות יותר. המדובר בפרוצידורות אבחנתיות וכירורגיות חדשות כגון ניתוחי לייזר מסוגים מסוימים, הזרקות מקומיות של חומרים כימותרפיים לאיברים מבודדים, טכניקות חדשות של הדמיה ועוד. מערך השיווק של טכנולוגיות אלו על-ידי בתי-החולים מכוון להפעלתן באמצעות תשלומים לקרנות המחקר והפיתוח. דוגמא בולטת היא שיווק אגרסיבי של אבחון באמצעות MRI (אבחון בעזרת מחשב מתקדם והדמיה מגנטית) על-ידי בתי-חולים מסוימים שהותר להם להפעיל מכשיר אבחוני זה בישראל.

בבתי-החולים המתואגדים למחצה, כפי שתוארו לעיל, נוצרו שתי מערכות תקציביות. המערכת הגלויה, המופעלת באמצעות חוק התקציב, והמערכת הסמויה מן העין, הפועלת באמצעות העמותות השונות שמפעיל בית-החולים. המערכות הללו יוצרות מצב המקשה ביותר על פיקוח

ציבורי נאות ועל הבקרה השוטפת של גורמי הבקרה הממשלתיים והציבוריים (דירקטוריונים שמונו לחלק מבתי-החולים הממשלתיים). המעבר לתאגידים עצמאיים עשוי לפתור בעיה אחרונה זו בכך שהם אמורים לבטל את העמותות החוץ-תקציביות ולהפעיל מערכת תקציבית אחת בלבד. כל עוד לא עברו בתי-החולים למעמד מלא של בתי-חולים מתואגדים או לרשות אשפוז, ייקשה על משרד הבריאות לפתח פעולות של ממש בתחומים של הצבת תקני פעולה ופיקוח עליהם בתחומי שיטות תגמול, הכנסת טכנולוגיות חדשות, שמירה על רמות איכות טיפול, זמינותו, נגישותו ומידה סבירה של שוויוניות בו בבתי-החולים החצי-מתואגדים<sup>6</sup>.

בשל הבעיות שתוארו לעיל, המצב הקיים נראה כחלופה פחות מועדפת. נשקלו לפחות שתי חלופות מדיניות נוספות: מעבר לשלב המתוכנן הבא של התיאגוד, כלומר הפיכת בתי-החולים הממשלתיים לתאגידים, והקמת רשות אשפוז ממלכתית בתוקף חוק, אשר נשקלה בשתי חלופות: חלופה ריכוזית וחלופה ביזורית.

### **ב. השלמת תהליך המעבר של בתי-החולים הממשלתיים לתאגידים**

החלופה השנייה היא המשך התהליך של העברת בתי-חולים של הממשלה, ואולי גם של קופת-חולים כללית, למעמד של תאגידים. מהלך זה אמור להיות קשור לאותן מטרות שבקשה בשעתו "ועדת נתניהו" להגשים על-ידי התיאגוד. המטרה הראשונה במעלה ובחשיבותה היתה לשחרר את משרד הבריאות מניהול ישיר של בתי-חולים, וכמו כן מניהול והושטת שירותי בריאות במישרין לפרט, על מנת שיוכל לטפח ולפתח כראוי את מיגוון תפקידיו המינסטריאליים.

כיוון שהמשך העברת בתי-החולים הממשלתיים למעמד של תאגידים כרוך בעלויות מאד משמעותיות, יש מקום להסביר ולנמק מדיניות המכוונת להשגת מטרה זו. מה פירוש להשתחרר מבתי-החולים למען ביצוע תפקידיו המינסטריאליים? בביטוי ציורי, ניתן לומר שמשרד הבריאות, בשל עיסוקו בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי-חולים, אינו מתפנה לביצוע התפקידים המינסטריאליים שלו.

ניתן להביא מספר רב של דוגמאות לאמור לעיל. למשרד הבריאות יש מחסור קשה במידע בסיסי על הקורה במערכת הבריאות. הכוונה היא למידע רפואי, כלכלי, ואפידמיולוגי. מספר הרופאים והאחיות המועסקים בפועל במערכת הבריאות, לדוגמא, גילם והיקף משרתם, אינו ידוע

במדויק. עדיין אין בנמצא מידע שיטתי ומהימן על מספרי וסוגי הניתוחים הנעשים בבתי-החולים, אחוזי התחלואה במחלות שונות בארץ, וגורמי הסיכון לתחלואה המאפיינים את האוכלוסייה בישראל.

בהיעדר מערכות מידע בסיסיות, כדוגמת אותם שהוזכרו, קשה ביותר לתכנן פיתוח שירותי בריאות בהתאמה לצורכי האוכלוסייה. לדוגמא, במשרד הבריאות נכתבה בשנת 1995 תכנית להוספת עוד כ-2,500 מיטות אשפוז כלליות בישראל. עם זאת, עבודה זו אינה קשורה כלל באומדן של צרכים המעוגן במאפייני תחלואה ומוגבלות בריאותית של תושבי הארץ. בנוסף, המחסור הבסיס במידע מקשה על קביעת מדיניות נכונה במרבית מגזרי פעולותיו של משרד הבריאות כמיניסטריון ממשלתי. משרד הבריאות ממלא תפקיד משני בקביעת מדיניות יישום והפצה של טכנולוגיות רפואיות שונות וכמעט שאינו פעיל בבקרת איכות הטיפול בבתי-חולים. במידה שהחל לעסוק בקביעת תקני איכות למגזר האשפוז, הרי שהדבר נעשה כמעט בלבדית על-ידי רופאים.

העברת בתי-החולים למעמד של תאגידי אמורה ליצור מצב שבו יתפנה משרד הבריאות מעיסוק בניהול שוטף של בתי-חולים. מקבלי החלטות ואנשי מקצוע שונים בו יוכלו להקדיש את זמנם ומרצם לתפקידיו האמיתיים של המשרד בדרג הלאומי. הכוונה לעיסוק בנושאים כגון קביעת מדיניות, תכנון ובקרה על כוח-אדם, טכנולוגיה, וכסף במערכת הבריאות בישראל. כל עוד לא יתפקד במערכת הבריאות מיניסטריון שיעסוק בתפקידים אלו, מועטים סיכויי ההצלחה של רפורמות שהופעלו במערכת. לאמור, שינוי מהותי ומשמעותי ביותר של משרד הבריאות והפיכתו למיניסטריון, הינו בבחינת תנאי מוקדם הכרחי להצלחת כל רפורמה במערכת.

מטרה נוספת של תהליך התיאגוד היתה להעלות את מידת הגמישות הניהולית כל בית-החולים המתואגד, במסגרת של תחרות מבוקרת בין בתי-החולים. ההערכה היתה שכתוצאה מגמישות ניהולית זו, ואוטונומיה מקומית בניהול, יתקצרו התורים לאשפוז, ישתפר השירות למבוטחים, ישתפרו יחסי העבודה בבתי-החולים ויהיה ניצול יעיל יותר של מתקנים וציוד. הנחת המוצא היתה שפעילותם של בתי-החולים הממשלתיים בכפופות לתקנון שירות המדינה (התקש"ר) ותקנות כספים ומשק (תכ"ס) איננה יוצרת תמריצים לחיסכון, להתייעלות, ליוזמה, ולניצולם המלא של המתקנים והציוד. כמו כן, מסגרת פעולה ממשלתית אינה מעודדת מתן מענה משופר לצרכים משתנים של אוכלוסיית האזור שבו

מצוי בתי-החולים. במידה ובית-החולים מצליח לחסוך מתקציבו על-ידי התייעלות, הרי שבדרך כלל יחזור הכסף לתקציב הממשלתי. כמה בעיות מתעוררות כתוצאה מבחירה בחלופה של המשך תהליך התיאגוד על פי התוואי שמשרד הבריאות כבר היתווה.

### (1) האוטונומיה של התאגיד

דרגת האוטונומיה של התאגיד, יחסית לזו שניתנה לתאגידים באנגליה, זעומה. ייתכן שמשרד האוצר ישאף לשמור בידיו את סמכות ייצוג המעסיק בכל משא ומתן הקשור לקביעת תנאי העבודה והשכר של העובדים. עם זאת, כפי שכבר צוין לעיל, כבר כיום נקבעים שכרם ותנאי עבודתם של עובדי בתי-החולים הממשלתיים המועסקים על-ידי סניפי קרן המחקרים ברמת בית-החולים. משקל שכר העבודה בהוצאות בית-חולים עולה על 70 אחוז. עלויות התרופות שקונה בית-החולים נתונות במידה מסוימת להשפעתו, אך ברור שעלות השימוש בנכסים שיועמדו לרשות התאגיד תיקבע על-ידי משרד האוצר. יחסית למה שהתאפשר למנהלי התאגידים של בתי-החולים באנגליה, חופש הפעולה של מנהלי התאגידים שבדרך בישראל מצומצם. בנוסף, אמורה להינתן לתאגיד התחייבות של הממשלה להגן עליו מפני היווצרות קרטל של קופות-החולים, על-ידי כך שיימשכו ההסדרים המאפשרים לאוצר לנכות מהמס המקביל המגיע לקופות-החולים את סכומי חוב שלהם לבתי-חולים מתואגדים. גם בנושא זה תימשך התלות בין בית-החולים המתואגד לביתו הממשלתי, משרד הבריאות.

### (2) המבנה המשפטי של התאגיד

החלטת התיאגוד נוגעת במישרין לתנאי עבודתם ולביטחונם התעסוקתי של אלפי עובדים. המדובר בתיאגודים במסגרת משפטית חדשה יחסית, שאין תקדימים להפעלתה בישראל, של "חברה לתועלת הציבור". בעבר בצעה הממשלה פעולות "תיאגוד" לא מעטות. יחידות שלמות של משרדי התקשורת והתחבורה הוצאו מתוכם ועברו למעמד עצמאי, בדרך כלל במסגרת של רשות. כך הוקמו רשות הנמלים, רשות שדות התעופה, ורשות הדואר. לעתים בחרה הממשלה לבצע מהלך זה על-ידי העברת היחידה הממשלתית למעמד של חברה ממשלתית, הכפופה לרשות החברות הממשלתיות במשרד האוצר, כגון במקרה של חברת התקשורת הממשלתית "בזק". בכל המקרים האחרונים, בוצעה ההעברה, מן הממשלה אל התאגיד, לאחר חקיקת חוק מתאים בכנסת. חוק זה, בדרך

כלל, יצר תשתית חוקית להגנת זכויות העובדים שעברו ממעמד של עובדי מדינה למעמד של עובדי רשות. יש משפטנים הטוענים שבסיסו החוקי של התיאגוד הנוכחי בעייתי וסבוך ביותר. אין תקדים לצורה כל כך רפופה של העברת אלפי עובדים ממעמד של עובדי מדינה להעסקה על-ידי תאגידים ציבוריים.

מהלכי התיאגוד הנוכחיים, המכוונים להביא, בשלבים, לבצוע תיאגוד מלא של כלל בתי-החולים הממשלתיים עולים לכאורה בקנה אחד עם ההמלצה דלעיל של ועדת החקירה הממלכתית. ייתכן מאד שיש מקום לשקול, במקום הפעלה של מבנה משפטי מורכב ובעייתי, שלא נוסה עד כה בישראל, גמישות מסוימת בנושא זה. יש בתי-חולים שלהם מתאים, אולי, מבנה משפטי של עמותה, ולחלק - חברה ממשלתית. ייתכן שלבתי-חולים של קופת-חולים כללית יתאים יותר מבנה של עמותה שלא למטרת רווח. ביצועו של מהלך התיאגוד בשלבים, על פני כלל בתי-החולים הממשלתיים, ובצורה גמישה, יעלה את הסיכוי שמשרד הבריאות ישתחרר מתפקידי ניהולם הריכוזי היומיומי. כפי שהודגש לעיל, כל מבנה משפטי שיוחלט עליו אמור ליצור מצב שבו בית-החולים המתואגד מבטל את העמותות החוץ תקציביות שהוא מפעיל ומספק את שירותיו במערכת תקציבית אחת בלבד. כעקרון חשוב ביותר נוסף, כל מבנה משפטי עתידי אמור לשמור על הבעלות של הציבור על בית-החולים ועל אופיו הציבורי ופעולתו לטובת הציבור.

### **(3) התפתחות של תחרות בין בתי-החולים המתואגדים**

התפתחות אפשרית של תחרות בין בתי-החולים המתואגדים עשויה להשפיע על יעילותם ונגישותם. יש להניח שכל בית-חולים מתואגד ישאף להגדיל את מספר החולים המטופלים בו מכיוון שבכך תלויות הכנסותיו. יש להניח, כמו כן, שתהיה לכך השפעה בכיוון של שאיפה מקצועית בסיסית של בית-החולים המתואגד לתת טיפול איכותי ולמלא את שליחותו כלפי המאושפזים בו בצורה הטובה ביותר. במקביל ניתן להניח שתתקיים תחרות על יוקרה מקצועית (יכולת בית-החולים למשוך אליו "שמות נוצצים" של מנתחים מפורסמים, לדוגמא, או של טכנולוגיות חדישות). מחקרים על היבטים של תחרות בין בתי-חולים במדינות מפותחות מוצאים שזוהי תגובה שכיחה של בית-חולים למצב של תחרותיות ביניהם. מחקר הערכה על התהוות תחרות בין בתי-החולים המתואגדים באנגליה הגיע למסקנה שהתחרות התייחסה בעיקר לשירותים שהם בעלי נראות גבוהה בבתי-החולים, כגון זמני המתנה

לניתוחים אלקטיביים ופרוצידורות אבחוניות, או משלוח סיכומי מחלה לרופא כללי. לעומת זאת, פורסם באנגליה מעט מאד מידע שיטתי על ביצועי בתי-חולים, כגון שיעורי תמותה מתוקננים לגיל ול-case mix. מבחינת הנגישות של שירותי בתי-החולים המתואגדים, ניתן להניח שהתחרות בין בתי-החולים תשפיע על העלאת הנגישות. על מנת למשוך אליהם מטופלים נוספים, יקלו בתי-החולים ככל האפשר על קביעת תורים ותזמונם, שעות קבלה נוחות, קיצור תורים ושיפורים אחרים כגון בחניה ליד בית-החולים. צפוי שהתחרות תביא לדפוסי ניצול משופרים של יכולות קיימות, כולל בחדרי ניתוח ובמיטות אשפוז. חלק מהמאמצים הללו לשיפור הנגישות יביאו להשקעות נוספות, שלהן השפעה על הגדלת עלויות האשפוז למטופל.

בתי-החולים המתואגדים, לאחר שיקבלו אוטונומיה מלאה, ישאפו לפתח ולהרחיב בעיקר את שירותי האשפוז המביאים לתוספת הכנסות גדולה יותר. יש להניח שפעילות השיווק שלהם תתמקד בפלחי אוכלוסייה שיש להם יכולת כלכלית לרכוש מבית-החולים שירותים נוספים הנמכרים על-ידי בית-החולים מחוץ לסל, כולל שירותי מלונאות, ושירותים נלווים שונים. בשוק תחרותי מתפתח זה, קשה מאד יהיה למנוע ולהגביל מכירת שירותים שונים שנחיצותם מפוקפקת. בצורה זו, התחרות בין בתי-החולים עלולה לפעול להרחבת ההוצאה הלאומית לבריאות, גם דרך כפילויות בשירותים אמבולטוריים שתוארו קודם לכן.

צפוי שבתי-חולים המתחרים ביניהם לא יגדילו נגישותם לקליטת מטופלים הנמנים על קבוצות חלשות באוכלוסייה. הם יכוונו פעילותם להעלאת נגישותם לחולים המביאים עמם תוספות הכנסה, כולל חולים פרטיים, וחולים שעלות אשפוזם מכוסה על-ידי הסדרי השר"ן וחברות ביטוח מהארץ ומחוצה לה. במקביל, יש להעריך שבתי-חולים לא יעודדו ולא ישווקו את שירותיהם לחולים במחלות כרוניות קשות שהטיפול בהם יקר ביותר ואינו מתוגמל בצורה ריאלית, כגון חולים באיידס, חולים אונקולוגיים, קשישים החולים במחלות אקוטיות. שירותים חדשים שיפתח בית-החולים מחוץ לסל שירותי הבריאות המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי יכוונו באורח טבעי לאותן שכבות באוכלוסייה המסוגלות לשלם בגינן, אם ישירות ואם באמצעות ביטוחים משלימים. כבר כיום, מכסים הביטוחים המשלימים של קופות-החולים כיסוי חלקי לפעילויות רפואיות שאינן כלולות בסל, כולל הקדמת תור על-ידי ביצוע הפעילות בשעות אחר הצהריים ואפשרות של בחירת רופא מנתח. הטבות

אלו אינן נחלתם של אותן שכבות באוכלוסייה שאין ידן משגת לרכוש לעצמן, תמורת תשלום נוסף, ביטוחים משלימים.

חלק מההשפעות החיוביות הצפויות של קיום מידה מסוימת של תחרות בין בתי-החולים ניתן להשיג גם במבנה של אוטונומיה תפקודית גבוהה של כלל בתי-החולים הציבוריים הפועלים במסגרת-על של רשות אשפוז מבוזרת. שיפור של ניצול תשתיות בתי-החולים כבר הושג, במידה רבה, תודות להפעלת הסדרי השירות הרפואי הנוסף (שר"ן) שתוארו לעיל.

#### **(4) יחסי העבודה בבתי-החולים המתואגדים**

היבט נוסף של פעילות בתי-החולים המתואגדים שיושפע, כנראה, בצורה חיובית על-ידי התיאגוד הינו מערכת יחסי העבודה שלהם. המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית עדיין משתמשת בתקן מיטות מינימלי כאחד הקריטריונים הקובעים מתן הכרה למחלקה בבית-חולים לצורך אישור של התמחות במחלקה. ייתכן שדרישה זו תוחלף בקריטריון שיתבסס על רמת הפעילות הכוללת במחלקה, כולל פעילות אמבולטורית. שינויים אלו יאפשרו שינויים משמעותיים במבנה המחלקות.

התקינה המחייבת של משרות רופאים בבתי-החולים הציבוריים, מכוח הישג מקצועי של הסתדרות הרופאים עוד משנות השבעים, כובלת את ידי הנהלת בית-החולים בכל ניסיון להקצאה הגיונית של כוח-האדם הרפואי. הסכמי העבודה שבין ההסתדרות הרפואית לבין המעסיקים קובעים כיום תקן מחייב של רופאים לכל מחלקה על פי תקן המיטות שלה ולכל בית-חולים על פי הפעילות האמבולטורית שלו. הגם שבפועל הנהלת כל בית-חולים מקצה תקנים אלו על פי עומסי עבודה, הרי תקנים אלו מוליכים לעתים לאבטלה סמויה של רופאים במחלקות מסוימות. מתן אוטונומיה מקומית מסוימת בתחום חתימת הסכמים מקומיים מעבר להסכמים הענפיים עשוי לאפשר ויתור של הרופאים על תקן זה בתמורה מסוימת. לאחר העלאות השכר שניתנו לרופאים בשנים 1993-1994, נוצר מצב שבו כוח-האדם הרפואי בבית-החולים הוא המשאב היקר ביותר והמשפיע ביותר על רמת הוצאות בית-החולים. שיפורים של ניצול כוח-האדם הרפואי של בתי-החולים כתוצאה מהסכמים מקומיים עשויים ליצור חסכוניות משמעותיים בהוצאות תפעולם. לרופאים יש כמו כן השפעה מכרעת על רמת הוצאות בית-החולים על טכנולוגיות רפואיות שונות.

בעידן של מעבר להסדרי אשפוז יום, של דפוסי העסקה גמישים יותר של רופאי קהילה בבתי-חולים, של יחסי תחלופה סבירים יותר בין

טכנאים רפואיים ואחיות מוסמכות לרופאים, הסכמים מקומיים שיבואו בנוסף להסכמים ארציים, בהם תוספת תגמול תוצמד לחיסכון בהוצאות תפעול, עשויים לתרום לבניית כושר תחרות ולהתייעלות של כל בית-חולים. בעת כתיבת הדברים, נראה שעצירת מהלכי התיאגוד נובעת בעיקרה מכישלונות המשא והמתן שנוהל עם נציגויות עובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים ונציגות האחיות המועסקות בבתי-חולים אלו. נציגויות אלו חוששות מאובדן אפשרי של חלק מכוחן והשפעתן במידה וייווצר דרג מקומי של מערכת יחסי העבודה.

בנוסף, יש חששות מאובדן הביטחון התעסוקתי המוקנה לעובדי מדינה והחלפתו באיום אפשרי של הפרטה מלאה של בתי-החולים. מכיוון שמשרד האוצר מנהל מזה שנים מדיניות שכר הדוגלת בתשלום משכורות נמוכות ככל האפשר לעובדי המדינה, הרי שבעיקרון ניתן להעריך שכל עובד מדינה מוכן לשקול חיובית מעבר למעמד של עובד רשות או תאגיד ציבורי. בעבר, כל אותם עובדי מדינה שעברו בנתיב זה, מן הממשלה החוצה, לרשויות ולתאגידים, זכו לתוספות מאד משמעותיות לשכרם ולתנאי עבודתם. די להביא, לצורך זה, את דוגמת כ-7,000 עובדי "בזק", שקבלו העלאות של שתי דרגות במשכורתם, בממוצע, וכמו כן הקצאות רכב נדיבות, בעת המעבר ממעמד של עובדי משרד התקשורת לעובדי החברה הממשלתית "בזק".

נציגי עובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים מעלים חששות כבדים שהמעבר לתאגידים ירע את תנאי העבודה והשכר של חלק משמעותי של העובדים. במידה ולאחר התיאגוד יתקיים, בנוסף לדרג הארצי של קביעת תנאי השכר והתעסוקה, גם דרג מקומי, תיתכנה אפשרויות של שיפור משמעותי בתנאי העבודה והשכר של עובדים אלו. הסדרים של שיתוף עובדים בחסכוניות ובהתייעלות, שיופעלו בכל בית-חולים, לפי המלצות ועדת החקירה עשויים, ללא ספק, לתרום להכנסתם. דרג מקומי זה של יחסי העבודה, כפי שתואר לעיל, כבר פועל עתה במסגרת הפעילות של קרן המחקר וסניפיה. המעבר מפנסיה תקציבית-ממשלתית להסדרי פנסיה בקרן תגמולים כלשהי עשוי אף הוא לשפר את מצבם, שכן ידוע שרמת הפנסיה הממשלתית-תקציבית היא מהנמוכות במשק, יחסית לשכר הממוצע. מנגד, הניסיון באנגליה אינו נותן תמיכה להיווצרות של דרג מקומי: התנגדותם העזה של האיגודים המקצועיים שם מנעה ובלמה היווצרות דרג זה בתאגידי בתי-החולים שם.

**(5) בקרת איכות הפעולה של בתי-החולים הממשלתיים המתואגדים**

סביר שהתחרות בין בתי-חולים מתואגדים תתבטא בהיצע של תנאים נלווים לאשפוז. כתוצאה מכך נוצרת בעיה של בקרת איכות הפעולה של בתי-חולים אלו. בקרת האיכות רלוונטית הן בהקשר לאותן פעילויות אשפוז הנכללות בסל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי והן בהקשר של פעילויות רפואיות ואחרות הנעשות בבתי-החולים מחוץ לסל.

אחת הסוגיות היותר קשות ומורכבות בניהול מערכות בריאות הינה הסוגיה של כיצד, ולפי מה, ניתן להעריך "איכות טיפול" של בית-חולים. במדינות המערב הוצעו מדדים שונים, ודרכי מדידה שונות, ואין פתרון כללי ומקובל לסוגיה קשה זו. יש בתי-חולים הנעזרים, בהערכת איכות הטיפול, בוועדה פנימית של רופאים בלתי תלויים, יש המתייחסים למדדים "קשים" כגון שיעורי סיבוכים בניתוחים שונים ופטירות, ויש המתייחסים בכובד ראש לשיעור רצונם של המטופלים מהטיפול שקבלו בבית-החולים, כפי שנמדד על-ידי סקרי שביעות רצון. ברור, מכל מקום, שבישראל אנו מצויים עדיין בתחילת הדרך בנושא סבוך זה. נקטו אמנם צעדים ראשוניים בהערכת איכות טיפול של בתי-חולים. עם זאת, אין עדיין תקנים ממלכתיים של הערכת איכות טיפול, ואין בבתי-החולים המתואגדים מערך שיטתי ומבוקר של בקרת איכות. במשרד הבריאות לא נבנה עדיין מערך של בקרת איכות הטיפול בבתי-חולים.

**(6) עלויות העסקאות של בתי-החולים המתואגדים**

מיד לאחר הפעלתו המלאה של התיאגוד, סביר שתתרחש עליית מחירים משמעותית של שירותי האשפוז במדינת ישראל. ניתן להתייחס אליה כהשקעה חד-פעמית והכרחית שמשלם עם ישראל בגין הפיכת משרד הבריאות למינסטריון ומתן הזדמנות או יצירת אפשרויות להתייעלות פנימית של בתי-החולים. כלכלני בריאות מכנים גידול צפוי זה בעלויות בשם "עלויות העסקאות". כוונתם במונח זה הינה לגידול המתבקש בהוצאות על ניהול מערכת תמחיר, תקצוב, חשבות מקומית ועוד. בשל כך, קראנו לבעיית מפתח זו של תהליך התיאגוד בשם "עלויות העסקאות" של תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים. להלן נסביר מדוע אמורה להתרחש עליית מחירים משמעותית זו ומהן השלכותיה. עליית מחירי האשפוז קשורה בחלקה להפיכת עלות סמויה לעלות גלויה. אם יוחלט, למשל, על מעבר עובדים של בתי-החולים ממעמד של עובדי מדינה למעמד של עובדי תאגיד והמדינה תפסיק את הסדרי הפנסיה התקציבית,

יש לשער שייקבעו במקומם הסדרי פנסיה חילופיים שיתבטאו בתוספת עלות עסקה מאד משמעותית לכל בית-חולים בנפרד, אך במקביל יחסכו סכומים דומים מתקציב המדינה. זוהי העלאת מחירים המבטאת בחלקה תוספת של הוצאות בכל בית-חולים מתואגד.

בתי-החולים המתואגדים, לכשיגיעו לכלל הסכמים עם האוצר ועם עובדיהם, יחויבו, כפי שניתן להניח, לשלם לממשלה דמי חכירה על הרכוש הממשלתי שיעבור אליהם. במידה שהממשלה לא תתחייב לכסות את השקעות התשתית של בתי-חולים אלו, הם יאלצו לכלול בתחשיב הוצאות בית-החולים המתואגד פחת על רכש קבוע, מבנים וציוד. בנוסף, בתי-החולים יאלצו להוסיף כ-25 אחוז להוצאות השכר שלהם (והוצאות השכר הן כ-70 אחוז מסך ההוצאות של בית-חולים, בממוצע) בגין הפרשות פנסיה ומס מעסיקים שבהם יחויבו בתי-החולים. במידה שיוטל על בתי-החולים שיהפכו לתאגידיים לשלם גם מס ערך מוסף, כמו בתי-החולים הפרטיים החייבים לשלמו, יעלו הוצאותיהם בשיעור ניכר עוד יותר.

לפיכך, אין להניח שהתיאגוד ייצור, כבר בטווח הקצר, חסכוניות של ממש במערכת האשפוז הציבורית בישראל. ניתן לקבוע שהתיאגוד כרוך בעלייה מיידית ומשמעותית של ההוצאות של מערכת האשפוז בישראל. עלייה זו מתחייבת גם בשל השקעות חיוניות ונדרשות במערכות מידע, תקצוב ותמחור, שיווק ובקרה מנהלית, שהם חלק הכרחי של תהליך התיאגוד. בית-חולים מתואגד יתקשה לתפקד כלכלית בהיעדר מערכת מידע מערכתית, כולל מערכת תמחור. המדובר בהשקעות יקרות ביצירת תשתית זו לפעולתו העצמאית של בית-החולים. מדינות אחרות, כגון שוודיה ואנגליה, שבהן היה מעבר של בתי-חולים מיחידות בירוקרטיות מנוהלות במסגרת תקציב ציבורי ליחידות עלות המנוהלות במסגרת של חוזים עם קוני שירותים, גילו להפתעתם שעלות העסקאות הקשורה במעבר זה היא עצומה במימדיה, ושרובה ככולה לא נאמדה נכונה מלכתחילה.

במידה שיהיו חסכוניות, הרי שהם ייווצרו בטווח הארוך יותר, למשל כתוצאה מהפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים במשמרת שנייה ושלישית (וגם בכך יש המטילים ספק). התייעלות של ממש במערכת האשפוז הציבורית, כתוצאה מתהליך התיאגוד אמורה להיווצר כתוצאה של הסכמי עבודה חדשים שיחתמו עם העובדים. הסכמים אלו עשויים לאפשר התייעלות

במידה ואמנם יקנו להנהלת בית-החולים גמישות ניהולית ויסירו חלק מהמגבלות על ניהול אפקטיבי שתוארו לעיל.

### ג. הקמת רשות אשפוז ממלכתית

#### (1) רשות אשפוז ריכוזית

החלופה השלישית היא זו של הקמת רשות אשפוז ממלכתית. הרעיון של הקמת רשות מעין זו עלה לראשונה עוד בתקופת הכהונה של שר הבריאות אליעזר שוסטק, בשנת 1979. שרת הבריאות שושנה ארבל-אלמוזלינו, שפעלה על בסיס המלצותיה של ועדה משרדית שמונתה על-ידי בראשות פרופ' נתן טריינין ממכון ויצמן, המליצה לממשלה על הקמתה של רשות אשפוז ממלכתית ריכוזית. הצעת חוק הוגשה על-ידי בנושא זה, אך בשל התנגדות שר האוצר דאז ההצעה לא אושרה על-ידי הממשלה. להלן תקרא חלופה זו רשות אשפוז ריכוזית, על מנת להבחין בינה לבין החלופה של רשות אשפוז ביזורית.

על פי הצעת החוק שהוכנה אז, הרשות היתה אמורה להיהפך לגוף הניהול העליון של כלל בתי-החולים והמרפאות שבבעלות הממשלה כולל בשיתוף עם רשויות מוניציפליות. הטענות העיקריות שהועלו בוויכוח על הקמת רשות אשפוז ריכוזית היו קשורות למעמד הציבורי של בתי-החולים. נטען ששמירה על מדיניות משרד הבריאות, כולל על יכולתו של משרד הבריאות למנות מנהלים ולפקח על פעילות בתי-החולים שהם מוסד ציבורי בעל מידה מסוימת של שליטה מונופולית באזור פעולתו, מחייבת רשות ריכוזית שתוקם בתוקף חוק. ועדת טוקטלי, שכבר נזכרה לעיל, ביצעה השוואה שיטתית של חלופה זו לעומת החלופה של הפיכת בתי-החולים הממשלתיים לעמותות והגיעה למסקנה שיקשה ביותר על משרד הבריאות לפקח על פעילותן של העמותות, להעביר אליהן נכסים, למנות להן מנהלים, ולקיים בקרה עליהן. על פי הצעת החוק ודברי ההסבר שנלוו אליה, הרשות היתה אמורה לאפשר לכל בית-חולים מידה מסוימת של גמישות ועצמאות פעולה. ברור שלהצעת הרשות הריכוזית יתרונות ברורים מנקודת ראות העובדים: המעבר כרוך ומוסדר בחקיקת חוק מיוחד. העברת בתי-החולים לרשות אשפוז נותנת פתרון לצורך בהפרדתם מניהולו השוטף של משרד הבריאות.

בין החסרונות של חלופה זו, שצוינו בוויכוח הציבורי וכן בדוח ועדת נתניהו שעסקה בנושא זה: סרבול ובירוקרטיזציה נוספת שאיננה חיונית, לרשות אין תפקידים ייחודיים שאינם יכולים להתמלא על-ידי כל בית-חולים בנפרד, צריך לאפשר לכל בית-חולים את חופש הבחירה לקנות את שירותי הרשות בתחומים שונים (בינוי, תחזוקה, רכש, תכנון פיזי) או לספקם לעצמו בדרכים חלופיות, הקמת רשות סטאטוטורית היא תהליך

ארוך וממושך שאיננו מבטיח את המידה הרצויה של התייעלות, חדשנות והתפתחות של בתי-החולים למערכת כלכלית שבה עליהם להתחרות, והרשות תגביר ותחזק מגמות קיימות של התנהגות בתי-חולים כמונופול מקומי.

הנימוק האחרון היה זה שהביא בעבר להסרת הצעת החוק שהגישה שרת הבריאות דאז, שושנה ארבלי-אלמוזלינו, מעל שולחן הממשלה. משרד האוצר, בצורה עקבית, שלל רעיון זה מיסודו. הקמת מעין קרטל המנוהל ריכוזית של כלל בתי-החולים הכלליים בארץ הוכתר על-ידי מנכ"ל משרד האוצר כ"מקדם אינפלציוני של ההוצאה הלאומית לבריאות."

צוינו חסרונות נוספים של הקמת רשות אשפוז ריכוזית. יש חשש רציני שהקמת רשות אשפוז ריכוזית תיצור כפילויות בינה לבין משרד הבריאות דווקא בנושאים בהם יש צורך ומקום לחזק את משרד הבריאות, כדוגמת תכנון שירותי האשפוז, ויסות היצע שירותים אלו על-ידי תמריצים מתאימים, והקמת מסדי מידע על מגזר זה של שירותי האשפוז. יש מקום להערכה שקובעי המדיניות שנבחרו בבחירות של 1996 להגה השלטון לא יראו חלופה זו כמועדפת, בהתחשב באידיאולוגיה הפוליטית של הפרטה המאפיינת אותם.

## **(2) רשות אשפוז ביזורית**

הרעיון הוא של רשות אשפוז ביזורית, שבה לכל בית-חולים ציבורי יש דרגה גבוהה של אוטונומיה תפעולית וכספית, כבית-חולים "כמעט מתואגד", ומעל לכלל בתי-החולים הללו מוקמת רשות-על ממלכתית בעלת תפקידים מוגבלים. רעיון זה איננו חדש, הוא הוצע עוד בשנת 1987 על-ידי ועדת נגן שהוקמה מטעם מרכז קופת-חולים כללית. לפי דו"ח ועדת נגן, הקמה של רשות זו עשויה להשיג חלק של היתרונות המיוחסים לתיאגוד תוך כדי שמירה הדוקה על יעדי מדיניות הבריאות והאינטרס הציבורי בקיום שירותי אשפוז נגישים, זמינים, ממוקדי-לקוח, ויעילים. אם אמנם תישקל חלופה זו, המצריכה כמובן תהליך של חקיקה, תפקידו של משרד הבריאות בתחום קביעת המדיניות יהפכו למרכזיים. משרד הבריאות יקבע את סל שירותי האשפוז (על פי המתכונת המפורטת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). מדיניות הפיתוח של שירותי האשפוז תישמר בידי משרד הבריאות: הוא זה שימשיך להיות אחראי על הוצאת רשיונות לבתי-חולים ולתוספות של מיטות להם. משרד הבריאות ייתן היתרים לתוספת טכנולוגיות יקרות למיניהן. משרד הבריאות גם ישמור

על תפקידיו המינסטריאליים בכל הקשור לתיכנון, פיקוח והכוונת הכשרת כוח-אדם למערכת הבריאות כולל לבתי-החולים. משרד הבריאות יהיה הגורם המממן את רשות האשפוז מתקציבו, ותקציב הרשות יאושר מדי שנה בתהליך הרגיל של אשור תקציבי רשויות ממשלתיות שונות. לעומת זאת, תקציב כל בית-חולים יהיה תלוי-הכנסה וייקבע בהתאמה למערכת החוזים שיחתמו בין בית-החולים לבין קופות-החולים. כל בית-חולים ישלם לרשות האשפוז, כתקורה על שירותיה, תשלומים שנתיים בהתאמה לסל השימושים שבית-החולים עושה בשירותי הרשות.

מה יהיו תפקידי רשות האשפוז? מובן שבכל הקשור לשירותים בעלי היקף ארצי, כלומר שירותי אשפוז רביעוניים, כגון השתלות וניתוחים המבוצעים בהתמחות ארצית, יהיה לרשות האשפוז תפקידי הכוונה ובקרה ופיקוח ישירים. בנוסף, יהיו לרשות תפקידים של ניהול ישיר של בתי-החולים בעת חירום, תפקידים הנתונים כיום בידי רשות האשפוז העליונה וועדת מל"ח של משרד הבריאות. תחומים נוספים שתעסוק בהם הרשות תוך כדי ניהול ריכוזי הם תחומי ההשקעה בתשתיות, לפחות מבחינת התכנון של הבינוי והמימון. התקציבים לצורך זה יבואו ממשרד הבריאות. הרשות תוכל לקלוט בתוכה תאגידי שכבר הוקמו על-ידי בתי-החולים הממשלתיים לצורך שיתוף פעולה ביניהם. תאגידי אלו עוסקים כיום ברכש של תרופות עבור כלל בתי-החולים הממשלתיים ובגיוס והשמת כוח-אדם זמני. יש לשער שלרשות יהיו יתרונות לגודל ברורים בתחומים אלו.

ייתכן שיוחלט על מסגרות תיאום וסיוע הדדי בין בתי-חולים בפריפריה ובמרכז: הרשות תוכל להתקין תקנות בנושאים אלו, ולהביא לביצוען. לרשות יש יתרונות מסוימים לגודל בהשגת קרנות מחקר חיצוניים, כולל מיצרני תרופות.

הרשות תוכל גם לטפל בהקצאה יעילה של תפקידי הוראה בין בתי-החולים. כיום, יש מידה רבה של כפילות וחוסר יעילות בסינוף אקדמי של יחידות בתי-חולים. בנוסף, צפוי שהרשות תהיה מעורבת בתיאום בין כלל בתי-החולים בכל הקשור לייצוגם בניהול משא-ומתן קיבוצי עם נציגויות העובדים בכלל מערכת האשפוז. ניהול משא ומתן מסור עתה לממונה על השכר במשרד האוצר. הפעילויות והתפקידים דלעיל מבוצעים עתה רובם ככולם על-ידי משרד הבריאות, והקמת רשות האשפוז תשחרר את משרד הבריאות מעיסוק בהם תוך ריכוז מאמצי המשרד בביצוע תפקידיו המינסטריאליים.

בית-החולים הציבורי שיוכפף לרשות האשפוז יהיה אוטונומי כמו בגרסת התיאגוד, להוציא כל אותם שטחי פעולה שהוזכרו לעיל כנתונים לסמכות רשות האשפוז. בית-החולים יוכל להתחרות בבתי-חולים אחרים במסגרת כללי התגמול ותחומים שיקבעו על-ידי משרד הבריאות. לרוב בתי-החולים הכלליים בישראל יש מידה מסוימת של מונופול מקומי, היבט המצדיק קיום רשות-על ציבורית לפיקוח ולבקרת אותה מידת תחרות שתאפשר לבתי-החולים. בית-החולים הציבורי, כמו במצב הקיים של התאגידים בהקמה, יוכל למכור שירותים נוספים לאלו הכלולים בסל, אך במסגרת של מערכת תקציבית אחת, המפוקחת על-ידי רשות האשפוז.

בית-החולים האוטונומי הפועל במסגרת רשות האשפוז יוכל לחתום על חוזים מיוחדים עם עובדים, ליצור לעצמו רובד נוסף של הסכם קיבוצי מקומי עם חלק או כלל עובדיו. זהו עניין מרכזי בחשיבותו, שיקבע אולי יותר מאשר כל נושא אחר את אפקטיביות הפעולה של בית-החולים הבודד (כיוון שכ-70 אחוז של כלל הוצאות בית-החולים הם על שכר). הוא היתרון המאד ברור שיש לרשות אשפוז ביזורית. כל עוד המדובר בעובדי מדינה, ששכרם משולם מתוך תקציב בית-החולים (ולא בכספי עמותת קרן המחקרים שהוזכרה לעיל), הרי שרובד הסכמי עבודה מקומיים טעון אישור של הממונה על השכר במשרד האוצר, וזאת על פי חוק יסודות התקציב. חוק רשות אשפוז יכול להחליף ריכוזיות מרחיקת לכת זו של קביעת תנאי העבודה והשכר במבנה גמיש יותר, שבו יש סמכות לרשות האשפוז לאשר רובד מקומי של הסכמי שכר. הסדרים דומים קיימים גם במערכת החינוך והרשויות המקומיות, הגם שלא מוסדו בחוק. בית-החולים האוטונומי יוכל, בנוסף, להחליט בעצמו על מדיניות האספקה שלו (להוציא פריטי ציוד מסוימים, יקרים במיוחד, שעדיף שיירכשו מרכזית בידי הרשות).

כמו בגרסה של התיאגוד המלא, ייקבע לכל בית-חולים דירקטוריון או מועצת מנהלים בו ייוצגו בעיקר נציגי ציבור וקהילה, על מנת שיווצר קשר ישיר בין פעולת בית-החולים לקהילה שבה הוא מתפקד. גוף זה של מועצת מנהלים יפעל בפיקוח של רשות האשפוז.

מספר יתרונות עשויים להתקיים בחלופה זו של רשות אשפוז ביזורית. בחלופה זו, מושג שחרור משרד הבריאות ומרכז קופת-חולים מתפקיד ניהול ישיר של בתי-חולים. כך יכולים גופי-על אלו להתפנות לתפקידי קביעת ובקרת מדיניות כוללת. תתקיים מידה מסוימת של תחרות בין

בתי-החולים, אך היא תפוקה ותבוקר על-ידי הרשות. יש לשער שיהיה שיפור משמעותי במערכת יחסי העבודה, שכן חלופה זו תאפשר העברת עובדי מדינה ועובדי קופת-חולים למעמד של עובדי הרשות. רשות אשפוז יכולה לאכוף ולפקח על קיום מערכת מידע אחידה בבתי-החולים, דבר שיש לו משמעות רבה לבניית מסדי מידע לאומיים על המגזר האשפוזי. במצב של תיאגוד מלא, עלול להיות לבית-החולים המלא תמריץ שלילי להעביר מידע מפורט על פעילויותיו, העלולות לשרת את מתחיו.

רשות האשפוז, בפעולותיה וביישום סמכויותיה, אמורה להיות מונחית על-ידי מדיניות משרד הבריאות בכל הקשור להגדרת תפקידי בית-החולים העתידי. ייתכן שעל-ידי כך ניתן יהיה להקטין את מידת העיסוק של בתי-חולים בפעילויות רפואיות שעדיף שתבצענה בקהילה.

חלופה זו מוצעת תוך מודעות לכך שעדיין אין היא מובאת בצורה מלאה ושלמה. לא ברור מתוכה כיצד ישולבו בה בתי-חולים ציבוריים שלא למטרת רווח הפועלים כבר כיום כתאגידים ושאינם בבעלות הממשלה או קופת-חולים כללית (לדוגמא, בתי-החולים הציבוריים בירושלים). אין החלופה כוללת דיון והתייחסות לבתי-חולים לחולי נפש ולחולים כרוניים. זוהי סוגיה מורכבת הדורשת התייחסות נפרדת. בנוסף, לא נכלל בחלופה זו פירוט של כללי התגמול לפיהם יפעלו בתי-חולים כלליים במסגרת רשות האשפוז. כללי תגמול אלו, כפי שהודגם לעיל, קובעים במידה רבה את התנהגות בית-החולים הבודד. חשוב לשמר את האוטונומיה התקציבית של בית-החולים הכללי במסגרת של כללי התגמול הללו, כך שיפעל כמרכז עלות עצמאי. אין החלופה כוללת פירוט הסמכויות של הרשות ושל משרד הבריאות בכל הקשור להשקעות תשתית במערכת האשפוז. בהקשר זה, ניתן להזכיר שבאנגליה נתבעו 440 בתי-חולים שתואגדו, כלומר עברו למעמד של trusts, להגיע לשיעור תשואה של 6 אחוז על נכסי ההון שלהם.

התמורה במעמד של בתי-החולים הכלליים המופעלים על-ידי קופת-חולים היא משמעותית ביותר. הם אמורים לעבור מיחידות שכיום מתוקצבות בעיקרן, וממוקדות בהיצע של שירותי אשפוז, ליחידות האמורות לפעול על בסיס חשיבה ממוקדת לקוח תוך עצמאות תקציבית. זהו תהליך מסובך, ארוך, הדורש השקעות תשתית שתוארו לעיל אך גם שינוי תרבות הניהול בתוך בית-החולים העצמאי החדש, בין שיפעל ברשות אשפוז ביזורית או כתאגיד עצמאי. במסגרת זו, לא עסקנו בתהליך שינוי מקיף ומשמעותי זה.

## הערות

- <sup>1</sup> צריך להדגיש, כהסתייגות מהנחה זו, שעל פי נתוני נציבות שירות המדינה, הגידול בתקני רופאים בבתי-חולים ממשלתיים, בשנים 1990 עד 1996, היה בשיעור של 1.25 אחוז לשנה בלבד. נתון זה איננו כולל את הגידול שחל בהעסקת רופאים בחוזים אישיים על-ידי קרן המחקרים של בתי-החולים.
- <sup>2</sup> קיימות, אמנם, תכניות לתיאגוד בתי-חולים פסיכיאטריים וגריאטריים השייכים לממשלה. בשל בעיות עקרוניות, שטרם מצאו את פתרונן, בעניין שילוב שירותי בריאות הנפש ושירותי האשפוז הגריאטריים בקופות-החולים, עדיין לא הגיעו תכניות אלו לכלל מימוש משמעותי.
- <sup>3</sup> בבתי-חולים כלליים בבעלות פרטית למטרת רווח רק כ-5 אחוז מתוך 12,753 המיטות של בתי-החולים הכלליים. קבוצת בתי-החולים הפרטיים כוללת גם שני בתי-חולים בבעלות קופת-חולים מכבי. מכיוון שבתי-חולים בבעלות ציבורית אחרת, כגון בתי-החולים של "הדסה" ובית-החולים "שערי צדק" בירושלים, הוקמו ומופעלים כתאגידים (מלכ"רים) הרי שתוכנית התיאגוד איננה רלוונטית להם.
- <sup>4</sup> צריך להוסיף שמתוך 11 בתי-החולים הממשלתיים, שניים (המרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב - בית-החולים איכילוב, ובית-החולים בני ציון בחיפה) הם בתי-חולים עירוניים ממשלתיים. בתי-חולים אחרונים אלו אמנם מתוקצבים על-ידי אוצר המדינה אך עובדיהם אינם עובדי מדינה אלא עובדי העיריות. על עובדי בתי-חולים אלו חלים הסכמי שכר ייחודיים החלים על עובדי עירייה, בנוסף להסכמים החלים על כלל מערכת הבריאות, ושני בתי-חולים אלו אינם יחידות סמך ממשלתיות.
- <sup>5</sup> לתחשיב זה יש להתייחס כאומדן מקורב, שכן הוא מבוסס על השוואת מחיר יום אשפוז המתפרסם בראשית כל שנה תקציבית בספר התקציב לעלות יום אשפוז כפי שהוא מופיע בשנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ויש שוני בהגדרות ובפרקי הזמן המכוסים על-ידי כל אחד מן המקורות הללו.
- <sup>6</sup> ביטוי למצב שתואר לעיל ניתן בפסק דין בבג"צ (מס' 4721/94, מיום 6.3.95) בעתירה של "קר שירותי רפואה בע"מ" נגד סניף קרן המחקרים בשיבא. סעיף מס' 11 בפסק קובע: "...ההסדר שהושג, אף שאינו אידיאלי בהיותו "יצור כלאיים" הממוזג מעשית רשות ממשלתית עם תאגיד פרטי, ראוי שימשיך ויתקיים עד למציאות פתרון כולל וקבוע. ביצוע המלצות ועדת נתניהו דורש זמן התארגנות וזהירות לבל יבולע למערכת כה רגישה וחשובה כמו מערכת הבריאות הממשלתית..." פסק דין זה נתן למעשה מעין לגיטימציה משפטית לפעילות סניפי קרן המחקרים בבתי-החולים הממשלתיים, כאמור עד למציאת פתרון הולם יותר למעמדם התאגידי של בתי-החולים הללו.

## מקורות

- אבידן, ט', (1996) תמחיר במערכת בריאות ציבורית, **רואה החשבון, מ"ה**, 264-260.
- בן נון, ג', ובן אורי, ד' (1995) **מגמות בהוצאה הלאומית לבריאות: 1984-1993**, ירושלים: משרד הבריאות.
- בנק ישראל (1966) **דין וחשבון 1995**, ירושלים: מחלקת המחקר של הבנק.
- דורון, א' (1995) שירותי הרפואה בישראל: מבט על שנות ה-90, בתוך דורון, א' (עורך) **בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות הבריאותית בישראל**, (עמ' 179-203), ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- דורון, א' (1979) שירותי רפואה בישראל - מבט מזווית אחרת, **ביטחון סוציאלי**, 17, 15-26.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (אפריל, 1996), **ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1993 ואומדן מוקדם לשנת 1994, המוסף לירחון הסטטיסטי**, 15-18.
- (1996), **שנתון סטטיסטי לישראל: 1995**, ירושלים.
- ועדת נתניהו (1990) **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, כרך א'**: דעת הרוב, וכרך ב': דעת המיעוט. ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- ישי, י' (1990) **כוחה של מומחיות - ההסתדרות הרפואית בישראל**, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- (1994) **רופאים ומדינה: תיאגוד בתי-החולים בישראל**, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- מודן, ב' (1996) **אפידמיולוגיה (מהדורה שנייה)**, תל אביב: פפירוס.
- מוזס, ב' (1993) **בקרת אשפוזים בבתי-חולים: ויסות מיטות כחלופה למערכת תשלומים פרספקטיבית (DRG)**, תל השומר: מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות בריאות.
- משרד האוצר, (1966) **הצעת תקציב המדינה לשנת התקציב 1997**, ירושלים.
- משרד הבריאות, (1994) **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל**, ירושלים.
- (1995) **רופאים בעלי רשיונות בישראל בשנת 1993**, ירושלים: משרד הבריאות, המחלקה לרישוי רופאים.
- (1996) **תכנית אשפוז לאומית 1996-2000**, ירושלים.

- צ'רניחובסקי, ד' (1996) שילוב שירותים ומוצרים במימון פרטי במערכת בריאות במימון ציבורי: אבני נגף במאמצי הרפורמה במערכת הבריאות הישראלית. **ביטחון סוציאלי** (בדפוס).
- קופ, י' וינבלט, ג' ובלנקט, י. (1994) הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים. בתוך י' קופ (עורך) **הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994** (עמ' 15-52) ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קפלן, א' (1996) **תזכיר לחברי הכנסת על חוק בטוח בריאות ממלכתי ויישומו**, תל אביב: קופת-חולים כללית.
- רוזן, ב' (1996) **משק קופות החולים: 1995 לעומת 1994**. ירושלים: מכון ברוקדייל, נייר עמדה בהכנה.
- שירום, א' (1991) הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית. **ביטחון סוציאלי**, 37, 55-70.
- (1994) **שירותי בריאות מונעים בישראל: תמונת מצב וחלופות** למדיניות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שמואלי, ע', לוי-אפשטיין, נ', שמאי, נ', וסגיב-שיפטר, ת' (1994) **שימוש בשירותי בריאות, ביטוח בריאות, שביעות רצון ומצב בריאות בקרב בני 75-45**, תל השומר: מכון גרטנר, בית החולים שיבא, סדרת דוחות מחקר מס' 1.
- Aas, I.H.M.(1995). Incentives and financing methods. **Health Policy**, 34, 205-220.
- Adar, Z. (1995). The attempt to bring Israeli hospitals into trust status. In J Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp 165-173).Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Allen, R. (1992). Policy implication of hospital competition studies. **Journal of Health Economics**, 11, 347-351.
- Bach, S. (1993) Health care reforms in the French hospital system. **International Journal of Health Planning and Management**, 8, 189-200.
- Chirikos, T. N. (1993). The relationship between health and labor market status. **Annual Review of Public Health**, 14, 293-312.
- Donaldson, C. & Magnusson, J. (1992). DRGs: The road to hospital efficiency. **Health Policy**, 21, 47-64.
- Ham, C. (1994).. Reforming the health services: Learning from the UK experience. **Social Policy & Administration**, 28, 293-298.
- Harrison, M.I. (1995). **Implementation of reform in the hospital sector: Physicians and health system reform in four countries**. Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

- Higgins, W. (1991). Myths of competitive reform. **Health Care Management Review**, **16**, 65-72.
- Higgins, W. (1989). Competitive reform and non-price competition: implications for the hospital industry. **Health Care Management Review**, **14**, 57-66.
- Hunter, D.J. (1993). Hospital trusts in the British National Health Service: The myth and the reality. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 153-165).Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Glaser, W.A. (1993). How expenditure caps and expenditure targets really work. **The Milbank Quarterly** **71**, 97-127.
- Glaser, W.A. (1987). **Paying the hospital**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lloyd, C. & Seifert, R. (1995). Restructuring the NHS: The impact of the 1990 reforms on the management of labour. **Work, Employment & Society**, **9**, 368-378.
- Marmot, M. & Theorell, T. (1991). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. In: J. F. Johnson & G. Johansson, (Eds.) **The psychosocial work environment** (pp. 33-49). Amityville, N.Y.: Baywood Publishing Co.
- Maynard, A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. **Social Science & Medicine**, **39**, 1433-1455.
- Newhouse, J. P. (1981). The erosion of the medical market place. **Advances in Health Economics and Health Services Research**, **2**, 1-34.
- Michaeli, D.(1995). The contracting equation. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 190-192).Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Reinhardt, U.E. (1993/4). Global budgeting in German health care: Insights for Americans. **Domestic Affairs**, **2**, 159-194.
- Saltman, R. (1995). Comments. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 173-181).Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Sanderson, H.F., Storey, A. Morris, D. McNay, R.A., Robson, M.P. & Loeb, J. (1989). Evaluation of diagnosis-related groups in the National Health Service. **Community Medicine**, **11**, 269-278.

## כיווני ההתפתחות בחינוך המיוחד בישראל: פרספקטיבה בינלאומית

מלכה מרגלית

### 1. מבוא וסיכום

חינוך מיוחד מוגדר כהוראה המעוצבת בצורה מיוחדת כדי לענות לצרכים המיוחדים של ילדים עם נכויות (disabilities) וקשיים מתמשכים, תוך הבחנה בין הסוגים השונים של הנכויות (גופניות, נפשיות, חושיות והתפתחותיות) והמשתמע מהן. ההנחה היא כי ילדים אלו, המאובחנים ומוגדרים כ"תלמידי חינוך מיוחד", או "תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים", זקוקים לחומרי הוראה **מיוחדים** ולשיטות **מיוחדות** על מנת שההוראה שלהם תהיה יעילה. ביסוד איתורם ואבחונם מונחת התפיסה, כי ללא התאמה זו בדרכי ההוראה, לא יוכלו התלמידים ללמוד את הכישורים והתכנים הנלמדים על-ידי בני גילם, וליהנות משוויון הזדמנויות בהתפתחותם.

החינוך המיוחד מציג מערכת של אופציות חינוכיות הניתנות לתלמידים עם ליקויים וקשיים, על מנת לסייע להם לבצע את התפקידים החינוכיים הרגילים שמבצעים בני גילם. במסגרת זו קיים מיגוון אפשרויות כגון:

- \* התאמות ושינויים בתוך **סביבת** החינוך הרגיל.
  - \* התאמות ושינויים **בתכנית הלימודים הרגילה**.
  - \* **הוראה** בשיטות חלופיות.
  - \* לימוד **אסטרטגיות** ללמידה יעילה כמענה על צרכים מיוחדים שזוהו ואובחנו.
  - \* שימוש **באמצעים טכנולוגיים** המסייעים בהשגת המטרות החינוכיות.
  - \* שימוש **במערכות שירותים** מחוץ למערכת החינוך (בריאות ורווחה).
- רשימה חלקית זו משקפת את המגמה לפיה החינוך המיוחד משנה את מהותו מ"מקום" (כיתה מיוחדת אליה מופנה התלמיד) ל"מסגרת

שירותים" הניתנים בתוך הכיתה הרגילה. השירותים מבטאים תחומי מומחיות חינוכית/טיפולית, שפותחה בחינוך המיוחד וכוללת שיטות הוראה וטיפול על מנת לסייע לתלמידים בתחומי למידה והסתגלות. שירותים אלו חייבים להינתן תוך שמירה על שותפות מלאה, מתואמת לפרטיה עם מערכת החינוך הרגילה, יחד עם הדגשת תפקידם הייחודי - פעילות לקידום תלמידים עם ליקויים ונכויות.

במרבית ארצות המערב התחוללה בעשרים השנים האחרונות התפתחות מואצת של חקיקה, תכניות, מסגרות חינוך, ודרכי הוראה בתחום החינוך המיוחד. ישראל הצטרפה למגמה זאת ב-1988 כאשר נחקק חוק החינוך המיוחד. בימים אלו, בהם מתבצעת בישראל תכנית ליישום חוק החינוך המיוחד, יש עיסוק מוגבר בארצות שונות בחקיקה, בפיתוח תקנות ועריכת רפורמות בנושא זה. באנגליה, לדוגמה, מתקיימת פעילות אינטנסיבית לביצוע Code of Practice שפורסם ב-1993. בארצות-הברית, הקונגרס אישר מחדש את התיקונים בחקיקה בנושאי חינוך מיוחד בחודש נובמבר 1995. בניו-זילנד פרסם משרד החינוך מסמך כוונות ב-1991, ובעקבותיו ממוקדים המאמצים ביישום רפורמה בחינוך המיוחד.

מטרת העבודה להציג את השינויים המתרחשים בחינוך המיוחד בישראל תוך עיון בפרספקטיבה בינלאומית. נציג נושאים מרכזיים ומושגי מפתח, על בסיס ממצאי מחקרים ודיונים ציבוריים. נבחן את ההתאמה בין מגמות בשינויים המתוכננים הנידונים בפורומים בינלאומיים, חששות וחילוקי דעות, תוך בדיקה ממוקדת של יתרונות וסכנות שניתן לצפותן על יסוד הניסיון, המחקר וההערכה.

\* \* \*

מטרות השינויים בחינוך המיוחד הן לקדם את סיכויי ההתפתחות וההסתגלות של תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. בהצגת המטרות וכיווני ההתפתחות הכלליים בחינוך המיוחד בארצות שונות נמצאו מגמות דומות אלו לאלו. החוקים שנחקקו בישראל, כמו גם בארצות אחרות, נועדו ברובם לאפשר לתלמידים עם ליקויים וקשיים מתמשכים ללמוד עם תלמידים "רגילים" במערכת החינוך הכללית במידה מקסימלית, תוך יצירת שותפות בין החינוך הרגיל והחינוך המיוחד

באחריות לחינוך והוראה של ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. לימוד השוואתי של מגמות ההתפתחות בחינוך המיוחד בישראל, מצביע על סיכויים וסיכונים בחינוך תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים.

**המלצה 1:** ביישום התכנית ראוי לדעתנו לשים לב לניסיון הבינלאומי המצטבר בנושאים אלה על מנת ללמוד ממנו ולהימנע משגיאות בפיתוח דרכי תמיכה לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים.

#### **א. מודלים שונים בשילוב של תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים**

השילוב מתייחס לקשת רחבה של אפשרויות. החל בהשתלבות התלמיד בעל הצרכים המיוחדים במסגרת החינוכית הרגילה באופן מוגבל בהתאם לצרכיו, דרך שילוב חלקי במספר מקצועות לימוד, כשהתלמיד מוצא מהכיתה לקבלת עזרה והוראה מיוחדת מתאימה לצרכיו, וכלה בשילוב מלא בו לומד התלמיד כל שעות היום בכיתה הכללית, והסיוע המיוחד מגיע אליו. המערכת החינוכית הרגילה אחראית לכלל התלמידים בקהילה.

במרבית הארצות מוצג השילוב של תלמידים עם צרכים מיוחדים כפילוסופיה החינוכית המועדפת. ממצאי המחקר המעריך את האפקטיביות של השילוב תוך בדיקה של הישגים בלימודים או הישגים חברתיים אינם חד-משמעיים. המסקנות מבדיקה של תחומים תיאורטיים ויישומיים בשילוב ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים במערכת החינוכית קוראות לפיתוח מיגוון פתרונות לסיוע לתלמידים מתקשים, במקביל למאמץ לפעול בצורה מתוכננת לשילוב רב ככל האפשר במערכת החינוכית הכללית.

**המלצה 2:** המערכת החינוכית הרגילה אחראית לכלל התלמידים בקהילה, וחייבת לפתח תשובות חינוכיות מתאימות לתלמידים עם איפיונים וקשיים מגוונים. שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים היא הגישה המועדפת. מאידך יש להיזהר מראיית השילוב המלא כפתרון יחיד אפשרי.

**המלצה 3:** על מנת להימנע מבידוד הפרט במערכות חינוכיות המשלבות שילוב מלא, יש לתכנן הזדמנויות לילדים עם קשיים דומים להיפגש עם תלמידים בעלי קשיים דומים הן בבית-הספר או בקהילה. מפגשים אלו ישמשו להחלפת מידע, מתן תמיכה ותחושה שאינם יחידים במצבם.

### ב. הגדרת התלמידים עם צרכים מיוחדים

תנאי מוקדם לכל תכנית לטיפול וסיוע הוא הגדרה ואבחון של הילדים הזקוקים לעזרה. הגישה הקלסית ממיינת את הילדים לפי הקטגוריות הקליניות של קשייהם (ליקויי למידה, הפרעות התנהגות, אוטיסטיס וכיוב'). הגישה הלא-קטגוריאלית מבקרת את תקפות האבחון לקטגוריות והרלוונטיות שלהם לתהליך החינוכי. גישה זאת מציעה אבחון ממוקד בתהליכי הלמידה ובקשיים ייחודיים. בישראל, רווחת הגישה הקטגוריאלית כמפתח לתכנון והקצאה של סל השירותים. גישה זאת מוצאת את ביטויה בתכנית האב ליישום חוק החינוך המיוחד (1994).

**המלצה 4:** בעקבות ממצאי המחקרים ראוי לנסות לשלב את שתי הגישות. ניתן להתרשם כי האבחון החינוכי צריך להשתנות מאבחון הממין תלמידים, לאבחון התומך ומשפר תהליכי למידה.

### ג. שותפות - שינוי בעמדות ולימוד הליכים לשיתוף פעולה

על מנת להבטיח את הצלחת השילוב, יש לפעול ליצירת שותפות תוך בית-ספרית (בין המורה הכללי והמורה המיוחד בתוך בית-הספר), ובין מערכתית (בין בית-הספר לבין המשפחה והקהילה).

**המלצה 5:** קידום שיתוף מערכתיות ובין-מערכתיות מחייב פיתוח תכניות לשינויים דו-ממדיים: שינוי בעמדות ולימוד דרכים לשיתוף פעולה. יש מקום לאימוץ אסטרטגיות כגון הוראת עמיתים (מורה בחינוך הרגיל בשיתוף עם מורה בחינוך המיוחד).

יש לזכור כי תפקיד המשפחות בחינוך ילדיהן, והשותפות שלהן בקבלת החלטות המתייחסות לתהליך החינוכי/טיפולי של ילדיהן, מודגשים בחוק החינוך המיוחד, ובתכנית האב ליישומה. חשיבות מיוחדת נודעת להכנת ההורים לשותפות משמעותית. יש בכך בראש ובראשונה ביטוי להכרה גוברת בחשיבות המערכת המשפחתית כשותפה בהחלטות, בבחירה ובאחריות על החינוך והלמידה של ילדיה. יש לכך גם חשיבות מיוחדת על רקע קיומם של תהליכי עימות חריפים, ו/או פנייה מרובה לערכאות משפטיות, במקומות בהם לא הושקע מאמץ מתוכנן ליצירת שותפות בין ההורים והמערכת החינוכית, ופרוצדורות לבירור אי-הסכמות ואי-הבנות.

**המלצה 6:** בחירת בית-הספר על-ידי ההורים, ומעורבות המשפחה בתהליכים החינוכיים משפיעים במידה רבה על אפקטיביות השילוב.

**ד. ביזור משאבים, בקרת תוצאות ושמירה על מרכזי מומחיות**

בישראל, בדומה לארצות שונות, בולטת המגמה להעברת השליטה על משאבים מהמרכז ליישובים ו/או לבתי-הספר בהם מתנהל החינוך והטיפול. מגמת השילוב מחייבת חלוקת המשאבים וכפועל יוצא את פיצולם. קיימת אפשרות שמשאבים יוענקו לבתי-ספר על מנת לחזק את כוחה של המערכת הרגילה לטפל בילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים (כבאנגליה) או בהתאם לשיעור התלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים המזוהים (כבארצות-הברית). ביזור השליטה על המשאבים לווה בארצות השונות בהעברת האחריות על הישגי הילדים לבתי-הספר הרגילים, ויצירת מערכת בקרה המדגישה קריטריונים לאומיים להישג. בישראל מתוכנן ביזור משאבים למרכזים יישוביים (מתי"א), תוך חיזוק המערכת החינוכית הרגילה ותגמולה על לקיחת האחריות לחינוכו של התלמיד עם הצרכים החינוכיים המיוחדים. התכנית ליישום חוק החינוך המיוחד מתייחסת גם לאפיוני הצרכים המיוחדים של התלמידים, על-ידי קביעת סל שירותים דיפרנציאלי. מאידך מערכת בקרה להישגים לא מפורטת בה.

**המלצה 7:** עם התפתחות המגמה לביזור שירותים, יש צורך בתגבור של תהליכי בקרה על מנת להבטיח את איכות השימוש במשאבים עבור התלמידים עם הצרכים החינוכיים המיוחדים.

מערכת החינוך המיוחד מציעה למורה הכללי סיוע של מומחים בדרכי טיפול בילדים עם צרכים מיוחדים. הפיצול הכרוך בשילוב, והביזור בסמכויות עלולים לפגוע ביכולתם של המורים המיוחדים לשמור על מומחיותם, ויש לפעול לקיום השתלמויות לביזור ייחודם המקצועי. מתוך הכרה כי בעקבות השילוב עתידים בתי-ספר מיוחדים רבים להיסגר בהדרגה, הוחל במספר ארצות בשינוי ייעודם למרכזי מומחיות אזוריים ועל-אזוריים בהם תתבצע הדרכה כללית בהגדרת חריגויות, ייעוץ במקרים קשים, והשתלמויות, וירכזו משאבים כגון: תכניות לימודים, יישומי טכנולוגיה ועזרים שונים והשתלמויות.

**המלצה 8:** יש צורך לתכנן את ביזור וקידום המומחיות המקצועית של מורי החינוך המיוחד. יש לשקול שינוי בדרך הפעולה של בתי-הספר המיוחדים והמורים המיוחדים והפיכתם למרכזי מומחיות, במשולב עם תכנון השינויים הצפויים בהם, לפיתוח דרכי תמיכה במערכת החינוכית הכללית.

### ה. הכשרת מורים, השתלמות ומחקר

השינויים הצפויים בתכניות החינוך המיוחד מחייבים פיתוח תכניות לימודים ועזרי הוראה, עריכת השתלמויות לכל הגורמים המשתתפים בתהליך, ניסויים של פרויקטים חדשניים בצורה מבוקרת, ומחקר. **המלצה 9:** יישום השילוב בישראל, יחייב תכנון מערכת פעילויות רחבה לשינוי עמדותיהם של המורים.

בארצות השונות ניתן לאקדמיה תפקיד מיוחד בתקופה של התרחשות השינויים בחינוך המיוחד. שותפותם של המומחים התבטאה בהמשגה, ייעוץ ותכנון, במחקר, בפיתוח ובהערכה בשלבים השונים של הרפורמה בארצות השונות. שינוי בתפקיד המורה (הרגיל והמיוחד) מחייב בדיקה מקיפה של גישות ודרכים בהשתלמות מורים על מנת לשלב את ההמשגה המשתנה בתפיסות משתנות של תהליכי למידה תוך שילוב בטכנולוגיות חדשות המיושמות בכיתה. פרויקטים חדשניים נוסו בצורה מבוקרת, ונבדקו גישות מגוונות להכשרת מורים והורים. בישראל, בתכנית האב, יש התייחסות לצורך בהשתלמויות עבור גורמים שונים. אין בתכנית זאת התייחסות לגיוס חוקרים ממוסדות להשכלה גבוהה כדי שיהיו שותפים מלאים בתכנון ומחקר כפי שמקובל במרבית ארצות המערב, ובתחומי מקצוע אחרים (כגון מרכזים להוראת המדעים).

**המלצה 10:** ראוי כי בדומה לנעשה בארצות המערב האחרות, תלווה תכנית האב ליישום חוק החינוך המיוחד בישראל בייעוץ אקדמאי, ובמעורבות פעילה ושותפות של האקדמיה בתהליך, בתכנון, בביצוע פרויקטים חדשניים ובמחקר.

## 2. סוגיות מרכזיות בתכנון החינוך המיוחד

### א. ההתפתחות בעבר

עד קום המדינה פעלו בישראל מוסדות החינוך המיוחד מתוך רגש אחריות סוציאלית ועל בסיס התנדבות. בשנת 1934 הוקמה בתל-אביב התחנה הפסיכולוגית הראשונה שאיפשרה אבחנה שיטתית של ליקויים נפשיים אצל ילדים. לפני כחמישים שנה נפתחו בישראל בתי-הספר הראשונים לחינוך מיוחד (בתי-ספר כאלה נפתחו בארצות המערב כבר בסוף המאה ה-19), ובשנת 1950 נפתח המדור לחינוך מיוחד במשרד החינוך והתרבות והחלו להתפתח מסגרות שונות של חינוך מיוחד.

ב-1950 למדו בחינוך המיוחד 1,535 תלמידים, ב-1960 מדובר ב-10,746 תלמידים, ב-1970 למדו 25,000 תלמידים וב-1980 60,000 תלמידים. מאז ועד לשנת 1990 כמעט ולא השתנה מספר תלמידי החינוך המיוחד והוא עמד באותה השנה על כ-62,000 תלמידים. בבדיקה שנערכה ב-1994 לקראת הכנת התכנית ליישום חוק חינוך מיוחד נמצא כי כ-6 אחוז מהתלמידים במערכות הקדם יסודי והיסודי מקבלים תמיכה במסגרות מיוחדות: 3.4 אחוז מתוכם במסגרות של החינוך המיוחד. מספר התלמידים המופנים למסגרות מיוחדים קטן משנה לשנה עם התחזקות מגמת השילוב.

במהלך חמישים השנים האחרונות השתנה לא רק מספר התלמידים בחינוך המיוחד כי אם גם הרכב המסגרות בתוכו. בתחילה הוקמו בתי-ספר מיוחדים לתלמידים עם פיגור שכלי ולתלמידים עם פגיעות חושיות (עיוורים וחרשים) ונכויות מוטוריות (ילדים עם שיתוק ילדים ועם שיתוק מוחין). בהדרגה התפתחו מסגרות חינוך מיוחדות (כיתות מקדמות) בתוך בתי-הספר הרגילים. ב-1990, 27.5 אחוז מילדי החינוך המיוחד למדו בכיתות טיפוליות בבתי-ספר רגילים: הילדים בכיתות אלה לומדים את רוב השעות בכיתה הרגילה, והם מוצאים מהכיתה הרגילה לקבלת שיעורי תיגבור. 27.5 אחוז נוספים למדו בכיתות מיוחדות (מקדמות) בבתי-ספר רגילים, ו-20 אחוז מהילדים למדו בבתי-ספר נפרדים של החינוך המיוחד. 7 אחוז למדו במסגרות על-יסודיות של החינוך המיוחד, 9 אחוז השתייכו לגני-ילדים, כשהם מטופלים על-ידי גננות שיי"ח (שילוב ילד חריג) והשאר במסגרות שונות במגזר המיעוטים ובמגזר החרדי.

מסגרות החינוך המיוחד הוקמו בתחילה מכוח חוק חינוך לימוד חובה, לפיו כל ילד בטווח הגילאים 5-15 שנים חייב ללמוד. חוק החינוך המיוחד שאושר בכנסת בשנת 1988 הסדיר מתן הוראה, לימוד וטיפול שיטתיים לילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים לפי צורכיהם. החוק הגדיר "ילד חריג" כ"אדם בגיל 3-21 שמחמת התפתחות לקויה של כושרו הגופני, השכלי, הנפשי או ההתנהגותי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת, והוא נזקק לחינוך מיוחד". לפי החוק "מטרת החינוך המיוחד היא לקדם את כישוריו ויכולתו של הילד החריג, לתקן ולשפר את תפקודו הגופני, השכלי, הנפשי וההתנהגותי; להקנות לו ידע, מיומנות והרגלים ולסגל לו התנהגות מקובלת בחברה במטרה להקל על שילובו בה ובמעגל העבודה".

### ב. תכנית האב ליישום חוק החינוך המיוחד

בימים אלו מבצע משרד החינוך את תכנית האב ליישום חוק החינוך המיוחד. הנחות העבודה של עורכי התכנית באשר להיקף האוכלוסייה הנוקקת היו כי 11 אחוז מאוכלוסיית התלמידים מוגדר בצורה זאת או אחרת כנוקק לשירותי החינוך המיוחד. מכאן שרק קצת יותר ממחצית האוכלוסייה הנוקקת מקבל את השירותים בפועל. ההנחה מבוססת על "סקר שכיחות של מוגבלויות בקרב ילדים בגיל שבע - מדגם ארצי", שנערך על-ידי הגוינט ב-1989. בסקר נמצא ש-17.5 אחוז מהתלמידים סובלים מבעיה תפקודית אחת לפחות: מוגבלות מוטורית, מוגבלות סנסורית, ליקויי שפה ודיבור, מוגבלות שכלית, מוגבלות התנהגותית, או מוגבלות לימודית. החוקרים סבורים שכ-15 אחוז מהתלמידים נזקקים לחינוך מסייע בגלל מוגבלותם ונתונים אלה דומים לנתונים שנמצאו בארצות אחרות בקבוצת גיל זאת. ההבדלים בין הארצות מוסברים בעיקר על-ידי הבדלים בשיטות המחקר ובהגדרת מצבי המוגבלות. כמו כן ניתן להניח ששיעורי המוגבלות עולים עם הגיל, מגיעים לשיאם בגילאי 10-14, והם גבוהים יותר בשכבות סוציו-כלכליות נמוכות.

מטרות החינוך המיוחד הן לאפשר לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים ללמוד ולהתפתח בדומה ככל האפשר לבני גילם האחרים. התכנית מבוססת על מספר עקרונות מערכתיים-מסגרתיים המשקפים אידיאולוגיות ותהליכים כלליים בחינוך ושיקום:

"א. קביעת סלי שירותים דיפרנציאליים לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים, המותאמים לצרכים האינדיבידואליים של כל תלמיד, בהתחשב בגילו, סוג הליקוי וחומרתו.

ב. יישום מדיניות שילוב הילד עם הצרכים החינוכיים המיוחדים במסגרות החינוך הרגיל, שמשמעותה מתן דגש על טיפול בילד במסגרת הכיתה הרגילה וצמצום הפניית תלמידים ברי שילוב אל ועדות ההשמה.

ג. יצירת תנאים לגמישות אירגונית ותפעולית במתן השירותים, כדי שניתן יהיה לתת מענה דיפרנציאלי הולם לכל ילד ולאוכלוסיות קטנות שמספרן ופיזורן הינם אקראיים במרחב ובזמן."

התכנית מאפשרת גם הרחבה של שירותי החינוך המיוחד לילדים בטווח גילאים רחב יותר (גילאי 3-21), הרחבה של משך הלימודים (יום לימודים ארוך, ולימודים בחופשות), הרחבה במיגוון הטיפולים והשירותים (טיפולים פרה-רפואיים) וביזור בחלוקת המשאבים.

### ג. מודלים ומושגים בשילוב

החריגות ברמותיה השונות מייצגת את אחד האפיונים של השונות האנושית. השאיפה המעוגנת בחקיקה לשוויון הזדמנויות, מכירה בזכותו של כל ילד לחינוך והוראה, ומחייבת פיתוח דרכים מגוונות של התאמה ותמיכה לילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. יש לזכור, כי זכות בסיסית זו וההכרה כי כל ילד הוא בר-חינוך לא היתה מקובלת לפני כעשרים שנה. על מנת לקדם שאיפה זו, פותחה בישראל, כבאמצעות רבות אחרות, המגמה לאפשר לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים ללמוד עם תלמידים רגילים במערכת החינוך הכללי במידה מקסימלית. יש דגש על יצירת שותפות בין החינוך הרגיל והמיוחד באמצעות מודלים של שילוב, ובמטרה לסייע לחינוך הכללי במומחיות שפותחה בחינוך המיוחד.

המושג "הסביבה החינוכית הפחות מגבילה" - (Least Restrictive Environment) הוצג במרבית החוקים בארצות שונות על מנת לתאר את מחויבות החברה להשאיר ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים במערכות חינוך כלליות, ככל שהדבר מתאים להתפתחותם. זהו מושג משפטי, ובו מוצג העיקרון לפיו התלמיד עם הליקויים (disabilities) חייב ללמוד במסגרת חינוכית כללית ככל האפשר, עם תמיכה בהתאם לצרכים. במידה ויופנה התלמיד לקבל שירותי חינוך במסגרת מיוחדת, ייעשה מאמץ להשאירו בסביבה הפחות מגבילה (נבדלת ומסייגת). בארצות שונות ובתקופות שונות התפתחו מושגים ספציפיים שונים כגון שילוב (Mainstreaming), הכללה (Inclusion) ואינטגרציה (Integration).

#### 1) שילוב

מושג השילוב מתייחס להשמה של תלמידים עם ליקויים בכיתות חינוך רגיל, עם תמיכה מתאימה. הוצאתו של התלמיד מהחינוך הרגיל לא נשללת לפי עקרון זה, אך היא תיעשה רק לאחר בדיקה של פתרונות אחרים - במסגרת החינוך הרגיל - ושילתם. אם, למרות המדיניות הכללית לשילוב ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים במסגרות החינוך הרגיל, מחייבת התפתחותם העברה למערכות חינוכיות חלופיות, מוטלת על המדינה האחריות החוקית לספק את החלופות העומדות בעקרון "הסביבה החינוכית הפחות מגבילה" ולהציב את הילדים בהן. כלומר מערכת החינוך חייבת ליצור רצף מגוון של אלטרנטיבות ללמידה, כדי לקיים את עקרון השילוב. כמו כן, מדגישות התקנות, כי יש ליזום פיתוחן של פרוצדורות המבטיחות כי תלמידים עם ליקויים ילמדו ככל האפשר

יחד עם תלמידים ללא ליקויים. ילדים יופנו לכתות מיוחדות או לבתי-ספר נפרדים רק באותם מקרים בהם חומרת הבעיות מונעת את השארתם בכיתה הרגילה, גם לאחר מתן תמיכה מתאימה.

## **(2) אינטגרציה**

עקרון האינטגרציה הוא מונח מרכזי בחינוך ב-25 השנים האחרונות, המבטא את התפיסה כי בתי-ספר חייבים לאפשר לאוכלוסיות תלמידים שונות ומגוונות ללמוד תחת קורת גג ארגונית אחת (ורצוי גם בכיתה אחת). בארצות שונות היה עיקרון זה קשור לגישות חינוכיות חברתיות כלליות (כגון התנועה נגד מוסדות נפרדים באיטליה, נורמליזציה של מפגרים בסקנדינביה וכיו"ב). בסקר שנערך על-ידי אונסקו ב-1988 נמצא כי 3/4 מהארצות הצהירו על מדיניות חינוכית התומכת בשילוב. סקר חוזר הצביע על גידול בשיעור הארצות התומכות בשילוב כמדיניות מועדפת. בארצות שונות ניתנו הגדרות שונות ששיקפו הבדלים בתפיסת המושג ופירושו. יש להדגיש כי גם בארצות, שבהן עד לאחרונה היה עיקר החינוך המיוחד במסגרות נבדלות, כגון הולנד, גרמניה וסין, נעשו בשלוש השנים האחרונות מאמצים לשילוב ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים בחינוך הרגיל במסגרת פרויקטים, תוך ביטוי מדיניות ממשלתית ו/או לחץ ציבורי. גם בפינלנד מתפשטת לאחרונה מגמה לשילוב צעירים שעד עתה היו מופנים ל"בתי-ספר מתקנים מיוחדים" בגלל צווי בית-משפט. ניתן לסכם כי הוויכוח כיום אינו, האם יש לשאוף לשילוב ילדים עם ליקויים וקשיים בחינוך הרגיל, אלא כיצד ליישם את השילוב בדרך אופטימלית, תוך התייחסות לשוני התרבותי בין הארצות השונות, לתכניות לימודים, לארגון הבית-ספרי מערכתי ולהקצאת משאבים.

## **(3) הכללה**

בה בשעה שבאנגליה שכיח השימוש במושג אינטגרציה, בארצות-הברית נפוץ מושג ההכללה (Inclusion) כשהוא מוגדר ביתר הקצנה. לפי המינוח האמריקאי ראוי לכלול את מרבית תלמידי החינוך המיוחד בכיתות הרגילות, ולהביא את שירותי התמיכה אל הילדים, במקום להביא את הילדים אל שירותי התמיכה. מינוח זה מייצג שוני מושגי, לפיו מערכת החינוך המיוחד שנתפסה בעבר כמסגרת מקבילה, הופכת להיות מסגרת תמיכה המשולבת ברגילה.

בעקרון זה יש ביטוי להתנגדות לגישה הקיימת מזה כ-25 שנים, הגורסת הוצאת הילד עם הצרכים המיוחדים (Pull-out programs)

מהכיתה הרגילה, בחלק או בכל זמן הלימוד, למסגרות שונות ברמת נבדלותן מהחינוך הרגיל, כגון הכיתה הנבדלת, כיתת שילוב, כיתה טיפולית וכיו"ב. גישה זאת התבססה על ההנחה שהילדים זקוקים לתמיכה של אנשי מקצוע על מנת להגיע להישגים לימודיים, ושאינן אפשרות לתת תמיכה זאת בתוך החינוך הרגיל.

על פי הגישה הדוגלת בהכללה, מורים של חינוך מיוחד פועלים יחד עם מורים של חינוך רגיל **בתוך** הכיתות הרגילות. המושג Full inclusion מביא את התפיסה להקצנה בטענה ש**כל** הילדים בעלי ליקויים חייבים להיות בחינוך הרגיל. המסקנה הישירה של חלק ממתכנני השירותים לתלמידים הנוזקים לחינוך מיוחד, על פי גישה זאת, היא ביטול רצף המסגרות המיוחדות, והכללת כל התלמידים בחינוך הרגיל. ראוי לציין כי ההתנגדות של אנשי חינוך רבים, הן מתחומי החינוך הרגיל והן מתחומי החינוך המיוחד למגמה זאת, אינה לעצם עקרון ההכללה, אלא לגישה הקיצונית המחייבת את ביצוע התהליך עבור כל הילדים עם הליקויים. על הקשיים שביישום גישה זאת אפשר ללמוד ממחקר המצביע על כך שילדים עם ליקויים חמורים לא שולבו במקרים רבים באופן מלא, כי המערכת הרגילה לא היתה ערוכה לקבלתם. ההצעה האלטרנטיבית היא שתיעשה בחינה של צורכי ילדים, תוך התייחסות דינמית לממדי זמן (מספר שעות טיפול/ים מיוחד/ים) ומיקום (מידת הנבדלות של מסגרת התמיכה).

סקר של פסיקות משפטיות בארצות-הברית מצביע על שינוי בולט בעמדת בתי-המשפט בנושא החינוך המיוחד בעשר השנים האחרונות. במשך שנים רבות התלבט בית-המשפט בין העדפת שילוב מלא ככל האפשר, לבין העדפת הקפדה על איכות שירותי טיפול וחינוך, בהתאם להמלצת מומחים, תוך התפשרות על נבדלות מיקומם. בתחילת שנות השמונים העדיפו השופטים לשמור על איכות החינוך המיוחד על פני השילוב במערכת הרגילה, ונטו לקבל את המלצות המומחים כי עדיף להוציא ילדים ממסגרתם הרגילה על מנת להבטיח שיקבלו את הטיפולים הדרושים להתפתחותם. בשנות התשעים יש ביטוי ברור לשינוי בגישה בפסיקת בתי-המשפט בארצות-הברית. בית-המשפט ביטא הכרה בחשיבות השילוב, ורתיעה מוויתור על שיבוץ במערכות חינוכיות כלליות, על מנת לקבל איכויות חינוכיות משופרות. כמו כן פסק בית-המשפט על שילובם של תלמידים עם ליקויים קשים בחינוך הכללי. מדיניות השילוב המלא היא המדיניות המועדפת היום בארצות-הברית, ובית-המשפט

מבטא בצורה עקבית את הצורך לשקול יתרונות חברתיים בצד היתרונות הלימודיים. העובדה שתלמידים עם ליקויים קשים יתקשו לעמוד בקצב הלימודים של החינוך הרגיל ויזדקקו לתכנית מיוחדת, כלל אינה נתפסת כסיבה להשמה נבדלת.

למרות האמור לעיל ראוי לציין שבתי-המשפט לא דרשו שילוב בכל מחיר. הם קבעו שאם התלמיד ממשיך להפריע ומשפיע בצורה שלילית על חינוכם של הילדים האחרים, גם לאחר שניתנת לו עזרה ותמיכה, הוצאתו מהמערכת הרגילה מוצדקת, גם אם הדבר עומד בניגוד למדיניות המועדפת של שילוב.

בית-המשפט בארצות-הברית לא התעלם גם מהצורך של חלק מהאוכלוסייה לבתי-ספר נפרדים לחינוך מיוחד. הדבר בא לידי ביטוי בשנתיים האחרונות, כאשר עם צמצום מספר ההפניות למערכות חינוכיות ציבוריות נבדלות, וסגירה של בתי-ספר ציבוריים לחינוך מיוחד, היו הורים שדרשו שיינתן לילדיהם ללמוד במערכות חינוך מיוחד נבדלות פרטיות. בתי-משפט נעתרו לבקשות הורים אלה וחייבו את המדינה לשלם עבורם את שכר הלימוד הנדרש בבתי-ספר אלו.

#### **ד. שילוב במערכת הרגילה - יתרונות וחסרונות**

##### **1) הישגים לימודיים**

התומכים בשילוב טוענים כי הוצאת ילדים עם ליקויים לכיתה מיוחדת לא שיפרה את הישגיהם והם ילמדו במידה הטובה ביותר בכיתה הרגילה. המסתייגים משילוב טוענים כי המחקר בחינוך המיוחד מוכיח שילדים שונים לומדים ברמות יעילות שונות בסביבות שונות, ואין סביבה לימודית אחת שניתן לראותה כאופטימלית לכל הילדים. יש ילדים שלמידתם היא במיטבה בקבוצות קטנות, אחרים זקוקים לתנאי למידה ועזרי למידה מיוחדים, ויש ערך מיוחד להתאמה יחידנית של תכניות הלימודים ללומד. מספר סקירות מחקריות הצביעו על מגמות המשקפות תוצאות שונות בקבוצות עם הצרכים המיוחדים: נמצא, למשל, כי ההשמה בחינוך מיוחד היתה בעלת אפקט רב יותר בשיפור הישגים לימודיים של תלמידים עם ליקויי למידה ו/או הפרעות רגשיות והתנהגותיות. עבור תלמידים עם פיגור שכלי לא היה להשמה זו אפקט משמעותי על הישגי התלמידים, בהשוואה להישגיהם בחינוך הרגיל. השוואת תלמידים עם ליקויי למידה, שלמדו תחילה בחינוך רגיל ועברו לחינוך מיוחד, עם תלמידים שלמדו תחילה בחינוך מיוחד והועברו לחינוך רגיל, הראתה כי לקבוצה שנבדקה

בחינוך המיוחד היתה התקדמות צנועה אך שיטתית בהישגים. אך אצל התלמידים שנשארו ללמוד בחינוך הרגיל, לא נמצאה כל התקדמות במדידות החוזרות.

לסיכום, המחקר מצביע על היעדר ממצאים שיטתיים לגבי הישגים לימודיים של תלמידים עם ליקויים במסגרות שילוב שונות. אפשר אולי להסביר את העובדה, שהסקרים השונים דיווחו על תוצאות שונות עבור קבוצות שונות, בכך שייתכן כי תלמידים שלא שולבו בחינוך הרגיל, היו שונים מלכתחילה ביכולת התפקוד שלהם מהתלמידים ששולבו או הושארו במערכות חינוכיות רגילות. כמו כן יש לזכור כי המחקרים משווים בין שתי גישות המובחנות בצורה חדה - מסגרות שילוב לעומת מסגרות נבדלות. במציאות יש מיגוון של דרגות שילוב ונבדלות המתאימים לתנאים שונים וצרכים חינוכיים במקומות שונים. לכן היעדר תשובות חד-משמעיות משקף את השונות והגיוון בתנאי המציאות.

## **(2) שילוב חברתי**

התומכים בשילוב מדגישים את החשיבות החברתית הנודעת להשארותם של הילדים עם הליקויים בין בני גילם. לדעתם מטרה זו יותר חשובה מאשר קידום בלימודים. לפי גישה זו, היתרונות המרכזיים של השהות ביחד הם בכך שהילדים ללא הליקויים מהווים מודל חיקוי, ומאפשרים את הרחבת טווח ההתנסות והמגעים החברתיים של הילדים עם הליקויים. השילוב החברתי יוצר תנאים של שוויון בהזדמנויות החברתיות, המאפשרים גדילה והתפתחות של שתי הקבוצות. המחקר הצביע על כך שילדים עם פיגור שכלי נהנים ומפיקים תועלת חברתית ממגע עם ילדים בחינוך הכללי.

המתנגדים לשילוב מטילים ספק בעצם היתרונות החברתיים הנובעים מהשהות ביחד. לטענתם מחקרים שבדקו את הסטטוס החברתי, הצביעו על כך שלעתים קרובות, ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים נדחים מבחינה חברתית, מקיימים פחות אינטראקציות חברתיות עם התלמידים הרגילים, וחשים בודדים ומנותקים. מחקר שבדק את הקבלה החברתית של ילדים עם ליקויים, והשווה בינם לבין ילדים ללא ליקויים, מצא כי הילדים עם הליקויים, בין אם הופנו לחינוך מיוחד, ובין אם לא הופנו אך יכלו להיות מופנים לחינוך מיוחד, היו פחות מקובלים על חבריהם. כלומר עצם השילוב (ההישארות באותה כיתה) לא שינה בצורה משמעותית את הסטטוס החברתי של התלמידים. התוצאות השונות של המחקרים נובעות לא רק ממדידה של מערכות חינוכיות שונות וסוגי ליקויים שונים,

אלא גם משימוש במדדים שונים. יש לזכור כי הביטוי תועלת או יתרון מתייחס למיגוון איכויות, ושונות במטרות המדידה עשויה לתת תוצאות מנוגדות.

השילוב המלא עלול אף להחריף את שאלת הזהות העצמית של תלמידים עם ליקויים, ובעיקר אצל תלמידים בעלי ליקויים המופיעים בשכיחות נמוכה. במסגרת הכיתות המיוחדות, לעומת זאת, נפגשים עם תלמידים שיש להם קשיים דומים. מפגש זה מאפשר להם לחוש שאינם יחידים בקשייהם, ולפתח זהות עצמית חיובית. שילוב ילדים עם לקויות בפרופורציות נמוכות כגון עיוורון או שיתוק מוחין עלול למנוע מהם להכיר ולהיפגש עם ילדים שיש להם קשיים דומים. יש לזכור כי בתחומים שונים הוכרה החשיבות של מפגש קבוצות לעזרה עצמית או עניין משותף. על מנת להימנע מבידוד במערכות חינוכיות המשלבות שילוב מלא, יש לתכנן הזדמנויות לילדים עם קשיים דומים להיפגש הן בבית-הספר או בקהילה. מפגשים אלו ישמשו להחלפת מידע, מתן תמיכה ותחושה שאינם יחידים במצבם.

### **3) יתרון הטיפול הניתן בתוך המסגרת הרגילה**

(מסגרת כוללנית בה הטיפול מגיע אל הילד, ולא הילד מוצא אל הטיפול).

נושא זה נבדק במחקרים שונים. מחקר שבדק ילדי גן, לדוגמא, מצא כי הטיפול הניתן בחדר הכיתה הרגיל בנוכחות ילדים אחרים, היה מותאם להתנהגויות בגן, ונמצא אפקטיבי, ולפיכך הוא תרם יותר להכללה והתמדה של הכישורים הנלמדים. בתכנית המתוארת ייעץ המומחה לחינוך מיוחד לגננת, וסייע להעלאת הרמה הכללית בעבודה בגן. המתנגדים למתן הטיפול בתוך המסגרת הרגילה מעלים שורה של טענות:

א. במקרים מסוימים יש יתרון ברור לטיפול המתבצע במסגרת הרגילה, אך יש גם מקרים ומצבים בהם החינוך האופטימלי לילד עם הצרכים המיוחדים מחייב סביבה חינוכית השונה בתנאיה מהכיתה הרגילה. לדוגמא, תלמידים עם הפרעות התנהגות קשות זקוקים לסביבה שיש בה הפחתה משמעותית של גירויים, ורמת בקרה התנהגותית מוגברת. התאמת הכיתה הרגילה לדרישות אלו תפגע בילדים הרגילים, והשארת הילד עם הפרעות ההתנהגות בכיתה הרגילה תפגע בסיכויי ההתפתחות והלמידה שלו.

ב. השילוב מעורר את השאלה, האם יוכל הילד עם הצרכים המיוחדים לקבל, במסגרת בית-הספר הרגיל, את אותה רמת מומחיות מקצועית, ואותה דרגה של אינטנסיביות שהוא יכול לקבל במסגרות נפרדות המטפלות רק בתלמידים הדומים לו בליקוייהם וקשייהם.

ג. השילוב מעורר שאלה, לא פחות חשובה, מה מרגיש הילד עם הצרכים המיוחדים כשהוא מקבל טיפול שונה מתלמידים אחרים בכיתתו. המחקר הצביע על כך, שחלק מהתלמידים המשולבים בכיתות רגילות מעדיפים לקבל סיוע מחוץ לכיתה הרגילה, בכיתה מיוחדת ועל-ידי מורים מהחינוך המיוחד.

#### 4) פגיעה בזכויות אזרחיות

הוצאת ילדים מהכיתות הרגילות היא פגיעה בזכויותיהם האזרחיות ובשוויון חברתי, כי היא מבודדת אותם מבני גילם. אולם יש להיות ערים לעובדה שטענה כזאת יכולה להישמע גם לגבי תכניות מיוחדות בתחומי עניין אחרים, כגון תכניות לילדים מחוננים - האם גם במקרה זה הוצאת הילדים מהכיתה הרגילה היא פגיעה בזכויות האזרחיות שלהם?

נראה כי נושא השילוב הוא בעיקרו שאלה פילוסופית מוסרית. בהיעדר ממצאים מחקרניים חד-משמעיים, יש מקום לבחינת התאמה של פתרונות ספציפיים ומגוונים לצרכים ייחודיים, תוך התייחסות למשתנים קריטיים כגון תכנית הלימודים, וסגנון השותפות בין אנשי החינוך הרגיל והמיוחד.

### 3. יישום מדיניות השילוב בישראל

- המגמות המרכזיות בשינויים בישראל מתייחסות לנושאים הבאים:
- שילוב ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים בסביבה חינוכית פחות מגבילה.
  - מיגוון מסגרות של חינוך מיוחד לענות לצורכי ילדים ובחירה הורית.
  - שינוי תפקיד המורה בחינוך הרגיל והמיוחד - שיתוף פעולה ומרכזי מומחיות.
  - דרכי הגדרה של התלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים והשלכות אופרטיביות.
  - ביזור משאבים ואחריות המערכת החינוכית.
  - יחסי-גומלין בין המשפחה והמערכת החינוכית.
  - הכשרת מורים, השתלמויות, מחקר, והערכה.

ביישום התכנית ראוי לדעתנו לשים לב לניסיון הבינלאומי המצטבר בנושאים אלה על מנת ללמוד ממנו ולהימנע משגיאות מיותרות.

#### **א. הכשרה והשתלמויות**

יש צורך במערכת הכשרה והשתלמויות מקיפה ואינטגרטיבית למורים בחינוך הרגיל (הן במסגרת השתלמויות למורים ותיקים, והן כחלק בלתי נפרד מתכניות הכשרה לפרחי הוראה), על מנת לסייע להם ליצור סביבה חינוכית מקבלת שונות, מקדמת ואף מעודדת שילוב. כמו כן יש לפעול לשינוי עמדות ולביסוס הידע של המורים בתחומי הליקויים והקשיים של ילדים, ודרכי התייחסות אליהם. השילוב מחייב, לרוב, שינוי בתהליכי למידה בכיתה - כגון מעבר ללמידה שיתופית בקבוצות (Cooperative Learning), שימוש בטכנולוגיות התומכות בלמידה יחידנית ומודעות לשונות חינוכית המתבטאת בשינוי עמדות של מורים והורים, ולימוד טכניקות שונות.

לעמדות של מורים בחינוך הרגיל, ולעמדות של ההורים והילדים בשאלת השילוב יש השלכה ברורה על הצלחתו. גם כאשר באופן כללי עמדות המורים כלפי השילוב שליליות, ניתן להפעיל תכניות התערבות בעלות פוטנציאל לשינוי עמדות.

#### **ב. דרגת השילוב**

התכנית ליישום חוק החינוך המיוחד מדגישה את חשיבות הסביבה הפחות מגבילה עבור הילד עם הצרכים החינוכיים המיוחדים, אך בתכנון מערכות רב-שנתי יש להיזהר מהנטייה להקצנה וחיפוש אחר פתרון אחד כוללני. רק בשמירה על רצף אפשרויות ומסגרות חינוכיות ניתן יהיה לסייע לילדים בצורה המתאימה לצורכיהם ומבטיחה התפתחותם. יש להדגיש את החשיבות במתן אפשרות בחירה לילדים ולהוריהם למסגרת העונה לצורכיהם בצורה האופטימאלית, ולהימנע מכל פעילות המביאה לצמצום אפשרויות חינוכיות.

#### **ג. שליטה על משאבים : מרכז/ביזור**

מתוך התבוננות בהתפתחויות בארצות שונות ניתן להבחין במגמה לביזור (דה-צנטרליזציה) בחלוקת משאבים והעברת השליטה עליהם לבתי-הספר ולוועדות מקומיות בדומה לרפורמות בשירותים שונים כשירותי בריאות וחינוך. באנגליה הועברה השליטה על משאבים לבתי-הספר שתארו את

אחריותם לילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים באמצעות הצהרה מחייבת. התנועה של "בתי-הספר של המחר" ( Tomorrow's Schools Reform) בניו-זילנד אופיינה אף היא בהעברת האחריות והסמכות מהמרכז (משרד החינוך) למוסדות החינוך, שבראשם עומדים חבר נאמנים, ומפקחים עליהם באמצעות סוכנויות עצמאיות.

המושגים שנקשרו לביזור הסמכויות היו **בחירה חופשית**, כלומר משפחות רשאיות לבחור במוסד החינוכי לילדיהם, **ואחריות**, כלומר למוסדות חינוך אחריות בסיסית למתן חינוך מתאים לכל הילדים, שיביא להישגים. פותחו מנגנונים לבקרה על ביצוע, וקריטריונים והליכים להגדרת זכאות לשירותים מיוחדים. ההנחה העומדת ביסוד המגמה הקוראת לביזור והעברת הכוח מהשלטון המרכזי לבתי-הספר היא שעל החלטות להתקבל קרוב ככל האפשר למקום בו עליהן להתבצע (ובכך יש סיכוי טוב יותר לצימצום בירוקרטיה, ולהבטחת הרלוונטיות של ההחלטות המתקבלות במקום סמוך למקום שם הם מתבצעות - Community-based services).

מדיניות השילוב מיקדה את תשומת הלב לשאלת הקצאת המשאבים. על מנת לסייע לתלמידים עם ליקויים להגיע להישגים בלימודים, יש צורך חיוני בתוספת משאבים. משאבים אלה דרושים לזיהוי הילדים המתקשים וסיבות הקושי ולמתן טיפולים המתאימים לצרכים כגון: הוראה המותאמת לצורכי הילדים בעלי הליקויים השונים (התאמה בתכני הלימוד, בדרכי הלמידה, ו/או בגישות הוראה), טיפולים נוספים (כגון טיפול בדיבור, ריפוי בעיסוק), שימושים בטכנולוגיה, ו/או ייעוץ למשפחותיהם.

בתהליכי הבחירה של ההורים, והביזור של הסמכות והמשאבים טמונות הבטחות לייעול ולשיפור שירותים, אך קיימות סכנות לילדי החינוך המיוחד. מאחר והשירותים הניתנים עוברים לשליטת מערכות החינוך, עשוי להתפתח חוסר שוויוניות באיכות השירותים המוצעים. על כן לבתי-הספר באנגליה יש אמנם אוטונומיה בשליטה על משאבים עבור הילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים, אך הוגדר גם טווח אחריות של בתי-הספר והרשויות המקומיות בהתאם לקריטריונים לאומיים שיבדקו על-ידי מנגנון מרכזי. בתהליך גלומה סכנה נוספת, כי בתי-הספר עלולים להגביל את אחריותם רק לאותם ממדים ספציפיים הניתנים להערכה ומתוגמלים בתוספת משאבים. בניו-זילנד הוקם גוף לניהול המשאבים (Local Special Education Resource Management Groups), וחברה

הצהרה ברורה על אחריות בתי-הספר כלפי תלמידים עם צרכים מיוחדים - לרשום אותם, ולתת להם חינוך באותם תנאים כמו כל התלמידים, ולטפל ב"מכשולים" ללמידתם, כולל התאמה של תכנית הלימודים לצרכים מיוחדים. בישראל התפתחו בשנים האחרונות מרכזי תמיכה יישוביים-אזוריים (מתי"א).

#### ד. תגבור לילד או למערכת החינוכית

שאלה נוספת מתייחסת למפתח התקצוב, האם תוספת המשאבים ניתנת על פי צורכי הילדים (סל שירותים) או תגבור למערכת החינוכית. בארצות-הברית הוקצבו המשאבים לפי פרופורציות ילדים שזוהו, ובתי-ספר שזיהו ואבחנו יותר תלמידים עם צרכים מיוחדים, קבלו תוספת משאבים. באנגליה הודגשה האינטראקציה בין גורמים בילד - ובסביבתו החינוכית כמקור לקשייו. אי לכך ניתנו המשאבים לבתי-הספר במטרה לחזק את המערכת החינוכית הרגילה ביכולתה לטפל בתלמידים עם צרכים מיוחדים, ובהנחה כי ככל שתהיה למערכת הבית-ספרית שליטה על המשאבים יהיה פחות צורך לאתר ולאבחן תלמידי חינוך מיוחד. בתי-הספר נדרשו להצהיר על מדיניותם כלפי תלמידים עם צרכים מיוחדים, וניתנה להם הקצאה של משאבים על מנת שיקבלו אחריות על כל הילדים, כולל ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. ההפניה לחינוך מיוחד נעשתה רק במקרים קיצוניים.

הבעיה המרכזית בגישה זו היא בבקרה על דרכי השימוש במשאבים שנועדו לילדים עם צרכים מיוחדים כאשר הם יינתנו בידי מערכות החינוך הרגילות. מחשש להתפתחות חוסר שוויוניות באיכות השירותים הבית-ספריים לילדים מתקשים, מוצע לפעול להצגת מטרות ברורות, לפיתוח מערכת קריטריונים לאומיים וחקיקה מתאימה, ולמיסוד דרכי פיקוח ובקרה להבטחת טיפול בתלמידים המתקשים. באנגליה הוקמו צוותי פיקוח, אך יחד עם כך נמצאו מספר בתי-ספר שמספר ההפניות שלהם לחינוך מיוחד גדל, מאחר וחשו שאינם מסוגלים במצב המשאבים הקיים לענות לצורכי התלמידים המתקשים במידה בולטת.

בתכנית האב ליישום חוק החינוך בישראל יש התייחסות מפורשת הן לשאלת הביזור והן לבעיות הכרוכות בהקצאת המשאבים, תוך שיקוף של ביטוי משולב למספר מגמות. המטרה היא לעבור משירותים בית-ספריים הקשורים למסגרות ולוועדות השמה, לסל שירותים הניתן לילד ממרכז שירותים יישובי/אזורי. מודגש כי השליטה במשאבים לא תהיה בית-

ספרית אלא מרכזית-עירונית. בית-הספר יקבל תוספת משאבים בהתאם לצורכי הילדים המאותרים במגמה לחזק את המערכת החינוכית הרגילה. בהשוואה לתכניות בינלאומיות ניתן להתרשם לחיוב מהשילוב של שתי הגישות השכיחות בהקצאת משאבים.

מאידך גיסא יש מקום לדאגה בשל היעדר הבהרה של תכנון מערכת בקרה וקריטריונים לאומיים להישג. במערכת החינוך המיוחד הישראלית היתה עד לאחרונה הדגשה על ערך התהליך (דרכי הלמידה) ולא על התוצאות (במונחים של הישגים ברי-מדידה בהשוואה להישגים נורמטיביים של בני אותו גיל). עם התפתחות המגמה לביזור שירותים, יש צורך בתגבור של תהליכי בקרה על מנת להבטיח את איכות השימוש במשאבים עבור התלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים.

#### ה. הגדרות מובחנות של חריגות

חוק החינוך המיוחד משתמש במושג הכוללני "ילד חריג", ונושא המיון לסוגי חריגות שונים מוזכר רק בהתייחס לפיגור שכלי. מאידך, בתכנית האב ליישום החוק יש התייחסות דיפרנציאלית ל-14 קטגוריות שונות של חריגות לצורך חישוב סל השירותים. מיון זה מעורר תהייה הן לגבי עצם המשמעות התיאורטית והיישומית של המיון, והן לגבי המושג "סל השירותים". בשנים האחרונות התעורר בארצות שונות ויכוח תיאורטי על עצם הקטגוריזציה, ועד כמה היא רלוונטית בתכנון החינוכי. ניתן להבחין בשני זרמים קיצוניים בהמשגה: יש חוקרים המדגישים את האפיונים הייחודיים של תלמידים בקטגוריות מיוחדות כגון ליקויי למידה, ילדים עם הפרעות התנהגות ופיגור קל. אחרים טוענים כי ההבחנה הקטגוריאלית אינה תקפה, ויותר מכך - חסרת רלוונטיות להגדרת צרכים של תכנון חינוכי.

בדיקות עד כמה שונים מהותית התלמידים המאובחנים בקלסיפיקציות השונות של החינוך מיוחד מהתלמידים המתקשים בלימודיהם, שאינם מוגדרים כליקויי למידה או קטגוריה מבחנת אחרת, העלו תוצאות שונות ולא עקביות. Algozzine ועמיתיו, לדוגמא, העריכו במחקרם 40 כיתות נבדלות לחינוך מיוחד: 16 כיתות נועדו לילדים עם פיגור קל, 13 לתלמידים עם לקות למידה, ו-11 כיתות לתלמידים עם הפרעות התנהגות. במרבית הכיתות היה שימוש דומה באסטרטגיות ודרכי הוראה מיוחדות כגון מתן משוב, עיצוב והבנייה של זמן הלמידה,

מתן הוראות ברורות, ולא היתה מובחנות בהוראה של תלמידים עם קלסיפיקציות שונות בחינוך המיוחד.

הן החוקרים המדגישים את השונות המהותית של קבוצות הילדים בחינוך המיוחד, והן אלו המדגישים את הגישה הלא-קטגוריאלית, תוך הדגשה של תחומי הדמיון עם הקבוצה המתקשה בלמידה, אינם מתכחשים לצורך המיוחד של תלמידים אלו בהוראה המתאימה לצרכים שלהם. מאידך יש לוויכוח התיאורטי השלכות מעשיות לגבי תהליכי אבחון (והשקעת משאבים בהם). המחקר מעורר שאלות נוקבות לא פחות לגבי השונות בדרכי החינוך הניתן לילדים עם קלסיפיקציות שונות של ליקויים, וייתכן שיש מקום לשאול לא על מידת השונות הגלובלית, אלא על פרופורציות שוני לעומת פרופורציות דמיון בדרכי ההוראה לקבוצות החריגות השונות. אי יכולת לזהות שינויים באפיוני הוראה או טיפול ייחודיים לקבוצות מיוחדות בחינוך המיוחד עוררה את השאלה לגבי רלוונטיות השימוש בקטגוריות מתייגות בחינוך המיוחד.

הוויכוח אמנם מתייחס להמשגה תיאורטית, אך יש לו השתמעויות מרחיקות לכת בשאלות הקצאת משאבים, האבחון והאיתור של התלמידים, והשלכות על בניית תכניות לימודים יחידניות. תכניות החינוך המיוחד בארצות השונות נוטות לשלב את שתי הגישות. מחד גיסא, יש התייחסות לקטגוריות השונות ולצרכים המיוחדים באבחון וטיפול, ומאידך גיסא, הדגש על רמות, פרופילים יחידניים של ילדים, ו/או עוצמות של קשיים, שיש להעריכם. עם זאת, ברפורמות המתוארות באנגליה, ובארצות-הברית, יש קריאה לשינויים בהליכי האבחון. בוטאה ביקורת חריפה על כי מושקעים משאבים רבים באבחון, ועובר זמן יקר המוקדש להשגת מידע הרלוונטי באופן מוגבל עבור התכנון החינוכי. עלתה התהייה, האם לא ניתן לקצר בתהליכי האבחון, להשקיע פחות זמן ומשאבים על מנת להגיע לאבחנה קטגוריאלית, שעצם תקפותה מעוררת מחלוקות. האם לא עדיף להתמקד באבחון בתחומי קושי המחייבים תגבור ולהתחיל בטיפול מוקדם ככל האפשר. ניתן להתרשם כי האבחון החינוכי צריך להשתנות מאבחון הממייך תלמידים, לאבחון התומך ומשפר תהליכי למידה.

#### **ו. שותפות עם משפחות**

למשפחות תפקיד מרכזי בהתפתחותם של ילדים. בתכנונים חינוכיים, לכן, מודגשת החיוניות ביצירת יחסי-גומלין בין המערכת המשפחתית

והחינוכית להבטחת ההמשכיות בסביבות בהן גדל הילד ומתבטא בבחירה בית-ספרית. חריגות במשפחה משפיעה במידה רבה על האווירה המשפחתית: על היחסים בין בני המשפחה, ועל קשריהם עם מערכות חוץ משפחתיות כמו המערכת הבית-ספרית, ומערכות קהילתיות שונות. משפחה המגלה כי לילד יש ליקוי או נכות מתנסה בתחושת משבר קשה, מצוקה על היות ילדם שונה, ורצון עז לשינוי המצב. השותפות עם המערכת החינוכית היא אחת מהדרכים לסייע למשפחה להתגבר על המשבר באבחון ילדם, ולתמוך בהתארגנות לתמיכה בו. החקיקה בארצות שונות מדגישה את החתירה לקראת ביסוס השותפות של ההורה באבחון, בתכנון החינוכי, בקבלת החלטות משותפות, ובשותפות בטיפול, תוך כיבוד רצון ההורים לרמת המעורבות שלהם בתהליכים השונים. הנחת היסוד היא כי בשעה שמחנכים, הורים ותלמידים רואים זה את זה כשותפים אקטיביים בתהליך החינוכי, יש סיכוי להשפעה חינוכית רבה על התקדמות התלמיד. לשותפות זו יכולים להיות אפיונים שונים המותנים במאפייני ההורים, מאפייני המערכת החינוכית, ואפיוני הילדים.

קיים מיגוון סוגים של מעורבות הורים בתהליך החינוכי של ילדיהם השונים ברמת האקטיביות שלהם, כגון שותפות בקבלת החלטות חינוכיות, התנדבות לפעולה לסייע למורה בבית-הספר, ו/או סיוע לילד בלימודים. שותפויות מסוג זה קיימות בין הורים למערכת החינוכית הכללית גם כשאינן לילדים קשיים ייחודיים. מאידך גיסא, השוואות בין הורים לילדים עם צרכים מיוחדים להורים לילדים עם התפתחות תקינה הראו, כי המשפחות מהקבוצה הראשונה נמצאו בקשר תדיר עם מורי ילדם יותר מאשר הורים בקבוצה השנייה. הרצון לקשר עשוי לקדם שותפות, אך עלול גם להיות בסיס לקונפליקטים בבית ובבית-הספר, בהיעדר תמיכה וייעוץ מתאימים.

#### ז. טכנולוגיה

הטכנולוגיה יכולה לאפשר למידה המותאמת בצורה ייחודית לצורכי תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים, והכשרת מורים בדרכים חדשניות וגישות מתקדמות. בארצות-הברית פותחו מערכות מומחה לשימוש בתהליכי תכנון חינוכי יחידני, והכשרת מורים. הסקרים מראים, עם זאת, כי התקוות המרובות שנתלו בטכנולוגיה לא מומשו. הסקרים מצביעים על התפקיד המכריע שיש להכשרת המורים בשימוש מושכל בטכנולוגיה לסייע לתלמידי החינוך המיוחד, שחייבים ללמוד בדומה לבני

גילם כשהם מצויים בסביבה משלבת. כמו כן שימושי הטכנולוגיה בביתם (במחשב ביתי) עשויים לתרום להתפתחותם, אך אלו גם מטילים אחריות מרובה על ההורים והתמיכה שהם נותנים לילד.

#### ח. בתי-הספר המיוחדים

שאלה שאין אפשרות להתעלם ממנה היא מה עתידם של בתי-הספר המיוחדים. תשובה פשטנית תתייחס למחויבות הגוברת של מערכת החינוך הרגילה לטפל בילדי החינוך המיוחד, אשר תביא לסגירת המסגרות המיוחדות, כפי שקורה באיטליה, בחלק מהארצות הסקנדינביות, ואף בישראל. מאידך גיסא, יש לשים לב לעובדה שסגירת בתי-הספר המיוחדים היא בזבוז משאבים שנאספו, ואי התייחסות לצורך של בתי-הספר הכלליים ולצורך של תלמידים עם צרכים מיוחדים לרצף של מסגרות מגוונות.

בתי-ספר המיוחדים התפתחו כשמערכת החינוך הרגילה נכשלה בניסיונה לטפל בילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. הסיבה המרכזית לכישלון היתה היעדר מומחיות של מורים בחינוך הרגיל לסייע לילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים. בתי-הספר המיוחדים בארצות שונות ריכזו מומחיות בתחומים ספציפיים שיידרשו לבית-הספר הרגיל הרוצה לשלב את התלמידים עם הצרכים המיוחדים. הצורך להכין את המורים הרגילים לענות לצרכים של ילדים עם ליקויים, תוך שימוש בתמיכה ובידע של החינוך המיוחד, מחייב קידום מומחיות במרכזים, שתהא זמינה ונגישה למורים בכיתות הרגילות ככל שהשירותים המיוחדים יפוצלו בין בתי-ספר כלליים, היכולת לפתח בהם מומחיות בטיפול בילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים תצטמצם.

באנגליה, למשל, פותחו מודלים שונים של שותפות וקשרים בין מערכות רגילות ומיוחדות על מנת לענות על קשיים. בתי-הספר המיוחדים שינו למעשה את עיקר תפקידם, והפכו בהדרגה למרכזי ידע, משאבים, הדרכה ושירות למספר מצומצם של תלמידים עם קשיים חריפים. גם בשוודיה מתפתחים מרכזים לאומיים של חינוך מיוחד, ובהולנד נוצרים אשכולות של בתי-ספר רגילים ומיוחדים. ישנן אף הצעות כי בית-הספר המיוחד של המחר ימלא מספר תפקידים בנוסף למתן שירות ישיר למספר קטן של ילדים הזקוקים לעזרה מיוחדת. הוא יהווה מרכז מידע, ומרכז אבחונים בעיקר במקרים קשים. העובדים בו ייתנו ייעוץ והדרכה לבתי-הספר הרגילים, יעסקו בפיתוח תכניות לימודים וחומרי למידה

ובפרויקטים ניסיוניים, ובית-הספר יהפוך מרכז משאבים והדרכה לא רק למורים הרגילים אלא גם למשפחות, ולתלמידי חינוך מיוחד בוגרים.

#### ט. שותפות עם האקדמיה בהמשגה, מחקר, הערכה והכשרה

רפורמה של בתי-הספר ושינויי מבנה יוצרים הזדמנויות חדשות לקידום של תלמידים עם ליקויים. הדבר מחייב הכשרה לשותפים בתהליך החינוכי, ניסויים של דרכי ארגון שונות ללמידה ופיתוח מיגוון דרכי תמיכה. בארצות-הברית ובאירופה יש תפקיד חשוב למוסדות להשכלה גבוהה ולמכוני מחקר. אנשי מחקר בוחנים היבטים שונים של ההתפתחויות בחינוך המיוחד; הם מגדירים ובודקים משתנים בילד ובסביבותיו; מבצעים פרויקטים מבוקרים לניסוי של המשגות ותפיסות חדשניות בעיצוב מחדש של בתי-הספר. המחקר ליווה את תהליכי השינוי בחינוך המיוחד בארצות-הברית ובאנגליה.

בארצות-הברית, בשנת 1989, לדוגמא, הוקצבו למחקר בחינוך 145.6 מיליון דולר, 12 אחוז מתוכם הופנו לחינוך מיוחד. מחקר זה היה באופיו ממוקד בבעיות, בגישות טיפוליות, ובמחקרי שדה. הוא הביא לפיתוח אסטרטגיות למידה יעילות ותכניות לימודים בתחומים לימודיים והתנהגותיים כתכניות לכישורים חברתיים, לשליטה עצמית וכיוב'. חלק מהמחקרים היו משולבים בתכניות הכשרה ואימון למורים בשיטות חדשניות להוראה וטיפול. ראוי כי בדומה לנעשה בארצות המערב האחרות, תכנית האב ליישום חוק החינוך המיוחד בישראל תלווה בייעוץ אקדמאי, מחקר והערכה.

נראה לנו שעל מנת לקדם שינויים משמעותיים במערכת החינוך המיוחד בישראל, יש לפעול לקידום שותפויות בין מערכות החינוך (הרגיל והמיוחד), המערכות המשפחתיות והקהילתיות, ולמעורבות פעילה של האקדמיה בתהליך, התכנון והביצוע לדיון, במחקר, ובשותפות בפרויקטים חדשניים מבוקרים.

**לסיכום**, ניתן להתרשם כי מערכת החינוך המיוחד בארצות שונות משתנה במקביל לרפורמות הכלליות בחינוך. מרבית השינויים מתייחסים לילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים ותנאי למידתם. בחשיבה מערכתית, הצעת השילוב היא שינוי מתון יחסית שלא יביא לשינויים מהותיים. שילוב ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים בכיתות של חינוך רגיל הוא דוגמא טובה לתהליכי שינוי חלקיים, כשחוקי המערכת, המיון והתיוג הקליני נשארים זהים. אמנם הגבולות בין המערכות משתנים ומתגמשים,

אך האוכלוסייה נשארת עם צרכים חינוכיים מיוחדים בהגדרותיה. שינוי מהותי יחייב שינוי במבנה המערכת החינוכית ודרכי עבודתה, ובעקבותיו יהיו התלמידים המתקשים חלק בלתי נפרד ממיגוון השונות בעשייה החינוכית.

#### 4. דפוסים והתפתחויות בארצות אחרות

##### א. רקע היסטורי: מסגרות חינוכיות לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים

בשנת 1904 נתבקש Binet בצרפת לפתח מבחן שיאפשר את איתורם של ילדים הנכשלים בבית-הספר. הוא פרסם בשנת 1905 את מבחן האינטליגנציה הראשון (יחד עם Simon) שמטרתו היתה לאתר ילדים שאינם יכולים להפיק תועלת מתהליכי חינוך רגילים, בגלל מוגבלות שכלית, על מנת להוציאם ממערכת החינוך הרגילה. במקביל התפתחו מוסדות מיוחדים לתלמידים עם פגיעות חושיות (חירשות, עיוורון), ונכויות פיסיות. במשך תקופה ארוכה, מושג המפתח בחינוך המיוחד היה נכות או לקות (disability, handicap). החינוך המיוחד טיפל בילדים שיש להם נכויות שונות, והיה צורך ללמד באותם ב"צורה מיוחדת" ובמקומות "מיוחדים" (בתי-ספר מיוחדים ו/או כיתות מיוחדות). חלק אף נחשבו "לא ברי חינוך", בשל פיגור שכלי בינוני וקשה. המערכת החינוכית המיוחדת התפתחה תוך שימוש בקטגוריות וקלסיפיקציות שיש להן בסיס רפואי או פסיכולוגי, ושהדגישו את השונות בין הילד הנכה לילד הלא נכה, ומשאבים רבים הושקעו באבחון מבדיל - כלומר בהבחנה בין הקטגוריות של הליקויים (כגון אוטיזם, פיגור שכלי, ליקויי למידה ואחרים).

מהפכה חברתית המתרחשת בעשרים השנים האחרונות, הדגישה את זכויותיהם החינוכיות של אנשים עם נכויות וליקויים. ב-1975 - בעקבות החוק Education for All Handicapped Children Act - EHA הועברו משאבים למדינות שונות בארצות-הברית, על מנת לאפשר חינוך מתאים לילדים. המטרה המרכזית של החוק היתה לאפשר לילדים אלו לקחת חלק בתהליכי חינוך בדומה לתלמידים ללא נכויות. ב-1990 שונה החוק ל- Individuals with Disabilities Education Act - IDEA וכלל תכניות לפעילויות חינוכיות על-תיכוניות שיש בהן הדגש על תכניות מעבר לחיי בוגרים בנוסף לחינוך לתלמידים בגיל בית-הספר וטרום בית-הספר. הקונגרס האמריקאי אישר בנוסף לכך את Section 504, שהתייחס

לתהליכי שיקום. חוק נוסף ב-1990 - Americans with Disabilities Act - ADA, הרחיב את פעולות סעיף 504 למגזר הפרטי, ואיפשר השתלבות רבה יותר של אנשים עם נכויות בחיים הכלכליים, החברתיים והפוליטיים. המערכת המשפטית לקחה חלק פעיל בתהליך. נערכו משפטים בהם נאבקו הורים ואיגודים שונים על זכויות התלמידים, ואופי החינוך המתאים להם. תהליך דומה התרחש באנגליה, בקנדה ובארצות נוספות אחרות, בהן הוכרה זכותם של ילדים עם ליקויים לקבל תכניות חינוכיות מותאמות לצורכיהם, בסביבה הפחות נבדלת ומובחנת מהסביבה החינוכית הכללית.

כיום, במרבית ארצות המערב ניתן למצוא מיגוון תכניות חינוכיות: כיתות טיפוליות, כיתות "משולבות" ברמות שונות (הנבדלות בכמות השעות שהתלמידים לומדים עם בני גילם, לעומת מספר השעות שהם מקבלים עזרה מיוחדת), כיתות נבדלות ומסגרות חינוכיות נבדלות. בארצות שונות, הבחנה בין הסוגים היא כפולה: בהתאם לקטגוריות קליניות (פיגור שכלי, הפרעות התנהגות וכיוב'), ובהתאם לצרכים תפקודיים (ילדים הזקוקים לתמיכה מינימלית, או לשינויים תחומיים מרכזיים הן בתכנית הלימודים, והן באמצעי עזר שיאפשרו גישה או השתתפות בלמידה הכללית). קיימת שונות מארץ לארץ הן בדרכי האיתור, האבחון וההגדרה של התלמידים מקבלי השירות, והן בהשכלת המורים ותהליכי הכשרתם.

יחד עם ההתפתחות המואצת של מערכת החינוך המיוחד, גברה הביקורת הציבורית שהובילה לקריאה לרפורמה ובדיקה מחדש של תפיסות היסוד. בשנים האחרונות מתחזקת המגמה הרואה את קשיי הילדים בלמידה בבית-הספר כאינטראקציה בין גורמים בתוך הילד (גורמי חריגות), לגורמים סביבתיים, בית, רמה סוציו-אקונומית ובית-הספר. למודל האינטראקטיבי יש השלכות על התפתחות הפתרונות החינוכיים.

דוגמא להתפתחות זו היא מדינת מסצ'וסטס, שבה בשנת 1972 היו שירותי החינוך לתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים מנותקים מהחינוך הרגיל, עם תכניות לא מוכחות, ומשאבים מצומצמים. 3000 תלמידים מפגרים, לדוגמא, שהו במוסדות גדולים בהם ההוראה היתה מינימלית. בתי-ספר כלליים באותה תקופה לא ראו את חובתם לדאוג לצורכיהם של ילדים עם ליקויים, לא היו אף ידע, משאבים ואנשי מקצוע שיסיעו בתהליך. הורים, מורים, אנשי חוק, וארגונים שונים חברו יחד

והכינו את חוק החינוך המיוחד במדינת מסצ'וסטס, שהפכה להיות המודל הלאומי לחוק החינוך המיוחד.

עשרים שנה מאוחר יותר ניתן להבחין בתוצאות מרחיקות לכת של החקיקה. 9.5 אחוז מכלל הילדים אובחנו כילדים עם צרכים מיוחדים והם מקבלים עתה שירותי חינוך בבתי-ספר ציבוריים, ו-3.51 אחוז נוספים מקבלים שירותים אלה במסגרות פרטיות. תכניות ודרכי למידה ומסגרות חינוכיות מיוחדות פותחו. מאידך, נותרה תחושת אכזבה המתייחסת למטרה המרכזית של החוק - ההבטחה כי תלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים ילמדו עם, ובדומה לתלמידים רגילים. יש לזכור כי מספר תלמידי החינוך המיוחד גדל בהדרגה וממשיך לגדול.

נעשו ניסיונות לצמצם את הגידול של החינוך המיוחד על-ידי הגבלה של מספר התלמידים המאוותרים, או שאפשר להפנותם, ו/או צמצום בתקציבים המופנים למסגרות חינוכיות מיוחדות. כן פותחו עקרונות הפניה "נוקשים" יותר והאבחונים מפורטים על-ידי צוותים בין-מקצועיים. התהליך המתפתח מצביע על כך שאין פתרונות פשוטים לגידול בחינוך המיוחד, ויש צורך ברפורמה מקיפה במערכת החינוך הרגיל והמיוחד על מנת לווסת את הגידול. תמונה דומה עולה מבדיקת סקירות התפתחות של החינוך המיוחד בארצות שונות. במערכת החינוך הנורווגית, למשל, נמצא כי מדיניות השילוב של תלמידים גרמה לגידול בולט בהיקף מערכת החינוך המיוחד. חקר התהליך גרם לבדיקה מחודשת של מושג החריגות, תוך התייחסות למציאות הפרדוקסלית בה יש גידול מתמיד בצרכים לחינוך מיוחד במערכת חינוכית המיועדת לכלל האוכלוסייה, וערוכה לענות על שונות בתהליכי למידה וכישורי ילדים.

## **ב. יישום השילוב בארצות-הברית ובאנגליה**

### **1) ארצות-הברית**

בבדיקת המשתנים שהשפיעו על ביצוע מדיניות השילוב בארצות-הברית נבדקו בשנים 1989-1992 18 אזורים בשש מדינות. 8 אזורים שבהם היה שיעור גבוה של מסגרות חינוך נבדלות לחינוך מיוחד, ו-10 אזורים בהם היה שיעור נמוך של מסגרות נבדלות. החוקרים זיהו מספר גורמים מרכזיים שהבחינו בין שתי קבוצות האזורים, אך הדגישו כי האינטראקציה בין הגורמים היתה למעשה בעלת השפעה מכרעת יותר מאשר כל אחד מהגורמים בנפרד. הגורמים המרכזיים שהשפיעו על השילוב היו:

**תיקצוב** - בתי-הספר בכל האזורים התייחסו לתוספות של משאבים ככוח מקדם שילוב, אך התקצוב קיבל פירוש שונה באזורים השונים. באזורים עם שיעור גבוה של חינוך נבדל (לא משלב) חששו קובעי המדיניות שהשילוב כרוך בתכנון ("סודי") של קיצוצים. הם הניחו כי מערכות נבדלות תהיינה פחות פגיעות לצמצומים תקציביים ("לא ישאירו כיתה ללא מורה" - "אך ניתן לתת לתלמידים משולבים פחות שעות של עזרה"). כשהובטחו תוספות משאבים כדי לאפשר שילוב, הם בטאו דאגות שמא התמיכה תהיה קצרת מועד לעידוד השילוב, ותלווה באיבוד מקביל של משאבים קבועים, המעוגנים בקטגוריות ברורות של לקויות בכיתות של חינוך מיוחד.

מאידך גיסא, במערכות שנטו לשלב, ציינו בחיוב את תוספת המשאבים כמסייעת לתהליכים, ומתגמלת את המערכת החינוכית על מאמציה.

**ארגון** - ליחסי גומלין בין המערכות היתה חשיבות בקידום השילוב: באזורים בהם היתה מעורבות של מערכות ההשכלה הגבוהה במערכות החינוכיות, שנתנו בהם השתלמויות ונערכו פרויקטים ומחקרים לקידום מודלים מקוריים וחדשניים לשילוב יעיל, היתה מידה רבה יותר של שילוב ילדים. נראה כי למעורבות האקדמיה בהשתלמויות, פרויקטים ומחקר היתה השפעה ברורה על הצלחת השילוב.

**איגודי הורים ואיגודים מקצועיים** - לאיגודים היתה השפעה רבה - אם כי בכיוונים לא אחידים. באזורים שונים חלק מהקבוצות נאבקו על קידום השילוב, ובאזורים אחרים נאבקו על שמירת המסגרות הנבדלות, והתבנית של השירותים הקיימים.

**מידע וערכים כלפי שילוב** - למידע וערכים כלפי השילוב היתה השפעה רבה על המימוש של החוק. העברת האחריות הטיפולית לבית-הספר הרגיל מחייבת למעשה שינויים בתפקידם של המורה הרגיל ושל המורה המיוחד. לשם כך על המחנך הרגיל לקבל הכשרה מתאימה על מנת להתאים את התהליכים החינוכיים לצורכי הילדים המיוחדים ועל שניהם ללמוד דרכים לשותפות יעילה. הצלחת השילוב מותנית, במידה רבה, בהגדרת תפקיד המורה הרגיל, עמדותיו בנושאי שילוב, הכשרתו ואף נכונותו לטפל בכיתה בתלמידים עם ליקויים. בכך נפתח תפקיד נוסף למערכות ההשכלה הגבוהה בהכנסת שינוי, הרחבת ידע ושינוי בערכים.

## 2) אנגליה

במערכת החינוך האנגלית פותח קוד טיפול בחינוך המיוחד המצביע על חמישה שלבים בהליכים המסדירים שילוב ילדים עם לקויים בחינוך הרגיל. בקוד זה מוגדרת מחויבות המערכת החינוכית הרגילה לכל התלמידים תוך הכרה וקבלה של השונות שלהם, כשבית-הספר חייב להצהיר על המדיניות שלו כלפי ילדים עם צרכים מיוחדים. יחד עם זאת, יש הכרה ברצף של צרכים חינוכיים מיוחדים, שחייב להתבטא בפיתוח רצף שירותים חינוכיים. הקוד מדגיש את החשיבות של אבחון מוקדם של ילדים וזיהוי צורכיהם, ומעודד שותפויות עם ההורים ועם נתוני שירותים.

**עיקרי הקוד.** כל בית-ספר מצופה לפרסם את "המדיניות" שלו בהתייחס לטיפול בתלמידים עם צרכים חינוכיים מיוחדים, ולמנות אחד מאנשי הצוות לתפקיד מתאם האחראי לנושאי החינוך המיוחד. "המדיניות" חייבת לכלול בתוכה פרטים כגון: פרוצדורות לזיהוי ואבחון צרכים חינוכיים מיוחדים, אמצעים וכלים מיוחדים המוצעים על-ידי בית-הספר, אופן השגת משאבים מיוחדים, ותאור הדרך בה יאפשרו לתלמידים עם צרכים מיוחדים גישה לתכנית חינוכית מאוזנת ורחבה, והכנת הצוותים המתאימים - כולל הכשרה ואימון צוות בית-הספר.

**שלבי הטיפול המוגדרים בקוד.** הקוד כולל 5 שלבים, שיש לפעול להגשמת כל אחד מהם במידה מירבית בטרם יעבור בית-הספר לשלב הבא. השלבים מתחלקים לשתי קבוצות - שלבים 1-3 הם בעיקרם תוך בית-ספריים, ושלבים 4-5 הם חוץ בית-ספריים. מטרת מערכת החינוך האנגלית היא, שהצרכים של מרבית התלמידים יגיעו לפתרון במסגרת שלושת השלבים הראשונים:

**שלב 1:** המחנך בכיתה אחראי לעיצוב וביצוע אסטרטגיות כיתתיות על מנת לענות לצרכים של תלמידים עם לקויי למידה ונכויות אחרות.

**שלב 2:** מתאם החינוך המיוחד של בית-הספר אחראי לתכנון אסטרטגיות המתבצעות בתוך מסגרת הכיתה, אך לשם ביצועם משתמשים במשאבים בית-ספריים נוספים.

**שלב 3:** מתאם החינוך המיוחד של בית-הספר אמנם ממשיך למלא תפקיד מרכזי בשלב זה, אך מתחלק באחריות עם שירותי מומחיות חיצוניים הרלוונטיים לצורכי הילד.

בשלבים 2 ו-3 על בית-הספר לחבר תכנית חינוכית יחידנית שבה יפורטו אופי הקשיים של הילד, הפעולות שיש לנקוט, הצוות שצריך להיות

מעורב, תרומת ההורים, מטרות שיש להשיג - תוך התייחסות לטווח הזמן, דרישות רפואיות נוספות, סידורים למעקב ובדיקות, ופרטי ההערכה של הסידורים. מושם דגש מיוחד על חשיבות ההערכה - כחלק בלתי נפרד מהתכנית - הקובע אם הילד נשאר בשלב המתוכנן, חוזר לשלב מוקדם או עולה לשלב יותר גבוה.

**שלב 4 ו-5** - מעבירים את האחריות לרשות החינוכית המקומית (Local Educational Authority). התלמיד מופנה אל הרשות המקומית לאבחון רב-מקצועי ולקבלת החלטה מי ימשיך להיות אחראי על צרכי הילד - האם בית-הספר או הרשות המקומית. יש הגדרת זמן ברורה בחוק (תוך כמה זמן חייב האבחון להסתיים) - וההנחה היא כי רק 2 אחוז מאוכלוסיית בית-הספר יגיע לשלב 5.

אנשי חינוך באנגליה רואים את התרומה הפוטנציאלית של הקוד לקידום השילוב בכמה מישורים:

א. הקוד מצביע על תפקיד בית-הספר ביצירה או במניעה של חלק גדול מקשיי הלמידה, וקורא לארגון שונה של הלמידה בכיתה. מובחנות בעבודה בכיתות נתפסת כגורם שישפיע על הצלחת האינטגרציה בשלביה השונים.

ב. הקוד מדגיש את העובדה כי עירנות מוקדמת של המורה בכיתה הרגילה יכולה לחסוך התערבויות חיצוניות. המורה הרגילה הופך להיות מודע במידה רבה יותר לאחריות שלו כלפי התלמידים עם הצרכים החינוכיים המיוחדים. הדבר מחייב גם "פתיחות" כלפי הילד עם צרכים מיוחדים ועידוד להתייעצות ולשיחה על כך עם גורמים בית-ספריים.

ג. יש חשיבות לרישום מדויק מה ניסה בית-הספר לעשות על מנת לסייע לתלמיד גם בשלבים הראשונים. גיוס משאבים בשלב מאוחר יותר יהיה תלוי ביכולת בית-הספר להציג תיעוד מפורט על מאמציו ועל התכנית היחידנית לענות לצרכים כבר במסגרת הכיתה הרגילה.

ד. יש חשיבות רבה להצגת ההמשכיות בצרכים חינוכיים מיוחדים, ומיקוד תשומת לב במקרים הקלים, בעוד שבעבר היתה עיקר תשומת הלב ממוקדת רק במקרים הקשים.

ה. הקוד מחייב טיפול באיכות טובה, מעקב, השגחה, הערכה, הצגת מטרות ספציפיות ולוח זמנים ברור. דרישות אלה יעלו את הסטטוס והסמכות של המתאמים של החינוך המיוחד, כגורמים ייעוציים ומדריכים, והם ייתפסו פחות כנותני שירותים בצורה ישירה.

ו. השותפות עם ההורים וגורמים שונים בקהילה מודגשת בכל שלבי הקוד.

ז. דרוש שינוי בהכשרת אנשי החינוך המיוחד, שבעבר עסקו בעיקר באבחון הצרכים של ילדים עם צרכים חינוכיים מיוחדים וטיפול/הוראה בהם. הקוד מדגיש את הצורך לעבור לראיית הקבוצה - הן ליעילות השירותים והן להבנת הדינמיקה של הקבוצה ותרומתה להופעת הבעיות, ולפיתוח מיומנויות ייעוץ והדרכה על מנת לסייע למורים בכיתות.

מתקבל מן המחקרים שנערכו כי מוקדם עדיין להעריך את ההשפעה של הקוד על שילובם של ילדים במערכת החינוכית הרגילה. ניתן, עם זאת, לצפות כי ההדגשה לפיה מרבית הצרכים החינוכיים המיוחדים חייבים להינתן בבתי-הספר הרגילים, עם עזרה של מומחה מתוך בית-הספר, או סיוע חיצוני (שלושת השלבים הראשונים בהליכים) יקדמו את השילוב. יש לזכור, כי רק בחלק קטן מהמקרים (כ-2 אחוז) יש צורך באבחון מקיף בין-מקצועי, ובבדיקה האם קשיי הילד מחייבים עזרה יותר אינטנסיבית ומקצועית מאשר ניתן לקבל תוך שימוש במשאבים הרגילים של בית-הספר, או השמה במערכת חינוכית מיוחדת.

**לסיכום**, מודגש על-ידי קאופמן, אחד החוקרים המרכזיים בנושא השילוב בארצות-הברית, כי אין פתרון אחד המתאים לכל התלמידים. הוא קורא להגדרה מובחנת וגמישה שתתייחס לשילוב כביטוי רחב יותר מאשר מקום ספציפי (כיתה רגילה), אלא שילוב כפיתוח מיגוון מסגרות חינוכיות תומכות ודרכי שילוב הנותנות תשובות מובחנות לצרכים ויכולות יחידניים. בהגדרה כזו יוכר כי לפעמים ובחלק מהזמן, לילדים מסוימים תידרש הוראה מיוחדת בכיתה שונה, ובמקרים אחרים תידרש גישה חינוכית שונה. הוא ממליץ על השימוש במודל אקולוגי, לפיו לסביבה תהיה משמעות שונה עבור תלמידים עם צרכים שונים. החינוך המיוחד בעצם הגדרתו מכיר בשונות ובהטרוגניות של ילדים. הכרה זו מחייבת חיפוש מתמיד אחר שונות באיכות של סביבות ותהליכים על מנת לענות לצרכים השונים.

## מקורות

אלון-רשף, א' (1994). **תכנית אב ליישום חוק החינוך המיוחד**, משרד החינוך התרבות והספורט, ירושלים.

פלד א' (1976). **החינוך בישראל בשנות השמונים**, משרד החינוך התרבות והספורט, ירושלים.

Algozzine, B., Ysseldyke, J. E., & McGue, M. (1995). Differentiating low achieving students: Thoughts on setting the record straight. **Learning Disabilities Research & Practice**, 10(3), 140-144.

DFE (1994) Code of Practice on the identification and assessment of special educational needs. Department for Education.

Epstein, J. L., (1995). School/family/community partnerships. **Phi Delta Kappa**, 701-712.

Fletcher-Campbell, F., (October, 1994). Towards a school adapted for all needs. Paper presented at QUINESIA Simposio Internacional, Vigo.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S., (1995). What's 'special' about special education? **Phi Delta Kappa**, 522-530.

Hegarty, S., (June, 1995). Present situation and perspectives of special education in Europe. Paper presented at the European Forum, Lucenec

Jenkinson, J. C. (1993). Integration of students with severe and multiple learning difficulties. **European Journal of Special Needs Education**, 8(3), 320-335.

Kauffman, J. M., (April, 1995). Why we must celebrate a diversity of restrictive environments. Paper presented at the Annual convention of CEC, Indianapolis, Indiana, USA.

Kaval, K. A., (1995). Setting the record straight on learning disabilities and low achievement: The tortuous path of ideology. **Learning Disabilities Research and Practice**, 10(3), 145-152.

Margalit, M., (1990). **Effective technology integration for disabled children: The family perspective**. New York, NY: Springer-Verlag.

- Margalit, M. (1994). **Loneliness among children with special needs: Theory, research, coping and intervention**. New York, NY: Springer-Verlag.
- Mitchell, D. R., (April, 1995). Students with education support needs: A new approach to resourcing. Paper presented at the CEC Annual Convention, Indianapolis, Indiana, USA.
- NASDSE (1994). Recommendation for the reauthorization of the Individuals with Disabilities Education Act. The National Association of State Directors of Special Education, Alexandria, Virginia.
- Sale, P., & Carey, D. M., (1995). The sociometric status of children with disabilities in a full-inclusion school. **Exceptional Children**, 62(1), 6-19.
- Semmel, M. I., Abernathy, T. V., Butera, G., & Lesar, S. (1991). Teacher perceptions of regular education initiative. **Exceptional Children**, 58(1), 9-24.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1990). **Families, professionals, and exceptionalities: A special partnership**. Second edition. New York, Macmillan.
- Ysseldyke, J. E., Lange, C. M., & Gorney, D. J. (1994). Parents of students with disabilities and open enrollment: Characteristics and reasons for transfer. . **Exceptional Children**, 60(4), 359-342.
- Zigmond, N., Jenkins, J., Fuchs, L. S., Deno, S, Fuchs, D., Baker, J. N., Jenkins, L., & Couthino, M. (1995). Special Education in restructured schools. **Phi Delta Kappa**, 531-540.

## המדיניות כלפי בתי-ספר אקסטרניים

ועדת החינוך והתרבות של הכנסת החליטה ב-29 בנובמבר 1995 על הקמת ועדת משנה לבדיקת בתי-הספר האקסטרניים. בראש הוועדה עמד ח"כ ד"ר זאב בנימין בגין, אשר פנה למנהל המרכז לחקר המדיניות החברתית לסייע לו בבחינה המקצועית של הנושא. המרכז ארגן צוות מומחים אשר השתתף בדיוני הוועדה וקיים מספר פגישות. הצוות כלל את החוקרים פרופ' חיים אדלר, ראש תחום החינוך במרכז, ד"ר ג'ואן האריסון מאוניברסיטת בר-אילן, פרופ' תמר הורוביץ מאוניברסיטת בן-גוריון, פרופ' אריה לוי מאוניברסיטת תל אביב, ד"ר ריטה סבר מהאוניברסיטה העברית, ופרופ' יעקב קופ, מנהל המרכז. הצוות הגיש את מסקנותיו והמלצותיו אומצו על-ידי ועדת החינוך של הכנסת.

מטרת העבודה היתה לבדוק את ההתאמה בין מדיניות משרד החינוך להעלות את מספר הזכאים לתעודת בגרות, לבין הנעשה בחינוך האקסטרני התיכוני: האם יש מה לשפר בחינוך האקסטרני התיכוני בכיוון של שיפור הסיכוי של התלמידים לקבל תעודת בגרות. הוועדה התמקדה בעניינם של הנבחנים האקסטרניים הקטינים, המצויים בגיל בית-הספר התיכון ותחת חסותו של משרד החינוך. כיוון שכך, לא עסק הצוות המקצועי בתופעה הרחבה יותר, של בתי-ספר האקסטרניים המיועדים לאוכלוסייה מבוגרת.

## 1. העלאת שיעור הזכאים לבגרות ו"ההזדמנות השנייה"

משרד החינוך מייחס בשנים האחרונות חשיבות רבה לנושא של העלאת שיעור הזכאים לתעודת בגרות והוא מרכז מאמצים ישירים לקידום מטרה זו. על חשיבותה של תעודת הבגרות בחברה הישראלית נכתב רבות. אין ספק כי תעודת הבגרות משמשת מפתח לעתידו החברתי-כלכלי של הפרט בישראל. הטיפול במתן הזדמנות ליותר צעירים בחברה להשיג תעודת בגרות מותנה בקיום מסלולים מגוונים להשגת היעד. יש חשיבות לכך שכשלון בהזדמנות אחת, במסלול מסוים, לא יחסום אפשרויות להצלחה בעתיד.

מטרה משרד החינוך היא שכל נער ונערה המעוניינים בכך ומסוגלים לכך יעמדו בהצלחה בבחינות בגרות לפחות באופן חלקי. על רקע זה המושג של ה"הזדמנות השנייה" נקשר למערכת החינוך האקסטרנית, המספקת אפשרות להצליח בבחינות הבגרות ולהשיג את התעודה שלא במסלול הרגיל. באופן מיוחד מתייחס כאן המושג של "הזדמנות שנייה" לבני נוער, אשר כבר בגיל הנעורים ידוע שיחמיצו את ההזדמנות הראשונה להשגת תעודת הבגרות. זאת משום שנערים אלו הפסיקו להשתתף בתהליכי ההכנה הרגילים, מכיוון שאינם לומדים בבית-ספר תיכון רגיל המגיש לבגרות.

ההזדמנות השנייה עלתה, אם כן, בדיונים כאחת המטרות של המערך האקסטרני, כחלק ממערכות שתפקידן להעניק את ההזדמנות השנייה להשגת הבגרות. מתקבל הרושם כי משרד החינוך מוותר, במידה רבה, על תרומתם של בתי-הספר האקסטרניים להשגת מטרה זו. משרד החינוך הציב לעצמו מטרה להפוך את ההזדמנות השנייה לעניינו של בית-הספר האינטרני - שייתן לתלמידים הזדמנות להיבחן, גם אחרי כיתה י"ב, בבית-הספר ובתמיכת המשרד. בשנים האחרונות מופעלות כמה תכניות חדשות התומכות בכוונות אלו (מב"ר, פרויקט "הזדמנות שנייה", עידוד תלמידים להשלמת בגרות וכדומה).

בהמשך ובהקשר לנאמר לעיל מתבררת התייחסות המשרד לנושאים השונים. הועלו שאלות האם יש או אין פיקוח? מה מידת הפיקוח? איך משרד החינוך מבטיח שמערכת כזו אכן תוכל להעניק הזדמנות שנייה לתלמידים?

בתי-ספר אקסטרניים מציינים בפרסומיהם שהם "בפיקוח משרד החינוך". הכוונה היא שקיים פיקוח לגבי התנאים הפיזיים, לגבי איכות

המורים, וכן יש השתתפות מסוימת במימון שכר הלימוד עבור קטינים הקונים את השירות. קיימת גם דרישה מיוחדת מטעם משרד החינוך, לפיה בית-ספר אקסטרני נדרש לחדש את הרישיון שלו מדי שנה. הפיקוח מתבצע גם בכך שמדי פעם מגיעים מפקחים לבית-הספר, בתדירות שונה מבית-ספר אחד למשנהו.

העמדה הרשמית של משרד החינוך ביחס למערך האקסטרני אינה מקלה על התפתחותו. בהתייחסו לבתי-הספר, משרד החינוך אינו מכיר ב"בתי-ספר אקסטרניים" אלא בבתי-ספר לתלמידים אקסטרניים. לעומת זאת, בהתייחסו לתלמידים, אין הוא מכיר ב"תלמידים אקסטרניים" אלא בנבחנים אקסטרניים. בהתאם להתייחסותו ל"בתי-הספר האקסטרניים", משרד החינוך אינו מספק להם משוב שוטף לגבי ציוני הבחינות. אין לתמוה, אם כן, שבבתי-ספר אקסטרניים קיימת תחושה שהם בנים חורגים למערכת החינוך המבקשת, לדעתם, לצמצם את פעילותם עד כדי ביטולה.

בהקשר לנושא זה עלתה טענה של המשרד, שקיים קושי לעקוב אחר הנעשה בבתי-ספר אקסטרניים. התחלופה של התלמידים רבה ביותר והשתייכותם לפי בתי-ספר איננה מוגדרת היטב. יש לכך השפעה משמעותית על מידת המשוב הקיימת ועל היכולת של בתי-ספר אלו להציג נתונים מהימנים על מידת ההצלחה. נשמעה טענה, כי משרד החינוך איננו מתערב בתופעה על-מנת לשפר, אלא משתמש בה כעילה להקטין את שיתוף הפעולה שלו עם המערך.

המשרד מסביר שחלק גדול מבתי-הספר האקסטרניים רוצים להפוך לאינטרניים - תופעה זו מחזקת לכאורה את המוטיבציה של משרד החינוך למקד את צמצום ההנשרה ומתן הזדמנות שנייה בתוך המערכת האינטרנית. כלומר, האקסטרניים יועמדו בפני אפשרות שלא יהיו להם תלמידים מקרב בני הנוער. תגובת מנהלי בתי-הספר האקסטרניים לכך היתה, שאמנם יש היום מאמץ ניכר לא לתת לתלמידים לנשור, אבל זה לא יימשך לאורך זמן. כלומר, תהיה ירידה כלשהי במספר הפונים לאקסטרני בטווח הקצר, אבל היא תתחזק לאחר הגל הזה.

הוועדה קיבלה את הרושם כי ישנה עמימות בגישת המשרד. נשמעו דעות, כי הדברים צריכים להיות ברורים יותר לפונים למערך זה. הפיקוח של המשרד חייב, לדוגמא, לוודא שאין בתעמולת הפרסומת של בתי-הספר הללו הטעיה בהצגת הבטחות שאין מקיימים אותן.

## 2. בתי-ספר לנבחנים אקסטרנניים

התלמידים בבתי-ספר אקסטרנניים נשרו מהמערכת התיכונית לאחר גיל 16. בגיל זה הם אינם עוד בגיל חינוך חובה, הם תלמידים בכיתות י"א-י"ב, והם פונים לבתי-ספר הפועלים בשעות הבוקר, אשר מוגדרים על-ידי משרד החינוך כ"מוסדות חינוכיים המכינים תלמידים לבחינות בגרות חיצוניות". אלו מוסדות בלתי רשמיים, שנפתחו ביוזמה פרטית או על-ידי רשת ציבורית-חינוכית כלשהי, ופועלים על בסיס עסקי. משרד החינוך מצידו אחראי לבחון את התלמידים ולפקח על בתי-הספר.

מערך בתי-הספר האקסטרנניים מתאפיין על-ידי הטרוגניות רבה של סוגי המסגרות שקמו בו: סוגים רבים של בתי-ספר אקסטרנניים ודמויי אקסטרנניים. המשותף לכל סוגי המסגרות במערך הזה מתמצה בכך שבית-הספר האקסטרני איננו מתכוון לחנך. הוא מציב לעצמו מטרה להכין תלמידים באופן תכליתי לקראת עמידה בבחינות. בקרב צוות המומחים גובשה הדעה, כי לגיטימי לגמרי שהאקסטרנניים ירכזו את המאמץ שלהם בבחינות. בנוסף לכך מיוחד בית-הספר האקסטרני בכך שאיננו כפוף לתקנות המעבר. זהו הבדל מהותי לעומת בתי-ספר אינטרנניים (תלמיד בן 16 יכול להתקבל לכיתה י"א, גם אם לא סיים קודם לכן את כל 10 הכיתות). בצוות המומחים איפיון זה נתפס כחלק מההיבט של החינוך האקסטרני כאלטרנטיבה.

היקף התלמידים הקטינים בבתי-ספר אקסטרנניים מונה בין 1300 עד 3000 תלמידים. מדובר אמנם באחוזים בודדים ביחס לשכבת גיל. בצוות המומחים התייחסו לכך, שיש צורך במערך האקסטרני בדיוק בעבור תלמידים אלו, גם אם שיעורם נמוך. הגישה היתה שאינן בקיומם משום כשלון של המערכת הכללית, אלא יש לראות בכך תת-מערכת לגיטימית עבור אלו שאינם משתלבים במערכת הכללית מסיבות שונות.

קבוצת התלמידים בבתי-הספר האקסטרנניים מאופיינת גם היא בהטרוגניות. שלושה סוגי תלמידים בולטים באיפיונם: (1) נוך-קונפורמיסטיים, ששכיחותם במערכת הזו הולכת וקטנה, במיוחד מאפיין עולים חדשים מסוג זה. במקומות מסוימים מכנים אותם תלמידים יצירתיים. (2) תלמידים שיש להם קשיים לימודיים, וההורים מתעקשים כי ישיגו תעודת בגרות. (3) תלמידים שלא מאפשרים להם ללמוד במגמה בה הם ביקשו: בדרך-כלל, הכוונה למגמה העיונית, או אף תלמידים שלא איפשרו להם לעלות מכיתה י' לי"א, בשל ציונים נמוכים.

בקרב התלמידים בחינוך האקסטרני בולטים תלמידים שאינם לומדים בשל בעיות אישיות בבית. באופן כללי צוין עוד, כי משנה לשנה יש ירידה בציוני התלמידים. מדובר בתלמידים עם ציונים נמוכים במבחני הדסה (בסופו של דבר, המערכת הרגילה מצליחה יותר מבעבר להחזיק בתלמידים). בבתי-ספר מסוימים בולט שיעורם הגבוה של עולים חדשים. ראוי לזכור, כי בין התלמידים העולים ישנם גם אלו שלא הגיעו אפילו לבית-הספר האקסטרני.

נושא שעלה בדיונים היה עניינם של תלמידים בעלי לקות למידה מסוגים שונים. הנושא עלה תחילה כשאלה לביקור, בהקשר לכך שקיימת טענה לגבי שיעור גבוה של לקות למידה המתרכז בבתי-ספר אקסטרניים. מתברר, כי משרד החינוך מבטל את הטענה, עד כדי אמירה כי אין במערכת האקסטרנית שיעור גבוה יותר של לקות למידה. נציגי המשרד אף טענו כי קיימת תופעה של ניצול לרעה של ועדת החריגים ללקות למידה על-ידי תלמידים שונים.

הוועדה סבורה כי המצב לגבי לקות למידה איננו כה חד-משמעי: ייתכן כי במערכת כולה (לא רק האקסטרנית) שיעור לקות הלמידה גבוה יותר ממה שמוכנים להכיר. נראה גם כי קיימת גישה חשדנית מצד המערכת, המתבטאת בעבודתה של ועדת חריגים (גישה זו מסבירה אולי את אופן הצגת הדברים על-ידי נציגי משרד החינוך). בצוות הובעה דעה ביחס לאופן אבחון לקות הלמידה במערכת: יש מקום לכך שהקביעה לגבי איבחון לקות למידה תיעשה בשיתוף עם מומחים ללקות הלמידה מתחום החינוך המיוחד.

כדי להתמודד עם בעיית הבחינה של תלמידים בעלי לקות למידה עלו כמה הצעות: חלקן היו בכיוון של מקצועות הבחינה - למצוא את המקצועות החדשים, שתלמידים עם לקות למידה יכולים להצליח בהם כמו: וידאו, גרפיקה, קולנוע, אמנות, ספורט, מלונאות, תיירות, שיווק, ומכירות. הצעות אחרות עונות לקשיים אחרים כמו למשל, הצעה שבחינות הבגרות לא תהיינה מוגבלות בזמן, כדי לפתור את הבעיה של תוספות בזמן הניתנות לאחר החלטת של ועדת החריגים. או הצעות לגבי התייחסות לשגיאות כתיב, היכולות להיות ביטוי ללקות למידה, או אישור לשימוש במחשבון כיס בבחינות פסיכומטריות.

### 3. שיעורי הצלחה בבחינות

במהלך הדיונים התברר, כי שיעורם של התלמידים האקסטרניים המשיגים תעודת בגרות נמוך ביותר. רוב התלמידים עוברים בהצלחה לפחות בחינה אחת אך מעטים משיגים את תעודת הבגרות המלאה.

לטענת בתי-הספר האקסטרניים, השגת תעודת בגרות מלאה איננה צריכה להיות אמת המידה היחידה להערכת ההצלחה שלהם. הם מעידים על עצמם כמי שמהווים הצלחה, או תחנה אחרונה, ונשירה מהם תהיה נשירה מוחלטת ממערכת לימודית כלשהי. הם נוטלים תפקיד של מי שמוכן לקבל ולהחזיק בכל תלמיד.

בקרב צוות המומחים התגבשה הדעה שיתרונה של המערכת האקסטרנית איננו בהיותה מערכת חלופית להשלמת תעודת בגרות, אלא בכך שהיא מוכנה לא להדיח תלמידים שיגשו לבחינה אחת או שתיים בלבד מתוך בחינות הבגרות, לפי יכולתם. מקובל על הצוות שיש משמעות וחשיבות גם לכך שתלמיד עובר שתיים-שלוש בחינות מתוך כלל בחינות הבגרות. יש לכך משמעות של מעבר חסם כלשהו, המשפר את הדימוי העצמי של התלמיד, ואפשר שיסלול את דרכו להשלמת הבחינות בעתיד.

### 4. שיטות ההוראה והבחינה בבתי-ספר אקסטרניים

הבחינות הרגילות והאקסטרניות כמעט זהות, פרט לבחינה בספרות, שבה לאינטרניים יש בחירה בין מספר יותר גדול של יצירות. קיימים גם שני הבדלים נוספים: לנבחנים האקסטרניים אין בחינה בהבנת הנשמע בע"פ באנגלית ואין להם אופציה לעבודת גמר במקום בחינה. הבדל אחר קיים לאחרונה בעניין ההגרלה של הבחינות, החלה על התלמידים האינטרניים בלבד. יש בהסדר זה משום הפליה לרעה של התלמידים האקסטרניים: מסתבר שאין הם זכאים ליהנות מן ההגרלה, משום שאין ציוני מגן במערך האקסטרני, שיהוו תחליף-ציון לאותן הבחינות אשר ההגרלה פוטרת את התלמידים הרגילים מלהיבחן בהן. התלמידים האקסטרניים חסרים, אפוא, הן את "ציוני המגן" והן את האפשרות להיבחן במספר קטן יותר של בחינות. (יש לציין כי המערך האקסטרני רואה בהיעדר ציוני מגן לבחינות יתרון, אשר רוב התלמידים שלו נהנים ממנו).

לגבי מועדי הבחינות - במערך האקסטרני מקיימים מבנה סמסטריאלי: מכינים את הנבחנים לשני מועדים: חורף וקיץ. התלמיד

חופשי לבחור לפי רצונו את מועד הבחינה שאליה ייגש. זה יתרון של תלמידים אקסטרניים על פני האינטרניים. בתי-הספר אף הצביעו על יתרון זה כעל נקודה המשתלבת בהתלבטותם אם להפוך לחלק מן המערך האינטרני, שיהיה כרוך אז בויתור על קיום שני מועדים בשנה.

טענות שונות עלו לגבי אי מתן אפשרות לתלמידים אקסטרניים לכתוב עבודת גמר במקצועות שונים, וזאת בניגוד למדיניות המשרד לעודד הגשת עבודות באופן כללי. כמו כן נטען נגד ביטול האופציה של האקסטרניים להגיש תלמידים מצטיינים לבחינה ברמה של 5 יחידות בביוגיה. טענות אלו קשורות ליחסי הגומלין ואי-האמון השוררים בין משרד החינוך והמערכת האקסטרנית.

באופן כללי התקבל הרושם בקרב הצוות כי הדרישות מתלמידים במערך האקסטרני אינן פחותות, אלא שהן מתרכזות במקצועות של בחינות הבגרות. הפיקוח של בית-הספר על התלמיד די אינטנסיבי. בית-הספר קטן יותר. אסור, בדרך כלל, להיעדר ללא סיבה ויש מעקב אחר ההישגים בלמידה קודם למבחן החיצוני. יש הבדלים בשיטות ההוראה: מסבירים לתלמידים את החומר ולאחר מכן מכתיבים להם אותו. אם יש צורך - תלמידים מקבלים גם חומר מודפס. נמצא עוד כי בתי-הספר האקסטרניים מקיימים מערך יעיל של שיעורי עזר לתלמידים בודדים הזקוקים לכך.

היבט אחר הקשור לכך במידה מסוימת הוא הדגש על היחסים האישיים הנוצרים בין תלמידים ומורים במערכת האקסטרנית. צוין עוד לגבי המורים כי קיים אינטרס שהמורים העובדים באקסטרני יהיו טובים ביותר, היות שבכך תלוי הבסיס הכלכלי של בית-הספר. מורים בבתי-ספר לתלמידים אקסטרניים משתכרים טוב יותר, אך בדרך-כלל אין להם קביעות. מאפיין אחר שהוזכר לגביהם היה, שבדרך כלל, מורים בבתי-ספר אקסטרניים אינם מועסקים בהוראה בלבד. איפיון זה לא נתפס כחסרון, אלא אולי כיתרון בעל השלכה על המוטיבציה של מורים אלו להצליח בהוראה. אולי מערכת זו קולטת לתוכה גם נתח מהמורים שאינם קונפורמיסטיים ואינם משתלבים במערכת הכללית מסיבות שונות.

## 5. המלצות

כבר לפני עשור התריעו חוקרים<sup>1</sup> כי יש לזנוח את הגישה הדו-ערכית והמעורפלת של משרד החינוך אל בתי-הספר האקסטרניים לקטינים, ולגבש גישה עקבית וברורה כלפיהם. לצוות המומחים נראה שהצורך הזה קיים גם כיום, ואולי אפילו התחדד. במקום להתייחס אל בתי-הספר האקסטרניים כאל שכפול חיוור מסוג ב' של בתי-הספר האינטרניים, מומלץ שמשרד החינוך יחתור לחדד הבחנה פוזיטיבית בין שני סוגי בתי-הספר, שהתלמידים והוריהם יוכלו לבצע בחירה מושכלת ביניהם. אחד ממוקדי ההבחנה יכול לצמוח מהניסויים הנערכים כיום במגמה לאפשר לבתי-הספר האינטרניים להתבסס על הערכה אלטרנטיבית וציוני בגרות פנימיים, ללא בחינות בגרות חיצוניות (כמו למשל פרויקט 22). כאן יכולה להתחדד ההבחנה בין המערכת האינטרנית לבין האקסטרנית, כאשר זו האחרונה תמשיך ללמד נבחנים חיצוניים. כדי לממש את ייחודם של בתי-הספר האקסטרניים מול בתי-הספר הרגילים ולשלבם בהיערכות להעלאת שיעור הזכאים לתעודת בגרות בחברה בישראל מומלץ:

1. להתייחס להשגת תעודת הבגרות האקסטרנית כאל תהליך שיש בו מספר שלבים, ולתת מעמד פורמלי לכל אחד מהם<sup>2</sup>. במלים אחרות, מוצע שתינתנה תעודות "טרום בגרות א'", "טרום בגרות ב'", "טרום בגרות ג'" וכו' עד לתעודת בגרות מלאה. מצב כזה ייתן מעמד ביניים לתלמידים שהצליחו בחלק מהבחינות, ימנע את תיוגם כנכשלים, ויציג קריטריונים ברורים יותר להערכת האפקטיביות של בתי-הספר האקסטרניים לקטינים. את ההצעה הזאת ניתן ליישם גם לגבי מב"ר ולגבי מסגרות אחרות הנותנות הזדמנות שנייה.
2. בתי-הספר האקסטרניים יהיו רשאים בתי-הספר האקסטרניים לתת ציוני מגן שמשקלם יהיה עד 40 אחוז מציון הבגרות הסופי, בכפוף לבדיקת תוקפם על פי נוסחאות המשמשות את משרד החינוך לגבי בתי-הספר האינטרניים. במשרד החינוך קיימות נוסחאות לבדוק את מידת ההלימה בין ציוני המגן של בית-ספר כלשהו ובין הציונים שהתקבלו בו בבחינות הבגרות החיצוניות. אפשר לבצע זאת כמהלך הדרגתי: בתחילה לאפשר ציוני מגן שמשקלם יהיה 20 אחוז לעומת 80 אחוז ציוני הבחינה החיצונית, אחר-כך 30 אחוז לעומת 70 אחוז, ועד

- ליחס של 40 אחוז ל-60 אחוז. ברור שלשם כך יש לשכלל את תהליך המשוב הסמסטריאלי ולהעביר את ציוני בחינות הבגרות לבית-הספר האקסטרני ללא שיהוי.
3. יישמר בקפידה מבנה לימודים סמסטריאלי. הגמישות של בתי-הספר האקסטרניים בהעסקת המורים היא יתרון המקל על קיום מבנה סמסטריאלי, שהמערכת הרגילה מתקשה בו בגלל העסקה שנתית של מורים.
4. התלמידים ילמדו רק מקצועות שבהם הם ניגשים לבגרות, ובמבנה לימודים ממוקד. דהיינו: בכל סמסטר יתרכזו באופן בלעדי או מכריע בלימוד המקצועות שבהם ייבחנו בסוף אותו סמסטר.
5. הנבחנים האקסטרניים יוכלו ליהנות מכל האופציות שהמערכת מאפשרת להשגת תעודת הבגרות: יש לאפשר לכתוב עבודה במקום בחינה, יש להחיל את האופציה של ההגרלה במקביל להגרלה המופעלת במערכת האינטרנית, בכפוף לכך שהנושא של מתן ציוני מגן יטופל כמומלץ בסעיף 2. למשל, יש לאפשר להגיש תלמידים אקסטרניים מצטיינים ל-5 יחידות בביוג'יה, או בכל מקצוע אחר, ולא לצמצם אופציות אלה. זאת בכפוף לדרישות העומדות בפני כלל התלמידים כמובן.
6. לגבי אבחון לקות למידה במערכת החינוך:
- א. מומלץ שהקביעה לגבי איבחון לקות הלמידה תיעשה בשיתוף עם מומחים ללקות הלמידה מתחום החינוך המיוחד.
- II. בהמשך לכך, כדי להתמודד עם בעיית הבחינה של תלמידים בעלי לקות למידה, מומלץ למצוא מקצועות חדשים, שתלמידים אלו יכולים להצליח בהם. יש מקום לשקול גם הצעות נוספות, כמו למשל, שבחינות הבגרות לא תהיינה מוגבלות בזמן, או הצעות לגבי התייחסות לשגיאות כתיב, היכולות להיות ביטוי ללקות למידה, או אישור לשימוש במחשבון כיס בבחינות פסיכומטריות.
- III. יש לשלב המלצות אלה עם המלצות ועדת מרגלית לבדיקת סוגיית לקות הלמידה, היושבת על המדוכה בחדשים אלה.

<sup>1</sup>ענבר, ד. וסבר, ר. (1986): ההזדמנות השנייה ובתי-הספר האקסטרניים, המכון לחקר הטיפוח בחינוך, ביה"ס לחינוך, האוניברסיטה העברית בירושלים, פרסום 109.

<sup>2</sup> כאן אומצה הצעה של ענבר וסבר (שם, עמ' 165-166).

## שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים: סיכויים וסיכונים לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי

אורי אבירם\*

### 1. מבוא וסיכום

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל היתה אמורה להיכנס לתוקפה באחד ביוני 1995. היא נחשבת לאחד השינויים הגדולים שהונהג בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 והיא מהווה מפנה דרמטי בהשוואה לעבר, מאז ייסוד שירותי בריאות הנפש בישראל.<sup>a</sup>

לפי התכנית החדשה של ביטוח הבריאות הממלכתי נכללים שירותי בריאות הנפש, כולל טיפול אשפוזי וטיפול אמבולטורי במסגרת שירותי הבריאות להם זכאים אזרחי המדינה. הבסיס לרפורמה הונח על-ידי דו"ח הוועדה הממלכתית - ועדת נתניהו, שהוגש ב-1990 ועל-ידי דו"ח מבקר המדינה ב-1991. הדו"חות משקפים ביקורת ארוכת טווח על מערכת הספקת שירותי בריאות הנפש בישראל המבוססת על עבודות רבות. באופן כללי, הרפורמה נגזרה משיקולים פוליטיים וכלכליים ונקבעו כמה מטרות עיקריות: העברת כל ההספקה הישירה של שירותי הבריאות מסוכנויות ממשלתיות לארגונים לא-ממשלתיים, פתרון המשבר הכלכלי של קופת-חולים הכללית, ושליטה בגידול עלויות הטיפול הרפואי על-ידי הכנסת שיקולי שוק ומערכות טיפול מבוקר (managed care systems) לזירת שירותי הבריאות.

הרפורמה מנסה לגרום לשינויים משמעותיים ביותר במבנה מערכת שירותי בריאות הנפש ובדרך הספקתם במדינה. הצלחתה או כישלונה תלויים באופן שבו היא תיושם. הרפורמה היא עדיין בגדר תכנית, ותהליך

\* פרופ' אורי אבירם הוא מנהל ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד באוניברסיטה העברית בירושלים.

המחבר מבקש להודות לד"ר ענת זעירא ולהדס רוזן על הסיוע במחקר שהיה נדרש לכתבת נייר עמדה זה.

יישומה רק החל. למעשה, משרד הבריאות דחה את יישומה כבר מספר פעמים. הדחייה היתה בשל חילוקי דעות בין אגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, לבין קופת-חולים הכללית בנוגע לרמות קפיטציה וגובה המימון וכן בנוגע לעקרונות למימון מרכיבים שונים של מערכת הספקת השירות. הגירעון התקציבי של קופת-החולים והמשבר הכספי של מערכת הבריאות בכללותה, אשר התגלה לאחרונה במלוא חומרתו, עלול להיות גורם נוסף אשר יעכב את יישום הרפורמה המוצעת בתחום בריאות הנפש.

שירותי בריאות הנפש עוסקים בין היתר בתחום הסמים. הרשות למלחמה בסמים הוקמה ב-1988 כדי לתאם ולכוון המאמצים הממלכתיים לעיסוק בבעיות ההתמכרות. התחום הוא רחב ומחייב התייחסות מעמיקה, מעבר למסגרת שהותוותה למאמר זה.

המאמר עוסק במדיניות ובשירותי בריאות הנפש בישראל לאור הרפורמה בתחום. המאמר מתאר את המערכת בתקופה שלפני כניסת ההסדרים החדשים של הרפורמה לתוקפם והוא מספק בסיס השוואה לצורך הערכה עתידית של השינויים שיתרחשו כתוצאה מהרפורמה. סעיף 2 מתאר את התפתחות המערכת מבחינה כמותית, סעיף 3 עוסק בשירותי בריאות הנפש במוסדות וסעיף 4 עוסק בטיפול בקהילה. סעיף 5 דן בתחום של השיקום הפסיכיאטרי. סעיף 6 דן בסוגיות העכשוויות ובעיות המתמשכות של שירותי בריאות הנפש לאור הרפורמה, תוך הדגשת סיכויים וסיכונים הטמונים במדיניות החדשה.

#### **א. מאפייני הרפורמה**

- לרפורמה במערכת בריאות הנפש חמישה מאפיינים עיקריים<sup>b</sup>:
1. הכללת שירותי בריאות הנפש בסל שירותי הבריאות הבסיסיים המסופק על-ידי קופת-החולים לפי חוק ביטוח הבריאות הממלכתי החדש.
  2. הפיכת כל שירותי בריאות הנפש הממשלתיים והציבוריים ליחידות כלכליות עצמאיות הצריכות להתחרות על השגת חוזים עם קופת-החולים.
  3. ארגון אזורי (regionalization) של שירותי בריאות נפש במסגרת מנהלות בריאות אזוריות. על פי התכנית ימונה עבור כל אזור פסיכיאטר אזורי. הפסיכיאטר האזורי יתאם ויפקח על הספקת

- שירותי בריאות הנפש באזור, ויהיה גם בעל סמכויות משפטיות כפסיכיאטר מחוזי בהתאם לחוק הטיפול בחולי הנפש מ-1991.
4. ייסודה של קרן מיוחדת (בשם רו"ת - ראשי התיבות של רווחה ותקווה), הנשלטת ומנוהלת על-ידי הממשלה בכדי להבטיח טיפול בחולים פסיכיאטריים ממושכים שאושפזו ליותר משנה לפני שנכנסה הרפורמה לתוקף, וכן למימון טיפול זה.
5. ארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש בהתאם לשינוי התפקידים של משרד הבריאות. משרד הבריאות ישתחרר מהפעלתם הישירה של שירותי בריאות הנפש, ייטול על עצמו עמדת פיקוח ויהפוך לארגון הקובע מדיניות.

לפי הרפורמה המתוכננת הממשלה תשמור על תפקיד השירות הישיר שלה לגבי חולי נפש כרוניים. החלטה זו היתה פשרה שנגזרה מהתנגדות קופות-החולים שהיו מודאגות מהנטל הכלכלי של טיפול בחולי נפש כרוניים. כמו כן היא משקפת את דאגת הממשלה לרמת טיפול נאותה באוכלוסיית חולי הנפש הכרוניים המוגבלת ביותר. הממשלה דאגה שמא שיקולים כלכליים של קופות-החולים המנסות להפחית עלויות אשפוז, ישפיעו על רמת הטיפול באוכלוסייה זו. שיקול אחר בעניין זה היה מדיניות התעסוקה של הממשלה שניסתה להימנע ממשברים בתחום יחסי העבודה אשר היו עשויים להתעורר על רקע העברת חולים על-ידי קופות-החולים מבתי-חולים ממשלתיים למוסדות פחות יקרים.

מאחר שאחת הסיבות לרפורמה היתה בקרה על עלויות, קבע משרד האוצר שכלל ההוצאות לשירותי בריאות הנפש לא יעלה על הסכום שהוצא על שירותי בריאות הנפש (בערכים ריאליים) לפני יישום הרפורמה. כמחצית מההקצאה הכספית תועבר לקופות-החולים, בעוד שהסכום הנותר ינוהל על-ידי הממשלה באמצעות קרן רו"ת.

כפי שניתן לראות, הרפורמה נגזרה גם מגישה עקרונית לקידום טיפול מבוקר (managed care). מעצבי הרפורמה ציפו שהמעבר לשירותים המבוססים על תחרות חופשית על פי עקרונות כלכליים יסייע בפיקוח על עלויות, יפחית את ההתבססות על טיפול אשפוזי, יביא להגדלה בתכניות טיפול קהילתי, ובאופן כללי, ישפר את השירותים.

### ב. המלצות וחלופות למדיניות

כאשר אנו בוחנים את הרפורמה המוצעת עלינו להקדיש תשומת לב רבה במיוחד לחולי הנפש הכרוניים ולאלה שמצבם חמור וממושך. למרות הבטחות רבות שניתנו על-ידי מעצבי הרפורמה, נמצאת בסכנה של "נפילה בין הכיסאות" ואי קבלת השירות לו היא זקוקה.

**המלצה 1:** להקדיש תשומת לב מיוחדת לחולי הנפש שמצבם חמור וממושך.

הערכת המועילות והיעילות של הרפורמה תלויה בערכים ובאינטרסים של המעריך. רפורמה זו התקבלה משום שבנקודת זמן מסוימת נתפסה על-ידי קואליציה מסוימת של קבוצות אינטרסים שונות כמסוגלת להביא שינויים בהתאם למה שנחשב על-ידי כל אחד מהצדדים כתורם לערכיו או לאינטרסים שלו. עם זאת, התאמה של קבוצות אינטרסים עשויה להתגלות כ"ברית לא קדושה", אשר תתפרק עם השתנות הנסיבות או הסטת האינטרסים שלהן.

גם השינויים שחלו בשלטון במדינה בעקבות הבחירות במאי 1996 עשויים להיות בעלי השפעה מכרעת על יישום הרפורמה המוצעת. ההערכה הסופית האם הרפורמה היתה מוצלחת או לא חייבת להיעשות בהתאם לשיפור שיחול במערכת הספקות השירות ללקוחות מערכת בריאות הנפש ובאיכות חייהם. מאחר שהגדרת תחומה של מערכת בריאות הנפש הינה רחבה, והגדרת הלקוחות הזכאים רחבה אף היא, יש לקבוע סדרי עדיפויות. חולי הנפש שמצבם חמור ומתמשך חייבים להיות בראש סדר הקדימויות.

**המלצה 2:** להגדיר סדרי עדיפויות ליישום הרפורמה מבחינת הלקוחות.

פעולות מסוימות צריכות להינקט מראשית תהליך היישום בכדי להבטיח את הצלחת הרפורמה. יש להבטיח שבנוסף לשירותים רפואיים יסופק מגוון רחב של שירותים קהילתיים וחברתיים לחולי נפש כרוניים, שהם הלקוחות המוגבלים ביותר של מערכת שירותי בריאות הנפש. החברה אינה יכולה לקבל בפשטות את טענת מערכת הבריאות שהספקת שירותים אלו נתונה לאחריות מערכת הרווחה החברתית, אלא יש לשלב במערכת הבריאות לטובת חולי הנפש המוגבלים. כדי להימנע מ"בריחת" משאבים לכיוון חלקים בריאים יותר של אוכלוסיית הלקוחות, יש לאמץ אסטרטגיה של ייעוד משאבים לחולי נפש כרוניים. חולי הנפש הכרוניים

והמוגבלים זקוקים לשירותי ריכוז וניהול טיפול (case management) חזקים. הבטחת הספקתם של שירותים כאלו דורשת רמה גבוהה של תמיכה בהם.

**המלצה 3:** להבטיח שירותים בקהילה לחולי נפש כרוניים, שהם המוגבלים ביותר.

אחד היעדים המרכזיים של הרפורמה הוא לשנות במידה רבה את כיוון זרימת החולים מטיפול אשפוזי לטיפול קהילתי. הניסיון הוא לגרום לכך שרוב הטיפול האשפוזי יהיה אפיזודי-קצר ולא למשך כל החיים. בכדי לגרום לשינוי זה, על הטיפול הקהילתי להתמך במאמצים ארגוניים וגיבוי כספי רציני. לא ניתן לצפות מבתי-החולים הפסיכיאטריים להוביל את השינוי במיקום הטיפול. יש להקים סוכנויות טיפול קהילתיות שהינן בלתי תלויות בבתי-חולים מבחינה אדמיניסטרטיבית. כמו כן יש לספק תמריצים ארגוניים ותמיכה כלכלית לשחרור חולים ולמיקומם בקהילה.

**המלצה 4:** ליצור אי-תלות בין סוכנויות בקהילה לבין בתי-החולים. לאור העובדה שסטיגמה עדיין פוגעת בהספקת שירותי בריאות נפש וכי חלק גדול באוכלוסייה המוגדר כזקוק לשירותי בריאות נפש אינו מקבל טיפול זה, יש לפתח אסטרטגיות חדשות להספקת שירותי בריאות נפש.

**המלצה 5:** לשפר הנגישות והזמינות של השירותים. הגבלת ההפניות לשירותי בריאות הנפש לאלו הנעשות על-ידי רופאי משפחה בלבד עלולה לפגוע במימוש מטרה זו של הרפורמה.

**המלצה 6:** להימנע מהגבלה של הפניה על-ידי רופא משפחה. ספק רב האם תחרות כלכלית וגישת שוק חופשי עשויות להוביל לטיפול פסיכיאטרי ולמערכת הספקת שירותי בריאות נפש למוגבלים ולחלשים ביותר מבין חולי הנפש. אין הממשלה יכולה לסמוך באופן בלעדי על חקיקה ועל סמכויות הבקרה שלה. עליה לשמור על שליטה כספית מסוימת ועל משאבים מיוחדים שצריכים להיות מכוונים או מוסטים כלפי אזורים או משימות מיוחדים שגישת שוק חופשי עלולה להזניח.

**המלצה 7:** לגבי החלשים ביותר מבין חולי הנפש - הממשלה אינה יכולה להשאיר התחום לשוק החופשי.

לבסוף, מן הראוי לפתח קבוצות סינגור חזקות של לקוחות ואזרחים, שתהיינה בלתי תלויות באנשי מקצוע, בבירוקרטיה ובממשלה. רק חוסר

תלות כספית וארגונית מוחלטת בממסד עשויה לתרום לכך שהאינטרסים של חולי הנפש יקבלו מענה נאות.

**המלצה 8:** לפתח קבוצות סינגור בלתי תלויות של לקוחות ואזרחים. שינויים ושיפורים בטיפול בחולי הנפש בישראל דורשים פעולה מכוונת בתהליך יישום הרפורמה. מגמות המדיקליזציה והעמדה החזקה של בית-החולים הפסיכיאטרי במערכת, עלולים לפגוע בתהליך הרפורמה ולעכב את תהליך שינוי המערכת לכזו המדגישה טיפול קהילתי ושירותים מקיפים אפקטיביים לחולי הנפש הקשים והכרוניים, הנזקקים ביותר לשירותים אלו.

## 2. התפתחות המערכת

### א. כללי

שירותי בריאות הנפש נוטלים כ-12 אחוז מתקציב הבריאות של המדינה. 6,750 איש, בממוצע, מאושפזים כיום ב-33 מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי וכ-100,000 איש קיבלו טיפול נפשי אמבולטורי במהלך 1995. שירותים אלו ניתנים על-ידי מערך של כ-60 מוסדות למתן שירותי בריאות נפש אמבולטוריים וכ-120 שירותי בריאות נפש אחרים בקהילה, כמו יחידות לטיפול יום, מועדונים חברתיים, דיור מוגן ושירותי שיקום.

שירותי בריאות הנפש לא היו אמנם בראש סדר הקדימויות הציבורי, אך מוגבלותם ופגיעותם של חולי הנפש ואיכות השירותים המסופקים להם היוו, מעת לעת, מקור לדאגה ציבורית. השירותים, במיוחד אלו המיועדים לחולים שמחלתם חמורה וממושכת, סופקו ישירות על-ידי בתי-חולים ממשלתיים ומוסדות ממשלתיים אחרים. רוב השירותים שסופקו על-ידי מוסדות אחרים מומנו גם הם על-ידי הממשלה.

במהלך השנים הראשונות לקיום המדינה התמקדו המאמצים העיקריים בהגדלת מספר המיטות הפסיכיאטריות ובארגון שירותי האשפוז הפסיכיאטרי. במהלך שנות הששים, כאשר ירד מספר העולים לארץ וחל שיפור בתנאים הכלכליים, עברה תשומת הלב לשירותים אמבולטוריים. מספר המרפאות האמבולטוריות כמעט הוכפל בין השנים 1965 ו-1977. תכניות לטיפול יום הפכו זמינות יותר. במהלך שנות השבעים הוכפל פי 3 מספר המיטות ביחידות לטיפול יום, וב-1985 הוא עלה על 1000. למרות ששירותי מעקב, שיקום, ותכניות טיפול קהילתי לחולי נפש ממושכים הוצהרו כמטרות של שירותי בריאות הנפש כבר

בראשית שנות השבעים, רק בשנות השמונים ניתן היה להבחין בפעילות כלשהי בתחום זה.

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות חלה ירידה במספר המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים ובשיעורם באוכלוסייה. בסוף 1996 היו 6,900 חולים במוסדות פסיכיאטריים לעומת כ-9,000 ב-1978. שיעור המאושפזים לאלף באוכלוסייה ירד בכ-50 אחוז: מ-2.7 במחצית השנייה של שנות הששים ל-1.2 לאלף ב-1996. ירידה מרשימה פחות ניתן לראות במספר הקבלות לבתי-חולים פסיכיאטריים: בשנות השמונים, בין 1981 ו-1988, ירד מספר הקבלות בכ-15 אחוז, אולם הוא עלה שוב בשנים האחרונות והגיע לכ-16,000 קבלות במהלך 1995 ולכ-15,600 ב-1996. על-פני תקופה ארוכת טווח יותר, בין 1973 ל-1988, ירדו שיעורי הקבלות בכ-36 אחוז מ-3.9 ל-2.5 לאלף תושבים. העלייה של השנים האחרונות, בין 1988 ל-1996, הביאה לשיעור קבלות של 2.8 לאלף במהלך 1996, הנובעת מעלייה במספר הקבלות החוזרות.<sup>5</sup>

הירידה באשפוזים מוסדיים (inpatient hospitalizations) דומה למגמות במדינות אחרות, בריטניה, וארצות-הברית לדוגמא, שבהן היו קיימות נטיות לאל-ממסוד (deinstitutionalization) במהלך 30 השנים האחרונות. השינויים הללו יוחסו למספר גורמים - דמוגרפיים, חברתיים, וכן גם קליניים (השינוי שחל במגמה זו בשנים האחרונות יוחס בעיקר לשיעורי הקבלה הגבוהים יותר של העולים החדשים מבריה"מ לשעבר).

מספר המאושפזים בטיפול יום פסיכיאטרי עלה מ-300 בשנת 1970 ל-2,070 ב-1996. צמיחה דומה התקיימה בשירותים האמבולטוריים. בנוסף לכך, במהלך העשור האחרון עלה מספרם של שירותי השיקום, המועדונים החברתיים, המגורים בקהילה והסדנאות המוגנות.

### ב. תקציבים והוצאות

באופן יחסי, ישראל הוציאה פחות על שירותי בריאות הנפש מאשר על שירותים רפואיים אחרים. בעוד שמספר המיטות הרפואיות הכלליות בארץ ב-1993 היה גבוה פי 1.8 מאשר מספר המיטות הפסיכיאטריות, שיעור ההוצאות על אשפוז רפואי כללי היה גבוה כמעט פי 10 מאשר לאשפוז פסיכיאטרי. נתונים בנוגע לעלות ממוצעת ליום אשפוז מגלים פערים דומים. על פי מדד של 100, המייצג את העלות העכשווית הממוצעת ליום אשפוז עבור כל בתי-החולים, העלות הממוצעת ליום

בבית-חולים פסיכיאטרי ב-1994- היתה 38.8 בהשוואה ל-174.0- בבתי-חולים כלליים.

לשירותי בריאות נפש הוקצו 11.5 אחוז מהתקציב הכללי של משרד הבריאות ל-1993-. סכום זה היה מקביל ל-135- מיליון דולר. אין נתונים השוואתיים לגבי התקציבים לשירותי בריאות הנפש המסופקים על-ידי מגזרים אחרים. הערכה גסה של כלל ההוצאות לאשפוז פסיכיאטרי מגיעה לסכום שנתי הנע בסביבות 170 מיליון דולר.

שירותי בריאות נפש הינם הסעיף השני בגודלו של עלויות ישירות (שאינן מותנות בהכנסה ממקורות חיצוניים) בתקציב משרד הבריאות. הממשלה מפעילה כ-60- אחוז מהאשפוז הפסיכיאטרי בארץ והינה אחראית למימוןם של למעלה מ-80- אחוז מהשירותים הללו. שיעור זה שונה למדי בהשוואה לחלקה של הממשלה בהפעלת כלל ההוצאות הרפואיות ומימוןן. ב-1993-, הממשלה היתה אחראית להפעלת כ-20- אחוז מכלל הוצאות שירותי הבריאות. היא היתה אחראית למימון 44 אחוז מהוצאות אלו.

לגבי התפלגות התקציב בין שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים: שירותי אשפוז פסיכיאטריים מקבלים 90.4 אחוז מתקציב הממשלה לשירותי בריאות נפש. מבלי לכלול מינהל מרכזי ושירותים מרכזיים, שירותי אשפוז מקבלים חלק גדול אף יותר מהתקציב (93.5 אחוז). לשירותי בריאות נפש קהילתיים מוקצים כ-5- אחוז מהתקציב הכולל. מקור אחר קבע כי ההקצאה עבור שירותי אשפוז הינה 84 אחוז מהתקציב. ייתכנו שני גורמים המסבירים הבדל זה. ראשית, בתי-חולים מספקים שירותים קהילתיים מסוימים למרות ששירותים אלו אינם מופיעים כסעיף תקציבי נפרד. ההערכה היא כי למעלה מרבע מהשירותים הקהילתיים מסופק ומנוהל על-ידי בתי-חולים. שנית, חלק גדול יותר של שירותי בריאות הנפש הנרכשים על-ידי הממשלה מהמגזר הציבורי (מוסדות שלא למטרת רווח) מוקצה לשירותי בריאות נפש קהילתיים. כרבע מתקציב משרד הבריאות ל-1996- יועד לסעיף זה. כרבע מהסכום הכולל לסעיף זה יועד לשירותים קהילתיים, ו-4.5- אחוז למרפאות גמילה. השיעור הגבוה של תקציבי שירותי בריאות נפש המוקצה לשירותי אשפוז עומד בניגוד חריף לחלוקה בין טיפול אשפוזי ואמבולטורי בתקציבי שירותי הבריאות הכלליים והוצאותיהם. הוצאות עבור שירותים רפואיים אמבולטוריים ורפואה מונעת הינן גבוהות במעט

יחסית לאלו שנועדו לטיפול בבית-חולים כללי (34 ו-301 - אחוז בהתאמה). החלוקה הלא שווה של תקציב בריאות הנפש היתה קיימת מאז ומתמיד.  
**ג. כוח אדם**

שירותי בריאות הנפש בישראל מעסיקים כ-6,250 שווי ערך משרות מלאות (מאי 1996). כ-10 אחוז רופאים, כ-30 אחוז אחיות, כ-8 אחוז פסיכולוגים, 5.4 אחוז עובדים סוציאליים, 5.3 אחוז מרפאים בעיסוק, ו-42 אחוז עובדים לא-מקצועיים, כולל תורנים, סייענים, אנשי תחזוקה וכוח אדם מינהלי. כמחצית מכוח האדם בתחום מועסק ישירות על-ידי משרד הבריאות. רק כ-9 אחוז מכלל המועסקים בתחום על-ידי משרד הבריאות היו בשירותי בריאות נפש קהילתיים.

הכשרת אנשי מקצוע לשירותי בריאות נפש קהילתיים נתקלה בקשיים. נראה כי אנשי מקצוע מעדיפים את שירותי בריאות הנפש האשפוזיים ואת השירותים האמבולטוריים המסורתיים יותר. בקרב עובדים סוציאליים נחשבים שירותי בריאות נפש כמקום רצוי לתעסוקה. לעומת זאת, אחוז קטן מאד (קטן בהרבה מאשר בארצות-הברית) של בוגרי בתי-ספר לרפואה בישראל בוחרים להתמחות בפסיכיאטריה, ורוב הפסיכיאטרים בישראל הינם מהגרים מאירופה או ארצות-הברית. מאחר שכמחצית מהאוכלוסייה בישראל היא ממוצא מזרחי (אסיה או אפריקה), הדבר יוצר פער תרבותי בין חולים לרופאים. פערים דומים התפתחו בנוגע לניצולי שואה ומשפחותיהם. במשך שנים רבות זכתה הבעיה רק לתשומת לב קטנה.

במהלך העשור האחרון התרחשו כמה שינויים בכמות כוח האדם בתחום בריאות הנפש ובהתפלגותו. מאז 1979 מספר הרופאים, האחיות ואנשי צוות מקצועיים אחרים גדל, בעוד מספר אנשי התחזוקה והמנהל נשאר זהה. אם מספר אנשי המקצוע המועסקים בשירותי בריאות נפש, ושיעורם בהשוואה לעובדים לא-מקצועיים, מהווה מדד כלשהו לאיכות השירותים, הרי שחל שיפור בשירותי בריאות הנפש בעשור האחרון. לאור העובדה שבמהלך אותה תקופה ירד באופן משמעותי מספר המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, השינויים במספר אנשי הצוות המקצועיים והלא מקצועיים והתפלגותם הינם מרשימים אף יותר.

עם זאת, עיקר העלייה במספר אנשי הצוות חלה בשירותי אשפוז (לוח 5). אילו הכסף היה עובר אחר החולים לקהילה, הירידה של 22 אחוז במספר המאושפזים בכל בתי-החולים הפסיכיאטריים בין השנים 1979 ו-1993 היתה מביאה לשינוי קיצוני בהקצאות התקציב וכוח האדם

לשירותי בריאות נפש קהילתיים. במקום הקצאת 5 או 6 אחוז מהתקציב לשירותים קהילתיים, ההוצאות לשירותים קהילתיים היו יכולות להיות גבוהות בלמעלה מפי ארבע.

#### ד. ביטוח נכות והבטחת הכנסה

חוק הנכות, שיושם ב-1974, היה בעל השפעה גדולה ביותר על השירותים לחולי הנפש. ההשפעה שלו על מערכת שירותי בריאות הנפש הינה בעלת שלושה ממדים:

1. החוק סיפק קצבאות הבטחת הכנסה לחולי נפש מוגבלים.
  2. החוק קבע הקמתם של שירותי שיקום במוסד לביטוח לאומי, מימן אותם בעזרת חלק מכספי המבטחים, והציע שירותי שיקום לחולי נפש העונים על קריטריון הזכאות שנקבע בחוק ובתקנות.
  3. החוק הביא לייסודה ולמימונה של הקרן לפיתוח שירותים לנכה, אשר הפכה לאחת ממקורות המימון העיקריים לתכניות חדשות וחדשניות בתחום שיקום חולי נפש.
- זכאות לקצבאות נכות מבוססת על נכות רפואית ואובדן יכולת השתכרות. נכות רפואית של 40 אחוז ויותר, וכתוצאה מכך אובדן יכולת השתכרות של 50 אחוז לפחות הינן דרישות המינימום לזכאות לקצבאות נכות.

במרץ 1996, כ-30,000 איש קיבלו קצבאות ביטוח נכות בשל סיבות פסיכיאטריות. הם היוו כ-30 אחוז מכלל צרכני ביטוח נכות בארץ. כשלושה רבעים מקבוצה זו הוגדרו על-ידי הסטנדרטים של הביטוח הלאומי כזכאים לקיצבה צמיתה<sup>d</sup> (על בסיס קבוע).

בית-חולים פסיכיאטרי, שבו אדם היה מאושפז למשך שלושה חודשים או יותר, זכאי ל-80 אחוז מקצבת הנכות של אותו אדם. החולה זכאי ל-20 אחוז הנוותרים. בשנים האחרונות קצבאות נכות הפכו לחלק נכבד מתקציבי בתי-החולים. ניתן לתהות האם סידור כספי זה אינו פוגע בתמריץ הכספי של בית-החולים מלנסות לשחרר חולים מוקדם ככל האפשר. מינהל הביטוח הסוציאלי בארצות-הברית אינו מתיר מימון מוסדות פסיכיאטריים באמצעות קצבאות נכות בשל חשש מתמריץ שלילי למוסדות אשר עלול לעכב או למנוע שחרור חולים.

### 3. טיפול מוסדי - שירותי האשפוז

טיפול מוסדי פסיכיאטרי מסופק בעיקר על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים ומחלקות אשפוז פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים. קיים שוני בין יחידות אלו בנוגע לסוג הטיפול, מאפייני החולים, עלויות, צוות, כוח אדם, ורמת הטיפול. בסוף 1993 היו 40 מוסדות אשפוז פסיכיאטרי בארץ (לוח 2). לפי נתונים לסוף 1996 (לא מופיעים בלוח 2) חלה ירידה ל-33 מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי. מחצית מהמיטות הן בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, כ-40 אחוז מהמיטות במוסדות פסיכיאטריים פרטיים (למטרת רווח) (לוח 3). מאחר שהממשלה משלמת עבור רוב החולים בבתי-חולים פרטיים ואף מפקחת על בתי-חולים אלו, ניתן לומר כי כ-90 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות בארץ הן ממשלתיות.

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות, למרות גידול האוכלוסייה הכללית במדינה, ירד מספר מוסדות האשפוז הפסיכיאטרי, כמו גם מספר המיטות הפסיכיאטריות. בין 1980 ל-1996 ירד מספר המוסדות בשליש, מ-50 ל-33 מוסדות. הירידה הגדולה חלה במספר בתי-חולים הפרטיים. בסוף 1996, היו מיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל.

כיום, ערב הרפורמה, מעל לשליש (39 אחוז) מהמיטות הפסיכיאטריות הן מיטות לטיפול ארוך טווח, כרבע (24 אחוז) לטיפול פעיל, 15 אחוז לפסיכו-גריאטריה, 10 אחוז מיטות לשיקום, 6 אחוז לילדים ומתבגרים, 3 אחוז במחלקות פסיכיאטריות של בתי-חולים כלליים, 2 אחוז מיטות אחרות ואחוז אחד לטיפול חירום, מיון ועזרה ראשונה. מיטות פסיכיאטריות אינן מתחלקות באופן שווה ברחבי המדינה. באזורי המרכז יש באופן יחסי הרבה יותר מיטות מאשר באזורי הצפון והדרום (מצב זה היה נושא לדאגה ציבורית וצוין בדו"ח ועדת נתניהו ובדו"ח מבקר המדינה לשנת 1991).

#### א. טיפול פעיל וטיפול ארוך טווח

למעלה משני-שליש מהחולים בבתי-חולים פסיכיאטריים ב-1995 היו בטיפול ארוך טווח (מדובר באשפוז למשך למעלה משנה). בסוף 1995 היה מספרם 4,578. שיעור התפוסה בבתי-חולים הפסיכיאטריים היה 90 אחוז ומספר ימי האשפוז הממוצע עבור אלו ששוחררו במהלך השנה היה 134 ימים. מספר זה מציין ירידה ביחס לעבר, שהיא משמעותית במיוחד עבור המאושפזים פחות משנה.

המחלקות הפסיכיאטריות בבתי-החולים הכלליים ובתי-החולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים הכללית מספקים בעיקר שירותי אשפוז פסיכיאטרי למקרים חריפים (acute). כ-40 אחוז מהקבלות לשירותי אשפוז פסיכיאטרי במהלך 1988 היו במסגרת מוסדות אלו, הכוללים רק כ-10 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות במדינה. בבתי-חולים כלליים מתקיימים רק 4 אחוז מהטיפול האשפוזי. יחס זה נמוך יותר מאשר במדינות אחרות.

בתי-החולים הפסיכיאטריים הפרטיים מספקים בעיקר טיפול ארוך טווח. למרות שקרוב ל-40 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות במדינה הן בבתי-חולים אלו, חלקן היחסי בכלל הקבלות הפסיכיאטריות בשנה היה רק 1.4 אחוז ב-1993. לאחרונה התקבלה החלטה במסגרת מדיניות חדשה של משרד הבריאות הקובעת שאין לעודד קבלות חדשות לבתי-חולים פרטיים. 96 אחוז מהחולים בבתי-חולים אלו מאושפזים לתקופות ארוכות העולות על שנה. איכות הטיפול בחלק ממוסדות אלו העלתה, מעת לעת, דאגה ציבורית, והיו שהגדירוה אף כחרפה.

### **ב. קבלות לבתי-חולים וחולים באשפוז**

שיעור הקבלות (כולל ביחידות טיפול יום) ב-1994 היה 3.2 לאלף נפש באוכלוסייה הכללית. שלושה רבעים מהן היו קבלות חוזרות, כ-55 אחוז מכל הקבלות היו גברים, וכרבע היו גילאי 18-24. מספר הקבלות בשנה למיטה אחת עלה ברבע בין 1988 ל-1993, והגיע ל-2.34. שינוי זה משקף ירידה במספר המיטות, עלייה במספר הקבלות ותקופות אשפוז קצרות יותר. שיעור הקבלות הראשונות לא השתנה מאז 1986 ועומד על 0.7 לאלף נפש באוכלוסייה. בשיעור הקבלות החוזרות נרשמה עלייה קלה ב-1995 לעומת השנה הקודמת והוא עומד על 2.1 לאלף.

שיעור המאושפזים לאלף נפש באוכלוסייה היה 1.3 ב-1994. הקשישים (+65) היוו כמעט רבע מאוכלוסיית המאושפזים, שיעור הגבוה פי 2.5 מחלקם באוכלוסייה הכללית. 35 אחוז נוספים היו מגילאי 45-64. מספרם הכללי של ימי האשפוז ב-1995 היה כ-2.3 מיליון ימים. בנוסף לכך סיפקו היחידות לטיפול יום קרוב ל-40,000 ימי טיפול.

לגבי בתי-החולים הפרטיים - כמעט 60 אחוז מהקבלות בהם היו של גילאי +65. כ-60 אחוז מהקבלות הראשונות לבתי-חולים אלו אובחנו כמצבים אורגניים, בהשוואה לכ-9 אחוז, שהוא השיעור שמהווה קטגוריה אבחנתית זו מכלל הקבלות הפסיכיאטריות בארץ (1988). נתונים אלו

מדגישים את העובדה שבת-חולים הפרטיים מותאמים בעיקר לטיפול בחולים כרוניים, הזקוקים לטיפול ארוך טווח.

### ג. אשפוזים כפויים

רוב הקבלות לבתי-חולים פסיכיאטריים בארץ הינן בהסכמה (82 אחוז). כ-14 אחוז התקבלו שלא בהסכמה כהוראות אשפוז (על פי דין אזרחי), ו-41 אחוז אושפזו לפי צווי אשפוז (על פי דין פלילי). אשפוז כפוי אזרחי מוגדר על-ידי החוק הישראלי כנופל בתחום הסמכות של הרפואה. החוק מסמך פסיכיאטרים מחוזיים שמונו במיוחד לשם כך להורות על הוראות אשפוז. עם זאת, במצבי חירום ניתן לאשפוז בכפייה גם ללא הוראת אשפוז, גם אם יש לשחרר בתוך 48 שעות, אלא אם מוצאת הוראת אשפוז במהלך פרק זמן זה. כ-70 אחוז מהאשפוזים הכפויים האזרחיים התקבלו עם הוראת אשפוז שהוצאה על-ידי פסיכיאטר מחוזי, בעוד שהיתר התקבלו כמקרי חירום על-ידי מנהל מוסד אשפוז. כ-75 אחוז מהמאושפזים על פי צו של בית משפט התקבלו לצורך הסתכלות.<sup>6</sup>

### ד. קטגוריות אבחנתיות וכרוניות

סקיזופרניה היא הקטגוריה האבחנתית העיקרית בקרב המתקבלים למוסדות האשפוז הפסיכיאטרי בישראל; 55 אחוז סווגו בקטגוריה זו. הפרעות אפקטיביות מהוות את הקטגוריה השנייה בגודלה, הכוללת 14 אחוז מכלל הקבלות. רק 2.6 אחוז מהחולים לא היו כלל בעלי אבחנה פסיכוטית כלשהי. אין מידע מדויק בנוגע לשיעור חולי הנפש הכרוניים בארץ. "כרוניות" הינה תלוית הגדרה, והיא משתנה בהתאם לגישה תיאורטית ולפרשנות של ממצאים. ההערכה היא שמספרם הכללי של חולי הנפש הכרוניים (בגילאי 18-64) בישראל הוא כ-36,000 וכי בכל יום נתון במשך השנה קרוב ל-90 אחוז מהם נמצאים בקהילה. ממצא זה מדגיש את חשיבות הספקתן של תכניות טיפול קהילתי לקבוצת אוכלוסייה זו.

נתונים לגבי אורך שהייה של חולים בבתי-חולים פסיכיאטריים מגלים כי בסוף 1995 למעלה משני-שלישים מהם היו מאושפזים לתקופה העולה על שנה, וכמחצית מאושפזים למשך 5 שנים או יותר. כ-65 אחוז מכלל ימי האשפוז במוסדות פסיכיאטריים במדינה במהלך שנה אחת (1993) היו עבור חולים שהוגדרו כממושכים (מעל שנה באשפוז). כשלושה עשר אחוז מן החולים הממושכים היו בני 65 ומעלה.

### ה. משך האשפוז

בין 1970 ל-1995- ירד שיעור ימי האשפוז לאלף נפש באוכלוסייה הכללית ב-55 אחוז, מ-915 ל-407 ימים. משך השהות הממוצע לאלו ששחררו ממוסדות אשפוז פסיכיאטרי ירד מ-155 ימים ב-1970 ל-135 ימים ב-1993-

בשנים האחרונות, בכדי לאפשר שחרור חולים מאשפוז לקהילה, התחילו שירותי בריאות הנפש בפרויקטים רחבי היקף של שימוש בקלואאפיף<sup>1</sup> לצורך טיפול במאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים. בנוסף לכך, החלו שירותי בריאות הנפש במבצע רחב של הערכה מחדש של חולים ממושכים וזאת כדי להעריך האם הם עשויים להיות מוכנים לשחרור.

### 4. שירותים בקהילה

יש המייחסים את הירידה במספר האשפוזים הפסיכיאטריים ושיעורם במהלך העשור האחרון להתפתחות שירותי בריאות נפש בקהילה. הוספת מרפאות קהילתיות, יחידות לטיפול יום, מרכזי בריאות נפש קהילתיים ומספר שירותי מעקב ושיקום אכן שינתה את אופי שירותי בריאות הנפש בישראל. עם זאת, יש צורך במחקרים להערכת השפעתם של שירותים אלו על הירידה במספר המאושפזים, ותרומת התפתחות שירותי בריאות הנפש בקהילה לשירותי בריאות הנפש בכלל.

התפתחותם של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בארץ הינה מעטה מהדרוש, פחותה מהרצוי, ונופלת ממה שאפשר היה להשיג. עמדה זו משקפת את דו"ח מבקר המדינה (1991), את דו"ח ועדת נתניהו, ואת דעתו של ראש שירותי בריאות הנפש, אשר ציין כי בין רבע לשליש מהמאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים היו יכולים להשתחרר לקהילה. גם חלוקת תקציבי שירותי בריאות הנפש משקפת זאת. רק חלק קטן (16 אחוז בהערכה גבוהה) מתקציב בריאות הנפש הוקצה לשירותים קהילתיים.

סקר שימוש בשירותי בריאות הנפש בארץ ב-1986- הצביע על כך ש-68 אחוז מהמגעים במערכת בריאות הנפש, שהתקיימו בשבוע הסקר, היו במוסדות קהילתיים. מאחר שהסקר היה מוגבל למוסדות בריאות נפש ומאחר שחולים רבים מקבלים טיפול משירותים חברתיים ומשירותי שיקום אחרים, כמחלקות המקומיות לשירותים חברתיים ושירותי הביטוח הלאומי או מאנשי מקצוע עצמאיים בתחום בריאות הנפש, ניתן

לסכם כי מספר האפיזודות הטיפוליות של חולי נפש בקהילה גדול יותר באופן מהותי. רוב השירותים הקהילתיים שאינם אשפוזיים סופקו על-ידי מרפאות אמבולטוריות, המייצגות כ-81 אחוז מקשרי הטיפול בחולים במהלך שבוע הסקר. יחידות לטיפול יום מספקות כ-10 אחוז ומועדונים חברתיים 4.5 אחוז. שיעור הייעוץ הנפשי היה כ-5 אחוז מהמגעים הטיפוליים של החולים בשבוע הסקר. כמחצית מהחולים המקבלים טיפול במוסדות קהילתיים היו בעלי אבחנות פסיכוטיות, אבחנות אפקטיביות או אורגניות, או קיבלו קצבת ביטוח נכות. קבוצה זו נחשבה באופן כללי לקבוצה של חולים מוגבלים ותלותיים. האחרים דורגו כפחות מוגבלים. ייעוץ פסיכיאטרי סופק במהלך 1994 ב-17 מבין 21 בתי-החולים הכלליים בארץ. שירותים אלו היו זמינים גם למקרי חירום.

#### א. טיפול יום

בסוף 1993 היו 1,906 חולים שקיבלו טיפול ב-34 יחידות לטיפול יום. מספרן הכולל של המיטות היה 1,218. 70 אחוז מהיחידות לטיפול יום וכ-80 אחוז מהמיטות לטיפול יום היו במוסדות אשפוז או נוהלו על-ידם. כ-75 אחוז מהמיטות לטיפול יום היו במוסדות ממשלתיים. מספר המיטות לטיפול יום עלה באופן עקבי מאז 1970 ובעשור האחרון (מ-1983) עלה מספר המיטות ב-25 אחוז, מ-975 ל-1218.

טיפול יום מסופק בעיקר על-ידי מוסדות ממשלתיים ומוסדות של קופת-חולים הכללית. שיעורם של חולי יום יחסית למאושפזים היה גבוה יותר במוסדות קופת-חולים מאשר במוסדות ממשלתיים. בסקר שנערך ב-1986 התברר כי 80 אחוז מהחולים בטיפול יום היו מבוגרים, 11 אחוז קשישים, 6 אחוז מתבגרים ו-3 אחוז ילדים. חל שינוי בשיעור החולים בטיפול יום בהשוואה למספר המאושפזים הכללי, מ-10 אחוז ב-1980 ל-27 אחוז ב-1993. שינוי זה הינו תוצאה של ירידה במספר המאושפזים ועלייה במספר החולים בטיפול יום במשך תקופה זו. עם זאת, בעוד ששיעור המאושפזים באוכלוסייה הכללית ירד מ-2.2 לאלף נפש ב-1980 ל-1.2 ב-1996, השינויים בשיעורי החולים בטיפול יום היו קטנים בהרבה, מ-0.3 ל-0.4 לאלף נפש באוכלוסייה הכללית במהלך אותה תקופה.

### ג. שירותים אמבולטוריים

כ-100,000 נפש, או 19 מתוך כל אלף באוכלוסייה, קיבלו טיפול אמבולטורי במהלך 1995. 45 אחוז מביניהם היו קבלות חדשות. מספרן הכולל של מרפאות החוץ (כולל סניפי מרפאות) עלה כמעט ב-50 אחוז בשנים האחרונות, מ-62 ב-1988 ל-90 ב-1993 (לוח 4). בערך שני-שלישים ממוסדות אלו ממוקמים בקהילה בעוד שהיתר נמצאים במוסדות אשפוז, או קשורים אליהם. הצמיחה במגזר זה עשויה לשקף בחלקה את היערכותה המחודשת של המערכת בציפייה לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי.

עד לאחרונה, לפני הרפורמה, סופקו שירותים אמבולטוריים ללא תשלום. מדיניות חדשה אשר בוצעה רק באופן חלקי ביותר, קבעה תשלום נמוך עבור השירות. החלטות בנוגע לסוג טיפול ולמישכו היו נתונות לשיקול דעתה של כל מרפאה.

מידע בנוגע למספר החולים המקבל שירותי בריאות נפש אמבולטוריים ומאפייניהם הינו מקיף פחות מהמידע המקביל בנוגע למאושפזים. הנתונים לגבי טיפול אמבולטורי מבוססים בעיקר על הסקר מ-1986 בנוגע לשימוש בטיפול פסיכיאטרי במגזר הציבורי. אין בנמצא נתונים על השימוש בשירותי בריאות נפש אמבולטוריים פרטיים. נתוני הסקר משקפים כהלכה את היקף הדרישות לסוג זה של שירותים ואת ההחלטות המקצועיות והאדמיניסטרטיביות בנוגע לטיפול אמבולטורי, בתקופה שהטיפול ניתן ללא תשלום, וקודם להנהגת אמצעי בקרה בשל שיקולים כספיים ואדמיניסטרטיביים בעקבות הרפורמה. על פי הערכה שנעשתה, המספר הכולל של ביקורים בשירותים האמבולטוריים לבריאות הנפש התקרב ב-1995 למיליון.

בהתבסס על הסקר נעשתה הערכה<sup>8</sup> של דפוסי השימוש בשירותי בריאות נפש אמבולטוריים לגבי מבוגרים (+18) במדינה. רובם (55 אחוז) היו בקבוצת הגיל 25-44. הקשישים (+65) היו רק 8 אחוז ממקבלי השירותים. כ-70 אחוז מהקבלות החדשות לטיפול מרפאתי סיימו את הקשר עם המרפאה לאחר ממוצע של 6-8 ביקורים. יחד עם זאת, כ-75 אחוז מהמטופלים במרפאות ב-1995 היו מטופלים עם למעלה מעשרה ביקורים מרפאתיים במהלך השנה. מחצית מהם היו עם 21 ביקורים ויותר.

האוכלוסייה המטופלת במרפאות היתה מחולקת באופן כמעט שווה בין אלו עם הפרעות פסיכוטיות ואפקטיביות, לאלו המאובחנים עם

הפרעות נייורוטיות והפרעות אישיות. כמחצית מהמגעים של קבוצת בעלי ההפרעות הפסיכוטיות והאפקטיביות היו לצורך מעקב רפואי תרופתי, בהשוואה ל-10 אחוז בלבד מהמגעים עם הקבוצה השנייה. כשלושה רבעים מהמגעים של קבוצה זו מוגדרים כתרפיה אישית, משפחתית או קבוצתית. כשליש מהאוכלוסייה האמבולטורית התקבל בעקבות הפניות עצמיות, 23 אחוז הופנו על-ידי שירות בריאות נפש, 31 אחוז על-ידי שירותי בריאות כלליים. שלישי היו בעלי היסטוריה של אשפוז פסיכיאטרי ולכשליש היה מגע קודם עם שירות בריאות נפש אמבולטורי. רוב השירותים לקבוצת המאובחנים עם הפרעות פסיכוטיות ואפקטיביות סופקו על-ידי פסיכיאטרים ואחיות, בעוד שהשירותים לקבוצה השנייה סופקו על-ידי פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים.

מרכזי בריאות נפש קהילתיים (מבנ"ק) היו אחד המרכיבים המרכזיים של תכנית הארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש הישראלים מ-1972. מרכזי בריאות הנפש הקהילתיים הראשונים, אשר היו אמורים לשמש כמודלים לשאר המדינה, הוקמו באשקלון וביפו. התפיסה של תכנית מבנ"ק רחוקה מלהיות מיושמת במלואה. הסכם בין שירותי בריאות הנפש הממשלתיים לקופת-חולים כללית הושג ב-1978 כדי לקדם את תכנית בריאות הנפש הקהילתית ולהבטיח הספקה של שירותי בריאות נפש מקיפים על בסיס אזורי ברחבי המדינה. עם זאת, עד כה לא נעשתה כל הערכה שיטתית של השינויים ושל השפעתם הכוללת.

אין כל מחקר המדווח על מועילות ויעילות של שירותים אמבולטוריים. ההחלטה מי יקבל שירות אמבולטורי, איזה סוג שירות ולמשך כמה זמן נתונה לשיקול דעתם של אנשי המקצוע. ייתכן כי העלייה במספר המגעים בשירותים אמבולטוריים משקפת למעשה עלייה בכמות השירותים המסופקים לקבוצת לקוחות חדשה ולא עלייה בהיקף השירותים ללקוחות קודמים או לאלו ששוחררו לאחרונה מבתי-חולים פסיכיאטריים.

### ג. שירותי בריאות נפש לשעת חירום

שירותים לשעת חירום על בסיס 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, מסופקים בעיקר על-ידי מוסדות בריאות נפש אשפוזיים ועל-ידי חדרי מיון בבתי-חולים כלליים. בתי-חולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים כללית וחלק מבתי-חולים הממשלתיים פיתחו מחלקות קבלה מיוחדות עם יחידות שהיה בשעת חירום המספקות טיפול נמרץ לטווח קצר.

שירות טלפוני לעזרה ראשונה נפשית מסופק על-ידי ערן, ארגון ציבורי (מלכ"ר) ב-11 מקומות בארץ. חלק משירותי בריאות הנפש הקהילתיים מספקים שירותי חירום, אם כי אלה מוגבלים לשעות העבודה הסדירות. ישנו מידע מוגבל למדי על סוגי שירות אלה.

רבים ממקרי החירום בתחום בריאות הנפש נראים לראשונה בחדרי מיון של בתי-חולים כלליים. במרבית המקרים (80 אחוז), הגעתם של חולי נפש לחדרי מיון וחירום מסתיימת באשפוז, שיעור זה גבוה בהרבה מהשיעור של 30-40 אחוז המצוי במדינות אחרות. מחקר אחר גילה כי כשני-שלישים מההפניות הפסיכיאטריות לחדרי מיון בבית-חולים כללי לא היו מוצדקות. המחקר טען כי מחסור במוסדות קהילתיים אלטרנטיביים עשוי להוות חלק מההסבר לממצא זה.

## 5. שיקום פסיכיאטרי

עניין גובר בשיקום בתחום בריאות הנפש במהלך העשור האחרון הביא למדיניות חדשה ותכניות חדשות. עם זאת, טווח השירותים וההקצאות התקציביות לשירותי שיקום בתחום בריאות הנפש אינם עונים על הצרכים. מדיניות ותכניות בתחום השיקום הפסיכיאטרי הינן בסמכותן של שלוש סוכנויות ממשלתיות שונות: שירותי שיקום של משרד העבודה והרווחה; המוסד לביטוח לאומי; שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות.

חולי נפש לשעבר נחשבים כחלק מאוכלוסיית היעד של שירותי השיקום במשרד העבודה והרווחה. אלא ששיעורם בקרב לקוחות מרכזי השיקום המנוהלים על-ידי משרד הרווחה ברחבי המדינה הינו קטן למדי. לאור המשאבים המוגבלים, ואולי גם לאור שיקולי מדיניות אחרים, לא פותחו תכניות ספציפיות על-ידי משרד הרווחה לאנשים עם נכות פסיכיאטרית. המוסדות הקיימים בתחום זה מוגבלים ביכולתם לסייע לצורכי השיקום המיוחדים של חולי הנפש. מעבר לכך, מנהלי תכניות ויועצים בתחום השיקום מעדיפים להשקיע את מאמציהם באנשים אותם הם רואים כבעלי סיכויי הצלחה טובים יותר. הסטיגמה הנלווית למחלת נפש הינה שיקול נוסף. אלו העוסקים בשיקום הביעו דאגה שמא הכללת חולי נפש בין לקוחות מרכזי השיקום תבריח אנשים שאינם חולי נפש. כתוצאה מחוק הנכות הכללית מ-1973, מפעיל המוסד לביטוח לאומי תכניות קצבת נכות, כולל תשלומי הבטחת הכנסה, ושירותי שיקום לחולי

הנפש. כל אדם ההופך זכאי לקצבת נכות, זכאי גם לשירותי שיקום. למרות שאחד הקריטריונים לקצבאות הינו לפחות 40 אחוז נכות רפואית, גם בעלי 20 אחוז נכות או יותר זכאים לשירותי שיקום. המוסד לביטוח לאומי לא פיתח שירותי שיקום מיוחדים לבעלי נכות פסיכיאטרית והתמקד בהיבט התעסוקתי של שיקום. משרד הביטחון מספק שירותי שיקום דומים לנכי צה"ל. בנוסף לכך, הקרן לפיתוח שירותים לנכה, אשר נוסדה על-ידי הביטוח הלאומי ב-1976, סיפקה מענקי תמיכה לפיתוח תכניות שיקום חדשות בקהילה. קרן זו תמכה במספר תכניות חדשניות והפכה לגורם חשוב בפיתוח תכניות שיקום בתחום בריאות הנפש בקהילה במהלך העשור האחרון. כמו כן, קרן הנאמנות לפיתוח שירותים פסיכיאטריים בישראל, שנוסדה על-ידי ארגון הגיוינט וממשלת ישראל, הקדישה בשנים האחרונות חלק מתקציבה לפיתוח תכניות שיקום. מאז 1978, 10 אחוז מקצבאות הנכות שמקבלים בתי-החולים הפסיכיאטריים מביטוח לאומי עבור המאושפזים בהם, מוקצים לשירותי שיקום. רוב הקרנות הללו תומכות בשירותי שיקום המסופקים במסגרת בתי-חולים או מנוהלים על-ידם. מאמצים נוספים של משרד הבריאות הביאו ב-1985 להקמת "אשת", מלכ"ר לשיקום מקצועי של חולי נפש, התומך בפיתוח תעסוקה מוגנת לחולי נפש לשעבר בקהילה.

שירותי שיקום פסיכיאטריים מתמקדים בפיתוח מיומנויות בשלושה תחומים הדרושים לשילוב מוצלח בקהילה - תעסוקה, חיים חברתיים, ודור.

#### **א. שיקום תעסוקתי**

שירותי שיקום תעסוקתי נחשבו למפותחים היטב יחסית לסוגים אחרים של שירותי שיקום. ישנם שני סוגים של שירותי שיקום פסיכיאטריים: סוכנויות להכשרה ולשיקום תעסוקתי; ומסגרות לתעסוקה מוגנת. בעוד הסוג הראשון מדגיש את החינוך וההכשרה שבשיקום ומשלב את התכניות הללו עם שירותי טיפול, הסוג השני מתמקד בהספקת מקום עבודה קבוע ומוגן לחולי נפש מוגבלים.

שיקום תעסוקתי סופק על-ידי ארגונים שונים וברמות שונות של הכשרה מקצועית. המוסדות הפחות אינטנסיביים הם המועדונים הפסיכו-סוציאליים של "אנוש", מרכזי השיקום בטיפול יום המסופקים במסגרת מרפאות חוץ, ומוסדות טיפול יום. בסדנאות המוגנות עולם העבודה מודגש במידה רבה יותר. השיקום התעסוקתי האינטנסיבי ביותר

ניתן במוסדות המיוחדים המכניסים את האדם לעבודה תחרותית מחוץ למערכת בריאות הנפש. אין מחקרים המעריכים שירותים אלו. כיום, ישנם קרוב ל-2000 איש במערכת של תעסוקה מוגנת ברחבי המדינה. ב-1993 היו 16 שירותי שיקום זמניים בישראל, שסיפקו שירותים ליותר מ-600 איש. שמונה מהם סופקו בקהילה, בעוד השמונה האחרים היו חלק מבתי-חולים. הראשון והמפותח ביותר נוסד ב-1974 במבנ"ק ביפו, ושימש כמודל ליתר השירותים. מעורבותה של קופת-החולים הכללית בשירותי שיקום מוגבלת יותר מאשר זו של הממשלה, והשירותים הניתנים על-ידה הינם חלקיים. כ-50 איש מקבלים שיקום תעסוקתי במוסדות קופת-חולים. בנוסף לכך, פותחו מספר מסגרות של תעסוקה מוגנת במהלך השנים האחרונות כתוצאה ממאמצים מיוחדים של שירותי בריאות הנפש הממשלתיים, בשיתוף פעולה עם המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה. מאמצים אלו הובילו ב-1985 לייסוד "אשת". כיום, ישנם 9 בתי מלאכה מוגנים ב-9 ערים ברחבי הארץ. בסוף 1994, 520 חולי נפש היו מועסקים בבתי-מלאכה אלה, בהשוואה ל-230 בלבד ב-1989. פעילויות בתי-המלאכה המוגנים גדלו במהלך ארבע השנים האחרונות בממוצע של 20 אחוז לשנה. ב-1994, מספר הלקוחות בבתי מלאכה אלה הגיע ל-520. בנוסף ישנם מספר חולי נפש בין 15 יחידות התעסוקה המוגנת המופעלות על-ידי "המשקם", סוכנות שיקום ציבורית שלא למטרת רווח.

### ג. שיקום פסיכו-סוציאלי

שירותי שיקום פסיכו-סוציאלי המותאמים להכשרה וחינוך לחיים בקהילה של חולי נפש, שהיו מאושפזים בעבר, החלו להתפתח בישראל בשנות השבעים המוקדמות. עם זאת, במהלך העשור הראשון, היתה התקדמות שירותים אלו איטית למדי.

רבים מהמועדונים החברתיים החדשים לחולי נפש שהתפתחו במהלך העשור האחרון משמשים כמקומות שיקום פסיכו-סוציאלי בנוסף למטרתם לספק פעילויות לשעות הפנאי עבור חולי נפש בקהילה. התפתחות מועדונים אלו הינה תוצאה של מאמצים שנקטו על-ידי "אנוש", ארגון וולונטרי שיוסד על-ידי משפחות של חולי נפש בשנות השבעים המאוחרות. באופן כללי, רשויות בריאות הנפש תמכו במאמצים אלו. כיום ישנם 60 מועדונים כאלו במדינה, ובהם מספר כולל של כ-6,000 חברים (הערכה זהירה יותר של מספר החברים במועדונים בארץ מעמידה

את המספר על 3,256 איש). בין 1988 ו-1993- היתה עלייה של כ-30 אחוז במספרם של מועדונים אלו. סקר בריאות הנפש מ-1986- גילה כי 667 מגעים של שירותים קהילתיים התרחשו במועדונים חברתיים במשך שבוע אחד. מספר זה מייצג 4.5 אחוז מהחולים בטיפול שירותי בריאות נפש לא-אשפוזיים.

מחקר שנעשה לאחרונה על "אנוש" מספק מושג-מה בנוגע למאפייני החברים במועדונים חברתיים אלו. שני-שלישים מהחברים היו גברים. קבוצת הגיל היתה צעירה יחסית. 80 אחוז היו צעירים מ-45. הגיל האופייני להצטרפות למועדון היה נמוך מ-35. לכ-90 אחוז מהחברים היתה היסטוריה של אשפוז פסיכיאטרי. בין אלו שאושפזו בעבר, הרוב (83 אחוז) אובחנו כבעלי סכיזופרניה. 75 אחוז מהנחקרים היו חברים במועדון זמן ממושך (3 שנים או יותר). המשיבים דיווחו כי הסיבה העיקרית לחברותם במועדון היתה חברתית, ועבור 30 אחוז מהם היה זה המקום היחיד שבו היו מבקרים מחוץ לביתם. במהלך העשור האחרון הממשלה הגדילה את תפקידה ואת חלקה בתקציב "אנוש". עם הכסף באה גם עלייה בשליטה ממשלתית על השירותים האלה.

### ג. דיור מוגן

למרות שמאמצים בפיתוח דיור מוגן בקהילה החלו בישראל כבר לפני 35 שנה לערך, עיקר המאמץ בתחום זה נעשה במהלך עשרים השנים האחרונות. רוב שירותי הדיור המוגן הראשונים פותחו על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים וביוזמתם. רק בשנים האחרונות ננקטו מאמצים למדיניות מרכזית מתואמת על-ידי שירותי בריאות הנפש. בנוסף, הקדיש ארגון "אנוש" מאמץ מסוים בשנים האחרונות לפיתוח דיור מוגן. הערכה שבוצעה לאחרונה מצביעה על כך שב-1994- היו כ-1,350 דיירים בדיור מוגן בארץ. הערכה זהירה יותר של מספר הדיירים בדיור מוגן קבעה כי ב-1996- היו 1,150 איש בסוג זה של חלופת אשפוז.

ישנם מקורות מגוונים לתמיכה כספית במתקנים אלו. חלקם מתוקצבים באופן כולל על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים, אחרים נתמכים על-ידי ארגונים ציבוריים שלא למטרת רווח וארגונים וולונטריים, בעוד שבעבור האחרים משלמים הדיירים באופן מלא או חלקי. אנשים נכים ומוגבלים זכאים לסיוע בגובה של עד 95 אחוז משכר הדירה שלהם (עד לתקרה מסוימת). תשלומי שכירות מסופקים לזכאים על-ידי משרד השיכון. לאור עובדה זו, מפתיע למדי שמספר חולי הנפש במוסדות מוגנים

אינו גדול יותר. דיירים בחלק מהמוסדות הללו שהופעלו על-ידי בתי-חולים ממשיתים לקבל שירותים מבתי-החולים. בתי-חולים מקבלים 50 אחוז מקצבאות הנכות של ביטוח לאומי עבור הדיירים הגרים בדיור מוגן תחת פיקוחו הישיר של בית-החולים.

## 6. סיכויים וסיכונים שמציבה הרפורמה

### א. בעיות מתמשכות

מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל אינה יכולה להימלט מהסוגיות העיקריות עימן מתמודדת כל מערכת בריאות נפש מודרנית. הידע המוגבל בנוגע לאטיולוגיה של מחלות נפש והפרעות נפשיות ולגבי הטיפול בהם משפיע במידה רבה על תחום בריאות הנפש. כדברי אחד המומחים "תחום בריאות נפש, יותר מאשר רוב התחומים הרפואיים האחרים, מציע טווח רחב מאד של גישות טיפול. בהיעדר עדויות מחקריות משכנעות, קשה לעתים להבחין בהבדל שבין התערבויות מקובלות וממוסדות לבין האופנות האחרונות"<sup>h</sup>. גורמים אלו מסבירים את אי ההסכמה לגבי מערכת שירותי בריאות הנפש בנוגע לבעיות שעליה לכסות, האוכלוסייה הזכאית לקבל שירות, וטווח השירותים שהמערכת אמורה לספק. בנוסף לכך, המערכת נאלצת להתמודד בקביעות עם משאבים דלים וכן עם אי הסכמה לגבי חלוקת משאבים אלו ודרך השימוש בהם. בנוסף לסוגיות אלו, מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל מתמודדת עם שלוש בעיות ספציפיות השלובות זו בזו:

1. פיתוח מוגבל של שירותי בריאות נפש קהילתיים.
  2. דומיננטיות של בית-החולים הפסיכיאטרי בהספקת שירותי בריאות נפש וניהולם.
  3. מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש.
- בעיות אלו משקפות, מחד, סוגיות ארגוניות וכלכליות עכשוויות, ומאידך - גורמים תרבותיים-חברתיים מבניים וכן אמונות וגישות מסורתיות לגבי בעיות בריאות הנפש וההתמודדות עימן ולגבי בעיות חברתיות בכלל. למרות שהרפורמה הנוכחית בשירותי בריאות הנפש כוללת אפשרות וסיכוי לשיפור המערכת, היא מציבה לא מעט קשיים אשר עשויים להחריף את שלוש הבעיות הללו ולפגוע באפשרות לספק טיפול ושירות איכותי לאלו הזקוקים לו.

בניגוד למדיניות הרשמית מאז שנות השבעים המוקדמות, פיתוח שירותי בריאות נפש קהילתיים בארץ היה מוגבל למדי. הירידה המשמעותית במספר המאושפזים ושיעורם באוכלוסייה לא לוותה בעלייה מקבילה במשאבים שסופקו לשירותים קהילתיים. הקצב האיטי של פיתוח שירותי בריאות נפש קהילתיים וחולשתם היחסית משקפים את הדומיננטיות של בתי-החולים הפסיכיאטריים במערכת שירותי בריאות הנפש, ומהווים כמובן גם תוצאה של מעמדם המרכזי של בתי-חולים אלה במערכת. ניתן ליחס מעמד זה למספר גורמים: האינטרסים הארגוניים והפרופסיונליים, ההסדרים החוקיים אשר משפיעים על זרימת החולים למערכת, העקרונות הקובעים את מימון בתי-החולים לפי תפוסת מיטות, מבנה מערכת התקציב המתקצבת בתי-חולים ישירות ולא דרך שירותי בריאות הנפש, מדיניות כוח אדם הנותנת יתרון כספי לצוות בית-חולים על פני עובדי בריאות נפש קהילתיים, כמו גם מסורת היסטורית של מערכת בריאות הנפש בארץ.

מצב זה רחוק מלהועיל לפיתוח שירותים קהילתיים, ועומד בניגוד לידע בנוגע לטיפול קהילתי ולתכניות שיקום לחולי נפש ולמאושפזים לשעבר. השליטה על תקציב גדול מספקת אמנם לבית-החולים הפסיכיאטרי משאבים הדרושים לפיתוח תכניות חדשות. אכן, תכניות קהילתיות חדשניות רבות מנוהלות כיום על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים. עם זאת, יש לזכור שמהות קיומו (raison d'être) של בית-החולים הינה שירותי אשפוז, וכי שירותים קהילתיים זוכים לעדיפות נמוכה. אין ספק כי במצב של קיצוץ בתקציב בית-החולים, השירותים הקהילתיים הניתנים על-ידו יהיו פגיעים יותר מאשר שירותי האשפוז שלו.

מגמות אלו של חוסר פיתוח הולם של שירותי בריאות נפש קהילתיים והעמדה המרכזית של בית-החולים הפסיכיאטרי במערכת, לוו במגמה חזקה של מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש, אשר עיצבה תמיד וגם לאחרונה את המערכת. מגמה זו הושפעה מאמונות אידיאולוגיות ותאורטיות וכן משיקולים אדמיניסטרטיביים ומאינטרסים מקצועיים-פוליטיים.

מגמות המדיקליזציה של שירותי בריאות נפש אינן ייחודיות לישראל. הן משקפות ממצאים של מחקר ביו-רפואי על מחלות נפש, במיוחד במהלך שני העשורים האחרונים, כמו גם את הנטיות החזקות של הפסיכיאטריה לשלב את עצמה באופן מלא ברפואה ובהתמחויות

המקצועיות של מקצוע הרפואה. מגמות אלו השתקפו גם בחוק ובתקנות בנוגע לשירותי בריאות הנפש בארץ. חוק הטיפול בחולי נפש מ-1955 היה מבוסס על מודל רפואי. גם החוק החדש לטיפול בחולי נפש מ-1991 לא סטה באופן מהותי מההנחות הבסיסיות של המודל הרפואי.

### **ב. היתרונות והחסרונות של הרפורמה**

הרפורמה במערכת שירותי בריאות הנפש נמצאת בשלביה המוקדמים. היא כוללת סיכויים רבים לשיפור מערכת הטיפול, אולם באותה עת ישנם איומים וסיכונים עתידיים: הסטנדרטים שעשויים להיקבע לגבי הזכאות לשירותים, הקריטריונים להספקת השירות, מבנה השירותים כמו גם מימונם עשויים להשפיע על יישום הרפורמה ועל הצלחתה או כישלונה.

**שיפור זמינות ונגישות השירותים.** אין ספק שהרפורמה טומנת בחובה סיכוי גדול. שילוב שירותי בריאות הנפש במערכת הבריאות, ומתן זכאות לכל תושב בארץ לקבל שירותי בריאות נפש כחלק מסל שירותי בריאות, הינה הישג נכבד. למרות שיש הטוענים, כי גם לפני הרפורמה שירותי בריאות נפש היו זמינים וללא תשלום לכל, למעשה זמינותם והנגישות אליהם היו מוגבלות, ולא התבססו על חקיקה. הרפורמה דורשת שקופות-החולים תספקנה שירותים פסיכיאטרים בסיסיים, כמוגדר על-ידי המחוקק והממשלה בכל אזורי הארץ, כולל אותם אזורים שכיום חסרים שירותים הולמים. שירותים פסיכיאטרים, המסופקים על-ידי קופות-החולים, ימומנו על-ידי המוסד לביטוח לאומי בהתאם לתכנית קפיטציה (אשר בסוף 1996 עדיין לא הגיעו להסכמה לגבי עקרונותיה ודרכי יישומה).

**הגדלת היעילות הכלכלית של ארגוני בריאות הנפש.** הכנסת שיקולים כלכליים, תחרות של שוק חופשי, ועקרונות טיפול מבוקר ( managed care) למערכת שירותי בריאות הנפש טומנת בחובה סיכוי לשיפור מערכת הטיפול ומספקת לקובעי המדיניות יכולת טובה יותר לקביעת קדימויות ולפיקוח עליהן. זהו שיפור בהשוואה למצב בו שירותי בריאות הנפש סופקו בהתאם לשיקול דעתו של המטפל עם התערבות מעטה מאד של המבטח או הממשלה. למרות שיש המעדיפים את העקרונות לפיהם פעלה המערכת קודם לרפורמה, זוהי אשליה או מיתוס שבעבר לא היו קיימות כלל הגבלות כספיות, או שרק שיקולים רפואיים הנחו את השירות ללא כל התערבות מבחוץ.

**הכוונת השירותים לצורכי הלקוח על-פי סדר קדימויות שייקבע.**  
 הפיכת שירותי בריאות נפש לישויות כלכליות עצמאיות הצריכות להתחרות על קיומן, תגדיל ללא ספק את יעילותם של ארגוני בריאות הנפש בהספקת שירותים ישירים. יש להניח כי שירותים אלו יעשו מכוונים יותר ללקוח, וכי ייווצרו מנגנונים שבאמצעותם סוכנויות אלו תבקרנה על הספקת השירותים טוב יותר מכפי שהדבר נעשה כיום. מעצבי הרפורמה קיוו שבאמצעות הכנסת שיקולים כלכליים ותחרות, ועל-ידי קביעת סטנדרטים מסוימים לפיצוי כלכלי עבור סוגים מסוימים של שירותים, יוכלו קובעי המדיניות לשנות את כיוון המערכת, ולהסיט את זרימת החולים מאשפוז לקהילה. עם זאת, יש להדגיש כי גישה זו אינה מבטיחה את איכות השירותים וכן שכל אלו הזקוקים לשירותים אמנם יקבלו אותם. כמו כן, היא עשויה להשפיע לרעה על תפקידים חשובים אחרים של ארגוני בריאות הנפש כמו הספקת הכשרה לצוותים חדשים של אנשי מקצוע.

אין להתעלם מהסיכונים העתידיים של הרפורמה. ישנן סוגיות רבות שעדיין לא הוכרעו, ואי ודאות רבה. רבים מודאגים מכך שהרפורמה תרע את רמת הטיפול בחולי הנפש בישראל, ותפגע בכל אשר הושג עד כה.  
**דומיננטיות לאוריינטציה רפואית ולבתי-החולים.** ההנחות

בסיסיות והכיוונים היסודיים של הרפורמה הנוכחית במערכת בריאות הנפש חיזקו את מגמות המדיקליזציה של מערכת בריאות הנפש. בעיצוב הרפורמה כמו גם בתהליך יישומה, האוריינטציה הרפואית ומקצוע הרפואה לא זו בלבד שהיוו מגזר דומיננטי אלא מסתבר כי למעשה היו היחידים בתהליך זה. נראה כי למרות כוונות מוצהרות, בתי-החולים הפסיכיאטריים ישמרו על תפקידם המרכזי ועמדתם החזקה במערכת. סידורים ארגוניים למימון המערכת ממקמים שירותים קהילתיים רבים תחת מנהל בתי-חולים פסיכיאטריים ותחת סמכותם, ויוצרים חוסר ודאות רב לגבי שירותים אלו. הדבר עשוי לעכב עוד יותר את תהליך ההתפתחות האיטי של תכניות טיפול קהילתי שהיה קיים בארץ והתפתח במיוחד במהלך עשר או חמש-עשרה השנים האחרונות.

**סכנת פגיעה בשירותים הקהילתיים והחברתיים ובאפשרות פיתוחם.**  
 כאמור, באופן מסורתי, שירותי בריאות נפש בישראל נכללו בתחום הרפואה. עם זאת, מאז 1972, השפיעו רעיונות אחרים על המדיניות לגבי תכניות טיפול קהילתי לפיתוח תכניות שיקום רחבות יותר. מדיניות זו תאמה לזו שנמצאה הכרחית לשיפור הטיפול בחולי נפש ממושכים. בודאי

שאינן להפחית מתפקידו המרכזי של מקצוע הרפואה בטיפול במחלות נפש. עם זאת, רבות מבעיותיהם של חולי הנפש החמורים והכרוניים קשורות באופן ברור למערכות אחרות של טיפול ושירותים. פירושן במונחים רפואיים בלבד עשוי לפגוע במאמצים החברתיים להתמודד כהלכה עם יתרון בעיית מחלות הנפש ובריאות הנפש באוכלוסייה.

**הזנחת החולים הכרוניים ואיכול הטיפול בהם.** רבים חוששים שהרפורמה תביא להזנחת חולי הנפש הכרוניים. עומס העבודה הכבד המתוכנן למרכזי הטיפול (case managers), כמו גם השוליות החברתית של חולים אלו, עשויים להוביל את קופות-החולים להספקת טיפול לקבוצה זו של חולי נפש ברמה מינימלית בבית-החולים או בקהילה. התשלום המוצע ליום (per diem) כפיצוי כספי עבור אשפוז חולי הנפש הכרוניים נקבע ברמת התשלומים הנוכחית עבור חולי נפש בבתי-חולים פרטיים. איכות הטיפול בבתי-חולים אלו היתה והינה נושא לביקורת רבה. כיצד ניתן אפוא לצפות לשיפורים?

**הכיוון המוצע עלול לגרום לחיזוק מגמת המשך האשפוזים של חולים ממושכים ומוגבלים.** מעצבי הרפורמה ציפו לכך ששיקולים כלכליים ייצרו תמריץ לקופות-החולים לשחרר חולים מבתי-חולים ולהפנותם לקהילה. הנתונים מראים כי קבוצת חולים זו הינה מוגבלת מאד וזקוקה לטווח רחב של שירותים קהילתיים. גם אם קופות-החולים מחליטות להשתמש בכל הכסף הנחסף על אשפוז עבור שירותים קהילתיים, ספק אם רמת התשלומים שנקבעו עבור חולי הנפש הממושכים תספיק לביסוס שירותים ברמה לה זקוקים חולים אלו. חלוקה מחודשת של התקציב אין משמעה שהוא יכוון כלפי פיתוח שירותים קהילתיים, ולפי הניסיון הישראלי, חלוקה מחדש עשויה להביא, למעשה, לצמצום התקציב הכולל לשירותי בריאות נפש.

**חיסכון בשירותים אשפוזיים עלול להביא לצמצום התקציב הכולל לשירותי בריאות הנפש.** כיום ישנם תמריצים ארגוניים חזקים להארכת אשפוזים ול"שמירת" חולים כרוניים באופן קבוע בבית-החולים. גודלם של בתי-החולים הפסיכיאטריים הללו ולמעשה עצם הקיום של חלק מהם, תלויים בהמשך אשפוזם של החולים בבית-החולים. הסטיגמה אשר עדיין נקשרת למחלת נפש, והסתייגות הקהילות מקבלת אנשים חולי נפש וקליטתם בקהילה, עשויים לפגוע עוד יותר במאמצים לשחרור חולים לקהילה.

**אם לא יוקצו משאבים ייחודיים לטיפול בחולי נפש ממושכים, איכות הטיפול בהם עלולה להיפגע.** למול זרמים חזקים אלו הפועלים כנגד שחרור חולים, ולאור רמת התשלומים הנמוכה שעל קופת-החולים יהיה לשלם לבתי-חולים עבור חולים כרוניים, קיימת אפשרות שיעדיפו שלא לדאוג למאמצי שיקום קהילתיים ולהמשיך באשפוזם של חולי הנפש הכרוניים בבתי-חולים. לאור עובדות אלו קשה לצפות את התנהגותן הארגונית של קופות-החולים. מאמצייהן למשוך את המעמד הבינוני ואוכלוסייה צעירה ובריאה עשויים ליצור סלקציה מצידן בניסיון להימנע מחולי הנפש הכרוניים או, לפחות, להחזיקם מרוחקים במוסדות פסיכיאטרים. נראה כי אם לא יוקצו משאבים מיוחדים עבור שירותים לקבוצת אוכלוסייה זו, איכות הטיפול בחולי הנפש הממושכים תהיה רחוקה מזו הרצויה ומזו המגיעה להם.

**עקרונות המימון יוצרים חוסר ודאות לגבי כמות השירותים, איכותם ורמתם.** שני עקרונות שנקבעו למימון שירותי בריאות הנפש במסגרת תכנית הרפורמה יוצרים חוסר ודאות בנוגע לכמות השירותים, לרמתם ולאיכותם. העיקרון הראשון היה ההגבלה שנכפתה על-ידי משרד האוצר המציבה מגבלה על הסכום הניתן להקצאה על-ידי הממשלה עבור שירותי בריאות נפש. לפי זה הסכום אינו יכול לעלות על אשר הוקצב ב-1995, בהצמדה לעליות במדד יוקר המחיה. סכום זה היה כ-255 מיליון דולרים. חסכוניות הנובעים ממערכת המנוהלת בצורה טובה יותר, כפי שמצפים אלו המובילים את מאמצי הרפורמה, עשויים להיות מועברים לשיפור השירותים. כמו כן, הכנסת רשאית להחליט האם להוסיף שירותים לאלו שכבר נכללו בסל השירותים. עם זאת, הסיכוי לפעולה זו, אשר תדרוש או העלאת מיסים או העברת כספים לשירותי בריאות נפש מענפים אחרים של שירותי בריאות, הינו קלוש, מה עוד שכל מערכת הבריאות נמצאת כיום בגירעון כספי עמוק.

**אין ודאות שקופות-החולים לא יסיטו משאבים משירותי בריאות הנפש לענפי רפואה אחרים.** העיקרון השני שנקבע צריך להדאיג את קובעי המדיניות בתחום בריאות הנפש אף יותר. ההוצאה היחסית הנדרשת מקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש לא נקבעה. למעשה, קופות-החולים רשאיות להעביר משאבים משירותי בריאות הנפש לסוגי שירותי הבריאות האחרים, כל עוד הן מספקות את סל השירותים המינימלי הנדרש לפי החוק. בתחרות על משאבים, הפסיכיאטריה לא הצליחה יחסית לענפי רפואה אחרים. במהלך חמש עשרה השנים מאז

1979, ההקצאה היחסית לשירותי בריאות נפש בתקציב הכולל של משרד הבריאות ירדה ב-15 אחוז (לוח 5).

**היעדר מדיניות להקצאה ייעודית לחולי נפש קשים וממושכים.** ישנה סכנה שהקצאות התקציב לקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש תקטנה בעתיד בשל דרישות מענפי רפואה אחרים להגדיל את חלקם בעוגה, ובשל התחרות בין קופות-החולים על משיכת לקוחות. חולי נפש, במיוחד הכרוניים שבהם, היו תמיד בעדיפות נמוכה. גישת שוק חופשי בשירותי בריאות נפש עשויה להביא להתפתחות שירותי בריאות מתוחכמים ויוקרתיים למיעוט על חשבון שיפור שירותים בסיסיים הנחוצים לרבים. שירותי מניעה ושירותים למחלות כרוניות לא תמיד הצליחו בתחרות עם רפואה קורטיבית ורפואת חירום.

**הנטל על הרשויות המקומיות וסוכנויות הרווחה החברתית עלול לגדול.** אינטרסים של קופות-החולים, והעדר מדיניות המייעדת משאבים לטיפול באוכלוסיית חולי הנפש הכרוניים והמוגבלים ביותר, עשויה להוביל את קופות-החולים לספק שירותים לאוכלוסייה זו ברמת מינימום. מצב זה עשוי להביא להזנחת הצרכים החברתיים והקהילתיים הרחבים של קבוצת חולי נפש זו. ההתנהגות הצפויה של קופות-החולים לגבי חולי הנפש הכרוניים תגדיל את הנטל על הרשויות המקומיות וסוכנויות הרווחה החברתית למתן טיפול ושירות לאנשים אלו. מאחר שהמשאבים של סוכנויות אלו מוגבלים במידה רבה, ניתן להניח כי חולי נפש רבים יוזנחו. אם לא ינקטו בדחיפות צעדים מתקנים, על ישראל להיות מוכנה לראות תופעות של חולי נפש חסרי דיור (homelessness) קרימינליזציה של חולי נפש והזנחה כללית של חולי הנפש הכרוניים אשר עד כה נחסכו מארצנו.

**רופא המשפחה כגורם מסנן בלבדי לעומת אפשרות פנייה ישירה לטיפול! רגרסיה ממצב נוכחי.** הרפורמה מייעדת תפקיד מרכזי לרופא המשפחה במערכת שירותי בריאות הנפש. על הרופא הכללי או רופא המשפחה ליטול את תפקיד מרכזי הטיפול (case manager), אשר יקבע את חבילת הטיפול אותה יקבלו החולים. במסגרת הרפורמה הוא יהפוך למעין שומר סף (gate keeper). אין ספק כי מדיניות זו טומנת בחובה פוטנציאל גדול לשיפור הספקת שירותי בריאות מקיפים לכלל האוכלוסייה. מעבר לכך, ישנן תקוות שקופות-החולים ישפרו את הידע והמומחיות של הרופאים הכלליים שלהן בתחומי בריאות נפש. עם זאת, הכנסת גורם מסנן זה בין חולה הנפש לשירותי בריאות הנפש עלולה למנוע

מאנשים לפנות ולקבל שירותים. לדוגמה, ישנה דאגה רבה שמתמשים בסמים ימנעו מלבקש שירותים באמצעות רופא המשפחה. שירותים לקבוצה זו של לקוחות שירותי בריאות הנפש נהגו להשתמש במדיניות פתוחה המעודדת פניה ישירה.

**האגף לשירותי בריאות הנפש ימשיך לספק שירותים ישירים.**  
 התכנית לארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש כתוצאה מהרפורמה היא שינוי רצוי ביותר אשר ציפו לו זמן רב. לפי התכנית, אגף שירותי בריאות הנפש יפסיק להיות ספק שירות ישיר וייקח על עצמו כאחריותו העיקרית את קביעת המדיניות, תאום שירותים, ובקרה ופיקוח על כלל המערכת. עם זאת, העובדה שתכנית הרפורמה קוראת לאגף שירותי בריאות הנפש להמשיך לספק שירותים ישירים לחולי נפש ממושכים באמצעות קרן רו"ת, מסכנת את מטרת הארגון מחדש של השירות. בהתאם לתכנית, קרן רו"ת תשמור כ-40 אחוז מההקצאה הכוללת עבור שירותי בריאות הנפש בתקציב משרד הבריאות. הקצאה זו דומה להקצאה לקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש שתסופק בהתאם לשיטת קפיטציה. יחד עם 20 אחוז הנשמרים להפעלת מינהל מרכזי של אגף שירותי בריאות הנפש, החלק הגדול יותר של התקציב יישאר תחת שליטה ישירה של האגף, בניגוד לכוונות המקוריות של הרפורמה. ניתן לצפות שאינטרסים ארגוניים חזקים ייצרו תמריץ לשמור את הכסף (ואת הכוח ההולך בד בבד עימו) ברמת המשרד המרכזי ולא להעבירו לקופות-החולים. מאחר שההגדרה של חולה נפש כרוני הזכאי לשירותי קרן רו"ת מבוססת על ההיסטוריה של החולים בעבר, קופות-החולים עשויות ללחוץ על המשרד להוסיף את חולי הנפש הכרוניים העתידיים לקרן זו. מצב זה, בשילוב עם אינטרסים להישרדות של בתי-חולים המבקשים לשמור על תפוסת המיטות שלהם, עלול לשמור את אגף שירותי בריאות הנפש כספק עיקרי של שירותים לעוד תקופה ממושכת.

ישנן גם בעיות נוספות. אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש מודאגים מכך ששיקולים כלכליים של קופות-החולים יפחיתו הקצאת תקציב להכשרה מקצועית. מאמצים להפחתת עלויות עלולים להגביל את שירותי בריאות הנפש למקרי חירום ומקרים חריפים, ולצמצם את זמינותם של שירותי מניעה, ואת אפשרות הגישה לשירותים למקרים פחות דחופים אך הדורשים טיפול פסיכיאטרי ממושך.

**הפסיכיאטר האזורי-מחוזי - ניגוד אינטרסים ועמדת כוח מוגזמת!!**  
 אין ספק כי מאפיין חשוב של הרפורמה הינו הפריסה האזורית של

הספקת שירותי בריאות נפש. ועדת נתניהו (1990) יחסה חשיבות רבה להספקה של שירותים, ולניהול, בקרה ופיקוח עליהם על בסיס אזורי. עם זאת, התכנית לשלב את משרת הפסיכיאטר האזורי עם זו של פסיכיאטר מחוזי יוצרת תערובת של שני תפקידים החייבים להיות מופרדים. ההנחה שאותו אדם עשוי למלא את שני התפקידים, שילוב פיקוח ותאום שירותים עם האחריות החוקית לאשפוז כפוי, מבלי ליצור קונפליקט אינטרסים הינה אשליה. יתרה מזאת, הפקדת כוח רב כל כך בידי אדם אחד נראית לא בריאה עבור מערכת שעליה להיות רגישה לשמירת איזון בין חירויות הפרט והספקת שירותים פסיכיאטריים באיכות גבוהה.

הרפורמה עלולה ליצור אף אי שקט בזירת יחסי העבודה ולהשפיע לרעה על איכות הטיפול הפסיכיאטרי הקהילתי. כאמור, הרפורמה מתכננת להזרים חולים מבתי-חולים לקהילות, ולהעביר את מוקד הטיפול לקהילה. כתוצאה מכך, ירד מספר המיטות הנדרשות בבית-החולים, ובתי-חולים פסיכיאטריים או מחלקות יאלצו להסגר. התוצאה הישירה של מגמות אלו תהיה מספר גדול של צוות אשפוזי שמשירותיו יהפכו למיותרות. בניסיון להימנע מבעיות שיפגעו במערך יחסי העבודה במהלך השלבים הראשונים של תהליך הרפורמה, הממשלה הקפידה להבטיח לבתי-חולים פסיכיאטריים סובסידיות באותה רמת תקציב בתקופה טרם הרפורמה, וזאת כדי שלא לגרום לפיטורי עובדים ועל מנת להימנע מיצירת סערות במערכת. עם זאת, מדיניות זו מוגבלת בזמן. בכדי לאפשר יישום חלק של הרפורמה, על הממשלה לנסות ולהעביר כוח אדם מבית-החולים לשירותים קהילתיים. מבקרים הצביעו על כך שהדבר עשוי להשפיע לרעה על איכות השירותים הקהילתיים בשל העובדה שאנשים המוכשרים לשירותי אשפוז ורגילים אליהם, אינם מתאימים לצורכי תכניות הטיפול בקהילה, והסתגלותם לתפקידיהם החדשים עשויה להיות קשה ואף עלולה לבוא על חשבון החולים וצורכיהם.

מאז הוצעה הרפורמה בשירותי בריאות הנפש עברו כבר מספר שנים ותהליך יישומה נדחה מעת לעת. אין ספק כי דחיות אלו מצביעות על היקף השינוי המוצע ועל הקשיים להפעלת המערכת על פי תכנית זו. בסופו של דבר הצלחתה של הרפורמה תיבחן בשדה, ביישום התכנית ובתוצאותיה וכמובן ברמת השירות ובאיכות השירות שיינתן לזקוקים ולזכאים לקבלו.

## הערות

- <sup>1</sup> מאמר של המחבר באותו עניין התפרסם לאחרונה ב- International Journal of Law and Psychiatry, vol. 19, 1996. הפרסום הוא חוברת מיוחדת המדווחת על מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בארצות שונות. פירוט ברשימת המקורות להלן.
- הרפורמה קשורה לחוק ביטוח הבריאות שנכנס לתוקפו בתחילת 1995. לפי החוק, כל אזרחי ישראל מבוטחים ומקבלים טיפול רפואי מארגון מבטח/ספק - קופת-חולים. ביטוח בריאות הינו חובה והוא מחייב תשלום מס בריאות, המבוסס על הכנסה. המבוטח חופשי לבחור את קופת-החולים ממנה יקבל את השירותים הרפואיים.
- <sup>2</sup> מאפיינים אלו מבוססים על מרק ושני (1995), המייצגים את עמדת הממשלה לגבי הרפורמה.
- <sup>3</sup> שיעור הקבלות החדשות נשאר יציב בין 1986 ל-1995. עם זאת, שיעור הקבלות החוזרות עלה מ-1.8 לאלף תושבים באוכלוסייה הכללית ב-1988 ל-2.11 ב-1995.
- <sup>4</sup> לאחרונה שונה המושג בביטוח הלאומי ל"קיצבה יציבה".
- <sup>5</sup> לפי נתונים מוקדמים יותר, שיעור האשפוזים הכפויים עשוי למעשה להיות גבוה יותר, ולהגיע ל-24 אחוז מכלל הקבלות. נתונים מוקדמים אלו נאספו לפני חקיקת חוק בריאות הנפש החדש ב-1991. ייתכן אפוא כי הם מצביעים על ירידה ממשית שחלה בשנים האחרונות במספר האשפוזים הכפויים ובשיעורם. גודל הירידה עשוי אף להיות תוצאה של נוהלי דיווח או לנבוע מרמת מהימנות הנתונים שנאספו.
- <sup>6</sup> שם של תרופה אשר נכנסה לשימוש בארץ בעשור האחרון בעיקר לגבי חולים שלא הגיבו לתרופות פסיכואקטיביות מן הדור הקודם.
- <sup>7</sup> לוינסון ועמיתיה (1996).
- <sup>8</sup> דיוויד מכניק (1994) כותב זאת בדיונו בנוגע לסדר הקדימויות בתחום בריאות הנפש.

לוח 1. מאושפזים וחולי יום ביחידות טיפול פסיכיאטרי בישראל,  
שנים נבחרות: 1948-1996

1996	1993	1988	<sup>1</sup> 1978	1970	1958	1948	
							<b>סוף שנה</b>
6,888	6,866	7,036	8,925	8,038	4,188	1,197	<b>מאושפזים</b>
2,070	1,906	1,220	896	303	-	-	<b>חולי יום</b>
							<b>קבלות לאשפוז במשך השנה</b>
<b>15,625</b>	<b>14,488</b>	<b>11,035</b>	<b>12,995</b>	<b>10,577</b>	<b>4,619</b>	<b>..</b>	<b>סך-הכל</b>
4,141	3,699	2,933	4,853	..	2,593	..	קבלות ראשונות <sup>2</sup>
11,484	10,789	8,102	8,139	..	2,026	..	קבלות חוזרות <sup>2</sup>
							<b>שיעורים לא לפי נפש</b>
1.2	1.3	1.6	2.4	2.7	2.1	1.3	<b>מאושפזים</b>
0.4	0.4	0.2	0.3	0.1	-	-	<b>חולי יום</b>
							<b>קבלות לאשפוז במשך השנה</b>
<b>2.8</b>	<b>2.8</b>	<b>2.5</b>	<b>3.5</b>	<b>3.6</b>	<b>2.3</b>	<b>..</b>	<b>סך-הכל</b>
0.7	0.7	0.7	1.3	..	1.3	..	קבלות ראשונות
2.1	2.1	1.8	2.2	..	1.0	..	קבלות חוזרות

מקור: הנתונים מבוססים על קובץ המאושפזים בבת"ח פסיכיאטריים, משרד הבריאות (1994, 1997), הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1989, 1996), לגבי השנים 1958, 1970, 1988, 1993 ו-1996;

Chesler-Gampel (1970) לגבי 1948, פופר והורוביץ (1989) לגבי 1978.

<sup>1</sup> מ-1970 הנתונים אינם כוללים מפגרים.

<sup>2</sup> נתונים מסוימים מבוססים על אומדנים.

לוח 2. מוסדות אשפוז פסיכיאטריים לפי סוג ובעלות,  
שנים נבחרות: 1975-1995

1995	1993	1987	1980	1975	
38	40	38	50	45	<b>סך-הכל</b>
					<b>בתי-חולים פסיכיאטריים</b>
14	14	12	15	12	ממשלתיים <sup>1</sup>
9	9	12	21	22	פרטיים (למטרת רווח)
3	3	3	3	3	קופת-חולים הכללית
2	2	2	3	3	אחרים (ללא מטרת רווח)
					<b>יחידות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים</b>
5	7	5	4	3	ממשלתיים
4	4	3	1	1	קופת-חולים הכללית
1	1	1	1	1	אחרים (ללא מטרת רווח)

מקור: פופר והורוביץ (1989); משרד הבריאות (1989, א, 1994). שירותי בריאות הנפש,  
משרד הבריאות (תכתובת אישית, יוני 1997)  
<sup>1</sup> כולל יחידה פסיכיאטרית בכלא.

לוח 3. מספר ושיעור מיטות פסיכיאטריות בישראל לפי סוג ובעלות, שנים נבחרות: 1975-1995

1995 <sup>1</sup>	1993	1987	1983	1977	1975	
						<b>סך-הכל</b>
6,754	7,073	7,444	8,346	8,846	8,153	מספרים מוחלטים
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	אחוזים
						<b>בתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים</b>
3,543	3,569	3,513	3,881	3,796	3,593	מספרים מוחלטים
52.5	50.5	47.2	46.5	42.9	44.1	אחוזים
						<b>פרטיים</b>
2,419	2,721	3,080	3,571	4,094	3,644	מספרים מוחלטים
35.9	38.5	41.4	42.8	46.3	44.7	אחוזים
						<b>קופת-חולים הכללית</b>
424	424	451	481	516	498	מספרים מוחלטים
6.3	5.9	6.1	5.8	5.8	6.1	אחוזים
						<b>אחרים (שלא למטרת רווח)</b>
125	125	143	192	248	250	מספרים מוחלטים
1.8	1.8	1.9	2.3	2.6	3.0	אחוזים
243	234	257	221	210	168	מספרים מוחלטים
3.5	3.3	3.4	2.6	2.4	2.1	אחוזים
						<b>מחלקות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים<sup>2</sup></b>
143	234	257	221	210	168	מספרים מוחלטים
3.5	3.3	3.4	2.6	2.4	2.1	אחוזים

מקור: פופר והורוביץ (1989), משרד הבריאות (1994ב), למ"ס (1996).  
<sup>1</sup> סך-כל המיטות הפסיכיאטריות ב-1996 היה 6,695. בזמן כתיבת המאמר לא היו נתונים לגבי סיווגן.  
<sup>2</sup> כולל מחלקות בבתי-חולים ממשלתיים, בבתי-חולים של קופת-חולים הכללית ובבתי-חולים ציבוריים אחרים, שאינם למטרת רווח.

## לוח 4. מרפאות ומוסדות קהילתיים אחרים לפי סוג ושייכות, 1993

ציבורי (אחר)	קופת- חולים	ממשלה	סך-הכל	סך-הכל
			226	<b>סך-הכל</b>
3	10	21	34	<b>יחידות טיפול יום</b>
3	5	16	24	במוסד אשפוז פסיכיאטרי
-	5	5	10	בקהילה
18	<sup>2</sup> 23	<sup>1</sup> 49	90	<b>מרפאות</b>
1	8	15	24	במוסד אשפוז פסיכיאטרי
17	15	34	66	בקהילה <sup>3</sup>
				יחידות מעקב לא אשפוזיות (במוסד פסיכיאטרי)
-	2	4	6	
-	2	14	6	<b>יחידות שיקום תעסוקתי</b>
-	2	6	8	ביחידת אשפוז פסיכיאטרי
-	-	8	8	בקהילה
5	1	8	16	<b>טיפול וייעוץ בתחום הסמים</b>
<sup>4</sup> 4	1	6	11	מרפאות
1	-	2	3	טיפול יום
43	-	-	43	<b>מועדונים חברתיים</b>
<sup>5</sup> 11	-	-	11	<b>קו חירום</b>
4	-	8	12	<b>תכניות דיור מוגן בקהילה<sup>6</sup></b>

מקור: משרד הבריאות (1989א, 1994א). הנתונים אינם כוללים שירותי ייעוץ לסטודנטים במוסדות להשכלה גבוהה.  
<sup>1</sup> כולל סניפי מרפאות.  
<sup>2</sup> בנוסף, שני סניפי מרפאה.  
<sup>3</sup> רוב היחידות קשורות מבחינה מנהלית למוסדות אשפוז פסיכיאטרי.  
<sup>4</sup> שירותי ייעוץ "אל-סם".  
<sup>5</sup> כולל 3 קווים לדוברי רוסית.  
<sup>6</sup> סה"כ 1989-, 177 דיירים; 285 דיירים. מקור: משרד הבריאות, 1989ב, Hammerman, 1984. מידע לגבי 1993 לא היה זמין.

**לוח 5. התפתחות מערכת שירותי בריאות הנפש: מאושפזים, תקציבים ונוח-אדם, 1979; 1993-**

שיעור שינוי 1993-1979 (אחוזים)	1993	1979	
			<b>מאושפזים</b>
			מספרים מוחלטים
(-) 21.7	6,866	8,774	שיעורים לאלף באוכלוסייה
(-) 43.5	1.3	2.3	
			<b>קבלות</b>
			מספרים מוחלטים
11.8	14,488	12,958	שיעורים לאלף באוכלוסייה
17.6	2.8	3.4	
			<b>תקציב שירותי בריאות הנפש</b>
			סה"כ, כאחוז מתקציב משרד הבריאות
(-) 15.4	11.5	13.6	בקהילה, כאחוז מתקציב שירותי בריאות הנפש <sup>1</sup>
(-) 44.0	2.8	5.0	
			<b>נוח אדם</b>
9.7	21,032	19,176	משרד הבריאות - סה"כ
15.2	3,503	3,040	שירותי בריאות הנפש - סה"כ
19.1	3,292	2,763	בתי-חולים פסיכיאטריים
(-) 24.0	211	277.5	שירותי בריאות הנפש בקהילה
			שירותי בריאות הנפש כאחוז מסך-כל משרד הבריאות
5.0	16.7	15.9	שירותי בריאות נפש
			קהילתיים כאחוז משירותי בריאות הנפש
340	6.0	9.1	

מקור: פופר והורוביץ (1989); משרד הבריאות (1989א, 1994ב). משרד האוצר (1979); 1989; 1994.  
<sup>1</sup>כולל טיפול בהתמכרות לסמים ושירותי בריאות נפש קהילתיים המנוהלים על-ידי בתי-חולים.

**מקורות נבחרים (רשימה חלקית)**

- אבירם, א' (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - קיפאון או התקדמות. **ביטחון סוציאלי**, 37, 71-99.
- אבירם א', זילבר נ', לרנר י', ופופר מ' (1996). **חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרת האוכלוסייה והערכת הבעיה** (דוח מחקר). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש ומכון פאלק.
- אליצור, א' (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל - אנטומיה של כישלון. **חברה ורווחה**, 14, 103-127.
- (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הזדמנות לתמורה בשירותי בריאות הנפש. **שיחות**, 9, 55-62.
- ברנע צ', טייכמן מ', רהב ג', גיל ר', ורוזנבלום י' (1990). **השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל: מחקר אפידמיולוגי**. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.
- גינת י' (1992). ארגון שירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. **הרפואה**, 123, 264-268.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 29, 40, 46, 47**; ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, ספר החוקים 1469, 156.
- (תיקון מס' 13), תשל"ג - 1973. ספר החוקים 708, 212.
- חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991, ספר החוקים 1339, 58.
- טייכמן מ', ורהב ג' (1995). **השימוש באלכוהול ובסמים בקרב האוכלוסייה הבוגרת היהודית בישראל, 1989-1992**. חברה ורווחה, 15, 209-223.
- טרמר ל' (1975). הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללת. **בריאות הציבור**, 18, 536-547.
- לוי ע', ודוידסון ש' (1988). שיקום פסיכיאטרי קהילתי בישראל. **שיחות**, 2, 202-209.
- לוינסון ד', פופר מ', הנדלסמן מ' (1993). **מאפייני יחידות המספקות שירותי בריאות נפש בישראל: סיכום ממצאי מחקר מסקר שירותי בריאות נפש ציבוריים - מאי 1986 (דוח)**. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש והמחלקה למידע ולמיחשוב.
- לוינסון ד', פופר מ', לרנר י', פיינסון מ', מרק מ' (1996). **שימוש בשירותים מרפאתיים לבריאות הנפש בישראל: שיעורים ודפוס**

**צריכה. ניתוח נתונים מסקר ארצי - מאי 1986 וממעקב - 1994.**  
 ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה וגוינט ישראל, מכון פאלק.  
 לרנר י', ופופר מ' (1993). מגמות האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1990-1986 ותחזית עד 1995. **הרפואה**, 125, 75-79.  
 מבקר המדינה, דו"ח שנתי מס' 30, 41, ירושלים.  
 מדינת ישראל (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב (ועדת נתניהו). ירושלים.  
 מרק מ', פלדמן ד', ורבינוביץ י' (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי - יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל.  
**חברה ורווחה**, 16, 185-197.  
 משרד האוצר, הצעת תקציב המדינה למשרד הבריאות, שנים שונות (1973, 1979, 1989, 1996), ירושלים.  
 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, (1997) **שירותים לבריאות הנפש בישראל: סקירת נתונים.**  
 נוימן מ' (1993). המהפך הצפוי בשירותי בריאות הנפש והשלכותיו הציבוריות והאתיות. **שיחות**, 8, 58-64.  
 פופר מ', והורוביץ ר' (1989). **מגמות באשפוז פסיכיאטרי, 1975-1987.**  
 פרסום סטטיסטי מס' 6, 1988. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.  
 שפיר ג' (1995). יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי. **שיחות**, 9, 151-158.

Aviram, U. (1996). Mental Health Services in Israel at a Crossroads: Promises and Pitfalls of Mental Health Services in the Context of the New National Health Insurance, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol 19, No.3/4, pp.327-372.

--,(1983). Community mental health in Israel: An interim policy assessment. In S. Spiro & E. Yuchtman-Yaar (Eds.) **Evaluating the welfare state: social and political perspectives** (pp. 217-231). New York: Academic Press.

- ,(1990a). Care or convenience? On the medical bureaucratic model of commitment of the mentally ill. **International Journal of Law and Psychiatry**, 13, 163-177.
- ,(1990b). Community care of the seriously mentally ill: continuing problems and current issues. **Community Mental Health Journal**, 26, 69-88.
- , & Shnit, D. (1984). Psychiatric treatment and civil liberties in Israel: The need for reform. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 21, 3-18.
- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. **Hospital and Community Psychiatry**, 43, 453-464.
- Chesler-Gampel, J. (1970). **Official bed provision, resident patients, and total patients in care in mental hospitals in Israel, 1948-1970**. Statistical report series, no. 1. Jerusalem: Ministry of Health, Mental Health Services.
- Feinson, M., Popper, M., & Handelsman, M. (1992). **Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns**. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- Grob, G. N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. **Society**, (Special Issue, July/August), 51-59.
- Hammerman, T. (1984). **Community sheltered residences for the rehabilitation of the mentally ill in Israel: A survey of their populations, purposes and programs**. Unpublished M.A. thesis, University of Haifa.
- Isaac, R. J. & Armat, V. C. (1990). **Madness in the streets: how psychiatry and the law abandoned the mentally ill**. New York: The Free Press.
- Kaffman, M., Nitzan, D. & Elizur, Y., (1996). Bridging Individual, Family and Community Care: A Comprehensive Treatment Program for the Chronic Mentally Ill, **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Vol. 33, pp. 144-157.
- Levy, A. (1992). New Israeli psychiatric legislation. **International Journal of Medicine and Law**, 11, 281-296.

- Mark, M., Rabinowitz, J., & Feldman, D. (1995). Mental health reform in Israel. In J. Shemer & M. Vienonen (Eds.) **Reforming health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Mark, M., & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **32**, 80-85.
- Mechanic, D.(1994a). Establishing mental health priorities. **Milbank Quarterly**, **72**, 501-514.
- ,(1994b). Integrating mental health into a general health care system. **Hospital and Community Psychiatry**, **45**, 893-897.
- Rahav, M. & Popper, M. (1980). Trends in the delivery of psychiatric services in Israel, 1965-1979. Ministry of Health, Mental Health Services, Information and Evaluation Unit. Paper presented at the Sapir International Conference on Development, Tel Aviv.
- Shemer, J. & Vienonen, M. (1995). **Reforming Health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Shemesh, A., Horowitz, R., Levinson, D., & Popper, M. (1993). Psychiatric hospitalization of immigrants to Israel from the former USSR: Assessment of demands in future waves of immigration. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 213-222.
- Shinaar, A., Rothbard, A., Kanter, A., & Yung, Y.(1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **American Journal of Psychiatry**, **147**, 1602-1608.
- Siegel, C., Handelsman, M., Haugland, G., Popper, M., Jouhovitzky, T., & Katz, S. (1993). A comparison of the mental health systems in New York State and Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 130-141.
- Vigiser, D., Apter, A., Aviram, U., & Maoz, B.(1984). Overutilization of the general hospital emergency room for psychiatric referrals in an Israeli hospital. **Public Health**, **74**, 73-75.
- Yishai, Y. (1993). Israel. In D. R. Kemp (Ed.), **International handbook on mental health policy** (pp. 109-137). Westport, CT: Greenwood Press.



**מקורות נבחרים (רשימה חלקית)**

- אבירם, א' (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - קיפאון או התקדמות. **ביטחון סוציאלי**, 37, 71-99.
- אבירם א', זילבר נ', לרנר י', ופופר מ' (1996). **חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרת האוכלוסייה והערכת הבעיה** (דוח מחקר). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש ומכון פאלק.
- אליצור, א' (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל - אנטומיה של כישלון. **חברה ורווחה**, 14, 103-127.
- (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הזדמנות לתמורה בשירותי בריאות הנפש. **שיחות**, 9, 55-62.
- ברנע צ', טייכמן מ', רהב ג', גיל ר', ורוזנבלום י' (1990). **השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל: מחקר אפידמיולוגי**. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.
- גינת י' (1992). ארגון שירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. **הרפואה**, 123, 264-268.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 29, 40, 46, 47**; ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, ספר החוקים 1469, 156.
- (תיקון מס' 13), תשל"ג - 1973. ספר החוקים 708, 212.
- חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991, ספר החוקים 1339, 58.
- טייכמן מ', ורהב ג' (1995). **השימוש באלכוהול ובסמים בקרב האוכלוסייה הבוגרת היהודית בישראל, 1989-1992**. חברה ורווחה, 15, 209-223.
- טרמר ל' (1975). הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללת. **בריאות הציבור**, 18, 536-547.
- לוי ע', ודוידסון ש' (1988). שיקום פסיכיאטרי קהילתי בישראל. **שיחות**, 2, 202-209.
- לוינסון ד', פופר מ', הנדלסמן מ' (1993). **מאפייני יחידות המספקות שירותי בריאות נפש בישראל: סיכום ממצאי מחקר מסקר שירותי בריאות נפש ציבוריים - מאי 1986** (דוח). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש והמחלקה למידע ולמיחשוב.
- לוינסון ד', פופר מ', לרנר י', פיינסון מ', מרק מ' (1996). **שימוש בשירותים מרפאתיים לבריאות הנפש בישראל: שיעורים ודפוס**

**צריכה. ניתוח נתונים מסקר ארצי - מאי 1986 וממעקב - 1994.**  
 ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה וגויינט ישראל, מכון פאלק.  
 לרנר י', ופופר מ' (1993). מגמות האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1990-1986 ותחזית עד 1995. **הרפואה**, 125, 75-79.  
 מבקר המדינה, דו"ח שנתי מס' 30, 41, ירושלים.  
 מדינת ישראל (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב (ועדת נתניהו). ירושלים.  
 מרק מ', פלדמן ד', ורבינוביץ י' (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי - יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל.  
**חברה ורווחה**, 16, 185-197.  
 משרד האוצר, הצעת תקציב המדינה למשרד הבריאות, שנים שונות (1973, 1979, 1989, 1996), ירושלים.  
 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, (1997) **שירותים לבריאות הנפש בישראל: סקירת נתונים.**  
 נוימן מ' (1993). המהפך הצפוי בשירותי בריאות הנפש והשלכותיו הציבוריות והאתיות. **שיחות**, 8, 58-64.  
 פופר מ', והורוביץ ר' (1989). **מגמות באשפוז פסיכיאטרי, 1975-1987.**  
 פרסום סטטיסטי מס' 6, 1988. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.  
 שפיר ג' (1995). יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי. **שיחות**, 9, 151-158.

Aviram, U. (1996). Mental Health Services in Israel at a Crossroads: Promises and Pitfalls of Mental Health Services in the Context of the New National Health Insurance, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol 19, No.3/4, pp.327-372.

--,(1983). Community mental health in Israel: An interim policy assessment. In S. Spiro & E. Yuchtman-Yaar (Eds.) **Evaluating the welfare state: social and political perspectives** (pp. 217-231). New York: Academic Press.

- ,(1990a). Care or convenience? On the medical bureaucratic model of commitment of the mentally ill. **International Journal of Law and Psychiatry**, 13, 163-177.
- ,(1990b). Community care of the seriously mentally ill: continuing problems and current issues. **Community Mental Health Journal**, 26, 69-88.
- , & Shnit, D. (1984). Psychiatric treatment and civil liberties in Israel: The need for reform. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 21, 3-18.
- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. **Hospital and Community Psychiatry**, 43, 453-464.
- Chesler-Gampel, J. (1970). **Official bed provision, resident patients, and total patients in care in mental hospitals in Israel, 1948-1970**. Statistical report series, no. 1. Jerusalem: Ministry of Health, Mental Health Services.
- Feinson, M., Popper, M., & Handelsman, M. (1992). **Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns**. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- Grob, G. N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. **Society**, (Special Issue, July/August), 51-59.
- Hammerman, T. (1984). **Community sheltered residences for the rehabilitation of the mentally ill in Israel: A survey of their populations, purposes and programs**. Unpublished M.A. thesis, University of Haifa.
- Isaac, R. J. & Armat, V. C. (1990). **Madness in the streets: how psychiatry and the law abandoned the mentally ill**. New York: The Free Press.
- Kaffman, M., Nitzan, D. & Elizur, Y., (1996). Bridging Individual, Family and Community Care: A Comprehensive Treatment Program for the Chronic Mentally Ill, **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Vol. 33, pp. 144-157.
- Levy, A. (1992). New Israeli psychiatric legislation. **International Journal of Medicine and Law**, 11, 281-296.

- Mark, M., Rabinowitz, J., & Feldman, D. (1995). Mental health reform in Israel. In J. Shemer & M. Vienonen (Eds.) **Reforming health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Mark, M., & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **32**, 80-85.
- Mechanic, D.(1994a). Establishing mental health priorities. **Milbank Quarterly**, **72**, 501-514.
- ,(1994b). Integrating mental health into a general health care system. **Hospital and Community Psychiatry**, **45**, 893-897.
- Rahav, M. & Popper, M. (1980). Trends in the delivery of psychiatric services in Israel, 1965-1979. Ministry of Health, Mental Health Services, Information and Evaluation Unit. Paper presented at the Sapir International Conference on Development, Tel Aviv.
- Shemer, J. & Vienonen, M. (1995). **Reforming Health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Shemesh, A., Horowitz, R., Levinson, D., & Popper, M. (1993). Psychiatric hospitalization of immigrants to Israel from the former USSR: Assessment of demands in future waves of immigration. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 213-222.
- Shinaar, A., Rothbard, A., Kanter, A., & Yung, Y.(1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **American Journal of Psychiatry**, **147**, 1602-1608.
- Siegel, C., Handelsman, M., Haugland, G., Popper, M., Jouchovitzky, T., & Katz, S. (1993). A comparison of the mental health systems in New York State and Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 130-141.
- Vigiser, D., Apter, A., Aviram, U., & Maoz, B.(1984). Overutilization of the general hospital emergency room for psychiatric referrals in an Israeli hospital. **Public Health**, **74**, 73-75.
- Yishai, Y. (1993). Israel. In D. R. Kemp (Ed.), **International handbook on mental health policy** (pp. 109-137). Westport, CT: Greenwood Press.



## דיון : שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים

הדיון התקיים במרכז ב-12.6.97-

### משתתפים בדיון (א"ב)

מנהל ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית	פרופ' אורי אבירם
יו"ר הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש בישראל	מר ישראל אלדר
מנהל בית-החולים אברבנאל	פרופ' אבנר אליצור
המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל	מר יואל בלנקט
ראש אגף לאוכלוסייה עם צרכים מיוחדים, ג'וינט ישראל	גבי מירי ברש
בית-הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית	פרופ' אברהם דורון
מנהלת השירות לשיקום, משרד העבודה והרווחה	ד"ר נירה דנגור
מנהל התחנה לבריאות הנפש, בית-החולים איתנים	ד"ר אלי דניאלוביץ
יו"ר האגודה הישראלית לשיקום פסיכוסוציאלי,	ד"ר מקס לכמן
וביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית	
מנהל המרכז הירושלמי לבריאות הנפש	ד"ר יעקב לרנר
סגן מנהל בית-החולים גהה	פרופ' חנן מוניץ
מנהל בית-החולים הדסה הר-הצופים	פרופ' ז'יק מישל
המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל	גבי דלית נחשון-שרון
עו"ס ראשי, בריאות הנפש, משרד הבריאות	מר דוד ניצן
חוקרת, מכון ברוקדייל	גבי נורית ניראל
אגף התקציבים, משרד הבריאות, ירושלים	מר אריאל פיקאר
אגף גימלאות נכות, המוסד לביטוח לאומי	גבי אירית פלדמן
השירות לבריאות הנפש, משרד הבריאות	גבי דינה פלדמן
מנהל אדמיניסטרטיבי, בית-חולים באר-יעקב	מר דב פסט
מנהל המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל	פרופ' יעקב קופ
ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית	גבי הדס רוזן
רכז תחום בריאות, המרכז לחקר המדיניות החברתית	פרופ' אריה שירום
והפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב	
פסיכולוג ראשי, בית-החולים הרצוג, ירושלים	ד"ר גבי שפיר
יועץ לרפורמה, משרד הבריאות	מר יעקב שרייבמן
בריאות הנפש, משרד הבריאות	מר יחיאל שרשבסקי

---

## דיון: שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים

פרופ' אורי אבירם מנתח במאמרו את הבעיות המתמשכות של שירותי בריאות הנפש לאור הרפורמה במערכת הבריאות, תוך הדגשת סיכויים וסיכונים הטמונים במדיניות החדשה. המחבר מצביע על הקשיים הנובעים מפיתוח מוגבל של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בישראל, על רקע הדומיננטיות רבת השנים של בית-החולים הפסיכיאטרי, ובוחרן חלופות למדיניות הנהוגה.

המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל בחר לעסוק בנושא זה בעת שעומדת על הפרק רפורמה מקיפה בתחום ולאחר שתהליך יישומה נדחה כבר מספר פעמים. בהתאם לכך ערך המרכז דיון בהשתתפות נציגים של שירותי בריאות הנפש בישראל: מנהלי ורופאים בכירים בבתי-החולים הפסיכיאטריים; יו"ר הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש בישראל; נציגים מן האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, במשרד העבודה והרווחה, במוסד לביטוח לאומי; וחוקרים ואנשי סגל מהאוניברסיטאות. בדיון עלו רבות מהסוגיות העיקריות עימן מתמודדים במערכת שירותי בריאות הנפש.

טענה מרכזית שעלתה בדיון היא, שהטיפול בחולי הנפש איננו יכול להיות מוגבל לתחום הרפואי ויש להבטיח את התנאים הדרושים לשיקומם של חולי הנפש תוך התייחסות למכלול הצרכים שלהם. היעדר מסגרות ושירותים קהילתיים בתחומי המגורים, התעסוקה והרווחה של המטופלים פוגע ביעילות הטיפול. לכך מתקשר גם הצורך והחשיבות בשיתופם של מקצועות לא-רפואיים בתחום הטיפול בחולי הנפש.

חולה הנפש כאדם וכבן משפחה - היבט זה עלה בדיון מצד נציג משפחות חולי הנפש. מר ישראל אלדר הפנה את תשומת ליבם של המשתתפים לבעיה העיקרית של החולה ומשפחתו - התקוה לצאת מן המחלה. הוא העלה גם את הבעיה של הסטיגמה הדובקת בחולה ובבני משפחתו ושל אי פנייה לגורמים מטפלים למרות הצורך הזועק. יש, ללא ספק, מקום לשינוי בחשיבה של החברה כולה וגם של הגורמים המטפלים בחולי הנפש ובבני משפחתם.

המושג "קהילה" עלה בדיון בהיבטים שונים שלו. דובר על הפירוש ה"גיאוגרפי" למושג בתוך תהליך הטיפול הרפואי - מרפאות כקהילה לעומת בתי-חולים. בנושא זה נתגלתה הסכמה כי יש חשיבות רבה ליצירת רצף טיפול בין הקהילה לבית-החולים וחזרה לקהילה. יש מקום ליותר שיתוף פעולה, כך שמובטחים השירותים לפי אזורים ואין מאבק בין "קהילה" ובית-חולים על המטופלים. גם בית-החולים יכול להיות גורם קהילתי בחלק מהשירותים שהוא מספק.

לצד הגישה הפתוחה והגמישה בעניין הרצף הטיפולי נדרשת זהירות בהעברת הדגש לטיפול קהילתי. המלצה זו פירושה לאפשר שחרור מוגבר של אנשים מאישפוז לחיים בקהילה ובחברה. אולם, כל עוד לא ייפתרו בעיות התשתית אין אפשרות להבטיח כי ירדה במספר המאושפוזים תלווה בעלייה מקבילה במספר המטופלים בקהילה.

תשומת לב הופנתה גם אל "לא-חולים" המטופלים על-ידי שירותי בריאות הנפש. מדובר בקבוצה שהשירותים רואים הצלחה גדולה בכך שנכנסה למעגל המטופלים, אך הרפורמה עלולה לפגוע בכך בתהליך קביעת העדיפויות.

הדברים מובאים להלן לפי סדר הדוברים בדיון.

**פרופ' ז'ק מישל:**

אני חושב שיש צורך בשינוי מחשבתי ברמה לאומית בנושאי בריאות, ולא דוקא בתחום בריאות הנפש. הרבה מאוד מתחלואי המערכת המתוארים בעבודה מאפיינים גם את מערכת הרפואה הכוללת, כמו למשל הניגוד הענייני בין בתי-חולים לבין הקהילה, הקיים בכל תחום.

אני מציע, לכן, שאנחנו נתחיל לחשוב במונחים חדשים מבחינת הפתרונות. אני מסכים עם האבחנות במאה אחוז. כל עוד משרד הבריאות לא יתפקד כמיניסטרוניון הצריך להתוות את המדיניות ולפקח על הנעשה בתחומי הבריאות בארץ, אין כל סיכויים שהדברים האלה ישתנו. כל עוד זה לא יקרה, אני לא מאמין שתיפתר הבעיה של הניגוד בין קהילה לבית-חולים או ניגודים אחרים, כמו בין עצם ההקצאה המיועדת לבית-חולים פסיכיאטרי לעומת בית-חולים כללי.

בין רבע לשליש מאוכלוסיית חולי-הנפש מאושפזים היום, וזאת מסיבות שונות. גם אם היה מתאים לקלוט אותם בקהילה ייתכן שזה יותר זול, לפעמים, להשאיר אותם בבית-חולים. קליטתם בקהילה בתנאים הקיימים כיום תעלה יותר כסף ומשיקולים כלכליים זה לא מתבצע.

לדעתי ישנה בעיה אתית שצריך לתת עליה את הדעת וזאת ברמה הארצית. צריך שתהיה, קודם כל, קביעה שחולה שלא צריך להיות באישפוז לא יהיה. אם זה לא יקרה, אין כל סיכוי שהחולים האלה ייצאו מבתי-החולים.

הדבר השני שאני מציע לשנות זה העניין הזה של הפרדה לפי מגזרים בין בתי-חולים וקהילה. הגוף המממן, קופת-החולים, צריך להתמודד עם הדילמה בעד מה לשלם. אני חושב שזה בריא שתהיה תחרות בין קופות-החולים. ייתכן אף שיהיה הבדל בין קופות-החולים בדגשים על התחומים: קופה א' תשים את הדגש על טיפול בחולי נפש וקופה ב' תשים דגש על טיפול בפגים וקופה ג' על תחום אחר. הציבור יכול לנוע בין קופה לקופה, ולצאת נשכר ממצב זה.

הקופה, תחת פיקוח משרד הבריאות, ובאמצעות קווי הנחיה מאוד ברורים, תחליט איפה היא תטפל במבוטח שלה, בין שזה בבית-החולים ובין שזה בקהילה. צריך לשאוף לכך שיהיה רצף בין הקהילה לבית-חולים

וחזרה לקהילה, ולא רק בתחום הטיפול במחלות הנפש. כל עוד זה לא יקרה אנחנו נבזבו את האמצעים שלנו וזה נכון בכל תחומי הרפואה. לגבי המיקום של המרפאות - כאן נדרשת בדיקה. ייתכן שיש מרפאות מיותרות בקהילה ולא תמיד צפיפות הקהילה מוזילה בהשוואה למרפאה של בית-חולים. הגוף המממן צריך לעשות סדר בתחום זה. ניתן לראות ממה שקורה בבתי-החולים הכלליים כי המרפאות שבבתי-חולים כלליים נמצאות בנסיגה, וזאת משום שהקופות החליטו לממן שירותים במסגרות אחרות ויש להן הכוח לבצע זאת. תכנון טוב יותר יציע מודל שינווט את החולים לפי הצורך ויביא בחשבון את מצבם וגם את יכולת המימון לטיפול הנדרש.

לגבי רופא המשפחה - אינני רואה בעיה באפשרות שהוא יהפוך לבלם ראשי. רופא המשפחה איננו עובד לבד, כמו גם הרופא בבית-החולים. ראוי שהרופא, במסגרת הקופה, יעבוד בשיתוף עם עובדים סוציאליים ומערך כולל המבטיח שיעשה שיקול נכון לגבי החולים/הפונים. אני גם לא רואה פיתרון טוב יותר.

לסיום דברי, אני רוצה להדגיש כי בכל מקרה, בין שיהיה שינוי או בין אם לאו, הסכנה הגדולה איננה בין חולים קשים לחולים קלים, אלא הסכנה היא בשאלה של חולים עשירים לעומת חולים עניים. זאת אחת השאלות הקשות ביותר היום לגבי מערכת הבריאות הציבורית.

#### **פרופ' אברהם דורון:**

כמה הערות קצרות:

ראשית, במשך השנים נכתב ונאמר בצורה הברורה ביותר על הרמה הנמוכה של בתי-החולים הפרטיים לבריאות הנפש. הציון ש90- אחוז מן המיטות הפסיכיאטריות בארץ הן ממשלתיות, מבלי להזכיר שחלק גדול מהן הן מיטות בבתי-החולים הפרטיים, יש בו כדי ליצור הטעיה. הדבר דורש לכן תיקון.

שנית, גביית תשלום בעד שירותי הנפש האמבולטוריים עלולה ליצור מחסום נגישות רציני לאנשים הנזקקים לשירותים מסוג זה. האם הובאה בחשבון הסוגיה של אי פנייה למרפאות מצד אנשים היכולים להיעזר בהן בגלל אי היכולת שלהם או אי נכונות לשלם בעד השירות, ומה עשויות להיות ההשלכות מכך.

סוגיה אחרת היא העברת הדגש מטיפול מוסדי לטיפול חוץ-מוסדי. הדוגמה של ארצות-הברית בעניין זה מלמדת אותנו שלא נוצרים שירותים

קהילתיים במקום השירותים המוסדיים והאנשים ששחררו מבתי-חולים נשארים ללא מענה לבעיותיהם. גם אצלנו ישנה כנראה אותה מגמה. לפי הפרטים בעבודה שהוצגה לפנינו מסתבר כי הירידה במספר המאושפזים לא לוותה בעלייה מקבילה במשאבים שהוקצו לשירותים הקהילתיים. אנחנו צריכים לכן להיות מאד זהירים בנושא זה כאשר אנו ממליצים על העברת הדגש לטיפול חוץ-מוסדי.

נושא מרכזי אחר העומד בסדר היום והנוגע להעברת הטיפול בחולי הנפש לקופות-החולים הוא עניין גריפת השמנת (ה-cream skimming). האם מישהו יכול להבטיח לנו שקופות-החולים לא יזניחו את חולי הנפש? האם אין סכנה שקופות-החולים מכבי ומאחדת, שהן בעלות מונופול לגבי מבוטחים של המעמד הבינוני, ינסו להשתחרר מהטיפול בחולי הנפש ויעשו כדי להעבירם לטיפול של קופת-החולים הכללית?

באופן כללי, אני חרד ממה שעלול לקרות לחולי הנפש בעידן של שוק חפשי ותחרותיות בשירותי הרפואה. הנטייה שלנו לחקות בעניין זה את ארצות-הברית איננה מבטיחה לדעתי תוצאות שנוכל להתגאות בהן.

#### פרופ' חנן מוניץ:

יש הסכמה על כך שהשיטה הקיימת הביאה אותנו לבעיות אשר עמן מתמודדים היום. וכעת מנסים לשנות את השיטה שהביאה אותנו עד הלום.

צריך להתייחס, לדעתי, לשתי רפורמות נפרדות, רפורמה ביטוחית ורפורמה של ארגון השירותים. קצב הכניסה הפוטנציאלי של הרפורמה הביטוחית הוא הרבה יותר מהיר, אולם לגבי הרפורמה השנייה מדובר בשנים על שנים. נראה שהבעיות המוזכרות כאן לא ייפתרו במהירות. מדובר בבעיות ארגוניות שנותרו מאז קום המדינה. עליהן נוספו עיוותים שנוצרו על-ידי משרד הבריאות במשך כל השנים שהוא ניהל את העסק. אין כל סיכוי, שכל העיוותים האלה יתוקנו על-ידי אותה מערכת ארגונית שיצרה אותם. יתרה מזאת, חלק גדול מהלבטים שישנם היום נובעים מן הרצון לשמר את מעט הכסף בידי משרד הבריאות והסכנה שהכסף הזה יופנה מחוץ לפסיכיאטריה היא הרבה יותר גדולה מאשר אם יועבר אל קופות-החולים. לתשומת ליבנו, זה כבר קרה בעבר, כאשר כספים שנחסכו במערכת לא הופנו לפיתוח שירותים קהילתיים. לכן, חייבים להפריד בין שתי הרפורמות ולא לצפות שהכל ייפתר כדי שחוק ביטוח בריאות ייכנס, כי משמעות הדבר שהוא לא ייכנס אף פעם.

ההתייחסות לבריאות הנפש בעבודה מציגה את התחום כאילו מדובר כאן על מקצוע של מחלה אחת. ובכן, זה לא המצב. הפסיכיאטריה עוסקת במיגוון גדול מאוד של מחלות, שבהן מחלות יותר קשות עם disability יותר קשה ומחלות עם disability פחות קשה. ראוי אכן להשתמש במושג disability, כמונח ראשון. גם בתוך המחלות, שלא נחשבות קשות, יש חולים עם הרבה מאוד disability, שמספרם אמנם קטן יותר, יחסית. ובכן, אנחנו לא יכולים לסרס את המקצוע, ולהפוך אותו למקצוע של מחלה אחת, או אפילו נגזרים קטנים מתוך אותה מחלה. העבודה שלפנינו אמנם לא טוענת זאת במפורש אבל היא מובילה לכיוון זה של תפיסה כאילו מדובר במחלה אחת. אני מדגיש כי זהו סירוס של המקצוע והובלה שלו לדרך לא נכונה.

בנקודה של בלם (gate keeper), אני יכול להגיד על קופה אחת, שיש לה כ-62 אחוז מסך-כל החברים אבל למעלה מ-80 אחוז מוגדרים כ-mental disability, כלומר שהמצב שתואר קיים כבר היום. ככל שה-disability גבוהה יותר באחוזי הנכות, הרי מספר החברים באותה קופה גדל. המצב הזה משקף את ההיסטוריה של המדינה. אם המערך המפצה את הקופה כספית יהיה תקין, אז אני, אישית, לא רואה בזה אסון. כדאי להזכיר כי חוק בריאות מאפשר לאנשים תנועה חופשית בין הקופות.

כמעט ואין אפשרות לבחירה לגבי הצורך באישפוז, או לגבי שליטה על כמות המאושפזים אלא בשיעורים מינימליים. עם זאת ההבדל באורך האישפוז הממוצע הוא בסדר גודל של פי שניים בין מוסדות שונים באותה מדינה. כלומר, שאם מישהו באמת רוצה לתכנן את הפיקוח, הוא צריך לחשוב יותר על אורך האשפוז ולא כל כך על בלימת האשפוז. צריך לזכור שגם בבתי-החולים עם השהייה הקצרה יותר, עדיין מדובר אצלנו באורך אשפוז של פי שלושה מהמקובל במקומות אחרים בעולם.

אף מערכת ביטוחית לא תצליח לבנות בכספים המיועדים לפיתוח מערך שירותים קהילתיים. צריך כספים אחרים. תחשבו כמה עולה דיור לעשרה איש. זה לא יתממש, ולא חשוב איפה זה יהיה. יש צורך לעשות דברים ששנים לא נעשו וזאת היא הבעיה. אין לעסוק עכשו בהטלת אשמה לכך שאלו הם פני הדברים.

נקודה אחרונה היא לגבי שיתוף מקצועות לא-רפואיים, יש לציין כי פסיכיאטריה שונה מאוד ממקצועות רפואה אחרים. לא קיים לגבי החולים-המטופלים מושג של המשך הטיפול כמו לגבי מחלקה אורטופדית, מחלקה שיקומית, שמהן עוברים לשירותי ביטוח לאומי,

לדוגמא, להמשך הטיפול. משום מה ההנחה בפסיכיאטריה היא, שזו מערכת שאיננה מתאימה להיות מטופלת באותו אופן. אני לא מבין למה היא לא טובה ולא מבין למה הונצחו דפוסים אלה ולמה נלקחו מחולי הנפש זכויות האזרח הבסיסיות, כמו קבלת שירותים מביטוח לאומי ושירותי רווחה בדיוק כמו כל אדם במחלה אחרת. זה קשור לכך שהשירותים בנויים יותר על חשיבה אקוטית. אולם שיקום זה לא עניין טכני, זה עניין של לחשוב אחרת. ויש בעיה עם הסיכוי שבאותה מחלקה יהיו אנשים שיהיו כל כך רב גוונים בגישה שלהם שתאפשר להם טיפול נאות בחולה החריף ובחולה הנמצא בשלב הדורש יותר השקעה שיקומית. כל מה שצריך לעשות בעניין זה, זה להעביר חוק קטן שאומר שאסור להפלות את חולי הנפש ולפתוח להם את כל השירותים השיקומיים והאחרים הניתנים לאזרחי המדינה.

### פרופ' אבנר אליצור:

ברצוני להתייחס ראשית לשאלה שהועלתה בדיון באשר לחיסכון הכספי הצפוי כביכול בהעברת שירותים מבתי-החולים לקהילה? ניתוח האירועים במעבר כזה בשירות הרפואי הכללי מלמד כי אין שום הוכחה שהפרדת השירותים בין קהילה לבין בתי-החולים הביאה לחיסכון. נהפוך הוא, תהליך זה הביא לבזבוז משאבי ציבור נוכח יצירת כפל שירותים. ההוצאה המיותרת של המשאבים נבעה מכך שבכל אזור הוקמו שירותים קהילתיים של בית-חולים וגם של הקהילה.

שנית, בהתייחס לביקורת שהושמעה כלפי בתי-החולים, יש להדגיש כי ההתנהגות הכלכלית של בית-החולים לא נובעת מהצורך לשמור על עצמו, אלא בגלל מבנה תקציבו. התקציב השנתי נשען על מחיר ממוצע של יום אשפוז כפי שהוא נקבע על-ידי משרד הבריאות ומשרד האוצר. איזון התקציב מבוסס על בסיס תמהיל שירותים רפואיים הכוללים מיטות יקרות ומיטות זולות. "בחירה מפלה" ו"הוצאות השמנת" של המיטות הזולות מביאות בהכרח לערעור בסיס התקציב. בית-החולים לא יוכל להפעיל את השירותים היקרים של טיפול נמרץ או כל פרוצדורה יקרה אחרת על חשבון ממוצע של מחיר יום אשפוז. בהיעדר משאבים אלו לא יוכל בית-החולים לאזן תקציבו.

תופעות דומות מאפיינות את שירותי בריאות הנפש. לדעתי הביטוי המופיע במאמר של פרופ' אבירם "לחסוך כסף מאשפוז למען פיתוח שירותים קהילתיים" לא הוכיח את עצמו במחקרים מבוקרים. זו היא

אולי אידיאולוגיה המבטאת את המלחמה של העבר ולא את המלחמה של העתיד. כיום, נוכח האילוצים הכלכליים הקיימים בכל המדינות התעשייתיות, ניתן לעקוב אחרי תהליך של הקמת שילובים ובריתות בין בתי-חולים לבין שירותים בקהילה. מערך זה בא להגן באופן מקצועי על רצף הטיפול הנדרש לאוכלוסייה בקהילה. אולם בנוסף, הוכח כי שילוב כזה הביא גם לחיסכון גדול יותר במשאבים בהשוואה לאותם מקומות שבהם נותרה עדיין התחרות בין שירותי בתי-החולים לשירותי קהילה. ניתן להדגים זאת גם מהמצב בארץ. ישנם אזורים כמו בבאר-שבע או עפולה, שבהם, ברפואה הכללית, נשמרת הקפיטציה בין המרפאות לבין בית-החולים. שילוב זה הביא לחיסכון תקציבי. ולעומתם ישנם מקומות, כמו באזור המרכז, שם נוצרה הפרדה בין שירותי בתי-החולים והקהילה. במקומות אלו החלו העלויות להרגיע ולטפס למעלה. על כן, ברצוני להדגיש, כי הגישה כאילו בית-החולים פועל נגד הקהילה והקהילה נגד בית-החולים, היא גישה מזיקה של העבר, משנות החמשים. לדעתי עלינו להסתכל אחרת על הדברים ולהציע דרכים חדשות ויעילות יותר כיצד להתמודד עם מכלול ורצף השירותים באזור.

לגבי התחרות - אני מסכים עם הדוברים הקודמים כי היא בעייתית במיוחד בבריאות הנפש. חולי הנפש מהווים אוכלוסייה סטיגמטית ושכיחותם גבוהה בקרב השכבות הנכשלות והחלשות. לאור זה יש לצפות שקופת-חולים, שיש לה מעט חולי נפש, לא תתאמץ לפתח שירותים כדי לעודד חולי נפש לעבור אליה מקופת-החולים שבה חולי נפש רבים. לא ראיתי פרסומת שבה קופת-חולים גאה במספר חולי הנפש שלה. בנוסף קיים חוסר איזון במערכות התקציביות של השירותים לבריאות הנפש. תופעה זו מעוררת את החשש שמעבר בלתי בשל לקופת-חולים או אפילו למבטח יחיד, מטעם משרד הבריאות, לדוגמא, יביא להתמוטטות חלק מהשירותים במערכת בריאות הנפש ובמיוחד בשירותים בקהילה.

בקורת אחרת כלפי בתי-החולים היתה כי שיעור התקציב המופנה אליהם גבוה בהרבה מאשר זה המופנה לקהילה. טענה זו מתעלמת מהעובדה הכלכלית הפשוטה, שככל שהחולה יותר קשה ויותר ירוד וממושך וככל שנדרשת אחזקה של 24 שעות ביממה, עולה מחיר הטיפול בו. בבית-חולים, הטיפול עולה יותר כסף כי בו צריך לספק את כל השירותים, על כל המגוון, על כן לא ייפלא שהכסף מופנה לשם. גם במרפאה קיימת תופעה דומה. רוב התקציב של המרפאה (80 אחוז) מופנה לצורך הטיפול בחולה הממושך והתלתי תוך "קיפוח" כביכול של החולה

העצמאי. אולם יש צדק סוציאלי בכך, שהחולה צריך לקבל על פי צרכיו. על כן היקף ההשקעה משקף את היקף הצרכים.

יחד עם זאת, אם נשווה את חלוקת התקציב באחוזים בין בתי-חולים לקהילה, מתברר כי היא טובה יותר מאשר בהרבה ארצות בעולם. ברפואה הכללית, למשל, אחוז התקציב היחסי המופנה לבתי-החולים מול זה המופנה לקהילה - קטן יותר. בבריאות הנפש, לצערנו, יש עדיין פיגור רב בפיתוח שירותים בקהילה והתקציב הכולל העומד לרשות המערכת הוא קטן. מול מצוקה תקציבית זו, מטבע הדברים התקציב מופנה למוקדי החירום והמשבר ומקפח יחסית את השירותים הפחות דחופים. גם בנושאים אחרים במדינה נמנעים מלהשקיע במניעה ובתשתיות, אך מגייסים משאבים רבים להציל אדם בודד העולה לכותרות בעת שנתקע בואדי. הפוליטיקאים, בעקבות התקשורת, ישקיעו משאבים רבים מאוד להצלת האדם הבודד, התקוע ולא ישקיעו אותם בעבודה השוטפת של מניעה, תחזוקה, שיקום ופיתוח של תשתיות, שמהן לא צומחים פרות פוליטיים.

במאמר שיתפרסם ב"חברה ורווחה", אני מציג את המסקנות שלי לגבי שני נושאים מאוד חשובים לפסיכיאטריה. האחד דן בסוגיית האזוריות. על פי שיטה זו מוקצה תקציב לאזור מסוים, ובאמצעותו יש לספק את כל מערך השירותים. כיום לא מיושמת בארץ השיטה של אספקה על בסיס אזורי. אולם, לדעתי, שיטה זו חשובה לבריאות הנפש לא רק נוכח הצורך ברצף שירותים מתואם אלא מאחר והשיטה נמצאה יעילה גם מבחינת חיסכון במשאבים יקרים. באנגליה יושם מודל הנקרא "כוורת" או "Beehive System", ומודל דומה יושם בהצלחה גם באחת המדינות בארצות-הברית. על פי גישה זו מוקצה תקציב בריאות הנפש לאזור מסוים על פי נתונים סוציו-דמוגרפיים, והוא אמור לספק את כל היקף השירותים האשפוזיים והאמבולטוריים הנדרשים באזור. נמצא כי שיטת קפיטציה כזו הביאה לא רק לייעול רצף מכלול השירותים אלא אף לחיסכון.

הנושא השני קשור בשיעור הקצאת המשאבים לבריאות הנפש. בדיון בסוגיה זו יש להתייחס לנתונים האפידמיולוגיים המצביעים על כך ששיעור האוכלוסייה הסובל מתחלואה פסיכיאטרית הוא משמעותי ומגיע לכדי 25 עד 28 אחוז. קיים פער גדול בין שיעור הנזקקים לטיפול והשיעור המקבל את הטיפול בפועל. מתברר כי מחצית מהחולים לא מגיעים למגע עם גורם טיפולי כלשהו. לגבי המחצית האחרת, המגיעה לגורם טיפולי,

הרוב מטופל על-ידי גורמים קהילתיים לא-רפואיים ורק אחוז די קטן, כ-5 אחוז, מגיע לטיפול בבריאות הנפש. נתונים אלו חייבים לעמוד בפני קובעי המדיניות לצורך הקצאת המשאבים לתחום זה.

שאלה נוספת היא, האם בית-חולים יכול לקחת עת עצמו גם מחויבות בקהילה? לדעתי זאת הדרך המומלצת. השיטה יושמה בבתי-החולים הכלליים וגם בכמה מבתי-החולים הפסיכיאטריים. במודל אחד מחלקות של בית-החולים אמצו מרכזים קהילתיים. בשיטה זו שני הצדדים יוצאים נשכרים. בית-החולים מפרה את השירותים בקהילה על-ידי כוח המתעדכן כל הזמן במחקרים החדשים ועוזר ביעוץ ובטיפול בחולים המורכבים.

התקווה לעתיד תלויה בהתקדמות המחקר. לאחרונה קיימת התעוררות גדולה במחקר בפסיכיאטריה. חל פיתוח מואץ של תרופות חדשות שחלקן מכוונות לעזור לחולה הממושך. כתוצאה מכך מושקעים משאבים חדשים בפיתוח הטיפול בחולה הנפשי. בנוסף מואץ הקידום במחקר הביולוגי תוך קידום טכנולוגיה טיפולית מגוונת. במקביל קיימת התקדמות רבה בטיפול הפסיכו-סוציאלי בחולה הממושך ובדרכי שילובו מחדש בקהילה.

#### **גב' אירית פלדמן:**

נדמה לי, שיש כאן ארבעה שטחים המרכיבים מטריצה ושכל עוד הם יישארו מבחינה מבנית תחת רשות אחת, אזי לחלק השיקומי יש סיכוי מאוד קטן. הנושא של הטיפול הרפואי והמיומנות הרפואית עומד מול הנושא של שיקום, שאיננו דוקא בתחום המיומנויות של הרופאים. כך השיקום המקצועי, הדיור, השיקום החברתי ודברים דומים לאלה.

הטיפול בבית-חולים עומד לעומת הטיפול הקהילתי. החוזק תמיד יהיה אצל בית-החולים ואצל הרופא, זה הדבר הדומיננטי וזאת גם משום האחריות הכוללת שיש למשרד הבריאות בנושא של חולי נפש. כלומר, הטיפול הרפואי וגם הטיפול הקהילתי נמצאים באחריות של משרד הבריאות בעניין חולי נפש ולגבי השאר בקופות-החולים למיניהם. התחום הזה ברור. אבל רצוי מאוד, שלחולי הנפש יהיה מה שיש לכל חולה אחר, בתחום התשתית החברתית והשיקומית. דהיינו, שקופת-החולים תיקח על עצמה את הטיפול הרפואי בתחום בריאות הנפש, ואז יימשך המאבק שקיים, בכל התחומים, בין המודל הקהילתי למודל של בית-החולים. אבל חסרה בנוסף לכך מערכת המבטיחה את יכולת הקיום של החולה בקהילה

ואת שיקומו. כאשר מטילים אחריות על גורם בריאות בנושאים של חיפוש דוור, חיפוש תעסוקה, וכדומה, מראש אין סיכוי לבנייה של תשתית. מצב זה גם משליך עוד וגורם לכך שהחולים מתאשפזים שוב ושוב מהר יותר, כי לא נמצאה שום תשתית חברתית לקלוט אותם ולא נותרת ברירה אלא לחזור לבית-החולים.

כל עוד משרד הבריאות או קופות-החולים, ולא משנה מי מהם, ימשיכו לקיים את המפעלים המוגנים שמשרד הבריאות הקים, במקום להעביר אותם לידי משרד העבודה והרווחה, שהוא יקבל את התקציבים והוא יפעיל את השירותים תישאר בעיה. משרד הבריאות, לפחות בעבר, לא היה מוכן להוציא את התקציבים הללו מתוכו. אותו דבר קיים בנושא דוור. קופת-חולים תחפש דירה לחולים! כמוכן שלא, היא לא תחפש לחולים שלה דירות, אבל הקופות ימשיכו ויתחרו על תקציב שחלקו לפחות אינו מיועד לטיפול רפואי.

הנושא של הטיפול במפגרים, שהם אמנם שונים מחולי נפש, אני יודעת, אולם, משותף להם, במידה מסוימת, הצורך שלהם בתמיכה בכל תחומי החיים לתקופות מאוד ארוכות. ובכן, בנושא זה יש חוק לטיפול במפגר, שהוא איננו חוק רפואי, אלא חוק המבטיח את אחריות ותמיכת המדינה לכל הצרכים שהמפגר איננו מסוגל לדאוג להם בעצמו. אמנם ייתכן שלא עושים את זה מספיק טוב, ותמיד אפשר לעשות יותר. אבל, לעניות דעתי, יש היום לאנשים עם פיגור שירותים חברתיים קהילתיים הרבה יותר טובים מאשר לחולי הנפש, לא בתחום הרפואה, שאיננה יודעת מה לעשות איתם (עם המפגרים). יש, לעומת זאת, תשתית של מפעלים מוגנים, מועדונים חברתיים מאוד יפים, הוסטלים ודירות, כל מה שצריך, משום שהם מטופלים על-ידי משרד העבודה והרווחה, שהטיפול החברתי הוא במוקד של יעדיו.

#### **יעקב שרייבמן:**

אני רוצה להודות על העבודה הזאת, בעיקר מפני שזאת פעם ראשונה שאני נתקל במצב בו האקדמיה כמעט 'און ליין' במחקר המלווה עשייה של תוך כדי התהוות. המצב בשירותי בריאות הנפש, בכל קנה מידה שנבחן על פיו, הוא בלתי נסבל. כך באי מתן דגשים לשיקום, עודף אישפוז והקצאת משאבים לא מעודכנת. מוכרח להיות אפשרי לעשות משהו, וכמה שיותר מוקדם ומדוע? מפני שאנחנו לא חיים בתוך בועה. מערכת שירותי בריאות הנפש ניזונה מתקציב משרד הבריאות, ובשנה או בשנה

וחצי האחרונות החלק של ההוצאה לבריאות בתל"ג עלה מ-7.5-9.0 אחוז, שהם כ-1.5 מיליארד דולר נוספים בשנה או 5 מיליארד ש"ח. אלו כספים שהאוצר שפך, ויש להביא בחשבון כי יש גבול לכמה שיכול האוצר לשפוך עוד. לכן, ככל שנקדים לעשות רפורמות נצליח, אולי, להציל חלק מהמצב ואם נאחר בזה - גם רכבות כאלה נאבד.

מובן כי רפורמה אין משמעותה שוק חופשי ופרוע, אלא משמעותה סדר קצת אחר, שבו צריכים להיעשות דברים באופן שונה מאשר במצב הנוכחי. בעבודה מופיע כי "רק חוסר תלות כספית וארגונית מוחלטת בממסד עשויה לגרום לכך שחולי הנפש יקבלו מענה נאות". זאת אפילו גישה קיצונית משלי. ברור, שבצורה זו או אחרת נהיה חייבים להישאר כפופים לאיזושהו ממסד, שממנו הכספים מגיעים, אך מוכרחים למצוא את ההסדרים כדי שהדברים ייעשו במבוקר ולא יישחקו לחלוטין מעודף רצון טוב.

לגבי משאבים דלים במערכת - מנקודת מבטו של מהנדס ייצור, לפסיכיאטריה אין משאבים דלים, לטעמי; אלא יש בזבוז משווע של משאבים, הנמצאים היסטורית במקומות שונים מהנחוץ עתה, מעודכנים היסטורית לפי פרמטרים כאלו או אחרים ולא מועתקים למקומות הנכונים: יש לנו במערכת בין שניים לשלושה בתי-חולים מיותרים, יש לנו לפחות אלף חולים מיותרים באשפוז, יש לנו מערכות כפולות ומכופלות במקומות שונים ורבים, מערכות שלא מבוקרות כהלכה. כלומר, יש לנו בעיה, לא רק שלא נקבל כסף מהאוצר והוא לא מציע משאבים נוספים, אלא חלק נכבד מהמשאבים נמצא בפתחנו ואנחנו לא ממש מנצלים אותם.

אשר לקופות, אכן יש חשש שהקופות יעשו 'abuse' גדול של המערכת וזה מופיע במאמר לכל אורכו. דבר זה מדאיג כמובן גם אותנו לא מעט. אולם צריך לזכור שהקופות הם לא המנוולים הגדולים ביותר עלי אדמות. הקופות, גם כשלא היה מחובתן לתת שירות לחולי נפש נתנו שירות כראוי וטיפלו באנשים היטב. קופת-חולים הכללית מחזיקה שלושה בתי-חולים, שאין בכלל מה להתבייש בהם, לפי כל סקלה של תנאים פיזיים, של איכות ההוראה, ובוודאי של איכות הטיפול. אז מה האיום? דוקא הקופות הם המנוולים שיעצרו לנו את השינוי? העברת אחריות לקופות נעשתה גם בדברים אחרים והקופות שיחררו אז אנשים החוצה? האם שיחררו חולי סרטן, חולי דיאליזה לגורלם ברחובות? אני חושב שהקופות הוכיחו רצינות ואחריות לכל אורך הדרך ויש לנו את כל הסיבה לתת להן קרדיט

גם עכשיו בנושא בריאות הנפש. אני חושב שחלק גדול מהעבודה ההיסטורית שנעשתה היא בזכותן ולא למרות שהן פועלות וחייבות במתן שירותים, והן זכאיות לכל הקרדיט.

לגבי נושא הקהילה. אנחנו מדברים הרבה על נושא הקהילה, ואני מלווה את הנושא הזה כבר הרבה שנים ותוהה ביני לביני מה זה בדיוק "הקהילה" הזאת. איפה זה "הקהילה"? מרפאה מרכזית של בריאות הנפש בקרית-אליעזר שבחיפה, הנמצאת בקהילה ומנותקת מבית-חולים, היא "הקהילה" לכל דבר ואם היא עוברת דירה ומתמקמת בחצר של בית-חולים כרמל, או מאתיים מטר ממנו, אז זה כבר בית-חולים?

המרפאה של חולון, לדוגמא, הפועלת עצמאית, כביכול, היא "קהילה"? לעומתה, המרפאה של בת-ים, היושבת בתוך החצר של פרופ' אליצור באברבנאל אז היא "לא קהילה"? האם קהילה זה עניין של גיאוגרפיה או של תכנים? מה עושים בקהילה הזאת? מה זה "הקהילה"? על מה אנחנו מדברים כשמדברים על קהילה? אנחנו מדברים על איבחון? אנחנו מדברים על מי שמפנה? אנחנו מדברים על טיפול? אנחנו מדברים על שיקום? על מה אנחנו מדברים בדיוק? האם זה עניין של גיאוגרפיה? ההרגשה שלי היא, שאנחנו מרימים דגל שאנחנו לא בדיוק יודעים לאן הוא מוליך - לאן אנחנו רוצים להגיע ומה המניפסט שמאחורי הסיסמה קהילה. ייתכן, דוקא, כי את הדבר הזה צריכים כן להגדיר, מה המשמעות שלו ובוהו אנחנו מתקשים לא מעט.

לסיכום, מה המטרות המרכזיות שאני רואה ברפורמה? ראשית, יצירת מנופים, בהנחה מרכזית שכסף רב לא יהיה. הכסף נמצא בבית. צריך למסור עם הכסף גם עודפים שישנם במקומות שבהם לא נזקקים לו, והוא מנוצל, כפי שמנוצל, רק מסיבות היסטוריות. אם הוא יינתן כמנוף לעשות דברים אחרים, בין אם זה ייעשה באמצעות קופות-חולים או באמצעות משרד הבריאות או משרד העבודה והרווחה או כל משהו אחר, ייווצר עודף כסף לפיתוח נושא בריאות הנפש ולשימורו.

שנית, הנושא של אחריות לרצף הטיפול. אני חושב שבנושא זה אני סוף סוף כן מבין על מה אנחנו מדברים. כלומר יש מקום להדגיש את השארת החולה בקהילה כמטרה, כשבית-החולים יישאר מקור סמכות וידע, מקור סמכות להתמחות, אבל החולה הוא חלק מהקהילה.

דבר מרכזי ונוסף הוא שימוש יעיל יותר במשאבים הנמצאים בידינו, תוך הכנסת סקלה נוספת למערכת, שנעדרה ממנה לחלוטין עד היום, וזאת הסקלה הכלכלית, שאי אפשר להימנע ממנה.

**ד"ר גבי שפיר :**

הנושא של הרפורמה בחולי הנפש גורם לאיזשהו עיוות. אני חושב, שכאשר מדברים על חולי נפש בקהילה או טיפול בחולי הנפש מזניחים קבוצה מאוד גדולה של אנשים שהם לא חולי נפש. בטיפול קהילתי לבריאות הנפש נעשים מאמצים עצומים להגיע לקהילת הלא-חולים. זו אוכלוסייה אחרת, נקרא לה מופרעים, נקרא לה מופרעי אישיות, או נקרא להם ניוורטים. ובכן, אלה דברים שהפסיכיאטריה מסתבכת ומתחבטת עימם ואני חושב, שראינו בשנים האחרונות הישג גדול בכך שהאוכלוסייה הזאת הצטרפה אל מעגל המטופלים. וכעת היא עומדת להיפלט משאלות של עדיפות, לדעתי. פה ה-'gate-keeper' מאוד מטריד אותי. ואני מתחבר גם לעניין של מקצוע חד אבחנתי. כאשר אדם אומר על עצמו שהוא שומע קולות, אף אחד לא יעמוד בדרכו, כל הדרכים פתוחות. אבל אם האיש יתלונן על כך שהוא לא יודע מה קורה לו, יאמרו לו: "מה אתה צריך להיכנס לשם בכלל, יבלבלו לך את המוח", וכך הלאה.. סימנים לזה אנחנו רואים כבר כעת.

העניין של הטיפול הקהילתי, בהתייחס למושגים המופיעים בדו"ח, של רציפות והמשך טיפול ביוצאים מבית-החולים, מובטח. אבל הקבוצה המאוד גדולה שלא מיועדת להגיע לבית-חולים, מן הסתם לא מיועדת לחזור חזרה ממנו, אלא להישאר בקהילה כאנשים חלשים, ובעניין זה אני מאוד מוטרד מהבעיה של רמת הטיפקוד והרמה החברתית וכל הדברים האלה. אני לא רואה הרבה דאגה לכך.

דבר שני המעורר אצלי תהייה, אנחנו דיברנו על רפורמה בשני כיוונים, הכיוון הביטוחי והכיוון של התכנים והשירותים שיינתנו - וכיצד. עוסקים בזה טובינו. באמת טובינו, אין טובים מזה. כל מי שבעסק הזה של בריאות הנפש בארץ, עוסק בכך כבר שלוש שנים. ובכן, שר הבריאות הודיע בטירת הכרמל בשבוע שעבר וצוטט ב"הארץ", שאין סיכוי שהרפורמה תיכנס. הוא לא רואה את האחד בינואר 1997 כתאריך יעד, הוא חושב שזה לא ילך. ובכן, אם כולנו כל כך עובדים על זה, למה זה לא נכנס? אז בתור סקפטי לרפורמה, אני שואל לאן הגענו ב-97 ולהיכן נגיע שלוש שנים אחר כך.

**ד"ר מקס לכמן :**

ברצוני להעלות מספר סוגיות הנראות לי מהותיות בדיון שלפנינו :

• התרומה המשמעותית של הרפורמה, להערכתך, היא העובדה שעל פי חוק מוסדר מנגנון ביטוח חובה לאזרח המבטיח לו סל שירותים מוגדר בבריאות הנפש. לראשונה האזרח, במידה שהוא סובל מהפרעה נפשית, יידע על פי חוק איזה שירותים חייבים לספק לו, באיזה מינון, על-ידי מי ואיפה. לשירותים השונים ייקבעו תקן וסטנדרטים לפיקוח. קבלת השירותים וטיבם לא יהיו תלויים, כל כך כפי שהם היו תלויים עד היום, בשיקול דעת.

• התמודדות של נפגעי נפש ומשפחותיהם אינה רק תהליך רפואי-נפשי, אלא התמודדות מקיפה של אוכלוסייה שלמה להיות שייכת ומשולבת בקהילה למרות המגבלות הנובעות ממצבה. הרפורמה מתייחסת רק אל המבנה והתהליך של הספקת השירותים הפסיכיאטריים הנחוצים להתמודדות עם מחלה או הפרעה נפשית ולא עוסקת כמעט בשירותים השיקומיים והחברתיים הנחוצים לאוכלוסייה בהתמודדותה. ולכן לא ניתן לקדם רפורמה בבריאות הנפש בלי הצעדים הבאים:

- 1) לעודד את המגזר החברתי להגדיר זכויות חברתיות בסיסיות לכל אזרח באמצעות סל שירותים חברתיים.
- 2) להגביר רמת הנגישות של השירותים החברתיים לאוכלוסיית נפגעי נפש ומשפחותיהם כך שהם יפסיקו להיות מופלים לרעה.
- 3) לנקוט צעדי חינוך והסברה בקרב אנשי המקצוע השונים והחברה כולה כדי לצמצם נזקי הסטיגמה כלפי נפגעי נפש ומשפחותיהם.
- 4) להגדיר מחדש חלוקת אחריות לשירותים השיקומיים הקהילתיים הנחוצים.

• סל שירותי בריאות הנפש לא מספיק מתייחס לשני ההיבטים הבאים:

- 1) לגיוון ולרצף במענים הדרושים להתמודדות עם מחלה נפשית על רקע השוני הרב בקרב האוכלוסייה עצמה לגבי יכולתה להתמודד. סל השירותים הוגדר כנראה על בסיס הניסיון והידע שהיה קיים במערכת הרפואית הפסיכיאטרית לגבי נפגעי נפש כרוניים שהיו מטופלים על-ידי המערכת. אנו יודעים שישנם לא מעט אנשים שאינם נעזרים במערכת הרפואית הפסיכיאטרית הציבורית וסובלים ממחלות נפש כרוניות. הם מעדיפים לסלול לעצמם דרכים אלטרנטיביות הכוללות לעתים פנייה לשירותים חברתיים.

(2) לא נלקחה מספיק בחשבון ההתקדמות הרבה באמצעים הטיפוליים העומדים לרשות אנשי המקצוע בבריאות הנפש בשנים האחרונות. בעקבות יעילות האמצעים העומדים לרשות נפגעי נפש ניתן לצפות בעתיד ליותר מחלימים ממחלות נפשיות קשות. באופן פרדוכסלי, וכאן אני חולק על פרופ' אבירם, סך השירותים הפסיכיאטריים שהוגדר ברפורמה משקף יותר מדי דאגה לאוכלוסייה הכרונית והקשה ולא מתחשב מספיק באנשים הנמצאים בתהליכי שיקום והחלמה. לאנשים הללו אין מענים מותאמים היכולים לעודד ולתמוך בתהליכים שהם עוברים ולכן חלק מהם תקועים ונותנים בזה חיזוק להתייחסות הפסימית המוכרת כלפי תוצאות ותקוות לעתיד.

### מר ישראל אלדר:

קודם כל, אני מודה שזאת פעם ראשונה, שמזמינים נציג של משפחות לדיון בין אנשים מקצועיים וקובעי מדיניות בתחום בריאות הנפש. אני רוצה להביע בזה הערכה גדולה, וגם להשמיע בפניכם את הפן של איך משפחות עוברות בכלל את כל העניין, שכאן דנים בו בצורה כל כך רצינית. אני אתייחס לכמה נקודות. אני חושב, שראשית צריך אולי לשנות קצת את נקודת המבט לא צריך להתייחס לחולה הנפש רק כאל חולה אלא להתייחס לחולה הנפש גם כאדם, שיש לו צדדים אחרים וזה אמנם שונה מכל מחלה אחרת, שבה הבעיה של שיקום קצת שונה. אצל נפגע נפש הדברים הם הרבה יותר מורכבים והרבה יותר קיצוניים. אבל קיים הפן הזה של האדם, שיש אצלו גם צדדים אחרים, שיש לו גם כישורים ותכונות אחרות, שאפשר לנצל אותם ולחזק אותם וכן הלאה. הבעיה העיקרית של נפגע הנפש היא, האם יש תקווה שהוא יצא מן המחלה, האם יש תקווה שהמשפחה ביום מן הימים תראה קצת אור בקצה המנהרה. ובשאלה הזאת של התקווה, יש לנו תחושה שהמסגרות הבירוקרטיות מנציחות את עצמן ולא נותנות הרבה לקוות, בלשון המעטה. ואני אסביר גם למה. יש כמה טעויות והטעויות שהייתי רוצה להבהיר אותן.

כאשר אנחנו מדברים על קהילה, אני לא יודע מה כל אחד מכם חושב על המושג. כמובן שאנחנו שומעים על מרפאה של בריאות הנפש הנמצאת בקהילה. אבל אני רוצה לומר לכם, שרוב חולי הנפש נמצאים במסגרת של המשפחות, שהן הקהילה שלהם ואין קהילה אחרת, אין תשתיות, אין

מספיק מסגרות מתאימות, כדי באמת לתת פתרונות לחולים ולמשפחות. למשפחות אין כלים ואין אמצעים להתמודד עם המחלה הזאת. המשפחות לא יודעות מה כן ומה לא לעשות. המשפחה, שבקרבה פורצת המחלה, אצל אחד מבניה, נמצאת בהלם, בשיתוק. אולי אתם לא כל כך מודעים לכך, ואולי אי אפשר לדרוש מכם שתחוש את זה. זה לא עניין של יום ולא שבוע ולא חודש ולא שנה אלא לפעמים שנים על גבי שנים. ואין מושיע לאותה משפחה, כי מדברים על קהילה ואף אחד לא מבין על מה מדברים כאן.

אני אתן לכם דוגמא למה זאת הטעיה. אתם מדברים על כך, שאולי תקציבים המתפנים כתוצאה מכך ששחררו אנשים ממיטות בבתי-חולים פסיכיאטריים לא מועברים לקהילה. זאת בוודאי סטטיסטיקה מוכרת. לפי הסטטיסטיקה על חולים ממושכים, במדינת ישראל, מבלי להביא בחשבון נערים מתחת לגיל 18, ומבלי להביא בחשבון נשים מעל לגיל 60 וגברים מעל 65, יש כ-36,000 חולים ממושכים במדינת ישראל. כמה יש מאושפזים? כ-6,000, וזה לא רק הממושכים כי יש ביניהם גם חולים אקוטיים ויש חולים פעילים. ובכן, איפה נמצאים כ-30,000 הממושכים האקוטיים ביותר? במשפחות. כי אין מסגרות אחרות.

כלומר, שהבעיה איננה איך מעבירים סכומים בגין מיטות המשתחררות מבתי-חולים לקהילה, אלא איפה נמצא הציבור הזה של 30,000 הממושכים? הרי אין בכלל מודעות במשרד הבריאות ואף לא במשרדים אחרים, מה בכלל קורה לאוכלוסייה הזאת.

אני גם לא מדבר רק על 36,000 אלה. לפי הסטטיסטיקה המקובלת בעולם, שהתקבלה גם בישראל, מדובר על שיעור של 2 אחוזים של חולי נפש באוכלוסייה הכוללת. אחוז אחד הם חולים סכיזופרניים, אחוז שני הם חולים של מניה-דיפרסיה ודכאונות אחרים. כלומר, יש כ-120,000 חולי נפש במדינת ישראל, או אף 130,000. ומה קורה עם בני המשפחות שלהם? מה עושים? איך מתייחסים לכל האוכלוסייה הזאת, שהיא חצי מיליון של אזרחי מדינת ישראל?

ידוע לי שלפי דו"ח מבקרת המדינה, שהתפרסם בשנת 1991, השתחררו מיטות בבתי-חולים פסיכיאטריים וכמות המאושפזים לא גדלה למרות גידול האוכלוסייה והצטרפות העולים החדשים. באוכלוסייה הכללית לא ירד מספר נפגעי הנפש אלא גדל. ידוע שבקרב אוכלוסיית העולים החדשים יש אחוז לא מבוטל של חולי נפש. התקציב שהתפנה מצמצום המיטות בבתי-החולים הפסיכיאטריים לא הועבר לקהילה אלא נבלע

לתוך התקציב הכללי של משרד הבריאות או משרד האוצר. לכן, יש להפסיק את הקיפוח של עשרות בשנים של נפגעי הנפש ובני משפחותיהם במדינת ישראל.

לפי דעתי, צריך לשנות את כיוון המחשבה ביחס לנושא הזה, ואני לא כל כך מסכים שהבעיה של הרפואה הכללית היא כמו הבעיה של נפגעי הנפש. יש אולי איזושהו דימיון. גם אני הייתי חולה, וכמובן שכל אחד מאיתנו אושפז פעם באיזושהו בית-חולים כללי ויודע, שגם הרופא הכללי מטפל, קודם כל, במחלה ולא באדם. אבל אצל נפגע הנפש זה פי כמה יותר חמור, כי בעצם כל אישיותו של האדם נפגעה.

אנחנו, המשפחות, העלינו כבר מזמן את הטענה שמשרד הבריאות לבדו לא יוכל להרים את הנושא. לא מדובר רק בנושא של מחלת נפש, אלא קיימת גם הבעיה של הגדרה ושל סטיגמה. כמשפחות, אנחנו שואלים את הפסיכיאטרים, מזה שנים, איך הם מגדירים את המחלה של הילד שלנו. כמובן, שבדרך כלל, הם לא רצו להתחייב, אם לומר סכיופריניה או לומר מניה דיפרסיה או פסיכוטי או כל מיני... זאת היא בעיה קשה. לכן מתקשרת בעיה שעד כה לא עלתה בדיון וגם לא בעבודה של פרופ' אבירם, וזה העניין של הסטיגמה.

אני רוצה שתדעו שרוב המשפחות לא פונות למסגרות פסיכיאטריות בגלל הסטיגמה. הן אוכלות את העניין הזה שנים על גבי שנים כי זה יכול לסכן את הקריירה שלהם, זה יכול לסכן את החתונה של הילדים האחרים, זה יכול לסכן את היחס של היריבים וכן הלאה וכן הלאה. כלומר, צריך גם לחשוב על דרך לשינוי כיוון של החשיבה בקרב האוכלוסייה בישראל על מנת להוריד קצת את הסטיגמה, להקטין, אם לא להסיר בכלל. זה אחד הדברים שצריך לחזור ולעסוק בו לגבי העתיד על מנת לומר שאכן שופרה הנגישות. המשפחות לא יפנו לבית-חולים פסיכיאטרי אפילו אם יש שם חדר מיון כי עצם הפנייה מהווה בשבילם התמודדות עם בעיה מאוד מאוד קשה.

לגבי הטענה שרוב הכסף הולך לבתי-החולים הפסיכיאטריים, הכרוכה בטענה שהכסף הולך איפה שיותר קשה - כלומר לכרוניים ולממושכים. אני רוצה לומר שגם בכך יש איזושהי הטעיה. משרד הבריאות חשב איך לשנות את המצב כדי שקופות-החולים יקבלו לטיפולן את נושא בריאות הנפש וכאן נכנס העניין של תחרות.

אנחנו במשפחות, יודעים כי אין בכלל סיכוי לתחרות, כאשר בתי-חולים פרטיים נסגרו בגלל הרמה הנמוכה. קופת חולים פעלה בצורה

מתוחכמת ונקטה בדיפרנציאציה לגבי החולים בבתי-החולים הפסיכיאטריים: דיפרנציאציה בין חולים ממושכים לבין פעילים, לבין אקוטיים וכן הלאה ובהתאם לכך נקבעו תעריפים: לממושכים קבעו, למשל, 217 ש"ח ליום, וכדומה. אם, למשל, צריך לקבל בעבור חולה ממושך כ-860 ש"ח, כמו שנותנים לאקוטיים, הרי אין סיכוי גדול שקופות-החולים יקבלו אותם לטיפולן, מתוך דאגה שלא יהיה לכך מימון. מי ישלם את זה? מי יכסה את זה? קופות-החולים לא רצות לקבל חולים נפשיים. הדיפרנציאציה, בפני עצמה יוצרת בעיה אתית, כי נשאלת השאלה, איך אפשר לעשות דיפרנציאציה לגבי האם האדם הוא חולה ממושך, אם הוא פעיל או אם הוא אקוטי. והפסיכיאטרים טענו, בזמנו, שהמדיניות הזאת פירושה לומר לאנשים הממושכים שהם יהיו במחסנים. אנחנו, כמשפחות, טוענים, שבבית-חולים כללי הכל עולה יותר, כ-1,200 ש"ח ליום למיטה של חולה. זה גבוה ביותר לעומת הכסף שנותנים ליום לבתי-חולים פסיכיאטריים, כי בבית-החולים הכללי צריך מכוונות ומעבדות וכל מיני דברים שעלותם גבוהה יותר. ואני רוצה לשאול מה עולה יותר מבן אדם?

אנו חושבים שבבתי-החולים הפסיכיאטריים צריך שיהיו צוותים אינטרדיסציפלינריים. לא צריך להסתפק בכך שיתנו בהם רק תרופות ומיטה, אלא צריך לתת לחולים המאושפזים בהם תקוה לשיקום, תקוה לחיות בעולם הזה ולא לסגור להם לגמרי את כל האפשרויות. ושם מדובר ב-217 ש"ח ליום!

אנו חושבים שהמכוונות היקרות בבתי-חולים פסיכיאטריים הם אנשי המקצוע השונים שהם לא פחות חשובים מהמכוונות בבתי חולים כלליים. בבית-החולים של הבן שלי, איתנים, המצב הוא מתחת לכל ביקורת, מבחינה סניטרית, מבחינת אחזקת הבניינים, ומבחינת כל עניין. הדבר היחיד שטוב שם זה שיש באמת את הצוות הטוב האחד בלבד, אבל גם שם זה חסר. אין די פסיכולוגים, אין מספיק עובדים סוציאליים, אין מספיק אנשים היכולים לתת קצת חיים לאנשים במקום. אנחנו שומעים, לעומת זאת, טענות נגד: "טוב, זה בית-חולים פסיכיאטרי". הפירוש לכך הוא שיש איזושהי מדיניות כללית, שעבור המשפחות שלנו משמעותה שאין תקוה כלשהי, אין התייחסות אתית לחולי הנפש. אם היתה התייחסות אתית, אם היו מתייחסים לחולים הכרוניים הממושכים בבתי-חולים בצורה אחרת, והיו מקצים לטיפולם

בבתי-החולים הפסיכיאטריים תקציבים בצורה אחרת, אז אולי היתה תקוה.

הפסיכיאטרים עצמם אומרים לנו, שכמשפחות אנחנו במדרגה האחרונה בדירוג של הרפואה הכללית. כך מתייחסים ברפואה לפסיכיאטרים ולפסיכולוגים, ואנחנו הרי רואים מה שקורה היום עם הפסיכולוגים. צריך, אם כן, לשנות את כיוון המחשבה לגבי הטיפול, ולגבי ההתייחסות הראויה לנפגע הנפש ולבני משפחתו. לכן צריך להכריז על הפלייה מתקנת בבריאות הנפש כדי להגיע לשוויון עם יתר המחלות במדינה.

#### **ד"ר יעקב לרנר:**

עם כל הבקורת שיש לנו על המערכת, שאיננה מקצה מספיק משאבים לקהילה, אנו חייבים בכל זאת לציין, שבהשוואה לחוץ-לארץ ומיוחד לארצות-הברית, עדיין אנו נותנים שירותים בהיקף הרבה יותר רחב. בכל המרפאות הציבוריות בארץ, פרט לאי אלה אזורים, ניתן טיפול פסיכותרפויטי לתקופות ממושכות וללא תורי המתנה. זה ששיעור המטופלים עדיין נמוך קשור גם לעובדה שלא כל אחד שסובל ממצוקה נפשית מוכן ללכת לטיפול, ויש להשקיע מאמצים לשינוי העמדות.

מחצית מן המטופלים בקהילה סובלים ממחלות נפש קשות, וכל אחד נמצא במסגרת של מעקב, ולעתים גם במסגרת שיקומית או מסגרת חברתית. יש נושא אחד שלא מספיק מפותח אצלנו, וזה נושא הדיור המוגן וההוסטל.

לא ברור האם קבלת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי תנתב משאבים דוקא לתחומים אלו, ושהמשאבים לא יופנו דוקא לאשפוז האוקוטי היקר. במלים אחרות, קיים חשש שמא חוק הבריאות יפגע דוקא באוכלוסייה החולה הממושכת החלשה, לטובת האוכלוסייה החזקה יותר המגיעה לאשפוז חריף ומשתחררת.

#### **אחרית דבר לדיון מאת פרופ' דן מיכאלי:**

הרפורמה שיזם משרד הבריאות מטילה על קופות-החולים מטלות חדשות הנובעות מהעברת האחריות הכוללת על הטיפול בחולי הנפש אליהן. קיים צורך, לפיכך, להכין תכנית כוללת לטיפול קהילתי, שתהווה תנאי הכרחי להעברת האחריות לטיפול הפסיכיאטרי אל הקופות, מתוך מודעות לצרכים של נפגעי הנפש.

הטיפול באנשים אלה איננו מצומצם רק לתחום הרפואי ויש להבטיח את התנאים הדרושים לשיקומם של נפגעי הנפש מן הבחינות של דיור, מקצוע ותעסוקה. תחום הטיפול במחלות הנפש מאופיין על-ידי כך שהמערכת הרפואית נתקלת בקשיים הנובעים מהיעדר מסגרות ושירותים קהילתיים בתחום המגורים, התעסוקה והרווחה של האנשים המטופלים. אמנם החוק לא יצר את הבעיות הללו, אך הוא יוצר הגדרה חדשה של קבוצה חלשה באוכלוסייה (קבוצה זו איננה יחידה, דומים לה גם נפגעי הסמים, והמכורים לאלכוהול, לדוגמא, שאינם כלולים בנושא הדיון). קבוצה זו זקוקה לטיפול רפואי שיינתן לה במסגרת חוק ביטוח הבריאות, אבל נוצר צורך חדש בהתייחסות לנושא השיקום. אני מציע לדון ולטפל בבעיית בריאות הנפש בהקשר לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי תוך הגדרת התחומים הבאים שיטופלו בעדיפויות שונות:

1. חולים מאושפזים באשפוז ממושך-כרוני.
2. חולים באשפוז קצר - מספר חדשים, כולל אשפוז יום.
3. חולים בטיפול יום במרפאות קהילתיות.
4. חולים אמבולטוריים הסובלים מפסיכוזות, הפרעות נפשיות ואישיות קשות, המונעות מהם להיות עצמאיים (עבודה, מגורים וכדומה).
5. ילדים ומתבגרים הסובלים מקשיי התפתחות והפרעות התנהגותיות קשות.
6. חולים הסובלים ממצבי חרדה ותופעות פסיכוסומטיות.
7. חולים הנזקקים לטיפול נפשי עקב הפרעות בתפקוד משפחתי וחברתי, שאינן מונעות עצמאות חברתית וכלכלית.
8. פסיכוגריאטריה.

אני מעריך שחלוקה זו, אולי בשינויים מסוימים, תהיה מקובלת גם על הפסיכיאטרים והפסיכולוגים.

הנושאים המחייבים פתרון בעדיפות ראשונה כלולים בסעיפים 1-5. ההסדרים לגבי אוכלוסיות אלו צריכים לכלול את הסדרת האשפוז, הסדרת מרכזי יום וקהילות טיפוליות והסדרת טיפול מרפאתי במרכזים לבריאות הנפש. לגבי אוכלוסיות אלו במיוחד יש מקום להצביע על הצרכים של היערכות הקהילה.

בעיית הקושי הצפוי מבחינת השירותים והמתקנים בקהילה היא מורכבת מבחינה רפואית, חברתית, ושיקומית-תעסוקתית. היא מחייבת טיפול בפיתוח השירות הרפואי ושירותי הרווחה והדיוור מסוגים שונים

(קהילה טיפולית, דיור מוגן, דיור רגיל) ובשיקום תעסוקתי (מפעלים מוגנים, סובסידיות למפעלים וכיו"ב).

המשאבים הנדרשים רבים וקשורים למספר משרדים ממשלתיים. נוסף על כך קצב פיתוח השירותים חייב להיות ממושך ולהשתרע על שנים רבות, לא רק בשל חוסר כסף אלא גם בשל קשיים לאיתור מקומות מתאימים למרפאות, לדיור וכן לתעסוקה. יידרש גם זמן להכשרת כוח אדם לטיפול באוכלוסיות אלו בתוך המסגרות השונות (ניסיון במקומות אחרים בעולם מלמד כי כוח האדם המתאים מחייב אמנם בעלי השכלה אקמאית אך לאו דוקא בעלי הכשרה פורמלית ברפואה, פסיכולוגיה או עבודה סוציאלית). יש גם מקום לגרום למעורבות של ארגוני מתנדבים (אין הכוונה למלכ"רים שכבר קיימים בארץ, שהם ספקי שירות לכל דבר). הקבוצה השנייה כוללת את התחומים בסעיפים 6-7 והיא המכונה "פסיכיאטריה רכה". זאת קבוצה עצומה, שאין לנו נתונים בדוקים על ממדיה. עשרות אלפי בני אדם נמצאים בטיפול אצל פסיכיאטרים, פסיכולוגים ורופאים כלליים במסגרות ציבוריות ופרטיות. קבוצה זו צורכת היום שירותים יקרים מאד ואם תהיה זכאית לשירותים על פי חוק תיווצר בעיה תקציבית עצומה. לכך מתווסף היקף הצריכה של תרופות ארגעה ותרופות אנטידכאוניות בכמות גדולה - שוק של עשרות מיליוני ש"ח בשנה.

לדעתי, קבוצה זו, לא צריכה להיכלל בחוק בשלב הראשון של היישום, אלא לאחר החלת הרפורמה על האוכלוסייה שבעדיפות הראשונה. חלק מאוכלוסייה זו ייצטרך להמשיך ולשאת עוד בחלק ניכר של עלות הטיפול. לגבי הפסיכוגריאטריה - הקבוצה השלישית (סעיף 8) - אינני רואה צורך בטיפול מיוחד בתחום זה וניתן לשלב אותו בשירות הגריאטרי כאשר החוק יורחב גם על אוכלוסייה זו.