הקצאת משאבים
לשירותים חברתיים
2005

מרכז טאוב
לחקר המדיניות החברתית בישראל

הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2005

בעריכת
יעקב קופ

ירושלים, מרחשון תשס״ו, נובמבר 2005

ערכה והביאה לדפוס:
דלית נחשון-שרון

כתובת המרכז: רחוב רב אשי 4, ירושלים, 93593
טלפון: 02-6790471
פקס: 02-6792676

Email: info@taubcenter.org.il
אתר באינטרנט: www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל 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-ידיו אלא מציג ומסביר את סוגיות המדיניות והשלכותיהם של הפתרונות המוצבים להן, ומעלה הצעות חלופיות לפתרון בעיות.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו 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 אפלר, ריימונד אפשטיין, אלן בטקין, רלף י. גולדמן, סילביה הסנפלד, קארין וולף וכסלר, ישראל כ״ץ, ג׳ון ס. קולמן, ג׳ונתן קולקר, יעקב קופ, ברט רבינוביץ, יוג׳ין ריבקוף, סטיבן שווייגר, מיכאל שניידר

יועצים מחו״ל:

האן אנצינגר (אוניברסיטת אַרסמוס), סטיוארט איינזנשטט (וושינגטון), הנרי ארון (ברוקינגס), מריו י. בלכר (בנק אוף אינגלנד), טסה בלקסטון (אוניברסיטת גריניץ), פיטר הלר (קרן המטבע הבינלאומית), ברטון א. וייסברוד (אוניברסיטת נורת׳ ווסטרן), רוברט לייטן (ברוקינגס), יואל פליישמן (אוניברסיטת דיוק), ג׳נט רותנברג-פאק (וורטון), הרמן ד. שטיין (אוניברסיטת קֶייס ווסטרן)

מועצה:

שמואל נ׳ אייזנשטדט, חיים אדלר, יגאל בן-שלום, אלי בן-רפאל, רבקה בר-יוסף, בנימין גדרון, יוסף גינת, ג׳וני גל, ארנון גפני, סרג׳ו דלה-פרגולה, דוד דרי, ג׳ימי וינבלט, צבי זוסמן, דוד חיניץ, משה ליסק, ז׳ק מישל, יעקב מנצ׳ל, ריטה סבר, אלעד פלד, חוה פלטי, דב צ׳רניחובסקי, יוסף קטן, דוד קליין, שמשון שושני, אריה שירום, יצחק שנל, גבי שפר, דן שרון, עמנואל שרון

סגל המרכז:

יהודית אגסי (מזכירות ופרסומים), חיים אדלר (רכז חינוך), יואל בלנקט (רכז מחקר בסיסי), נחום בלס (חוקר), רוני בר-צורי (חוקרת), לורה ברס (קשרי חוץ), ארנון גפני (כלכלה), אהרן כהן (תחזוקה), יעקב ליפשיץ (רכז כלכלה), דלית נחשון-שרון (עורכת), דב צ׳רניחובסקי (רכז בריאות), יוליה קוגן (מחקר), מרינה קונין (מחקר), יוסף קטן (רכז רווחה), דן שרון (מרכֵז), יעקב קופ (מנהל)

חברי הצוותים התחומיים

צוות כלכלה

יעקב ליפשיץ, *רכז*
דוד ברודט
יורם גבאי
יהודית גבעון
ארנון גפני
ורד דר
דוד ויינשל

ג׳ימי וינבלט
צבי זוסמן
בן-ציון זילברפרב
יוסי זעירא
יוסף יהב
שלמה יצחקי
ישראל לוסקי

רפי מלניק
שמואל סלבין
דוד קליין
עמנואל שרון
יוסי תמיר

צוות חינוך

חיים אדלר, *רכז*
חאלד אבו-עסבה
רות אוטולנגי
בני אמיר
נחום בלס
שלמה בק
גילה בן-הר

אבי גולן
מיכאל גל
חזי דר
תמר הורוביץ
עמי וולנסקי
אברהם יוגב
צבי ינאי

ריטה סבר
רמי סולימני
שלומית עמיחי
אלעד פלד
נחמיה רפל
שמשון שושני
דן שרון

צוות בריאות

דב צ׳רניחובסקי, *רכז*
מאיר אורן
ליאון אפשטיין
גבי בן-נון
נחלה בשארה
חיים דורון
ערן הלפרן

טוביה חורב
דוד חיניץ
אורית יעקבסון
אבי ישראלי
שלמה מור-יוסף
דן מיכאלי
ז׳ק מישל

יעקב מנצ׳ל
חוה פלטי
שמואל פנחס
רחל קיי
יוחנן שטסמן
אריה שירום
עמיר שמואלי

צוות רווחה

יוסף קטן, *רכז*
אורי אבירם
שירלי אברמי
יגאל בן-שלום
יצחק בריק
ג׳וני גל
מוחמד חאג׳-יחיא

אורי ינאי
יוסי כורזים
חנה כץ
אריאלה לבנשטיין
מנחם מוניקנדם
חיים פוזנר

קלרה פלדמן
זאב פרידמן
אריק רימרמן
דן שניט
נעמי שפר
משה שרר

תוכן העניינים

פתח דבר 9

ממצאים עיקריים 13

חלק א׳: הקצאת משאבים והתפתחות השירותים 21
הצוות הגרעיני: יואל בלנקט, נחום בלס, רוני בר-צורי, דלית נחשון-שרון, יוליה קוגן, מרינה קונין
רכזי תחומים: חיים אדלר, יעקב ליפשיץ, דב צ׳רניחובסקי, יוסף קטן

ההתפתחות החברתית-כלכלית – הצגה מאוירת 23

הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים 67

השירותים החברתיים והתפתחותם 121

מערכת החינוך 123

מערכת הבריאות 143

שירותי רווחה אישיים 167

תשלומי העברה – מערכת הביטוח הלאומי 189

הסקר החברתי – 2005 215

חלק ב׳: סוגיות תחומיות 253

מסגרת לדיון במדיניות ההפרטה בשירותים חברתיים, צבי זוסמן 255

על הפרטה ועל חינוך, נחום בלס 279

יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכ״רים לעומת מוסדות עיסקיים, ישראל לוסקי, יהודית גבעון 307

היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז, יובל וייס, יאיר בירנבאום, שלמה מור-יוסף 335

פתח דבר

הכלכלה והחברה בישראל מאופיינות בשנתיים האחרונות בתהליך התקדמות דו-נתיבי: הכלכלה צומחת ואילו המצב החברתי, כמשתקף במדדים שונים, אינו משתפר, ובחלק מהמדדים אף נסוג. הדבר בולט, בין היתר, בתחושות הציבור כפי שבאות לידי ביטוי בסקר החברתי שמקיים המרכז זה כמה שנים: "מדד טאוב" לתחושת הביטחון החברתי, המבוסס על תוצאות הסקר, עלה במקצת בשנתיים האחרונות, אך זאת רק בהיבט של האוכלוסייה בכללה. לא כך בקבוצות משנה בתוכה: אבחנה בין מי שהכנסתם גבוהה מהממוצעת במשק ובין אלה שהכנסתם נמוכה ממנה מלמדת, שהראשונים מדווחים על הרגשת שיפור, בעוד שבעלי ההכנסה הנמוכה מן הממוצע חשים הרעה בביטחונם החברתי-כלכלי. אילו ביטא הדבר תחושות בלבד – ניחא. אבל התחושה הזאת מגובה בנתונים אובייקטיביים לא מעטים, כגון תחולת העוני שהתרחבה בשנים האחרונות, בהמשך לתהליך מתמשך בכיוון זה.

חלק מהמגמה הזאת ניתן לייחס למעשי שלטון, ובמיוחד לתקציב הממשלה ולהיקף פעולותיה בתחומים החברתיים. תקציב הממשלה לשנת 2006 נבנה מלכתחילה כתקציב המשך, באפשרו גידול הוצאות בהיקף של אחוז תמ"ג יחיד. גם אילו הופנתה כל התוספת לסעיפים החברתיים, לא היה בכך לאזן את הירידה המצטברת של השנים 2002-2004. אבל מניתוח תקציב המדינה, שהונח על שולחן הכנסת, נראה כי ההוצאה החברתית הכוללת תהיה ברמה שווה לזו שהייתה בשנה החולפת. ממילא, ההוצאה בממוצע לנפש תהיה נמוכה אף מזו שבשנים האחרונות. עם זאת, יש לציין, כי לאחר הגשת התקציב הופיעו הכרזות שונות בדבר הגדלה צפויה של התקציב החברתי, אשר תצורף לתקציב המדינה במהלך דיוני הכנסת על חוק התקציב.

בתנאים כאלה צפויים אנו להמשיך ולראות משק מתפתח בקצב מרשים למדי, אך מערכת חברתית שאינה מסוגלת להיענות לצורכי הקבוצות החלשות בחברה. כך, למשל, מדיניות הבריאות תוסיף, כנראה, להישען על מימון עצמי של המשתמשים, ואם כבר היום נמצאים רבים שנמנעים מלהשתמש בשירות זה או אחר, עקב נטל דמי ההשתתפות

העצמית, הרי שהמגמה הזאת רק תלך ותגבר. מערכת הבריאות אשר מצטיינת באיכותה הגבוהה תהיה נגישה לכלל האוכלוסייה, אך לא הכל יוכלו ליהנות ממיטבה. הישגי מערכת הבריאות הם רבים, וגם אם יש מקום לשיפורים בתחומים שונים, עדיין יכולים אנו להשתבח בה. נותר, אפוא, לקוות שבמהלך השנה יחולו שינויים שיאפשרו חזרה לנתיב של ביטוח רפואי אוניברסלי לכל דבר.

מערכת החינוך נמצאת על המדוכה בשנים האחרונות, ובמוקד העניינים עמד הדו״ח של ועדת דוברת. אפשר לצדד במסקנות הוועדה או לחלוק עליהן, אבל בעיות היסוד של המערכת לא ייפתרו אם לא ייעשה מאמץ לשתף את כל הילדים והנערים בתהליך החינוכי באופן שיפתח בפניהם בעתיד את שערי ההשתלבות בחיי המשק והחברה. הניסיון המצטבר מלמד, שהפניית משאבים ומאמצים לתכניות התערבות פרטניות מצליחה לקדם את התלמידים ולהביאם לתוצאות הרצויות. מכאן מתבקש, שתוך כדי שינויים מערכתיים כוללים המתבצעים בשדה החינוך תינתן הדעת להיבט זה, ויופעלו תכניות משלימות לפי צורכיהם של התלמידים במקומות הדרושים.

בתשלומי העברה הייתה שחיקה רצינית בארבע השנים האחרונות. נכון, אמנם, שעל סף התפנית הזאת הייתה פריצה בלתי מבוקרת בקיצבת הילדים, אבל תיקונה של הפריצה לא חייב שינויים כגון אלה שהוכנסו לקיצבה זו ולשורה של קצבאות אחרות. ביטולם של חלק מההסדרים היסודיים, כגון ההצמדות למדדים רלבנטיים, נעשה ללא דיון מקצועי וציבורי מעמיק. ההצדקה לתיקונים הייתה בחלקה מבנית ובחלקה בהיענות לאילוצים כלכליים. אלה האחרונים הם מעצם מהותם בני-חלוף ולכן התיקונים הנובעים מהם היו צריכים להיות מוגדרים כארעיים, אך לא כך אירע – תיקונים שנתבקשו אולי כהוראת שעה הפכו לתיקונים בני קיימא, ומשמעותם היא, שהקיצוץ בקצבאות יתקיים גם כאשר הגורמים המקוריים לקיצוץ כבר יעברו מן העולם.

ממצאים אלה ואחרים כלולים בדו״ח זה ועומדים ברקע של המלצות מדיניות בתחומים השונים. הספר פותח בסיכום הממצאים העיקריים, ולאחריו הצגה מאוירת של ההתפתחות החברתית-כלכלית, שהוכנה על-ידי חברים בצוות הגרעיני של המרכז – יואל בלנקט, דלית נחשון-שרון, מרינה קונין ויוליה קוגן.

הפרק שאחריה עוסק בניתוח הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים, הנתח שלהן בתקציב הכללי, והתפתחותן בשנים האחרונות.

הפרק נכתב על-ידי יעקב ליפשיץ על בסיס הניתוח של נתוני התקציב וההוצאה בפועל, הנערך על-ידי הצוות הקבוע העוסק בכך במרכז – יואל בלנקט ויוליה קוגן.

התפתחות השירותים נידונה בהמשך, בסקירה שהוכנה על-ידי צוות נרחב, אשר כלל את פרופ׳ דב צ׳רניחובסקי ומרינה קונין בתחום הבריאות, נחום בלס ופרופ׳ חיים אדלר בתחום החינוך, פרופ׳ יוסף קטן בתחום שירותי הרווחה האישיים, ורוני בר-צורי בקצבאות הביטוח הלאומי.

בהשלמה לניתוח האובייקטיבי של התקציב ושל ההתפתחות הפיזית בשירותים השונים מופיע הסקר החברתי של המרכז, הבוחן את עמדות הציבור בנושאים החברתיים השונים. הסקר, המבוצע עבורנו על-ידי מכון רפי סמית, עוצב ונותח על-ידי יואל בלנקט ונחום בלס, ובהשתתפות דלית נחשון-שרון, מרינה קונין ויוליה קוגן.

המהדורה העברית של הספר כוללת חלק נוסף ובו סוגיות נבחרות בהפרטת השירותים החברתיים שנכתבו על-ידי פרופ׳ צבי זוסמן, נחום בלס, פרופ׳ ישראל לוסקי וד״ר יהודית גבעון. פרק נוסף עוסק בסוגיית רציפות הטיפול הרפואי בשירותי האשפוז ובשירותים הקהילתיים, והוא נכתב על-ידי ד״ר יובל וייס, ד״ר יאיר בירנבאום, ופרופ׳ שלמה מור-יוסף. במהלך השנה התקיימו דיונים בפורומים שונים של המרכז, כולל דיון של כל צוותי המרכז, כמפורט בעמודי השער.

הכנת הספר היא, כמתואר לעיל, פרי עבודתם של רבים – יבואו כולם על הברכה. תודה מיוחדת נתונה למנהלת הפרסומים של המרכז, דלית נחשון-שרון, אשר כל פרקי הספר עברו את עריכתה היסודית – המאמרים בגירסתם בספר הם עדות נאמנה לכך. במסירות רבה הובילה את הוצאתו לאור של הספר ואת הכנתו לפרסום במועד, היינו לקראת דיוני התקציב בכנסת והכנס השנתי של המרכז המתארח אצל נשיא המדינה. יהודית אגסי טרחה ועמלה, ללא ליאות ובמסירות רבה, על טיוטות רבות מספור, עד הגיעך לעיצוב סופי, ואיפשרה את עמידתנו בלוח הזמנים ההדוק, וזאת לצד עבודתה המסורה כמזכירת המרכז. יואל בלנקט, כמרכז צוות המחקר הבסיסי ניווט את עבודת התשתית של ריכוז המידע שברקע המאמרים השונים, ובמהלך הדברים פיתח את ״מדד טאוב״ לביטחון חברתי. עינו הפקוחה מנעה גם תקלות בלתי נמנעות. יוליה קוגן ידה רב לה באיסוף דקדקני של נתונים ועיבודם הקפדני וביצירת הבסיס הסטטיסטי לניתוח ההוצאה הממשלתית. מרינה קונין הניחה את התשתית להצגה המאוירת הפותחת את הספר וסייעה בהכנת פרקים

שונים. לורה ברס ריכזה בשקידה את הכנת הגירסה האנגלית של הספר, במקביל לעבודתה היעילה והמסורה האחראית על קשרי החוץ של המרכז.

תודה לכל חברי סגל המרכז המסורים על פועלם, איש איש לפי תחומו וכולם יחדיו כקבוצה. תודה גם לכל חברי הצוותים התחומיים אשר השתתפו בדיונים שקיימנו על פני השנה ותרמו לליבון הסוגיות החברתיות והעלאתן לסדר היום הציבורי.

יעקב קופ

ירושלים, מרחשון תשס״ו, נובמבר 2005

ממצאים עיקריים

הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים

1. ההתפתחויות הכלכליות בשנתיים האחרונות סימנו מגמות מנוגדות: מצד אחד, נמשך השיפור במצב הכלכלי הכללי, ואילו מצד שני, נמשכה ההידרדרות במצבן הכלכלי של האוכלוסיות החלשות. שניות זו לא מצאה בינתיים ביטוי מספיק במדיניות ההוצאות של הממשלה – לא בתקציב לשנת 2005 ולא בתקציב ההולך ומתגבש לשנת 2006.
2. התפנית במחזור העסקים הביאה, עם הזמן, לשיפור במצב התעסוקה. תחילה, הירידה באבטלה פיגרה אחרי ההתרחבות בפעילות הכלכלית, ובשנת 2004 כולה עמד עדיין שיעור האבטלה על 10.4 אחוזים, לעומת 10.7 אחוזים בשנת 2003. אולם ברבעון האחרון של שנת 2004 כבר ירד שיעור האבטלה ל-10 אחוזים, ובמהלך שנת 2005 – ל-9 אחוזים.
3. בשל האופי הלא מאוזן של הצמיחה הכלכלית, המתמקדת בענפים עתירי עובדים מיומנים, וכתוצאה ממדיניות המסים ותשלומי ההעברה של הממשלה, למרות השיפור הכללי, נמשכה מגמת הגידול בממדי העוני והפערים הכלכליים הלכו והתרחבו.
4. בשנת 2005 מסתכמות ההוצאות החברתיות ב-100 מיליארד ש״ח, מזה 62 מיליארד ש״ח מיועדים למימון האספקה של שירותים ו-38 מיליארד ש״ח למימון תשלומי העברה. זהו גידול של 2.5 מיליארד ש״ח לעומת השנה הקודמת, אך במבט ממושך יותר יש כאן ירידה של 9 מיליארד ש״ח לעומת ההוצאה בשנת 2001. במונחים של ההוצאה לנפש חלה בתקופה זו ירידה של 14.8 אחוז, מ- 16,970 ש״ח בשנת 2001 ל-14,461 ש״ח בשנת 2005.
5. ללא שינוי של ממש בהרכב התקציב, ספק אם מדיניות, המגבילה את הגידול בהוצאות הממשלה לשיעור נמוך מקצב גידול האוכלוסייה, יכולה להביא לחיזוק חברתי. תשלומי ההעברה מהווים רכיב עיקרי בהכנסה של השכבות החלשות, והשירותים הישירים שהממשלה מספקת הם רכיב חשוב בצריכה של קבוצות אוכלוסייה אלו.

חינוך

1. לגבי חלקים ניכרים מהציבור במדינה, הצליחה מערכת החינוך לתרום את תרומתה, בהקניית השפה ומיומנויות היסוד, ובהקניית הידע הבסיסי – כך שצעירים אלה בהתבגרם השתלבו בהצלחה במערכות ההשכלה הגבוהה ובשירותים למיניהם. ואולם בחלקים אחרים של החברה, ההצלחה ההתחלתית של עצם ההשתתפות במערכת החינוך לא הקנתה את ההשכלה והמיומנויות הדרושים לתפקוד מוצלח בחברה מודרנית.

2. ההצלחה ואי-ההצלחה הנמדדת במערכת החינוך אינה מתחלקת באורח שווה: ההצלחה מאפיינת קבוצות ומגזרים חברתיים מסוימים, הכישלון – קבוצות ומגזרים אחרים. אין ספק כי בקרב קבוצות התלמידים, שאינם מגיעים לכדי הישג משביע רצון במערכת החינוך, מצוי שיעור ניכר של תלמידים ותלמידות שכשרונותיהם הפוטנציאליים לא הגיעו לידי מימוש.

3. התפתחויות אלו ואחרות מובילות לכמה מסקנות באשר למדיניות החינוך המתבקשת:

בתחום כוח האדם בהוראה, יש להביא לכך, שהמורים ילמדו בפועל יותר שעות ממה שהם מלמדים כיום ויקבלו שכר גבוה יותר עבור עבודתם.

בתחום תכניות הלימודים, יש לגבש תכנית ליבה אשר תחייב את כלל המערכת, ובה ייכללו כל המקצועות החיוניים להצלחתם של בוגרי מערכת החינוך בחברה מודרנית ומתקדמת.

בתחום התקצוב, צריך להבטיח רמה שתאפשר את ביצוע שתי המטלות – תקציב שיענה על הצרכים, ושחלוקתו תהיה שוויונית, הוגנת ויעילה.

4. התפתחות מערכת החינוך מלמדת, ששיעור הלומדים בחינוך הממלכתי נמצא בירידה מתמשכת, ולעומת זאת מתרחש גידול מתמשך באחוז הלומדים בחינוך החרדי. בבדיקה שערכנו התברר, שהמגמה הזאת מתרחשת כבר בשלבים המוקדמים של החינוך ואינה מחוזקת על-ידי מעברים בין בתי-הספר. בדיקת המעברים בין הזרמים במערכת בשלב הלמידה בבתי-הספר העלתה, שמספר העוברים נטו אינו עולה על מאות ספורות. נראה, אפוא, שהגידול הרב בחינוך החרדי נובע בעיקרו מגידול טבעי.

בריאות

1. ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים הסתכמה בשנת 2004 בכ-46 מיליארד ש"ח, 8.3 אחוזים מהתמ"ג של שנה זו. אחוז זה מבטא ירידה נוספת בהמשך לירידה שהחלה בשנת 2003, ביחס לשנת השיא 2002, בה ההוצאה לבריאות הייתה בשיעור של 8.6 אחוזים מהתמ"ג. בשנים שקדמו לכך הייתה מגמת גידול, והגידול היה חד מאוד בעיקר לאחר שנת 2000.
2. קצב גידול ההוצאה הריאלית לבריאות בממוצע לנפש בתקופה 1990-2002 גבוה מקצב הגידול בתוצר לנפש. במדינות ה-OECD והאיחוד האירופי קצב הגידול של ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש גדול אף יותר ביחס לתוצר מאשר בישראל.
3. חלקו של המימון הציבורי של מערכת הבריאות ממשיך לרדת בשנת 2004 על חשבון המימון הפרטי, המגיע בשנה זו ל-30 אחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית לבריאות. שיעור זה הוא משיעורי המימון הפרטי הגבוהים ביותר במדינות המפותחות בהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה.
4. תוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם המערבי. לישראל פוטנציאל שיפור בתוחלת החיים בעיקר על-ידי התמודדות בשני תחומים: הורדת תמותת תינוקות במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, ושיפור מצב הבריאות של נשים.
5. בשנים האחרונות אנו ערים לירידה במספר הרופאים לנפש בישראל. מגמה זו עלולה להיות ארוכת טווח נוכח הידלדלות מקורות פוטנציאליים של עליית רופאים לארץ, והיא מחייבת חשיבה מחודשת לגבי תכנונו של המשאב הבסיסי ביותר במערכת הבריאות הישראלית.

שירותי רווחה אישיים

1. השירותים אינם מצליחים להגיע לכל הנזקקים, ולפיכך קבוצות ופרטים נותרים במצוקתם באין סיוע מהמדינה. לעיתים, צצות יוזמות מקומיות וארציות שונות (תרומות וגיוס של כסף ושל מוצרים, הקמת בתי אוכל וכדומה), אולם אין בהן כדי להחליף את הסיוע המקצועי המוגש על-ידי עובדי הרווחה, עובדים סוציאליים בדרך-כלל.

2. נתח מרכזי של ההוצאות הממשלתיות לרווחה מופנה לקשישים, כמעט מחצית מכלל ההוצאות. כ-42 אחוז מסך-ההוצאה מופנה לסיעוד ועוד כ-8 אחוזים מיתרת ההוצאות (אחר ניכוי סעיף הסיעוד) מופנה לשירותים נוספים לקשישים. מדובר על 2.2 מיליארד ש"ח סיעוד ועוד כ-220 מיליוני ש"ח לשירותים אחרים (במחירים קבועים של 2004).
3. המדיניות הקיימת מעניקה עדיפות לשירותים הקהילתיים, ובשנתיים האחרונות, נעשה מאמץ מיוחד לצמצם את מספר הילדים המופנה למוסדות. במקביל הוקדש מאמץ להחזרתם לקהילה של ילדים השוהים במוסדות ולחיזוק הקשרים בין ילדים השוהים במוסדות לבין משפחתם.
4. קיימים פערים ניכרים בין יישובים בהיקף שירותי הרווחה ובאיכותם. גורמים שונים אחראיים לחוסר השוויוניות בין יישובים: השתתפות ממשלתית ומקומית לא-אחידה בתקציבי הרווחה המקומיים, שוני במספר הארגונים הוולונטריים הפועלים ביישובים שונים ובהיקף פעילותם, והתייחסות מקומית שונה לפיתוח שירותי הרווחה. אי-השוויון בולט במיוחד בפערים הניכרים הקיימים בין יישובים יהודים וערבים, אך גם בין יישובים שונים במגזר יהודי.

תשלומי העברה – קצבאות הביטוח הלאומי

1. במהלך השנים האחרונות חל כרסום בקצבאות במסגרת מאמצי הממשלה לצמצם את התקציב בכלל, ואת התקציב החברתי בפרט. הקיצוצים הבולטים היו בקצבאות המיועדות לאוכלוסייה בגיל העבודה: קצבאות ילדים, הבטחת הכנסה ודמי אבטלה, קצבת הנכות כמעט לא נפגעה במהלך התקופה הנסקרת.

Deleted: , ואילו

Deleted: זכתה למקצה שיפורים

2. שלושה ענפי הביטוח המרכזיים – זיקנה ושאירים, ילדים ונכות כללית מהווים כשני-שלישים מכלל הקצבאות, וזו ירידה בהשוואה למשקלם היחסי באמצע העשור הקודם (1995), שעמד על כ-70 אחוז. בולטת במיוחד הירידה במשקל היחסי של קצבת הילדים, מחמישית ב-1995 לכעשירית מכלל התשלומים ב-2005, בעוד שבמשקלן היחסי של קצבאות הנכות חל גידול עקבי ובולט במהלך העשור.
3. המודעות הגוברת למגבלות נכים הביאה ב-2005, לקבלת חוק הנגשת מקומות ציבור לנכים, שחובת יישומו הוחלה מיידית על רוב המבנים הציבוריים. התפתחות נוספת בקידום ושילוב נכים בתעסוקה ובקהילה,

נובעת מהחלטת הממשלה לאשר את מסקנות ועדת לרון (יוני 2005). בעקבותיה יגובשו תיקוני חקיקה לעידוד נכים ליציאה לעבודה.

4. היישום המיידי והחותך של הקיצוצים בקצבאות הילדים, ב"תכניות החירום הכלכליות" מאז 2002, הביא להגדלה בתחולת העוני בקרב ילדים ומשפחות כשראש המשפחה, במקרים רבים, אינו משתתף בשוק העבודה.

5. צמיחת המשק והחמרת תנאי הזכאות, בהתאמה, הביאו לירידה קלה בשיעור המובטלים ולירידה חדה של למעלה משליש (כ-36 אחוז) בשיעור מקבלי דמי האבטלה: ממחצית מכלל המובטלים הרשומים ב-1998 (טרם שינוי הכללים), לכחמישית מהם ב-2004.

Deleted:

הסקר החברתי – 2005

1. התחושה הרווחת בקרב הנשאלים היא, שהקיטוב הכלכלי מתרחב והפערים גדלים. מגמת השיפור הכלכלי של השנתיים האחרונות לא תרמה לשינוי בתחושה לגבי עוצמת הפערים אלא ההפך הוא הנכון – מהסקר עולה כי הקבוצות החזקות בחברה חשו התחזקות והקבוצות החלשות מרגישות שהוסיפו להיחלש.

2. "מדד טאוב" לביטחון החברתי מחבר ומשקלל את התשובות שניתנו בסקר למקבץ של שאלות, הנוגעות ישירות במרכיבים הבסיסיים ביותר של תחושת הרווחה החברתית. מדובר בעיקר בשינויים ברמת החיים, בתחושת החשיפה לאלימות, בביטחון כלכלי בסיסי, ובחשש מפני אבטלה.

3. ריכוז תוצאות הסקר על פני זמן הוא כלהלן: בשנת 2001 (שנה ראשונה עבורה חישבנו את המדד) עמד המדד על 58 נקודות (מתוך 100), בשנתיים 2002-2003 ירד המדד בצורה תלולה לכדי 48 נקודות, ירידה המשקפת את התערערות הביטחון החברתי של הציבור בעת העמקת המיתון הכלכלי והאבטלה. בשנים 2004 ו-2005 עלה המדד ל-53 ול-54.5 בהתאמה.

4. המדד עבור רמת הכנסה "הרבה מעל הממוצע" עמד בשנת 2005 על קרוב ל-70 נקודות, בו בזמן שהנתון עבור האוכלוסייה עם רמת הכנסה "הרבה מתחת לממוצע" הגיע לכדי 44 נקודות בלבד. גם בקרב האוכלוסייה עם רמת הכנסה של "קצת פחות מהממוצע" לא עבר המדד השנה את רמת ה-50 נקודות.

5. השנה נמשכה מגמת השיפור בתעסוקה שאובחנה לראשונה בשנה שחלפה, לאחר תקופה די ממושכת בה החשש מפני אבטלה היה גבוה מאוד. שיעור המשיבים השנה, שהם או אחד מבני משפחתם אינם חוששים כלל מפני אבטלה, או שהם חוששים במידה מועטה בלבד עלה ל-46 אחוז לעומת 40 אחוז בשנה שעברה, ולעומת 30 אחוז ב-2003.

סוגיות תחומיות

הפרטה בשירותים החברתיים – מסגרת לדיון

1. אחת המסקנות החשובות העולות מהמחקרים שנעשו בתחום ההפרטה היא, שהשיוך המגזרי של הבעלות – ציבורית, מלכ"ר או עסקי – יש לה השלכות מועטות בלבד על היעילות של הייצור ושל החלוקה של כלל השירותים החברתיים. לכן גם **החלפת** בעלות כשלעצמה מציבורי לעסקי, במסגרת מדיניות של הפרטה, אין בה תועלת רבה.
2. עיקר התרומה לייעול השירותים החברתיים היא ביצירת תחרות אמיתית בין ספקי השירותים, קודם כל בין הספקים הציבוריים בינם לבין עצמם ולאחר מכן בינם לבין ספקים עסקיים לשם רווח, שיפעלו בשולי הספקים הציבוריים. תחרות כזו תלוי במדיניות ממשלתית שתיצור את תנאי היסוד הדרושים לכך.
3. הפרטה אינה אמור לשחרר את המדינה מאחריותה לשורה שלמה של נושאים. מדובר בעיקר בפיקוח על השימוש היעיל בתקציבים הציבוריים, כדי לספק את השירותים באיכות הדרושה; בהסדרת פרסום של איכות השירותים של ספקים שונים; בקביעת כללים לזכאות לסבסוד ציבורי, במקרים בהם הצרכן רוצה לשפר את רמת השירות הציבורי מכספו, בין אם אצל ספק עסקי ובין עם בתוך מתקניו של ספק ציבורי, ועל-ידי עובדיו.

חינוך: על הפרטה ועל חינוך

1. בגלל מסורת חינוכית-ארגונית ארוכת שנים בישראל, כמעט כל החינוך הקדם-יסודי הוא בבעלות פרטית, בתי-הספר היסודיים כמעט כולם ציבוריים, ובתי-הספר העל-יסודיים פרטיים ברובם. חלוקה זו מבוססת על הגדרה צרה, המתעלמת מכך שרוב מוסדות החינוך בכל שלבי החינוך (הקדם-יסודי, היסודי, והעל-יסודי), המוגדרים על פי ההגדרה כפרטיים, מופעלים על-ידי ארגונים ציבוריים, הפועלים שלא למטרות רווח (אורט,

עמל, עמית, ויצ״ו, נעמת, רשת החינוך העצמאי, מעיין החינוך התורני וכדומה), ממומנים במלואם על-ידי המדינה, ומופעלים על פי כללים המוכתבים על-ידי המדינה.

2. מסתבר, שלמרות שרוב מוסדות החינוך בארץ הם ציבוריים, בין אם בהגדרה פורמלית ובין אם במהותם – במובן שעיקר מימונם, תכניות הלימוד הנהוגות בהם, ותנאי ההעסקה של עובדיהם נקבעים על-ידי המדינה – הרי הם מקיימים מנגנוני מימון, ההופכים לעיתים למנגנוני סלקציה, המערערים ולעיתים אף שמים לאל כל מדיניות המכוונת להגביר את השוויוניות במערכת החינוך.

3. החוקר אינו מוצא הבדלים מהותיים בין בתי-הספר לפי אופן ארגונים כגוף פרטי או ציבורי. לאור ממצא זה תפקידיה המרכזיים של המדינה הם: להבטיח רמת תקצוב המאפשרת חינוך טוב, לכל התלמידים, כולל התלמידים יוצאי השכבות החברתיות הכלכליות החלשות ביותר, ולהפעיל לשם כך העדפה מתקנת משמעותית; לקבוע כללים לניהול והפעלה תקינים של בתי-הספר, לגבש כללי הרשאה לכניסה ויציאה למקצוע ההוראה (דרישות סף של הכשרה והשכלה, תקופות התמחות, הוצאת מורים כושלים ועוד); ולגבש הסכמי עבודה ארציים במקצועות ההוראה לסוגיהם (תנאי שכר ותנאי עבודה אחרים).

רווחה: יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכ״רים לעומת מוסדות עסקיים

1. אחד המאפיינים של הענף הוא, שחלק מבתי האבות פועלים כפירמות עסקיות ומכוונים להשגת רווח מקסימלי בעוד שחלקם האחר הם מלכ״רים, המנועים מלחלק רווחים ופועלים למען הציבור. המחקר דן בשאלה איזה מסוגי הארגונים יעיל יותר, מי מספק שירות באיכות טובה יותר ומי אמין יותר.

2. הבדיקה האמפירית מראה, שאמנם העלות ליום אשפוז במוסדות שהם מלכ״רים גבוהה מהעלות במוסדות העסקיים אך יחד עם זה, איכות השירות שמספקים המלכ״רים גבוהה יותר. לכן, ניתן לייחס את השוני בעלויות לשוני באיכויות, ואין להסיק מכך על שוני ביעילות.

3. על פי ממצאי החוקרים, מלכ״רים מספקים שירות באיכות גבוהה יותר בממוצע לעומת הפירמות העסקיות. שני גורמים מסבירים את השוני הזה: ראשית, הנטייה של מלכ״ר לפעול לטובת הציבור, המתבטאת בהעלאת האיכות; שנית, כתוצאה ממדיניות משרד הבריאות לגבי אופן

קביעת המחיר ליום אשפוז סיעודי, התעריפים לבתי אבות שהם מלכ"רים גבוהים מאלו של בתי אבות שהם פירמות עסקיות. הממצאים הראו שהמוסדות הפועלים בענף מתאימים את האיכות שהם מספקים לתעריף המשולם להם על-ידי משרד הבריאות.

4. הממשלה מהווה גורם דומיננטי בענף זה, כיוון שהיא משלמת עבור כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות הקיימות. בנוסף לכך, היא קובעת את התעריפים המשולמים למוסדות, את התקנים על פיהם מתנהלים המוסדות ואחראית לרישוי שלהם ולבקרה על איכות הטיפול הניתן בהם.

5. לא נמצא שוני בין היעילות הכלכלית של מלכ"רים לזו של פירמות עסקיות. יתרה מכך, ממצאי העבודה הצביעו על כך, שהמלכ"רים הפועלים בענף בתי האבות תורמים לרווחת הציבור על-ידי העלאת האיכות או הורדת המחיר. לפיכך, לא ברור אם כפיית דרך ניהול "עסקית" על המלכ"רים תשפר את מצבו של הציבור.

בריאות: היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז

1. החוקרים מציעים לפעול לשיפור הקשר בין המערכת הרפואית בקהילה ובין המערכת האשפוזית, וזאת הן במישורים הקליניים, הן באפיקים המנהליים, תוך הוצאת החולה מהוויכוח בין המבטחים לספקי השירותים.

2. הצעדים המומלצים הינם: (א) גיבוש הסכמה בין קופות-החולים ובתי-החולים על הקמת משרד קשר רפואי בכל בית-חולים לפתרון המחלוקות ביניהם ללא מעורבות החולה ותוך חלוקת הסיכון בין שני הגורמים. (ב) לכל מאושפז יהיה נציג אישי רפואי, אשר יהווה עבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז, והוא אף יהיה אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה כשיש צורך בכך. (ג) שיפור הרצף הטיפולי בחולה באמצעות מחלקת אם, אזורית או "קופתית". (ד) קידום הפרויקט הלאומי, שמטרתו יצירת ממשק מקוון בין מערכות המידע בארגוני הבריאות, להבטחת זמינות של מידע רלוונטי ותמציתי אודות החולה בכלל אתרי מערכת הבריאות הציבורית (תיק רפואי אישי ממוחשב).

3. עקב התפתחותה המזדמנת של מערכת הבריאות נוצר מצב בו פריסת בתי-החולים בישראל אינה מיטבית. כך ניתן למצוא שלושה מרכזי-על בגוש דן, במרחק דקות נסיעה מועטות ביניהם, בעוד שבעיר הרביעית בגודלה בישראל, אשדוד, אין בית-חולים. מערכות אלו פועלות ללא תיאום רוחבי, דבר הגורם לבזבוז משאבים רב ולתחרות עזה.

הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים

בשנתיים האחרונות, בד בבד עם התחדשות הצמיחה והשיפור הכלכלי הכללי גדלו ממדי העוני, והפערים הכלכליים בחברה הישראלית הלכו והתרחבו. הדילמות של המדיניות הכלכלית-החברתית נותרו אפוא בעינן: האם די במדיניות מקרו-כלכלית מעודדת צמיחה, כדי לקדם את רווחתן של אוכלוסיות חלשות? ואם השיפור הכללי לא מחלחל למטה במידה מספקת ובקצב מניח את הדעת, מהן דרכי ההתערבות הרצויות של הממשלה? האם יש לחזור למדיניות המסורתית של הגדלת ההוצאה על שירותים חברתיים ותמיכות, או שעדיפה עליה גישה אחרת, ממוקדת יותר ואוניברסלית פחות, הכוללת שינויים משמעותיים ביעדי ההוצאה?

העמדות בשאלות אלו מושפעות מתפיסות אידיאולוגיות, אך גם בעלי השקפות דומות עשויים להיות חלוקים ביניהם בגלל קשיים מעשיים הנעוצים, בין השאר, במגבלות של זיהוי ומדידת עלויות ותועלות, ובעיקר – של השוואת יחסי עלות-תועלת בין הוצאות ציבוריות חברתיות שונות. הסקירה להלן מניחה תשתית עובדתית לדיון במדיניות הכלכלית-החברתית הרצויה של הממשלה. לצד תיאור ההתפתחויות וציון מגמות ארוכות-טווח עיקריות, נעשו גם ניסיונות חלקיים להעריך את יעילותן של ההוצאות.

1. תקציב המדינה כמכשיר מרכזי לביצוע מדיניות הממשלה

תקציב המדינה מהווה מכשיר מרכזי לביצוע מדיניות הממשלה. התקציב המוגש על-ידי הממשלה לאישור הכנסת משקף את המדיניות ואת סדר העדיפויות, ונתוני הביצוע, המתפרסמים בתום השנה, מלמדים על מימוש המדיניות בפועל. כאשר יש פערים בין התכנון ובין הביצוע, הם עשויים ללמד על אי-מימוש המדיניות ועל סטיות מסדר העדיפויות הרצוי.

גם בשנת 2004 היו ההוצאות בפועל של הממשלה על שירותים חברתיים נמוכות מהתכנון. על-פי הצעת התקציב, ההוצאות החברתיות בתקציב הרגיל היו אמורות להסתכם ב-93.5 מיליארד ש״ח, ולאחר שינויים שונים שהוכנסו במהלך השנה – ב-92.7 מיליארד ש״ח. בפועל,

ההוצאות החברתיות בתקציב הרגיל הסתכמו ב-91.3 מיליארד ש"ח. הביצוע בפועל היה אפוא נמוך מהתכנון המקורי בכ-2.3 אחוזים, ומהתקציב המעודכן – בכ-1.5 אחוזים (לוח 1). עם זאת, בשנת 2004 היו הסטיות בין הביצוע ובין התכנון קטנות בהשוואה לאלו שנרשמו בשנת 2003 (ראה לוח 2).

לוח 1. ההוצאות החברתיות בתקציב הרגיל לשנת 2004 על-פי הצעת התקציב: התקציב המעודכן והביצוע בפועל (מיליארדי ש"ח ואחוזים)

סוג ההוצאה	הצעת התקציב	התקציב המעודכן	הביצוע בפועל	הסטייה בביצוע מ- הצעת התקציב	הסטייה בביצוע מ- התקציב המעודכן
סך-הכל	93.5	92.7	91.3	**-2.3**	**-1.5**
הבטחת הכנסה	40.5	38.6	38.6	**-4.6**	0
שירותים ישירים	53.0	54.1	52.7	**-0.6**	**-2.6**
מזה:					
חינוך	29.5	30.1	29.2	**-1.0**	**-3.0**
בריאות	15.8	16.0	16.0	+1.2	0
שירותים אישיים	5.2	5.2	5.3	+0.6	+0.4
שירותים אחרים	2.5	2.8	2.3	**-8.9**	**-18.3**

לוח 2. השוואת הסטייה בביצוע ההוצאות החברתיות בתקציב הרגיל מהצעת התקציב ומהתקציב המעודכן, 2004 לעומת 2003 (אחוזים)

סוג ההוצאה	2004		2003	
	הסטייה בביצוע מ-		הסטייה בביצוע מ-	
	הצעת התקציב	התקציב המעודכן	הצעת התקציב	התקציב המעודכן
סך-הכל	**-2.3**	**-1.5**	**-6.0**	**-3.2**
הבטחת הכנסה	**-4.6**	0	**-6.1**	**-2.2**
שירותים ישירים	**-0.6**	**-2.6**	**-5.9**	**-4.0**
מזה:				
חינוך	**-1.0**	**-3.0**	**-5.4**	**-2.3**
בריאות	+1.2	0	**-5.6**	**-3.8**
שירותים אישיים	+0.6	+0.4	**-5.5**	**-3.7**
שירותים אחרים	**-8.9**	**-18.3**	**-16.0**	**-25.0**

למרות השיפור, לא מיותר להדגיש כי הסטיות בין הביצוע ובין התכנון בשנת 2004 נותרו משמעותיות. יתר על כן, בסעיפי הוצאה מסוימים הסטיות בין הביצוע ובין התקציב המעודכן היו גדולות מאלו שבין הביצוע ובין הצעת התקציב. כלומר, במהלך השנה נוצרו צרכים שהצדיקו הוספת תקציבים, אך הביצוע בפועל לא הדביק את התפתחות הצרכים והפערים אף גדלו. לא מן הנמנע כי הגדלת תקציבים מלווה, לעתים, בהעמקת המעורבות של משרד האוצר בביצוע. כתוצאה מכך, פוחתת הגמישות בניצול התקציב, ובסופו של דבר – התקציבים מנוצלים באופן חלקי בלבד.

הסטיות מהתכנון המקורי היו גדולות יותר בהוצאה להבטחת הכנסה מאשר בהוצאה על שירותים ישירים, ואילו הסטיות מהתקציב המעודכן היו גדולות יותר דווקא בהוצאה על שירותים ישירים, ובמיוחד בהוצאה על חינוך ובסעיפים הקשורים לקליטת עולים (הכלולים בשירותים אחרים).

2. ההתפתחויות הכלכליות

ההתפתחויות הכלכליות בשנת 2004 סמנו מגמות מנוגדות: מצד אחד, נמשך השיפור במצב הכלכלי הכללי, ואילו מצד שני, נמשכה ההידרדרות במצבן הכלכלי של האוכלוסיות החלשות. שניות זו לא מצאה בינתיים ביטוי מספיק במדיניות ההוצאות של הממשלה – לא בתקציב לשנת 2005 ולא בתקציב ההולך ומתגבש לשנת 2006.

בשנת 2004 נמשכה ההתרחבות בפעילות הכלכלית שהחלה באמצע שנת 2003, לאחר שנתיים של צמיחה שלילית. התמ"ג גדל ב-4.3 אחוזים והתוצר העסקי ב-6.1 אחוזים לעומת 1.3 אחוזים ו-1.7 אחוזים, בהתאמה, בשנת 2003 (ראה לוח 3). מצד השימושים, תרמו לצמיחה היצוא, כתוצאה מהתרחבות כללית בסחר העולמי, לרבות במוצרי טכנולוגיה מתקדמת, והצריכה הפרטית, כתוצאה מגידול בהכנסה הפנויה ולנוכח רגיעה יחסית במצב הביטחוני ועלייה באמון הצרכנים.

המגמה החיובית התמידה גם במחצית הראשונה של שנת 2005: התמ"ג צפוי לגדול ב-5.1 אחוזים והתוצר העסקי ב-6.4 אחוזים. ההערכה לשנת 2006 היא, שהצמיחה תהיה מתונה יותר במידת מה.

התפנית במחזור העסקים הביאה, עם הזמן, לשיפור במצב התעסוקה. תחילה, הירידה באבטלה פיגרה אחרי ההתרחבות בפעילות הכלכלית, ובשנת 2004 כולה עמד עדיין שיעור האבטלה על 10.4 אחוזים, לעומת 10.7 אחוזים בשנת 2003. אולם ברבעון האחרון של שנת 2004 כבר ירד שיעור האבטלה ל-10 אחוזים, והוא אמור להגיע לרמה של 9 אחוזים בשנת 2005. לא פחות חשוב; הירידה באבטלה התרחשה בד בבד עם גידול בשיעור ההשתתפות של האוכלוסייה בכוח העבודה. ברבעון השני של שנת 2005 עמד שיעור ההשתתפות בכוח העבודה על 55.3 אחוז, לעומת 54.9 אחוז בשנת 2004 ו-54.5 אחוז בשנת 2003.

הזדמנויות התעסוקה גדלו גם בשל תחלופה בין עובדים ישראלים ובין עובדים זרים. מספר המועסקים הישראלים גדל ב-2 אחוזים בשנת 2003, ב-3 אחוזים נוספים בשנת 2004, והוא צפוי לגדול בעוד 4 אחוזים בשנת 2005. בו בזמן, שיעור המועסקים הלא-ישראלים מתוך כלל המועסקים במגזר העסקי ירד מ-12.3 אחוז בשנת 2003 ל-10.8 אחוזים בשנת 2004 (בשנת 2000 עמד שיעור המועסקים הלא-ישראלים מתוך כלל המועסקים במגזר העסקי על כ-15 אחוז). עם זאת, במחצית הראשונה של שנת 2005 נראה שמספר המועסקים הלא-ישראלים חזר לעלות.

בשנת 2004 התחדשה גם העלייה בשכר, ולאחר שנתיים של ירידה מצטברת בשיעור של יותר מ-9 אחוזים, השכר הריאלי הממוצע גדל ב-2.7 אחוזים. זאת ועוד; הגידול במספר המועסקים, עליית השכר הממוצע והפחתות מסים הביאו לגידול ההכנסה הפנויה משכר ב-5.2 אחוזים. אלא שבה בעת חלה ירידה בתשלומי העברה, כך שההכנסה הפנויה השוטפת משכר ותשלומי העברה גדלה רק ב-3.1 אחוזים.

ההתפתחויות הכלכליות החיוביות באו לביטוי בעליית רמת החיים הממוצעת. במונחים של צריכה פרטית לנפש, בשנת 2004 חל גידול של 3.2 אחוזים, ובמחצית הראשונה של שנת 2005 – של 2.3 אחוזים נוספים, לאחר ירידה מצטברת של כ-2 אחוזים בשנים 2003 ו-2002. אם כן, רמת החיים הממוצעת בשנת 2005 גבוהה מזו שהייתה קיימת בתחילת העשור ב-4 אחוזים לערך.

אולם בשל האופי הלא-מאוזן של הצמיחה הכלכלית, המתמקדת בענפים עתירי עובדים מיומנים, וכתוצאה ממדיניות המסים ותשלומי ההעברה של הממשלה, למרות השיפור הכללי, נמשכה מגמת הגידול בממדי העוני והפערים הכלכליים הלכו והתרחבו. לדוגמא, בשנת 2004, בעוד שבקרב בעלי השכלה גבוהה (16 שנות לימוד ויותר) עמד שיעור

האבטלה על 5.3 אחוזים, בין בעלי השכלה נמוכה (עד 8 שנות לימוד) הוא היה 16.1 אחוז. ההכנסה ברוטו של משקי בית בעשירון העליון גדלה בשנת 2004 ב-2.5 אחוזים לעומת שנת 2003, ואילו בעשירון התחתון היא ירדה ב-2.6 אחוזים. הפער בהוצאה לתצרוכת בין משקי בית בחמישון העליון ובין אלו בחמישון התחתון גדל מפי 2.4 בשנת 2003 לפי 2.6 בשנת 2004.

נתונים על התפלגות ההכנסות מחזקים את ההערכות לגבי התרחבות הפערים הכלכליים. בשנת 2004, בעוד שמדד ג'יני לאי-השוויון בהתחלקות ההכנסה הכלכלית ירד בחצי אחוז לערך, המדד לאי-השוויון בהתחלקות ההכנסה הפנויה גדל ב-3.1 אחוזים (וללא האוכלוסייה במזרח-ירושלים – ב-3.4 אחוזים). יתר על כן, שיעור העלייה במדד ג'יני בשנת 2004 היה גדול בהרבה מהשיעורים האופייניים לשנים קודמות, ושנה זו, לבדה, תרמה יותר ממחצית עליית המדד המצטברת בחמש השנים האחרונות. מעיקרה, זוהי תוצאה של השפעה הולכת ופוחתת של המסים ותשלומי העברה על הקטנת אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות. בשנת 2002 הקטינו המסים ותשלומי העברה את אי-השוויון ב-31.5 אחוז, בשנת 2003 – ב-30 אחוז, ואילו בשנת 2004 – ב-27.4 אחוז בלבד.

ביטוי נוסף להתרחבות הפערים הכלכליים בחברה הישראלית מספקים הנתונים על תחולת העוני. בשנת 2004, ההכנסה הפנויה של 20.3 אחוז מהמשפחות הייתה נמוכה מקו העוני, לעומת 19.3 אחוז בשנת 2003 ו-18.1 אחוז בשנת 2002. בו בזמן, המשפחות העניות נעשו עניות יותר: פער ההכנסות הממוצע מקו העוני למשפחה ענייה הגיע בשנת 2004 ל-33.3 אחוז, לעומת 30.5 אחוז בשנת 2003 ו-29.7 אחוז בשנת 2002.

אם כן, חידוש הצמיחה הכלכלית, השיפור במצב התעסוקה והגידול בהכנסות לא הקלו בינתיים את מצוקתן של השכבות החלשות בחברה, ומצבן אף הוחמר. מן הסתם, מדיניות כלכלית החותרת להרחיב את מעגל התעסוקה ולהגדיל את ההכנסות באמצעות צעדים מעודדי-צמיחה בלבד, איננה מספיקה. כדי לקדם את רווחתן של אוכלוסיות חלשות, יש צורך באמצעי מדיניות ישירים וממוקדים יותר.

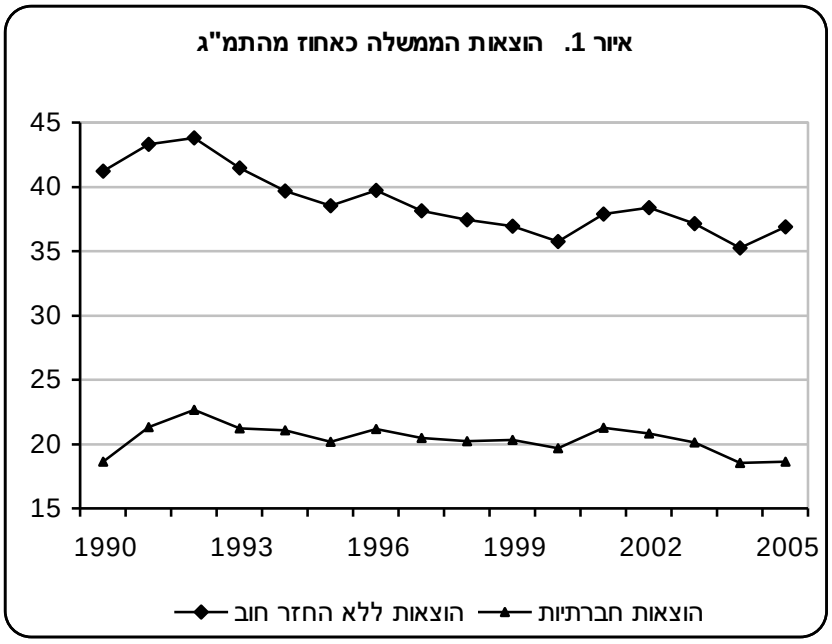
לוח 3. ההתפתחויות הכלכליות – אינדיקטורים חיוביים ושליליים
(אחוזים)

	2003	2004	2005
הצמיחה הכלכלית			
* גידול בתמ"ג	1.3	4.3	5.1
* גידול בתוצר העסקי	1.7	6.1	6.4
השיפור בתעסוקה			
* השתתפות בכוח העבודה (%)	54.5	54.9	55.3
* שיעור אבטלה	10.7	10.4	9.0
* גידול במס' הישראלים המועסקים	2.0	3.0	4.0
העלייה בהכנסות וברמת החיים			
* גידול בשכר ריאלי למשרת שכיר	**3.0-**	2.7	1.2
* גידול בצריכה פרטית לנפש	**1.0-**	3.2	1.6
התרחבות הפערים הכלכליים וממדי העוני			
* שיעור האבטלה בקרב:			
בעלי השכלה גבוהה	5.9	5.3	
בעלי השכלה נמוכה	16.6	16.1	
* שינוי בהכנסה ברוטו של משקי בית:			
בעשירון העליון		2.5	
בעשירון התחתון		**-2.6**	
* מדד ג'יני להתחלקות הכנסה פנויה	0.3685	0.3799	
*תחולת העוני בקרב משקי בית	19.3	20.3	
*פער העוני	30.5	33.3	

3. מדיניות ההוצאות של הממשלה

בשנים 2002 ו-2003 הקטינה הממשלה את הוצאותיה במטרה לשחרר משאבים לשימושו של המגזר העסקי במשק, וכך להביא לחידוש הצמיחה הכלכלית. חלק ניכר מהקיצוץ בהוצאות בוצע בסעיפים הקשורים לנושאים חברתיים, ובמיוחד – בתשלומי העברה שוטפים. משרד האוצר גרס כי הסיוע שהממשלה מעניקה למשקי בית יוצר תמריצים שליליים לפעילות כלכלית, והפחתת התמיכות תעודד הצטרפות למעגל התעסוקה. בעקבות הקיצוצים ירד חלקן היחסי של הוצאות הממשלה ללא החזר חובות מתוך התמ"ג מ-38.4 אחוז בשנת 2002 ל-35.2 אחוז בשנת 2004, וחלקן היחסי של ההוצאות החברתיות – מ-20.8 אחוז ל-18.6 אחוז, בהתאמה (ראה איור 1).

איור 1. הוצאות הממשלה כאחוז מהתמ"ג



בשנים הבאות, עם התחדשות הצמיחה הכלכלית, הציבה הממשלה כיעד מרכזי את ביסוס הצמיחה, ולשם כך המשיכה לנקוט במדיניות של ריסון תקציבי. בשנת 2005 ועל-פי הצעת התקציב שאישרה הממשלה לשנת 2006, ההיקף הכולל של ההוצאות מוכתב על-ידי שתי מגבלות: גידול שנתי ריאלי של ההוצאות בשיעור של אחוז אחד ויעד גירעון של 3 אחוזי תוצר. עם שיעורי צמיחה גבוהים יותר, עמידה במגבלות צפויה להקטין את חלקן היחסי של הוצאות הממשלה מתוך התמ"ג, וכך להמשיך ולשחרר משאבים לשימושו של המגזר העסקי. כמו כן, העמידה במגבלות מאפשרת הפחתה הדרגתית של נטל המס.

בו בזמן, בתקציב לשנת 2005 ובהצעת התקציב שאישרה הממשלה לשנת 2006, הוצהר במפורש גם על יעד של חיזוק חברתי. במסגרת זו, בשנת 2005, הוגדלו הקצבאות לקשישים החיים אך ורק מגמלת הבטחת הכנסה, הוגדל התקציב לסל בריאות והוקצה תקציב למפעל הזנה ללומדים יום לימודים ארוך. בנוסף, בשנת 2006, יש כוונה להקצות תקציבים ייעודיים לחיזוק הפריפריה ומגזר המיעוטים, למאבק באלימות ולבניית כיתות לימוד נוספות. אולם מדובר בתוספות צנועות יחסית, ולכן – למרות המדיניות המוצהרת והתוספות – בשנת 2005 נותר חלקן היחסי של ההוצאות החברתיות מתוך התמ"ג 18.6 אחוז[1], כמו בשנת 2004. הסתירה בין המדיניות המוצהרת ובין הנתונים בולטת עוד יותר לנוכח הגידול המסתמן בחלק היחסי של סך הוצאות הממשלה ללא החזר חובות מתוך התמ"ג.

ללא שינוי של ממש בהרכב התקציב, ספק אם מדיניות, המגבילה את הגידול בהוצאות הממשלה לשיעור נמוך מקצב גידול האוכלוסייה, יכולה להביא לחיזוק חברתי. תשלומי ההעברה מהווים רכיב עיקרי בהכנסה של השכבות החלשות, והשירותים הישירים שהממשלה מספקת הם רכיב חשוב בצריכה של קבוצות אוכלוסייה אלו. עמידה במגבלות התקציב, ללא הגדלת ההוצאות החברתיות על חשבון סעיפי הוצאה אחרים, מביאה להקטנת ההוצאות החברתיות לנפש, ועקב כך – להגדלת אי-השוויון והרחבת הפערים.

[1] הוצאות הממשלה לשנת 2005 מתבססות על התקציב המעודכן לחודש אוגוסט 2005.

השוואת ההתפתחות של הצריכה הפרטית לנפש עם זו של ההוצאות החברתיות של הממשלה בממוצע לנפש ממחישה את התרחבות הפערים. בשנות התשעים גדלה הצריכה הפרטית לנפש ב-31 אחוז, וההוצאות החברתיות של הממשלה בממוצע לנפש – ב-24 אחוז. מאז, בשנים 2000-2004, הצריכה הפרטית לנפש גדלה ב-6 אחוזים נוספים, ואילו ההוצאות החברתיות של הממשלה בממוצע לנפש ירדו ב-11 אחוז. אם כן, המגמות ההפוכות בשנים האחרונות יצרו פער בלתי נסבל: בעוד שהצריכה הפרטית לנפש בשנת 2004 הייתה גבוהה ב-40 אחוז לערך מזו של שנת 1990, ההוצאות החברתיות של הממשלה בממוצע לנפש בשנת 2004 היו גדולות ב-10 אחוזים בלבד מאלו של שנת 1990.

איור 2. הוצאה חברתית וצריכה פרטית, לנפש
מדד 100=1990

4. ההוצאה הממשלתית לפי תחומי פעילות עיקריים

בשנת 2004 הופנו 29 אחוז מההוצאה הממשלתית להחזר חובות, והיתרה התחלקה בין הוצאות חברתיות – 52.6 אחוז, ביטחון – 24.6 אחוז וכלכלה ומינהל – 22.8 אחוז. בשנת 2005 הצטמצם חלקה היחסי של ההוצאה הממשלתית הפנויה (כלומר, ההוצאה הממשלתית לאחר החזר חובות), ובתוכה ירד חלקן של ההוצאות החברתיות וגדל חלקן של הוצאות כלכלה ומינהל.

לוח 4. התפלגות הוצאות הממשלה לפי תחומים עיקריים (אחוזים)

	1985	1992	2001	2003	2004	2005
סך-כל	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
החזר חובות	43.4	29.8	30.2	32.0	29.1	31.5
הוצאה ממשלתית פנויה	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
חברה	32.1	51.7	56.1	54.1	52.6	50.4
ביטחון	40.2	26.1	23.6	24.3	24.6	24.9
כלכלה ומינהל	27.7	22.2	20.3	21.6	22.8	24.7

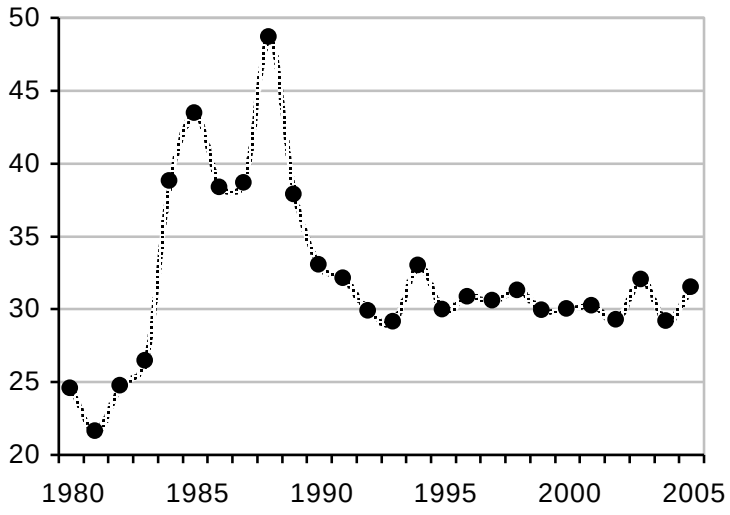
במבט ארוך טווח, מאז אמצע שנות השמונים עלה חלקן היחסי של ההוצאות החברתיות מתוך ההוצאה הממשלתית הפנויה בהתמדה. בשנת 1992, לראשונה, הן נטלו יותר ממחצית ההוצאה הממשלתית הפנויה, והגיעו לשיא – 56 אחוז – בשנת 2001. בשנת 2002 התהפכה המגמה, בשנים הבאות חלה ירידה, ובשנת 2005 חזרו ההוצאות החברתיות להוות כמחצית מההוצאה הממשלתית הפנויה. הגידול בחלק היחסי של ההוצאות החברתיות היה, בעיקר, על חשבון ירידה בחלק היחסי של הוצאות הביטחון, ואילו הירידה בשנים האחרונות מלווה בגידול החלק היחסי של הוצאות כלכלה ומינהל.

החזר חובות

מטבע הדברים, בתקציב נתון, ככל שההוצאות הקשורות לחוב הממשלתי – פירעון קרן ותשלומי ריבית – נמוכות יותר, ההוצאה הממשלתית הפנויה גדלה, וניתן להקצות לפעולות סכומים גדולים יותר. החוב הממשלתי, מצדו, תלוי בגירעון התקציבי ובדרכי מימונו. המדיניות

הנמרצת להגבלת הגירעון התקציבי, מאז אמצע שנות השמונים, הביאה לירידה חדה בגודלו של החוב יחסית לתוצר, מפי 2 עד 3 בשנות השמונים הראשונות ל-90 אחוז בשנת 2000, ועקב כך – לירידת החלק היחסי של ההוצאה להחזר חובות בסך הוצאות הממשלה מ-43 אחוז בשנת 1985 ל-30 אחוז בשנת 2000. בשנת 2001 התהפכה המגמה, והיחס חוב-תוצר עלה ל-107 אחוז בשנת 2003. בשנת 2004 הצטמצם הגירעון התקציבי, ואפשר להקטין את היחס חוב-תוצר ל-105 אחוז.

איור 3. החזר חובות כאחוז מהוצאות הממשלה



השפעת השינויים בגודל החוב הממשלתי על ההוצאות להחזר חובות איננה מצטמצמת לשנה שבה מתרחש השינוי, אלא מתפרסת לאורך זמן. לכן, בעקבות הגידול בחוב בתחילת העשור, בשנים האחרונות הולך ופוחת החלק הפנוי בהוצאות הממשלה: בשנת 2004 הוא עמד על 71 אחוז, בשנת 2005 – על 68.5 אחוז, ועל-פי הצעת התקציב לשנת 2006 – על 65 אחוז.

ביטחון

הוצאות הביטחון הגיעו לשיא באמצע שנות השבעים. בשנות השמונים ובתחילת שנות התשעים ירד חלקן היחסי מתוך ההוצאה הממשלתית הפנויה במידה משמעותית ביותר: בשנת 1980 הוא עמד על 40 אחוז לערך, ואילו בשנת 1994 – על כ-24 אחוז. מאז, הוא נותר קבוע פחות או יותר, ונוטל כרבע מההוצאה הממשלתית הפנויה. עם זאת, בשנים האחרונות גדל היקף הסיוע הביטחוני שמקבלת ישראל מארה"ב (כתוצאה מהפניית חלק ממענקי הסיוע הכלכלי האמריקני לביטחון), ונוצרה אפשרות לשחרר משאבים גדולים יותר במטבע מקומי מביטחון לפעולות אחרות. חלקן היחסי של הוצאות הביטחון במטבע מקומי הצטמצם אפוא יותר מכפי שעולה מן הנתונים על סך-הכל הוצאות הביטחון.

כלכלה ומינהל

ההוצאה לנושאי כלכלה ומינהל בתקציב הרגיל כוללת מגוון רחב של פעילויות. מצד אחד, תמריצים כלכליים המיועדים לעודד השקעות הון, פעולות מחקר ופיתוח וייצוא, סובסידיות לחקלאות ועוד, ומצד שני, פעולות שעניינן שמירת הסדר הציבורי ואכיפת חוק, טיפוח איכות הסביבה, קידום יחסי החוץ של המדינה ועוד. בתקציב הפיתוח נכללות, בעיקר, השקעות בפיתוח תשתיות.

ההוצאה על פעולות אלו נטלה כ-30 אחוז ויותר מההוצאה הממשלתית הפנויה בתחילת שנות השמונים, והיא ירדה לרבע לערך בסופן. בשנות התשעים חלה ירידה נוספת, ואולם בשנים האחרונות מסתמנת עלייה. בשנים 2001 ו-2002 הקצו למטרות האמורות כחמישית מסך-הכל ההוצאה הפנויה, ובשנת 2005, שוב, כרבע. היות שבחלק היחסי של הוצאות הביטחון הייתה יציבות, הגידול היחסי בהוצאות לנושאי כלכלה ומינהל בא על חשבון הקטנת ההוצאות החברתיות.

בשל התחלופה המסתמנת בין הוצאות כלכלה ומינהל ובין הוצאות חברתיות, יש מקום להעמיק בבחינת הגידול שחל בחלק היחסי של הקבוצה הראשונה בשנים האחרונות. ראשית, הגידול התחלק באופן שווה פחות או יותר בין התקציב הרגיל ובין תקציב הפיתוח. שנית, בתקציב הרגיל תרמו לגידול בעיקר סעיפי הוצאה הקשורים לביטחון פנים ולתשלומי גמלאות ופיצויים לעובדי מדינה שפרשו. שלישית,

בתקציב הפיתוח הגידול התרכז רובו ככולו בהשקעות בפיתוח כבישים ומסילות ברזל.

הוצאות חברתיות

ההוצאות החברתיות מממנות שירותים שהממשלה מספקת לציבור במישרין, שירותים שמספקים לציבור מוסדות ציבוריים ופרטיים אחרים והממשלה משתתפת במימונם באופן מלא או חלקי, וכן סוגים שונים של תשלומי העברה לאוכלוסייה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. במסגרת השירותים החברתיים של הממשלה נכללים חינוך, בריאות, שירותי רווחה אישיים, שיכון ציבורי וסיוע לעולים חדשים. תשלומי ההעברה העיקריים כוללים קצבאות ילדים, קצבאות לזקנים ושאירים, קצבאות לנכים, דמי אבטלה וגמלאות להבטחת הכנסה.

בשנת 2004 הסתכמה ההוצאה בפועל למטרות חברתיות ב-97.7 מיליארד ש"ח, מרביתה – כ-93 אחוז – במסגרת התקציב הרגיל. בשנים 2002-2004 חלה ירידה ריאלית מצטברת של 11 אחוז בהוצאות החברתיות: 3.4 אחוזים בשנת 2002, 2.4 אחוזים נוספים בשנת 2003, ועוד 5.1 אחוזים בשנת 2004. הירידה החדה באופן יחסי באה לאחר גידול רצוף מאז אמצע שנות השמונים (בשנים 1984-2001, הגידול השנתי הממוצע היה 5.5 אחוזים). בשנת 2005 מסתמן גידול ריאלי של 2.5 אחוזים בהוצאות החברתיות, שמוסבר ברובו על-ידי תוספת השקעות בשיכון. אם הגידול יתממש, תחזורנה ההוצאות לרמה שהייתה קיימת לפני חמש שנים לערך. אולם, כאמור, בשנים האחרונות קיימים פערים משמעותיים בין התכנון ובין הביצוע (ראו סעיף 1 לעיל), ופער בשיעור דומה בשנת 2005 ימשיך את מגמת הירידה בהוצאות החברתיות גם בשנה זו[2].

[2] יש לציין כי הפערים בין התכנון לביצוע בתקציב הפיתוח של משרד השיכון, שמסביר, כאמור, את מרבית הגידול, נוטים להיות גדולים במיוחד.

5. הוצאות חברתיות: אספקת שירותים ותשלומי העברה

ההוצאות החברתיות נחלקות, כאמור, בין אספקת שירותים ובין תשלומי העברה. בעוד שהאספקה של שירותים היא באחריות משרדי הממשלה וההוצאה בגינם נכללת במלואה בתקציב המדינה, מרבית תשלומי ההעברה מבוצעים על-ידי המוסד לביטוח לאומי, ותקציב המדינה נושא בהפרש שבין סך התשלומים ובין התקבולים מדמי ביטוח הנגבים מהציבור. לקבלת תמונה שלמה של ההוצאות החברתיות, הדיון בהמשך (והנתונים בנספח) מתייחס לסך-כל תשלומי ההעברה מהממשלה לציבור (לרבות המוסד לביטוח לאומי).

בשנת 2005 מסתכמות ההוצאות החברתיות ב-100 מיליארד ש"ח, מזה 62 מיליארד ש"ח מיועדים למימון האספקה של שירותים ו-38 מיליארד ש"ח למימון תשלומי העברה. זהו גידול של 2.5 מיליארד ש"ח לעומת השנה הקודמת, אך במבט ממושך יותר יש כאן ירידה של 9 מיליארד ש"ח לעומת ההוצאה בשנת 2001. במונחים של ההוצאה לנפש חלה בתקופה זו ירידה של 14.8 אחוז, מ- 16,970 ש"ח בשנת 2001 ל-14,461 ש"ח בשנת 2005.

לוח 5. הוצאה חברתית של הממשלה (מיליארדי ש"ח, מחירי 2004)

	סך-הכל	שירותים ישירים	קצבאות
2001	109.3	65.8	43.5
2003	103.0	62.8	40.2
2004	97.7	59.1	38.6
2005	100.1	62.1	38.1
הוצאה לנפש (ש"ח)			
2001	16,970	10,218	6,751
2003	15,397	9,394	6,003
2004	14,351	8,684	5,667
2005	14,461	8,964	5,497

איור 4. הוצאה ממשלתית לחוחה לנפש בתקציב הכולל
מחירי 2004, אלפי ש"ח

לאורך השנים הייתה מגמה כללית של ירידה בחלק היחסי של ההוצאה על שירותים, ומנגד – עלייה בחלק היחסי של תשלומי העברה (ראה לוח 6). סטייה בולטת מהמגמה הכללית נרשמה בראשית שנות התשעים, בעקבות גל העלייה הגדול ממדינות ברה"מ לשעבר והצורך לספק שיכון ציבורי למאות אלפי עולים. מאז, במהלך שנות התשעים, החלק היחסי של ההוצאה על שירותים ירד ב-11 נקודות-אחוז, והחלק היחסי של תשלומי ההעברה עלה במקביל. בשנים האחרונות, ההוצאה על שירותים מהווה 60 אחוז לערך מסך ההוצאות החברתיות של הממשלה, ותשלומי ההעברה – 40 אחוז.

השינויים בהרכב ההוצאות החברתיות משקפים הבדלים גדולים בהתפתחות של כל אחד משני הרכיבים בשנות השמונים והתשעים (ראה לוח 7)[3]. לאורך כל שנות השמונים הייתה רמת ההוצאות על שירותים ישירים קבועה פחות או יותר, במחצית הראשונה של שנות התשעים היא

[3] השינויים הריאליים בהוצאות על שירותים ישירים חושבו על-ידי ניכוי במדד מחירי הצריכה הציבורית, ואילו בתשלומי העברה על-ידי מדד המחירים לצרכן.

גדלה בשיעור חד, בעיקר בהשפעת הצרכים של קליטת עלייה, ואילו במחצית השנייה של שנות התשעים שוב הייתה יציבות. לעומת זאת, בתשלומי ההעברה נמשך הגידול הריאלי ברציפות שני עשורים. עקב כך, בפתח שנות האלפיים הייתה ההוצאה על שירותים ישירים כפולה מזו של תחילת שנות השמונים, בעוד שתשלומי ההעברה היו גדולים יותר פי 4. בשנים 2002-2004, בניגוד להערכות מקובלות, הקיצוצים בהוצאות החברתיות הקטינו את שני הרכיבים בשיעור שווה.

לוח 6. ההוצאות החברתיות לפי רכיבים ראשיים (אחוזים)

	סך-הכל	**שירותים ישירים**	**תשלומי העברה**
1980	100.0	69.3	30.7
1989	100.0	57.6	42.4
1992	100.0	71.1	28.9
2001	100.0	59.6	40.4
2002	100.0	59.0	41.0
2003	100.0	60.1	39.9
2004	100.0	60.5	39.5
2005	100.0	62.2	37.8

לוח 7. התפתחות הרכיבים הראשיים של ההוצאות החברתיות
(מדד : 1980=100)

	שירותים ישירים	**תשלומי העברה**
1980	100	100
1989	99	175
1996	190	271
2001	197	405
2004	177	359
2005	186	354

6. השירותים החברתיים הישירים

סך-כל ההוצאה על שירותים חברתיים ישירים מסתכם השנה ב-62 מיליארד ש"ח, לעומת 59 מיליארד בשנה הקודמת ובהשוואה לכ-66 מיליארד בראשית העשור הנוכחי. הסעיף הגדול ביותר הוא חינוך, שההוצאה עליו מסתכמת ב-31 מיליארד ש"ח בקירוב.

לוח 8. הוצאה על שירותים חברתיים ישירים
(מיליארדי ש"ח, מחירי 2004)

	סך-הכל	חינוך	בריאות	רווחה	אחר
2001	65.8	32.6	16.2	5.0	11.9
2003	62.8	31.7	15.7	5.4	10.1
2004	59.1	29.7	16.1	5.3	8.0
2005	62.1	30.5	16.4	5.3	9.8
הוצאה לנפש (ש"ח)					
2001	10,218	5,071	2,515	783	1,849
2003	9,394	4,731	2,350	804	1,509
2004	8,684	4,361	2,368	777	1,179
2005	8,964	4,408	2,373	768	1,414

השינויים בהרכב ההוצאה על שירותים חברתיים ישירים (ראה לוח 9) הושפעו במידה רבה מגל העלייה הגדול של תחילת שנות התשעים. הגידול בהוצאה על קליטת עולים, במיוחד השקעות הממשלה בשיכון, בא לביטוי בעליית החלק היחסי של המקבץ "הוצאה על שירותים אחרים", הכולל, בין היתר, את תקציבי משרד השיכון והמשרד לקליטת עלייה, ובשנים האחרונות השפעתו הולכת ופוחתת. בניכוי ההשפעה של גל העלייה, בולטים היציבות בחלק היחסי של ההוצאה לחינוך (כמחצית ההוצאה על שירותים בשנות השמונים ובתחילת שנות האלפיים), ירידה בחלק היחסי של ההוצאה לבריאות (כשליש מההוצאה על שירותים בשנות השמונים ורבע לערך בתחילת שנות האלפיים), ועלייה מסוימת בחלק היחסי של ההוצאה על שירותי רווחה אישיים, במיוחד מאז אמצע שנות התשעים.

לוח 9. הרכב ההוצאה על שירותים חברתיים ישירים
(אחוזים)

	סך-הכל	חינוך	בריאות	שירותים אישיים	אחר
1985	100.0	48.5	33.7	5.2	12.6
1989	100.0	49.4	33.1	6.8	10.7
1992	100.0	32.3	19.1	4.2	44.4
1995	100.0	43.5	26.3	5.8	24.4
2001	100.0	50.0	24.8	7.7	17.5
2002	100.0	49.8	25.4	8.7	16.1
2003	100.0	50.4	25.0	8.6	15.9
2004	100.0	50.2	27.3	8.9	13.6
2005	100.0	49.3	26.5	8.6	15.7

ב. חלקה של הממשלה בתוך ההוצאה הלאומית לחינוך ובריאות[4]

ההוצאה הלאומית לחינוך כוללת הוצאות בכל מוסדות החינוך הציבוריים והפרטיים, ממוסדות החינוך הקדם-יסודי עד למוסדות להשכלה גבוהה, הוצאות של משקי בית לשיעורים פרטיים ולספרי לימוד וכדומה, וכן הוצאות לבניית מוסדות חינוך חדשים ולרכישת ציוד. ההוצאה הלאומית לבריאות כוללת את ההוצאות על כל שירותי הבריאות הניתנים במרפאות, בתי-החולים, שירותי רופאים פרטיים ורופאי שיניים, וכן הוצאה על תרופות ומכשירים רפואיים, מחקר ומינהל ממשלתי בתחום הבריאות, והשקעות במבנים וציוד במוסדות הבריאות. מימון ההוצאה הלאומית לחינוך ובריאות נחלק בין המגזר הממשלתי, לרבות רשויות מקומיות, ובין מגזר משקי הבית[5].

על פי אומדני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המשקל היחסי של ההוצאה הלאומית לחינוך בהכנסה הלאומית הגולמית עלה מכ-8.5 אחוזים בסוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים ל-10 אחוזים,

[4] הנתונים בסעיף זה מתבססים על אומדני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ועשויים להיות הבדלים בינם ובין הנתונים בסעיפים אחרים בסקירה המבוססים על עיבודים הנערכים במרכז טאוב.

[5] בשנים האחרונות, כ-3 אחוזים מהמימון של ההוצאה הלאומית לחינוך ובריאות היו מתרומות או ממקור לא ידוע.

בקירוב, מאז שנת 1996. בתוך כך חלו תנודות בחלקו של המגזר הממשלתי במימון ההוצאה הלאומית לחינוך. בסוף שנות השמונים מימן המגזר הממשלתי 76 אחוז מההוצאה הלאומית לחינוך, חלקו היחסי עלה ל-80 אחוז באמצע שנות התשעים, וירד ל-78 אחוז בשנים 2003-2001.

המשקל היחסי של ההוצאה הלאומית לבריאות בתמ"ג היה 7.9 אחוזים באמצע שנות התשעים, עלה ל-8.6 אחוזים בשנת 2002, ועמד על 8.3 אחוזים בשנת 2004. בה בעת, חלקו היחסי של המגזר הממשלתי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות הלך וירד. בשנת 1996 מימן המגזר הממשלתי 75 אחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, ובשנים הבאות ירד חלקו היחסי ברציפות עד ל-67 אחוז בשנת 2000. בשנים 2004-2001 נותר שיעור המימון הממשלתי ללא שינוי.

הגידול שחל בסך ההוצאה הלאומית לחינוך ובריאות, מצד אחד, וירידת חלקו של המגזר הממשלתי במימון, מצד אחר, הביאו לגידול משמעותי בהוצאות לחינוך ובריאות של משקי הבית. התפתחות זו – דהיינו, "הפרטת" המימון של שירותי החינוך והבריאות – טומנת בחובה סכנה של התרחבות אי-השוויון בצריכת שירותים אלו. אכן, לפחות ככל שמדובר בבריאות, סקרים שערך מרכז טאוב הצביעו על שיעור גדול מהציבור, שנמנע מצריכת שירות רפואי כלשהו בשנה שקדמה לסקר בשל התשלום שהוא נדרש לשלם בעבורו. יחד עם זאת, חלק מתוספת ההוצאה הפרטית לחינוך נבע מהיפתחות מערכת החינוך הגבוה (הקמת מכללות וכדומה), ומשקף הרחבה של מעגל רוכשי השכלה גבוהה בחברה הישראלית.

ג. חינוך

ההוצאה לחינוך מהווה את הסעיף הגדול ביותר בתוך ההוצאה הממשלתית על שירותים חברתיים ישירים. בשנת 2004 הוציאה הממשלה לחינוך 29.7 מיליארד ש"ח, כ-2 מיליארד ש"ח פחות או ירידה ריאלית בשיעור של 6.2 אחוזים לעומת שנת 2003. בשנת 2005 צפויה הוצאה של 30.5 מיליארד ש"ח, שתבטא – אם תתממש – גידול ריאלי בשיעור של 2.8 אחוזים לעומת שנת 2004.

הירידה בהוצאות הממשלה לחינוך בשנת 2004 המשיכה מגמה שהחלה בשנת 2002, ומשלימה ירידה ריאלית מצטברת של כ-9 אחוזים. עד אז, מאמצע שנות השמונים, גדלה ההוצאה הממשלתית לחינוך בהתמדה. בשנים 2001-1987 גדלה ההוצאה הממשלתית לחינוך,

במונחים ריאליים, בשיעור שנתי ממוצע של 5.3 אחוזים. במיוחד, נרשם גידול מהיר בשנים 1989-1996 – 8.2 אחוזים לשנה – לנוכח הצורך לקלוט במערכת החינוך תלמידים חדשים שהגיעו בגל העלייה בתחילת שנות התשעים. משנת 1997 ואילך הואט קצב הגידול, ועמד על 2.4 אחוזים לשנה בלבד.

הדיון בהמשך מתמקד בשני היבטים עיקריים: שינויים בסדרי העדיפויות והתפתחות איכות החינוך.

על סדרי העדיפויות בהוצאות הממשלה לחינוך ניתן ללמוד מהתפלגות ההוצאה השוטפת בין הרכיבים השונים של מערכת החינוך (ראה לוח 10). למעשה, על פני עשור וחצי לא חלו שינויים גדולים בהתפלגות ההוצאה. השינוי הבולט ביותר קשור לגידול בחלק היחסי של ההוצאה לגני-ילדים, והוא משקף את הרחבת חוק חינוך חובה לגילאי 3-4. שינוי אחר, הירידה בחלק היחסי של ההוצאה לישיבות, הוא תוצאה, כנראה, של ביטול כפילויות עם העברת התקציב ממשרד הדתות למשרד החינוך. היציבות היחסית על פני תקופה ארוכה מעוררת מחשבה, כי התפתחות ההוצאות הושפעה בעיקר מהמגמות הטבעיות ("הטייס האוטומטי"), בעוד שלמדיניות ולסדרי עדיפויות הייתה השפעה מצומצמת בלבד.

לוח 10. התפלגות ההוצאה השוטפת לחינוך – רכיבים עיקריים (אחוזים)

	1990	1995	2000	2004	2005
סך-הכל	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
הוצאות כלליות	7.8	7.1	7.0	6.8	7.5
גני-ילדים	4.9	4.6	6.1	7.7	7.4
יסודי	26.7	28.5	26.4	28.7	28.3
על-יסודי	34.5	34.6	35.5	35.9	33.8
חינוך גבוה	17.2	17.4	18.3	16.6	18.6
הכשרה מקצועית	3.1	3.0	2.6	2.2	2.4
ישיבות	5.8	4.8	4.1	2.1	1.9

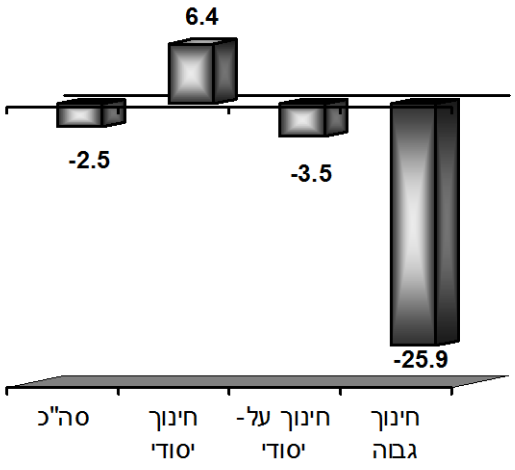
היבט אחר של סדרי עדיפויות נוגע לחלוקה בין התקציב הרגיל ובין תקציב הפיתוח. בתקציב הפיתוח נכללות הוצאות לבניית בתי-ספר, שיפוצם וציודם, או במלים אחרות – הוצאות הקשורות להתאמת התשתית הפיזית של מערכת החינוך לשנים הבאות. בשנים האחרונות נטל תקציב הפיתוח 2-3 אחוזים בלבד מסך ההוצאה הממשלתית לחינוך. בסכומים מוחלטים, במחירים קבועים של שנת 2004, הוצאות הפיתוח

הסתכמו ב-1.1 מיליארד ש״ח בממוצע לשנה בשנים 1998-2001, ב-815 מיליוני ש״ח בממוצע לשנה בשנים 2002-2003, וב-497 מיליוני ש״ח בשנת 2004. הרמה הנמוכה והפוחתת של השקעות מעוררת חשש להזנחת העתיד. בהתחשב בגידול הטבעי של אוכלוסיית התלמידים, עלול להיווצר פער מסוכן בין הצרכים ובין התשתיות הזמינות, תוך פגיעה באיכות החינוך. אמנם בשנת 2005 צפויה הכפלה של ההשקעות, וגם בהצעת התקציב לשנת 2006 יש התייחסות מפורשת לצורך בבניית כיתות לימוד, במיוחד במגזר הערבי, אבל הניסיון של השנים האחרונות הראה, כאמור, שקיימים פערים לא מבוטלים בין התכנון ובין הביצוע.

רמת ההוצאות השוטפות בממוצע לתלמיד, במחירים קבועים, יכולה להיחשב כמדד גולמי כולל לאיכות החינוך. נתונים על השינוי בהוצאה הממוצעת לתלמיד בעשור האחרון בכלל ולפי שלבי החינוך השונים מוצגים באיור 5. היות שגידול בהוצאה הממוצעת עשוי לבטא התייקרות בתשומות בשיעורים גבוהים מאלו של עליית המדד הכללי, מוצגים גם נתונים חלקיים על השינוי במספר שעות הלימוד בממוצע לתלמיד.

איור 5. השינוי בהוצאה הממוצעת לתלמיד, 1995-2004

שיעורי שינוי, אחוזים



בכלל המערכת חלה ירידה בהוצאה הממוצעת לתלמיד, בעיקר בגלל ירידה חדה בהוצאה הממוצעת לתלמיד בחינוך הגבוה. בעשור האחרון גדל מספר הלומדים במוסדות להשכלה גבוהה בכ-60 אחוז, ומרביתם נקלטו במכללות ובמסגרות לימוד חדשות אחרות שבהן העלות הממוצעת לתלמיד נמוכה יותר בהשוואה לאוניברסיטאות הוותיקות. הירידה בהוצאה הממוצעת לתלמיד בחינוך הגבוה עשויה אפוא לשקף שינוי בתמהיל הלומדים, ואיננה מעידה, בהכרח, על ירידה מקבילה באיכות החינוך. בו בזמן, בחינוך היסודי גדלה ההוצאה הממוצעת לתלמיד, ב-6.4 אחוזים, כפי שנראה באיור ומספר השעות בממוצע לתלמיד גדל אף בשיעור גבוה יותר, 7.2 אחוזים – מה שעשוי להעיד על שיפור איכותי ועל התייעלות. לבסוף, בחינוך העל-יסודי הייתה אמנם ירידה בהוצאה הממוצעת לתלמיד, אבל מספר השעות בממוצע לתלמיד גדל ב-5.2 אחוזים, כך ששוב ייתכן כי התייעלות עזרה למנוע ירידה באיכות החינוך. על פי ההוצאה בשנת 2005, מגמת הירידה בהוצאה הממוצעת לתלמיד צפויה להימשך.

ד. בריאות

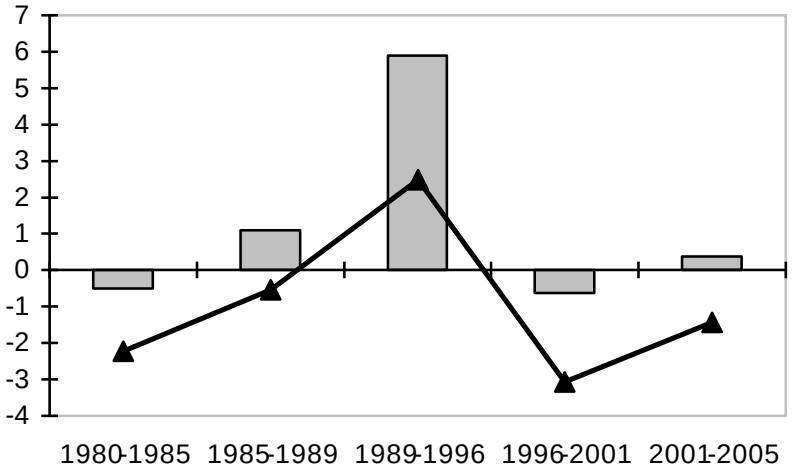
בשנת 2004 הסתכמה ההוצאה הממשלתית לבריאות ב-16.1 מיליארד ש"ח, גידול ריאלי של 2.6 אחוזים לעומת שנת 2003. בשנת 2005 צפויה הוצאה של 16.4 מיליארד ש"ח, גידול ריאלי נוסף של 1.8 אחוזים.

במבט ארוך טווח, מאז שנת 1980, התפתחות ההוצאה הממשלתית לבריאות נחלקת לשלוש תקופות: עשר השנים הראשונות, 1980-1989, התאפיינו ביציבות; בשבע השנים הבאות, 1990-1996, חל גידול מהיר, וההוצאות טיפסו למדרגה חדשה, גבוהה יותר ב-50 אחוז לערך; מאז, במשך קרוב לעשור, ההוצאות נותרו ברמה החדשה, תוך תנודות קטנות (למעט ירידה של 6.2 אחוזים בשנת 2000 לעומת שנת 1999).

רמה ריאלית קבועה של הוצאות לאורך שנים גוררת ירידה בהוצאה הממוצעת לנפש. יתר על כן, המחירים של שירותי בריאות נוטים לעלות מהר יותר מאשר מדד המחירים הכללי. למשל, בשנים 1997-2004 (התקופה השלישית לעיל), העלייה המצטברת במחיר יום אשפוז הייתה גבוהה יותר ב-8 אחוזים מזו שנרשמה במדד הכללי של המחירים לצרכן. ביחד, היציבות בהוצאות, ההשפעה של גידול האוכלוסייה ושל העלייה במחירים היחסיים של שירותי הבריאות מאפשרים להעריך, כי מאז 1997

הייתה שחיקה של 25 אחוז, לפחות, באספקה של שירותי בריאות לציבור במימון הממשלה[6].

איור 6. השינוי בהוצאה לבריאות, סך- הכל ובממוצע לנפש
שיעורי שינוי שנתיים ממוצעים, אחוזים



ההוצאה הממשלתית לבריאות כוללת השקעות במבנים וציוד. בשנים 1993-1997 עמדו ההשקעות על כ-655 מיליוני ש״ח (במחירי 2004) לשנה, והן ירדו ל-357 מיליוני ש״ח לשנה בשנים 1998-2002, ול-180 מיליוני ש״ח לשנה בלבד בשנים 2003-2004. בשנים האחרונות מהוות ההשקעות 2-1 אחוזים מסך ההוצאה הממשלתית לבריאות. כמו בתחום החינוך, רמה נמוכה מידי של השקעות שוחקת את התשתית הפיזית של מערכת שירותי הבריאות, ועלולה להתבטא באיכות נמוכה של השירותים בעתיד.

ההוצאה השוטפת נחלקת בין השתתפות בביטוח רפואי, למעשה – מימון שירותי בריאות המסופקים על-ידי מוסדות לא-ממשלתיים, ובין הוצאות ישירות לאספקת שירותי בריאות. לאורך השנים הייתה ירידה

[6] מדד המחירים של שירותי בריאות (הנכלל במדד המחירים לצרכן) עלה בתקופה הנסקרת ב-16 אחוז לערך יותר מאשר מדד המחירים לצרכן.

בחלק היחסי של ההשתתפות בביטוח רפואי ועלייה בחלק היחסי של ההוצאות הישירות (ראה לוח 11). בחלקה, הירידה בהעברות למוסדות אחרים נובעת מביטולו של המס המקביל בשנת 1997.

במסגרת ההוצאות הישירות בולטת הירידה בהוצאה הקשורה לאשפוז כללי, ולעומת זאת היו עליות מתונות בשני סעיפי ההוצאה העיקריים – לטיפול פסיכיאטרי ולטיפול ממושך. השינויים בהתפלגות ההוצאות מעידים על התמקדות בשירותי בריאות מיוחדים.

לוח 11. התפלגות ההוצאה השוטפת לבריאות – רכיבים עיקריים
(אחוזים)

	1990	**1995**	**2000**	**2004**	**2005**
סך-הכל	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
השתתפות בביטוח רפואי	71.2	70.0	66.0	67.2	67.8
הוצאות ישירות	28.8	30.0	34.0	32.8	32.2
הוצאות ישירות – סך-הכל	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
אשפוז כללי	10.0	11.9	3.4	3.5	2.8
טיפול פסיכיאטרי	21.9	23.2	22.6	25.2	26.7
טיפול ממושך	17.1	17.2	20.8	24.5	22.6
בריאות הציבור	14.0	17.2	22.1	18.6	16.4
שונות*	37.0	30.5	31.1	28.1	31.5

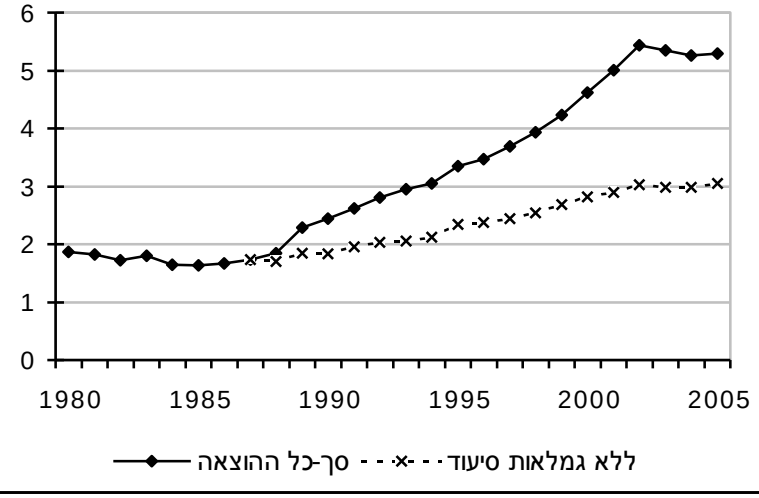
* כולל הוצאות בריאות שלא במסגרת תקציב משרד הבריאות, בעיקר הוצאות המוסד לביטוח לאומי לאשפוז יולדות, לטיפול בנפגעי עבודה ועוד.

ה. שירותי רווחה אישיים

שירותי הרווחה האישיים מופעלים על-ידי משרד העבודה והרווחה והלשכות לרווחה של הרשויות המקומיות. בשנת 2004 הסתכמה ההוצאה הממשלתית על שירותים אלו ב-5.3 מיליארד ש״ח, כ-1.5 אחוזים פחות, במונחים ריאליים, בהשוואה לשנת 2003, לאחר שגם בשנת 2003 הייתה ירידה ריאלית בשיעור דומה. בשנת 2005 לא צפוי שינוי ריאלי ברמת ההוצאות בתחום זה. בשנות השמונים, עד לחקיקת חוק הסיעוד בשנת 1988, הסתכמה ההוצאה בכ-1.7 מיליארד ש״ח לשנה (במחירי 2004), ללא תנודות משמעותיות בין השנים. מאז חלה עלייה רצופה, ורמת ההוצאה השנתית שולשה, בקירוב.

ההוצאה הממשלתית לשירותי רווחה אישיים נחלקת לשתי קבוצות עיקריות: גמלאות סיעוד, המהוות היום כ-43 אחוז, ושאר השירותים, לרבות שירותי רווחה לילדים ונוער, טיפול בזקנים, טיפול באוכלוסיות מיוחדות (נוער מנותק, נכים ומוגבלים, מפגרים) ושירותים מרכזיים וקהילתיים לרווחת הפרט והמשפחה.

איור 7. הוצאה על שירותי חוחה אישיים
מיליארדי ש"ח, מחירי 2004



7. תשלומי העברה – מערכת הביטוח הלאומי

במשך שני עשורים ויותר, עד לשנת 2001, תשלומי ההעברה לציבור באמצעות המוסד לביטוח לאומי גדלו ברציפות. בשנת 2002 התרחשה תפנית חדה; הוחלט על קיצוצים בגודל הקצבאות, שינויים בכללי הזכאות והגברת האכיפה בביצוע התשלומים, ועקב כך תשלומי ההעברה הצטמצמו. בשנת 2005 מסתכמת ההוצאה ב-38 מיליארדי ש"ח, שמשמעותם ירידה ריאלית מצטברת של 12.4 אחוז מרמת השיא של שנת 2001.

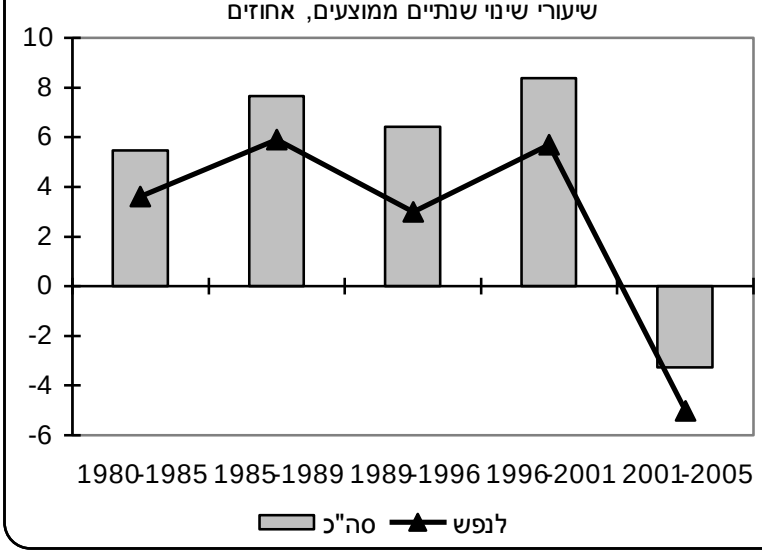
לוח 12. הוצאה על תשלומי העברה (מיליארדי ש"ח, מחירי 2004)

	סך-הכל	זיקנה ושאירים	ילדים	נכות כללית	אבטלה והבטחת הכנסה	אחר
2001	43.5	16.1	8.0	6.3	7.4	5.7
2003	40.2	15.5	6.1	7.0	5,6	5.9
2004	38.6	15.8	4.8	7.1	5.0	5.9
2005	38.1	15.9	4.4	7.3	4.7	5.7
הוצאה לנפש (ש"ח)						
2001	6,751	2,501	1,247	971	1,153	880
2003	6,003	2,315	906	1,052	844	886
2004	5,667	2,317	704	1,044	741	861
2005	5,497	2,301	636	1,055	679	825

שיעורי הירידה, מרמות השיא ועד שנת 2005, לא היו אחידים על פני סוגי התשלומים השונים (ראה לוח 13). הירידה המצטברת הייתה גדולה במיוחד בקצבאות ילדים (כ-45 אחוז), בדמי אבטלה (כ-48 אחוז) ובגמלת הבטחה הכנסה (כ-26 אחוז). לעומת זאת, חל גידול בקצבאות נכות כללית. למעשה, הנתונים המצטברים מראים כי הירידה התמקדה בקצבאות ילדים (כ-67 אחוז מהירידה הכוללת בתשלומי העברה) ובדמי אבטלה וגמלת הבטחת הכנסה (כ-50.3 אחוז).

איור 8. השינוי בהוצאה להבטחת הכנסה, סך- הכל ובממוצע לנפש

שיעורי שינוי שנתיים ממוצעים, אחוזים



לוח 13. התפלגות הירידה בתשלומי העברה – 2005 לעומת 2001
(אחוזים)

	המשקל היחסי	**שיעור שינוי מצטבר**
סך-הכל	100.0	**-12.4**
זקנים ושאירים	3.1	**-1.0**
ילדים	66.9	**-45.1**
נכות כללית	**-19.4**	+16.8
אבטלה והבטחת הכנסה	50.2	**-36.6**
מזה:		
אבטלה	32.8	**-47.7**
הבטחת הכנסה	17.5	**-25.5**
אחר	0.9	**-0.8**

המניעים העיקריים לקיצוצים בתשלומי העברה היו, כאמור (ראו בסעיף 3), צמצום כללי בהוצאות הממשלה והקטנת הגירעון התקציבי, וכן – תפיסה לפיה תמיכות ממשלתיות במשפחות ויחידים יוצרות תמריצים שליליים להשתתפות בכוח העבודה ולפעילות כלכלית. היות שגודל הקצבאות וכללי הזכאות מעוגנים בחוקים, הממשלה נדרשה לתקצב מדי שנה סכומים הולכים וגדלים לתשלומי העברה, ולו רק מסיבות דמוגרפיות (גידול האוכלוסייה, לרבות כתוצאה מעלייה, ושינויים בהרכבה). על כך נוספו פרשנות ליברלית ויישום נדיב של כללי הזכאות, מצד אחד, ועלייה במודעות הציבור לזכויותיו, מצד אחר. אכן, בשנות השמונים גדלו תשלומי ההעברה, במונחים ריאליים, בשיעור שנתי ממוצע של 6 אחוזים, ובשנות התשעים, עד שנת 2001 – בשיעור שנתי ממוצע של 8 אחוזים. בהדרגה, הפכו תשלומי העברה לנטל תקציבי כבד: חלקם היחסי בהוצאות הממשלה, במחירים שוטפים, עלה מ-7 אחוזים בשנת 1980, ל-11 אחוז בשנת 1990 ול-16 אחוז בשנת 2001. על רקע זה, הלכה והתגבשה דעה לפיה הקטנת הוצאות הממשלה וצמצום הגירעון התקציבי לממדים מקובלים בכלכלות יציבות מותנים בשינוי המדיניות בתחום תשלומי העברה. בו בזמן, לנוכח קיפאון בצמיחה הכלכלית וירידה בשיעור התעסוקה בקרב ישראלים, נשמעה טענה כי תשלומי העברה מפחיתים את הכדאיות היחסית של יציאה לעבודה, בעיקר אצל בעלי הכנסה נמוכה. בפרט, הצביעו על הגידול החד במספר המקבלים של גמלת הבטחת הכנסה בגיל העבודה: בשנת 1982, בעת כניסת חוק הבטחת הכנסה לתוקף – כ-9,900 משקי בית; בשנת 1990 – כ-32 אלף, ובשנת 2003 – כ-155 אלף.

הגם שהנימוקים התומכים בבלימת מגמת הגידול המהיר בתשלומי העברה הם כבדי משקל, אי אפשר להתעלם מהמחיר הכלכלי-חברתי של הקיצוצים שננקטו. תשלומי העברה, ביחד עם מערכת המסים, נועדו להשפיע על אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות במשק. כפי שכבר צוין, בשנים האחרונות הלכה ופחתה השפעת המסים ותשלומי ההעברה על מדד ג'יני לאי-השוויון בהתחלקות ההכנסות: בשנת 2001, תרומתם להקטנת המדד הייתה 32.5 אחוז, ואילו בשנת 2004 – רק 27.4 אחוז. בדומה לכך, התרומה להקטנת תחולת העוני אף היא פחתה: בשנת 2001, מספר המשפחות העניות לפי ההכנסה הפנויה היה נמוך ב-47.5 אחוז ממספר המשפחות העניות לפי ההכנסה הכלכלית, ואילו בשנת 2004 – רק ב-40 אחוז.

זאת ועוד; תשלומי ההעברה ממלאים תפקיד של רשת ביטחון חברתית, כלומר עליהם להבטיח לאוכלוסיות החלשות – זקנים, נכים, מובטלים וכדומה – רמת הכנסה מינימאלית מסוימת ביחס מתאים לרמת החיים הכללית בחברה. השפעת הקיצוצים בתשלומי העברה צריכה להיבחן אפוא לא רק במונחים מוחלטים, אלא גם באופן יחסי, בהתחשב בהתפתחויות שחלו בסביבה שבתוכה חיים מקבלי הקצבאות השונות.

לצורך זה חושבו היחסים בין תשלומי ההעברה לסוגיהם בממוצע למקבל ובין רמת החיים הממוצעת, כפי שהיא משתקפת בצריכה הפרטית לנפש, בשלוש נקודות זמן. בנקודת הזמן הראשונה, שנת 1989, טרם באה לביטוי השפעת גל העלייה הגדול ממדינות חבר העמים (בשל זמינות הנתונים, נקודת הייחוס הראשונה לגבי קצבאות ילדים היא שנת 1990, ולגבי דמי אבטלה – שנת 1991). שנת 2001 קדמה להחלטות הממשלה ששינו את מגמת ההתפתחות ארוכת הטווח של תשלומי ההעברה, ואילו 2004 היא האחרונה לגביה קיימים נתוני ביצוע מלאים. השינויים שחלו ביחסים האמורים מוצגים במונחי מדד כאשר נקודת הזמן הראשונה מהווה בסיס (ראה לוח 14).

לוח 14. קצבאות ממוצעות ביחס לרמת החיים הממוצעת (אחוזים)

	1989	2001	2004
זקנים ושאירים	100	92	83
ילדים	100*	76	43
נכות כללית	100	106	104
דמי אבטלה	100**	111	111
הבטחת הכנסה	100	94	71

* שנת 1990
** שנת 1991

בכל סוגי הקצבאות, להוציא דמי אבטלה, היחס המחושב נמוך יותר בשנת 2004 מאשר בשנת 2001. יתר על כן, לגבי קצבאות זקנים ושאירים, ילדים והבטחת הכנסה, היחס המחושב נמוך יותר בשנת 2004 גם בהשוואה לנקודת הזמן הראשונה. הירידה התלולה ביותר חלה בקצבאות ילדים ובגמלת הבטחת הכנסה. אף שמדובר בחישובים גולמיים שאינם

פטורים מחסרונות, לא ניתן להימנע ממסקנה כי הקיצוצים שבוצעו סותרים את תפיסת היחסיות שתוארה למעלה.

הרכיב הגדול ביותר בתוך תשלומי ההעברה הן **קצבאות הזקנה והשאירים** (ראה לוח 15). היקף ההוצאה בסעיף זה תלוי, בעיקר, בגודל אוכלוסיית הקשישים ובחלק היחסי של מקבלי השלמת הכנסה בתוכם. בשנות התשעים, הגידול בהוצאה הושפע מהצטרפות של קשישים שבאו בגל העלייה הגדול, מה גם שחלק ניכר מהם נזקקו להשלמת הכנסה. הירידה בהוצאה מאז 2002 משקפת הפחתה כללית בשיעור של 4 אחוזים בקצבאות, העלאת גיל הזכאות והרחבת מבחני הכנסה והצמדת הקצבאות למדד המחירים לצרכן במקום לשכר הממוצע במשק. מנגד, היה גידול במספר מקבלי הקצבאות.

לוח 15. ההתפלגות והשינוי בתשלומי העברה – רכיבים עיקריים
(אחוזים)

	1990	**1995**	**2001**	**2004**	**2005**	**שיעור שינוי שנתי ממוצע 1999-2001**	**2002-2005**
סך-הכל זקנים	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	7.8	-3.4
ושאירים	44.6	40.5	37.0	40.9	41.5	6.0	**-0.9**
ילדים	22.2	22.8	18.5	12.4	11.5	6.0	**-13.2**
נכות כללית אבטלה והבטחת הכנסה	11.3	11.6	14.4	18.4	19.0	10.2	2.3
מזה:	10.6	12.6	17.1	13.1	13.2	12.5	**-13.4**
אבטלה הבטחת הכנסה	7.3	6.7	8.6	5.5	5.5	9.4	**-18.1**
אחר	3.3	5.9	8.5	7.6	7.7	17.4	**-9.4**
	11.3	12.5	13.0	15.2	14.7	9.2	**-0.3**

ברוב השנים תפסו **קצבאות הילדים** את המקום השני במדרג. בשנות התשעים גדלה ההוצאה בסעיף זה כתוצאה משלושה שינויים עיקריים: ביטול ההקפאה של הקצבאות לילד ראשון ושני, החלת הזכאות גם על משפחות של מי שאינם "יוצאי צבא" וחוק משפחות ברוכות ילדים.

ההחלטות שקיבלה הממשלה מאז 2002 כללו, בין השאר, הפחתה של הקצבאות ב-15 אחוז, ובנוסף, השוואה בשלבים, על-פני שבע שנים, של הקצבאות לכל הילדים, ללא קשר למספרם הסידורי במשפחה (ולילדים שנולדו לאחר יוני 2003 באופן מיידי). עקב כך, בשנים האחרונות ירד היקף ההוצאה, במונחים ריאליים, לרמה נמוכה מזו שהייתה מקובלת באמצע שנות התשעים, והוא צפוי להמשיך ולרדת עם היישום של שלבים נוספים בתוכנית השוואת הקצבאות לכל הילדים.

ההוצאה על **קצבאות נכות** גדלה לאורך כל התקופה בקצב מהיר, במיוחד מאמצע שנות התשעים. למעשה, זהו התחום היחיד שמדיניות הקיצוצים בקצבאות שהונהגה בשנת 2002 פסחה עליו. להפך, נוספו גמלה מיוחדת למי שסובל ממוגבלות קשה, קצבה נוספת לנכים בעלי דרגת אי-השתכרות גבוהה, קצבה נוספת לילד נכה ועוד.

ההוצאה על **דמי אבטחה וגמלת הבטחת הכנסה** גדלה בשנות התשעים מהר יותר מכל הרכיבים העיקריים האחרים של תשלומי ההעברה. הגידול החד משקף את ההידרדרות במצב הכלכלי והתרחבות ממדי האבטלה, אך גם עלייה במודעות הציבור לזכאותו בתחומים אלו. הגידול בדמי אבטלה בשנות התשעים התרחש למרות החמרות מסוימות שהונהגו. למשל, החל בשנת 1995 מובטלים צעירים (עד גיל 35) חייבים לקבל כל עבודה שמוצעת להם, והחל בשנת 1999 הוגבלו דמי האבטלה המרביים. לעומת זאת, ההחלטות שהתקבלו מאז 2002 הביאו לירידה חדה בהוצאות. במסגרת המדיניות החדשה הוארכה תקופת האכשרה לקבלת דמי אבטלה, הוגבלה תקופת הזכאות המרבית למובטלים צעירים והוקטן התשלום למובטלים חוזרים ולמשתתפים בתכניות של הכשרה מקצועית. גמלת הבטחת הכנסה הופחתה ב-4 אחוזים, ובנוסף הופחתו סכומי הגמלה המרביים בשיעורים שבין 10-23 אחוז, בהתאם להרכב המשפחה. כמו כן, בוטלה הזכאות לגמלה בשיעור מוגדל למצטרפים חדשים בגילים מסוימים, שונו פרמטרים של מבחן ההכנסה ובוטלו פטורים ממבחן תעסוקה במקרים מסוימים, והופחתו או בוטלו הנחות שונות (בארנונה, דמי נסיעה בתחבורה ציבורית ועוד) למצטרפים חדשים.

המקורות למימון תשלומי ההעברה כוללים גביית דמי ביטוח מהציבור, השתתפות של תקציב המדינה והכנסות ריבית בגין היתרות הכספיות של המוסד לביטוח לאומי. מאז שנת 1987, במסגרת מדיניות הממשלה להפחתת עלות העבודה, הוקטנו דמי הביטוח שמשלמים מעסיקים ועצמאיים, ומשרד האוצר משפה את המוסד לביטוח לאומי

בעבור ההפרשים. לצורך ניתוח השינויים בהרכב מקורות המימון לאורך זמן, סכומי השיפוי נכללים בהשתתפות תקציב המדינה, ביחד עם השתתפות הממשלה במימון גמלאות גבייתיות והמימון הממשלתי של גמלאות לא-גבייתיות. למעשה, רוב השנים התקבולים מגביית דמי ביטוח ומהשתתפות תקציב המדינה היו גדולים מתשלומי ההעברה (ראה לוח 16) והעודף – לאחר מימון הוצאות התפעול – הגדיל את היתרות הכספיות נושאות-ריבית העומדות לזכות המוסד לביטוח לאומי בחשבונות החשב הכללי במשרד האוצר.

לוח 16. הרכב מקורות המימון של תשלומי ההעברה (אחוזים)

	סך-הכל תשלומי גמלאות*	**דמי ביטוח שנגבו מהציבור**	**השתתפות תקציב המדינה****
1990	100	44	50
1995	100	33	67
2000	100	46	49
2001	100	43	51
2002	100	44	51
2003	100	49	49
2004	100	52	50

* בניכוי פיצויים מצד שלישי.

** לא כולל זיכוי ריבית בגין יתרות שמופקדות בחשבונות החשב הכללי במשרד האוצר.

עד השנתיים האחרונות היה החלק היחסי של השתתפות תקציב המדינה גדול במספר נקודות-אחוז מזה של הגבייה מהציבור. הקיצוצים בקצבאות, מצד אחד, והעלאת דמי הביטוח הלאומי למעסיקים ולעצמאים באחוז אחד במקביל להפחתת שיעור השיפוי של משרד האוצר החל ביולי 2002, מצד אחר, הביאו להשוואת החלקים היחסיים של שני המקורות בשנת 2003, ולחלק יחסי גדול יותר של הגבייה מהציבור בשנת 2004.

8. סיכום

בשנת 2004 ובמחצית הראשונה של שנת 2005 נמשך השיפור במצב הכלכלי הכללי, ולמרות זאת נמשכה ההידרדרות במצבן של הקבוצות החלשות בחברה. המדיניות הכלכלית חתרה להרחיב את מעגל התעסוקה ולהגדיל את ההכנסות באמצעות צעדים מעודדי-צמיחה בלבד, אך כדי לקדם את רווחתן של אוכלוסיות חלשות יש צורך באמצעי מדיניות ישירים וממוקדים יותר.

בתקציב לשנת 2005 ובהצעת התקציב שאישרה הממשלה לשנת 2006, הוצהר במפורש על יעד של חיזוק חברתי. למרות זאת, בשנת 2005 נותר היחס בין ההוצאות החברתיות של הממשלה ובין התמ"ג כמו בשנת 2004, לאחר ירידה רצופה מאז שנת 2001. יתרה מזאת, החלק היחסי של ההוצאות החברתיות מתוך ההוצאה הממשלתית הפנויה המשיך לרדת. הגבלת הגידול בהוצאות הממשלה לשיעור נמוך מקצב גידול האוכלוסייה, לא תוכל להביא לחיזוק חברתי ללא הגדלת ההוצאות החברתיות על חשבון סעיפי הוצאה אחרים.

זאת ועוד; לא די בשינוי סדרי העדיפויות בתכנון התקציבי, ויש להקפיד שלא תהיינה סטיות משמעותיות בין התכנון ובין הביצוע. בשנת 2004, הסטיות בין התכנון ובין הביצוע היו קטנות מאשר בשנת 2003, ועם זאת הן נותרו משמעותיות.

בשנת 1992, לראשונה, היוו ההוצאות החברתיות יותר ממחצית ההוצאה הממשלתית הפנויה. חלקן היחסי הגיע לשיא בשנת 2001, ואילו בשנת 2002 התהפכה המגמה. בשנים הבאות חלה ירידה, ובשנת 2005 חזרו ההוצאות החברתיות להוות כמחצית מההוצאה הממשלתית הפנויה. הירידה בחלק היחסי של ההוצאות החברתיות, בשנים האחרונות, מלווה בגידול החלק היחסי של הוצאות כלכלה ומינהל.

בשנים האחרונות, החלוקה בתוך ההוצאות החברתיות – בין שירותים ישירים ובין תשלומי העברה – נותרה קבועה. בניגוד לדעה המקובלת, הקיצוצים בהוצאות החברתיות של הממשלה בשנים 2002-2004 הקטינו את שני הרכיבים בשיעור שווה פחות או יותר.

לאורך השנים גדלה ההוצאה הלאומית לחינוך ובריאות, מצד אחד, וירד חלקו של המגזר הממשלתי במימון, מצד שני. עקב כך, חל גידול משמעותי בהוצאות לחינוך ובריאות של משקי הבית. התפתחות זו –

דהיינו, "הפרטת" המימון של שירותי החינוך והבריאות – טומנת בחובה סכנה של התרחבות אי-השוויון בצריכת שירותים אלו.

בעשור וחצי האחרונים לא חלו שינויים בולטים בהתפלגות ההוצאות השוטפות לחינוך של הממשלה בין הרכיבים השונים של מערכת החינוך. היציבות היחסית על פני תקופה ארוכה מעוררת מחשבה, כי התפתחות ההוצאות הושפעה בעיקר מהמגמות הטבעיות ("הטייס האוטומטי"), בעוד שלמדיניות ולסדרי עדיפויות הייתה השפעה מצומצמת בלבד.

בחינוך היסודי גדלה ההוצאה הממוצעת לתלמיד, ומספר השעות בממוצע לתלמיד גדל אף בשיעור גבוה יותר, מה שעשוי להעיד על שיפור איכותי ועל התייעלות. בחינוך העל-יסודי הייתה אמנם ירידה בהוצאה הממוצעת לתלמיד, אבל מספר השעות בממוצע לתלמיד גדל, כך ששוב ייתכן כי התייעלות עזרה למנוע ירידה באיכות החינוך.

בהוצאות הממשלה לבריאות נשמרה, בעשור האחרון, רמה ריאלית קבועה. היציבות בהוצאות בד בבד עם גידול האוכלוסייה ועלייה במחירים היחסיים של שירותי הבריאות, מביאים להערכה כי מאז 1997 הייתה שחיקה של 25 אחוז, לפחות, באספקה של שירותי בריאות לציבור במימון הממשלה.

השינויים בהתפלגות ההוצאות הישירות על שירותי בריאות מעידים על התמקדות בשירותי בריאות מיוחדים. מצד אחד, הייתה ירידה בהוצאה הקשורה לאשפוז כללי, ומצד שני, היו עליות מתונות בהוצאות הקשורות לטיפול פסיכיאטרי ולטיפול ממושך.

ההשקעות בפיתוח התשתית הפיזית של מערכות החינוך והבריאות היו, בשנים האחרונות, נמוכות ובמגמת ירידה. רמה נמוכה ופוחתת של השקעות מעוררת חשש להזנחת העתיד. עם הגידול הטבעי של האוכלוסייה, עלול להיווצר פער מסוכן בין הצרכים ובין התשתיות הזמינות, תוך פגיעה באיכות החינוך והבריאות.

בשנת 2002 התרחשה תפנית חדה במגמת ההתפתחות של תשלומי ההעברה לציבור באמצעות המוסד לביטוח לאומי. הוחלט על קיצוצים בגודל הקצבאות, שינויים בכללי הזכאות והגברת האכיפה בביצוע התשלומים, ועקב כך, בתוך ארבע שנים חלה ירידה ריאלית מצטברת של 12.4 אחוז מרמת השיא של שנת 2001. הירידה התמקדה בקצבאות ילדים, בדמי אבטלה ובגמלת הבטחת הכנסה.

המניעים העיקריים לקיצוצים בתשלומי ההעברה היו הפחתת הנטל הכבד על תקציב המדינה, מצד אחד, וצמצום ההשפעות השליליות על

ההשתתפות בכוח העבודה ובפעילות כלכלית של מקבלי הקצבאות, מצד שני. עם זאת, הגם שהנימוקים הם כבדי משקל, אי אפשר להתעלם מהמחיר הכלכלי-חברתי של הקיצוצים. השפעת תשלומי ההעברה (והמסים) על הקטנת אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות ועל תחולת העוני פחתה במידה משמעותית. כמו כן, הקיצוצים שבוצעו מתרחקים מהתפיסה שהייתה מונחת כל השנים ביסוד המדיניות הכלכלית-חברתית, לפיה תשלומי ההעברה נועדו לפרוס רשת ביטחון ולהבטיח לקבוצות החלשות בחברה הכנסה מינימלית ביחס מתאים לרמת החיים הכללית.

עד השנתיים האחרונות היה החלק היחסי של השתתפות תקציב המדינה במימון תשלומי ההעברה גדול במספר נקודות-אחוז מזה של גביית דמי ביטוח מהציבור. הקיצוצים בקצבאות והעלאת דמי הביטוח למעסיקים ולעצמאים הביאו להשוואת החלקים היחסיים של שני המקורות בשנת 2003, ולחלק יחסי גדול יותר של הגבייה מהציבור בשנת 2004.

מערכת החינוך

1. הקדמה

השנה האחרונה מאופיינת ביציבות של המודדים המרכזיים של מערכת החינוך: במספרי התלמידים, בצפיפות התלמידים בכיתות, במספרי המורים ובמאפייניהם לא חלו שינויים משמעותיים. לעומת זאת חלו במערכת החינוך שתי התפתחויות חשובות, אשר השלכותיהן העתידיות עדיין אינן ברורות: הראשונה היא המשך יישום דו"ח שושני לשינוי שיטת התקצוב בחינוך היסודי, והשנייה היא פרסום דו"ח דוברת, אשר עסק בבחינת מערכת החינוך על כל מרכיביה והעמיד הצעות לשינוי ושיפור.

כבר היום ברור לחלוטין, שיישום דו"ח שושני שינה את חלוקת המשאבים התקציביים בין בתי-הספר השונים ובין החלקים השונים בתוך מערכת החינוך היסודי. השינוי המרכזי הוא תוספת משאבים למגזר הערבי, והפחתה ניכרת במשאבים המופנים למגזרים שנהנו בעבר מהעדפה (נתייחס לכך בהמשך ביתר הרחבה). יחד עם זאת, אין עדיין אפשרות להצביע על ההשפעות במלואן. ראשית, מפני שהוחלט שהיישום יהיה מדורג ויימשך לפחות חמש שנים, שנית, מפני שנמשכו בשנה האחרונה גם קיצוצים תקציביים, ושלישית, בשל חוסר ההכרה והמודעות של חלק ממנהלי בתי-הספר ומנהלי אגפי החינוך ברשויות המקומיות למשמעויות העמוקות של שינוי שיטת התקצוב. לפיכך, חלק מן השינויים, כגון סגירת בתי-ספר קטנים, ורה-ארגון המשאבים הבית-ספריים, אינם ניכרים במלואם בינתיים. יחד עם זאת, אפשר להצביע על כך שהדו"ח הביא ליתר שוויוניות בהקצאת המשאבים בחינוך היסודי.

המלצות דו"ח דוברת, שהתקבלו על-ידי הממשלה, נתקלות עתה בקשיים ניכרים, ויישומן המלא, ואפילו החלקי, נראה בעייתי בשלב זה, ואולי אף מוטל בספק. יחד עם זאת ברור שהדו"ח יהווה את הבסיס לכל דיון ציבורי על מערכת החינוך בעתיד, הוא חבק בתוכו חלק גדול מהדו"חות הקודמים, שהתייחסו למערכת החינוך, לתכנית על כוללנית, ועל כן ההמלצות הכלולות בו מהוות כעת נקודת מוצא נאותה לדיון בסוגיות המרכזיות של מערכת החינוך.

גם השנה נייחד את התיאור ה"כמותי" לשני הגורמים המרכזיים במערכת החינוך, התלמידים והמורים. בהתייחסותנו לתלמידים נדון בעיקר בתופעת התנועה "האופקית" בין חלקיה השונים של המערכת, דהיינו המעברים בין החינוך הממלכתי לחינוך הממלכתי-דתי, ובין החינוך הרשמי לחינוך המוכר, ומהחינוך הציבורי אל החינוך הפרטי (סעיף 2). באשר למורים, ניגע בעיקר בשאלה, האם צפוי מחסור במורים בעתיד הקרוב ואם כן, כיצד ראוי להתמודד עמו (סעיף 3).

בדיון התקציבי נתמקד בתוצאות הראשוניות של שינוי שיטת התקצוב בחינוך היסודי ובפירוט הצורך להרחבת שיטה זו גם לחינוך של ילדי הגנים וגם למערכת החינוך לבעלי צרכים מיוחדים (סעיף 4).

סעיף 5 של הפרק מתמודד עם מדיניות החינוך בהציעו ניתוח למקור המשבר של מערכת החינוך ובהציעו דרכים להתמודד עימו. הניתוח מתמקד בקיטוב המאפיין את מערכת החינוך, בניתוח האוכלוסיות שאינן ממצות את יכולותיהן, ולסיום אנו מעלים הצעות בשלושה תחומים מרכזיים: איכות כוח האדם, תכניות הלימודים ותכנית הליבה, ושינויים בתקצוב בתי-הספר.

2. אוכלוסיית התלמידים

השינויים המערכתיים הדמוגרפיים החשובים בשנים האחרונות מתבטאים בשינוי היחסים המספריים בין חלקיה השונים של המערכת ולא בהיקפיה הכוללים. הכוונה בעיקר לגידול המשמעותי בחלקו של המגזר הערבי ושל המגזר החרדי על חשבון המגזר היהודי הממלכתי והממלכתי-דתי.

שיעורי הגידול של מערכת החינוך במגזר הערבי מתמידים והם גבוהים במידה ניכרת מאלה של המגזר היהודי. אנו עדים בשנים האחרונות להאצה של הגידול במערכת החינוך הערבי בכל שכבות הגיל. מקורו של הגידול בעיקר בריבוי הטבעי, ואילו בגני הילדים ובחינוך העל-יסודי נוסף לכך גם המרכיב של עליית שיעורי הלמידה. שתי תופעות אלה אינן חדשות, אולם הצטרפה אליהן תופעה חדשה בעליל – הצטרפותם של תלמידים שלא נולדו בתחומי ישראל למערכת החינוך הערבית.

מאז 1998, כל שנה, כ-5000 תלמידים מכלל התלמידים בבתי-הספר של המגזר הערבי לא נולדו בישראל. מדובר בשיעור שבין 1.5 לשני

אחוזים מכלל המערכת. חלקם של תלמידים שאינם ילידי הארץ בכלל מערכת החינוך הלא-יהודית היה בשיאו בשנים 2002-2003, כשהוא עמד על קצת מעל שני אחוזים. בשנים האחרונות ניכרת האטה בתהליך זה. מאז 2000 ירד מספר התלמידים ילידי חו"ל בכיתות א' מ-356 ל-169 בשנת 2004. נראה לנו, ששני תהליכים גרמו לירידה במספר "העולים" במגזר הערבי, התחדשות האינתיפאדה מצד אחד, והקשחת מדיניות איחוד המשפחות, מצד שני.

הקבוצה השנייה ששיעורה בכלל התלמידים גדל במידה רבה היא האוכלוסייה החרדית – חלקה מתוך כלל מערכת החינוך היהודית עלה והגיע ב-2005 לרבע. יש לכך השפעות אסטרטגיות ארוכות טווח בכל היבט של מערכת החינוך, החל בהישגים במקצועות הלימוד השונים, עבור לאפיוני כוח האדם בהוראה, וכלה בתקצוב ובצורכי הבינוי[1]. ההתפתחות רגישה במיוחד בכל הקשור לסוגיית מעבר התלמידים מהחינוך היהודי הרשמי (ממלכתי וממלכתי-דתי) לחינוך החרדי.

בסקירות קודמות התבססנו על נתוני 1997-2003 והשנה הרחבנו את הבדיקה גם לשנים 2004 ו-2005. לוח נספח (בסוף הפרק) מציג את ממצאי הבדיקה לגבי המעברים בין המגזרים השונים של מערכת החינוך. הממצאים הנוספים לשנים 2004 ו-2005 מאששים את ממצאינו מהשנים הקודמות. דהיינו, מערכת החינוך היהודית הממלכתית, למרות שמספר תלמידיה הכולל הולך ומצטמצם, "ייבאה" בכל השנים יותר תלמידים מהחינוך הממלכתי-דתי מאשר היא "ייצאה" אליו. כמו כן, מספר התלמידים שמערכת החינוך הממלכתי "איבדה" לטובת מעיין החינוך התורני לא עבר אף פעם את סף המאה תלמידים לשנה, ולגבי החינוך העצמאי – מדובר בלא יותר מחמש מאות (למען הדיוק 478 בין השנים 1999 ל-2000), כאשר התופעה הולכת ומצטמצמת.

באשר למעברים בין החינוך הממלכתי-דתי לחינוך החרדי – גם כאן המספרים מאד נמוכים. באף שנה מספר העוברים נטו לרשת מעין החינוך התורני לא עלה על 200, ומספר העוברים נטו לרשת החינוך

[1] הבינוי במגזר החרדי טרם נבדק לעומקו. חלק מהבנייה היא חדשה, כלומר הקמת מבנים חדשים, בייחוד בערים ובשכונות ישנות וחדשות, המאוכלסות בעיקר על-ידי חרדים. לעומת זאת חלק אחר – אשר גודלו איננו ברור בשלב זה – מתבטא בהעברת מבנים, ששימשו בעבר את החינוך הממלכתי והממלכתי-דתי, לרשות תלמידי החינוך החרדי.

העצמאי לא עלה על 400, כאשר בשנה האחרונה לבדיקה הוא אף היה נמוך ממאה.

המעברים בין שתי הרשתות החרדיות דומים בסדרי הגודל שלהם למעברים בין הרשתות החרדיות לחינוך הממלכתי. בסך-הכל, אפשר לומר, שהמערכת היחידה שמאזן המעברים שלה חיובי לעומת כל המערכות האחרות הייתה רשת החינוך העצמאי. לעומת זאת המערכת היחידה שמאזן המעברים שלה היה שלילי לעומת כל הרשתות הייתה המערכת הממלכתית-דתית. המסקנה החד משמעית היא, שהגידול הרב בחינוך החרדי נובע רובו ככולו מגידול טבעי ולא ממעבר של תלמידים מהחינוך הממלכתי או הממלכתי-דתי אליו. לקביעתנו זאת יש לצרף שתי הסתייגויות:

ראשית, הנתונים מציגים בפנינו את המעברים בגיל בית-ספר. ייתכן שהחינוך החרדי מצליח לגייס ילדים כבר בגיל הגן, והוא עושה זאת על חשבון החינוך הממלכתי. במקרה זה הנטייה שלא לשנות את ההשתייכות בתוך מערכת החינוך תפעל לטובת החינוך החרדי.

שנית, ההתייחסות למעברים נטו בין הזרמים מעלימה מעינינו את העובדה, שהתנועה בין הזרמים קיימת בכל זאת, וככל שהזרם הוא קטן יותר כך התנועה היא בשיעורים גדולים יותר לגביו. לפיכך כניסה ויציאה של כאלף חמש מאות תלמידים במעין החינוך התורני פירושה תחלופה של כחמישה אחוזים מכלל תלמידיו מדי שנה.

3. המורים והביקוש למורים

התייחסנו בעבר למבנה הדמוגרפי, ובמיוחד להרכב הגילי של כוח ההוראה ולהשפעה שיש לכך על מערכת החינוך. במלים אחרות מדובר בביקוש למורים, שעל מורכבותו הרבה עמדנו בעבר (בפרקים קודמים). תחזיות הביקוש למורים מושפעות באורח בולט מהעדפות המורים לעבוד במשרות חלקיות, משיעורי הפרישה שלהם מהוראה, מהפיצול המאפיין את מערכת החינוך בין המגזרים השונים (לאומיים ודתיים), מהחלטות בדבר הקצאת שעות לימוד, ומהחלטות ארגוניות ומנהליות נוספות בכל הנוגע לתנאי העבודה של המורים (שעות פרונטליות מול התלמידים, שעות תפקיד, קביעת אזורי רישום, וכדומה).

אין בכוונתנו להיכנס במסגרת הפרק לניתוח מורכבות זאת, וכן איננו נכנסים לעצם עריכת התחזיות. יחד עם זאת, ברור, בהקשר לביקוש

למורים, כי כדי להעלות את שכר המורים, וכדי לשפר את איכותם יש לפעול להקטנת מספר המורים יחסית למספר התלמידים. אין המדובר בהכרח בצמצום מספר המורים בפועל, כלומר ייתכן אפילו שתחול הגדלה במספר המורים. הדבר תלוי במידת הגידול של מערכת החינוך, בהסכמות הסופיות בדבר מבנה המשרה, בדרישה לגבי שעות הוראה פרונטליות, במספר שעות הלימוד בבתי-הספר, בשינויים נוספים, כגון תוספת מורות יועצות, ופריסת "רשת ביטחון" לבתי-ספר קטנים וכו'. דבר זה ניתן להשגה על-ידי מספר אמצעים, אשר ניתן לנקוט בהם במקביל. מדובר בעיקר באמצעים בעלי פוטנציאל השפעה גדול ביותר, כגון:

1. הגדלת שיעור המורים העובדים במשרה מלאה;
2. הגדלת שעות ההוראה בפועל בכיתה מתוך סך-כל משרתם המלאה;
3. ניצול יעיל יותר של שעות ההוראה המועברות לבתי-הספר;
4. הקטנת מספר שעות הלימוד לכיתה (לאו דווקא לתלמיד);
5. הקטנת מספר הכיתות על-ידי הקטנת השונות בגודל הכיתה הממוצע (כלומר לאו דווקא על-ידי הגדלת מספר התלמידים הממוצע בכיתה).

מהלכים אלה, המקובלים בחלקם על ארגוני המורים יכולים להביא לצמצום מספר המורים **גם ללא פיטורים כפויים**.

להלן נתייחס לאחד הצעדים האפשריים למניעת פיטורים כפויים – הרחבת מסגרת האפשרויות לפרישה מוקדמת מרצון. ההערכה היא, שצעד זה מונע חיכוך מיותר עם המורים והוא יעיל יותר תקציבית וחינוכית. באופן כללי ביותר היתרונות הם אלה:

1. עלות מורה היוצא לגמלאות גבוהה כמעט פי שתיים מעלות מורה חדש הנכנס למערכת.
2. היות שמורים צעירים אינם נהנים משעות גיל, החלפת מורים ותיקים בצעירים יכולה להקטין את הביקוש למורים ב-15 אחוז.
3. ניתן להפנות חלק מהחיסכון להעלאת שכר המורים הצעירים.
4. הוצאה מסיבית של מורים מבוגרים לגמלאות תשיג הוצאתם של המורים השחוקים והבלתי יעילים מהמערכת.
5. אפשר, במקרה הצורך, להחזיר לעבודה מורים טובים שפרשו, בתשלום לפי שעות אפקטיביות, ללא הפרשות לקרן פנסיה וקרן השתלמות, ובלי לפגוע בזכותם לקבל את מלוא הקיצבה – דבר זה יהיה לטובת המערכת.
6. יציאה מוקדמת לגמלאות מאפשרת צמצום כוח האדם בהוראה מתוך הסכם ולא באורח כפוי.

לדוגמא, נתייחס לאפשרות להוציא לפרישה מוקדמת כל מורה שתהיה מעונינת בכך מגיל 55 ומעלה (או מורה שיהיה מעוניין בכך בגיל 58 ומעלה).

נחשב את העלויות על סמך נתוני גיל וותק של המורים ל-2003 ונתוני שכר לשנת 2002, כאשר בשנת 2003 היו 31,896 מורים בגיל 50+ ואנו נתייחס רק לבני 55-60 מתוכם[2]. ההנחה תהיה, ששני-שליש הן מורות ושליש מורים, ושמחציתם ירצו לפרוש לפנסיה מוקדמת.

המשמעות היא, שכל אחד מהפורשים יקבל פנסיה לשנתיים נוספות מעבר למה שמתאפשר היום – בהנחות אלה יפרשו כ-720 מורות בנות 55, כ-630 מורות בגיל 56, 360 מורים בגיל 58 ועוד 260 מורים בגיל 59. הפנסיה הממוצעת למורים אלה תהיה בשיעור של 60 אחוז מהשכר האחרון.

על פי חישובינו עלות מורה למעביד בוותק ממוצע של 30 שנה היא כ-12,000 שקל, ועלות הפנסיה שלו בהנחה שהוא מקבל 60 אחוז פנסיה היא כ-4,400 שקל[3]. לעומת זאת, עלות מורה צעיר היא כ-5,600 שקל בלבד. מכאן שיציאת עובד לפנסיה חוסכת למדינה 2,000 שקל: שכר העובד הוותיק – שכר הפנסיה של העובד הוותיק ושכר העובד החדש. צריך לזכור, אמנם, שעלות העובד הצעיר עולה בקצב גבוה יחסית בשנים הראשונות, אולם, נראה לנו, שהיתרונות החינוכיים והמקצועיים, בתוספת העובדה שאין בצדם עלות כספית ואולי אפילו יש בכך משום חיסכון, מחייב להערכתנו התייחסות רצינית להצעה זאת (ראה החישוב בלוחות 1, 2 להלן).

---

[2] לא נתייחס לגילאים הבוגרים יותר, היות שלמורות ניתנת אפשרות לפרוש בגיל 57, ולמורים בגיל 60, ללא שום מגבלות. כלומר, שמורות בנות 57 ומעלה ומורים שהם מעל גיל 60, שהמשיכו לעבוד, בחרו בכך והם לא ייכללו בציבור המורים המעונין לצאת לפרישה מוקדמת.

[3] לא כל הרכיבים הם פנסיונים.

לוח 1. תחשיב עלות להוצאת מורים ותיקים לגמלאות

	מורים שיצאו לפרישה מוקדמת		
	סך-הכל	יסודי	על-יסודי
מספר המורים (ותק ממוצע של 30 שנה)	2,000	800	1,200
עלות נוכחית לחודש (ש״ח)	12,000	12,000	12,000
עלות פנסיה לחודש[4] (ש״ח)	4,400	4,400	4,400
חיסכון חודשי (ש״ח)	7,600	7,600	7,600
עלות מורה צעיר (ש״ח)	5,600	5,600	5,600
חיסכון חודשי כולל למורה (ש״ח)	2,000	2,000	2,000
מספר המורים הנדרש	1,693	693	1,000
חיסכון במורים	307	107	200

לוח 2. היקף החיסכון השנתי כתוצאה מפרישה מוקדמת של מורים

(מיליוני ש״ח)

עלות שכר שנתית של המורים הוותיקים	288.0
עלות שנתית של פנסיה למורים הוותיקים	105.6
עלות שכר שנתית של המורים הצעירים	113.8
חיסכון שנתי בשנה הראשונה[5]	68.6

4. תקצוב

תקצוב בתי-הספר הוא נושא מורכב, בעל השלכות רבות ומסועפות לגבי חיי בית-הספר. גם היום, שנתיים לאחר הפעלת דו״ח שושני, וכמעט שנה מפרסום דו״ח דוברת, מערכת החינוך מפעילה שיטות תקצוב שונות לכל אחד משלבי החינוך בה. הקושי המרכזי ביישום ההמלצות להפעלת תקן דיפרנציאלי לתלמיד אינו חינוכי או ארגוני, כי אם כלכלי פוליטי[6]. בהעדר תוספת תקציב לביצוע המעבר משיטות התקצוב הנוכחיות לתקצוב

[4] שכר כולל כפול 0.89 כפול שני אחוזים לכל שנת ותק.

[5] בשנה השנייה החיסכון קטן יותר, כי שכר המורים הצעירים עולה מהר יותר וחלק מהם אולי יזכה גם בתוספת מורה אם.

[6] ההמלצה המרכזית של דו״ח שושני הייתה להפעיל תקצוב לפי תקן דיפרנציאלי לתלמיד בחינוך היסודי (2002). יש לציין, ששיטת תקצוב זו הומלצה בדו״חות המרכז שוב ושוב בשנים שקדמו לעבודת הוועדה לבדיקת שיטת התקצוב. הדבר אומץ והוצג בדו״ח שושני ואחר-כך גם בדו״ח דוברת.

דיפרנציאלי לתלמיד (על פי נתוני רקע חברתיים-כלכליים), ובמיוחד כאשר היישום מתבצע תוך כדי מהלכים של קיצוץ תקציבי, הפעלת התכנית אמורה לבטל עיוותים היסטוריים (במונחים של הקצאה שוויונית), היא חייבת לגרום לכך שמשאבים שיועדו בעבר לקבוצות אוכלוסייה מועדפות (מבחינת ההקצאה לתלמיד), יועברו לקבוצות אוכלוסייה מקופחות (מאותה הבחינה). הכוונה היא, במונחים יותר ברורים, שיחול מעבר של תקציבים מהחינוך הממלכתי-דתי והחינוך החרדי אל החינוך הערבי. יתירה מזאת, השוויון המיוחל מושג לא כתוצאה מהגדלת ההקצאה לתלמיד באוכלוסיות החלשות, כי אם בעיקר כתוצאה מהקטנת ההקצאה לתלמיד באוכלוסיות שהועדפו בעבר (חלקן חלשות גם כן).

כאשר בדקנו את תקצוב החינוך היסודי בשנים 2003-2005 (שנה לפני יישום דו"ח שושני ושנתיים מאז היישום), התברר שזה בדיוק מה שקרה. תוספת התקציב שיועדה ליישום דו"ח שושני נבלעה כמעט כולה על-ידי קיצוצי התקציב הגלובליים בתקציב משרד החינוך והגידול הטבעי. כתוצאה מכך, תקצוב המגזר הערבי כמעט ולא השתנה (למעט תוספת משמעותית של מעל 10 אחוזים למגזר הבדואי), ולעומת זאת, התקצוב של מעיין החינוך התורני ושל מוסדות מוכרים, שאינם רשמיים, ומוסדות הפטור פחת במידה ניכרת. תקצוב החינוך הממלכתי פחת במקצת (בסדר גודל של כאחוז וחצי), ותקצוב החינוך הממלכתי-דתי ורשת החינוך העצמאי כמעט ולא השתנה.

מספרים אלה אינם חושפים את כל התמונה. קיימים בתי-ספר שתקציבם גדל הרבה יותר ולעומתם בתי-ספר שתקציבם קטן. חשוב לזכור, שמדובר בפרק זמן של שנתיים בלבד מתוך תהליך יישום המתוכנן לחמש שנים, וקרוב לוודאי שהוא יימשך לפחות שנה-שנתיים נוספות. בכל אופן, כיווני ההשפעה הנוכחיים של דו"ח שושני ברורים.

כיווני ההשפעה הברורים הללו יצרו התנגדות חזקה מאד כלפי מהלך של ביסוס היישום של התקצוב הדיפרנציאלי. ההתנגדות כוונה כלפי תיקונים בשיטת התקצוב לחינוך היסודי וכלפי הרחבתה לחינוך העל-יסודי. התיקונים מתוכננים להביא להעתקת משאבים נוספת למגזר הערבי ולהרחבתה לחינוך העל-יסודי. במציאות הפוליטית, החברתית הנוכחית, יצירת העדפה תקציבית לחינוך הלא-יהודי, תוך פגיעה לעיתים קשה במגזרים שלמים בחינוך היהודי, שחלקים ממנו גם הם מאופיינים על-ידי תנאי רקע וסביבה קשים, היא כמעט בלתי אפשרית.

דרך אפשרית – שננקטה לאחרונה באנגליה ובאוסטרליה, שתיהן מדינות בהן בוצעו שינויים בשיטות התקצוב – היא לבצע את המהלך תוך הבטחה שאף בית-ספר לא ייפגע ברמת התקצוב שלו. כמובן שהדרך הזאת יקרה יותר, אך מוצע ליישמה בהדרגה לאורך מספר שנים, תוך ליווי בצעדים המעודדים איחוד בתי-ספר קטנים מאד. בדרך-כלל בתי-הספר הקטנים יותר הנם יקרים ביותר במונחים של עלות לתלמיד. אולם, יחסית לתועלת הכלכלית, העלות החינוכית והחברתית, של המעבר לשיטת התקן הדיפרנציאלי, אינה גדולה.

הפעלת התקן הדיפרנציאלי בחינוך היסודי ובחינוך העל-יסודי היא פשוטה יחסית לביצוע, אולם יש קושי בהחלתה על שתי אוכלוסיות חשובות: הילדים בגני הילדים ותלמידי החינוך המיוחד.

בגני הילדים, מדובר בכך, שהפעלת התקן הדיפרנציאלי לתלמיד תחייב הפחתת מספר הילדים התקני בגן (כבר היום קיים תקדים לכך, אך מידת הדיפרנציאציה קטנה מאד, והיא מתייחסת לאפיון היישוב ולא לאפיון הילדים בגן), ואולי גם הגדלת תקן העובדות. באשר לתקצוב תלמידי החינוך המיוחד – כאן המרכיב המשמעותי ביותר בקביעת התקצוב צריך להיות האפיון התפקודי – לימודי – חינוכי (בניגוד לכלל הנוהג היום, לפיו שני הגורמים המשפיעים על רמת התקצוב הם, בעיקרו של דבר, האפיון הרפואי, והמסגרת הלימודית של התלמיד). מכל מקום, ברור שנדרשת עדיין עבודה רבה בגיבוש הצעה אופרטיבית לגבי שתי אוכלוסיות תלמידים חשובות אלה.

5. על מדיניות החינוך

זה שנתיים שבתחום מדיניות החינוך שוררת אי בהירות. בשנתיים אלה מונתה ופעלה ועדת דוברת על מנת להציע מדיניות שתחולל שיפור בתפקוד מערכת החינוך בכלל, ובהישגים הלימודיים במיוחד. דו"ח הוועדה פורסם לפני כשמונה חודשים ובעקבותיו לא קרה הרבה, בעיקר במישור של הפעלת מדיניות לשיפור משמעותי בהישגי התלמידים.

דומה, שעל מנת להתוות צעדי מדיניות, שיביאו לשינוי בתפקודם של חלק גדול מבין התלמידים, נחוץ למקד את מקור הבעיה עמה אנו מתמודדים – מדוע רבים כל כך חשים שמערכת החינוך מצויה במשבר?

בבואנו לדון במערכת החינוך בישראל, אנו רושמים לזכותה את ההישגים המרשימים של קליטתם המוצלחת של מיליוני העולים מאז

קום המדינה. הקליטה התבצעה על אף הגידול הדמוגרפי שהתמיד כל השנים, גידול שאף מדינה מודרנית אחרת לא ידעה כמותו. הנגישות למערכת החינוך אוניברסלית והיא מעוגנת בחוק חינוך חובה ובחוקים נוספים שתרמו להסדרת שירותי החינוך במדינה, ובדרך-כלל המערכת איננה "סובלת" ממחסור במורים. אולם, על רקע זה מתעוררת השאלה, כיצד ניתן ליישב את העובדות הבאות: מצד אחד, ילדי ישראל אינם נופלים, ובמקרים רבים אף עולים על ילדי מדינות אחרות, בהיקף ובאיכות המשאבים המוקדשים לחינוכם, ושיעורי הלמידה שלהם בלימודים על-תיכוניים (אקדמיים ואחרים) הם מן הגבוהים בעולם; ומצד שני, מבחני הישגים בינלאומיים, הנערכים בשנים האחרונות, ואינדיקטורים שונים של רמת ואיכות החינוך מצביעים בעקביות על הישגים בלתי משביעי רצון. מדובר בכך, שההישגים הלימודיים הנם ברמה של מקצת מן הארצות המתפתחות; ובכך שרמת הניכור כלפי בית-הספר, שיעורי ההיעדרות והאיחורים של תלמידי ישראל הם מן הגבוהים בעולם.

דומה שההסבר לתוצאות הללו נעוץ בכך, שקצת למעלה ממחצית מהתלמידים מתפקדים במערכת החינוך ברמה גבוהה וחלקם אף ברמה גבוהה מאד, כמקובל במתקדמות שבמדינות המערב; ולעומתם, שיעור גבוה מאד מתלמידי ישראל (כ-40 אחוז מקרבם) מתפקדים בתת רמה, חלק ניכר מתוכם ברמה המאפיינת חלק מן הארצות המתפתחות.

אכן האינדיקטורים הבינלאומיים חושפים גם את זאת, בהעמידם את ישראל באחד המקומות הראשונים בעולם במודד המצביע על אי-השוויון בהישגים במבחנים הבינלאומיים – כלומר, ישראל מובילה בין המדינות ברמת הפיצול וברמת הקיטוב של תלמידיה.

אין לנו ספק כי מצב עניינים זה נושא בחובו יסודות לפיצול ושיסוע חברתי, היות שההצלחה ואי-ההצלחה במערכת החינוך אינה מתחלקת באורח שווה: ההצלחה מאפיינת קבוצות ומגזרים חברתיים מסוימים, הכישלון – קבוצות ומגזרים אחרים. הבעיה החברתית הניצבת בפנינו היא ביסוד קיומה של החברה, היא בעיה מן המדרגה העליונה. אין ספק כי בקרב קבוצות התלמידים, שאינם מגיעים לכדי הישג משביע רצון במערכת החינוך, מצוי שיעור ניכר של תלמידים ותלמידות שכשרונותיהם הפוטנציאליים לא הגיעו לידי מימוש. ואם כך – אנו ניצבים בפני עוול חברתי בגין הנזק האנושי שמצב זה גורם, אך גם בפני נזק לאומי, בגין אובדן כישרון (הון אנושי) ואולי – הנצחה של עוני ושל נחשלות לימודית.

אמנם השתתפות במערכת החינוך היא תנאי ראשון להישגים לימודיים – אך אין זה תנאי מספיק; נכון שתנאי הכרחי לתפקודה של מערכת חינוך כל שהיא הוא, שלכל כיתה במערכת יהיה מורה, ואולם אין זה תנאי מספיק. אמנם רוב בוגרי מערכת החינוך הנם יודעי קרוא וכתוב, מסוגלים לקרוא את מפת ישראל ואת כותרות עיתוני הערב, ושולטים באריתמטיקה בסיסית, הנחוצה להבנת החשבון המופק בידי מכונת החישוב בקניון. ואולם, אנו זקוקים לתפוצה רחבה יותר של סגולות אינטלקטואליות גבוהות בהרבה, על מנת שבוגרי המערכת יעמדו בהצלחה בתחרות הבינלאומית במשק הגלובלי, ועל מנת שהצעירים של היום יוכלו לייצר לעצמם ולצאצאיהם חברה מתקדמת, סובלנית, תרבותית ומשכילה יותר בשנים הבאות (ממילא תלמידינו גם יעמדו בהצלחה רבה יותר במבחנים הבינלאומיים).

ראוי להדגיש במיוחד את השליטה הטובה בשפה זרה אחת, את יסודות הפיסיקה והביולוגיה, הנדרשים להבנה של המציאות בה אנו חיים ומתפקדים, את יכולת ההתבטאות הרהוטה בעל-פה ואת יכולת הכתיבה והניסוח, ואת יסודות ההומניסטיקה, כדי להפוך לאזרח מבין ופעיל, להורה מצליח, שביכולתו לגרות את דמיונו וסקרנותו של דור הילדים.

ניתן לציין, אפוא, כי לגבי חלקים ניכרים מהציבור במדינה (עולים ויליידים), מערכת החינוך הצליחה לתרום את תרומתה, בהקניית השפה ומיומנויות היסוד, ובהקניית הידע הבסיסי – כך שצעירים אלה בהתבגרם השתלבו בהצלחה במערכות ההשכלה הגבוהה ובשירותים למיניהם. ואולם בחלקים אחרים של החברה, ההצלחה ההתחלתית של עצם ההשתתפות במערכת החינוך לא הקנתה את ההשכלה והמיומנויות הדרושים לתפקוד מוצלח בחברה מודרנית. כאן נדרש שלב נוסף של קידום ופיתוח שיש להחילו בכמה ממגזרי הציבור.

מדובר בעיקר בשלושה מגזרים באוכלוסיית ישראל: המגזר הערבי, הפריפריה היהודית של חלק מן הערים ועיירות הפיתוח, והמגזר החרדי.

המגזר הגדול ביותר שאת תפקודו והישגיו יש לשפר הוא המגזר הערבי. הערבים הם כ-20 אחוז מתלמידי מערכת החינוך, ובכיתה א' הם 27.5 אחוז מכלל התלמידים. יש לציין, אמנם, שישנם צעירים רבים מקרב מגזר זה המגיעים להישגים מרשימים, ובמיוחד יש לציין את המיעוט הנוצרי, שהישגיו עולים בממוצע על ההישגים של היהודים. ואולם אין להתחמק מן העובדה, שרמת ההישגים הממוצעת של בני ובנות המגזר

הערבי, הן במבחנים הבינלאומיים הנזכרים והן בבחינות הבגרות שלנו, נמוכה מרמת ההישגים הממוצעת של התלמידים והתלמידות במגזר היהודי.

ספק אם ניתן לערער על כך, שללא ההשתתפות של ערבים ישראלים בתהליכי הייצור, במקצועות החופשיים, במסחר ובעסקים, בחינוך הגבוה ובמדע – יהיה סיכוי להגיע להכנסה לאומית גבוהה יותר ולקיים רמת חיים ורמת שירותים חברתיים בדוגמת הארצות המפותחות במערב. לכן, גם מי שאינו חדור הכרה בערכי שוויון לא יוכל להימלט מן המסקנה שיש לשדרג את החינוך של המגזר הערבי.

מגזר שני, שדומה כי ילדיו אינם מגיעים לשיא מיצוי היכולות הטבועות בהם, הוא הפריפריה היהודית הוותיקה – או ליתר דיוק: חלקים ממנה. הכוונה לחלק מילדי עיירות פיתוח מסוימות, לחלק ניכר מילדי השכונות הדלות של ערי ישראל, ולחלק מילדי העולים שהגיעו בגלי העלייה בעשרים השנים האחרונות. גם כאן, סביר להניח, שרבים יסכימו להתייחס לתפקוד הלימודי של בני ובנות מגזר זה, במונחים של צדק, שוויון לפי הנחות היסוד של בינוי אומה חדשה. ואולם, גם מי שיסרבו לדון בסוגיה זאת במונחים של צדק חלוקתי, יאלצו להסכים לכך שקבוצה זאת גדולה ורבת משתתפים מדי. כשם שטענו לעיל לגבי הצורך הישראלי המובהק בתפקודם של בנות ובני המגזר הערבי ברמה ובאיכות גבוהים יותר, כך גם לגבי מגזר זה. אם חפצים אנו לעמוד באתגרי ביטחון מודרניים, לעמוד בתחרות עם ארצות תבל ובפרט מול המערב המפותח, ולהעניק לעצמנו שירותים חברתיים, רמת חיים ואיכות חיים, הדומים לאלה במערב – לא נוכל לעשות זאת ללא השתתפות מלאה ברמה מקצועית גבוהה יותר (המושתתת על השכלה).

המגזר השלישי אותו ראוי להזכיר בדיון זה, כמגזר הטעון שינוי בהרגלי החינוך של בניו ובנותיו, הוא המגזר החרדי. הישגיהם של חלק מילדי מגזר זה נופלים מן ההישגים הממוצעים היות שהם "אינם משחקים במגרש החינוכי הרגיל": מוסדות החינוך של חלק ניכר מהם נעדרים לימודי לשון זרה, מתמטיקה, מדעים, היסטוריה ואזרחות (או שהם ניתנים במינון נמוך ביותר). ממילא הישגיהם של בני נוער אלה – במידה שהם משתתפים במבחנים הנזכרים – נופלים מן הרמה הממוצעת. ושוב, כנאמר לעיל, החברה הישראלית איננה יכולה לוותר על תרומתם הפוטנציאלית של יוצאי מגזר זה למשק, לכלכלה, לחיים האזרחיים

ולשירותים החברתיים. ראוי להדגיש, שמדובר היום בכרבע מגילאי החינוך היהודיים.

לסיכום, הטענה היא שחלק ניכר מבין התלמידים, שתפקודם לקוי והישגיהם הלימודיים אינם משביעי רצון, הם ילדים עניים, הם ערבים, חרדים או גרים בפריפריה היהודית הוותיקה. לכן, אם אין כוונה לוותר על כ-40 אחוז מן המשאבים האנושיים הפוטנציאליים, כי אז שומה על מדינת ישראל ומוסדותיה הממלכתיים להשקיע באוכלוסיות אלה את כל הדרוש, על מנת להעניק להן יכולת תפקוד ברמה גבוהה יותר (וכך ליצור גם את התנאים ליציאה ממעגל העוני).

דיון זה מוביל לכמה מסקנות מרכזיות באשר למדיניות החינוך המתבקשת, אשר מחייבת היערכות חדשה בתחום כוח האדם בהוראה, בתחום תכניות הלימודים ובתחום התקצוב.

בתחום כוח האדם בהוראה, יש להביא לכך, שהמורים ילמדו בפועל יותר שעות ממה שהם מלמדים כיום ויקבלו שכר גבוה יותר עבור עבודתם. זאת תהיה, להערכתנו, הדרך היעילה ביותר למשוך כוח אדם טוב יותר להוראה, ולהעלות את מעמדם הפרופסיונלי של המורים.

בתחום תכניות הלימודים, יש לגבש תכנית ליבה בתוך תכנית הלימודים, אשר תחייב את כלל המערכת, ובה ייכללו כל המקצועות החיוניים להמשך התפתחותם התקינה של בוגרי מערכת החינוך[7]. מעבר לכך יש לאפשר – על-ידי העמדת משאבים תקציביים ופיזיים נדרשים – תחומי לימוד אופציונליים נוספים בתחומי דעת שונים, ופעילות תרבותית חברתית וספורטיבית בבתי-הספר, כחלק אינטגרלי של יום הלימודים. יש לאכוף הן את הוראת תכנית הליבה, והן את ביצוע הפעילויות האחרות, על-ידי זיקה ישירה ומיידית בין תקצוב בתי-הספר לבין ביצוע התכנית, כפי שהדבר נעשה בכל הארצות בהן מתקיימות מערכות חינוך ציבוריות ופרטיות במקביל.

בתחום התקצוב צריך להבטיח רמה שתאפשר את ביצוע שתי המטלות תוך כדי הקפדה על כך, שהיקף התקציב יענה על הצרכים, ושחלוקתו תהיה שוויונית, הוגנת ויעילה.

להלן פירוט ההצעות בשלושת התחומים:

[7] מדובר בתכנית שתגובש על-ידי אנשי המקצוע בתחומי החינוך השונים.

א. שיפור איכות כוח האדם בהוראה

המורים הם, ללא ספק, הגורם המרכזי ובעל החשיבות הראשונה במעלה במערכת החינוך. איכותם, מחויבותם למערכת החינוך וערכיה, ומקצועיותם הם תנאי ראשון והכרחי לכל הצלחה. ללא שיתוף פעולה מלא מצדם לא ניתן יהיה להכניס שינוי משמעותי בתוך המערכת.

דומה, שלקח זה נלמד היטב לאחרונה. אין לראות בשלילה או להוקיע את שאיפתם של המורים לשפר את תנאי עבודתם ושכרם. דרישות אלה טבעיות ולגיטימיות לכל ציבור עובדים וצריך להתחשב בהן ולכבד אותן. יחד עם זאת, ברור, שהתביעה הבסיסית וההכרחית, להערכתנו, מהמורים, לצמצם את מספרם ולהגדיל את היקף משרתם עומדת בניגוד מוחלט לתביעות פרופסיונליות אלה. יש לפיכך, להתאזר בסבלנות ולגבש יחד עם המורים את המתווה הנכון שיביא לכך שהם ישהו בבתי-הספר יום עבודה מלא, שהם ילמדו בין 23 ל-26 שעות פרונטליות (תלוי בגיל התלמידים), ושהם ישתכרו לפחות 30 אחוז יותר ממה שהם משתכרים היום (ובשנות העבודה הראשונות אפילו 50 אחוז יותר). ההערכה היא, שאפשר להגיע לפשרות בתחום רגיש זה, בסיוע של רצון טוב והבנה מצד משרדי החינוך והאוצר, וארגוני המורים. על המעבידים לקבל את ארגוני המורים, כמי שאינם אויב, ושהסכמה ושיתוף פעולה עמם עדיפים על "כיפוף ידיים". מצד שני, על ארגוני המורים לקבל את העובדה שאי אפשר להמשיך את הסיטואציה הקיימת, ונדרשים מהם ויתורים משמעותיים בנושא שעות העבודה ומסלולי הקידום.

גם בנושא הכשרת המורים דרושה למערכת החינוך התארגנות שונה. המורים המכשירים עצמם להוראה בחינוך היסודי זקוקים לתגבור משמעותי במקצועות ההוראה ולהרחבה של ההשכלה הכללית שלהם. דומה שבדרך-כלל ההכשרה הפדגוגית שלהם הולמת את התפקיד. מורים המכשירים עצמם להוראה תיכונית, רוכשים ידע והתמצאות בתחום מקצועות ההוראה, ואולם ההכשרה הפדגוגית שלהם טעונה חיזוק ותגבור. ניתן לווסת את ההכשרה במערך הקיים של הכשרת המורים, תוך תמרוץ מתאים של המוסדות המכשירים (ולחליפין לצמצם את מספר הסטודנטים להוראה באותם המוסדות שאינם מתארגנים בהתאם). ייתכן שמהלכים מעין אלה יהיו פוריים יותר מאשר היפוך המערך של הכשרת המורים כלו.

מעבר לכך תהליך הכשרת המורים חייב לאמץ טכניקות חינוכיות הידועות לנו כיום כטכניקות שיש בהן כדי לסייע בהוראת קבוצות

תלמידים יוצאי שכבות חברתיות פריפריאליות או חדשות, ובעיקר – כדי לאפשר הקניית מיומנויות יסוד בתחום הלשוני, במניפולציה של מספרים, בהתמצאות במרחב, ביכולת ההבעה בעל פה ובכתב.

ב. תכנית הלימודים ושיטות הוראה

תכנית הליבה נידונה זה זמן רב בהרחבה במקומות שונים, והקושי אינו בהכרה בחשיבותה, כי אם ביצירת ההסכמה החברתית סביב תכניה מצד אחד, ובדרכי האכיפה שלה מצד שני. נראה לנו, יש להתנות באופן הדוק בין היקף התקציב המועבר לבתי-הספר לבין ביצוע תכנית הליבה (כפי שנקבע בדו"ח ועדת שושני, ונקבע שוב בדו"ח ועדת דוברת). יישום הדבר בפועל עשוי לקדם באופן ממשי הישגים בכיוון זה.

דומה שניתן לייחס במידה רבה את העלייה בשיעור זכאי תעודת הבגרות, להסדרים שונים של תגבור לימודי ליוצאי אוכלוסיות פריפריאליות, בקבוצות לימוד קטנות, ואף להסדר של שיעורים שניתנו אחד לאחד. יש לפתח מערך תמיכה דומה לילדים בגני ילדים ובכיתות הנמוכות של בתי-הספר היסודיים, המגלים קשיים ברכישת מיומנויות היסוד – קריאה וכתיבה בעברית, פעולות החשבון הבסיסיות, שליטה באותיות הלטיניות ועוד.

מוצע כי תלמיד בבית-ספר, ובמיוחד אם הוא מרקע חברתי שבו הלמידה לא הייתה נורמה רווחת בדור האבות והאימהות, יוצמד ל"מבוגר משמעותי", המכיר אותו ואת משפחתו ויבנה עמו קשר אישי. "מבוגרים משמעותיים" כאלה יכולים להיות כמובן רוב המורים בבית-הספר, ואולם גם מי שאינם מורים בפועל אך נמצאים בדרך כלל בבתי-הספר יכולים למלא תפקיד זהת (כולל אף מקצת מן התלמידים הבוגרים בבית-הספר, כלפי הצעירים). רצוי ביותר שמבוגר משמעותי זה וקבוצת התלמידים שבהדרכתו (לא יותר מעשרה, במידת האפשר) – ייפגשו כל יום לשעה אחת, אם לתגבור לימודי וסיוע בהבנת הנלמד, ואם לשיחה בשאלות המטרידות תלמיד זה או אחר. גם בחינוך התיכון יש להתארגן כך שלכל תלמיד, ובמיוחד לתלמידים מרקע חברתי בו מדבר כאן, יהיה קשר עם מבוגר כזה.

לבתי-ספר המשרתים בעיקר או בשיעור ניכר ילדי אוכלוסיות פריפריאליות, נחוץ שיהיה מנגנון המאפשר מגע עם הורי התלמידים, גם על מנת לקרבם לעולם ההשכלה והמיומנויות האינטלקטואליות וגם על מנת לסייע להם בהתמודדות עם ילדיהם, שחלק מביניהם נתקלים

בקשיים לימודיים. פירוש הדבר, שבבתי-ספר כאלה מִשרת המורה חייבת לכלול מספר שעות שבועיות לקיומו של מגע כזה עם הורי התלמידים.

לבתי-ספר אלה נחוץ שיהיו כלים ומשאבים לקיים פעולות מתאימות בחודשי הקיץ, בין אם להשלמת החסר לתלמידים מסוימים, ובין ובעיקר על מנת להעניק שירותי חינוך מטרימים. דהיינו – על מנת למנוע חוויות כישלון, שיש בהן כדי לרפות ידיים ולפגוע במוטיבציה – ראוי לקיים פעולות הכנה לקראת השלב הבא בלימודים (למשל: מחנות קיץ לתלמידים העולים מחטיבות הביניים לכיתות ז׳, מחנות שיש בהם אלמנט של בילוי, ספורט ומשחק משולב בלימודים שיגשרו על פני פערים קיימים (פעמים רבות) בין מה שנלמד בבית-הספר היסודי ובין מה שנדרש כיסוד ללימודים בחטיבת הביניים או בבית-הספר התיכון).

ג. הסדרת התקצוב לבתי-הספר

לא ניתן להכניס את כל השיפורים עליהם דיברנו לעיל בלי להגדיל, ואפילו משמעותית, את תקציב מערכת החינוך. ברור, שבמערכת החינוך, שהיא המערכת השנייה בגודלה מבין המערכות הציבוריות, יש לא מעט בזבוז וחוסר יעילות. למרות זאת, איננו סבורים שהיקף חוסר היעילות במערכת החינוך שונה במהותו לעומת מערכות ציבוריות אחרות. לפיכך, ביטולו בלבד איננו מאפשר להגשים את כל אותם השינויים שהזכרנו.

ישנם שני יעדים עיקריים לפעולה בתחום התקצוב: ראשית, אומדן התוספת הנדרשת להעלאת ההישגים הלימודיים והחינוכיים של כלל מערכת החינוך, כדי להגביר את השוויון ולצמצם הפערים בתוכה; ושנית, שיפור איכות חיי התלמידים והמורים בבתי-הספר. אין בכוונתנו לעמוד במסגרת זו על ההיקף הנדרש של התוספת התקציבית, אך ניתן להצביע על הכיוונים הנדרשים, בעיקר בנושא שינוי שיטת ההקצאה של תקציבי החינוך בין המגזרים השונים בתוך המערכת.

בראש ובראשונה יש ליישם במלואן את המלצות דו״ח ועדת דוברת לתקצוב דיפרנציאלי. ראוי לשים דגש מיוחד על יישום מהיר במיוחד במגזרים שקופחו עד כה, ובמיוחד במגזר הערבי, ובתוכו בקרב הבדואים. ההערכה היא, שאי אפשר יהיה – בגלל לחצים פוליטיים וחברתיים – לבצע מהלך זה על במלואו חשבון העתקת משאבים מהמגזר היהודי. גם במדינות אחרות בהן בוצעו רפורמות תקציביות הן לוו, בדרך-כלל, ב״השוואה כלפי מעלה״. כלומר, שמתחייב מכך להקצות תוספת תקציב משמעותית, ושנית להפעיל דיפרנציאליות ביישום – הפניית תוספות

תקציב לבתי-הספר שסבלו מקיפוח, והפחתה איטית ומוגבלת מאד במקומות בהם יתברר שיש צורך להפחית. יש להדגיש, כי מדיניות כזאת יכולה להצליח רק אם יוחלט על **הקצאה ייחודית** למטרה זאת. העברה מסיבית של משאבים בין מגזרים שונים בחברה הישראלית ובייחוד בין המגזר היהודי למגזר הערבי צפויה להיתקל בהתנגדות של חלקים בציבור היהודי, והיא גם עלולה לפגוע בהישגים הלימודיים וההשכלתיים הנורמטיביים של חלק מבני ובנות מגזר זה.

בהקשר זה, חשוב להדגיש, כי כאשר מדברים על השוואת תקצוב בין המגזרים השונים, לא מדובר רק על התקציבי להוראה. ועדת דוברת גיבשה גם סל שירותים לתלמיד, שיש להבטיח שהוא יחולק באורח שוויוני. מעבר לכך, קיים פער חמור ביותר בתחום התשתיות הפיזיות. במגזר הבדואי בדרום בלבד, יהיה צורך לבנות בשנים הקרובות כ-1500 כיתות בעלות של 750 מיליון שקל להשלמת חסרים ולהחלפת מבנים פסולים ושכורים. לגבי המגזר הערבי בכללותו – מדובר בסכום שהוא לכל הפחות כפול.

עוד חשוב להרחיב את התקצוב הדיפרנציאלי לעבר גני הילדים ותלמידים בעלי צרכים מיוחדים (כפי שהוסבר בראשית הפרק). ברור שהתקצוב הדיפרנציאלי בשתי קבוצות אלה מחייב חשיבה אחרת, כמו לדוגמא, לבטא את התקצוב הדיפרנציאלי בגיל הרך בהקטנת מספרי התלמידים בגני ילדים המשרתים אוכלוסיות חלשות, ובהוספת כוחות עזר בגנים אלה. באשר לתלמידי החינוך המיוחד, ככל הנראה יהיה צורך לגבש שיטת תקצוב חדשה לחלוטין, כפי שהוצע בחלק הקודם של הפרק.

סוגיה חשובה בתקצוב החינוך היא השתתפות משקי הבית. משקי הבית בישראל נושאים בכ-20 אחוז מההוצאה הלאומית על חינוך (שהם קצת יותר מ-8 מיליארד שקל). רוב הסכום מוצא לחינוך בגיל הרך, לחינוך הגבוה ולחינוך המשלים (חוגים, שיעורים פרטיים, וכדומה). בחינוך היסודי והעל-יסודי השתתפות ההורים נעה, לפי אומדנים שונים, בין 1.5 ל-2.5 מיליארד שקל. אפשר להניח, שחלקה של האוכלוסייה המבוססת בהוצאה זאת (הן לכלל שירותי החינוך והן לשירותים בחינוך היסודי והעל-יסודי) גבוה בהרבה מחלקה היחסי באוכלוסייה. לפיכך, המדיניות הממשלתית צריכה להבטיח את המשך הרמה של תוספת המשאבים החשובה, אך בו –בזמן, יש להעניק בבבתי-הספר הציבוריים שירותים זהים, ככל שניתן, לתלמידים יוצאי שכבות חברתיות חלשות.

ראוי לבחון את האפשרות של גבייה דיפרנציאלית מההורים לפי עשירוני בתי-הספר, כאשר הסכום המקסימלי העומד לרשות בית-הספר ממקורות ציבוריים ופרטיים כאחד יהיה זהה בכל בתי-הספר[8]. גבייה של סכומים גבוהים יותר מההורים תביא לניכוי של הקצבה ציבוריות לאותם בתי-הספר, כך הסכומים שינוכו ישמשו להגדלת ההקצאה לבתי-ספר לאוכלוסיות החלשות יותר. כדי להבטיח זאת, יש להסדיר אמצעי אכיפה אמינים להסדרת התשלומים הציבוריים לבתי-הספר בהתחשב בהסדרי הגבייה מן ההורים. חשוב להדגיש, שהצלחת מדיניות כזאת מותנית בכך שהסכומים שיעמדו לרשות בתי-הספר המבוססים יאפשרו להם לקיים מערכת חינוך על רמה גבוהה.

אנו מכירים בכך שמדובר בהוצאות ניכרות ויש צורך להגדיל לשם כך את תקציב מערכת החינוך . ההערכה שלטווח ארוך ייחסך כסף רב: שיעורים נמוכים בהרבה של תלמידים ותלמידות יופנו לחינוך מיוחד שהוא יקר יותר; יקטנו ההוצאות הנגרמות בגין היעדרות תלמידים, שוטטות ועבריינות; יקטנו ההוצאות הגבוהות הכרוכות בניסיונות ל"חינוך מחדש" של בני נוער בגיל ההתבגרות שסטו, ועוד יקטנו[9].

לסיכום, אם אמנם חלק גדול מן הסתירה שבין ההישגים הבלתי מחמיאים של ישראל בשורה של מבחנים בינלאומיים, לבין הגידול הקבוע והניכר מאד של מערכות ההשכלה העל-תיכוניות בארץ, מוסבר בפיצול ובקיטוב השוררים במערכת, כי אז יש לכוון – כמוצע בדפים אלה – את המדיניות כלפי עניין זה, ולוותר על ניסיון ל"מהפכה חברתית כוללת" בתחום החינוך, מהפכה שספק אם היא תונהג במהירות הדרושה להמשך התפתחותה של מערכת החינוך הישראלית.

---

[8] לכאורה יש בכך משום ביטול ההעדפה המתקנת לקבוצות החלשות, אך ללא הסדר כזה אנו נמצאים במצב בו ההורים המבוססים מקנים יתרון ניכר לילדיהם. אפשר גם להחליט, שהגובה המקסימאלי המותר לגבייה מההורים יהיה נמוך באופן דיפרנציאלי מהסכום המקסימאלי שמקבלים תלמידים בבתי-הספר החלשים ביותר. לדוגמא אם תלמיד בעשירון 10 בחינוך היסודי מקבל כ-8,000 שקל ותלמיד בעשירון 1 6,000 שקל, לא ניתן יהיה לגבות יותר מ-1,000 שקל.

[9] כמעט שלא עסקנו כאן במדיניות המתבקשת כלפי המגזר החרדי. בעיקרו של דבר נחוץ בעניין זה כישרון ואומץ לב פוליטי למציאת הנוסחאות המתאימות ביותר ולהסדרים שעשויים להתקבל במגזר זה ולהניב את הפרות הנדונים כאן.

מקורות

אדלר, ח., בלס, נ., (2003), אי-שוויון בחינוך בישראל, בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2003**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים: (315-289).

דו"ח הוועדה לבדיקת שיטת התקצוב בחינוך היסודי בישראל (דו"ח שושני), (2002), ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שוונת.

-- ומשרד החינוך, (2002), **סקר כוחות הוראה תש"ס**, פרסום מיוחד מס' 1193, נובמבר, ירושלים.

--, (2001), **סקר כוחות הוראה בחינוך היסודי והעל-יסודי תשנ"ח**, פרסום מיוחד 1143.

המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים**, בעריכת יעקב קופ, ירושלים, שנים שונות.

כוח המשימה הלאומי לקידום החינוך בישראל (דו"ח דוברת) (2005), **התכנית הלאומית לחינוך**, ינואר.

משרד האוצר, **הצעה לתקציב המדינה ודברי הסבר הנלווים לה**, שנים שונות.

משרד החינוך והתרבות, המנהל לכלכלה ולתקציבים, גף לכלכלה ולסטטיסטיקה, **מערכת החינוך בראי המספרים**, ירושלים, שנים שונות.

לוח נספח. מספר תלמידי החינוך היסודי, שעברו מהחינוך הממלכתי לחינוך החרדי ומחינוך החרדי לחינוך הממלכתי, 1997-2005 *

קבוצת מגזר	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
סך-הכל	11,338	12,761	14,265	13,940	13,554	12,491	14,071	13,012
1<=2	2,033	1,769	1,703	1,500	1,665	1,387	1,726	1,340
2<=1	1,407	1,470	1,497	1,295	1,252	1,126	1,056	1,009
1<=4	121	117	172	152	153	109	185	90
4<=1	164	199	186	203	161	182	90	104
1<=5	209	327	386	496	489	444	495	54
5<=1	505	674	864	755	642	465	426	458
1<=6	85	102	152	159	115	149	130	135
6<=1	408	683	618	668	732	755	713	597
1<=8	37	33	15	26	29	24	12	10
8<=1	43	50	56	41	28	19	16	16
2<=4	328	325	540	448	346	307	379	294
4<=2	378	510	459	643	417	350	309	231
2<=5	506	454	583	562	554	556	693	503
5<=2	686	803	908	994	786	622	539	559
2<=6	196	172	138	164	264	271	295	249
6<=2	430	547	647	768	753	775	847	918
2<=8	183	236	221	199	172	153	141	150
8<=2	292	293	388	310	245	203	206	140
4<=5	265	376	325	378	355	397	307	295
5<=4	277	399	647	723	479	473	330	495
4<=6	62	125	74	101	120	108	122	140
6<=4	145	65	102	204	147	144	236	196
4<=8	270	257	363	229	239	298	283	382
8<=4	210	219	328	367	277	269	291	148
5<=6	92	115	145	152	184	152	195	201
6<=5	93	157	162	209	209	246	339	240
5<=8	332	401	416	406	415	439	399	281
8<=5	230	316	606	341	377	302	308	234
8<=6	138	251	353	330	303	251	253	1,447
6<=8	209	191	201	193	225	163	189	156

מקרא : 1 = ממלכתי יהודי; 2 = ממלכתי-דתי; 4 = מעין החינוך התורני;
5 = החינוך העצמאי; 6 = מוכר שאינו רשמי יהודי.

* למעט סוגי מעברים שכללו פחות מ-25 תלמידים בכל השנים ביחד.

מערכת הבריאות

1. מבוא וסיכום

הישגיה של מערכת הבריאות הישראלית לפחות בהיבטים של בריאות האוכלוסייה ושביעות הרצון מהמערכת נחשבים למפוארים. ישראל ממשיכה להיות מהמובילות במדינות העולם במונחי תוחלת חיים וככל שאנו יכולים להשוות, גם במונחי שביעות הרצון של הציבור משירותי הבריאות. כפי שציינו בעבר, אין ספק שיש לזקוף את ההישגים הללו לרמת כוח האדם ואיכותו במערכת, אך גם לזכות אופייה הציבורי של מערכת הבריאות.

יחד עם זאת, העלייה בחלקו של המימון הפרטי של המערכת וחשיפתה לכשלי שוק מקובלים מצביעים על סימני שחיקה הולכים וגוברים בהישגיה החברתיים והכלכליים של המערכת עם חשש לפגיעה בבריאות הציבור. המימון הפרטי של השירותים נוגס חלקים הולכים וגדלים בתקציבי משקי הבית, בעיקר אצל חמישוני ההכנסה התחתונים, תוך צמצום נגישותם לשירותי הרפואה. אנו עדים לאינפלציה בעלויות השירותים, במקביל פוחתת גם שביעות רצון הציבור מהמערכת. בפרק זה אנו מציגים את הגידול במימון הפרטי כסוגיה מרכזית של המערכת. יחד עם זאת אנו עומדים גם השנה על כמה סוגיות, אשר הטיפול בהם עשוי לשפר את תפקוד המערכת, את רציפות השירותים ואת התיאום ביניהם.

החלק הראשון של הפרק (סעיף 2) הוא סקירה תמציתית של התפתחות מערכת הבריאות בתקופה האחרונה, כפי שעולה מנתונים שונים. הסקירה מתייחסת לכמה מישורים עיקריים: ראשית, נתייחס לגובה והרכב ההוצאה לבריאות והשינויים החלים בהם, מבחינת הפרטי והציבורי, במשק ובתקציב המשפחה. שנית, נציג כמה ממדים של רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל, בהם גם תוחלת חיים, תוך הדגשת ההבדל הייחודי במצב הנשים בישראל. שלישית, נציג את השפעות השינויים במימון על השוויוניות במערכת, ונבחן את התפתחות התשומות הריאליות הבסיסיות, כמו שינויים בהיקף הרופאים המועסקים במערכת

ובמיטות האשפוז. ובסופו של חלק זה נתייחס בקצרה לשביעות הרצון של הציבור ביחס לשירותי הבריאות שהוא מקבל (נושא אשר עולה גם.

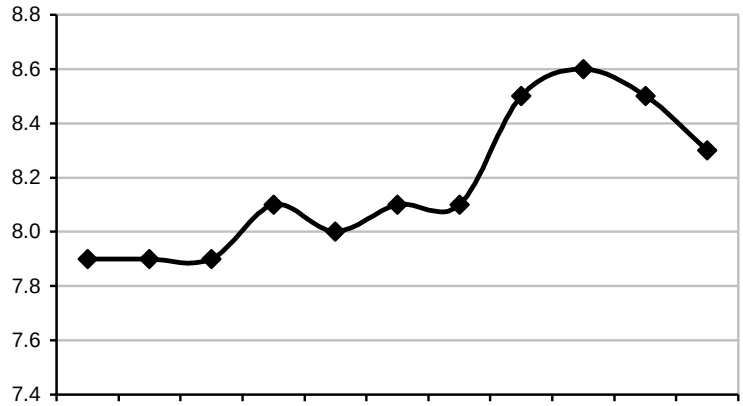
חלקו השני של הפרק (סעיף 3) מוקדש לדיון במספר סוגיות מבניות של המערכת: הסוגיה הראשונה היא בתחום כוח אדם רפואי. היא דנה באפשרות שישראל נכנסת לעידן חדש בתחום היצע רופאים בישראל והביקוש להם. סוגיה זו מבוסס על מאמר שנכתב בנושא על-ידי פרופ' חיים דורון ופרופ' דב צ'רניחובסקי. הסוגיה השנייה עוסקת במערך שירותי החירום בישראל, מערך אשר ראוי להקדיש לו דיון ציבורי ולקבל כמה החלטות מדיניות לגביו. הנושא הורחב למאמר נפרד שנכתב על-ידי ד"ר קובי פלג, והוא נמצא בהכנה לפרסום. הסוגיה השלישית שנויה במחלוקת – שילוב שירותי בריאות לאם ולילד בשירותי הרפואה הכללים. סוגיה זו נכתבה בידי פרופ' חוה פלטי והיא תורחב לכדי מאמר נפרד בהמשך השנה. הנושא נוגע גם ברציפות הטיפול וביכולת לרכז תחת אותו שירות היבטים מניעתיים וקורטיביים של הרפואה. רציפות הטיפול הרפואי היא ממד מרכזי גם בסוגיה נוספת, המוצגת בספר זה, ומוקדש לה פרק נפרד (במדור הסוגיות התחומיות). הפרק מציע רפורמה בתחום הקשר בין רפואת הקהילה ורפואת בתי-החולים. הפרק נכתב על-ידי ד"ר יובל וייס, ד"ר יאיר בירנבאום ופרופ' שלמה מור-יוסף והוא פורס נושא מרכזי בהיערכות שירותי הבריאות בישראל.

2.מגמות במערכת הבריאות

א. הוצאה לאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים הסתכמה בשנת 2004 בכ-46 מיליארד ש"ח, 8.3 אחוזים מהתמ"ג של שנה זו. אחוז זה מבטא ירידה נוספת בהמשך לירידה שהחלה בשנת 2003, ביחס לשנת השיא 2002, בה ההוצאה לבריאות הייתה בשיעור של 8.6 אחוזים מהתמ"ג. בשנים שקדמו לכך הייתה מגמת גידול, והגידול היה חד מאוד בעיקר לאחר שנת 2000 (איור 1).

איור 1. הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג
2004-1994

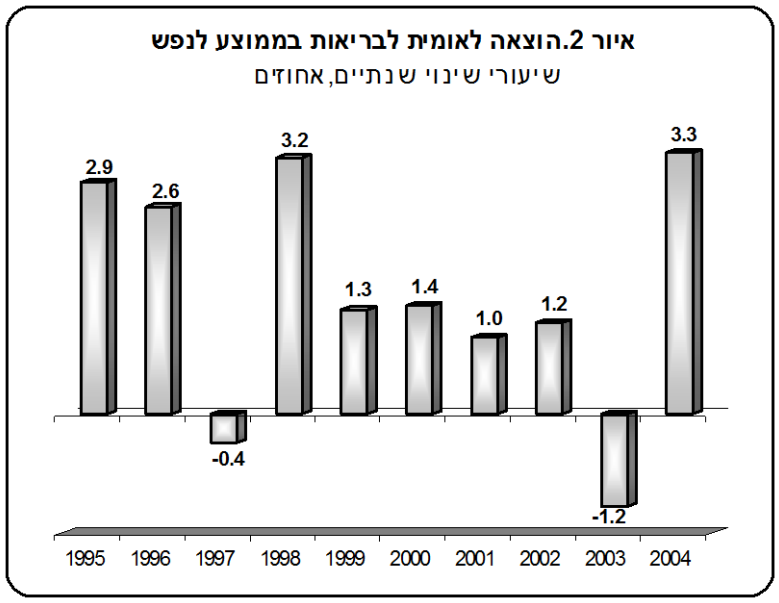


מקור לנתונים על ההוצאה הלאומית לבריאות, כאן ובכל הפרק: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (2005), הודעה לעיתונות, 173/2005 (8 באוגוסט) וגם למ"ס, 2004, **ההוצאה הלאומית לבריאות 2003-1968**, פרסום מיוחד 1236.

מאחר שנתוני אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג משלבים שינויים בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש ושינויים בתוצר לנפש, יש לבחון את השינוי בהוצאה ביחס לשינויים בתוצר.

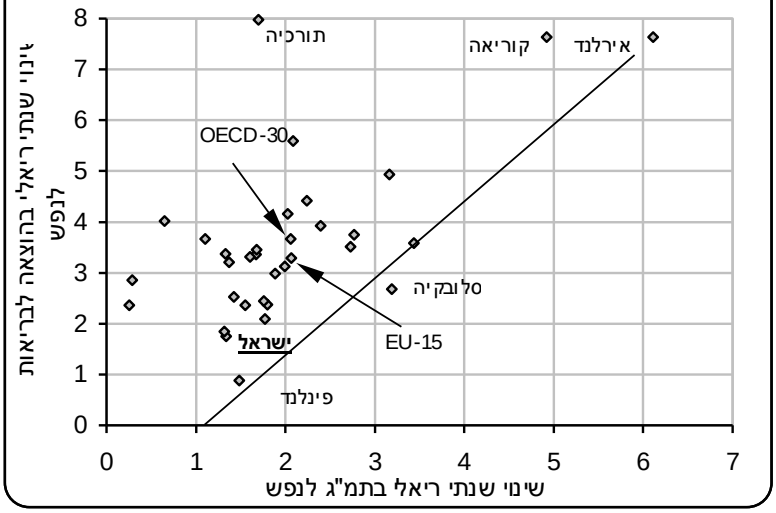
ההוצאה לבריאות בשנת 2004 מבטאת ירידה בהוצאה הריאלית לנפש, בשיעור של אחוז אחד, בהמשך לירידה דומה בשנה שקדמה לה (ראה איור 2). ירידה זו באה בהמשך להאטה בקצב הגידול של ההוצאה בממוצע לנפש במונחים ריאליים מאז 1995.

למרות אלה יש מגמת עלייה כללית באחוז ההוצאה לבריאות מהתוצר מאז 1995. הירידה שאנו עדים לה מאז 2002 היא מעין 'תיקון', בגין שינויים בתוצר, העשוי לבטא את קשיחות ההוצאה לבריאות. הוצאה זו לא ירדה בקצב ירידת התוצר לנפש בשנים בהן לא הייתה צמיחה (2001-2002) ולא עלתה בקצב עליית התוצר בשנים בהן החלה צמיחה (2003-2004).



ככלל, קצב גידול ההוצאה הריאלית לבריאות בממוצע לנפש בישראל בתקופה 1990-2002 גבוה מקצב הגידול בתוצר לנפש (איור 3). במדינות ה-OECD והאיחוד האירופי (EU) קצב הגידול של ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש גדול אף יותר ביחס לתוצר מאשר בישראל. את הנתונים הללו יש לראות, ראשית, בהקשר של הגידול בתוצר לנפש, אשר היה נמוך יחסית בישראל בהשוואה לקבוצות המדינות האחרות. מאחר שגמישות ההכנסה של בריאות (הרגישות של ההוצאה לבריאות לשינוי בהכנסה) היא גבוהה מ-1 (אחוז שינוי מסוים בהכנסה הלאומית גורר אחוז גבוה יותר של ההוצאה לבריאות), אין הנתונים מפתיעים, גם אם אין מתייחסים לשינויים אפשריים במחירים היחסיים של שירותי הרפואה ביחס לתוצר במדינות השונות. אפשר לצפות לגידול משמעותי ריאלי בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש כחלק מהתוצר כתוצאה של צמיחה מהירה ומניעת נטיות אינפלציוניות בשירותי הבריאות (מיקומה של פינלנד מעניין: למרות קצב גידול בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש, הנמוך מקצב גידול התוצר, לפינלנד מערכת בריאות מהמצטיינות).

איור 3.שיעורי שינוי בהוצאה לבריאות ובתוצר לנפש
שיעורי שינוי ממוצעים,1990-2002, אחוזים



גם אם נניח עלייה ארוכת טווח בחלקה של ההוצאה לבריאות בתוצר, יש לבחון אותה על משמעותה הריאלית. כפי שנראה בהמשך, אנו עדים לאינפלציה מתגברת בשירותי הרפואה (ביחס למחירי התוצר). כלומר, חלק מהגידול בתוצר אינו ממומן עלייה ריאלית בשירותי רפואה העומדים לרשות המשק, אלא עליית מחירים.

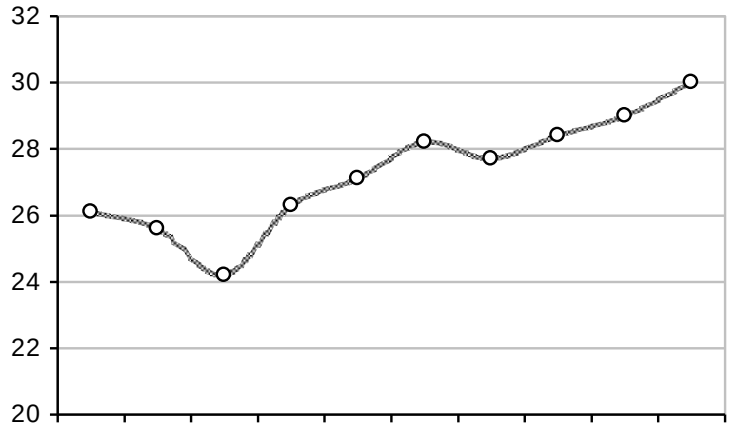
ב. מקורות המימון

חלקו של המימון הציבורי של מערכת הבריאות ממשיך לרדת בשנת 2004 לטובת המימון הפרטי (איור 4), המגיע בשנה זו ל-30 אחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית לבריאות. שיעור זה הוא משיעורי המימון הפרטי הגבוהים ביותר במדינות המפותחות בהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה.

הגידול במימון הפרטי של המערכת מוצא את ביטויו בתקציב משקי הבית. ההוצאה על שירותי רפואה הגיעה ב-2004 ל-5 אחוזים מסך ההוצאות של משקי הבית לעומת 3.8 אחוזים בתחילת העשור. ההוצאה עלתה ב-2004 לעומת יציבות ברמה של כ-4.8 אחוזים בשנים 2001-2003,

4.6 אחוזים בשנת 2000 וכ-4 אחוזים בשנים 1998-1999. אחוז זה עלול להכפיל את עצמו עד 2007, בתום העשור שהחל ב-1997, עת חוק ההסדרים הראשון פתח את הפתח לביטוחים משלימים וולונטריים אחרים ולהשתתפות בתשלום. סעיפים אלה הם סעיפי הגידול העיקריים בהוצאה הפרטית.

איור 4.ההוצאה הפרטית לבריאות כאחוז מהוצאה לאומית לבריאות



ג. בריאות האוכלוסייה

תוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם המערבי. לישראל פוטנציאל שיפור בתוחלת החיים בעיקר על-ידי התמודדות בשני תחומים: הורדת תמותת תינוקות ושיפור מצב הבריאות של נשים. בדו"חות של השנים האחרונות עמדנו באופן עקבי על הפער הקיים בתמותת תינוקות בין האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הערבית[1]. פער זה מציב את ישראל בין המדינות עם תמותת תינוקות גבוהה יחסית למדינות מפותחות אחרות. כך, למשל, שיעור תמותת התינוקות בישראל

[1] התחקות אחר מקורות הפער היא נושא לעבודה המתבצעת במרכז טאוב.

– 4.9 לאלף לידות – מפגר אחרי יפן, פינלנד, שוודיה ונוווגיה, אצלן הרמה בסביבות 3 לכל אלף לידות, וכן אחרי שורה של מדינות, כמו צרפת, ספרד, בלגיה, גרמניה, ועוד, אצלן רמת התמותה בסביבות ה-4 לכל אלף לידות. ישראל גבוהה לעומת אירלנד, בריטניה, קנדה, ניו-זילנד וארה"ב.

בהשוואה בינלאומית אחרת עולה שמצבו היחסי של הגבר הישראלי במונחי תוחלת חיים טוב ממצב האישה הישראלית. בעוד שתוחלת החיים של הגברים נמצאת "בליגת העל" עם המדינות בהן תוחלת החיים היא הגבוהה ביותר, הנשים הישראליות נמצאות "בליגה השנייה". על-פי נתונים של למ"ס[2], תוחלת החיים בלידה בשנים 1999-2003 הגיעה ל-81.1 שנים בקרב הנשים ול-76.9 שנים בקרב הגברים.

בדוח של ארגון הבריאות העולמי 2005[3], חושבה תוחלת החיים על בסיס אומדנים של לוחות תמותה לכל מדינה ומדינה לשנת 2003. בהשוואה עם מדינות העולם, נמצאים הגברים הישראלים בקבוצת המדינות עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר, יפן, אוסטרליה, שוודיה, שווייץ, קנדה ואיטליה – תוחלת חיים של 78 שנים. תוחלת החיים של הנשים הישראליות דומה לזו של הנשים בגרמניה, קנדה, פינלנד ונורווגיה (82 שנים) ונמוכה יותר מזו של יפן (85 שנים), צרפת ואיטליה (84 שנים), ספרד, אוסטרליה, שוודיה ושווייץ (83 שנים).

היינו, קידום בריאות האישה, האם והילד צריך להיות מטרת יסוד בקידום בריאות בישראל. נושא זה הוא גם המושא לאחד השינויים המבניים הדרושים במערכת הבריאות בישראל (ראה בסוגיות המוצגות בחלק השני של פרק זה).

ד. שוויוניות

כפי שכבר ציינו, בשנת 2004 כ-5 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת של משקי הבית הוקדשו לבריאות. ההוצאה לפי חמישוני הכנסה מוצגת באיור 5, כאשר האחוז העולה של ההוצאה לבריאות מסך-כל הוצאת משקי הבית מבטא את גמישות ההכנסה הגבוהה מיחידתית של ההוצאה לבריאות, בפרט כאשר חלקו של המימון הפרטי בסך המימון גדל יחסית. כלומר, כל התרחבות בהתפלגות ההכנסות תביא עימה לגידול בהתפלגות ההוצאה לבריאות. במונחים המוחלטים אנו רואים שקיימת מגמה של

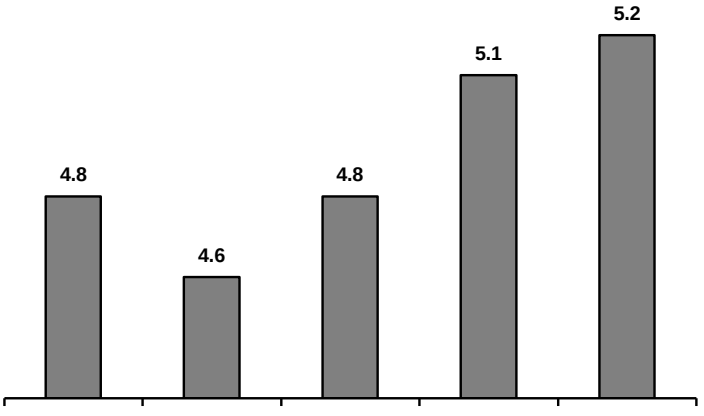
---

[2] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוחות תמותה שלמים של ישראל 1999-2003.

[3] The World Health Report, 2005; World Health Organization, 2005

צמצום פערי ההוצאה בין החמישון העליון לחמישון התחתון מאז 1977. כלומר, שבמונחי הוצאה לבריאות, החמישונים התחתונים מנסים "להדביק" את העליונים: שיעור הגידול בהוצאה של החמישון התחתון היה כ-90 אחוז לעומת כ-68 אחוז אצל החמישון העליון.

איור 5. ההוצאה חודשית לבריאות בממוצע לנפש סטנדרטית לפי חמישוני הכנסה
2004, אחוזים



נתונים אלה מציגים את הבעייתיות של הגידול במימון הפרטי של השירותים. בעוד שיחסי ההוצאה המצטמצמים מצביעים על כך, שהפערים בנגישות של קבוצות ההכנסות השונות לשירותים מצטמצמת (שיפור בשוויוניות אופקית), היחסים הללו מצביעים גם על כך, שההוצאה לבריאות נוגסת חלקים הולכים וגדלים מההכנסה דווקא בקבוצות החלשות (הרעה בשוויוניות האנכית). הנתונים מצביעים, אפוא, על גידול ברגרסיביות – חוסר ההגנה היחסי על תקציב המשפחות החלשות – במימון המערכת. הגנה זו היא ממטרות היסוד של מערכת הבריאות הציבורית.

סוגיית המימון הפרטי בהקשר לנגישות לשירותים מוצאת ביטוי במבחן הוויתור על שירותים עקב השתתפות בתשלום. זאת השנה

השלישית ברציפות, ששאלה על כך נכללת בסקר החברתי שעורך מרכז טאוב[4]. התמונה שעולה מהתשובות היא, ששיעור המשיבים שנאלצו לוותר על קבלת שירות רפואי נחוץ, לפחות פעם אחת במשך השנה שנבדקה בסקר, עלה בכל השנים על 20 אחוז, ובמהלך שלוש השנים האחרונות שיעורי הוויתור עלו, לגבי כל הקטגוריות שהוצגו בשאלה (חוץ מ"אף פעם"). שיעורים גבוהים של ויתור על שימוש בשירותים הופיעו אצל קשישים, ועולים מחבר העמים – כשליש מהם נאלצו לוותר פעם אחת ויותר על שירות רפואי נחוץ.

הקשר שבין הכנסה והשכלה לאופן השימוש בשירותים בולט במיוחד בממצאי הסקר: 96 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה וכ-80 אחוז מבעלי ההשכלה האקדמית לא נאלצו אף פעם לוותר על שירות רפואי נחוץ, ולעומתם, 15 אחוז מבעלי ההשכלה הנמוכה ו-10 אחוז מבעלי הכנסה נמוכה השיבו שנאלצו לוותר פעמים רבות מאד על שירות רפואי נחוץ.

הממצאים לשנת 2005 אינם מייצגים הרעה במצב ביחס ל-2004 אך נתונים אלה מתיישבים עם ממצאים כלליים בתחום זה. גידול בהשתתפות בתשלום, מהסוג שאנו עדים לו בישראל, מביא לצמצום זמני בביקושים, עם התאמה שחלה במשך הזמן. הנתונים על הגידול היחסי בהוצאה לבריאות של משקי בית בחמישונים התחתונים עקביים עם התנהגות כזו.

ה. בקרת הוצאות

בקרת ההוצאה במערכת הבריאות מתייחסת לבקרת הגידול הריאלי של ההוצאה לבריאות ביחס לגידול בתוצר. היא מתייחסת בעיקר למניעת לחצים אינפלציוניים עקב כשלי שוק המזוהים עם מימון פרטי במערכת.

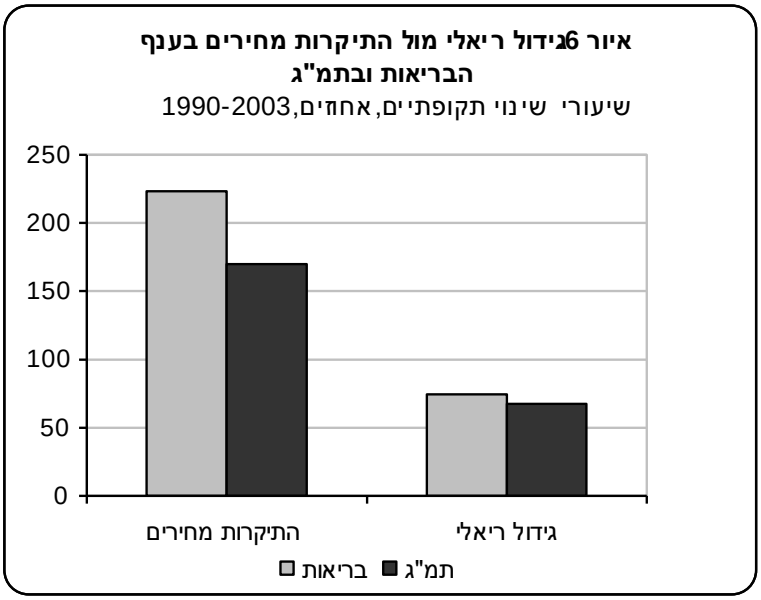
כפי שצוין לעיל, ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש ירדה בשנתיים-שלוש השנים האחרונות, אם כי במגמה כללית ביחס לעשור האחרון יש מגמת עלייה (איור 2). יתרה מזו, הגידול בהוצאה לבריאות היה קרוב לקצב הגידול של התוצר (איור 3) ואף יותר מכך, אם כי לא בקצב שהיה מקובל במדינות OECD או האיחוד האירופי, אשר נהנו גם משיעורי גידול גבוהים של התוצר. הבעיה החמורה היא, שהגידול כנראה הופך להיות פחות כמותי ויותר אינפלציוני, כפי שנראה היטב באיור 6.

---

[4] ראה בהרחבה בפרק: הסקר החברתי – 2005 בספר זה.

מנתוני הלמ"ס בדבר השינויים בתצרוכת של משקי הבית בין השנים 2003-2004 עולה כי יש ירידת מחירים בכל סעיפי הצריכה ובמדד הכללי. יש עליית מחירים בשלושה סעיפים בלבד: מזון, דיור ובריאות. העלייה ב"בריאות" היא שנייה ל"דיור" (ראה איור 6).

איור 6: גידול ריאלי מול התיקרות מחירים בענף הבריאות ובתמ"ג



מקור לנתונים על הוצאות משקי הבית: למ"ס, (2005), הודעה לעיתונות על הוצאות משקי הבית, אוגוסט.

ו. שביעות רצון הציבור משירותי הבריאות

על סדרת שאלות בדבר הצורך בשינויים במערכת הבריאות התקבלו בישראל (2000), לעומת כמה ארצות מפותחות (1999), התשובות המפורטות בלוח. מבין המדינות המצוינות, שביעות רצון הציבור מהמערכת הישראלית היא הגבוהה ביותר. בישראל, אחוז המשיבים שהמערכת זקוקה לשינויים מזעריים הוא הגבוה ביותר, ושיעור המשיבים שהמערכת צריכה בניין מחדש הוא הקטן ביותר – ללא ספק, אתגר הוא לשמור על הקיים.

שביעות רצון ביחס לשירותי הבריאות – השוואה בינלאומית (אחוזים)

שינויים דרושים במערכת	**אוסטרליה**	**ארה"ב**	**בריטניה**	**ניו-זילנד**	**קנדה**	**ישראל**
מזעריים	19	17	25	9	20	37
מהותיים	49	46	58	57	56	49
בניין מחדש	30	33	14	32	23	13

מקורות: Donelan, K. et al., **Health Affairs**, Vol. 18, No. 3, 1999
Shmueli, A., **Health Policy**, Vol. 63, 2003

שאלת שביעות רצונו של הציבור משירותי הבריאות נבחנת גם בסקר החברתי של המרכז מאז שנת 1999 (ראה על כך בהרחבה בפרק המוקדש לסקר החברתי בספר זה).

3. סוגיות מבניות במערכת הבריאות

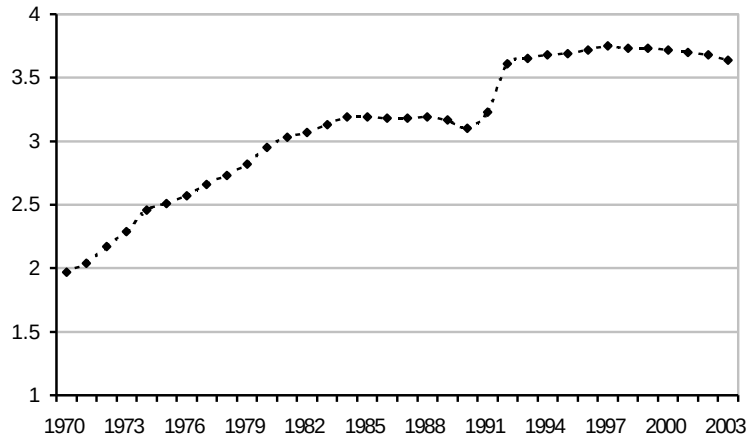
א. היצע הרופאים בישראל – עידן חדש?[5]

ישראל נהנית לפחות מאז שנות השבעים מגידול במספר הרופאים לנפש (איור 7). מגמה זו נפסקת לקראת סוף שנות התשעים כאשר החלה התייצבות **במספר** הרופאים לאלף נפש ובשנים האחרונות אנו ערים לירידה **במספר** הרופאים לנפש בישראל. מגמה זו יכולה להיות ארוכת טווח נוכח הידלדלות מקורות פוטנציאליים של עליית רופאים והיא

[5] מבוסס על מאמר שנכתב על-ידי דורון, ח., וצרניחובסקי, ד., 2005.

מחייבת חשיבה מחודשת לגבי תכנונו של המשאב הבסיסי ביותר במערכת הבריאות הישראלית.

איור 7. חפאים עד גיל 65
שיעור ל-1000 נפש



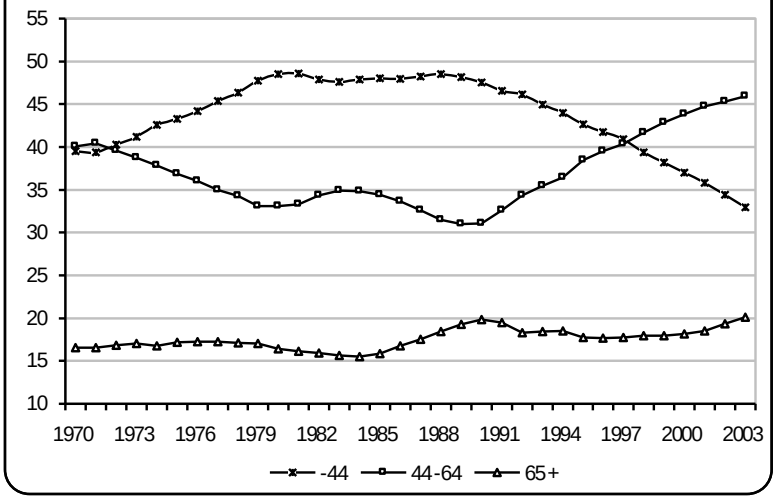
מקור לנתונים על הרופאים בישראל : משרד הבריאות, 2003, כוח אדם במקצועות הבריאות.

מספר רשיונות הרפואה שניתנו בארץ משקף את גלי העלייה הגדולים – הראשון בשנות ה-50 לאחר מלחמת העולם השנייה והקמת המדינה, והשני בראשית שנות ה-90 עם התפוררות הגוש הקומוניסטי ונפילת ברה"מ. עד 1987 הייתה ישראל המדינה המערבית היחידה שהעניקה רשיונות לרופאים עולים ללא בחינות הסמכה. מאז שינתה ישראל את מדיניות הענקת הרישיונות לרופאים עולים וקבעה סטנדרטים מינימליים בהם צריך הרופא העולה לעמוד. היום, נדרשים רופאים, שלמדו והוכשרו מחוץ לישראל – כולל רופאים ישראלים – לעבור בחינות כתנאי לקבלת רישיון. פטורים מבחינות אלה רופאים שעבדו בקנדה, בארה"ב או בדרום-אפריקה. הרפורמה בנהלי הענקת רישיונות רפואה נועדה גם להגדיל את הפיקוח על איכות הרופאים.

מספרם הרב של הרופאים בין העולים החדשים היווה מקור גאווה לישראל, שיכלה להציג את המספר הגבוה ביותר בעולם של רופאים יחסית לאוכלוסייה – 4.61 לאלף נפש (3.64 עד גיל 65, הרופאים המועסקים). מציאות זו הניבה שתי תוצאות רצויות פחות: ראשית, חלקם של הבוגרים הישראלים בקהילת הרופאים ירד לשליש. ושנית, תופעה הנובעת מן התוצאה הראשונה – אוכלוסיית הרופאים מזדקנת (ראה איור 8).

איור 8. התפלגות חפאים לפי גיל

אחוזים



הגידול במספר הרופאים לא מנע צורך מתמיד להתמודד עם שתי סוגיות בסיסיות: פיזור רופאים באוכלוסייה ושיפור איכות הרפואה, אך סייע רבות לפתרונן בתנאים של "שפע" בהיצע.

פריסת הרופאים בארץ איננה שווה. בעוד ששלוש הערים הגדולות נהנות ממספר גבוה, יחסית, של רופאים, סובלים אזורים בפריפריה ממחסור ברופאים, למרות ששיעורי התמותה בהם גבוהים יותר. פריסת הרופאים המומחים אף גרועה יותר. מעבר לכך, פריסת כוח האדם

הרפואי היא ביחס הפוך לתמותה. מציאות זו עדיין מהווה אתגר למערכת הבריאות הישראלית ולמדינת ישראל.

מבחינת איכות, ככל שניתן לכמת היבט זה של כוח אדם רפואי, אין ספק שמדינת ישראל עברה מהפכה. כדי למקסם את יכולתה של המדינה להעסיק מספר גדול כל כך של רופאים עולים, הוצע לרבים – במיוחד לאלה שבחרו לא להשיג רישיון מומחה – לעבור לרפואה הראשונית, הנחשבת באופן מסורתי לנחשקת פחות מרפואת בית-חולים. הנתונים מצביעים על כך, שפחות מחצי מהרופאים העולים החדשים פונים להתמחויות, לעומת רוב הרופאים שלמדו בארץ. אולם היבט מכריע בתהליכי הרפורמה היה שינוי בתכנית לימודי הרפואה וההכשרה, כאשר הוכנסו שינויים רבים כדי לתמוך בפילוסופיה החדשה של אספקת טיפול רפואי ראשוני משופר.

הרפורמות כללו תוספת השתלמויות לרופאים ראשוניים, ובעיקר הכרה ברפואת המשפחה כתחום ייחודי ותוספת התמחויות לרפואה זו. ב-1969, המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית אישרה תכנית התמחות ארבע שנתית ברפואת משפחה. יישומה לקח זמן, כיוון שהיא נתקלה בתגובות מהוססות מצד בתי-הספר לרפואה וקופות-החולים. "ועדת אמוראי" מציינת בהמלצותיה, כי נדרש עדיין מאמץ נוסף כדי להציב התמחות זו כתנאי לרופאים המבקשים לעסוק ברפואה כללית בקהילה.

רפואת המשפחה צמחה להיות התמחות מכובדת, והשיגה תחומי התמחות אחרים ברפואה בארץ. בניגוד למספרם הקבוע של מומחים בתוך האוכלוסייה היה גידול ניכר בקרב המתמחים שפנו לרפואה פנימית ובמיוחד לרפואת משפחה.

אין ספק שהגידול המתמיד בהיצע כוח האדם הרפואי סייע לישראל להתמודד עם שתי סוגיות היסוד של פיזור מספר רופאים ושינוי איכות הרפואה, לפחות בכל הקשור להכשרת כוח אדם. המערכת משתנה גם מבחינת תנאי היצע וגם מבחינת תנאי ביקוש, ולמעשה היא נכנסת לעידן חדש המחייב חשיבה מחודשת. ההיצע יורד בשני מובנים: ראשית, יש ירידה מספרית במספר הרופאים; שנית, ההזדקנות של הרופאים גורמת לכך שקשה יותר ל'עצב' אותם לצרכים חדשים ומשתנים. מבחינת תנאי ביקוש, הגידול במימון הפרטי ואופיו מזין ביקושים למומחים בעיקר במרכזים אורבניים, בניגוד למגמות שהם עניינה של הרפואה הציבורית ואשר היא הצליחה להנחיל עד כה.

רצוי לנצל את העובדה, שלישראל יש עדין שפע יחסי של רופאים על מנת להיערך בצורה מאורגנת לעידן החדש.

ב. שוויוניות וזמינות שירותי רפואה דחופה בשלב טרום בית-חולים[6]

למערך הפינוי הרפואי ולטיפול הרפואי המהיר והאיכותי בשלב טרום בית-החולים יש חשיבות רבה – הוא מהווה אחד הגורמים החשובים ובעלי ההשפעה הגדולה ביותר על הצלת חיי אדם במקרים רפואיים דחופים, והשפעתו מהותית על מניעת תמותה ונכויות בָּרות מניעה.

מירב עיסוקו ושירותו של מערך הרפואה הדחופה בשלב טרום בית-חולים מופנה לארבעה סוגי היפגעות: התקפי לב למיניהם, טראומה, מחלות נשימתיות ומחלות כלי-דם. ארבעת התחומים הללו הינם ארבע מתוך חמשת הסיבות העיקריות למוות בעולם המערבי. מחקרים רבים בעולם מצביעים על כך, שטיפול ופינוי באיכות טובה ומהירה הינם המפתח להצלת חיים במקרי רפואה דחופה[7]. על-כן אחד הדגשים העיקריים ברפואה דחופה מושם על מערך פריסת האמבולנסים, שהינו במרבית המקרים הגורם הרפואי הראשון המגיע לנפגע/לחולה. איכות ומהירות פעולותיו של צוות האמבולנס יקבעו במידה רבה את הישרדותו או את רמת נכותו של המטופל.

ארגון יעיל ואפקטיבי, הממצה את הפוטנציאל הגבוה של מערך הרפואה הדחופה בשלב טרום בית-החולים, יתרום להצלת חיי-אדם, לצמצום בנכויות ובאובדן ימי עבודה. במישור הכלכלי-לאומי תושג תרומה לחיסכון על-ידי הפחתת התשלומים לנכות, לימי מחלה, ולפיצוי על אי-כשירות לעבודה; בצמצום ימי אשפוז, טיפולים רפואיים נדרשים, תקופות שיקום ארוכות, אובדן ימי עבודה ישירים (למטופל עצמו) ועקיפים (למשפחה וכדומה), צמצום פליטת נפגעים ממעגל העבודה, וכמובן צמצום משמעותי ב-lifetime cost. כיום, יותר מתמיד, היבטים רפואיים נבחנים בפרספקטיבה של עלות-תועלת ועלות-יעילות, ומכאן שחשיבות העניין עולה.

בארה״ב ובמדינות מערביות נוספות הבינו את הפוטנציאל הכלכלי מחד, ואת פוטנציאל הצלת החיים ואיכותם מאידך, הטמונים בשיפור מערך ה-Emergency Medical Services (EMS). ארה״ב מוציאה מעל ל-

---

[6] הסוגיה מוצגת בקצרה. הנושא מטופל במאמר מלא ומפורט שנכתב על-ידי ד״ר קובי פלג. המאמר נמצא בהכנה לדפוס.

[7] ראה בהרחבה במאמר המלא, הכולל מקורות בתחום זה.

100 מיליארד דולר בשנה על נפגעי טראומה. שיפור ושינוי מערך ה-EMS צמצם את התמותה מטראומה ב-30-40 אחוז[8]. גם בישראל חלה ירידה בתמותת נפגעים קשים בקרוב ל-30 אחוז, כאשר בשנות התשעים יישמו המלצות ועדת רווח והוקם מערך הטראומה הלאומי. שילוב שני הנתונים האלה מביא למסקנה הנדרשת של הצורך לטפל בנושא על-מנת לצמצם עלויות מחד ולהציל יותר חיים מאידך.

עד לפני שנים מועטות מערך האמבולנסים היה פרוס בארץ על בסיס פריסה היסטורית עם תיקונים ותוספות שנעשו לאורך השנים, שחלקם התבססו על שיקולים מקצועיים וחלקם הוספו מסיבות פוליטיות ואחרות. הפריסה היום אינה בהכרח משקפת או עונה על הצרכים וקיים שוני מהותי בין זמני התגובה, משך וסוג ההגעה של נפגעים באזורים השונים בארץ. מד"א שיפר באופן משמעותי את פריסת האמבולנסים שלו בחמש השנים האחרונות, כמו גם את מערך השליטה על תפעול וזמינות האמבולנסים, אך יש עוד מקום לשיפור ניכר עד לפריסה אופטימלית.

הבעיה המרכזית בתחום היא, שאין בישראל מדיניות ברורה וקבועה הכוללת סטנדרטים וקריטריונים לפריסת אמבולנסים למיניהם ברחבי המדינה (אופיים של הקריטריונים השונים מפורט במאמר המלא). בנוסף לכך, שיטת המימון והתקצוב של מד"א מורכבת, בעייתית ולא ברורה. אמנם פועלים בישראל מספר ארגונים הנותנים שירותי רפואה דחופה טרום בית-חולים, אך מד"א הוא המרכזי ביניהם, והוא אחראי להפניית כ-85 אחוז מהמקרים הדחופים (לצידו פועלים מספר ארגוני אמבולנסים פרטיים, כמו גם ארגוני אמבולנסים וולונטריים כמו "הצלה", זק"א ואחרים ובצידם חברות הפועלות בשיטת המינויים, כמו שח"ל ונט"לי).

המצב של אי-קביעת מדיניות ואי-הגדרת קריטריונים וסטנדרטים לפריסת האמבולנסים הביא לכך שהפריסה הארצית היום, כלומר פיזור האמבולנסים של מד"א, מתאפיין בחוסר שוויוניות וזמינות ברמה הבסיסית ביותר בין יישובים. הפריסה במגזר הערבי בישראל, למשל, היא אחת הדוגמאות הבולטות לתופעה זו – במדינה 10 יישובים ערביים, בהם מעל ל-20,000 תושבים – באף אחד מהם אין ALS[9] ובשלושה בלבד

[8] ראה בהרחבה במאמר המלא.

[9] ALS הוא אמבולנס בעל יכולת טיפול מתקדמת בהיבט של הצוות והטיפול.

יש BLS[10]. לעומת זאת, קיימים 49 יישובים יהודיים, בהם מעל 20,000 תושבים, אשר ב-27 מהם יש ALS וב-33 BLS[11].

המדינה נמצאת בדילמה; אם היא תגדיר מדיניות, קריטריונים וסטנדרטים, הרי שיהיה עליה גם להקצות מקורות ליישום. כל עוד לא מגדירים את הקריטריונים, המדינה משייטת בתחום האפור. האבסורד הוא, ששיטה זו מובילה לעיתים להחלטות בעייתיות: זה מספר שנים, שהמדינה שוקדת על הצעה לחוק האמבולנסים. הצעת החוק המתגבשת בנויה בשיטה בה מד״א איננו כלול בחוק מתוך טענה, שלמד״א חוק משלו. בפועל, זו אינה הסיבה האמיתית, אלא, שהמדינה אינה מעונינת לחייב את מד״א בסטנדרטים שיביאו לדרישת תקציבים נוספים. אבל ייווצר מצב אבסורדי, בו רוב האמבולנסים הפרטיים, אשר חלקם בפינוי המקרים הדחופים שולי, כן יידרשו לעמוד בקריטריונים שייקבעו בחוק.

דוגמא אחרת היא מתחום הפינוי המוטס, המבוסס היום על מסוקי וצוותי חיל-האוויר. הבעיה העיקרית היא, שמיקומם מותאם לנוחות ולכדאיות של צורכי חיל האוויר ולא לצורכי הפינוי של אזרחי המדינה. כתוצאה מכך, מקומות ההזנקה של מסוקי חיל האוויר מעלים שוב ושוב, בכל פעם מחדש, את הכדאיות של הזנקת המסוקים לחילוץ מוואדיות, שטפונות וכו׳. לעיתים זמן התגובה הוא ארוך למדי, על כל ההשלכות שלו, וכך אם העלות הייתה נמדדת באובדן שנות חיים, או נכות על כל משמעויותיה, בסבל, בצער וכדומה – המאזניים היו נוטות לכיוון אחר.

הטיפול בסוגיה באופן מפורט במאמר מביא לכמה המלצות למדיניות:

- על המדינה לפעול למתן שירות באיכות דומה לכל תושבי המדינה, גם אם תידרש חלוקה לקבוצות משנה כמקובל במדינות העולם, בין אזורים צפופי אוכלוסין לדלילי אוכלוסין. על-מנת לבצע זאת נדרשת מדיניות ברורה וקריטריונים ברורים לפעילות הרפואה הדחופה טרום בית-חולים בישראל.
- ניתן לבחון חלופות שונות לשיפור שיטת המימון של מד״א, אם על-ידי אגרות למימון הפעילות של מד״א ו/או על-ידי העברה תקציבית, המסומנת מראש על-ידי הגורמים המשלמים למד״א. ייתכן שניתן לכוון מימון צולב או אולי אף מכרזים לפי אזורים, שיותנו בשילוב בין אזורים רווחיים לאזורים בעייתיים יותר ברווחיותם.

Formatted: Bullets and Numbering

[10] BLS הוא אמבולנס בעל יכולת טיפול בסיסית.
[11] ראה בהרחבה במאמר המלא.

- באשר לפינוי מוסק, הנתון בוויכוח בסוגיית עלות מול תועלת – יש שני אזורים (צפון ודרום הארץ) לגביהם השיטה הנוכחית איננה נותנת תשובה הולמת. אם יוחלט שלא להציב בהם מסוקי פינוי (לאו דווקא של המדינה), הרי שיש לתת פתרון סביר לתושבי האזורים האלה.
- באשר למגזר הערבי – מומלץ כי משרד הבריאות יבצע הערכת עלות-תועלת לפריסה זמינה יותר של אמבולנסים עבורו, תוך התייחסות להיבטים הרפואיים ולהוצאות הרפואיות הנגזרות מהמשך המצב של פינוי וטיפול כפול ומאוחר.
- בעניין הפינוי השניוני – מומלץ כי משרד הבריאות יבחן קביעת תעריף שונה להעברה שניונית הנובעת מבקשת החולה/הפצוע, שאינה נובעת מצורך רפואי (כ-40 אחוז מההעברות היו בשל פגיעות קלות על פי מדד החומרה ISS, מה שמעמיד בסימן שאלה את הצורך בהעברה אלא לצורכי הדמיה או אשפוז במחלקה ייחודית).
- שיפור משמעותי נוסף במערך הפריסה של הרפואה הדחופה ניתן להשיג באמצעות הצבת האמבולנסים הקיימים בהתאם למודלים לאופטימיזציה של נקודות הזנקה, כמו גם באמצעות הסבת נט"נים לאט"נים, שעלותם נמוכה בכשליש – צעד העשוי לשפר משמעותית את איכות ומהירות המענה ללא תוספת עלות.

ג. רפואה מונעת לנשים הרות וילדים על פרשת דרכים[12]

רפואה מונעת הנה ענף מיוחד של הרפואה, המתמקד בבריאות של אוכלוסיות מוגדרות על מנת לשמר ולקדם את מצב הבריאות, למנוע מחלה, נכות ומוגבלויות ומוות בטרם עת. לגבי נשים הרות, המטרה היא להגיע ללידה תקינה, תינוק בריא, וללמוד את אמנות הטיפול בתינוק, לגבי התינוק – קידום בריאותו, מניעת מחלות וגילוי מוקדם של ליקויים לשם טיפול בהם.

הרפואה המונעת נוסדה בארץ-ישראל לפני תשעים שנה כבסיס לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה הענייה בירושלים. השירות היה נגיש לכלל האוכלוסייה, הוא הוקם על-ידי ארגון נשות הדסה מארה"ב, והתפתח במשך השנים לרשת ענפה של "טיפות חלב", שסיפקו שירותי בריאות מונעים לנשים הרות, לתינוקות ולתלמידי בתי-הספר. עם קום

[12] הסוגיה מוצגת בקצרה. הנושא מטופל במאמר מלא ומפורט שנכתב על-ידי פרופ' חוה פלטי והוא יתפרסם בנפרד במהלך השנה.

המדינה הועבר השירות למשרד הבריאות, שקבע את היעדים, את המדיניות ואת הקצאת המשאבים. השירות אסף מידע אפידמיולוגי וסיפק הלכה למעשה את השירותים המונעים לרוב האוכלוסייה, בעוד שקופת-חולים כללית סיפקה שירותים מונעים בקיבוצים ובמושבים.

בעקבות כנס ALMA ATA של ארגון הבריאות העולמי, שהמליץ על שילוב רפואה מונעת ברפואה ראשונית, הוקמו בישראל ועדות שונות (ביניהן ועדת נתניהו), שהמליצו אף הן על הכללת הרפואה המונעת במסגרת הרפואה הראשונית המסופקת על-ידי קופות-החולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו לפני עשור, כלל את שירותי הרפואה המונעת במסגרת שירותי הבריאות הטיפוליים, והוא העביר בכך את האחריות לאספקתם לקופות-החולים. על הקופות חלה האחריות לספק שירותי מניעה הכלולים בסל השירותים בהתאם לתוספת השלשית. שינוי ארגוני זה הוצע על מנת לחסוך במשאבים וגם על מנת להנהיג שירות כוללני – רפואה מונעת ורפואה טיפולית – על ידי אותו צוות, כדי להבטיח את הרצף הטיפולי. מבנה ארגוני משולב של רפואה מונעת וקורטיבית קיים במספר מדינות, ביניהן בריטניה, שוודיה ונורווגיה.

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי דנו בארגון מחדש של השירותים המונעים במסגרות ממשלתיות, מקצועיות ואקדמיות שונות. מדי שנה, האוצר מציע העברת השירות המונע לקופות-החולים, כלומר – ביטול תחנות "טיפת חלב", המכונות היום "תחנות לבריאות המשפחה". הכוונה לביטול כ-600 תחנות של משרד הבריאות ו-60 תחנות של עיריית ירושלים ועיריית תל-אביב, המהוות 55 אחוז מכלל התחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב" ומספקות שירות ל- 80 אחוז של התינוקות.

בדיונים השונים בנושא עולים נימוקים בעד ונגד השינוי המוצע.

היתרונות הצפויים משירות משולב:

- השילוב יביא לחיסכון כתוצאה מהנהגת מערך מנהלי אחד, תשתית משותפת, ואפשר אף צמצום של הצוות הרפואי והסיעודי.
- יש לצפות להפחתה של השימוש בשירותים מקבילים – סקרים הראו, כי כבר בשנות השמונים, נשים בהריון ביקרו במספר שירותים ורק כרבע מהן הסתפקו בשימוש בתחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב". מחקר משנת 2000 הראה, כי נשים בהריון ביקרו אצל מספר רופאים, ומספר הביקורים היה גבוה מן המומלץ. הן העדיפו את מרפאות קופות-החולים על טיפות החלב. האוכלוסייה חשופה היום

למדיקליזציה של ההריון ומודעת להתפתחות הטכנולוגיות החדשות, כמו אולטרה סאונד, סקירת מערכות, ובדיקות גנטיות שונות, שאינן זמינות בתחנות "טיפת החלב". לכן נשים בוחרות לבקר בשירות המספק בדיקות אלה, ללא צורך בהפניה מ"טיפת החלב" או באישורים מן הקופה בה הן מבוטחות. המעקב בקופות-החולים מזוהה על-ידי הנשים, כשירות הניתן על ידי רופא, המיומן לעקוב אחרי ההריון, ו"טיפת חלב" מזוהה כשירות הניתן בעיקר על-ידי אחות, עם נגישות ונגישות פחותה למעקב של רופא. מסתבר כי במיוחד נשים משכילות מעדיפות את שירותי הרופא.

- ריכוז שירותי הרפואה במהלך ההריון במרפאה אחת עשוי להפחית את מספר הביקורים, את מספר הרופאים המטפלים ויספק שירות כוללני, זמין ויעיל יותר לנשים בהריון.
- הרצף הטיפולי אשר יושג הוא אחד היתרונות היתרון הצפויים משילוב השירותים. רופא ואחות קבועים יטפלו בכל צרכיו של התינוק (הילד), כולל מעקב בריאותי של הגדילה וההתפתחות, החיסונים, הגילוי המוקדם של בעיות, והטיפול בעת מחלה. לפיכך, יש לצפות להפחתה של מספר הביקורים הרבים, 26 ביקורים במשך שנה וחצי לחיי התינוק. אין ספק, כי במגעים השגרתיים ניתן לאתר בעיות רפואיות ובמגע בעת מחלה ניתן לעקוב אחר הגדילה וההתפתחות.
- השילוב ימנע חלוקת האחריות ומתן הוראות מנוגדות.
- רשומה רפואית אחת תאפשר הערכה כוללנית יותר של מצב בריאות הילד או\ו האישה בעת ההריון.

החסרונות הצפויים משירות משולב:

- הצוות הנדרש לטפל בהיבטים מניעתיים וקורטיביים כאחד לא יהיה מיומן באותה מידה כצוות שהמטלות שלו מוגבלות להיבטים המיוחדים של רפואה מונעת. עם ההצטברות המהירה של המידע הרפואי יש נטייה להתמחויות מוגדרות ומצומצמות, מחשש שלא ניתן לרכוש מידע ומיומנויות מעמיקות בתחומים רבים. לדוגמא, במחקר בקרב אחיות קופת-חולים מכבי נמצא חוסר בידע מעודכן ומספיק בקרב רופאים ואחיות לגבי ייעוץ תזונתי לאימהות בהזנת התינוק. החוקרים העלו אפשרות להעסקת יועצת תזונתית לשיפור השירות.
- תפקידי האחות ברפואה מונעת כוללים הכוונה והדרכה לסדר היום, לשלבי ההתפתחות והגדילה, להנקה, ולמניעת תאונות, הדרכה לקידום בריאותה של האישה בהריון והתינוק, ותמיכה בבעיות

חברתיות הדורשת זמן ומיומנות. למשל, אחד הנושאים, שלא מקבל תשומת לב מספיקה הוא עישון בהריון. שיעורי העישון לא השתנו ב-25 השנים האחרונות, למרות המלצות לתכניות מניעה. ידוע כי לעישון בהריון יש השלכות על בריאות האישה ועל התפתחות העובר. תינוקות של נשים מעשנות נולדים במשקל פחות 250 גר׳ בממוצע לעומת תינוקות לנשים שאינן מעשנות. לממצא זה יש השפעה על בריאות התינוק, בריאות המבוגר, משך האשפוז לאחר הלידה ועלות הטיפול. במסגרת המשולבת, המקציבה 8 דקות לביקור, לא יימצא הזמן להעברת תכניות מקדמי בריאות כדוגמת התכנית למניעת עישון.

- קיים חשש, שבמסגרת הרפואה המשולבת ההיבט המניעתי, שאיננו דחוף, יידחק לקרן זווית. הרפואה הקורטיבית של התינוק היא לרוב דחופה ביותר ואינה סובלת דיחוי בשל אופי המחלה והדאגה של האם.
- בארה״ב רופא הילדים מספק גם רפואה מונעת, והזמן המוקדש לרפואה מונעת מתוך הביקור הוא מזערי, כ-90-60 שניות בלבד.
- במחקרים שהשוו בין רפואה מונעת נפרדת לבין שירותים משולבים נמצא, כי בשירותי רפואה משולבים האימהות קיבלו פחות הדרכה בנושאים כמו מתן ברזל בינקות, הדרכה להשכבה על הגב ועוד.
- במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ארבע קופות-החולים מספקות שירותים קורטיביים. ישנה טענה כי הקמת תחנות לרפואה מונעת באותה שכונה או באותו יישוב על-ידי ארבעתן תפגע בהיבט הקהילתי של אזור גיאוגרפי מוגדר בשל חלוקת האחריות. כמו כן תגדל העלות של אספקת השירות המניעתי על-ידי ארבע הקופות לעומת האפשרות של שירות אחד.
- אי-פתיחת שירותים מניעתיים על-ידי ארבע הקופות במקומות קטנים פגעה בנגישות ובזמינות של השירותי המניעתי, ואילצה נשים בהריון ותינוקות לנסוע ליישובים סמוכים גדולים על מנת לקבל שירותים של רפואה מונעת.
- כאשר יופעל שילוב השירותים, קופות-החולים יהיו ספקיות השירותים הרפואיים בכללותם, ויישאו באחריות לחלוקת המשאבים לשירותים קורטיביים ומניעתיים עבור האוכלוסייה והפרטים המבוטחים בקופה. קיים חשש שעקב אילוצים כלכליים, וגם עקב התחרות בין הקופות על מבוטחים פוטנציאליים, יתפתח היצע שונה, שיתבטא בחלוקת משאבים שונה למניעה ולקידום הבריאות, ויפגע באספקת שירותים מניעתיים ובאחידות התכנים של המניעה

בתחומים שאינם מוגדרים במידה מספקת – בהנחיות קליניות של שירותי בריאות כללית מסוכמות הבעיות של השילוב בזו הלשון (29): "קיימים קשיים רבים ליישום רפואה מונעת במסגרת הרפואה הראשונית: המלצות סותרות, העדר שיכנוע בנחיצות הבדיקות, העדר ידע מספיק, העדר עידוד מצד המעסיקים (זמן,תמורה) והעדר זמן ופרקטיקות עמוסות משפיעים על הרופא הראשוני לעסוק במחלות חריפות על חשבון הרפואה המונעת."

- לגבי הרמה הממשלתית: חוסר יכולת של הממשלה לענות על כל הצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה בגלל העלות של אספקת השירותים הרפואיים, יכולה להביא לכך, שדווקא הרפואה המונעת תיפגע, מאחר שההשפעות על מצב הבריאות של אוכלוסייה כתוצאה ממניעה מתבטאות לרוב רק לאחר שנים, כמו חיסון נגד דלקת כבד נגיפית, מניעת עישון ועוד. הפוליטיקאים, שתפקודם "מוגבל בזמן" יתנו קדימות בתקציב לבעיות שפתרונן מידי ונראה לעין.

נוכח הרגישות הרבה של הנושא והצורך הרחב יותר לקדם בריאות בישראל, בחרה "ועדת אמוראי – הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה", בדרך אשר יש בה כדי לשמור על העצמאות התקציבית והניהולית של המערכת לקידום בריאות האם והילד. הוועדה המליצה, כי (א) במשך השנה מיום פרסום המלצותיה (2002), יבחן משרד הבריאות את הצורך בהקמת גוף עצמאי לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר. גוף זה, במידה שיוחלט על הקמתו, יעסוק בכל היבטי בריאות הציבור לאוכלוסייה זו בנושאי חינוך לבריאות, קידום בריאות, רפואה מונעת ושמירת הבריאות, לרבות בריאות השן, וגיבוש אורח חיים בריא בסביבה בריאה לקראת החיים הבוגרים של הילד המתבגר. ו(ב) הגוף הנ"ל יפעיל שירותים בעצמו, יפעל באמצעות קופות-החולים, באמצעות הרשויות המקומיות, באמצעות ספקי שירותים, כגון בתי-חולים (זמינות) ורופאים עצמאיים, או בשילובן של אפשרויות אלה מתוך שיקולי טובת בריאות הציבור, זמינות ונגישות השירות ויעילות כלכלית.

גישה זו מפרידה בין האחראיות הניהולית לצריכת השירותים ולרכישתם, לבין הספקת השירותים.

היינו, בדומה לתפקוד קופות-החולים ברפואה הכללית, הרשות המומלצת יכולה לרכוש שירותים בכל צורה שהיא תמצא לנכון בהתאם לשיקולי יעילות וטובת הציבור. היינו, המלצות וועדת אמוראי אינן שוללות ואינן מחייבות אינטגרציה בהספקת השירותים (ודאי במרכזים

עירוניים), אלא מבטיחה שהספקים, יהיו אשר יהיו, יקבלו עבור פעילות זו תקציב נפרד ויהיו אחראים על הדיווח בהתאם.

בנוסף להמלצות ועדת אמוראי, לאור הממצאים שהובאו במאמר מומלץ:

1. כל תכנון ארגוני של רפואה מונעת, באם במערכת המשולבת של רפואה מונעת וקורטיבית או רפואה מונעת נפרדת. צריך להקדיש יתר משאבים ושירותים לאוכלוסיות בסיכון, ולשאוף להפחתת הפערים בבריאות, תוך הפעלת תכניות קידום לבריאות ברמת הפרט והקהילה, בתאום עם מערכות נוספות כמו חינוך ורווחה.
2. מומלץ לבדוק את היעילות ומועילות של הפעילות השגרתית הנהוגה ברפואה מונעת לנשים הרות ולתינוקות לאור הידע העדכני, ולקבוע סטנדרטים חדשים.
3. ההדגשים של רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים במאה ה-21 צריכים להיות בקידום בריאות ובשיפור איכות החיים ולא רק במניעת תחלואה ותמותה.

מקורות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (2004), ההוצאה הלאומית לבריאות 1968-2003, פרסום מס' 1236.
---, (2005), הודעה לעיתונות, 173/2005 (8 באוגוסט).
---, (2002), הוצאה לאומית לבריאות 1962-2001, פרסום מיוחד מס' 1191, ירושלים.
---, (2004), הוצאה לאומית לבריאות 1968-2003, פרסום מיוחד מס' 1236, ירושלים.
---, לוחות תמותה שלמים של ישראל 1999-2003.
מדינת ישראל, (2002), דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה. תל-אביב.
משרד הבריאות, (2005), כוח אדם במקצועות הבריאות 2003, ירושלים.
---, (2001), כוח אדם במקצועות הבריאות 1999, ירושלים.
---, (1999), כוח אדם במקצועות הבריאות 1998, ירושלים.
---, (1998), רופאים, רופאי שיניים, ... 1970-1996, ירושלים.

Chernichovsky, D., and Doron H., (2005), Community medicine in Israel: Reform of Primary Care and Renaissance of Family Medicine, In: García C, Muñoz O, Durán L, an d Vázquez F. Ed. **Family Medicine at the Dawn of the 21st Century**, México City, México: Mexican Institute of Social Security, pp. 349-370.

Donelan, K. et al., (1999), **Health Affairs**, Vol. 18, No. 3.

Shmueli, A., (2003), **Health Policy**, Vol. 63.,

World Health Organization, 2005.

The World Health Report, (2005): Make Every Mother And Child Count, Geneva.

OECD Factbook, (2005), Health Data 2005.

שירותי רווחה אישיים

1. מבוא וסיכום

פרק זה מוקדש לבעיות ולקשיים הניצבים בפני שירותי הרווחה האישיים, שהם מהנדבכים המרכזיים של השירותים החברתיים. לשירותים אלה תפקיד מרכזי וחיוני בסיוע לאוכלוסיות נזקקות, הם מתרכזים במתן מענים לצרכים, ובטיפול בבעיות של יחידים, משפחות, קבוצות וקהילות. האתגר הניצב בפני השירותים החברתיים האישיים הנו מורכב יותר – בשנים האחרונות חלה עלייה בשיעור המשפחות ובשיעור הילדים והקשישים החיים מתחת לקו העוני; יתר על כן, הדיווחים החודשיים על שיעורי האבטלה מציבים על המפה יישובים רבים, ששיעורי האבטלה בהם גבוהים ביותר (בין 10 ל-20 אחוז).

אין ספק כי בעת הזו לשירותי הרווחה האישיים תפקיד העשוי להיות קריטי. הם אמורים לבטא יותר מכל את יכולתה של המדינה להבטיח את רווחת תושביה, הנזקקים לסיוע בהשלמה לשירותים האוניברסליים העיקריים המסופקים לכלל התושבים. מסתבר, כי קבוצות רבות באוכלוסייה אינן מסוגלות או מתקשות להתמודד עם המצוקות, הפוגעות קשה בתפקודם ובאיכות חייהם ומקשות על השתלבותם בחברה. מדובר בעיקר בזקנים, בילדים בסיכון, בנערות ונערים במצוקה, בנשים מוכות, במשפחות חד-הוריות (בדרך-כלל אימהות חד-הוריות), במשפחות במצבי משבר, ובנכים, מפגרים, עולים חדשים אשר טרם השתלבו בעבודה ובחברה, אסירים משוחררים, מכורים לסמים ודרי רחוב.

לאתגרים הניצבים בפני שירותי הרווחה האישיים בשנים האחרונות יש השפעה על תפקודם ועל יכולתם למלא את המשימות ולספק מענים הולמים לאוכלוסיות הנזקקות. אחת הביקורות הבולטות לגבי תפקודם היא, שהם מצליחים להגיע רק לחלק מבין הנזקקים – כלומר, הכיסוי שהם מספקים חלקי, ולפיכך קבוצות ופרטים בישראל נותרים במצוקתם באין סיוע מהמדינה. לעיתים, בחלק מהקהילות צצים פתרונות חלופיים, מתוך יוזמות מקומיות וארציות שונות (תרומות וגיוס של כסף ושל מוצרים, סיוע של מתנדבים, הקמת בתי אוכל מסוגים שונים, איסוף והספקת חבילות בסיסיות, בני נוער מתגייסים לסיוע), אולם אין בכך כדי

למלא את הצרכים לכלל הנזקקים ברחבי ישראל ולהחליף את הסיוע המקצועי המוגש על-ידי עובדי הרווחה, עובדים סוציאליים בדרך-כלל, שראייתם רחבה יותר ועליהם מוטלת שליחות זו מטעמה של המדינה.

אנו מציגים תחילה, כמדי שנה, סקירה כללית של שירותי הרווחה האישיים בתחומים העיקריים של פעולתם, הכוללת גם את הממד הכמותי של ההוצאה המופנית לתחומים אלה. בהמשך, בחלקו השני של הפרק, אנו מתמקדים בסוגיות העיקריות הנוגעות למבנה ולתפקוד השירותים וליכולתם למלא את משימותיהם ומעמיקים את הדיון בשלוש סוגיות נבחרות (זה אם מתקבלים את השינוי בעניין סעיף 3 הנוכחי). בסוגיות אלה אנו מתווים גם כמה המלצות מרכזיות למדיניות.

2. מרכיבים עיקריים של שירותי הרווחה האישיים

שירותי הרווחה האישיים מסופקים על-ידי מחלקות הרווחה ועל-ידי גופים מקומיים נוספים בדרגות שונות של אינטנסיביות. ישנה מורכבות רבה של מערכת השירותים וקיים מגוון רחב של סוגי וצורות סיוע המוענקים לאוכלוסיות שונות בקהילה ובמוסדות.

ההוצאה הממשלתית הכוללת לשירותים אלה מסתכמת בשנתיים האחרונות בהיקף של כ-5.3 מיליארדי ש"ח (במחירים קבועים של 2004), היא יציבה אולם לא נמשך הגידול הרצוף שאפיין אותה מאז ראשית שנות התשעים, עד לשיאו ב-2002 (כמעט 5.5 מיליארדי ש"ח).

ההוצאה נחלקת לשני מרכיבים עיקריים, גמלאות הסיעוד לזקנים, כ-42-44 אחוז מכלל ההוצאה בשנים האחרונות. מרכיב המהווה חלק נכבד מהסיוע לקשישים בקהילה, כפי שנראה בסעיף הבא, והיתרה מופנית לכלל השירותים השונים לאוכלוסיות היעד העיקריות של שירותי הרווחה האישיים, אותן אנו סוקרים להלן: קשישים (בני 65+), ילדים, נכים, מפגרים, משפחות ופרטים במצוקה, נוער במצוקה, נוער עבריין ונוער מנותק, ועבודה קהילתית בראייה כוללנית בקהילות מסוימות.

א. שירותים לקשישים (בני 65+)

נתח מרכזי של ההוצאות הממשלתיות לרווחה מופנה לקשישים, כמעט מחצית מכלל ההוצאות. כאמור, כ-42 אחוז מסך-ההוצאה מופנה לגמלאות הסיעוד ועוד כ-8 אחוזים מיתרת ההוצאות (אחר ניכוי הגמלאות) מופנה לשירותים נוספים לקשישים. מדובר על 2.2 מיליארד

ש״ח לגמלאות ועוד כ-220 מיליוני ש״ח לשירותים אחרים (במחירים קבועים של 2004).

השירותים מיועדים לכלל בני 65+(הקשישים) במדינה ובמיוחד למוגבלים מביניהם, המתקשים לנהל בצורה עצמאית את חייהם היום-יומיים ונזקקים לסיוע קבוע ורצוף. ישנם שירותים מיוחדים לבודדים בני גיל זה, למי שסובלים מאלימות ומהזנחה נפשית ופיסית ולאלו שבשל מצבם הכלכלי סובלים מבעיות דיור, מתקשים לרכוש אביזרים חיוניים, לממן את חימום בתיהם בחורף ולקבל עזרה רפואית (כמו טיפולי שיניים והסעות לטיפולים רפואיים). שירותי הרווחה מבקשים לסייע לזקנים להישאר במסגרת ביתם וקהילתם, אך הם מושיטים גם עזרה לזקנים שמסיבות שונות, כמו מצב בריאותם והעדר רשת משפחתית תומכת מעדיפים לעזוב את ביתם ולעבור למסגרת מוסדית.

השירותים הניתנים בקהילה מיועדים לאפשר לזקנים להמשיך להתגורר בבתיהם ולקיים איכות חיים הולמת. במרכזם שירותי הסיעוד, המוענקים מתוקף החוק אך ישנם גם שירותים תומכים לכלל אוכלוסיית הזקנים. להלן המרכיבים עיקריים:

שירותי הסיעוד מוענקים לזקנים, המתקשים בביצוע פעולות יום-יומיות שונות, כמו: הלבשה, רחצה וביצוע סידורים שונים, רכישת תרופות וקניות. שירותים אלה מעוגנים בחוק ביטוח סיעוד, שמימושו באחריות המוסד לביטוח לאומי, אך ועדות מקומיות, הפועלות בכל רשות מקומית, קובעות את סל השירותים, שהפרט יהיה זכאי לקבלו, והן מחליטות מי יהיה הארגון שיספק שירותים אלה. שירותי הסיעוד מסופקים על-ידי ארגונים לא-ממשלתיים כחלק ממדיניות ההפרטה החלקית של הממשלה (נושא הפרטת אספקת השירותים יידון ביתר הרחבה בהמשך). מחלקות הרווחה המקומית אחראיות על אספקת שירותי סיעוד הביתי לזקנים שלא הוכרו כזכאים לקבלת שירות זה במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

בראשית 2005 קיבלו כ-115 אלף זקנים סיוע במסגרת חוק ביטוח סיעוד. כשהוחל בביצוע החוק ב-1988 הוענק השירות לכ-21,000 זקנים בלבד, שהוצאה בעבורם היוותה 8 אחוזים מכלל ההוצאה – ההתרחבות העצומה שחלה בממדי השירות הייתה צפויה בחלקה אך היא עלתה בהרבה על החזוי. אין ספק שמידת ההיזקקות לשירות זה עלתה בתקופה זו. ראוי לציין, עם זאת, כי בשנים האחרונות חל קיטון בקצב הגידול של מקבלי שירותים אלו.

מרכזי יום ומועדונים מועשרים פועלים כיום במרבית היישובים העירוניים והאזורים הכפריים בישראל, והם מספקים קשת רחבה של שירותים לבני הגיל המבוגר, הכוללים בין השאר: ייעוץ והדרכה בנושאים שונים, פעילויות חברה ותרבות, ארוחות חמות, פעילות גופנית וריפוי בעיסוק. מרבית המשתתפים בפעילויות מרכזי היום הם זקנים מוגבלים. ב-2004 פעלו כ-180 מרכזי יום ומועדונים מועשרים, בהם ביקרו כ-16,000 מבקרים.

מועדונים חברתיים לזקנים פועלים בכל היישובים העירוניים בישראל וברבים מהיישובים הכפריים. המועדונים מציעים לחבריהם בעיקר פעילויות חברתיות ותרבותיות, המיועדות בעיקר לזקנים הממשיכים לתפקד באורח תקין ומגיעים למועדונים בכוחות עצמם. ב-2004 פעלו בכל רחבי הארץ כ-840 מועדונים שבפעילויותיהם השתתפו כ-76,000 זקנים.

קהילות תומכות מספקות שירותי תמיכה לזקנים הממשיכים להתגורר בביתם, כמו שירות חירום רפואי, לחצני מצוקה, שירות תיקונים שונים בבית, מידע וייעוץ, וסיוע של מתנדבים. מספר הקהילות התומכות נמצא בקצב מהיר של גידול – ב-1997 היה מספרם 17 בלבד ואילו באמצע 2005 הגיע מספרם ל-151. שכונות אלו משרתות כ-18,000 בתי אב.

ישנם שירותים קהילתיים נוספים לסיוע לזקנים המתגוררים בקהילה, מועדוני תעסוקה, נופשונים, אספקת ארוחות חמות וקפואות, סיוע בחימום בעונת החורף, הסעות למרפאות או לבתי-חולים, סיוע בטיפול רפואי שאינו כלול בסל הבריאות, כמו ריפוי שיניים ואספקת משקפיים, ביצוע תיקונים בבית, כסיוע בהתאמה לצורכי הזקן, והתקנת אמצעי ביטחון בבית.

שירותים חוץ-קהילתיים (מוסדיים). שירותי הרווחה מעניקים סיוע גם לזקנים שמסיבות שונות מעדיפים או נאלצים לעזוב את ביתם ולעבור למסגרת מוסדית. בשנים האחרונות המשרד מייעד לכך כ-130 מיליוני ש"ח. הסיוע מתבטא במתן ייעוץ והכוונה, ובהשתתפות חלקית או מלאה (בכפוף למצב הכלכלי) של הזקן במימון החיים במסגרות דיור מוגן או במוסדות לזקנים.

ההוצאה הממשלתית לתחום זה נמוכה בשלוש השנים האחרונות (2003-2005), בהשוואה לכל העשור שקדם להן (במונחים מוחלטים) – מדובר ב-130 מיליוני ש"ח לעומת כ-140 מיליון בשנים 2000-2002, ו-155 מיליון ש"ח (בממוצע) בשנים 1995-1999.

בארץ פועלים כיום כ-400 מוסדות, בהם מתגוררים כ-30,000 זקנים וקיימות כ-80 תכניות לדיור מוגן בהן מתגוררים כ-20,000 זקנים. ארגונים הפועלים ביישובים שונים, כמו עמותות מקומיות לתכנון ופיתוח שירותים לזקנים אף הקימו מוסדות הממוקמים בקהילה והמיועדים לזקנים המתגוררים ביישוב.

ב. שירותים לילדים

השירותים לילדים ולנוער מיועדים בעיקר לילדים ממשפחות במצוקה ולילדים הנתונים במצבי סיכון, חשופים לאלימות או להזנחה פיסית ונפשית וגדלים, על כן, בסביבה משפחתית המחבלת בהתפתחותם התקינה ובהשתלבותם בלימודים ובחברה. ההוצאה הכוללת לתחום זה קרובה ל-650 מיליוני ש"ח במחירי 2004, היא מהווה כחמישית מכלל שירותי הרווחה ללא גמלאות הסיעוד והיא כוללת מספר מרכיבים מרכזיים:

תכניות ייחודיות לילדים בסיכון, ובהן מרכזי חירום לילדים המוצאים מביתם, בשל חשיפה לאלימות פיסית ובשל הזנחה נפשית. ב-2004 פעלו 18 מרכזים בכמה יישובים ברחבי הארץ ומופנים אליהם ילדים גם מיישובים אחרים. חלק מן הילדים, שלא ניתן להשאירם במסגרת משפחתם מופנים לפנימיות לילדים או למשפחות אומנה. האחריות לטיפול בילדים בסיכון מופקדת בידי עובדים סוציאליים, שחלקם מתפקדים כפקידי סעד המוסמכים לבצע חוקים שונים להגנת ילדים אלה.

במרבית היישובים מופעלות **תכניות לילדים ממשפחות במצוקה**, המיועדות לסייע לילדים ולתרום להתפתחותם התקינה. מדובר בהפעלת מטפחים, המסייעים לילדים באופן אישי; בהפעלת פנימיות יום, אליהן הילדים מגיעים בשעות הבוקר המוקדמות, מוסעים מהן לבתי-הספר, חוזרים אליהן לאחר תום הלימודים ושוהים בהן עד לשעות הערב; הפעלת מעונות יום רב-תכליתיים, בהם הילדים בגיל הרך שוהים עד לשעות הערב ובמועדוניות יום וצהרונים, בהם שוהים הילדים לאחר תום הלימודים עד לשעות אחר-הצהרים, ובמשפחתונים בהם שוהים ילדים בגיל הרך במשך שעות היום. עוד מופעלות משחקיות ומוצע על-ידי השירות ייעוץ פסיכיאטרי. בשנת 2004 טופלו בקהילה כ-60,000 ילדים במסגרת התכניות השונות וההוצאה לשירותים אלה עמדה על כ-200 מיליוני ש"ח. ההוצאה המופנית לקהילה עלתה מעט במונחים ריאליים ב-2005.

שירותים חוץ-קהילתיים (מוסדיים). ישנם מצבים בהם ילדים נתונים באלימות ובהזנחה פיסית ונפשית קשה ואינם יכולים להמשיך ולהתגורר בביתם. ילדים אלה מופנים על-ידי שירותי הרווחה המקומיים למסגרות חוץ-ביתיות, הכוללות פנימיות ומשפחות אומנה. ההוצאה הכוללת לתחום זה נוטלת כ-65 אחוז מכלל ההוצאות לשירותים לילדים, לאחר ששנים רבות היא הייתה גבוהה מ-70 אחוז מהן. הממשלה מפנה לטיפול המוסדי בילדים למעלה מ-400 מיליוני ש"ח, וניכרת מגמת ירידה בהיקף ההוצאה מאז שנת 2000.

יש להדגיש, שישנה מגמה בולטת של העדפת השירותים הקהילתיים ונעשה, במיוחד בשנתיים האחרונות, ניסיון לצמצם, ככל האפשר, את מספר הילדים המופנה למוסדות. במקביל מוקדש מאמץ להחזרתם לקהילה של ילדים השוהים במוסדות ולחיזוק הקשרים בין ילדים השוהים במוסדות לבין משפחתם. בשנים האחרונות אף הוקמו בכמה יישובים פנימיות קהילתיות, אליהן מועברים ילדים שביתם נמצא באותה קהילה. אמנם ילדים אלה הוצאו מחיק משפחתם, אך הם ממשיכים להתגורר בקִרבתה ולשמור על קשר. המגמה היא להרחיב בשנים הקרובות את מספרן של פנימיות אלה. בשנת 2004 שהו במוסדות כ-11,000 ילדים ובמשפחות אומנה כ-1,500.

ג. שירותים למפגרים

764 מיליוני ש"ח מופנים ב-2005 לשירותים למפגרים (מחירי 2004), וההוצאה לאוכלוסיית היעד הזו נמצאת במגמת עלייה מתמשכת ועקבית בהשוואה לשנים הקודמות. השירותים המיועדים לאנשים שהוכרו כמפגרים כוללים מרכיב קהילתי ומרכיב מוסדי כמענה לפי צורכיהם ויכולתם של המטופלים על-ידי השירותים. כ-86 אחוז מכלל ההוצאות מופנים לטיפול במוסדות וכ-14 אחוז מופנים לקהילה – השיעור המופנה לקהילה גבוה מתמיד והוא משקף עלייה נמשכת ועקבית בנתח המועבר לתכניות השונות ולטיפול לסוגיו המתבצע בקהילה. השירותים הניתנים למפגרים בקהילה נטלו כ-9 אחוזים מכלל ההוצאות בראשית שנות התשעים, כ-11 אחוזים בין 1995-1999, כ-12 אחוזים משנת 2000-2004 ובשנת 2005 שיעורם, כאמור, 14 אחוז. במונחים מוחלטים מדובר בעלייה לכדי למעלה מ-100 מיליוני ש"ח ב-2005 לעומת כ-75 מיליוני ש"ח בלבד בראשית שנות ה-2000 (במונחי מחירים קבועים של 2004).

השירותים הקהילתיים מיועדים למפגרים המתגוררים עם משפחתם והם כוללים: מרכזי אבחון, מעונות יום טיפוליים, מעונות סיעודיים

ושיקומיים, ופעוטונים לילדים קטנים (גילאי 0-3), שבחלקם ניתן לשהות עד לשעות הערב. לשירותי המפגרים ובני משפחתם ישנם מועדונים חברתיים, נופשונים, ומעש״ים (מפעלי עבודה שיקומיים) וכן קיימים שירותי מטפלות. ב-2004 טיפלו השירותים הללו ב-14,500 נפש לעומת כ-13,000 בשנת 2000.

השירותים המוסדיים (חוץ-ביתיים) כוללים מעונות, משפחות אומנה ודירות מגורים בקהילה (הוסטלים). ב-2004 התגוררו במעונות ובהוסטלים כ-8,500 מפגרים, כאשר 4 שנים קודם (ב-2000) מדובר על כ-7,500 מפגרים. ההוצאה הממשלתית המיועדת לדיירי המוסדות הללו עלתה באותן השנים מ-530 מיליוני ש״ח ב-2000 לכדי 650 מיליון ב-2005 (מחירים קבועים של 2004).

ד. שירותים לנכים

האחריות לטיפול ולסיוע לנכים בישראל מופקדת בידי שני גורמים מרכזיים: מחלקות הרווחה המקומיות והמוסד לביטוח לאומי. מחלקות הרווחה המקומיות מטפלות בנכים שמוגבלותם קשורה למחלות גופניות, לחירשות ולעיוורון, ולפגיעות אורגניות כמו נזק מוחי ולקות למידה. המוסד לביטוח לאומי מטפל בנכי תאונות עבודה ובנפגעי פעולות איבה. גורם ציבורי נוסף הפועל בתחום זה הוא משרד הביטחון, המטפל בנכים שנפגעו בעת שירותם הצבאי ובבני משפחה של חללי צה״ל.

ההוצאה של משרד הרווחה היא של כ-400 מיליוני ש״ח, כאשר מירב הנכים מטופלים בקהילה ולהם מופנה גם נתח ההוצאה הגדול יותר (כ-70 אחוז מכלל ההוצאה לנכים ומוגבלים), אך ישנם גם נכים המתגוררים במוסדות (פנימיות). אמנם הנתח העיקרי של ההוצאות מופנה לקהילה אך יש לציין כי בשירותים לנכים השיעור היה דווקא גבוה יותר בשנים קודמות. השינוי מלמד על כך, שההקצאה לנכים במוסדות עלתה בשנים האחרונות אף יותר מזו של השירותים בקהילה, ומאז 1995 היא עלתה באופן בולט מאוד וכך עלתה הרמה המוחלטת של ההקצאה הכספית לנכים במוסדות.

השירותים הקהילתיים לילדים נכים כוללים מרכזי אבחון, מעונות יום ומשפחתונים, קייטנות מיוחדות בחופשות וסייעות, המלוות את הילדים באופן אישי. לנכים מבוגרים מוצעים מרכזים לאבחון, מועדונים חברתיים, מרכזי הכשרה, מרכזים להשתלמות ושיקום מקצועי, ייעוץ והשמה תעסוקתית, מסגרות לתעסוקה נתמכת ומוגנת (מפעלים מוגנים).

שירותים ייחודים מוצעים לנכים בעלי מגבלות ספציפיות, כמו עיוורים וחרשים. ב-2004 קיבלו כ-10,000 נכים שירותים בתחום השיקום המקצועי והתעסוקתי.

השירותים החוץ-קהילתיים כוללים מעונות, משפחות אומנה, הוסטלים ומערכי דיור מוגן בקהילה. ב-2004 התגוררו במסגרות אלו כ-2,300 נכים. ההוצאה הממשלתית שהועברה לטיפול בנכים אלה במוסדות היא של כ-116 מיליוני ש"ח ב-2005, אמנם מעט נמוך בהשוואה לשנת 2004, אך ההוצאה גבוהה במונחים מוחלטים מכל יתר השנים שקדמו והיא עלתה בהדרגה מאז 1990, בייחוד עלתה ההוצאה למוסדות שאינם ממשלתיים – מוסדות אחרים[1].

ה. שירותים למשפחות ולפרטים

מדובר בשירותים להורים החסרים כישורים ויכולת לגדל את ילדיהם בצורה תקינה, למשפחות חד-הוריות הנתונות במצוקה כלכלית, למשפחות ופרטים שאינם מודעים לזכויותיהם ואינם מגיעים לבד אל הסיוע שהם זכאים לקבלו, למשפחות במצבי משבר שונים, הנובעים מאלימות, מאובדן, ממחלה, מאבטלה, ממאסר, עקב נכות והתמכרות, וכן למשפחות ולפרטים חסרי קורת גג (דרי-רחוב) וגלמודים.

השירותים כוללים ייעוץ והדרכה בחיי משפחה, הפעלת יחידות סיוע ליד בתי המשפט לענייני משפחה, מרכזים מיוחדים לטיפול בבעיות אלימות במשפחה, ובכללם מעונות מיוחדים המיועדים לשינוי התנהגות של גברים מכים, מקלטים ודירות מעבר לנשים מוכות ולילדיהן, הפעלת עובדות סמך-מקצועיות הנכנסות לבתי משפחות במצוקה ומדריכות אותן בנושאים שונים, כמו גידול וחינוך הילדים, הפעלת קו חם לאלימות במשפחה, סדנאות בנושא ניהול התקציב המשפחתי, ותכניות הדרכה לחיזוק המסוגלות ההורית ולשיפור היחסים בין בני הזוג. הפעלת מרכזים מיוחדים לסיוע למשפחות חד-הוריות ואספקת סיוע ישיר, כמו הבראה ונופש לאחר מחלה, רכישת ציוד ביתי בסיסי, ומימון צרכים רפואיים שונים, שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות.

בשנים האחרונות פותחו במספר יישובים תכניות חדשות, המתמקדות במשפחות רב-בעייתיות הנתונות במצוקה עמוקה. לא קיימים נתונים על היקפם של השירותים האלו ועל מספר המשפחות המטופל, אך עדויות שונות מצביעות על כך שהשירותים מסופקים רק למקצת מן המשפחות

[1] ראה הדיון בהמשך בהפרטת הספקת השירותים.

הנזקקות. לדוגמא במסגרת תכנית "יחדיו", המיועדת לשפר ולחזק את היכולת התפקודית של אימהות, מופעלות 60 קבוצות של נשים ב-40 יישובים בלבד. תכנית "דרור", המיועדת לחזק משפחות צעירות המצויות בראשית דרכן וניצבות בפני קשיים רבים, פועלת ב-10 יישובים ומטפלת ב-150 משפחות בלבד.

ו. שירותי תקון לנוער ולצעירים

שירותי התקון כוללים טיפול, פיקוח חברתי, שיקום ומניעה המיועדים לקטינים שעברו על החוק, ושירותי טיפול ומניעה לבני נוער וצעירים המצויים במצוקה, מתקשים לתפקד ונתונים בסכנה של הידרדרות להתנהגות סוטה ולעבריינות.

באוכלוסיית היעד של שירותים אלה נכללים בעיקר בני נוער שאינם לומדים ואינם עובדים או בני נוער הלומדים ועובדים בצורה לא סדירה; בני נוער הקשורים למסגרות חברתיות בלתי נורמטיביות ומתנהגים בצורה א-סוציאלית, שרבים מהם באים ממשפחות המאופיינות באלימות, באבטלה קשה, בבריאות לקויה של אחד מבני המשפחה (הורים, בעיקר), וקשיים שונים הנובעים מהגירה לארץ חדשה. חלק מבני נוער אלה הם עוברי חוק, חסרי בית, משתמשים בסמים, סובלים מבעיות נפשיות ומלקות למידה, משוחררים מבתי כלא או מעונות לעבריינים והם נדחים על-ידי צה"ל.

המשרד מייעד לשירותים אלה כ-225 מיליון ש"ח, במחירים קבועים של 2004. רמת הוצאה דומה נשמרת זה 4 שנים (מאז 2002) אך היא גבוהה ב-12.5 אחוז לעומת הרמה של שנת 2000, וכפולה במונחים מוחלטים לעומת 1995. השירותים נחלקים בין אלה הניתנים בקהילה (כ-60 אחוז מכלל ההוצאה ב-2005) לבין השירותים המוסדיים הנמצאים באחריות רשות חסות הנוער.

עיקר הגידול בהוצאה בשנים האחרונות הופנה לטיפול בקהילה, למניעה, לשירותים לנערות במצוקה ולשירותי המבחן לנוער.

שירות המבחן לנוער הוא שירות ממשלתי ארצי בידיו מופקד הטיפול בבני נוער וצעירים שעברו על החוק. ההוצאה המופנית לשירות מהווה כ-30 אחוז מכלל ההוצאה לשירותי התקון בשנים 1999-2005. ברמה המוחלטת מדובר בקרוב ל-70 מיליוני ש"ח במונחים קבועים של 2004.

הטיפול בבני הנוער האחרים מופקד בידי אגפי הרווחה והחינוך של הרשויות המקומיות. מדובר בהפעלה של מועדונים חברתיים, בייעוץ ובטיפול אישי, בסיוע בהשתלבות במסגרות לימוד והכשרה מקצועית

ובמיזמים תעסוקתיים, בהפניה לגורמים טיפוליים, במתן סעד משפטי, במתן תמיכה חומרית ובפיתוח תכניות הדרכה שונות, כמו סדנאות הכנה לחיים והכנה לגיוס לצה"ל, סדנאות לחיפוש עבודה, הכשרת מדריכי ספורט, תיאטרון קהילתי, מרכזי ייעוץ בנושאים שונים, כמו יחסי מין ובעיות אישיות. השירות כולל בתי קפה ייחודיים לבני נוער ומקלטים לבני נוער חסרי בית.

שירותים קהילתיים ייחודיים מסופקים לנערות במצוקה, הם מעניקים לנערות ייעוץ וטיפול במסגרות פרטניות וקבוצתיות, מספקים דירות מעבר לנערות, הזקוקות לסיוע אינטנסיבי ומקלטים לנערות חסרות בית. ההוצאות שהופנו בשנים האחרונות לשירות זה מצביעות על גידול. השירות הוא אחד הבולטים מבין תחומי ההוצאה של שירותי התקון ומופנים אליו 40 מיליוני ש"ח ב-2005 (לעומת 33 ב-2003, 21 ב- 1998 ו-15 בלבד ב-1995). עם זאת, הנתונים על מספר הנערים והנערות המקבלים שירותים הם חלקיים, ועדויות שונות, כמו דוחות של מבקר המדינה, מצביעות על כך שהשירותים מגיעים רק למקצת מאלו הזקוקים להם.

ז. שירותים לאוכלוסיות נוספת

שירותים נוספים כוללים טיפול בנפגעי סמים ובמכורים לאלכוהול, הכולל אבחון, הפעלת תכניות גמילה שונות בתוך הקהילה ומחוצה לה, והמשך טיפול ומעקב לאחר שלב הגמילה, המיועד לסייע לנגמלים להשתחרר מכבלי הסמים והטיפה המרה ולהשתלב בקהילה; שירותים לדרי-רחוב, בעיקר בתל-אביב-יפו. מדובר במתן מקום מגורים זמני, באספקת מזון, טיפול אישי, ייעוץ, אספקת מידע וסיוע בהשגת מקום מגורים קבוע; וכן שירותים ייחודיים לאסירים משוחררים, לעולים חדשים ולעובדים זרים (בעיקר בתל-אביב יפו), הכוללים בעיקר ייעוץ ומידע.

ח. עבודה קהילתית

העבודה הקהילתית היא שיטת עבודה המופעלת כמעט בכל היישובים בישראל ומבקשת לחזק את יכולתה של הקהילה להתמודד בהצלחה עם בעיותיה החברתיות והכלכליות. העבודה הקהילתית מתמקדת בעיקר באיתור צרכים של אוכלוסיות שונות ובמתן מידע על כך לשירותים החברתיים הרלוונטיים, בתכנון ופיתוח שירותים המיועדים לספק מענה הולם לצרכים שונים, בעידוד שינוי בארגוני שירות קהילתיים במגמה

לשפר את תפקודם ואת יכולתם לספק מענים הולמים לצורכי אוכלוסיות שונות, הגברת המודעות של משפחות ופרטים לזכויותיהם ולשירותים הזמינים בעבורם, עידוד הקמת ארגונים וולונטריים מקומיים שיעסקו הן באספקת שירותים שונים, והן בפעילות סנגור, המבקשת להתריע על קיום צרכים שונים שאינם זוכים למענה הולם ולתבוע ממערכות השירותים לטפל בהן בצורה הולמת.

העבודה הקהילתית פועלת להעצמת תושבי הקהילה ולהגברת השתתפותם בקביעת המדיניות ובתכנון השירותים החברתיים המיועדים להם, חיזוק שיתוף הפעולה בין גורמים קהילתיים שונים, והגברת הסולידריות הקהילתיות והנכונות של התושבים לתרום לקהילתם.

בכל תחומי השירות הללו מעורבים הן מחלקות הרווחה המקומית, והן ארגונים וולונטריים וארגונים פרטיים-עסקיים, העוסקים באספקת חלק ניכר משירותי הרווחה.

3. סוגיות מרכזיות בתחום הרווחה

סקירת שירותי הרווחה האישיים מצביעה על כמה סוגיות מרכזיות המחייבות התייחסות. סוגיות אלו יתוארו בקצרה להלן ושלוש מהן ייבחנו בהמשך ביתר הרחבה.

א. המעורבות של שירותי הרווחה האישיים נוגעת למגוון רחב של צרכים ובעיות של האוכלוסיות המטופלות. השירותים מסייעים לאוכלוסיות רבות המהוות את החוליות החלשות והפגיעות ביותר בחברה הישראלית. הם ניצבים בפני האתגר המתמיד של הבחנה בין צרכים שונים שחלקם דחופים וחיוניים ביותר ומחייבים מענה מיידי, וקביעת סדרי עדיפויות בהקצאת השירותים. השאלה המחייבת בחינה בהקשר זה האם אכן קיימת מדיניות המתווה סדר עדיפויות ואם כן, כיצד היא נקבעה?

ב. אי-הלימה בין היקף הצרכים אשר יש לענות עליהם לבין המשאבים. נתונים שונים מצביעים על גידול מתמיד בהיקף האוכלוסיות הנזקקות לסיוע משירותי הרווחה. הגידול נובע משינויים דמוגרפיים, החמרה במצב הכלכלי של משפחות רבות, עלייה לארץ ומודעות ציבורית גוברת לקיומם של צרכים שונים. היקף המשאבים העומד לרשות השירותים אינו משקף גידול זה. בנוסף לקיצוצים שחלו בהוצאה הממשלתית בחלק מתחומי השירות חל צמצום גם בהוצאה המקומית לרווחה ברבות מהרשויות המקומיות. קיצוצים אלו מקשים על מערכת השירותים לספק מענה הולם לצרכני השירות, ובעיקר למשפחות עניות, לילדים ולבני נוער.

ג. מעורבות מספר רב של ארגונים ברמה הארצית והמקומית באספקת השירותים. באספקת השירותים מעורבים מספר משרדי ממשלה ואגפים שונים בתוכם, הרשויות המקומיות, ומספר רב של ארגונים וולונטריים ועסקיים. בנוסף להם פועלות רשתות תמיכה לא-פורמליות, כמו קבוצות לעזרה עצמית. ריבוי הארגונים הואץ בעקבות הפרטת אספקת רבים משירותי הרווחה הממלכתיים והעירוניים. לתופעת ריבוי הארגונים השלכות שונות, חלקן חיוביות, לדוגמא גידול בהיצע השירותים ובאפשרויות הבחירה של הצרכנים וחלקן שליליות, לדוגמא היווצרות תחרות חריפה וחוסר תיאום בין הארגונים. עד כה לא ניתנה תשומת לב מספקת להשלכות של התופעה ולדרכי ההתמודדות עימן (תופעה זו והשלכותיה נדונו בהרחבה בדו"ח השנתי הקודם של המרכז[2]).

ד. יחסי הגומלין בין משרד הרווחה ואגפי הרווחה. יחסי הגומלין מורכבים ביותר ומאופיינים במידה רבה של אי-בהירות באשר לחלוקת העבודה והסמכויות בין שני גורמים אלו. ליחסים אלו השפעה רבה על צביונם ותפקודם של שירותי הרווחה המקומיים (ראה הרחבה בסוגיה בסעיף 3).

ה. הפרטת אספקת שירותי הרווחה. בשירותי הרווחה חל בשנים האחרונות תהליך מואץ של הפרטה, במסגרתו הועברה האחריות לאספקת שירותים ממלכתיים ועירוניים רבים לארגונים לא-ממשלתיים. תהליך זה מעלה שאלות רבות באשר להשפעתו על היבטים שונים של שירותי הרווחה, כמו: יחסי הגומלין בין הארגונים השונים, איכות, מקצועיות, שוויוניות, רציפות האספקה וכדומה. הממשלה והרשויות המקומיות ממשיכות לעודד תהליך זה ולייישמו, אך עד כה לא נעשתה הערכה שיטתית של השפעותיו על שירותי הרווחה האישיים.

ו. התשתית החוקית של שירותי הרווחה. שירותי הרווחה שונים זה מזה במידת עיגונם בתשתית חוקית. חלקם מעוגנים בחוקים מעניקים חלקם בחוקים הגנתיים וחלקם חסרים כל תשתית חוקית. יש לכך השלכות לא מעטות על היקף השירותים המוקצים לאוכלוסיות שונות ואיכותם.

ז. העדר שוויוניות בין יישובים בהיקף שירותי הרווחה ובאיכותם. גורמים שונים אחראיים לחוסר השוויוניות בין יישובים בהיקף ובאיכות השירותים: השתתפות ממשלתית ומקומית לא-אחידה בתקציבי הרווחה המקומיים, שוני במספר הארגונים הוולונטריים הפועלים ביישובים

---

[2] קופ, י. (עורך), (2004), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2004**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, נובמבר.

שונים ובהיקף פעילותם, והתייחסות מקומית שונה לפיתוח שירותי הרווחה. אי-השוויון בולט במיוחד בפערים הניכרים הקיימים בין יישובים יהודים וערבים, אך גם בין יישובים שונים במגזר יהודי. מצב זה אינו עולה בקנה אחד עם העיקרון שפרטים ומשפחות בעלי צרכים חיוניים יקבלו שירותים דומים ללא קשר למקום מגוריהם ולמסגרת ההשתייכות שלהם.

ח. מעורבות שירותי הרווחה בהתמודדות עם העוני. שיעורי העוני הגבוהים מהווים את אחת הבעיות המרכזיות של החברה הישראלית. אמנם שירותי הרווחה המקומיים מתמודדים עם מגוון רחב של בעיות, שבחלקן הן תוצאה של מצב עוני, אך מידת מעורבותם כיזמי וכמבצעי תכניות שונות, המתמקדות בגורמי העוני, היא חלקית. לדוגמא: אגפי רווחה מעטים פיתחו בשנים האחרונות מיזמים המיועדים לסייע למובטלים להשתלב בעבודה. השאלה היא, כיצד אגפי הרווחה יכולים למלא תפקיד מרכזי ומשמעותי יותר, לא רק בטיפול בתוצאות העוני אלא גם בחילוץ פרטים ומשפחות ממצב זה.

ט. פערים בהיקף ובהתפתחות תחומי שירות שונים. במהלך השנים נוצרו פערים, בהיקף ובהתפתחות של תחומי שירות שונים. פערים אלו משתקפים בהשוואה בין שירותים לאוכלוסיות שונות לפי כמה קני מידה: היקף התקציבים, מספר העובדים, היקף השירותים וקצב התפתחותם. פערים אלו אינם בהכרח תוצאה של שוני בחיוניות ובדחיפות של צורכי האוכלוסיות השונות, אלא של גורמים אחרים, ועל כן היווצרותם מחייבת בחינה.

י. שירותים בעין ושירותים בכסף. מדפוסי ההוצאה הממשלתית לנושאים חברתיים שונים מתגלה פער גדול בין ההוצאה לקצבאות (שירותים בכסף) לבין ההוצאה לשירותים ישירים (שירותים בעין). כך נמצא בשירותים לזקנים, לילדים ולנכים. לדוגמא, ההוצאה לקצבאות ילדים ב-2005 היא כ-4.5 מיליארד ש"ח ולשירותים לילדים כ-640 מיליון ש"ח – השאלה היא, האם לא רצוי לשנות את היחס ולהקצות משאבים רבים יותר לשירותים ישירים שיינתנו לילדים.

י"א. שירותים קהילתיים מול שירותים מוסדיים. משרד הרווחה אימץ זה מכבר מדיניות של "פנים לקהילה". היישום המעשי של מדיניות זו מצא ביטוי מובהק בהחלטה, לקבוע פרק זמן מקסימלי לשהייה של ילדים במוסדות, תוך שימוש במשאבים שנחסכו (לא הועברו למוסדות) לצורך פיתוח שירותים בקהילה. הערעורים על החלטה זו, שהועלו על-ידי

בעלי מקצוע וגורמים נוספים, מצביעים על הצורך בדיון מעמיק בהיבטים השונים של הסוגיה, שישמש בסיס לקביעת מדיניות ברורה בתחום זה.

י"ב. פעילות בסביבה רווית שינויים. שירותי הרווחה פועלים בסביבה המאופיינת על-ידי שינויים כלכליים, תרבותיים, ערכיים ופוליטיים, המשפיעים על המשאבים העומדים לרשותם ועל יכולתם למלא את תפקידיהם בצורה הולמת. שינויים אלו מחייבים היערכות של השירותים תוך הכנסה מתמדת של שינויים במבנה שלהם ובדפוסי תפקודם.

י"ג. מעורבות מוגבלת של צרכנים. מערכת שירותי הרווחה רוויה בארגונים, אך רק מקצתם מייצגים את הצרכנים ומבטאים את צורכיהם, ועל כן השפעתם של הצרכנים עצמם על שירותי הרווחה מוגבלת.

שלוש מסוגיות אלו ידונו ביתר הרחבה להלן.

א. חלוקת העבודה והסמכויות בין הממשלה והרשויות המקומיות

מחלקות הרווחה פועלות ברשויות המקומיות מתוקף החוק, הן הגורם העיקרי האחראי להספקת שירותי רווחה לאוכלוסיות שונות של נזקקים. בהספקה הישירה של השירותים מעורבות גם עמותות וחברות עסקיות-פרטיות. רוב המימון הוא ממשלתי, באמצעות ההשתתפות המיועדת של משרד הרווחה בתקציבי הרווחה של הרשויות המקומיות.

ההשתתפות הממשלתית המיועדת אמורה לכסות 75 אחוז מתקציבי הרווחה של הרשויות, ואילו החלק הנותר ממומן על-ידי הרשויות המקומיות ממקורותיהן העצמיים וממענק משרד הפנים, הניתן למרביתן. הטענה של משרד הרווחה היא, שההקצאה לרשויות המקומיות נקבעת על פי אמות-מידה אחידות בהתחשב בתכונות הכלכליות, החברתיות והדמוגרפיות של אוכלוסיית היישובים.

תקציב הרווחה של כל רשות מקומית כולל חלוקה מפורטת לסעיפים מרכזיים ולסעיפי משנה. הרשות חייבת לפעול על פי סעיפי התקציב והיא אינה רשאית להעביר כספים מסעיף לסעיף. רשות שהוצאותיה חרגו מן התקציב בסעיף כלשהו חייבת לכסות את החריגה ממקורותיה. השתתפות הממשלה בתקציבי הרשויות נעשית באופן הדרגתי ועל בסיס חודשי. המעקב אחר פעילות הרשויות במישור הכספי נעשה באמצעות מפקחים היושבים בארבעת הלשכות המחוזיות של משרד הרווחה ובמשרד המרכזי.

שיטת תקצוב ומעקב זו מעניקה לממשלה מידה רבה של שליטה על פעילויות הרווחה של הרשויות המקומיות. יחד עם זאת, הרשויות

רשאיות להקצות לנושאי רווחה משאבים כספיים נוספים ממקורותיהן העצמיים וממקורות אחרים, ואכן, רבות מן הרשויות חורגות כלפי מעלה העצמית גבוהה מ-25 אחוז. שיעורי ההשתתפות של הרשויות עצמן בתקציבי הרווחה משתנה מיישוב ליישוב ומשנה לשנה.

השפעת הממשלה על פעילות מחלקות הרווחה המקומיות נובעת לא רק מתפקידה כגורם מממן, אלא גם מאחריותה על ביצוע ומימוש החוקים החברתיים. החוקים מכתיבים את דפוסי הפעילות של מחלקות הרווחה בתחומים כמו הגנת ילדים בסיכון, מניעת אלימות במשפחה וכו׳. אמנם ביצוע המטלות הקבועות בחוקים אלה נעשה באמצעות הרשויות המקומיות, אך הממשלה ממנה את העובדים העוסקים במימוש החוקים (פקידי סעד) והיא אחראית על הפיקוח עליהם.

הוראות התע״ס (תקנות עבודה סוציאלית) הן אמצעי נוסף להכוונת הפעילות במחלקות הרווחה המקומיות על-ידי הממשלה. ההוראות נשלחות מעת לעת על-ידי מנכ״ל משרד הרווחה לכל מחלקות הרווחה. הן מבטאות את מדיניות המשרד ואת הנחיותיו ודרישותיו, הן באשר למבנה ולתפקוד המחלקות המקומיות ועובדיהן, והן באשר לשירותים שיש לספק לתושבים. רבות מן ההחלטות המקצועיות והמנהליות המתקבלות ומבוצעות ברמה המקומית מבוססות על תקנות אלה.

לחלוקת עבודה זו בין הממשלה והרשויות המקומיות יש כמה השפעות:

1) הרשויות אחראיות להספקת מגוון רחב של שירותים אך אין להן שליטה מלאה על עיצוב השירותים ועל רוב המשאבים הנדרשים לצורך הפעלתם. לעומת זאת, הממשלה אחראית להקצאת רוב המשאבים לשירותים אלה, ולקביעת רבים מדפוסי הפעולה של מחלקות הרווחה המקומיות, אך היא איננה אחראית להספקתם. מצב זה יוצר מידה רבה של עמימות ולעיתים גם חיכוכים ביחסים בין שני הגורמים.

2) גורמים ממשלתיים טוענים אמנם שהתמיכה הממשלתית לתקציבי הרווחה המקומיים מבוססת על קריטריונים אחידים, שנועדו להביא להקצאה הוגנת ושוויונית בין יישובים. אבל נראה, שמעורבותם של גורמים נוספים – קשרים פוליטיים ומקצועיים בין גורמים מקומיים וממשלתיים, יוזמות מקומיות הזוכות לתמיכה ממשלתית, לחצים של גורמים מקומיים על הממשלה ודפוסי הקצאה שהתגבשו ונוצקו במהלך השנים – הביאה להיווצרות פערים, לעיתים גדולים, בגובה ההשתתפות הממשלתית בתקציבי הרווחה של יישובים שונים וכתוצאה מכך גם בהיקף ובאיכות השירותים הנגישים לאוכלוסייתם.

3) הפערים בין יישובים אף מתרחבים, בשל קיום רמות שונות של השתתפות מקומית במימון תקציבים אלה. השוני בהיקף ההשתתפות המקומית נובע מגורמים שונים, כמו מדיניות ראשי היישובים בנושא הרווחה, חוסנה הכלכלי של הרשות ויכולתה לגייס משאבים, המעמד, ההשפעה וכושר היזמות של מחלקות הרווחה המקומיות ושל גורמים מקומיים נוספים.

ההסדרים הנוכחיים של חלוקת העבודה בין השלטון המרכזי והמקומי בתחום שירותי הרווחה האישיים עמוסים אפוא בעיות שונות, המשפיעות על תפקוד מחלקות הרווחה המקומיות. לדוגמא, אחת השאלות המרכזיות הנובעות מן הדיון היא, האם יש להעניק לרשויות המקומיות אוטונומיה בניהול שירותי הרווחה ולשחררן מהתלות בממשלה? ישנם טיעונים בעד ונגד בסוגיה זו (ראה לוח 1 בעמוד הבא).

המחלוקת על חלוקת העבודה והסמכויות בין הממשלה והרשויות המקומיות בתחום הרווחה היא אפוא מורכבת ונוגעת בשאלות עקרוניות ופרקטיות, הניצבות היום במוקד הדיונים על דמותה של מדינת הרווחה הישראלית ועל תפקידם של שירותי הרווחה המקומיים.סוגיה זו נדונה כבר בעבר והיא חייבת לתפוס מקום מרכזי בדיונים על עיצוב מערכת שירותי רווחה מקומיים, שתוכל להתמודד טוב יותר עם האתגרים הרבים הניצבים בפניה.

המלצות עיקריות:

1) מוצע להעניק אוטונומיה למחלקות רווחה מקומיות, המאופיינות בנכונות של המנהיגות הפוליטית והמקצועית לקבל אוטונומיה, ברמה מקצועית גבוהה הולמת, בהשתתפות מקומית גבוהה בתקציבי הרווחה המקומיים וברשת מפותחת של ארגונים מקומיים הפועלים בתחום הרווחה.

2) יש להאיץ הנהגת סל שירותי רווחה, המעוגן בחוק וממומן על-ידי המדינה. צעד זה יבטיח רמה אחידה של שירותי רווחה בסיסיים בכל היישובים, והוא יאפשר לרשויות מקומיות לפתח שירותים מעבר לסל הבסיסי (ראה להלן דיון רחב יותר בסוגיה זו).

לוח 1. בעד ונגד אוטונומיה לרשויות המקומיות בתחום שירותי הרווחה

בעד	נגד
* אוטונומיה משקפת את התפיסה הקהילתית לפיה הקהילה המקומית מכירה טוב ביותר את צורכי התושבים, ועל כן היא יכולה לעצב שירותים ולקבוע סדרי עדיפויות ודפוסי פעולה שיתנו מענה הולם לצרכים אלו. * ברבות ממחלקות הרווחה המקומיות צמחה מנהיגות מקומית (לעתים מתוך ארגונים ציבוריים), בעלת שיעור קומה, והתפתחו צוותי עבודה מנוסים המעוניינים ומסוגלים לקבל על עצמם אחריות לעיצוב ולהכוונת השירותים. * אוטונומיה תתרום לעידוד היזמות המקומית שתתבטא בפיתוח שירותים חדשים ובגיוס משאבים לצורך מימונם * הפחתת התלות של הרשויות בממשלה עשויה לעודדן לגלות אחריות רבה יותר ולייעל השימוש במשאבים העומדים לרשותן. * אוטונומיה מקומית עשויה לתרום לפיתוח קשרי הגומלין בין ארגונים שונים בקהילה ולעודד מעורבות רבה יותר של צרכנים.	* מעורבות ממשלתית משמעותית בהכוונת השירותים המקומיים מאפשרת עיצוב ויישום סטנדרטיים לאומיים, המאפשרים השגת שוויוניות רבה יותר בהקצאת שירותי רווחה חיוניים לאוכלוסיות נזקקות, המתגוררות ביישובים שונים ומניעת פערים ניכרים בין יישובים, כתוצאה מהיקף הקצאת המשאבים המקומיים, מהבדל בגישת המנהיגות המקומית לנושאי רווחה – אוטונומיה מקומית עשויה אפוא לפגוע במיוחד ביישובים חלשים החסרים תשתית כלכלית וארגונית הולמת. * אוטונומיה מקומית עלולה לפגוע באחריות המדינה לנושאים חברתיים ולשמן את דרכה של מדיניות כלכלית חברתית התומכת בקיצוץ ההוצאה הממשלתית לנושאי רווחה. * מעורבות ממשלתית בשירותי הרווחה המקומיים עשויה לחזק את כוחן של מחלקות הרווחה המקומיות מול גורמים מקומיים המבקשים לצמצם את ההוצאה המקומית לנושאי רווחה. * השפעה ממשלתית עשויה להקל על פיתוח שירותים משותפים לכמה יישובים ברמה אזורית.

ב. עיצוב סל שירותי רווחה ועיגונו בתשתית חוקית

חוקים רבים מחייבים היום את פועלם של שירותי הרווחה המקומיים. התשתית החוקית כוללת את חוק שירותי הסעד תשי"ח-1958; חוק הנוער טיפול והשגחה, תש"ך-1960; החוק למניעת אלימות במשפחה תשכ"א-1961; חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות תשכ"ב-1962; חוק ההגנה על חוסים, תשכ"ו-1966; וחוק ביטוח סיעוד תשנ"ו-1996.

חוקים אלו ואחרים מתייחסים למגוון רחב של תחומים, כמו: שירותי טיפול ביתי לקשישים מוגבלים, טיפול בילדים בסיכון, סיוע לנשים מוכות, טיפול במפגרים ובנכים, הגנה על דיירים במעונות וטיפול בנערים על סף הידרדרות. למרות ההיקף הרחב של הצרכים והבעיות הנכללים בחוקים אלה, ישנם עדיין תחומים לא מעטים של שירותי הרווחה, אשר נותרו ללא תשתית חוקית. מדובר בעיקר בשירותי הטיפול הביתי בקשישים, שזכאותם לא הוכרה בחוק ביטוח סיעוד; בהענקת עזרה מסוגים שונים לנזקקים (הסעות לטיפולים רפואיים, הספקת אביזרי ריהוט בסיסיים, שיפוץ דיור וכו'), ובשירותי הטיפול במכורים לסמים ולאלכוהול.

דומה שמידת החיוניות של רבים מן הצרכים, שאינם מכוסים בחקיקה, אינה נופלת מזו של הצרכים שהחוקים מספקים להם מענה. ראוי אף לציין, כי מרבית החוקים בהם מדובר הם חוקים הגנתיים, המחייבים אמנם הענקת סיוע לנזקקים (ילדים בסיכון, נשים מוכות ועוד), אך אינם מפרטים לגבי השירותים הנובעים מתוקף החוק באופן קונקרטי, בדרך-כלל.

הרחבת החקיקה, במטרה לכלול בתוכה תחומי צרכים נוספים ולהגדיר בצורה ברורה את סל השירותים המתחייב ממנה, היא סוגיה מרכזית על סדר יומם של גורמי ממשלה ומקצוע שונים. גורמים אלה נחלקים בין אלה הדוגלים בהרחבת החקיקה הסוציאלית ובקביעת סל רחב של שירותי רווחה שיענה למגוון רחב של צרכים, ובין אלה המסתייגים מהתרחבות הסל וגורסים, שיש להימנע מאישור והפעלה של חוקים חדשים ושיש אף לנסות ולצמצם את היקפם של חוקים קיימים.

היתרונות והחסרונות העיקריים מוצגים להלן בלוח 2. הם מתמצתים דיונים רבים שהתקיימו בנושא זה.

לוח 2. יתרונות וחסרונות של סל כוללני של שירותי רווחה המעוגן בחוק

יתרונות	חסרונות
* מתן ביטוי למחויבות המדינה לספק מענה הולם לצרכים חיוניים של האוכלוסייה. * אספקת שירותים על בסיס שוויוני ואחיד לנזקקים, ללא קשר למקום המגורים ולהשתייכות הדתית-חברתית והתרבותית. * הגברת הכיסוי של אוכלוסיות בעלות צרכים. * הגברת מודעות האזרחים לכך שקבלת שירותים המספקים מענה לצרכים היא זכות בסיסית.	* הכנסת מידה רבה של נוקשות לזירה, שהמבנה שלה (גיוון רב באוכלוסיות ובצרכים) דווקא מחייב גמישות רבה. * שינוי באופי העבודה של העובדים הסוציאליים, הפיכתם למבצעי חוקים ונהלים שונים וצמצום יכולתם לקבל החלטות המבוססות על שיקול דעת מקצועי. * הגברת התלות של אזרחי המדינה בשירותים ממלכתיים ועירוניים. * גידול השימוש בשירותי רווחה ועל כן גם בהוצאות המדינה המיועדות לכך. * הנהגת סל שירותי רווחה עשוי לגרום להתרכזות מחלקות הרווחה בשירותים אלו ולצמצם את פעילותם בשירותים שאינם כלולים בסל.

הרחבת החקיקה ועיצוב סל כוללני של שירותי רווחה עשויים אפוא לענות על כמה מהבעיות המרכזיות הניצבות בפני שירותי הרווחה, כמו: חוסר היכולת להגיע לאוכלוסיות רבות, הנזקקות לשירותים, ובהן ילדים ובני נוער במצבי סיכון, והשתתפות דלילה של פרטים ומשפחות בעלות צרכים בתכניות שונות, שהוכיחו את יעילותן (תכנית "דרור" ותכנית "יחדיו", למשל, המיועדות למשפחות במצוקה).

לעומת זאת, שירותי הסיעוד הביתי הניתנים על בסיס החוק, המקנה לזקנים מוגבלים סל של שירותי טיפול ביתי, מכסים היום, למעשה, את כל הזקנים הזכאים לקבל שירות זה. שירותים אלה ואופן התפתחותם מספקים עדות לכמה מן הטיעונים של המסתייגים מהרחבת החקיקה, דווקא. הללו התייחסו לגידול הניכר של ההוצאה הממשלתית ולהטיית המשאבים אל הנושאים המעוגנים בחקיקה – ההוצאה לשירותי סיעוד בלבד מהווה כ-40 אחוז מן ההוצאה הכוללת לרווחה. אין ספק, אם שירותי רווחה נוספים יעוגנו בחקיקה הדבר יחייב גידול ניכר בכלל ההוצאה לשירותי רווחה אישיים. משמעות הדבר, שהמימוש המלא של הנהגת סל שירותי רווחה ייבלם מפני היקף המשאבים המופנה אל התחום.

המלצה: כדי לקדם את השירותים הראויים, במגבלות הצפויות של נתח התקציב המופנה לרווחה, יש לחתור ליישום הדרגתי של סל שירותים על אוכלוסיות נוספות, כמו ילדים, תוך שימוש בחלק מהמשאבים שקוצצו מקצבאות הילדים. יש להבטיח שיישום הדרגתי של סל שירותים המעוגן בחוק, לא יפגע בשירותים חיוניים שטרם עוגנו בתשתית חוקיו.

ג. הפרטת אספקת שירותי הרווחה האישיים

בשנים האחרונות הולך וגובר תהליך ההפרטה של אספקת שירותי הרווחה ברמה הממלכתית והעירונית. הארגונים הלא-ממשלתיים, ובהם עמותות (מלכ"רים) וארגונים פרטיים עסקיים, ממלאים תפקיד מרכזי באספקת השירותים. בתחום השירותים לזקנים מספקים ארגונים אלו את מירב השירותים המוסדיים והקהילתיים, ובכללם שירותי הסיעוד הביתי, השירות במרכזי היום, הקהילות התומכות והמועדונים החברתיים.

בתחומי השירות לילדים, השירותים לבני הנוער לנכים ולמפגרים מתקבלת תמונה דומה. כמעט כל השירותים המוסדיים לאוכלוסיות אלו נמצאים בבעלות של עמותות וארגונים פרטיים עסקיים. גם השירותים הקהילתיים, המשפחתונים, הצהרונים ושירותי האומנה לילדים, מרכזי החירום לטיפול בילדים בסיכון, מרכזי הקשר של ילדים-הורים, ומועדונים והוסטלים למפגרים ולנכים מופעלים על-ידי ארגונים לא-ממשלתיים.

העוצמה והבולטות של תהליך זה משתקפים גם בעובדה שמרבית התקציב הממשלתי המיועד לשירותי רווחה אישיים מופנה לתשלום לארגונים לא-ממשלתיים, המשמשים למעשה זרוע ביצוע לאספקת השירותים. עם זאת, לממשלה ולרשויות המקומיות נשמר התפקיד של פיקוח ושליטה על השירותים בשל מימון השירותים, בשל המעורבות בעיצוב תוכנם, בקביעת הזכאים לקבלתם ובבקרה על תפקוד הארגונים.

מרכזיותו של תהליך ההפרטה אספקת שירותי הרווחה האישיים מחייבת בחינה של אחת השאלות המרכזיות: האם יש להאיץ את התהליך, להרחיב את היקפו ולהחילו על שירותי רווחה נוספים, המסופקים עדיין על-ידי הממשלה והרשויות המקומיות, או שמא יש לבולמו או אף לצמצמו תוך חיזוק מעורבות המגזר הציבורי באספקת השירותים. בלוח 3 אנו פורסים את הנימוקים של בעלי שתי הגישות.

לוח 3. היתרונות והחסרונות המיוחסים להפרטה החלקית

יתרונות

* צמצום כשלים המאפיינים ארגונים ממשלתיים (פוליטיזציה, ביורוקרטיזציה, חוסר יעילות וכדומה).
* מתן אפשרויות בחירה לצרכנים.
* שיפור איכות השירותים בשל תחרות בין ארגונים המספקים שירותים.
*הגברת יעילות אספקת השירותים.
* הפחתת עלות אספקת השירותים המאפשרת צמצום הוצאות הממשלה.
* הרחבת היקף השירותים המסופקים לאזרחים בשל כניסת ארגונים נוספים לזירה.
* מיצוי הפוטנציאל החברתי הגלום בקהילות (התארגנויות וולונטריות, מתנדבים).
* התרכזות ארגונים ממשלתיים בקביעת מדיניות, בבקרה ובתיאום ושחרורם מהנטל הכרוך באספקת השירותים.
* גיוסי משאבים נוספים. (כספים ומתנדבים).

חסרונות

* סלילת הדרך לנסיגת הממשלה ממעורבותה בשירותי הרווחה.
* תחרות מוגבלת או לחילופין תחרות חריפה בין ספקי השירותים.
* אפשרויות בחירה מצומצמות לצרכנים.
* ריבוי ארגונים היוצר מערכת מורכבת ומפוצלת המאופיינת בכפילות של השירותים ומקשה על תיאום ובקרה.
* רמת שכר ותנאי עבודה ירודים של עובדים בארגונים המספקים שירותים (אחד ההסברים העיקריים לקיטון בעלות השירותים).
* אפשרות של גידול בעלות השירותים הנובע מגידול במספר העובדים במשרדי הממשלה העוסקים בבקרה ובתיאום, ומלחצים של ספקי השירותים, התובעים תשלום גבוה יותר עבור השירותים אותם הם מספקים.
* אי נכונות של ארגונים לא-ממשלתיים לספק שירותים ממלכתיים ועירוניים.
* חוסר התמדה והמשכיות באספקת השירותים על ידי ארגונים לא ממשלתיים.
* שחיקת המאפיינים הייחודיים של ארגונים וולונטריים וארגונים פרטיים-עסקיים.
* יכולת מוגבלת של משרדי הממשלה והרשויות המקומיות לכוון ולבקר את זירה הרוויה בארגונים רבים.
* שינויים מהותיים בתפקיד המקצועי של עובדי מחלקות הרווחה, הפוגעים בשביעות רצונם.

הטיעונים בשבח ובגנות הפרטת השירותים מצביעים על ההשלכות האפשריות של כל אחד מהכיוונים. מתוכם עולות כמה שאלות איתן ראוי להתמודד:

* מהי היכולת של הארגונים הלא-ממשלתיים לספק שירותים ממלכתיים ועירוניים בהיקף נרחב ולהתמיד בכך לאורך זמן?
* באיזו מידה מצליחים הארגונים הלא-ממשלתיים לספק שירותים לזכאים?
* מהי מידת השוויוניות בהקצאת השירותים בהשוואת המרכז והפריפריה?
* כיצד משפיעה ההפרטה על אפשרויות הבחירה של הצרכנים?
* מהי איכות השירותים המסופקים על-ידי הארגונים הלא-ממשלתיים?
* האם ההפרטה אכן מגבירה את התחרות בין הארגונים? ואם כן, מהי אופייה של תחרות זו?
* האם השירותים המסופקים על-ידי ארגונים לא-ממשלתיים זולים יותר בהשוואה לשירותים הממשלתיים או שירותי הרשויות המקומיות?
* כיצד משפיעה ההפרטה על היצע השירותים וגיוונם?
* כיצד משפיעה ההפרטה על תפקידם וכוחם של הארגונים השונים המעורבים בה – המשרדים הממשלתיים, הרשויות המקומיות, הארגונים הוולונטריים והארגונים הפרטיים-עסקיים – האם היא משנה את דפוסי הפעולה המקובלים?
* כיצד משפיעה ההפרטה על עובדי מחלקות הרווחה והתפקידים שהם ממלאים.
* כיצד משפיע ריבוי הארגונים המספקים שירותים על מערכת שירותי הרווחה?

מחקרים שבחנו את תוצאות ההפרטה בשירותי הסיעוד הקהילתיים והמוסדיים לזקנים ובשירותים המוסדיים למפגרים מספקים תשובה חלקית לשאלות אלו. התמונה המתקבלת ממחקרים אלו מחזקת רבים מטיעוני התומכים בהפרטה, אך דיווחים שונים מצביעים גם על כמה סיכונים הכרוכים במימוש מדיניות זו.

המלצה: ההפרטה מהווה מרכיב כה מרכזי בפעילות שירותי הרווחה האישיים ועל כן היא מחייבת בחינה שיטתית, שתאפשר עיצוב מדיניות ברורה ושיטתית בתחום זה.

תשלומי העברה – קצבאות הביטוח הלאומי

1. קצבאות והמדיניות החברתית

תשלומי ההעברה של המוסד לביטוח לאומי מהווים מכשיר התערבות מרכזי של הממשלה להקטנת אי-השוויון במשק ולצמצום היקפי העוני. הם ניתנים ברובם כתמיכה כספית לשימוש של המקבלים לפי צורכיהם והעדפותיהם. חלק מהקצבאות ניתנות באופן אוניברסלי (קצבאות זיקנה וילדים), והאחרות מותנות בעמידה בקריטריונים ובמבחנים מוקדמים (כמו, למשל, הבטחת הכנסה וביטוח אבטלה). במהלך השנים האחרונות חל כרסום בקצבאות במסגרת מאמצי הממשלה לצמצם את התקציב בכלל, ואת התקציב החברתי בפרט. הקיצוצים הבולטים היו בקצבאות המיועדות לאוכלוסייה בגיל העבודה: קצבאות ילדים, הבטחת הכנסה ודמי אבטלה. גמלאות סיעוד, מזונות, מענקי לידה ונפגעי עבודה צומצמו בחלקן, ואילו קצבת הנכות כמעט שלא נפגעה במהלך התקופה הנסקרת.

מעל ומעבר לשינויי החקיקה, שני תחומים השפיעו בעשורים האחרונים על התפתחות תשלומי ההעברה: תמורות דמוגרפיות מצד אחד ושינויים בשוק העבודה מצד שני.

ההתפתחויות הדמוגרפיות העיקריות היו גלי העלייה לישראל, והתארכות תוחלת החיים, שבעקבותיהם ירד חלקם היחסי של הילדים באוכלוסייה ועלה משקלם של הקשישים. עליית שיעורי הגירושים ושיעור המשפחות החד-הוריות הביאו לגידול בהיקפם של התגמולים המופנים לקבוצות אלו (דמי מזונות והבטחת הכנסה). הגעתם של עולים רבים והעובדה ששיעורי הקשישים והמשפחות החד-הוריות בקרבם גבוהים יחסית ואילו שיעור הילדים נמוך, יחסית, לצד קשיי הקליטה וההשתלבות בשוק העבודה ביחד עם אי-צבירת זכויות פנסיה תעסוקתית בקרב קבוצות אלו – כל אלה תרמו להתרחבות מהירה של מקבלי דמי אבטלה, הבטחת הכנסה והשלמתה וקצבאות זיקנה ושאירים.

ההתפתחויות בשוק העבודה מתייחסות להאטה בפעילות הכלכלית (מאמצע שנות התשעים), התמתנות הפעילות הכלכלית בעולם והאינתיפאדה בישראל, שהביאו לשפל בשוק העבודה המקומי. את

הירידה בשיעור ההשתתפות ועליית שיעור האבטלה ניתן לייחס בחלקה לתהליכים הקשורים בהצטמקות ענפי המשק המסורתיים בעקבות חשיפת המשק הישראלי ליבוא והתרת כניסה המונית של עובדים זרים, שהעלתה מאוד את שיעור המועסקים הלא-ישראלים במגזר העסקי. התפתחויות אלו פגעו בעיקר בעובדים לא-משכילים ובעלי מיומנות נמוכה יחסית, והגדילו את מעגל מקבלי דמי אבטלה והבטחת הכנסה.

בתקופה הקודמת, ובמיוחד במחצית הראשונה של עשור התשעים, הונהגו הקלות ביישום כללי הזכאות לגמלאות, בהן הקלת מבחן התעסוקה לקבלת דמי אבטלה והבטחת הכנסה, וכן הקלות בקריטריונים לקצבאות נכות וסיעוד, שתרמו להתרחבות מעגל מקבלי הקצבאות. אולם הרפורמה במדיניות הרווחה בשנים 2002-2004 בלמה את המשך הגידול באוכלוסיית מקבלי הגמלאות (מעבר לגידול הטבעי באוכלוסייה), והביאה לשינוי בהתפלגות תשלומי הקיצבה.

הרעת כללי הזכאות וקיצוץ קצבאות הביטוח הלאומי הקטינו את תרומת תשלומי ההעברה לצמצום ממדי העוני: רק 40 אחוז מהעניים נחלצו ממעגל העוני הודות לתשלומי ההעברה ב-2004[1], לעומת 43 אחוז ב-2003, ו-47 אחוז ב-2002. השפעתם של השינויים תבוא לידי לביטוי מלא יותר בנתוני 2005 וגם אחריה.

2. כלל הקצבאות – מספר מקבליהן וסכומיהן

אוכלוסיית מקבלי הגמלאות מהמוסד לביטוח לאומי נחלקת בין סוגי גמלאות שונים והיא נאמדת בכ-2.5 מיליון מקבלי גימלה כלשהי, בהם גם מי שמקבלים יותר מגימלה אחת. בשנת 2004 נמשכה מגמת ההאטה בקצב הגידול של מספר מקבלי גמלאות בישראל. האטה זו לא הייתה אחידה בעוצמתה בתחומי הגמלאות השונות, והיא הייתה גבוהה ביותר בקרב מקבלי דמי אבטלה והבטחת הכנסה (למעשה ירידה במספר המקבלים). האטה מתונה יחסית בקצב הגידול נרשמה בקרב מקבלי קצבאות סיעוד, והאטה נמוכה נרשמה בקרב מקבלי קצבאות נכות. אצל מקבלי קצבת זיקנה ושאירים נרשמה מגמת עלייה בקצב הגידול, ומגמת עלייה קלה מסתמנת גם במספר מקבלי קצבת ילדים, שחזרה לקצב הגידול של 2002.

[1] המוסד לביטוח לאומי, אוגוסט 2005.

אומדנים לשנת 2005 מלמדים על חידוש מגמת הגידול במספר מקבלי קצבת נכות, על התייצבות קצב גידול (נמוך) בקצבאות ילדים והבטחת הכנסה, על האטה בקצב גידול קצבאות זיקנה שאירים וסיעוד, ועל עצירת הירידה במקבלי ביטוח אבטלה.

לוח 1. מקבלי גמלאות בענפי ביטוח עיקריים, 1990-2005*
(ממוצע חודשי, אלפים)

שנה	משפחות המקבלות קצבאות ילדים*	זיקנה ושאירים	סיעוד	נכות	הבטחת הכנסה	אבטלה
1990	532.5	450.8	27.7	73.5	31.8	50.6
1995	814.7	553.8	59.0	94.0	75.3	61.5
2000	912.5	657.1	95.8	135.3	128.4	92.6
2001	928.2	677.0	105.4	142.4	142.0	104.7
2002	935.0	692.9	112.3	150.5	151.2	96.9
2003	939.1	709.3	113.0	157.3	155.5	70.8
2004	945.6	722.3	113.4	162.4	145.3	58.7
2005	953.2	720.2	114.5	171.5	144.5	54.0
שינוי שנתי (אחוזים)						
2001	1.7	3.0	10.0	5.2	10.6	13.1
2002	0.7	3.1	6.5	5.7	6.5	**-7.4**
2003	0.4	3.2	0.5	4.5	2.8	**-27.0**
2004	0.7	3.5	0.4	3.2	**-6.6**	**-17.1**
2005*	0.8	**-0.3**	1.0	5.6	**-0.5**	**-8.0**

מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2005.

* הנתונים למחצית הראשונה של 2005 חושבו כממוצע לחודשים ינואר-יוני 2005 לפי הרבעון הסטטיסטי של המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, יולי 2005.

סך-כל תשלומי הקצבאות בשנת 2004 עמד על 41.8 מיליארד ש״ח, ובשנת 2005 צפוי היקף התשלומים להגיע לכ-42.4 מיליארד ש״ח – גידול של 1.4 אחוזים במונחים נומינליים. השוואת סך תשלומי ההעברה המתוכננים ב-2005 לעומת שנים קודמות, מצביעה על ירידה של 4.9 אחוזים לעומת היקף התשלומים ב-2001, ועל ירידה של 8.4 אחוזים לעומת שנת 2002. מצד שני יש לציין, כי הרמה הריאלית של כלל הקצבאות (בניכוי גידול האוכלוסייה) בשנת 2005 גבוהה לעומת המחצית

הראשונה של שנות התשעים אף כי בהשוואה לרמת החיים הממוצעת חלה ירידה ברוב הקצבאות לעומת 2001 (ראה בפרק על הוצאות הממשלה לשירותים חברתיים).

לוח 2. תשלומי גמלאות בענפי ביטוח עיקריים, 1990-2005
(מיליוני ש״ח, מחירים שוטפים)

שנה	משפחות עם ילדים	זיקנה ושאירים	סיעוד	נכות	הבטחת הכנסה	אבטלה	סך-כל התשלומים
1990	1,650	3,323	225	840	247	544	8,813
1995	4,249	7,565	745	2,165	1,104	1,242	20,868
2000	6,942	13,483	1,790	4,962	2,874	2,958	38,912
2001	7,575	15,197	2,142	5,901	3,494	3,512	44,571
2002	6,720	15,450	2,504	6,805	3,699	3,533	46,291
2003	6,088	15,551	2,463	7,063	3,242	2,428	43,875
2004	4,794	15,780	2,472	7,107	2,928	2,118	41,794
2005	4,508	16,300	2,515	7,478	2,820	1,992	42,368
החלק היחסי של כל קיצבה מסך התשלומים (אחוזים)*							
2001	17.0	34.1	4.8	13.2	7.8	7.9	
2002	14.5	33.4	5.4	14.7	8.0	7.6	
2003	13.9	35.4	5.6	16.1	7.4	5.5	
2004	11.5	37.8	5.9	17.0	7.0	5.1	
2005	10.6	38.5	5.9	17.6	6.6	4.7	

מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2005.
* הלוח מציג נתונים רק לקצבאות נבחרות בכל שנה, לכן הסכום אינו מגיע ל-100 אחוז, שהוא סך תשלומי הקצבאות בכל שנה.

שלושה ענפי הביטוח המרכזיים – זיקנה ושאירים, ילדים ונכות כללית מהווים כשני שלישים מכלל הקצבאות, וזו ירידה בהשוואה למשקלם היחסי בעשור הקודם (1995), שעמד על כ-70 אחוז. הירידה במשקלן הכולל של קצבאות אלו נובעת מהירידה הבולטת במשקל היחסי של קצבת הילדים, מחמישית ב-1995 לכעשירית מכלל התשלומים ב-2005, בעוד שבמשקלן היחסי של קצבאות הנכות והזיקנה חל גידול עקבי ובולט במהלך העשור. ירידה בולטת חלה גם בחלקם של דמי האבטלה, וגם חלקה היחסי של הגימלה להבטחת הכנסה ירד, ואילו משקלן היחסי של

גמלות הסיעוד עלה באופן מתון. מזווית אחרת אפשר להצביע על ירידה בולטת שחלה בקצבאות המיועדות לאוכלוסייה בגיל העבודה: בין השנים 2002-2005 צומצמו תשלומי דמי אבטלה ב-44 אחוז, הבטחת הכנסה ב-24 אחוז וקצבאות ילדים ב-33 אחוז.

הניתוח בהמשך בוחן את ההתפתחויות בארבעה צמדי גמלאות עיקריים: קצבאות לקשישים, הכוללות קצבת זיקנה, שאירים וסיעוד; קצבאות לבעלי מוגבלות ובהן: קצבת נכות ושיקום; קצבאות המטפלות בהבטחת קיומם של חסרי מקורות הכנסה באמצעות הבטחת הכנסה ודמי אבטלה; וקצבאות הנוגעות לרווחת ילדים באמצעות קצבת ילדים ודמי מזונות.

3. קצבאות לקשישים

א. זיקנה ושאירים

קצבת זיקנה בסיסית משולמת לכל קשיש (בגיל 70 ו-65 לגברים ונשים בהתאמה) ולשאיריו. בגיל מוקדם יותר ב-5 שנים ניתנת הקיצבה למי שפרש מעבודה. נוסף על כך ניתנת קיצבה מוגדלת לקשיש שהכנסתו נמוכה. מספרם הכולל של מקבלי קצבת זיקנה ושאירים הוא כ-720 אלף בממוצע לחודש, מרביתם (89 אחוז) מקבלי קצבת זיקנה והאחרים שאירים של זכאי קצבת זיקנה. אוכלוסיית מקבלי קצבת זיקנה כוללת 13 אחוז של מקבלים, שלא צברו זכויות לפי חוק הביטוח הלאומי (מרביתם עולים שעלו אחרי גיל 60) וגמלתם ממומנת בידי הממשלה. תשלומי הגמלאות בענף זיקנה ושאירים גדלו בשנת 2004 ב-1.9 אחוזים, (במחירים קבועים) גידול הנובע בעיקר מגידול אוכלוסיית המקבלים, ומשקלן היחסי מגיע לכ-38.5 אחוז מסך תשלומי הקצבאות.

הגידול השנתי במספר מקבלי הקיצבה נופל מקצב הגידול באוכלוסיית מקבלי קצבת זיקנה בעבר, והוא נובע בעיקר מהעלאת גיל הפרישה ב-2004 ומהירידה במספר מקבלי קצבאות מיוחדות – מרביתם עולים שמספרם פחת עקב הקטנת ממדי העלייה לישראל בשנים האחרונות. גובהה של קצבת הזיקנה הונמך בשיעור של 4 אחוזים ביוני 2004 (ההפחתה לא חלה על מקבלי קצבת זיקנה והשלמת הכנסה ו/או שאירים). בנוסף, בשל אי-עדכון הקצבאות והמעבר להצמדה למדד המחירים לצרכן במקום לשכר הממוצע, ערכן ירד ריאלית בממוצע ב-8.4 אחוזים בהשוואה ל-2001. השינויים האחרונים בחקיקה ביולי 2004 –

דחיית גיל פרישה, שבעקבותיה חלה דחייה בגיל הזכאות לקצבת זיקנה – לצד הקיצוצים והשינויים הקודמים, יביאו להמשך השחיקה בקצבאות וברמת ההכנסה של הקשישים שאת פגיעתה הרעה יחושו ביתר שאת מעוטי ההכנסה שבהם.

קצבאות זיקנה נועדו להבטיח רמת חיים נאותה לאוכלוסיית הקשישים, יעד שהפך קשה להשגה – כרבע מהקשישים בישראל מצויים מתחת לקו העוני ושיעורם עלה מ-22 אחוז ב-2003 ל-25 אחוז ב-2004. בניתוח מצבם יש לבחון שני נתיבים עיקריים המיועדים להבטחת רווחה לקשישים בשנותיהם המאוחרות: קצבת זיקנה ופנסיה ממקום העבודה.

מערכת פנסיה טיפוסית כוללת שלושה רבדים:

הרובד הבסיסי – ביטוח לאומי מעוגן בחוק (ענף זיקנה ושאירים של המוסד לביטוח לאומי) ולפיכך מקיף את רוב אוכלוסיית היעד (ראה סוגיית המיצוי בהמשך).

הרובד השני – פנסיה תעסוקתית (המוסדרת בהסכמי עבודה) מכסה בישראל רק חלק מאוכלוסיית הקשישים: רק לשליש מהגמלאים בפועל ולכמחצית מהמגיעים כיום לגיל פרישה יש פנסיה תעסוקתית.

הרובד השלישי – היקף המבוטחים בישראל נמוך במיוחד, ועל כן חלק ניכר מהקשישים נזקק לצד קצבת הזיקנה הסטנדרטית גם לתוספת השלמת הכנסה (המוענקת לכל זכאי קצבת זיקנה שהכנסותיו האחרות אינן עולות על סף מוגדר). עד ראשית שנות התשעים חלה ירידה הדרגתית בשיעור הנזקקים להשלמת הכנסה מקרב קצבת זיקנה, בשל הגידול במספר הקשישים הפורשים לגמלאות ממקום עבודה שיש בו הסדר פנסיוני, אך עם הגיעם של עולים קשישים רבים שלא צברו זכויות פנסיוניות ממקום העבודה, נבלמה מגמה זו. מאותה סיבה גם חלה ירידה באחוז הקשישים המקבלים תוספת דחייה בקצבאות בגלל המשך עבודה.

לוח 3. אחוז מקבלי השלמת הכנסה, תוספת דחייה בקצבאות בשל המשך עבודה ומקבלי פנסיה תעסוקתית מכלל מקבלי קצבאות זיקנה, 1970-2004 (שנים נבחרות, אחוזים)

השנה	מקבלי השלמת הכנסה מכלל מקבלי קצבת זיקנה	מקבלי תוספת דחייה בקצבאות בשל המשך עבודה	מקבלי פנסיה תעסוקתית
1970	44.9	19.7	
1980	45.3	22.2	
1985	36.8	21.1	30.8
1990	31.8	18.3	
1995	33.5	16.4	
1997	32.6	15.6	33.8
2000	30.8	14.5	
2001	30.3	14.0	35.3
2002	29.5	13.8	36.6
2003	28.4	13.7	
2004	27.5	13.7	

מקורות: 1. המוסד לביטוח לאומי, **דוחות שנתיים**, שנים שונות.
2. משאב - מכון ברוקדייל ואשל, 2004.

היציאה לגמלאות בתנאים הנוכחיים בישראל פוגעת ברמת החיים של רבים מהפורשים מחד, ומגבירה את העומס על משאבי המדינה מאידך. מרבית המדינות המתמודדות עם סוגיה זו הפעילו בו-זמנית ארבע דרכי פתרון: הקטנת הפנסיה, העלאת רמת ההפרשות לפנסיה, הגדלת דמי הביטוח הלאומי, והעלאת גיל הפרישה. המדיניות המועדפת הדגישה יצירת תמריצים לדחיית גיל הפרישה ולחיזוק רובד הפנסיה התעסוקתית כהפרשת חובה על-פי חוק.

ישראל נקטה מספר מהלכים להקטנת נטל הפנסיות על המשק. במסגרת המדיניות הכלכלית חברתית של הממשלה בשנים 2002-2003 הונהגה רפורמה שהתייחסה לשני רובדי מערכת פנסיה: קצבאות הביטוח הלאומי והפנסיה מתעסוקה, שכללה גם רפורמה בקרנות הפנסיה והעלאה של גיל הפרישה. צעדים אלו עשויים אמנם לעודד הארכה של חיי העבודה והגדלה של משך הצבירה האפשרי של שנות ותק תעסוקתי–פנסיוני, ובכך להקטין את הנטל על תקציב המדינה, אולם הרפורמה לא

הושלמה באמצעות מהלך נוסף, שיכול היה להרחיב את הרובד השני באמצעות הפעלת חוק ביטוח פנסיה (חובה). יתרה מזאת, הרפורמה בקרנות הפנסיה פגעה ברמת הפנסיות (של מבוטחי קרנות הפנסיה הקיימות).

על רקע זה נודעת חשיבות רבה לשמירת ערכו של הרובד הבסיסי – קצבאות הזיקנה של הביטוח הלאומי. חלקיות הכיסוי של אוכלוסיית הקשישים ברבדים האחרים ואי-עיגונם של רבדים אלו בחקיקה, לצד התמהיל הייחודי של אוכלוסיית הקשישים בישראל, שיכלול גם בשנים הקרובות עולים אשר לא יוכלו לצבור ותק פנסיוני שיאפשר להם רמת חיים נאותה[2], מחייבים שמירה על רמת הקצבאות – הבסיס העיקרי לרווחתם של רבים מהקשישים – לפחות עד שתגדל השתתפות קשישים בכוח העבודה לרמה שתאפשר קיום בכבוד (לאחר צבירת שנות ותק פנסיוני ממושכות דיין שיקנו לפורשים זכאות לפנסיה מלאה ממקום העבודה). אם לא כן, תיגרם שחיקה מתמדת ברמת ההכנסה של הקשישים לאחר הפרישה מהעבודה[3].

מעבר לשמירת רמת הקצבאות, על רקע אי-השוויון הגבוה בקרב קשישים, והפער בין הכנסות קשישים מקבלי פנסיה וקשישים חסרי פנסיה, יש לשקול הנהגת פנסיית חובה על פי חוק שבו יעברו כל העובדים לפנסיה צוברת. הזדקנות האוכלוסייה בישראל מאחרת בהשוואה לעולם המערבי, וקיים כאן חלון הזדמנויות להנהגת חובת חיסכון לפנסיה צוברת. כאשר תואץ הזדקנות האוכלוסייה לממדים הקיימים בארצות רבות, כספי הפנסיה שיצטברו יוכלו לממן את הקשישים ולא תידרש הכבדת מסים על האוכלוסייה העובדת. הדבר יתרום גם לשיפור השוויוניות בקרב האוכלוסייה הקשישה[4]. הרפורמה האחרונה בענף הפנסיה, שנועדה במקורה להקל על הגרעונות האקטואריים של הקרנות הוותיקות, ואשר פגעה בעמיתי כל הקרנות – חדשות כוותיקות – מדגישה ביתר שאת את הצורך המיידי בחקיקת חוק פנסיית חובה שיעגן את זכויות העמיתים בקרנות הפנסיה כחוק מדינה. במצב הנוכחי

---

[2] בשל ההגירה לארץ והתחלת צבירת זכויות בגיל מבוגר יחסית צפויים חלק גדול מהעולים (מחבר העמים ומאתיופיה) לצבור רק מעט שנות ותק אשר יזכו אותם באחוזים נמוכים של פנסיות תעסוקתיות, או שכלל לא יצברו ותק תעסוקתי, היות שרבים מהם עולים קשישים שלא התחילו בכלל לעבוד בארץ.

[3] קופ י., בר- צורי ר., 2005.

[4] יוסף ר., ספיבק א., 2005.

זכויותיהם של העמיתים מעוגנות בתקנות, אשר מעצם מהותן ניתנות לשינוי על פי רצון הרגולטור.

היבט נוסף של קצבאות זיקנה נוגע למימוש הזכאות לקצבת זיקנה[5]. סוגיה זו של מיצוי זכויות בביטוח הלאומי בולטת בעיקר בקרב קשישים המתקשים לממש את זכויותיהם בשל מגבלות מידע, זמינות ונגישות: אי ידיעת שפה בקרב עולים קשישים, ניתוק ממערכות חברתיות למבוגרים שאינם עובדים, וקשיי ניידות בשיעורים גבוהים באוכלוסייה זו. אף כי המוסד מנסה להביא לידיעתם של כל המבוטחים את המידע הדרוש למימוש זכויותיהם, נראה שיש צורך בדרכים נוספות להפצת מידע זה בקרב אוכלוסייה קשישה ובעיקר להגמשת אפשרויות תביעת זכויות למי שלא הגישו תביעה במועד ולא מימשו את מלוא זכויותיהם (החוק מאפשר לקבוע זכאות לגימלה למפרע לכל היותר בעד 12 חודשים שקדמו לחודש שבו הוגשה התביעה). ראוי לציין, שהמוסד לביטוח לאומי מפעיל שירותי ייעוץ לקשיש בסניפיו. שירותים אלו מופעלים על-ידי אלפי מתנדבים, המסייעים לקשישים בעיקר במידע על מיצוי זכויות, בייעוץ ובהדרכה לגבי שירותים שונים שהקשיש נזקק להם. השירות כולל גם ביקורי בית של מתנדבים לאיתור קשישים הזקוקים לסיוע.

ב. סיעוד

הזכאות לגמלת סיעוד מותנית במוגבלות בתפקודו היומיומי של הקשיש החי בקהילה ובמבחן הכנסה של הקשיש (ובת זוגו), ולאחרונה מסתמנת אפשרות למתן גמלת סיעוד לקשישים בני 85 ומעלה גם אם אינם עומדים בתנאים המוקדמים. מספר הזכאים לגמלת סיעוד עומד על 114 אלף בממוצע לחודש ב-2005. שיעור הכיסוי של ביטוח סיעוד, שהיה בעלייה עד 2002, מצוי לאחרונה במגמת ירידה. נראה שהחמרה באישור התביעות לגימלה נתנה אותותיה בירידת מספר המצטרפים החדשים, ואף כי ב-2004 עלה מחדש שיעור התביעות שהתקבלו, הוא נותר נמוך בהשוואה לשנים קודמות בהן שיעור הגידול השנתי היה גבוה יותר, בעיקר בגלל הצטרפות מסיבית של עולים מבוגרים שהוכרו כזכאים לגימלה זו.

---

[5] מבקר המדינה, 2005: עמ 966-903: לפי אומדני המבקר, אי-מימוש סכומי הזכאות לקצבאות זיקנה והשאירים הגיע ב-2004 לכ-24 מיליון ש"ח (כ-5 אחוזים מכלל קצבאות זיקנה והשאירים בשנה זו). נוכח התיקון בחוק, המגביל את תקופת הזכאות למפרע ל-12 חודשים, עלול מספרם של מי שאינם מממשים את זכאותם לקיצבה לגדול. עם זאת, ראוי לציין, כי המבקר מתריע גם על תשלומי יתר של קצבאות שלא כדין.

שלושה רבעים מאוכלוסיית המקבלים הם נשים, קרוב ל-60 אחוז מהמקבלים הם בני 80+, ששיעורם גדל בהתמדה במהלך השנים, וכרבע מהם הם עולים, ששיעורם בקרב מקבלי גמלת סיעוד גבוה מחלקם היחסי באוכלוסייה.

בשונה מרוב גמלאות הביטוח הלאומי, גמלת סיעוד אינה ניתנת ישירות לקשיש הזכאי אלא משולמת לחברה המספקת שירותי סיעוד במסגרת ההסדרים שנקבעו בחוק, והיא כוללת סל מגוון של שירותי סיוע: סיוע באמצעות טיפול אישי בבית (97 אחוז מזכאי גמלת סיעוד מקבלים סיוע זה), עזרה במשק הבית, הסעות וטיפול במרכזי יום, ארוחות, כביסה ושירותים נוספים (כגון, משדר מצוקה).

קיימות שתי רמות של גימלה: הנמוכה, בגובה של 93 אחוז מקצבת נכות מלאה, וגימלה גבוהה של 150 אחוז מקצבת נכות מלאה. גובה הקיצבה הממוצעת עמד ב-2004 על 1,825.7 ש״ח לחודש ועל 1,849 ש״ח ב-2005. בשנים 2001-2004 חלה ירידה בחלק היחסי שמהווה הקיצבה (הממוצעת) מהשכר הממוצע במשק. 27 אחוז מזכאי גמלת סיעוד נהנים מגימלה מוגדלת ושיעורם נמצא בעלייה לאורך זמן, ובהתאמה – שיעורם של מקבלי הקיצבה הנמוכה הוא במגמת ירידה. ההפחתה מיולי 2003 של 7 אחוזים בגובה הקיצבה הנמוכה פגעה בקבוצה האחרונה, ותרמה להקטנה בגובה הגימלה הממוצעת.

המוסד לביטוח לאומי תכנן ניסוי שיופעל במהלך שנתיים ויבחן את היעילות של שינוי אופן העברת קצבת הסיעוד: מעבר ממימון השירות לקשיש באמצעות תשלום לחברות סיעוד, לתשלום מזומן ישירות לידי הקשיש זכאי השירות, שיוכל לרכוש את השירות הסיעודי הנדרש לו כראות עיניו. נגד שינוי כזה נטען, כי אף שקשישים מסוגלים לקבל על עצמם את האחריות להסדרת הטיפול בהם, אין הדבר נכון לגבי קשישים סיעודיים תשושי נפש. כמו כן הועלה חשש שהכסף יישאר אצל בני משפחה ולא יגיע לקשיש עצמו, ובכך תוחמץ מטרת הקיצבה, להעניק סיוע בטיפול. עם זאת, הצלחת ניסוי כזה עשויה לחסוך סכומים גבוהים הנצברים כיום כרווחי חברות כוח האדם (המקבלות 35 ש״ח לשעה ומשלמות רק 17 ש״ח למטפל בקשיש). המוסד לביטוח לאומי צפוי היה להחליט על האופן שבו תוקצה גמלת הסיעוד בעתיד, כאמור, רק לאחר הערכת תוצאותיו של ניסוי מבוקר בתחום. לשינוי אופן מימון הסיעוד עשויות להיות השלכות קריטיות על המשך קיומם של שירותים בעלי

תרומה משמעותית ביותר לרווחת הקשישים (הכוונה למרכזי יום ושירותים דומים הממומנים מתקציב הסיעוד).

4. קצבאות נכות ושיקום

חוק ביטוח נכות והקצבאות הנגזרות ממנו כולל את הקצבאות הבאות: א. קצבת נכות, המיועדת להבטיח לנכים הכנסת מינימום לקיום; ב. קיצבה לשירותי מיוחדים, המיועדת לסייע לנכה המתפקד במשק הבית; ג. קיצבה לילד נכה, המיועדת לסייע למשפחות המטפלות בילד הנכה בבית; ד. גמלת ניידות לסיוע לנכים בניידות מחוץ לבית. נוסף לקצבאות אלו, החוק מקנה זכאות לשיקום לנכים בעלי פוטנציאל שיקומי, כדי שיוכלו להיקלט בשוק העבודה, וכן מאז 1994 משולמות קצבאות נכות מכוח החוק לפיצוי נפגעי גזזת.

בשנת 2004 עמד מספרם הכולל של מקבלי קצבת נכות על כ-162 אלף בממוצע לחודש, והוא צפוי להגיע לכ-172 אלף השנה. מקבלי קצבת נכות מהווים כ-4 אחוזים מהאוכלוסייה, הם הקבוצה השלישית הגדולה של מקבלי קצבאות הביטוח הלאומי אחרי קיצבות ילדים, זיקנה ושאירים. קצב הגידול של מקבלי קיצבה זו, שהואט אמנם בהשוואה לשנים 2000-2002, שב ועלה ב-2005 והוא גבוה מקצב גידול האוכלוסייה הרלבנטית לקבלת קיצבה (גילאי 18 עד 65 לגברים ועד 60 לנשים), ומקצב הגידול של אוכלוסיית מקבלי קצבאות אחרות.

השערות שונות הועלו בדבר הגורמים לגידול המהיר במספר הזכאים לקצבת נכות, וביניהן: מודעות גוברת לקיומן של מוגבלויות ונכויות, שיפור היכולת לאיתורן ולזיהוין כבר בשלבי חיים מוקדמים, הקטנת "ההכתמה" (הסטיגמה) הנלווית לחשיפת התופעה (שביטויה בין היתר בגידול בחשיפת מגבלות ומומים בקרב אוכלוסייה חרדית) וגמישות בהחלת הגדרות למוגבלויות שונות. אף כי לא מדובר בשינוי פורמלי של תנאי זכאות, מעשית הייתה גמישות בהכרה בזכאויות מסוימות. כך למשל, הייתה הקלה בקביעת זכאות לדמי אבטלה ביישוב שבו הייתה רמת אבטלה גבוהה. הגידול המהיר במספר המקבלים ב-2005 נובע מדחיית גיל הפרישה.

המודעות למגבלות נכים הביאה ב-2005, בנוסף להסכמים שנחתמו עם ארגוני הנכים כבר קודם (לאחר שביתות ממושכות), גם לקבלת חוק הנגשת מקומות ציבור לנכים, שחובת יישומו הוחלה מיידית על רוב

המבנים הציבוריים. התפתחות נוספת בתחום היא החלטת הממשלה לאשר את מסקנות ועדת לרון (יוני 2005), לקידום ושילוב נכים בתעסוקה ובקהילה, שבעקבותיה יגובשו תיקוני חקיקה לעידוד נכים ליציאה לעבודה. מדובר ברפורמה בשיטת תשלום קצבאות הנכות, לפיה התשלום לא ייפסק באחת עם יציאת הנכה לעבודה, והכנסת מקבל הקיצבה תגדל ככל שתגדל הכנסתו מעבודה (כיום "נקנס" נכה היוצא לעבוד). בנוסף יופעל מנגנון, אשר יבטיח שנכה שלא יצליח להשתלב בעבודה יוכל לחזור למעגל הקצבאות, שכן בהעדר הסדרים כאלה, הנכים חוששים כיום מאיבוד הקיצבה אם לא יצליחו בעבודה. כן כוללת ההצעה מתן תמריץ למעסיקים שיקלטו לעבודה נכים קשים (הובטחה העברה של 25 מיליון שקל לסבסוד מעסיקים שיעסיקו נכים), כשנקודת המוצא היא שאין סיבה שנכים לא ייטלו חלק פעיל במערכות החברתיות והכלכליות.

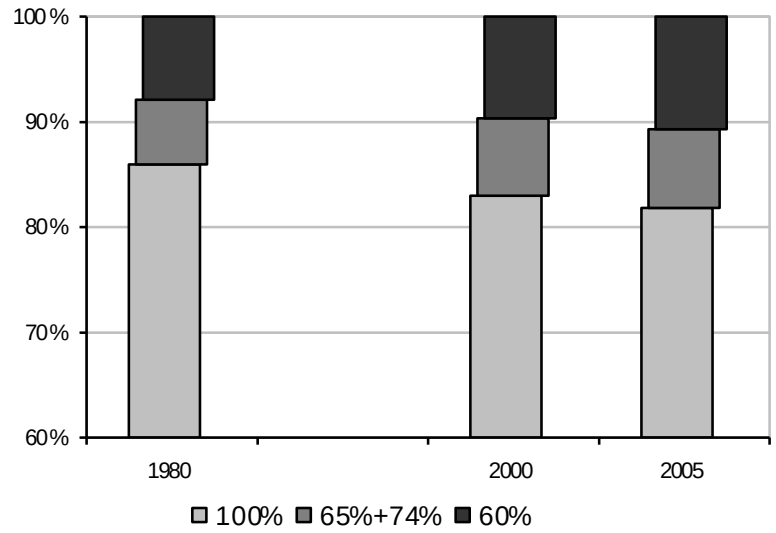
עד כה לא התפרסמו תכניות להגברת שילובה של אוכלוסייה זו בעבודה (מעבר להמלצות ועדת לרון), ומקבלי קצבת נכות אינם נכללים כיום בתכנית "מרווחה לעבודה" (המיועדת בעיקר למקבלי הבטחת הכנסה), אולם זה הזמן לבחינת דרכים חדשות ולהתאמת תכניות שיסייעו בהכשרתם ובשילובם של מקבלי קצבת נכות בעבודה. ארגוני המגזר העסקי, המעורבים בתכניות חברתיות בקהילה במסגרת "אחריות חברתית" של עסקים, מפעילים כיום תכניות אחדות לשילובם בעבודה של אנשים עם מוגבלות, אולם אלו הן תכניות ספורות המופעלות רק בעסקים מעטים והן מקיפות רק מספר נמוך של בעלי מוגבלות.

התפלגות מקבלי קצבת נכות לפי סוג הקיצבה מלמדת אמנם על האטה בקצב הגידול לעומת שנים קודמות, אך מצביעה גם על גידול שנתי מהיר יותר של מקבלי קצבאות ילד-נכה, ניידות ושירותים מיוחדים לעומת מקבלי קצבת נכות כללית. שיעור הגברים גבוה מזה של הנשים (57 אחוז גברים), כאשר יותר ממחציתם נשואים, בעוד ששיעור הנשים הנשואות מקבלות הקיצבה הוא נמוך ועומד על 32 אחוז. כחמישית מהנשים מקבלות קיצבה כעקרות בית, שזכאותן מותנית בהיותן נשואות, אף כי לאורך זמן מסתמן גידול בחלקן היחסי של נשים משתכרות מקבלות גימלה.

אפיון מקבלי הקיצבה לפי סוג הנכות וחומרתה מלמד, כי שליש מהם סובלים מליקויים נפשיים – זוהי קבוצת הליקויים השכיחה ביותר בין מקבלי קצבת נכות. מרבית הנכים, כ-82 אחוז, הם בדרגת אי-כושר מלאה להשתלב בשוק העבודה (נכות של 100 אחוז), וכ-11 אחוז הם בדרגת אי-

כושר של 60 אחוז. האחרים (7 אחוזים) הם נכים בדרגות אי-כושר נמוכות יותר. ריכוז נכויות נפשיות בדרגות אי-כושר גבוה היא בעלת משמעות לגבי סיכויי השיקום של קבוצה זו, והיא ראויה לבחינה נוספת. נכים זכאים לקצבת נכות מלאה או חלקית בהתאם למידת אובדן כושר ההשתכרות שלהם.

איור 1מקבלי קצבת נכות לפי דרגת אי- כושר ההשתכרות



בהשוואה לשינויים שחלו בקצבאות השונות של הביטוח הלאומי קצבת הנכות נפגעה פחות מהאחרות, אף כי גם בה הוקפא העדכון השוטף החל מ-2003. תשלומי קצבאות נכות כללית וגמלאות אחרות המוענקות במסגרת ביטוח נכות הגיעו לסכום של 7.1 מיליארד ש״ח בשנת 2004, שבה נרשמה האטה של ממש, הבולטת לאחר העלייה החדה שהתרחשה בהיקפן של קצבאות הנכות בעקבות התוספות שניתנו לנכים בשנים 2000-2002. בשנים אלו, חלק נכבד מהגידול בתשלומי הגמלאות של המוסד לביטוח לאומי נזקף לגידול בתשלומי הקצבאות לנכים. בינתיים התחדש קצב גידולן הצפוי להגיע לרמה של 7.5 מיליארד ש״ח ב-2005. הגידול המהיר בקצב מקבלי קצבת הנכות ובהיקף המוגדרים נכים

לצמיתות עשוי להצביע על זליגה מהבטחת הכנסה לקצבת נכות והתופעה ראויה לבחינה מעמיקה נוספת.

קצבאות שיקום שייכות גם הן למכלול הקצבאות לנכים. על פי חוק הביטוח הלאומי, אנשים עם נכויות זכאים לשיקום מקצועי, שהוא תהליך טיפולי של הכשרה לקליטה בעבודה בשוק החופשי, בהתאם ליכולתם ולכישוריהם, וחלקם זכאים גם למימון הוצאות הנלוות לתהליך השיקום. שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי כוללים אבחון והכוונה למקצוע, ייעוץ בבחירת מקצוע, הכשרה מקצועית ולימודים וכן סיוע במימון ההוצאות הבסיסיות הנלוות לתהליך ההכשרה.

אוכלוסיית הפונים לשיקום כללה ב-2004 כ-9.4 אלף פונים והיא מצויה במגמת גידול לאורך השנים. כשלושה-רבעים מאוכלוסיית הנכים הפונים לשיקום הם נכים כלליים, וכרבע הם נכי עבודה, פעולות איבה ואלמנות. 59 אחוז מהפונים ב-2004 היו גברים ושיעורם בקרב נכי עבודה הפונים לשיקום הגיע ל-88 אחוז וזאת בגלל שיעורי השתתפות גבוהים יותר של גברים ואופי עיסוקיהם, המאופיין בסיכון גבוה מזה של עיסוקי נשים. בשנת 2004 נקלטו בממוצע כשליש מהמשתקמים בשוק החופשי בתום הטיפול, בעוד ששיעורי השתלבותם של נפגעי פעולות איבה, נפגעי עבודה ואלמנים היה גבוה יותר ועמד על 36.5, 41.0 ו-48.2 אחוז, בהתאמה. התשלומים הנלווים לטיפול שיקומי עמדו ב-2004 על סך כולל של 187 מיליון ש״ח (שיעורם צפוי להיות דומה גם ב-2005) והם כללו שכר לימוד, דמי שיקום, נסיעות מכשירים, שכר דירה והוצאות אחרות.

בהקשר זה ראוי לתת את הדעת למשמעויות הגלומות בשיקום הפרט כעצמאי וכבעל יכולת השתכרות, ובחיסכון בהוצאה הציבורית בקיצבה זו עם השלמת שיקומו של הנכה. מגמה זו באה לביטוי במשקלן הגבוה יחסית של הוצאות שכר לימוד והכשרה מקצועית ודמי השיקום מכלל ההוצאות לשיקום (המיועדים לכיסוי הוצאות המחיה בתקופת השיקום), ובניסיון לשלב בתכניות הנוכחיות של השבה לעבודה (תכנית מהל״ב) גם אוכלוסיות מקרב נכים ובעלי מוגבלות. הצעה למיזם תעסוקתי ברוח זו הועלתה לאחרונה על-ידי הג׳וינט.

5. הבטחת הכנסה וביטוח אבטלה

א. הבטחת הכנסה

גמלת הבטחת הכנסה משולמת למשפחות בגיל העבודה, כאשר מקבליה אינם עובדים והכנסתם הכוללת נמוכה מהסף שנקבע בחוק. הגימלה הייתה נדיבה מאד במועד הנהגתה ב-1982 בהשוואה לגמלות דומות במערב, ושיעור המשפחות שקיבלו אותה גדל מאד, בין היתר, בגלל העלייה ההמונית בשנות התשעים המוקדמות (של עולים ללא מקורות הכנסה), ועל כן היא היוותה בעבר נתח נכבד בתשלומי הביטוח הלאומי. גישת "מרווחה לעבודה", אשר נועדה להחזרת מקבלי הבטחת הכנסה למעגל העבודה לצד הצורך לצמצם את כלל תשלומי ההעברה, הביאה בשנים 2002-2003 לסדרה של שינויים מקיפים בחוק, שהפחיתו באופן משמעותי את הגימלה ואת ההטבות שנלוו אליה, הקטינו את מספר המקבלים אותה, ושינו את הרכב מקבליה.

בשנת 2004 שולמו להבטחת הכנסה כ-3 מיליארד ש"ח, וב-2005 היקף התשלומים צפוי להסתכם בסכום מעט נמוך יותר. הגימלה הממוצעת בחודש, שעמדה ב-2003 על 1,737 ש"ח ירדה לכדי 1,630 ש"ח ב-2005. שיעורה של הגימלה כאחוז מהשכר הממוצע למשרת שכיר ירד בשנים 2002-2005 מרמה של 29 ל-23 אחוז, בהתאמה.

מספר מקבלי הקיצבה ירד מ-156 אלף ב-2003 ל-145 אלף ב-2004 וב-2005 (144.5 אלף, ליתר דיוק). הירידה נגרמה בשל התגברות היציאה ממעגל מקבלי הקיצבה והאטה בקצב כניסת זכאים חדשים, ובשל הירידה המתמשכת במספרם של העולים מקבלי הבטחת הכנסה, הקטן משמעותית בהשוואה לוותיקים. שינוי נוסף בהרכב מקבלי הבטחת הכנסת מתבטא בירידת מספר המשפחות החד-הוריות וזוגות עם ילדים לעומת מגמת גידול במספר היחידים מקבלי הגימלה.

לוח 4. מקבלי הבטחת הכנסה: ותיקים, עולים, יחידים ולא יחידים, 2000-2005 (מספרים מוחלטים ואחוזים)

השנה	סך מקבלי הבטחת הכנסה	ותיקים באלפים	עולים באלפים	שינוי ותיקים	שינוי עולים	יחידים מסך-הכל	לא-יחידים מסך-הכל
		מוחלטים		אחוזים			
2000	128.4	80.5	47.9	14.9	8.5		
2001	141.8	91.2	50.6	13.4	5.6		
2002	151.6	96.0	55.6	5.2	9.9	35.2	64.8
2003	155.2	100.0	55.2	4.1	**0.7-**	37.0	63.0
2004	145.3	94.8	50.7	**5.1 -**	**8.1-**	41.3	58.7
2005	145.5	..	..	..	..	42.3	57.7

* נתונים למחצית הראשונה של 2005.

אחת ההחמרות הבולטות בקיצבה זו הייתה ביטול הפטור ממבחן תעסוקה למי שהוגדרו כ"בלתי ניתנים להשמה". שינוי זה הצטרף להורדת גיל הילד, הפוטר הורה יחיד ממבחן התעסוקה (מגיל 7 ל-2), ובכך הביאו שני השינויים להקטנת מספר המשפחות החד-הוריות והזוגות עם ילדים, בעלי הכנסה נמוכה, שהיו זכאים – עד לשינוי – לקבל הבטחת הכנסה. נמצא, כי קבוצות חלשות באוכלוסייה, ובעיקר משפחות עולים חד-הוריות, היו הנפגעות העיקריות מהשינויים. שינויי החקיקה הביאו גם לירידה בשכיחותם של מקבלי הבטחת הכנסה בקרב העובדים – משפחות עובדים בכלל, ועובדים עם ילדים בפרט.

גמלת הבטחת הכנסה מבחינה בין רמות שונות של גימלה: שיעור רגיל, שיעור מוגדל, ושיעור שונה להורה יחיד. כמו כן קיימת הבחנה בין גימלה מלאה, המשולמת למי שהכנסותיו נמוכות מההכנסה המינימלית המוגדרת בחוק או למי שחסר כל הכנסה, לבין גימלה חלקית, המשולמת למי שהכנסותיו גבוהות מהמינימום אך נמוכות דיין כדי לזכותו בגימלה. עד 2002 התרכזו רוב מקבלי הבטחת הכנסה בקרב מקבלי גימלה מלאה בשיעור מוגדל, ובקרב הורים יחידים מקבלי גימלה חלקית. הרפורמה ששינתה את כללי הזכאות הביאה לשינוי בהתפלגות מקבלי הגימלה והגדילה את משקלה של קבוצת מקבלי הגימלה בשיעור רגיל ביותר מ-50 אחוז: בשנים 2002-2004 חלה ירידה בולטת בחלקם של מקבלי גימלה בשיעור מוגדל (הן מקבלי גימלה מלאה והן חלקית), וירידה דומה חלה

בחלקם של מקבלי גמלת הורה יחיד (חלקית ומלאה). בהתאמה לכך מסתמן גידול במספר מקבלי גימלה בשיעור רגיל, ובתוכם – גידול בולט בחלקם של מקבלי גימלה חלקית. השחיקה הריאלית בגימלה להבטחת הכנסה (עד גיל 55) ב-2003-2004 הגיעה לכ-10 עד 25 אחוז (בהתאם להרכב המשפחה).

לוח 5. מקבלי גימלה להבטחת הכנסה לפי שיעור הגימלה והיקפה, 2001-2004 (אחוזים)

שנה	סך-הכל	שיעור רגיל		שיעור מוגדל		שיעור להורה יחיד	
		חלקית	מלאה	חלקית	מלאה	חלקית	מלאה
2001	100.0	4.3	17.8	13.0	30.4	21.3	13.2
2002	100.0	4.5	18.0	13.5	30.4	20.8	12.9
2003	100.0	6.0	22.9	12.4	28.0	18.9	11.8
2004	100.0	7.6	26.6	11.3	26.5	17.7	10.3

השינוי בכללי הזכאות פגע באפשרויות לקבלת גימלה מוגדלת, והמשך החמרתם יגדיל את השחיקה בקיצבה זו גם בעתיד. פגיעה זו מתקשרת גם לשינוי שחל בסיכויי היציאה ממצבי הנזקקות עם ההשתלבות בעבודה. בעוד שבעבר עבודה סדירה הגדילה את סיכויי העובד להשתכר בכבוד, כיום שוק העבודה מייצר אי-שוויון גבוה (בעיקר עקב הביקוש לעובדים משכילים), הנובע מתנאי ההעסקה המתפתחים ב"עולם העבודה החדש": העסקה במשרות זמניות, חלקיות, בשכר נמוך, באמצעות חברות כוח אדם ותוך צמצום הגנת איגודים מקצועיים. כתוצאה מכך, שכבת "העובדים העניים" מתרחבת[6], והעובדים המועסקים בשכר נמוך נזקקים להשלמת הכנסה ולקצבאות משלימות נוספות.

הצעדים שננקטו להקטנת הקיצבה ואוכלוסיית הזכאים לה רק החריפו את מצוקתן של אוכלוסיות חלשות אלו, ונדרשים צעדים להגדלת ההשתתפות בשוק העבודה (למי שיכולים לעבוד) על-ידי הכשרה לחיי עבודה של מקבלי הבטחת הכנסה שזכאותם נשללה או הופחתה. הכשרה כזו יש לקיים באמצעות קורסים מקצועיים ותכניות הדרכה או צעדים תומכי השתתפות (כגון התכנית שהופעלה לסבסוד שכר להורים יחידים).

[6] שיעור העניים במשפחות שכירים, מתוך כלל העניים, עלה מ- 33.5 אחוז ב- 1990 ל-43.1 אחוז ב-2003. ראה אחדות, ל., זוסמן צ., 2005.

תכניות אלו הקיפו עד כה רק חלק ממקבלי הבטחת הכנסה[7]. הפגיעה בקבוצה זו הייתה קשה, וחלה באופן גורף גם על מי שאינם יכולים להשתלב בעבודה. החוק לשילוב מקבלי הבטחת הכנסה בעבודה והפעלת תכנית מהל"ב[8] עשויים אמנם לסייע בהבחנה בין בעלי כושר השתכרות שונה ולאפשר המשך תמיכה למי שאינם יכולים לעבוד, לעומת קיצוץ בקיצבה ביחד עם סיוע בהחזרה לעבודה למסוגלים לעבוד. אלא שגם לתכנית זו מגבלות רבות[9] והצלחתה תיבחן לאחר הפעלתה הניסיונית.

התכנית להנהגת מס הכנסה שלילי, הכלולה בהצעת התקציב ל-2006, עשויה אמנם לענות על הצורך בהבטחת הכנסה לעובדים עניים (שהכנסותיהם נמוכות מהמינימום שנקבע בחוק), ולהחליף את קצבאות הבטחת הכנסה המועברות כיום לאוכלוסייה זו, אך אין בכוחה להבטיח רמת קיום נאותה למי שאינם עובדים.

ב. ביטוח אבטלה

ביטוח אבטלה נועד להבטיח למובטל שלא מרצונו תחליף לשכרו, לתקופה מוגבלת, כדי לאפשר לו לחפש עבודה מתאימה. במהלך שנת 2004 חלה ירידה באבטלה, מגמה הנמשכת גם ב-2005, ושיעור המובטלים עומד על פחות מ-9 אחוזים בחצי הראשון של 2005, לאחר שהגיע לשיא של 11.6 אחוזים ברבעון השלישי של 2003. שיעור האבטלה (הרשומה) ירד בשל שיפור בצמיחת המשק והקטנת מספר העובדים הזרים אך גם עקב שינויי חקיקה והחמרת כללי הזכאות לדמי אבטלה, תהליך שראשיתו עוד ב-2002. מספר מקבלי דמי אבטלה עמד ב-2004 על 59 אלף בממוצע לחודש והוא נשאר דומה גם במחצית הראשונה של 2005 (אף כי על פי הערכות התקציב התפעולי צפוי היה מספרם של מקבלי דמי אבטלה לפחות ולכן הוקצו לקיצבה זו 2 מיליארד ש"ח ב-2005 לעומת 2.1

---

[7] משרד התמ"ת, דו"ח מינהל תכנון מחקר, מאי 2005.

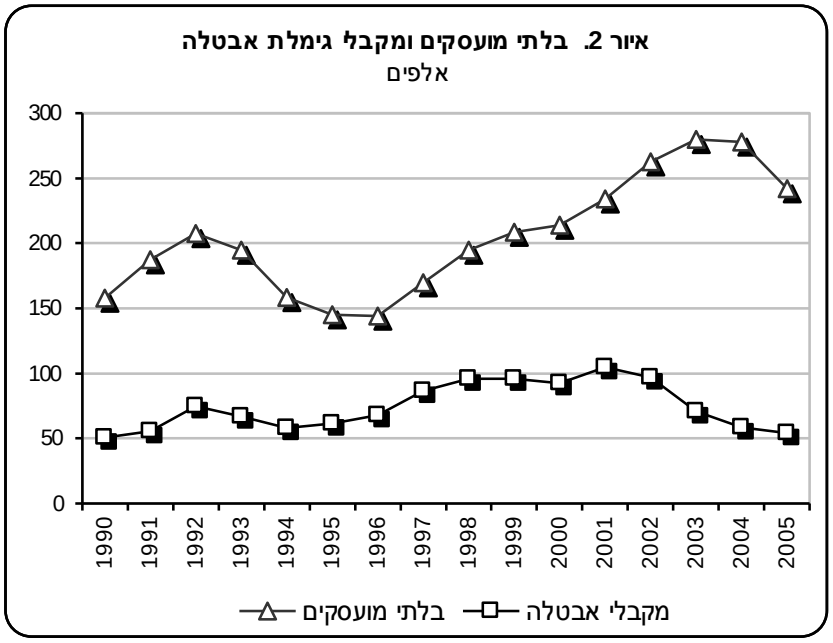
[8] תכנית מהבטחת הכנסה לשילוב בעבודה נתקבלה בחוק לשילוב מקבלי הבטחת ההכנסה בעבודה, שאושר במסגרת חוק ההסדרים 2004, המתייחס למקבלי הבטחת הכנסה דורשי עבודה ובעלי שכר נמוך. תכנית מהל"ב – "מרווחה לעבודה", המוכרת כ"תכנית ויסקונסן הישראלית", התחילה לפעול באוגוסט 2005.

[9] כמפורט בדוח המרכז מ-2004 ובדיון על דמי אבטלה לעיל, הכוונה להיותה של התכנית ניסיונית וחלקית, הפעלתה המאוחרת ביחס לקיצוצים גורפים שכבר נעשו, והדגש שהיא שמה על צמצום ההוצאה התקציבית, המתורגמת בפועל להשמה לעבודה מיידית, לעומת הצבת מטרה של השמה לעבודות ראויות בשכר ובהיקף משרה הוגנים.

מיליארד ב-2004). הגימלה היומית הממוצעת של דמי אבטלה, שעמדה על כמחצית מהשכר הממוצע במשק ב- 2001, צפויה לרדת מעט ב-2005.

התפתחויות החיצוניות והפנימיות שהוזכרו – צמיחת המשק והחמרת תנאי הזכאות, בהתאמה – הביאו לירידה של ממש בשיעור המובטלים ולירידה של למעלה משליש (כ-36 אחוז) בשיעור מקבלי דמי האבטלה: מסדר גודל של מקבלים, המהווים כמחצית מכלל המובטלים הרשומים ב- 1998 (טרם שינוי הכללים), עד לרמה של מקבלי דמי אבטלה המהווים כחמישית מהמובטלים ב-2004.

איור 2. בלתי מועסקים ומקבל גימלת אבטלה



הקטנת שיעור מקבלי דמי האבטלה מבטאת מספר פרדוקסים: הראשון כמותי – דווקא כשעלה מספר המובטלים, ירד שיעורם של מקבלי דמי האבטלה. הפרדוקס השני מתייחס לשינוי במאפייניה של אוכלוסיית המקבלים: בחמש השנים הראשונות של העשור הנוכחי עלה חלקם היחסי של מקבלי דמי אבטלה בעלי 13+ שנות לימוד מכלל מקבלי דמי אבטלה (מ-31.3 ב-2000 ל-37.2 אחוז ב-2004) ובהתאמה – ירד חלקם היחסי של מקבלי דמי אבטלה ברמות השכלה נמוכות (שיעור בעלי

השכלה של עד 8 שנות לימוד שקבלו דמי אבטלה ירד מ-12.1 ב-2000 ל-9.6 אחוזים מכלל המקבלים ב-2004)[10]. נראה שעובדים אלו המועסקים במשרות חלקיות ובשכר נמוך עקב "תנאי הפתיחה" הנחותים שלהם לא הצליחו לצבור זכויות ולעמוד בתנאים המקנים זכאות לדמי אבטלה. זהו אפוא פרדוקס שני, שהוא מהותי יותר, של מניעת דמי ביטוח מקבוצות חברתיות חלשות.

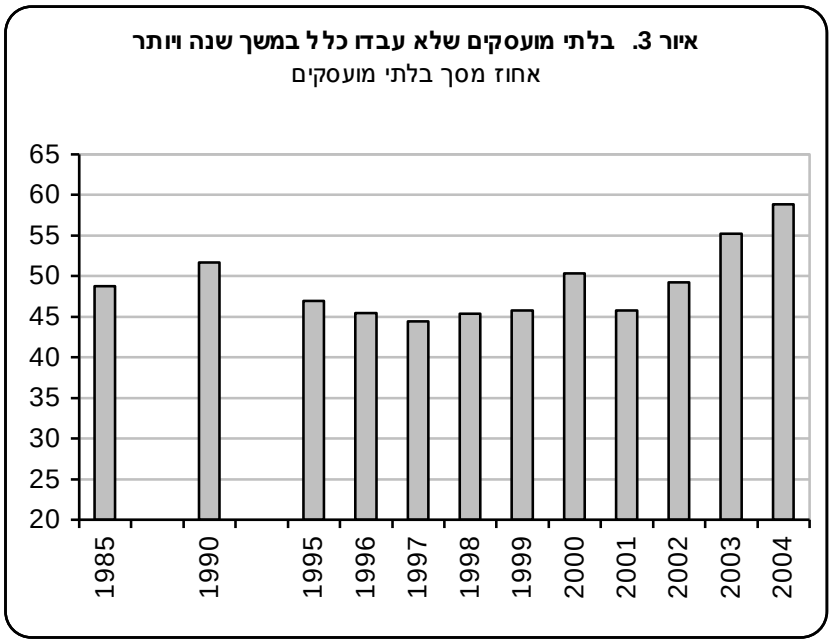
מתברר כי במצב הנוכחי ביטוח אבטלה מחטיא במידה רבה את יעדיו: הוא הופך לביטוח חלקי, שכן הוא מספק רק לחלק מהנזקקים את רשת הביטחון שאותה נועד לספק מלכתחילה, ולביטוח אקסקלוסיבי, המגן על אוכלוסיות "חזקות" יותר. למסקנה דומה מגיע מחקר אחר[11], הטוען שהדגש המוגזם על המטרה לעודד את שובם של מובטלים לשוק העבודה הביא לירידה חדה ביכולתה של התכנית להבטיח את ביטחונם הסוציאלי של המובטלים. בתנאי החוק הנוכחי צפוי שחלקיות הכיסוי הביטוחי לגבי אוכלוסיות חלשות מובטלות תימשך, שכן כ-70 אחוז מהמובטלים, שהשתלבו לאחרונה בעבודה, נקלטו בעבודות זמניות, במשרות חלקיות ובשכר נמוך. מצב זה מנציח את אי-יכולתם לעמוד בדרישות ההכשרה ולצבור זכויות שיקנו להם זכאות לקבלת דמי אבטלה. מכיוון שהסיבה העיקרית לגידול בשיעור האבטלה הייתה ירידת הביקוש לעבודה, יש מידה רבה של אי-צדק בהטלת קנס על מובטלים ובשלילת זכאותם (אף כי נדיבות הקיצבה תרמה להתארכות משך האבטלה ולפעמים גם לניצול לרעה של מבחני התעסוקה), בעוד שמה שנדרש הוא הגדלת היצע העבודה יחד עם הגדלת "אורך נשימה" למובטל להיקלט בעבודה. מן הראוי לשקול מחדש הנהגת הקלות בתנאי ההכשרה (לזכאות בדמי אבטלה) לצד הארכת תקופת תשלום דמי האבטלה באופן שיאפשר חיפוש ומציאת עבודה ראויה, וזאת תוך הקפדה על מבחני התעסוקה ומניעת ניצולם לרעה.

עליית מספר המובטלים הייתה אחד הגורמים שהאיצו את הרפורמה בתשלומי ההעברה שהחלו בהפעלתה כבר ב-2002, ואף כי, כאמור, הקשחת תנאי הזכאות תרמה לירידה בשיעור המובטלים, אין להתעלם מהגידול שחל ב"גרעין הקשה" של המובטלים יותר משנה, היבט המצביע דווקא על החמרה בממדיה של האבטלה.

---

[10] למ"ס, מקבלי דמי אבטלה שהיו מועסקים בכוח העבודה – סקר כוח אדם, 2005.

[11] גל ג'., 2004.



התפתחויות אלו תרמו ליוזמה של תכנית נוספת של האוצר[12], המהווה המשך לתכנית של ההשבה לעבודה (תכנית מהל״ב). תכנית זו נועדה לעודד ולהגביר את ההשתלבות במעגל העבודה, ואף כי הצעה זו מתקנת חלק ממגבלות תכניות קודמות, היא אינה מכוונת לתת מענה לכרסום שחל בתנאי הזכאות לדמי האבטלה, תנאים אותם כאמור ראוי לחזור ולתקן כדי שיגיעו לאוכלוסיית היעד שאליה התכוון המחוקק ויענו למטרות המקוריות של החוק.

נקודה נוספת להתייחסות נוגעת לכך, שבשנת 2004 כ-9 אחוזים ממקבלי דמי אבטלה (בממוצע לחודש) היו חיילים משוחררים. על פניו, נתון זה נראה גבוה, במיוחד מפני שמרבית החיילים ששירתו בצבא הם צעירים שנמצאו כשירים פיזית (לשירות הצבאי). הצעת התקציב ל-2006 נועדה לתקן נקודה זו באמצעות החמרת הזכאות לדמי אבטלה

[12] התכנית צפויה להעניק הקלות מס בהיקף של כ-2.2 אלף שקל למובטלים שיחזרו לעבוד, ומובטל שיחזור לעבודה יזכה בתמריץ של נקודת זיכוי אחת ממס בשווי אלפיים ש״ח בשנה הראשונה לחזרתו לעבודה.

למשוחררי צבא – דמי האבטלה יינתנו רק אחרי חצי שנה של אבטלה מתום השירות הצבאי.

ההתפתחויות האחרונות מלמדות, כי מצטרפים חדשים שיהיו זכאים לדמי אבטלה יקבלו רק את הקיצבה החדשה, הנחותה בנדיבותה בהשוואה לעבר ובהשוואה לקצבאות אבטלה הנהוגות במדינות מערביות מתוקנות. עם זאת צפוי בקרוב שיפור מסוים בהיקף אוכלוסיית הזכאים עם הרחבת תחולת הכיסוי הביטוחי על אוכלוסיית חברי קיבוץ בלתי מועסקים, שעד כה החוק לא חל עליהם והם היו מנועים מקבלת דמי אבטלה. נראה שיש מקום לחזור ולשקול החלת ביטוח אבטלה בעתיד גם לגבי עצמאים לא-מועסקים השרויים במצוקה, שאף כי יש קשיים במדידת אבטלתה של קבוצה זו, ולמרות הוויכוח הפנימי הנוכחי בקרב קבוצות עצמאים שונות לגבי תקופת ההכשרה הנדרשת והנכונות להגדלת התשלום לביטוח הלאומי (כדי שיכללו גם את רכיב ביטוח אבטלה), נראה שיש מידה רבה של היגיון וצדק בהרחבת הבסיס של משלמי ביטוח אבטלה ומקבליו במדינת רווחה מתוקנת.

6. קצבאות לילדים

א. קצבת ילדים

אוכלוסיית מקבלי קצבת ילדים גדלה ב-0.7 אחוז ב-2004 וב-0.9 אחוז ב-2005 לעומת גידול של 0.4 אחוז ב-2003 ו-0.7 אחוז ב-2002, ועמדה על 945.6 אלף משפחות ב-2004 ועל כ-953 אלף משפחות במחצית הראשונה של 2005.

מספר הילדים בגינם משולמת קצבת ילדים גדל בשנים 2001-2005 בכאחוז מדי שנה, והוא הגיע ל-2.226 מיליון ילדים ב-2004 ולכ-2.255 מיליון ב-2005. במכלול השינויים שנעשו, קצבאות הילדים היו אלה שספגו את הפגיעה החמורה ביותר, הן שינויים ברמת הקיצבה והן בקריטריונים לקבלתה (כולל האחדת גובה הקיצבה באופן המבטל השפעת מספר הילדים במשפחה ואת סדר הלידה שלהם על הקיצבה). בהשוואה לרמת הקצבאות ב-2001, טרם הקיצוצים, חלה ירידה ריאלית מצטברת של כ-41 אחוז בקצבאות הילדים.

המשכה של מדיניות זו בשנים הקרובות (עד 2009) יביא על פי הערכה, לפגיעה נוספת כוללת, בהשוואה לקצבאות ששולמו ב-2002 (לאחר שכבר

נפגעו מקיצוצים), בסך של 17 אחוז לילד ראשון ושני, ו-58 אחוז לילד השלישי[13].

התשלומים לקצבאות ילדים (בלבד) ירדו ריאלית ב-2004 בהשוואה לקודמתה ב-22 אחוז, ועיקר הירידה מוסבר בקיצוץ הקצבאות למשפחות עם שני ילדים החל בפברואר 2004, וכתוצאה משינוי שיטת התשלום עבור ילדים חדשים. הירידה בתשלומי קצבאות ילדים באה לביטוי בקיטון של כשליש בחלק היחסי של קצבאות ילדים מכלל הקצבאות שעמד על כ-11 אחוזים מהקצבאות ב-2004 וב-2005 (לעומת כ-16 אחוז בשנים קודמות). מיולי 2004, ניתן פיצוי מסוים למשפחות, שבהן שלושה ילדים ויותר, המקבלות גמלת הבטחת הכנסה או מזונות מהמוסד לביטוח לאומי באמצעות "קצבת משפחה", אשר שולמה בעבור ילד שלישי ורביעי בלבד, כפיצוי על הפגיעה הכפולה: בקצבאות ילדים ובהבטחת הכנסה.

היישום המיידי והחותך של הקיצוצים בקצבאות הילדים ב"תכניות החרום הכלכליות" מאז 2002, הביא להגדלה בתחולת העוני בקרב ילדים ומשפחות כשראש המשפחה, במקרים רבים, אינו משתתף בשוק העבודה. ראוי היה לשקול, טרם הנהגת הקיצוצים, את משמעותה של ההכבדה על משפחות עם ילדים שכבר נולדו במשפחות כאלו, לעומת החלופה של פריסת השינויים המתוכננים מסוג זה לאורך זמן. מדיניות זו מבטאת העדר עקביות בגישות שהופעלו לגבי קצבאות ילדים במהלך השנים, היא מצביעה על רגישות התחום להשפעות חיצוניות (קואליציוניות ואחרות), והיא מחדדת את הצורך בדיון מעמיק קודם להפעלת שינוי הבסיס של שיטת הקצאת תשלומי ההעברה.

הקיצוץ בקצבאות הילדים וצמצום הוצאות הממשלה לרווחה הצמיחו יוזמות חדשות של הביטוח הלאומי לצמצום העוני בקרב ילדים (מכיוון שמקרב כ-350 אלף ילדים בסיכון רק 30 אחוז זוכים כיום לטיפול) באמצעות גיוס מקורות כספיים חדשים בהיקף של כ-200 מיליון ש"ח מקרנות ומהמגזר העסקי. מדובר בתכנית רב-שלבית שתופעל בקרוב ותכלול איתור האוכלוסייה בסיכון, אפיון בעיותיה ובחינת שיטות התערבות חדשניות. השאלה, האם העברת האחריות לרווחתם של ילדים לארגונים לא-ממשלתיים, ראויה להתייחסות במסגרת דיון רחב על גבולות אחריותה של הממשלה לרווחת אזרחיה בישראל בשנים הבאות.

[13] המוסד לביטוח לאומי, דו"ח שנתי, 2004.

ב. נשים המקבלות דמי מזונות

הדיון בגמלת דמי מזונות משלים היבטים בהבטחת רמת חייהם של ילדים, ולכן הוא משולב בסעיף זה. חוק המזונות מבטיח תשלום מזונות לנשים לפי פסיקת בתי המשפט, כאשר הגבר החייב במזונות אינו ממלא חובתו. האישה יכולה לבקש גבייה באמצעות המוסד לביטוח לאומי או באמצעות לשכות ההוצאה לפועל. דמי מזונות שלא שולמו הגיעו לכ-2.5 מיליון ש״ח ב-2004, וההיקף היה דומה גם ב-2005. מאחר שרק 10 אחוזים מחייבי התשלום משלמים באופן סדיר וכשני-שלישים לא משלמים כלל, גבה הביטוח הלאומי כ-41 ו-45 אחוז מהסך-הכולל של המזונות בשנים 2004 ו-2005 והעביר תשלומים, בממוצע לחודש, לכ-25 אלף נשים, שהכנסתן נמוכה, שהן אוכלוסיית היעד של קיצבה זו. 72 אחוז ממקבלות דמי המזונות הן גרושות (האחרות חיות בנפרד מבן הזוג וידועות בציבור), ומרביתן – 82 אחוז –אימהות לילד אחד או לשני ילדים. גודלן של קבוצות אלו לא השתנה לאורך זמן. גובה הקיצבה הממוצעת שעמד על כ-1,300 ש״ח לחודש ב-2004 – כ-19 אחוז מהשכר הממוצע במשק, לעומת 20.1 אחוז ב-2002, יישאר ברמה דומה גם ב-2005.

חוק המזונות כשלעצמו אינו מבטיח הכנסת מינימום לנזקקות, ומי שמתקיימים בה תנאי הבטחת הכנסה מכוח החוק, זכאית לקבל השלמת הכנסה בנוסף לדמי המזונות, תמיכה ממנה נהנו כשליש ממקבלות המזונות בשנתיים האחרונות. אולם תיקוני החקיקה, שחלו גם על מקבלות קיצבה זו, הביאו להקטנת מספר מקבלות דמי מזונות בכלל, ומקבלות השלמת הכנסה ומזונות – הקבוצה הנזקקת יותר מקרב מקבלות דמי מזונות – בפרט, לרמה של שני-שלישים מגודלה ב-2002 : מ-45 אחוז מסך המקבלות ב-2002 לכ-32 אחוז ב-2004 וב-2005.

לוח 7. מקבלי דמי מזונות והשלמת הכנסה, וכאחוז מסך מקבלי מזונות

	מקבלי מזונות	**מקבלי מזונות והשלמת הכנסה** (אלפים)	**מקבלי השלמת הכנסה כאחוז ממקבלי מזונות** (אחוזים)
2002	27.9	12.2	45
2003	25.8	8.8	34
2004	24.6	7.9	32

מקור: המוסד לביטוח לאומי, דו"ח שנתי 2004
נתוני 2005 בכל הסקירה הופקו מהתקציב התפעולי שהתפרסם במאי 2005.

האחריות שנטל על עצמו המוסד לביטוח לאומי בדאגה לנשים ולילדים שאבותיהם אינם נוטלים אחריות לפרנסתם מבטאת עקרונות מתקדמים במדינת הרווחה. עם זאת, נראה, שקיים צורך מיידי בייעול מנגנוני הגבייה של קיצבה זו (אולי באמצעות הפרטת הגבייה), באופן שיבטיח החזרת הכסף לביטוח הלאומי על-ידי האבות שאינם משלמים את חובם. תהליך כזה יגדיל את השתתפותם בפועל של אבות בגידול ילדיהם ועשוי לחנכם לנטילת אחריות בעתיד. לעומת זאת, קיצוץ דמי המזונות לנזקקים מקהה את שיני הבנים (ואימהותיהן) ופוטר מאחריות את אבותיהם אוכלי-הבוסר.

מקורות

בנק ישראל (2005), **דוח שנתי 2004**, פרק ד׳: מדיניות רווחה.

גל, ג׳., (2004), על מטוטלת ביטוח אבטלה בישראל 1972-2003, בתוך: **ביטחון סוציאלי**, דצמבר, מס 67, עמ׳ 143-109.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה **שנתונים סטטיסטיים**, שנים שונות.

--, **סקר כוח אדם, 2004**.

המוסד לביטוח לאומי, (2005), **ממדי העוני והפערים בהכנסות 2004, ממצאים עיקריים**, אחדות ל., כהן ר., אנדבלד מ., אוגוסט.

--, **סקירה שנתית 2004**.

--, (2004), **ממדי העוני ואי-השוויון בהתחלקות ההכנסות במשק 2003**, ממצאים עיקריים, נובמבר.

--, (2005), **רבעון סטטיסטי**, יולי.

--, (2005), אחדות ל., אנדבלד, מ., זוסמן צ., כהן, ר., היבטים חברתיים של תקציב המדינה 2005-2002, נובמבר (טרם פורסם).

--, (2003), גורדון ד., **שיקום ונכונות לעבודה בקרב מקבלי נכות בישראל**, (תקציר) מס 80.

--, (2005), **תקציב תפעולי לשנת 2005**, דברי הסבר, מינהל המחקר והתכנון, מאי.

יוסף, ר., ספיבק, א., (2005), התמורות בענף הפנסיה והשלכותיהן על פנסיית חובה בישראל, **גרונטולוגיה** (טרם פורסם).

מבקר המדינה, (2005), **דוח שנתי 55ב׳: פרק הרווחה**.

משרד התמ״ת, מינהל תכנון מחקר וכלכלה (2005), **דוח התכנית לשילוב הורים יחידים בשוק העבודה – השמות, תשלומי הטבות ומענקים, הכשרה מקצועית, מעונות ילדים וצהרונים והעצמה**, מעודכן לחודשים אפריל-מאי.

קופ., י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, שנים שונות, ירושלים.

קופ י., בר-צורי, ר. (2005), השתתפות קשישים בכוח העבודה – מגמות עיקריות, **גרונטולוגיה** (טרם פורסם).

הסקר החברתי – 2005

1. מבוא

זה שש שנים שהמרכז עורך את הסקר החברתי[1]. מדובר בסקר דעת קהל אשר נועד להתרשם מתחושת הרווחה ומתחושת הביטחון החברתי של הציבור בישראל. אנו מציגים את תשובות הציבור לשאלות ששאלנו על רמת החיים, על מצב התעסוקה, על הביטחון האישי, ועל רמת שירותי החינוך והבריאות שהציבור מקבל. בהמשך להצגת הממצאים של הסקר בתחומים אלה אנו מציגים תשובות לשאלות ששאלנו בסוגיות שונות של המדיניות החברתית ולשאלות המשקפות העדפות ערכיות של הציבור בכמה מן הסוגיות שעל סדר היום הציבורי. סוגיית הפערים החברתיים, למשל, אשר איננה יורדת מסדר היום החברתי והכלכלי, מועלית בסקר בשני ממדים: האחד מבטא את תחושות הציבור לגבי אופיים של השינויים המתחוללים והשני מבטא את השיפוט של הציבור לגבי תרומתה של המדיניות הממשלתית בתחומים השונים למיתון או להחרפת הפערים. סוגיה זו מהווה ממד של חלק רב מן הנושאים הכלולים בסקר ומסתבר מתוך ראייה כוללת, כי תחושותיו של הציבור לגבי עוצמת הפערים ולגבי התרחבותם נמצאות תואמות לממצאים ממדידות שונות שנעשו במשק בתחום זה.

לגבי ההתרשמות ממצבו של הפרט על רקע ההתפתחויות הכלכליות פנינו לבירור תחושות הציבור באשר למצבו האישי, תוך התייחסות להערכות שלו על מצבו, כולל הציפייה שלו לשיפור המצב. השאלות הכלולות בסקר (26 שאלות) מלוות ב-9 שאלות רקע על גילם, מינם, השכלתם, הכנסתם, מועד עלייתם ארצה של המשתתפים, מידת דתיותם, וכדומה.

---

[1] הסקר נערך מדי שנה באמצעות חברת חנוך ורפי סמית – ייעוץ מחקר בע"מ. הסקר בוצע השנה בחודש יולי, וטעות הדגימה בו היא 3.1 אחוזים. הסקר פנה למדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (יהודים וערבים מעל גיל 18) והוא כלל ציבור של 1003 איש ואישה, אליהם הופנו כלל השאלות.

יש להדגיש, הסקר מהווה כלי משלים לניתוח ההקצאה לשירותים חברתיים, המוצג על-ידי המרכז מדי שנה בחלק הראשון של הדו"ח השנתי. הסקר מציג את חוות דעתם של מקבלי השירותים – כלל הציבור – ובמגבלות מסוימות המאפיינות כלי מעין זה הוא עשוי לאפיין את כיוון הרוח הנושב מהציבור על רבדיו השונים.

כמדי שנה גם השנה הוספנו שאלות בתחומים שונים וגרענו שאלות בתחומים אחרים. הקפדנו להמשיך ולשאול מספר שאלות בניסוח זהה לשנים קודמות, כדי להבטיח שבתחומים אלה, בהם נשאל הציבור כמה וכמה פעמים, תהיה בידינו אינדיקציה למגמות ברורות בעמדותיו.

תוצאות הסקר מצטרפות לתוצאות הסקרים הקודמים ולשאר הניתוחים הכלכליים-חברתיים ברמה המקרו-חברתית, שחלקם באים לידי ביטוי במקומות אחרים בדו"ח השנתי על "הקצאת משאבים". הן מאפשרות לנו לאפיין באופן מבוסס למדי כמה התפתחויות מרכזיות:

1. התחושה הרווחת בקרב הנשאלים היא, שהקיטוב הכלכלי מתרחב והפערים גדלים. מגמת השיפור הכלכלי של השנתיים האחרונות לא תרמה לשינוי בתחושה לגבי עוצמת הפערים אלא ההפך הוא הנכון – מהסקר עולה כי הקבוצות החזקות בחברה התחזקו והקבוצות החלשות נחלשו.
2. הציבור סבור שהמדיניות החברתית-כלכלית של הממשלה בתחומים השונים תורמת להמשך היווצרות הפערים.
3. כמה קבוצות בחברה הישראלית בולטות לעומת הממוצע בתשובות לחלק ניכר מהשאלות. מדובר בעיקר בעולים מחבר העמים, בערבים ובחרדים.

רבות משאלות הסקר מתייחסות להיבטים שונים, שהם מרכיבי יסוד בתחושת הביטחון החברתי של הנשאל. שקדנו השנה על פיתוח של מדד, המאפשר לקבל תמונה כוללנית יותר על הביטחון החברתי, מעבר למה שניתן ללמוד מתשובות לשאלות בודדות. **"מדד טאוב"** מאפשר לכמֵת באופן פשוט שינויים החלים על פני זמן בתחושת הביטחון החברתי של הציבור בכללותו. כמו כן הוא מאפשר השוואה בין קבוצות האוכלוסייה השונות על ידי חישוב ערך המדד בנפרד לגבי כל תת-קבוצה.

המגמות עליהן מצביע מדד טאוב והשונות של המדד בין קבוצות שונות של משתתפי הסקר מוצגות להלן בסעיף הבא (סעיף 2). בהמשך לכך אנו מציגים את תוצאות הסקר לפי סעיפים, אשר כל אחד מהם כולל אשכול של שאלות בתחום מסוים בנפרד: ראשית התייחסנו לרמת החיים

של הנשאלים ולדיווחם על השינויים שחלו בה בשנה האחרונה (סעיף 3), הסעיפים בהמשך לכך מציגים את האשכול של התעסוקה (סעיף 4), את תחום הביטחון האישי (סעיף 5) ולאחר מכן אשכול של שאלות על רמת שירותי הבריאות (סעיף 6) והחינוך (סעיף 7). שני הסעיפים האחרונים של הפרק מציגים את חוות הדעת של משתתפי הסקר על המדיניות החברתית-כלכלית (סעיף 8) ואת עמדותיהם הערכיות של משתתפי הסקר (סעיף 9).

2. "מדד טאוב" לתחושת הביטחון החברתי

"מדד טאוב" מחבר ומשקלל את התשובות שניתנו בסקר לקבוצה של שאלות, הנוגעות ישירות במרכיבים הבסיסיים ביותר של תחושת הרווחה החברתית. מדובר בעיקר בשינויים ברמת החיים, בתחושת החשיפה לאלימות, בביטחון כלכלי בסיסי, ובחשש מפני אבטלה. התשובות מתורגמות לערכים כמותיים ומשוקללות לכדי מדד אחד פשוט, היכול לקבל ערכים בין 0 (מצב של חוסר ביטחון חברתי קיצוני) ל-100 (מצב של ביטחון חברתי מירבי).

בשנת 2005 עומד "מדד טאוב", המחושב לכלל אוכלוסיית הסקר על 54.5 נקודות. מהרחבת אופק ההסתכלות לחמש השנים האחרונות מתקבלת התמונה הבאה: בשנת 2001 (שנה ראשונה עבורה חישבנו את המדד) עמד המדד על 57.9 נקודות (כאמור, מתוך 100), בשנתיים 2002-2003 ירד המדד בצורה תלולה לכדי 47.9 נקודות. הירידה של המדד משקפת את התערערות הביטחון החברתי של הציבור בעת העמקת המיתון הכלכלי והאבטלה ובעת השיא של הקיצוצים בתקציבי הרווחה – ובעיקר תקציבי הבטחת הכנסה.

בשנת 2004 חל מפנה בתחושת הביטחון של הציבור, כפי שמשתקף מעליית המדד לרמה של 53.1 נקודות, ובשנת 2005 נמשכה מגמת העלייה, אף כי בשיעור מתון בהרבה. המדד המחושב מהסקר הנוכחי (2005) עמד, כאמור, על 54.5 נקודות – הוא עדיין נמוך מרמתו ב-2001.

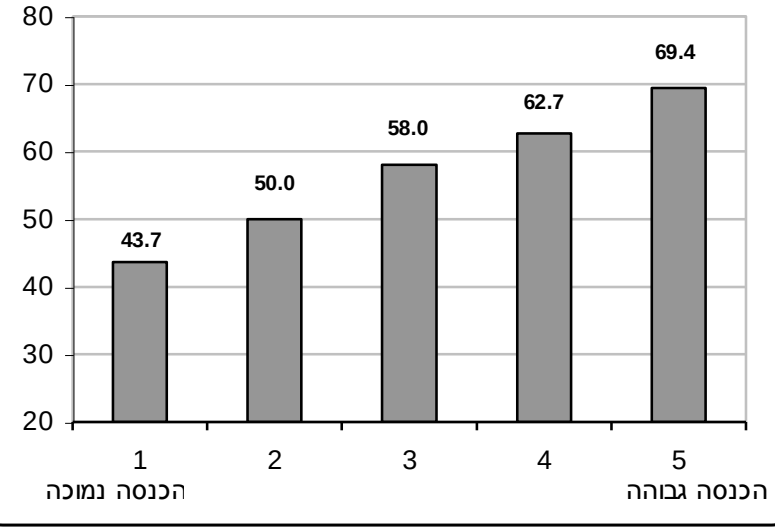
הנתונים הללו מתייחסים לאוכלוסיית הסקר בכללותה ומסתירים הבדלים גדולים ברמת הביטחון החברתי בין קבוצות אוכלוסייה שונות. המדד המחושב עבור האוכלוסייה המדווחת על רמת הכנסה "הרבה מעל הממוצע" עמד בשנת 2005 על קרוב ל-70 נקודות, בו בזמן שהנתון עבור האוכלוסייה עם רמת הכנסה "הרבה מתחת לממוצע" הגיע לכדי 44

נקודות בלבד. גם בקרב האוכלוסייה עם רמת הכנסה של "קצת פחות מהממוצע" לא עבר המדד השנה את רמת ה-50 נקודות.

לא רק ההבדלים המוחלטים הגדולים, יחסית, בין קבוצות האוכלוסייה השונות מדאיגים, גם הכיוונים השונים של התפתחות המדד המחושב לקבוצות אלה אמורים "לזעוק" בפנינו ובפני מעצבי המדיניות החברתית-כלכלית. אם עד 2004 ניתן לראות מגמות דומות בהתפתחות המדד המחושב לקבוצות ההכנסה השונות – ירידה בשנים 2002-2003 ועלייה בשנת 2004, הרי המדד לשנת 2005 מצביע על הגדלת הקיטוב ועל התרחבות הפערים גם בתחושת הביטחון של האוכלוסיות השונות. בו בזמן ש"מדד טאוב" לאוכלוסייה המבוססת **עלה** בכ-6 אחוזים לעומת השנה הקודמת, המדד לאוכלוסיות החלשות **ירד** בכ-2 אחוזים.

ניתן לסכם ולומר, ש"מדד טאוב" ל-2005 מצביע על מגמת שיפור מסוימת ותפנית בתחושת הביטחון החברתי-כלכלי של הציבור, לאחר הרעה בשנים קודמות. ואולם, השיפור חל רק בקרב השכבות המבוססות באוכלוסייה ופסח על בעלי הכנסות נמוכות מהממוצע.

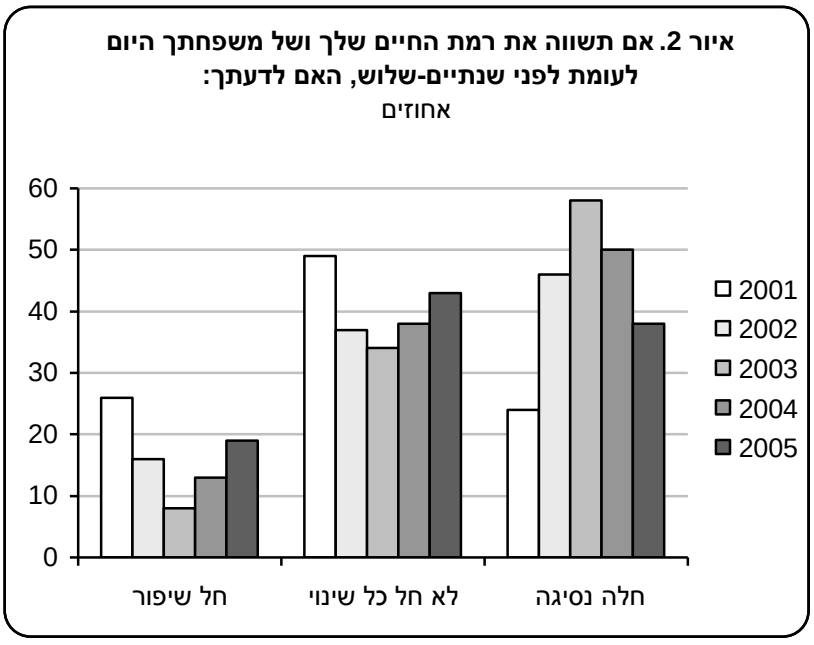
איור 1. מדד טאוב - 2005
לפי קבוצות הכנסה



3. רמת החיים

ההתרשמות ממצבו של הציבור בשנה האחרונה, מתוך תשובות הנשאלים לכמה שאלות שהוצגו בסקר, מצטרפת לכדי תמונה כוללת של הרחבת הקיטוב. ראשית, שאלנו באופן ישיר לגבי רמת הרווחה לעומת השנתיים-שלוש הקודמות.

השאלה הייתה: **אם תשווה את רמת החיים שלך ושל משפחתך היום לעומת לפני שנתיים-שלוש, האם לדעתך:** (חל שיפור ניכר, חל שיפור מסוים, לא חל כל שינוי, חלה נסיגה מסוימת, חלה נסיגה רבה).



שאלה זו חזרה והופיעה ברציפות בסקרי המרכז בחמש השנים האחרונות. אין ספק בכך, שהתשובות מקבלות יתר תוקף כאשר אנו בוחנים אותן לעומת שנים קודמות. ובכן, מתברר שבשנתיים האחרונות יש תחושה שהמצב השתפר לעומת הסקרים שנערכו בשנים 2002-2003, אם כי עדיין לא חזרה תחושת השיפור שדווחה על-ידי המשתתפים ב-2001. שיעורם של המדווחים על שיפור ברמה החיים עלה ב-2005 לכדי 19

אחוז לעומת כ-12.5 ב-2004 וכ-8 אחוזים בלבד ב-2003. במקביל לכך ירד שיעור המדווחים על נסיגה במצבם והירידה הינה הדרגתית בשנתיים האחרונות. יחד עם זאת, שיעור הסבורים שחלה נסיגה **רבה** גדול פי שלושה משיעור הסבורים שחל שיפור **ניכר**.

מסתבר כי תמונה זו מסתירה בתוכה מגמות נבדלות בין קבוצות מובחנות בחברה: אמנם גילאי 29-25 מדווחים על שיפור ניכר במצבם, יותר מהממוצע, וכך גם בעלי הכנסה הגבוהה בהרבה מהממוצע. אך לעומת זאת, קבוצות אחרות דיווחו על הרעה ברמת חייהם יותר מהממוצע: מדובר בבעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית, בערבים ובבעלי הכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע. דומה אפוא שהתמונה המתקבלת היא שהחזקים התחזקו, והחלשים נחלשו עוד יותר.

השאלה הבאה ששאלנו על רמת החיים של הציבור הייתה: **באיזו מידה רמת הכנסתך מאפשרת לך ולמשפחתך לעמוד בצורכי הקיום הבסיסיים?** (אחוזים)

	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
ללא כל קושי	11	12	10	11	12	19	19
ללא קשיים רבים	11	11	12	9	15	..	..
במידה סבירה	42	43	46	46	45	50	52
בקושי	29	27	27	29	25	26	25
כלל לא מאפשרת	7	6	4	5	3	5	4

שאלה זאת נשאלה בנוסח זהה כמעט בכל השנים הקודמות והתשובות עליה מצביעות על קו-מגמה ברור: שיעור המשיבים שהכנסתם מאפשרת להם לעמוד בצורכי הקיום הבסיסיים ללא קושי או ללא קשיים מרובים הוא יציב לאורך ארבע השנים האחרונות ועומד על כ-23-22 אחוז מן הציבור. שיעור המשיבים שרמת הכנסתם מאפשרת קיום ברמת חיים סבירה בלבד ירד השנה לכדי 42 אחוז ושיעור המשיבים המדווחים על קושי "להסתדר" ברמת הכנסתם הנוכחית עלה לכדי 36 אחוז.

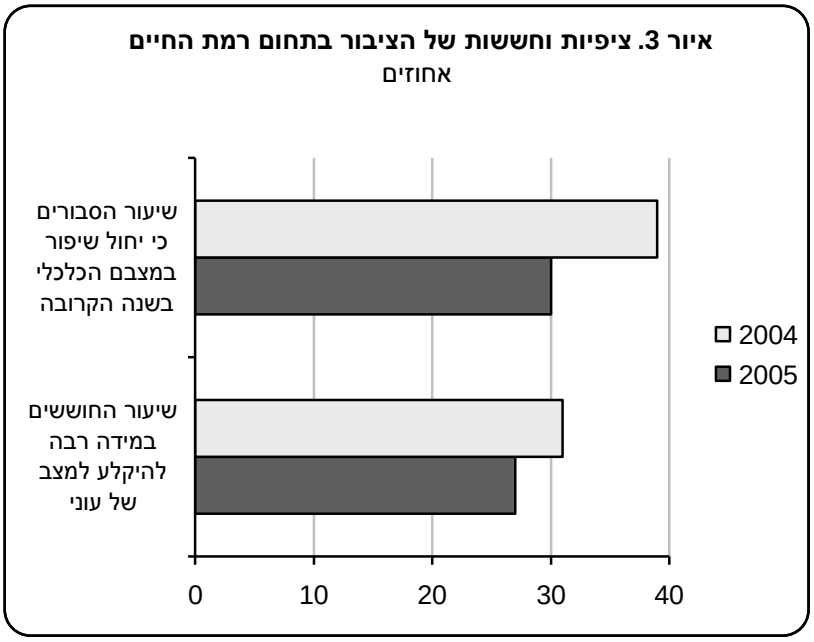
המגמה המסתמנת מצירוף התשובות היא הרחבת הקיטוב, כשקבוצת האמצע מצטמצמת וקבוצות הקצה גדלות. ייתכן, אמנם, שכאשר רמת החיים הממוצעת עולה וחל שינוי בהגדרה של המוצרים והשירותים הנתפסים כבסיסיים (היות שמדובר בהערכות סובייקטיביות של צורכי הקיום הבסיסיים), חלה גם עלייה בשיעור האנשים שאינם יכולים או מתקשים להרשות לעצמם לצרוך מוצרים ושירותים אלה, הנחשבים עתה

בעיני החברה כבסיסיים. עם זאת, אין להקטין מחומרתם של הממצאים – כמעט מחצית מהמשיבים בגיל העבודה המרכזי (30-49) השיבו בסקר, שהם אינם יכולים להסתדר או שהם מסתדרים בקושי. השיעור גבוה יותר בקרב החרדים, בקרב יוצאי חבר העמים, בקרב ערבים, מובטלים, בעלי השכלה נמוכה (יסודית או תיכונית חלקית), ובעלי הכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע.

מצאנו קשר בין התשובות להכנסת המשיבים: רק 2 אחוזים מבעלי ההכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע השיבו שהם יכולים להסתדר ללא קושי, לעומת 46 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה בהרבה מהממוצע. נמצא גם קשר לסטטוס בעבודה של המשיב – העצמאים השיבו בשיעורים גבוהים יותר מהשכירים, שהם יכולים להסתדר עם הכנסותיהם ללא קושי.

שאלנו את הציבור באשכול זה שתי שאלות המתייחסות לציפיות ולחששות שלו בתחום רמת החיים. ניתן להתרשם מהתוצאות, באופן משולב, באיור 3.

איור 3. ציפיות וחששות של הציבור בתחום רמת החיים
אחוזים



השאלה הראשונה הייתה: **האם אתה צופה שמצבך ומצב משפחתך הכלכלי ישתנה בשנה הקרובה?** (אחוזים)

	2005	2004
יחול שיפור ניכר	5	6
יחול שיפור מסוים	25	33
לא יחול כל שינוי	55	47
תחול הרעה מסוימת	13	11
תחול הרעה רבה	3	2

מסתבר שלמרות השינויים האובייקטיביים לטובה במשק ישנה ירידה באופטימיות: רוב הציבור סבור שלא יחול שינוי במצבו. פחות מ-30 אחוז מהמשיבים סבורים השנה, שהמצב הפרטי שלהם ישתפר, כאשר בשנה שעברה סברו כך כמעט 40 אחוז מהציבור. בהשלמה לכך, בקצה השני, כמעט 16 אחוז מהציבור סבורים שמצבם הכלכלי עוד יורע לעומת כ-13 אחוז בשנה שעברה. ייתכן, שבעת שאנשים נמצאו בשיא השפל הציפייה שלהם לשיפור המצב הייתה גבוהה יותר מאשר בעת שהמצב מתחיל להשתפר ומתבררת התמונה של מצבם הפרטי. לכן, דווקא בזמן זה הציפיות לשיפור נוסף מתמתנות. ייתכן גם, שחלק ניכר מהציבור איבד את האמון בהבטחות הממשלה לשיפור המצב.

ההסבר האחרון מוצא חיזוק מסוים, כאשר מתבלטות לעינינו מתוך כלל הציבור הקבוצות החוששות במיוחד מהרעת המצב: מדובר בבעלי ההכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע, הערבים, המובטלים והעולים מחבר העמים. לעומת זאת, גם באוכלוסיות האופטימיות, יחסית, מצאנו צעירים, חרדים וערבים. לכאורה יש כאן סתירה מסוימת, כאשר קבוצות המשתייכות לאותו סטטוס חברתי חלש מביעות עמדות נוגדות. אך הסתירה מוסברת בחלקה בהתפלגות **בתוך** הקבוצות.

הדבר בולט במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית, שם קבוצת הביניים, הסבורה שלא יחול שום שינוי היא קטנה יחסית לעומת שתי קבוצות הקצה, הגדולות יחסית, שסבורות שיחול שינוי לרעה או לטובה. ייתכן גם שלקבוצות האוכלוסייה, שרמת הכנסתן נמוכה ביותר, יש ציפיות גבוהות יותר לשיפור, אבל בהעדר ביטחונות כלכליים, תחושת הסיכון והחשש מהצפוי הם עדיין גבוהים יותר.

גם בתשובה לשאלה זו מצאנו הבדלים מסוימים בין העצמאים לשכירים, כאשר העצמאים אופטימיים יותר מהשכירים (ציינו שהם

הביעו תחושה שרמת חייהם טובה יותר). מצאנו גם הבדלים באופטימיות בין נשים לגברים, כאשר הנשים "שמרניות" יותר בהערכתן את המצב, הן בכיוון של הרעה והן בכיוון של שיפור.

השאלה השנייה לגבי הציפיות הייתה: **האם אתה חושש/ת מהאפשרות שאתה או משפחתך תיקלעו למצב של עוני או מצוקה כלכלית?** (אחוזים)

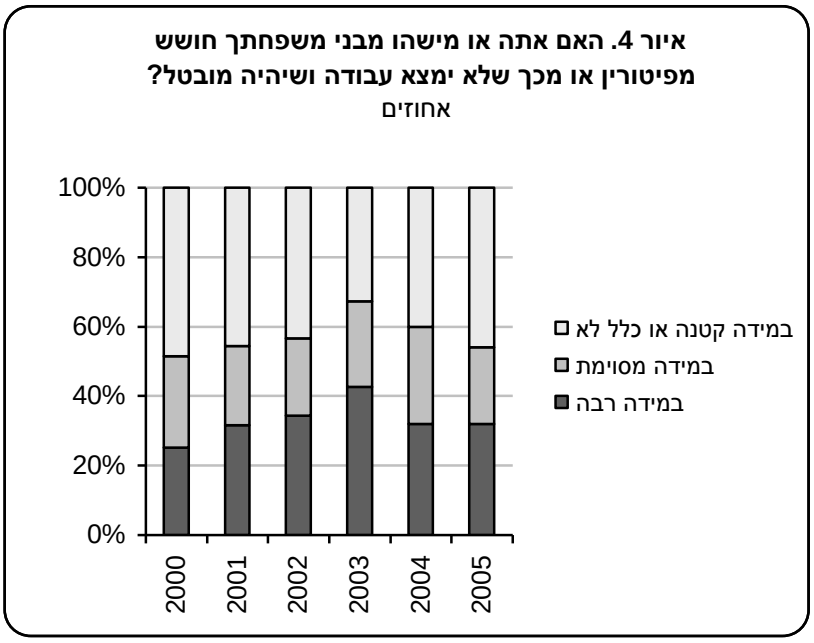
	2005	2004
במידה רבה מאוד	13	17
במידה רבה	14	14
במידה מסוימת	27	29
במידה קטנה	16	15
כלל לא	30	25

בתשובה לשאלה זו יש סימנים קלים לשיפור שחל במצב הרוח, כאשר חלה ירידה קטנה במידת החשש מהידרדרות למצב של מצוקה כלכלית או לעוני לעומת השנה שעברה. בדומה לשאלות אחרות באשכול זה הקבוצות החלשות חוששות יותר מהקבוצות החזקות. כמו כן החשש עולה עם הגיל.

4. תעסוקה, הכנסה ותנאי עבודה

חיי העבודה של הפרט הם אחד המרכיבים המשמעותיים ביותר בחייו והם, בדרך-כלל, המקור לביטחונו האישי והמשפחתי, כלכלית וחברתית. העבודה מאפשרת לפרט לפרנס את עצמו ואת משפחתו, היא קובעת במידה רבה את הסטטוס החברתי שלו, והיא משפיעה השפעה מכרעת על איכות חייו ועל הערכתו העצמית. השנה הרחבנו מעט את התחום על-ידי מספר שאלות שכללנו בסקר, מעבר להיבטים בהם עסקנו בעבר.

תחום התעסוקה הוא התחום הראשון אשר נפגע עם ראשיתו של משבר כלכלי אך השיפור בו הוא איטי יחסית, גם כאשר המצב של המשק מתחיל להשתפר. גם השנה, בדומה לשנים קודמות, חזרנו ושאלנו את השאלה: **האם אתה או מישהו מבני משפחתך חושש מפיטורין או מכך שלא ימצא עבודה ושיהיה מובטל?** (במידה רבה מאוד, במידה רבה, במידה מסוימת, במידה קטנה, כלל לא).



השנה נמשכה מגמת השיפור שאובחנה לראשונה בשנה שחלפה, לאחר תקופה די ממושכת בה החשש מפני אבטלה היה גבוה מאוד. שיעור המשיבים השנה, שהם או אחד מבני משפחתם לא חוששים כלל מפני אבטלה, או שהם חוששים במידה מועטה בלבד עלה ל-46 אחוז לעומת 40 אחוז בשנה שעברה, ולעומת 30 אחוז ב-2003. בקצה השני, גם מספר החוששים במידה רבה מאד ירד במקצת בשנה האחרונה. ייתכן שהקטנת החששות מאבטלה משקפת את המצב האובייקטיבי, המצביע על כך שהחל שיפור במודדים כלכליים שונים ולכן האיום של האבטלה בקרב הציבור פחת.

החשש מפיטורין גדול יותר אצל נשים מאשר אצל גברים – רק שליש מהנשים אינן חוששות מפיטורין לעומת 43 אחוז מהגברים[2]. הקשר הברור והמובהק ביותר מתייחס להבדלים בין הנשאלים לפי רמת הכנסתם: רק 3 אחוזים מבעלי ההכנסה הגבוהה בהרבה מהממוצע

[2] חשוב להדגיש, שהשאלה התייחסה לנשאל או לבני משפחתו ועל כן ייתכן שגישתן של הנשים "ריאלית" יותר ואופטימית פחות.

דיווחו על חשש מפני פיטורין או אבטלה לעומת 28 אחוז מבעלי ההכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע. במקביל לכך, 63 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה אינם חוששים כלל מפיטורין לעומת 24 אחוז בלבד מבעלי ההכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע. באותו כיוון מצאנו גם קשר להשכלת הנשאלים.

מצאנו שתחושת הביטחון של העצמאים הרבה יותר גבוהה, כלומר שהשיעור מתוכם, שאינו חושש מכך שמישהו מבני משפחתם יפוטר (או שהם לא ימצאו עבודה) גבוה בהרבה משיעור השכירים אשר חשים כך (55 לעומת 34 אחוז). הערבים הם קבוצה בולטת נוספת בין משתתפי הסקר שהביעו חשש כבד מאבטלה.

שתי השאלות הבאות ששאלנו בשנה האחרונה (2005) באשכול זה עסקו בהכנסה ובתנאי העבודה של משתתפי הסקר. השאלה הראשונה התייחסה להכנסה. השאלה הייתה: **האם בשנה האחרונה חלו שינויים ברמת הכנסתך?** (אחוזים)

חל שיפור ניכר	2
חל שיפור מסוים	15
לא חל כל שינוי	56
חלה נסיגה מסוימת	18
חלה נסיגה רבה	8

מעניין לציין, שבמציאות בה אנו מדווחים על שיפור כלכלי, לכאורה, שיעורים גבוהים יותר מקרב הציבור מדווחים על הרעה בהכנסתם מאשר על הטבה – 17 אחוז מדווחים על שיפור ויותר מ-26 אחוז מדווחים על נסיגה! בממוצע לכלל המשתתפים התמונה אולי איננה חמורה כל-כך אולם מסתבר לפי ממצאי הסקר, שתמונה זו מסתירה את הקבוצות המובחנות מתוך האוכלוסייה שבהן הפגיעה הייתה חמורה יותר.

לעומת 40 אחוז מבין בעלי ההכנסות הנמוכות, שדווחו על הרעה ואף הרעה רבה בהכנסתם, רק 7 אחוזים מבעלי ההכנסה הגבוהה בהרבה מן הממוצע דווחו על הרעה וכמעט אף אחד לא דווח על הרעה רבה. תמונה דומה ניכרת גם לפי השכלה: 18 אחוז מבעלי ההשכלה היסודית והתיכונית החלקית (קטיגוריות של השכלה נמוכה יותר) דווחו על הרעה בהכנסתם לעומת 5 אחוזים בלבד מבעלי ההשכלה האקדמית.

יש להניח, שבעלי ההכנסות הגבוהות ובעלי ההשכלה הגבוהה נמצאים במקומות עבודה, המוגנים יותר בהסכמי עבודה והם חשים מובטחים

יותר מפני פגיעה בהכנסותיהם. לעומת זאת, חלק לא קטן של האוכלוסייה מהקבוצות החלשות מועסק אצל קבלני כוח אדם, או במקומות עבודה לא מאורגנים, בהם המעסיקים מנצלים את המשבר הכלכלי ואת האיום באובדן מקום העבודה כדי לפגוע בתנאי ההעסקה של עובדיהם.

השאלה השנייה עסקה בשינויים בתנאי העבודה האחרים (שאינם הכנסה) והתשובות התפלגו באופן דומה מאד לתשובות לשאלה הקודמת: (באחוזים)

חל שיפור ניכר + מסוים	12
לא חל כל שינוי	66
חלה נסיגה מסוימת + רבה	21

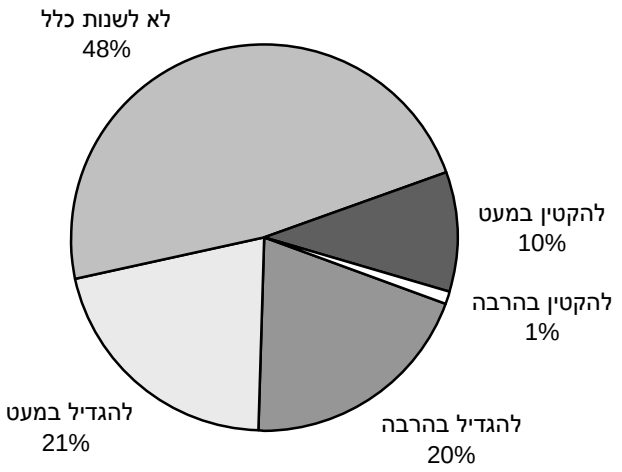
גם לגבי שינויים שחלו בתנאי העבודה, אפשר להיווכח, כי בעלי הכנסות גבוהות נפגעו הרבה פחות מבעלי הכנסות נמוכות, ובעלי השכלה נמוכה נפגעו יותר מבעלי השכלה גבוהה. השכירים נפגעו קצת יותר מהעצמאים, והנשים יותר מהגברים.

שאלה נוספת ששאלנו באשכול התעסוקה נועדה לברר, האם הציבור שבע רצון או מסתפק בהיקף העבודה הנוכחי שלו (לאור תחושת הפגיעה ברמת החיים, ברמת ההכנסה ובתנאי העבודה).

השאלה הייתה: **האם אתה מעונין לשנות (להגדיל או להקטין) את מספר שעות העבודה הנוכחי שלך תוך שינוי מקביל של השכר?** התשובות שקיבלנו ב-2005 מוצגות באיור 5.

התשובות תואמות לתחושה כי רמת ההשתכרות איננה מספיקה כדי לעמוד בנטל הקיום, מפני ששיעור גבוה למדי של משתתפי הסקר, יותר מ-40 אחוז מעונינים להגדיל את היקף משרתם ולהגדיל את הכנסתם בהתאמה לכך. זאת לעומת 10 אחוזים בלבד המעונינים להקטין את היקף עבודתם. ייתכן שהשיעור הגבוה של המעונינים להגדיל היקף עבודתם מלמד על היקפה של אבטלה, שאיננה משתקפת בנתוני האבטלה הרשמיים – הדבר מתבטא בתחושה של תת-תעסוקה, כלומר בתעסוקה במשרות חלקיות שלא מרצון.

איור 5. האם אתה מעונין לשנות את מספר שעות העבודה הנוכחי שלך תוך שינוי מקביל של השכר?

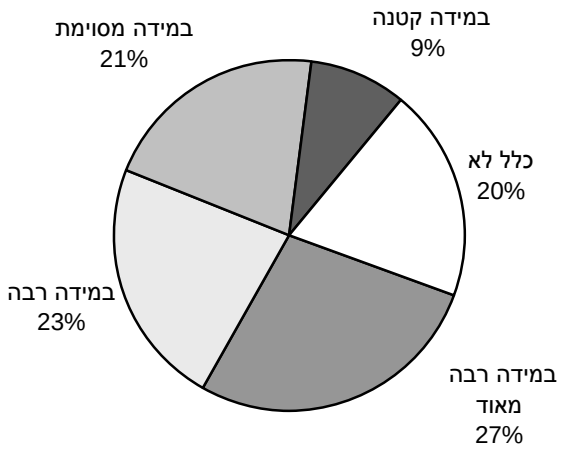


מי מעוניין להגדיל את משרתו בהרבה? גברים יותר מנשים (24 לעומת 18 אחוז), צעירים יותר ממבוגרים, בעלי השכלה גבוהה יותר מבעלי השכלה נמוכה (אקדמאים – 22 אחוז לעומת השכלה יסודית – 15 אחוז), עצמאים יותר משכירים (26 לעומת 19 אחוז), ובעלי הכנסה נמוכה יותר בעלי ההכנסה גבוהה (35 לעומת 15 אחוז) והעולים יותר מהוותיקים.

מי מעונינים להפחית את שיעורי משרתם? ערבים ובעלי הכנסה גבוהה בהרבה מן הממוצע מעונינים להפחית את שעות עבודתם במידה בולטת יותר לעומת אחרים. מעניין, שנשים פחות מעונינות להגדיל את משרתן לעומת גברים, ממצא התואם את העובדה שהן מועסקות במשרות חלקיות יותר מגברים.

השאלה האחרונה בתחום תנאי העבודה בשנת 2005 הופנתה לתחושות המשיבים בדבר ההתאמה בין מקום עבודתם או אופי עיסוקם להערכתם העצמית ביחס לכישוריהם. התוצאות מוצגות באיור 6.

איור 6. האם עבודתך הנוכחית תואמת את הכשרתך וכישוריך?



מסתבר, שקרוב ל-30 אחוז מהנשאלים סבורים שעבודתם אינה תואמת את כישוריהם והכשרתם. שיעור זה נראה גבוה מאד ואולי הוא משקף מציאות זמנית, כלומר שרבים נכנסים למקום עבודה גם כאשר איננו מתאים לכישוריהם ומצפים שמצבם ישתנה. הסבר זה היה מניח את דעתנו אילו שיעור הצעירים שהשיבו שעבודתם אינה תואמת את כישוריהם היה גבוה בהרבה משיעור המבוגרים. אמנם ישנו קשר לגיל אבל הוא איננו מסביר את גובה השיעור שמצאנו: 37 אחוז מבני 25-29 מדווחים כי עבודתם אינה תואמת את כישוריהם, 24 אחוז מבני 30-49 מדווחים כך ו-29 אחוז מבני 50-64.

מי הקבוצות אשר בלטו לעומת הממוצע? הקבוצה הבולטת ביותר בחוסר שביעות רצונה במובן זה היא קבוצת העולים, ש-53 אחוז מהם מדווחים על אי התאמה בין מקום העבודה לכישורים. התחושות חושפות, ללא ספק, את מחיר ההגירה ואת מצבם של העולים, שנאלצו להתפשר עם מקומות העבודה שאינם תואמים בהכרח את כישוריהם והכשרתם הקודמת. מצאנו גם חוסר התאמה גבוה לגבי מחצית מן הפנסיונרים. יש להניח, שחלק גדול מתוכם, המעונינים או חייבים להמשיך לעבוד

ולהשתכר, נאלצים להשתלב בעבודות מזדמנות, זמניות וחלקיות על מנת להשלים את הכנסתם מהפנסיות, ועבודות אלה דורשות כישורים הנופלים בהרבה מכישוריהם הנרכשים ומניסיונם.

ככלל אפשר למצוא בתשובות הנסקרים קשר ברור בין הערכתם בדבר ההתאמה בין העבודה שלהם בפועל לכישורים וליכולות, לבין רמת ההשכלה וההכנסה. ככל שההכנסה וההשכלה גבוהות יותר כן דווח על התאמה גבוהה יותר.

ממצא מעניין מגלה כי גם כאן ישנו הבדל בין העצמאים לשכירים: רוב העצמאים, 67 אחוז מהם, סבורים שהם עובדים בעבודה התואמת את כישוריהם לעומת 50 אחוז מהשכירים. ובאותו כיוון, רק 19 אחוז מהעצמאים סבורים שעבודתם אינה תואמת את כישוריהם לעומת 29 אחוז מהשכירים.

5. ביטחון אישי וחשיפה לאלימות

תופעות של אלימות בחברה נטועות בהגדרות חברתיות ותרבותיות, והן מקבלת משמעויות שונות מחברה לחברה ומעת לעת. יש מי שיגדיר דחיפה וניסיון להקדים את הזולת בתור כאלימות, בשעה שאחר יקבל זאת כהתנהגות נורמטיבית. כמו כן, יש מי שיגדירו שימוש בלשון בוטה ובקללות כאלימות, בשעה שאחרים יראו בכך "סתם" גסות רוח. התייחסנו בשאלות לאלימות עבריינית ולמעשים פליליים. אמנם השאלות שעסקו בתחום זה הוצגו בסקר ללא הגדרה מדויקת, ועל כן יש להתייחס לתשובות המשיבים בזהירות ואף להניח שישנם הבדלים בתפיסת האלימות בין משתתפי הסקר. עם זאת, אין ספק, שלגבי תופעות אלימות רבות, סיווגן וחומרתן, ובייחוד לגבי אלימות עבריינית ואירועים פליליים, תהיה הסכמה רחבה למדי בקרב הציבור בישראל. כמו כן, ישנה הסכמה על כך שממד זה של החיים החברתיים תורם לתחושת הרווחה של הפרט או באופן חלופי מעצים את הפגיעה בפרט.

שאלנו את משתתפי הסקר שלוש שאלות בתחום החשיפה לעבריינות ואלימות. השאלות בדקו שלוש רמות של התייחסות לנושא: ראשית, לגבי תחושת החשיפה לפגיעה של עבריינות אלימה. שאלה זו נשאלה בכל הסקרים מאז שנת 2000 והיא משקפת את התחושה של הציבור, כפי שהשתנתה בשנים אלה. בשאלה שנייה בררנו אם הייתה פגיעה ממשית במשיבים ובבני משפחתם, ובשלישית בחנו האם חל שינוי בהתנהגות של

הציבור – כלומר, האם חל שינוי בהרגלים של הנשאלים לאור התחושה שחלה עלייה באפשרות להיפגע.

השאלה הראשונה הייתה: **באיזו מידה אתה ובני משפחתך מרגישים חשופים לפגיעה של עבריינות אלימה ומעשים פליליים**? (אחוזים)

	2005	2004	2003	2002	2001	2000
במידה רבה מאוד	9	8	8	8	5	6
במידה רבה	12	11	11	11	12	11
במידה מסוימת	23	27	21	22	24	23
במידה מועטה	21	20	23	23	29	29
כלל לא חשוף	35	34	37	36	29	31

הממצא הזועק ביותר מן התשובות לשאלות באשכול זה הוא, שתחושת הביטחון האישי בקרב הציבור ירודה מאוד. רק 35 אחוז מהציבור השיבו שהם אינם חשופים כלל לאלימות; יותר מחמישית מהציבור (20.5 אחוז) מדווחים על תחושה של פגיעה במידה רבה ורבה מאוד; כרבע חשים חשיפה לאלימות עבריינית במידה מסוימת ועוד כ-21 אחוז חשופים לה במידה מועטה בלבד. החומרה רבה עוד יותר היות שההשוואה לעומת שנים הקודמות מלמדת על העלייה שחלה בעוצמת האלימות שהציבור חש: כלומר, שיעורים גבוהים יותר השיבו שהם חשופים לאלימות במידה רבה ורבה מאוד, לעומת ירידה קלה בדיווח על שיעורי החשיפה לאלימות במידה מועטה (במיוחד בהשוואה לשנת 2000 ו-2001). לעומת זאת חלה גם עלייה קטנה בשיעור המשיבים שאינם חשופים כלל לאלימות, מכ-30 אחוז ב-2000 ל-35 אחוז, כאמור, ב-2005.

הקבוצות החלשות בחברה נמצאו גם בעלות תחושת חשיפה גבוהה יותר לפעילות עבריינית ולאלימות. בעוד שהממוצע לכלל האוכלוסייה עמד כאמור על 20 אחוז (של מי שחשו חשופים במידה רבה ובמידה רבה מאד), הרי שבקרב גילאי 50+, בקרב ילידי חבר העמים, בקרב בעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית, פנסיונרים, ובעלי הכנסות, הנמוכות בהרבה מתחת לממוצע מדובר על 27-25 אחוז.

בקרב גילאי 65+ חלה עלייה גדולה מאד בתחושת הסיכון: ב-2003 רק 3.6 אחוזים דווחו שהם חשים חשופים מאד לפגיעה ובשנת 2005 שיעורם עלה לכדי 12 אחוז. בנוסף לכך, בעוד שב-2003 למעלה מ-50 אחוז מבין הקשישים לא חשו חשופים כלל לפגיעה, הרי ב-2005 שיעור זה ירד ל-36

אחוז בלבד. כמו כן חלה עלייה גדולה מאד גם בתחושת הסיכון אצל בני 25-29, מ-15 אחוז ב-2003, ל-22 אחוז ב-2005.

מעניין לציין, שאין כמעט הבדל בין נשים לגברים בתחושת הסיכון, כפי שהיא מדווחת בסקר. העולים מחבר העמים חשים יותר חשופים לאלימות מאשר הוותיקים, וככל שהאוכלוסייה דתית יותר היא מרגישה חשופה פחות לעבריינות אלימה. לגבי החרדים, ייתכן שהדבר מוסבר מהמגורים שלהם בשכונות נפרדות, בעלות אורח חיים ייחודי, המאופיין בסגירות כולל ביחס לאמצעי התקשורת, וזה מסביר את תחושת החשיפה הנמוכה יותר.

השאלה השנייה, שלא נשאלה בעבר, התייחסה, כפי שציינו, לפגיעה בפועל ולא רק לתחושת החשיפה לפגיעה.

השאלה הייתה: האם אתה או מישהו מבני משפחתך נפגע לאחרונה מאלימות שכוונה כלפיכם?

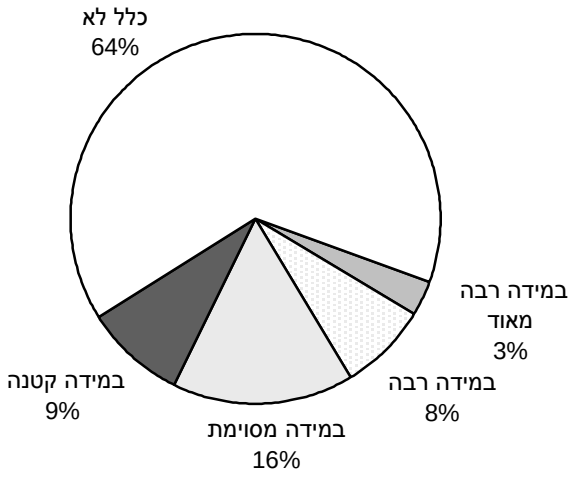
פעמים רבות מאד	0.5
פעמים רבות	1
מספר פעמים	5
פעם אחת או שתיים	8
אף פעם	86

למעלה מ-85 אחוז מהציבור השיבו שאף פעם לא נפגעו מאלימות עבריינית שכוונה כלפיהם. אולם, 15 אחוז השיבו שחוו ונחשפו לאלימות ופעילות עבריינית, ויש מקום לטעון שהשיעור גבוה מדי. גילאי 25-29 נחשפו פעמים רבות לפעילות עבריינית ולאלימות. בין אלה שהשיבו על פחות פגיעות היו בני 65+, בעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית, חרדים ודתיים (90 אחוז ומעלה מביניהם לא נפגעו אף פעם).

השאלה השלישית, אשר גם היא נשאלה לראשונה השנה (2005) הייתה: **האם אתה או מישהו מבני משפחתך שינה את התנהגותו או את הרגליו כדי להימנע מלהיחשף לגילויי אלימות?**

התוצאות מוצגות באיור 7.

איור 7. האם אתה או מישהו מבני משפחתך שינה את התנהגותו כדי להימנע מלהיחשף לגילויי אלימות?



התשובות על שאלה זו מעניינות במיוחד. למרות ש-85 אחוז מהנשאלים לא חוו עבריינות או לא נחשפו לאלימות, רק 65 אחוז מהנשאלים דיווחו שהם לא שינו את התנהגותם והרגליהם כדי להימנע מחשיפה כזאת. תשובה זאת נמצאת מתואמת עם התשובות לשאלה הראשונה, כלומר, שתחושת החשיפה לאלימות עולה על שיעור ההיפגעות בפועל. גילאי 49-25 בלטו בין אלה שהשיבו כי שינו את הרגלי ההתנהגות.

6. בריאות

בשנים האחרונות הוכנסו שינויים רבים למערך שירותי הבריאות בישראל. סל השירותים שהציבור זכאי לו מעוגן כבר למעלה מעשור בחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, תושבי ישראל זכאים לשירותים מקופות-החולים אותן הם יכולים לבחור ואף להחליף ורמת הבריאות נחשבת גבוהה למדי בהשוואה בינלאומית. אולם בשנים אלה נדרש הציבור גם להשתתפות הולכת וגדלה במימון השירותים. מדובר הן בהשתתפות במימון הביקורים אצל רופאים מקצועיים, הן במימון חלק מן הטיפולים

החיוניים, השימוש בשירותי צילום, הדמיה ומיכון או מכשור רפואי אחר; וכמובן, גידול ניכר של שיעור המימון שהציבור נדרש לשלם עבור התרופות. פרק הבריאות בחלק הראשון של דו"ח זה חוזר ומדווח על עליית שיעור המימון הפרטי בישראל לכדי כ-30 אחוז.

מאז הסקר הראשון שערכנו (כבר בשנת 1999) אנחנו בוחנים את שביעות רצונו של הציבור משירותי הבריאות. חזרנו ושאלנו את הציבור גם השנה על תחושותיו ביחס לשירותי הבריאות שהוא מקבל. זהו אחד התחומים בו עקבנו אחרי תחושות הציבור באופן רציף, והשאלות נשאלו בניסוח קבוע[3], ולכן ההתרשמות מעוגנת היטב בממצאים ומקבלת משנה תוקף ברצף הסקרים. ראשית שאלנו לגבי רמת שירותי הבריאות ובהמשך שאלנו לגבי תופעת ההימנעות משירותים חיוניים בשל הקושי להשתתף בעלותם.

השאלה הראשונה הייתה: **בהשוואה למצב לפני שנה-שנתיים, האם לדעתך חל שינוי ברמת שירותי הבריאות שאת/ה ומשפחתך מקבלים?** (אחוזים)

	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
חל שיפור ניכר	4	5	3	12	10	14	7
חל שיפור מסוים	14	18	13	30	28	35	29
לא חל כל שינוי	55	40	53	35	50	41	44
חלה הרעה מסוימת	18	23	21	15	10	9	14
חלה הרעה רבה	9	14	9	8	2	1	6

הממצאים מראים שחל שינוי ברמת שביעות הרצון מהשירותים שהציבור מקבל, במיוחד משנת 2003. הירידה החלה כבר משנת 2000 ועוצמתה עלתה. בשנים הראשונות שיעור המדווחים על תחושתם, שחל שיפור, היה גבוה (במיוחד אלו שדיווחו על שיפור מסוים) אולם השיעור ירד ברמתו מאוד משנת 2003.

מעניין לציין, כי ההשכלה וההכנסה של המשיב לא השפיעו באופן מובהק על התשובות. לגיל לעומת זאת יש השפעה – ככל שהמשיבים היו מבוגרים יותר הם נוטים לענות, שרמת שירותי הבריאות שלהם ירדה.

---

[3] אמנם השאלה על שירותי הבריאות הופיעה בכל שנות הסקר, אך ישנו הבדל קל בניסוח השאלה בחלק מן השנים: בשנים 1999-2002 וגם ב-2004 הניסוח התייחס לשירותי הבריאות באופן כללי, ובשנים 2003 ו-2005 התייחסנו בשאלה לשירותי הבריאות של הנשאל באופן אישי – כלומר, לשירותים שהוא ומשפחתו מקבלים.

משמעות הדבר היא, שהמשתמשים ששירותי הבריאות אמורים להיות נגישים להם יותר, ושהם המשתמשים "הכבדים" בשירותים, מרוצים פחות מכלל הציבור.

מעניין לציין את השיפור בשירותי הבריאות עליו מדווחים החרדים והערבים. דיווחנו על מגמה זאת גם בעבר. ישנם נתונים על פריסת השירותים ועל הרחבת הנגישות, מהם ניתן ללמוד על התרחבות השירותים במגזרים אלה, התורמת להסבר של הממצא מן הסקר.

השאלה הבאה ששאלנו בתחום הבריאות חושפת את אחד הממצאים החמורים שעולים מן הסקר בתחום הבריאות. היא מאששת ממצאים דומים מסקרים נוספים שנערכו בקרב הציבור[4]:

השאלה הייתה: **האם אתה, או מישהו מבני משפחתך, נמנע בשנה האחרונה מקבלת שירות רפואי נחוץ, כגון ביקור אצל רופא, רכישת תרופות או ציוד רפואי וכו', בגלל המחיר שנדרשת לשלם עבור השירות?** (אחוזים)

	2005	2004	2003
פעמים רבות מאד	2	2	1.5
פעמים רבות	3	4	3
מספר פעמים	10	9	7
פעם אחת או שתיים	7	7	7
אף פעם	78	78	80

זאת השנה השלישית ברציפות, שאנו שואלים שאלה זאת, והתמונה העולה מהתשובות מדאיגה ביותר. שיעור המשיבים, שנאלצו לוותר על קבלת שירות רפואי נחוץ לפחות פעם אחת במשך השנה האחרונה עלה בכל השנים על 20 אחוז ובמהלך השנים הללו שיעורי הוויתור עלו, לגבי כל הקטיגוריות שהוצגו בשאלה (חוץ מ"אף פעם"). הממצא המדאיג במיוחד הוא, השיעור הגבוה בקרב הקשישים, שהשתתפו בסקר, והשיעור הגבוה מבין עולי חבר העמים – כשליש מהם נאלצו לוותר פעם אחת ויותר על שירות רפואי נחוץ.

הקשר שבין הכנסה והשכלה לאופן השימוש בשירותים בולט במיוחד: 96 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה וכ-80 אחוז מבעלי ההשכלה האקדמית לא נאלצו אף פעם לוותר על שירות רפואי נחוץ ולעומתם, 15 אחוז מבעלי

[4] ראוי לציין כי ממצאים דומים נמצאו בסקרים שנערכו על-ידי מכוני מחקר אחרים.

ההשכלה הנמוכה ו-10 אחוז מבעלי הכנסה נמוכה השיבו שנאלצו לוותר פעמים רבות מאד על שירות רפואי נחוץ.

7. חינוך

בשנה האחרונה זכה תחום החינוך לבולטות רבה בדיון הציבורי. בעיתונות, ברדיו ובטלוויזיה, ובפורומים ציבוריים ומקצועיים רבים, הוקדש מקום לדיון בהמלצות הרפורמה החדשה, שהוצעה על-ידי ועדת דוברת. הדיון הוקדש לשאלות של הכשרת המורים, פיטורי מורים, היקף שעות הלימוד והיקף העבודה, והאפשרות של מעבר לחמישה ימי לימוד. הדיון נגע גם בשאלות של התכנים, כמו בעניין ההחלה של תכנית ליבה מחייבת על הזרמים השונים הפועלים במערכת, ועוד כהנה וכהנה.

מדי שנה אנו בוחנים בסקר את עמדות הציבור באשר לטיב מערכת החינוך, תרומתה לצמצום הפערים, אבחון הבעיות המרכזיות אתם המערכת מתמודדת, והצעדים הדרושים לפתרון בעיות אלה. על רקע העיסוק הציבורי הרב בשאלות החינוך העמקנו בו השנה גם בסקר החברתי והוספנו שאלות בתחום זה. חלק מהשאלות נשאלו בסקרים קודמים וחלקן הופיעו השנה לראשונה.

לראשונה העלנו השנה את סוגיית היקף המשאבים העומדים לרשות מערכת החינוך. שאלנו את משתתפי הסקר, **מה דעתם על היקף המשאבים המופנה היום למערכת החינוך?** התשובה הייתה חד משמעית. רוב מכריע של 84 אחוז ממשתתפי הסקר סברו, שיש להגדיל את המשאבים המוקצים למערכת החינוך. אולם, רוב המשיבים גם סברו, שיש לבצע את ההגדלה בעיקר על-ידי שינוי סדר העדיפויות התקציבי ולא על חשבון ההורים או על-ידי הגדלת המסים שיופנו לחינוך.

הערבים בלטו בתשובתם, בהעדפתם את הגדלת התקציבים על-ידי תשלומי ההורים, בשיעור ניכר לעומת כלל האוכלוסייה. ייתכן שהדבר נובע מכך, שבאופן כללי רמת תשלומי ההורים במגזר זה נמוכה בהרבה מהרמה המקובלת במגזר היהודי[5].

[5] ישנם הבדלים גם בתוך המגזר הערבי. כך, למשל, תשלומי ההורים השולחים את ילדיהם לבתי-ספר של הכנסייה גבוהים למדי.

להלן התוצאות (אחוזים).

להגדיל את המשאבים, בעיקר על-ידי הגדלת תשלומי הורים	5
להגדיל את המשאבים, בעיקר על חשבון כלל משלמי המסים	19
להגדיל את המשאבים, בעיקר על-ידי קיצוצים בתחומים אחרים	58
היקף המשאבים הנוכחי מספיק	12
צריך לקצץ בהיקף המשאבים	4

מעניין לציין, כי למרות ששיעור המשיבים, שיש להגדיל את תקציב החינוך על-ידי הגדלת תשלומי ההורים נמוך, בדרך כלל, הרי שהוא כפול בקרב בעלי ההשכלה הנמוכה מאשר בקרב בעלי ההשכלה הגבוהה והוא גבוה במקצת בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה לעומת אצל בעלי ההכנסה הגבוהה. הממצא איננו מתאים למצופה. ייתכן, שהדבר נובע מכך שבעלי ההשכלה וההכנסה הגבוהה מממנים כבר היום שיעורים גבוהים של חינוך ילדיהם, ועל כן אינם מוכנים להגדיל את היקף השתתפותם. בעלי ההשכלה וההכנסה הנמוכה, לעומת זאת, משלמים פחות וייתכן שגישתם מבוססת על ההנחה שמימון נוסף של ההורים לא ייפול על שכמם. ייתכן גם, שכיוון שהשתתפותם נמוכה יחסית היום, הם מוכנים להגדיל את ההשתתפות לטובת החינוך, מפני שמכירים בחשיבותו הרבה.

השאלה, **על מה ראוי לשים דגש כדי לשפר את מערכת החינוך**, נשאלה כמעט בכל הסקרים הקודמים (להוציא שנת 2003), אם כי חלו שינויים קלים באופן הצגת החלופות על פני השנים. התשובות בשלושת הסקרים הראשונים שערכנו הצביעו באופן בולט על כך, שהצעד המועדף על-ידי הציבור לשיפור מערכת החינוך הוא הקטנת הכיתות ושיפור רמת ההוראה. בשנתיים האחרונות, 2004-2005, בהן החלופות הוצגו באופן שונה, הציבור נחלק בין החלופות השונות: כרבע מהמשיבים בחרו בהקטנת הכיתות (26 אחוז), כרבע בחרו בשינוי תכנית הלימודים (23 אחוז), מעט פחות מרבע (21 אחוז) בהקטנת האלימות ושיעור דומה בשיפור שכר המורים (20 אחוז). רק 10 אחוזים בחרו בהארכת יום הלימודים.

ההבדלים בין ההדגשים מתגלים רק כאשר בוחנים קבוצות מתוך האוכלוסייה בנפרד: נשים תמכו יותר מגברים בצעד זה בהקטנת כיתות הלימוד – 30 אחוז מקרב הנשים לעומת 21 אחוז מהגברים. הקטנת הכיתות הועדפה גם בקרב יותר מ-30 אחוז מבין גילאי 50-64, מבעלי ההשכלה האקדמית, מהיהודים החילוניים, ומבעלי ההכנסה מעל

הממוצע. בעלי ההשכלה היסודית והעל-יסודית החלקית היו שונים בסדר העדיפויות שלהם: אצל 38 אחוזים מביניהם הפחתת האלימות הייתה בעדיפות עליונה והנושא השני בעדיפותו היה שיפור שכר המורים, כאשר רק שיעור נמוך יותר, 12 אחוז מהם, תמכו בהקטנת הכיתות. ייתכן שהדבר מתאים למציאות של בתי-ספר המשרתים אוכלוסיות חלשות יותר, ששיפור התנאים הפיזיים והארכת יום הלימודים (או לחלופין תוספת שעות לימוד) אינם עומדים אצלם בסדר העדיפות הראשון.

	2005	2004	2002	2001	2000	1999
שיפור תנאי השכר של המורים (העלאת רמתם)	20	21	31	..	..	..
הקטנת כיתות הלימוד	26	14	25	30	31	35
הארכת יום הלימודים (או הגדלת שעות הלימוד)	10	10	17	18	15	17
שינוי בתכניות הלימודים	23	23	20	..	..	..
הקטנת אלימות בבתי-הספר	21	31	..	..	..	..
שיפור רמת ההוראה	..	..	..	42	42	32
שיפור התנאים הפיזיים	..	..	6	12	12	10

.. החלופה לא הוצגה בשנה זו.

לגבי הבחירה של הציבור בהעלאת שכר המורים על פני סוגיות אחרות במערכת החינוך – מסתבר שרק כ-20 אחוז מהציבור בחר בפתרון זה בעדיפות ראשונה. על רקע הדיון הציבורי הרב בשאלת שכרם של המורים , שאלנו השנה לראשונה באופן מפורש בסוגיה זו.

השאלה הייתה: **מורה ממוצע משתכר כ-7,000 שקלים לחודש, בדומה לשכר הממוצע במשק. האם לדעתך יש לחתור לכך ששכרו**: להלן התוצאות (אחוזים)

יגדל בהרבה מהשכר הממוצע במשק	23
יגדל במעט מהשכר הממוצע במשק	35
לא ישתנה	37
יקטן במעט מהשכר הממוצע במשק	4
יקטן בהרבה מהשכר הממוצע במשק	1

הציבור סבור ששכר המורים הנוכחי מצדיק העלאה (23 אחוז במידה רבה ו-35 אחוז במעט). עוד 37 אחוז מהציבור חשבו שלא צריך לשנות את שכר המורים ורק כ-5 אחוזים היו סבורים שיש להפחית את שכר המורים.

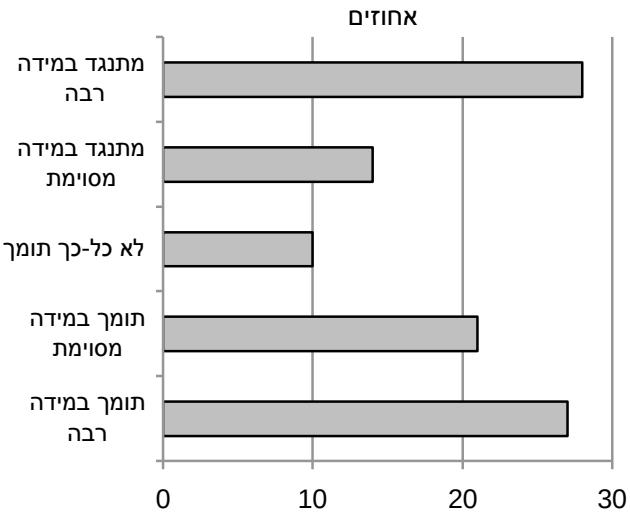
מצאנו קשר ברור בין השכלה והכנסה, לבין העמדה, שיש להגדיל את שכר המורים. ככל שההכנסה וההשכלה גבוהות יותר, כך התחזקה העמדה בדבר הצורך לתוספת שכר. המשיבים אשר השתייכו לקבוצות החלשות (שכר והשכלה נמוכים והעולים מחבר העמים) פחות נטו להמליץ על העלאת שכר למורים בהשוואה לאלה שהשתייכו לשכבות חברתיות מבוססות יותר. גם העצמאים תומכים בהעלאת שכר למורים יותר מאשר השכירים.

השאלה השנייה נגעה ישירות להמלצה מרכזית בדו"ח דוברת לגבי הארכת יום הלימודים. הנושא מעסיק את מערכת החינוך זה שנים רבות, ונזכיר כי החוק לגבי החלת יום לימודים ארוך אושר בכנסת בשנת 1997, והותוותה תכנית של הממשלה ליישומו. למרות זאת, יישומו של החוק נדחה מדי שנה, והוא הוחל רק בחלקים נבחרים ומצומצמים של המערכת. בדו"ח ועדת דוברת נכלל מרכיב זה ברפורמה המומלצת למערכת החינוך. פנינו לברר את גישתו של הציבור לאפשרות זו.

השאלה הייתה: **מערכת החינוך מתכוונת להאריך את יום הלימודים בבתי-הספר היסודיים עד השעה 4 אחה"צ, ולבטל במקביל את הלימודים בימי ששי. מה דעתך?** (תומך במידה רבה, תומך במידה מסוימת, לא כל-כך תומך, מתנגד במידה מסוימת, מתנגד במידה רבה). התוצאות מוצגות להלן באיור 8.

מסתבר כי הארכת יום הלימודים (וכפי שהוצג בשאלה, תוך ביטול הלימודים ביום ששי) רצויה במידה מסוימת ובמידה רבה בקרב כמחצית מן הציבור (כ-48 אחוז). כעשירית נוספת מכלל הציבור נמצאים לא כל כך תומכים. שיעור המתנגדים ליום לימודים ארוך נמוך מכך, כ-42 אחוז.

איור 8. מערכת החינוך מתכוונת להאריך את יום הלימודים בבתי-הספר היסודיים. מה דעתך?



מעניין לבחון מי תומך יותר ומי תומך פחות? מסתבר שהקבוצות החלשות יותר מבחינה חברתית-כלכלית תומכות יותר בהארכת יום הלימודים לעומת הקבוצות החזקות מבחינה כלכלית. דווקא הערבים והחרדים חורגים מדפוס זה, כשהם מביעים התנגדות לאפשרות המוצעת. לגבי החרדים, ייתכן שהדבר נובע מביטול הלימודים בימי ששי, מפני שאצלם מונהג כבר עתה יום לימודים ארוך. עוד ייתכן שהם מבטאים חשש מכך, שהפעלת יום לימודים ארוך בכלל המערכת תפגע בהקצאת המשאבים המופנים אליהם, ישירות או בעקיפין, מפני צמצום היתרון היחסי שישי להם היום באורך יום הלימודים (בייחוד לגבי המגזר החרדי).

8. מדיניות כלכלית-חברתית של הממשלה

כללנו בסעיף זה כמה שאלות המבטאות הערכה ישירה של הנשאלים למדיניות החברתית והכלכלית של הממשלה. ראשית התייחסנו באופן כללי למדיניות הכלכלית, אחר-כך שאלנו את דעתו של הציבור על השפעת המדיניות הממשלתית על הפערים בחברה, ולגבי הצלחתה של המדיניות בתחום צמצום האבטלה והרחבת התעסוקה במשק.

השאלה הראשונה בררה את יחסו של הציבור למדיניות הכלכלית של הממשלה באופן כללי ורחב. השאלה נשאלה גם בסקר הקודם והיה מעניין לחזור ולהציגה, לאור המודדים, אשר הצביעו על השיפור שחל במצב המשק בשנה האחרונה.

השאלה הייתה: באיזו מידה את/ה תומך/ת או מתנגד/ת למדיניות הכלכלית של הממשלה? (אחוזים)

	2005	2004
תומך/ת במידה רבה	10	12
תומך/ת במידה מסוימת	25	21
לא כל-כך תומך/ת	20	18
מתנגד/ת במידה מסוימת	17	18
מתנגד/ת במידה רבה	27	32

התשובות מעידות על כך, שמידת התמיכה במדיניות הכלכלית של הממשלה כמעט ולא השתנתה ומרבית הציבור (65 אחוז השנה ו-67 אחוז בשנה שעברה) ממשיך לא לתמוך בה. יחד עם זאת, מצאנו שתחושות הקצה כלפי המדיניות הכלכלית של הממשלה התמתנו במקצת והפער ביניהן הצטמצם מעט (17 אחוז הפרש בין המתנגדים במידה רבה לתומכים במידה רבה ב-2005 לעומת 20 אחוז ב-2004).

בחלוקת הציבור לפי מאפיינים שונים מצאנו, בדומה לשנה שעברה, ששיעור הנשים התומכות בתכנית נמוך משיעור הגברים (31 לעומת 41 אחוז). הממצא בולט למרות שחל גידול בשיעורי תמיכת הנשים בתכנית בשנה האחרונה, בעוד ששיעורי התמיכה בקרב הגברים כמעט ולא השתנו. הגיל אינו משפיע על רמת התמיכה במדיניות הכלכלית של הממשלה, למעט תמיכה גבוהה במקצת מן הממוצע בקרב בני 25-29, ששיעורי תמיכתם היו 41 אחוז לעומת ממוצע כללי של 35 אחוז.

ההבחנה לפי קבוצות ההכנסה השונות נמצאת חותכת בין התומכים בתכנית למתנגדים לה. בשנה שעברה 22 אחוז מבעלי הכנסה הנמוכה בהרבה מהממוצע תמכו בתכנית וכמעט 60 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה. אמנם שיעור התמיכה בתכנית בקרב בעלי ההכנסות הנמוכות לא השתנה אך בקרב בעלי ההכנסות הגבוהות חלה ירידה בשיעורי התמיכה, לכדי 47 אחוז. יש להדגיש, ששינוי זה מנוגד למצופה, היות שמצבם של בעלי ההכנסות הגבוהות השתפר כתוצאה מן התכנית. גם התשובות בקצה השני (ההתנגדות) מעידות על התפתחות דומה בגישת הציבור: בשנה שעברה 63 אחוז מבעלי ההכנסה הנמוכה התנגדו לתכנית במידה רבה או רבה מאד ורק 26 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה בהרבה מעל לממוצע. השיעורים בסקר האחרון היו 58 אחוז ו-32 אחוז, בהתאמה. בעלי ההכנסה הנמוכה החלשות החלישו את התנגדותם אך שיעורי ההתנגדות בקרב בעלי ההכנסות הגבוהות עלו.

היות שהממצא מנוגד למצופה, ייתכן שהדבר מבטא את עליית המודעות להיבטים השליליים של התכנית דווקא בקרב הנהנים העיקריים מפרותיה – בעלי ההכנסות הגבוהות. מצאנו יחס דומה לתכנית הכלכלית של הממשלה בחלוקת הציבור לפי השכלה, אך יש לציין, כי בעלי ההשכלה הנמוכה וגם בעלי ההשכלה הגבוהה תמכו השנה בתכנית בשיעורים גבוהים ב-5 נקודות אחוז לעומת השנה הקודמת, בשעה שההתנגדות נשארה ברמתה הקודמת.

כמה קבוצות אוכלוסייה בלטו לעומת כלל האוכלוסייה מעבר לחלוקה לפי המאפיינים שהצגנו: בולטת במיוחד ההתנגדות הרבה והגוברת של החרדים לתכנית – שיעורי התנגדותם עלו מ-72 ל-82 אחוז בין 2004 ל-2005. לעומת זאת בולטת תמיכתם הגבוהה במדיניות הכלכלית של העולים מחבר העמים, שאף עלתה לעומת השנה שעברה, מ-34 ל-48 אחוז. גם השנה ציבור עולי חבר העמים מגלה בסוגיות לא מעטות דעות שונות לעומת כלל הציבור הישראלי, ובמיוחד כאשר משווים אותו לציבור החילוני[6].

מסתבר כי למרות הדיווחים על הצלחה של המדיניות הכלכלית, הציבור בכללותו מתנגד לתכנית. יש לציין כי ההתנגדות ב-2005 פחתה לעומת 2004, היא חריפה יותר בקרב השכבות החלשות, והיא פחותה בקרב השכבות המשכילות והמבוססות.

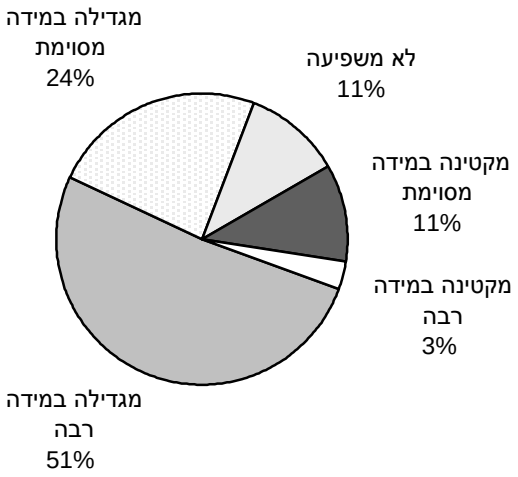
---

[6] צריך לזכור שהציבור החילוני כולל בתוכו חלק גדול מן העולים מחבר העמים ועל כן ההבדלים הם בעצם גדולים יותר.

התחושה המסתמנת מהתשובות לשאלה הקודמת וההבדלים שמצאנו בין קבוצות שונות באוכלוסייה נקשרים לסוגיית הפערים בחברה. סוגיית הפערים נכללת באשכול זה כדי לברר את חוות דעתו של הציבור ביחס לתרומתה של מדיניות הממשלה לצמצום או הרחבתם של הפערים.

השאלה הייתה: איך לדעתך המדיניות הכלכלית של הממשלה משפיעה על הפערים החברתיים? (מגדילה במידה רבה, מגדילה במידה מסוימת, לא משפיעה, מקטינה במידה מסוימת, מקטינה במידה רבה). התוצאות מוצגות באיור 9 להלן.

איור 9. איך לדעתך המדיניות הכלכלית של הממשלה משפיעה על הפערים החברתיים?



בהנחה שמדיניות חברתית מיועדת, בין היתר, לפעול לצמצום הפערים בחברה, הרי שהתשובה של הציבור לשאלה זאת מהווה כתב אישום חריף כלפי ממשלת ישראל. למעלה ממחצית הציבור בישראל סבור שמדיניות הממשלה מגבירה את הפערים במידה רבה, ועוד כרבע מהציבור סבור שמדיניות זאת מגבירה את הפערים במידה מסוימת.

דומה שהציבור איננו סבור שמדיניות הממשלה מכוונת לצמצום הפערים ובשיעורים גבוהים אלה גם אין הבדלים מפליגים בין תת קבוצות מהציבור. עם זאת מצאנו, שככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר כך גברה

ההערכה הביקורתית כלפי מדיניות הממשלה. נוסף על זאת, מצאנו שתי קבוצות, אשר בלטו בגישתם הביקורתית: החרדים והערבים הדתיים.

גם הטיפול בצמצום האבטלה אמור להוות אחת המטרות המוצהרות והמרכזיות של הממשלה לצד החתירה לצמצום הפערים בחברה. האבטלה היא מוקד מרכזי על סדר יומה של החברה הישראלית זה מספר שנים והממשלה נטלה על עצמה להקדיש מאמצים ניכרים למציאת פתרונות תעסוקה מצד אחד ולספק הגנה למובטלים מצד שני. בחנו בסקר מה חושב הציבור על מידת ההצלחה של הממשלה במימוש מטרה זאת?

השאלה הייתה: **מה דעתך על הצלחתה של הממשלה בתחום הגדלת התעסוקה וצמצום האבטלה במשק?** (אחוזים)

מוצלחת במידה רבה מאוד	2
מוצלחת במידה רבה	8
מוצלחת במידה מסוימת	24
לא כל כך מוצלחת	36
כושלת לחלוטין	30

לדעת רוב הציבור (66 אחוז) הממשלה לא הצליחה במשימתה. בלטו במיוחד בביקורתם החרדים ובעלי הכנסה נמוכה הרבה מהממוצע, ש-45 אחוז מהם השיבו שהממשלה נכשלה **לחלוטין** במשימה לצמצום האבטלה. אולם אפילו רבע מבעלי ההכנסה הגבוהה וההשכלה הגבוהה, הקבוצות שנהנו ביותר ממדיניות הממשלה בשנים האחרונות, סברו כך. נשים היו ביקורתיות יותר מהגברים, כאשר 71 אחוז מהן לעומת 60 אחוז מבין הגברים סברו שמדיניות הממשלה בתחום זה לא הייתה כל כך מוצלחת או הייתה כושלת לחלוטין.

9. העדפות ערכיות של הציבור

בחנו גם השנה מספר ממדים של המערכת הערכית, האידיאולוגית של משתתפי הסקר. השאלה הראשונה התייחסה למטרות המנחות, לכאורה, את המדיניות. שאלה זו משלימה, במידה מסוימת, את ההתרשמות מן התשובות לשאלות שהצגנו בסעיף הקודם, לגבי יחסו של הציבור למדיניות הממשלתית, ליעדיה ולהישגיה. ננסה לקשור בין הדברים, ככל שהדבר ניתן.

השאלה הראשונה הייתה: **יש הטוענים שקיים ניגוד בין מדיניות המכוונת לצמצום הפערים החברתיים לבין מדיניות לעידוד צמיחה כלכלית.** הכוונה הייתה להתרשם מגישתו של הציבור, ביחס לאפשרות להתמודד עם שתי הבעיות הכבדות הללו, שאינן יורדות מסדר היום הכלכלי בישראל, ומתוך כך ללמוד על העדפותיהם של המשיבים. להלן התוצאות (אחוזים):

	2005	2003
קיים ניגוד ויש להעדיף צמצום פערים	33	34
קיים ניגוד ויש להעדיף צמיחה כלכלית	26	30
אין כל ניגוד בין שני כיווני הפעולה הללו	41	36

התשובה לשאלה אינה פשוטה. הביטוי הראשון לכך הוא, שכמעט 13 אחוז מבין משתתפי הסקר (127 אנשים) לא השיבו כלל על השאלה (שיעור בולט לעומת שיעור הלא-משיבים בשאלות אחרות), והביטוי השני ניכר מכך, שלמעלה מ-40 אחוז מבין המשיבים סברו שאין ניגוד בין שני כיווני הפעולה האלה (שיעור גבוה יותר מאשר ב-2003). נראה לנו, שניתן להתרשם מהלכי הרוח החברתיים במדינה, במידה מסוימת, מתוך תשובותיהם של הנשאלים, שטענו שקיים ניגוד בין שתי המטרות והעדיפו אחת מהן.

ראשית, מסתבר, כי אין פער גדול בין הקבוצות, אולם בכל אופן, שיעור גדול יותר מכלל המדגם סבור שיש להעדיף צמצום פערים חברתיים. השוואת ההתפלגות בקרב תת קבוצות לעומת התפלגות כלל המדגם (הממוצע הכללי) הבליטה כמה קבוצות: העולים מחבר העמים העדיפו צמיחה הכלכלית על פני צמצום פערים (35 אחוז לעומת 23 אחוז בהתאמה); גם בעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית נקטו העדפה דומה (35 לעומת 26 אחוז), וכך בקרב ערבים ופנסיונרים. מצאנו שהשכירים העדיפו את צמצום הפערים במידה רבה יותר מהעצמאים, ועוד מצאנו שהקבוצות שהעדיפו בצורה בולטת ביותר צמצום פערים היו החרדים והמובטלים. לא מצאנו הבדל של ממש בהעדפות האוכלוסייה בחלוקתן לפי קבוצות ההכנסה השונות.

השאלה השנייה התייחסה לסוגיית האוניברסליות של קצבאות הביטוח הלאומי: **קצבאות הביטוח הלאומי ניתנות לכל המשפחות עם ילדים, לכל מי שהגיע לגיל זיקנה, וכדומה. האם לדעתך יש לצמצם או אף לבטל את תשלום הקצבאות לאוכלוסיות בעלות הכנסה גבוהה?**

לשאלה זאת "אופי אידיאולוגי" ברור, בהיותה מתמודדת עם הדילמה של מתן תשלומי העברה אוניברסליים או סלקטיביים. הגישה התומכת באוניברסליות מדגישה, בין היתר, את האופי הביטוחי של הקצבאות, היא דוגלת במניעת סטיגמות חברתיות, וחותרת להבטחה של רמת הקצבאות. לעומתה, הגישה המעדיפה סלקטיביות של הקצבאות מונעת בעיקר מנימוקים של יעילות (למקד את העזרה לנזקקים), ומנימוקים של מניעת בזבוז בתשלום לאוכלוסיות שאינן זקוקות לתשלומים.

להלן התוצאות (אחוזים)

	2005	2004	2003	2002
לבטל לחלוטין	30	41	38	33
לצמצם במידה רבה מאד	10	8	10	8
לצמצם במידה רבה	17	18	21	17
לצמצם במקצת	14	13	16	16
להשאיר המצב הקיים	28	20	15	26

בתשובה לשאלה זאת חל שינוי מסוים בדעת הקהל בשנה האחרונה: בעוד שמאז 2002 ועד 2004 נראתה מגמה של העדפה גוברת לסלקטיביות, הרי הכיוון השתנה ב-2005. השינוי מבטא דווקא התחזקות של הדעה, שהקצבאות אינן צריכות להתחשב בהכנסה הנוכחית של מקבל הקיצבה. תופעה משלימה לכך, אשר בולטת השנה, היא שיותר אנשים סבורים שיש להשאיר את המצב על כנו, ופחות אנשים סבורים שיש לבטל לחלוטין את הקצבאות לבעלי ההכנסות הגבוהות. חשוב להדגיש, שהשינוי מתבטא בעוצמת התחושות והדעות בנושא זה, תוך כדי הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה השונות. יחד עם זאת, עדיין, רוב הציבור (72 אחוז לעומת 80 אחוז בשנה שעברה) סבור, ככל הנראה, שיש ליישם קריטריון הכנסה כלשהו, בין אם מחמיר ובין אם מקל לקצבאות.

הקבוצות הבולטות בדרישתן לבטל לחלוטין את הקצבאות לבעלי הכנסות גבוהות הן גילאי 64-50 (40 אחוז ב-2005, 52 אחוז ב-2004, 45 אחוז ב-2003). לעומת זאת, הקבוצות הבולטות בתמיכתן בהשארת המצב הקיים, בדומה לשנה שעברה, הן ערבים (40 אחוז) והעצמאים (38 אחוז). מסתבר כי התפלגות התשובות בנושא זה מושפעת רק במעט ממצבו הכלכלי של המשיב, בדומה לממצא משנה שעברה. עם זאת מצאנו שיש ירידה בשיעורי התמיכה בביטול הקצבאות לבעלי האמצעים בקרב כלל

הנשאלים. אצל כל קבוצות ההכנסה רמת התמיכה בביטול הקצבאות ירדה מכ-40 לכ-30 אחוז.

שאלה ערכית אחרת נוגעת **לתחום החינוך.** היא עוסקת בתרומתה של מערכת החינוך לצמצום הפערים, נושא אשר עלה פעמים רבות בסקרים הקודמים. בכל הסקרים הקודמים מצאנו, שהציבור סבור, שמערכת החינוך אינה תורמת מספיק לצמצום פערים לימודיים וחברתיים ואף ייתכן שהיא מסייעת להיווצרותם. על רקע זה ועל רקע הבולטות של שאלות החינוך בסדר היום הציבורי, התעניינו עד כמה חשובה סוגיה זו לציבור המשיבים, יחסית לסוגיית ההישגים הלימודיים.

השאלה הייתה: **מה לדעתך צריך להיות השיקול המרכזי בהקצאת משאבים למערכת החינוך?** (אחוזים)

העדפה ניכרת לתלמידים הבאים מרקע חברתי-כלכלי חלש	36
העדפה ניכרת לתלמידים בעלי הישגים לימודיים גבוהים	11
הקצאה אחידה לכלל התלמידים	53

התשובה שקיבלנו הפתיעה אותנו במידת מה. ההערכה, על רקע ממצאי הסקרים הקודמים, הייתה, שהציבור יעדיף חתירה של המערכת לצמצום פערים. כלומר, שהציבור יעדיף מדיניות של אפליה מתקנת בהקצאת משאבי מערכת החינוך. אולם מתברר שאין הדבר כך. רוב הציבור מעדיף מדיניות של שוויון "רשמי", המתבטא בהקצאה אחידה, על מדיניות של העדפה מתקנת. למרות ממצא זה, יש לציין, ששיעור הסבורים, שהעדפה מתקנת צריכה להיות הקריטריון המרכזי בהקצאת משאבים גדול פי שלושה משיעור הסבורים שהקריטריון צריך להיות העדפה לתלמידים בעלי הישגים גבוהים. הקבוצות אשר בלטו בתמיכתן במדיניות של העדפה מתקנת לאוכלוסיות חלשות חברתית-כלכלית הן בעלי השכלה יסודית או נמוכה, יהודים דתיים.

עמדתם של העולים מחבר העמים בסוגיה זאת שונה – רק 28 אחוז מהם סבורים שיש להעדיף אוכלוסיות מרקע חברתי-כלכלי חלש ו-36 אחוז מהם סבורים שיש להעדיף תלמידים מצטיינים. עמדה דומה ביטאו עצמאים בשונה משכירים, שבחרו בכיוון של העדפת התלמידים המצטיינים לעומת העדפה מתקנת לתלמידים מרקע חברתי-כלכלי חלש.

תחום אחר שכללנו בשאלות הערכיות הוא **תחום יחסי העבודה**, כאשר הדגש הושם על החשיבות שמייחסים משתתפי הסקר למעורבות

האיגודים המקצועיים בקבלת החלטות הנוגעות לעובדים במשק. בשנים האחרונות חלו שינויים רבים במערך יחסי העבודה בין מעבידים לעובדים במשק. לכאורה דומה, שחלה ירידה מסוימת במעמדם של הארגונים והדבר קשור גם לירידת מעמדה של ההסתדרות הכללית בעיני העובדים ובעיני כלל הציבור.

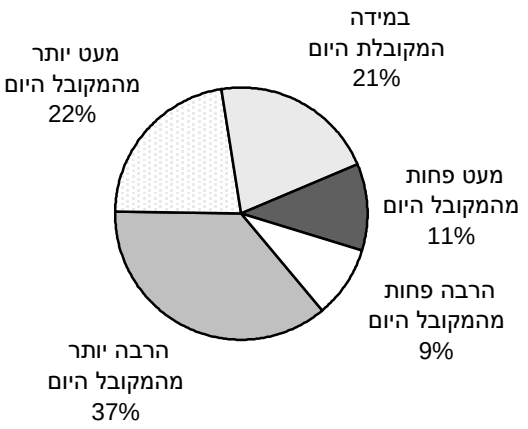
בסקרים קודמים שאלנו לגבי תרומתם של הארגונים המקצועיים, כגון ההסתדרות, להגנה על זכויות העובדים והתשובה הצביעה על ירידה בהערכה לתפקידם של הארגונים המקצועיים. בסקר שנערך בשנת 2003 סברו למעלה ממחצית הנשאלים, שהאיגודים אינם מגינים על העובדים כלל או רק במידה קטנה (ראה הלוח). השיעור היה נמוך יותר בהשוואה ל-2001.

השאלה בסקרים הקודמים הייתה: **באיזו מידה לדעתך איגודים מקצועיים, כגון ההסתדרות, מגינים על זכויות עובדים?** (אחוזים)

	2003	**2001**
במידה רבה מאד	6	5
במידה רבה	12	13
במידה מסוימת	31	39
במידה קטנה	21	28
כלל לא	30	16

בסקר השנה, כאשר שאלנו את המשתתפים, **האם האיגודים המקצועיים ונציגי העובדים צריכים להיות שותפים לקבלת החלטות הנוגעות לעובדים?** קיבלנו תשובות, שהן לכאורה מנוגדות להערכה השלילית שהתבטאה בסקרים הקודמים כלפי האיגודים המקצועיים. מצאנו שכמעט 60 אחוז ממשתתפי הסקר סברו שהאיגודים המקצועיים צריכים להיות שותפים בהחלטות במידה רבה יותר מהמקובל היום. התוצאות מוצגות באיור 10.

איור 10. האם האיגודים המקצועיים ונציגי העובדים צריכים להיות שותפים לקבלת החלטות הנוגעות לעובדים?



משמעות הדבר, שאמנם לציבור יש ביקורת על תרומתם של האיגודים המקצועיים לרווחת העובדים, אולם הציבור איננו מצביע נגד מעורבותם או חשיבותם של הארגונים. הציבור איננו סבור כלל שהארגונים המקצועיים (האיגודים) סיימו את תפקידם במערך יחסי העבודה (אלא רק בשיעורים נמוכים מאוד) ודווקא מצביע בעד יתר מעורבות. לדעת משתתפי הסקר הרעיון של הגנת העובדים בידי הארגון לא פשט את הרגל, ולמעלה משליש המשתתפים אף הצביעו לאפשרות של מעורבות "הרבה יותר מהמקובל היום".

הגישה ה"סוציאליסטית" לכאורה איננה אחידה בקרב משתתפי הסקר. מסתבר, ראשית, שככל שעולה ההכנסה עולה ההתנגדות לשיתוף האיגוד המקצועי בקבלת ההחלטות – בעוד ש-70 אחוז מבעלי ההכנסה הנמוכה סבורים שיש לשתף את האיגודים המקצועיים בקבלת החלטת הנוגעות לעובדים יותר מהמקובל היום, סברו כך רק 47 אחוז מבעלי ההכנסות הגבוהות. הפער הוא גדול מאוד והוא איננו מפתיע. ההפתעה היא דווקא בכך, שכמחצית מבעלי ההכנסות הגבוהות סברו שכן חשוב להגדיל את מידת השתתפותם של ארגוני העובדים בקבלת החלטות.

מצאנו הבדל בולט בין שכירים לעצמאים (שחלקם גם מעסיקים כמובן). בעוד כ-60 אחוז מקרב השכירים תומכים ביתר התערבות של האיגוד המקצועי, אצל העצמאים השיעור היה רק 36 אחוז. עם זאת, מעניין לציין, כי למעלה משליש מהעצמאים היו סבורים שצריך להגדיל את מעורבות הארגונים המקצועיים.

אצל העולים מחבר המדינות לשעבר בלטו שיעורי ההתנגדות למעורבות הארגונים המקצועיים. ייתכן כי גישתם זו נובעת מנטייה לדחות את כל מה ש"מריח" מסוציאליזם ומהעולם ממנו נפרדו[7]. אך גם אצלם 51 אחוז היו סבורים שראוי להגדיל את רמת ההתערבות של האיגודים המקצועיים.

[7] התייחסות נרחבת יותר לסוגיה זו ראה בפרק הדן בסקר החברתי בדו"ח המרכז לשנת 2004.

מסגרת לדיון במדיניות ההפרטה בשירותים חברתיים

צבי זוסמן

1. מבוא

מאמצע שנות השמונים מתבצע בישראל תהליך הפרטה של חברות עסקיות בבעלות הממשלה וצמצום בחלקו של המגזר הציבורי במשק, שהקיף תחומי פעילות רבים. בתחילה התבצעו ההפרטה והקטנת המגזר הציבורי מתוך צורכי שעה שונים: הצורך להקטין גירעון גדול בתקציב המדינה, כחלק מהתכנית לייצוב האינפלציה של 1985; קיצוצים בשירותים חברתיים ובסובסידיות לעסקים, שהתחייבו מהוצאות ביטחון גדולות ומנטל תשלומי הריבית, שהגדילו את ההוצאה הציבורית מעבר ליכולת המימון. כמו כן, היה צורך להתמודד עם גירעון גדול במאזן התשלומים על-ידי הפניית מקורות מביקוש מקומי בכלל, וצריכה ציבורית בפרט, לייצוא[1]. אולם, בהמשך הפכו ההפרטה והקטנת המגזר הציבורי מטרות בפני עצמן: מצד אחד, טענו קובעי המדיניות, שפעולותיו של המגזר הציבורי מתנהלות בחוסר יעילות בהשוואה למגזר העסקי וניתן להגדיל את היעילות על-ידי הפרטת חלק מהפעילויות. מצד שני טענו, שמגזר ציבורי גדול פוגע בפוטנציאל הצמיחה של המשק, מאחר שהוא מונע משאבים מהמגזר העסקי, היכול להשתמש בהן ביתר יעילות, ומאחר שנטל המסים הגבוה, הדרוש למימון מגזר ציבורי גדול יפגע משמעותית ביעילות ובפריון שהם מנועֵי הצמיחה הכלכלית.

עם התמנותו של נתניהו לשר האוצר קיבלה התכנית להקטנת המגזר הציבורי ולהפרטת השירותים הציבוריים תנופה חדשה, והיא הועמדה במרכז המדיניות הכלכלית ארוכת הטווח של ישראל. עם זאת, הטיעונים לזירוז ההפרטה ושאלת הגודל האופטימלי של המגזר הציבורי בכלל לא נבחנו ביסודיות על-ידי קובעי המדיניות, שהסתפקו בקביעה הכללית

---

[1] ראה תקציב לאומי, 1986.

שהמגזר גדול מדי בהשוואה למדינות אחרות. זאת, למרות העובדה, שקיימים הבדלים גדולים בגודל המגזר הציבורי בין מדינות שונות – חלקה של ההוצאה הציבורית בתמ"ג במדינות המפותחות נע בין 32 אחוז ביפן, 34 אחוז בשוויצריה ו-35 בארה"ב, עד ל-56 אחוז בדנמרק והולנד, 58 אחוז בבלגיה ו-61 אחוז בשוודיה[2]. לפחות במבט ראשון, נראה שהבדלים אלה אינם משתקפים בהבדלים בולטים ברמת החיים. כמו כן, כפי שנראה להלן, מחקרים רבים, שנערכו בישראל ובמדינות אחרות אינם מצביעים על יתרון בולט של המגזר העסקי ביעילות הייצור של שירותים ציבוריים.

לשם דיון מסודר במדיניות ההפרטה ובהקטנת המגזר הציבורי, ובהשלכותיה הכלכליות והחברתיות של מדיניות זו, חשוב להבדיל בין שני המישורים השונים בהם מתבצעת מדיניות זו במדינות אחרות וגם בישראל:

1. צמצום המימון הציבורי של שירותים ציבוריים, בין אם השירותים שהמדינה תמשיך לממן ייוצרו על-ידי המגזר הציבורי או שייצורם יועבר למוסדות ללא כוונת רווח ואף לעסקים הפועלים לשם רווח.
2. בהינתן היקף המימון הציבורי, העברת הייצור של שירותים ציבוריים הממומנים מכספי ציבור לידי מוסדות ללא כוונת רווח או לידי עסקים הפועלים לשם רווח.

אף שלעיתים מופעלת מדיניות, הפועלת בו-זמנית בשני מישורים אלה, חשוב לדון בנפרד הן בהצדקה למדיניות זו והן בהשלכותיה, בכל אחד משני תחומים אלה בנפרד. להלן נציג סקירה קצרה של הביצוע בפועל של מדיניות ההפרטה והקטנת המגזר הציבורי מאמצע שנות השמונים. לאחריה נמקד את הדיון בהתוויית מסגרת לדיון בהפרטה של ייצור (וחלוקה) של שירותים חברתיים, בהינתן גודל המימון הציבורי, תוך הצבעה על הנושאים הספציפיים, שיש להעמידם על סדר היום של המבקשים להאיץ את תהליך ההפרטה בשנים הקרובות.

[2] Afonso et al., 2005

2. הפרטה וצמצום המגזר הציבורי בשני העשורים האחרונים

בלוח 1 מובאים מדדים שונים המתארים את הירידה בנתח של המגזר הציבורי במשק מראשית שנות השמונים ועד לשנת 2001 (השנה האחרונה עבורה קיימים נתונים לכל תחומי ההפרטה העיקריים): מכירת מניות של חברות בבעלות הממשלה, וייצור ומימון של השירותים חברתיים – חינוך ובריאות. הלוח מצביע על כך, שתהליך ההפרטה התנהל עד כה בהיקפים שונים בתחומים השונים:

- הפרטה רבת היקף של חברות עסקיות שהיו בבעלות הממשלה.
- צמצום איטי יותר של מעורבותה של הממשלה בייצור ובמימון שירותי חינוך ובריאות[3].

לוח 1. חלקו של המגזר הציבורי במשק והפרטת שירותים חברתיים, 1981-2000

	מכירת מניות של חברות בבעלות הממשלה	**שירותי חינוך**		**שירותי בריאות**	
		ייצור ציבורי	**מימון ציבורי**	**ייצור ציבורי**	**מימון ציבורי**
	(מיליוני $ בשנה)	(אחוז מכלל שירותי החינוך)		(אחוז מכלל שירותי הבריאות)	
1981-1983	3	93	80	25	80
1998-2000	926	89	78	21	73

מקור: בנק ישראל, דינים וחשבונות שנתיים; למ"ס, שנתונים סטטיסטיים; רשות החברות הממשלתיות.

א. הפרטת חברות בבעלות הממשלה

מאמצע שנות השמונים נכנסה הפרטת החברות לתהליך מואץ[4], ובמהלך שנות התשעים התווספה על כך מכירת מניות הבנקים, שעברו לידי הממשלה אחרי המשבר במניות הבנקים ב-1983. בשנים 1991-2004 המדינה מכרה מניות בסך של כ-9 מיליארד דולר. בחלק מהחברות, בהן נמכרו מניות למשקיעים פרטיים והועברה להם השליטה, המדינה עדיין

[3] עיקר הדיון להלן מתמקד בשירותי חינוך ובריאות, בגלל חלקם הגדול של שירותים אלה יחסית לשירותים החברתיים האחרים.

[4] אמנם במרס 1978 החליטה הממשלה על מכירת 48 חברות ממשלתיות, כחלק מצמצום מעורבותה במשק, אולם עד 1985 היו מכירות המניות שבידיה זניחות בלבד.

מחזיקה בחלק מהמניות, כמו בבזק ובאל-על. ארבע חברות גדולות – חברת החשמל, רפאל, מקורות והתעשייה האווירית – נמצאות עדיין בבעלות ממשלתית מלאה ולגביהן נמשכים ההליכים להפרטתם המלאה[5].

ב. חלקו של המימון הציבורי ומעורבות הממשלה בייצור שירותים חברתיים

לוח 1 מראה, שבחלקו של המגזר הציבורי במימון שירותי חינוך הייתה ירידה קטנה בלבד של 2 נקודות אחוז. בייצור שירותי חינוך על-ידי המגזר הציבורי חלה ירידה קצת יותר גדולה, מ-93 אחוז ב-1981-1993 ל-89 אחוז בשנים 1998-2000. בתחום שירותי הבריאות חלה בתקופה זו ירידה גדולה יותר, הן במימון על-ידי המגזר הציבורי, מ-80 ל-73 אחוז, והן בייצור הציבורי של השירותים, שלא היה גבוה ביותר גם בעבר, וירד מ-25 ל-21 אחוז.

ג. השינוי הריאלי במימון הציבורי של שירותי חינוך ובריאות

לוח 2 מציג נתונים על השינויים בצריכת שירותי חינוך ובריאות בכלל, ובצריכת שירותים אלה במימון המגזר הציבורי, בהשוואה לשינויים בכלל הצריכה הפרטית.

הלוח משקף היטב את התוצאה של הירידה בחלקו של המגזר הציבורי במימון השירותים החברתיים שבוצעה בתקופה הנסקרת. אמנם ההוצאה הלאומית לחינוך, כאחוז מהתמ"ג עלתה ב-1.7 אחוזי תוצר, וההוצאה הלאומית לבריאות אף בשיעור של 2.1 אחוזי תוצר, במחירים שוטפים. אולם גידול זה משקף את העלייה המהירה יותר במחירי שירותים אלה, בעיקר כתוצאה מעליות השכר, המהווה את עיקר ההוצאה בחינוך ובבריאות. במונחים ריאליים פיגרה צריכת שירותים אלה במידה ניכרת אחרי העלייה בצריכה הפרטית: במשך שני עשורים עלתה הצריכה לנפש של שירותי חינוך ב-37 אחוז בלבד וצריכת שירותי בריאות ב-40 אחוז בלבד, לעומת גידול של 64 אחוז בצריכה הפרטית לנפש. הגידול בצריכת

[5] רשות החברות הממשלתיות, 2005. הממשלה החליטה לרכוש חזרה את מניות בתי הזיקוק הנמצאות בידי בעלים פרטיים. מחקר קודם של אקשטיין ואחרים (1998) מנתח את תהליך ההפרטה עד 1996. הערכה מפורטת של תוצאות תהליכי ההפרטה, והדיון בשאלה, אם המניות שבבעלות הממשלה נמכרו במחיר המרבי, ואם אכן חלו שינויים משמעותיים בפריון לאחר העברת החברות לשליטת בעלים פרטיים – אלה הינם נושאים חשובים למחקר, אולם הם מחוץ למסגרת פרק זה.

השירותים החברתיים נבלם על-ידי הגידול האיטי במימון הציבורי של צריכת שירותים אלה, במונחים ריאליים: 33 אחוז לנפש בחינוך ו-28 אחוז בבריאות. אמנם, ההוצאה **הפרטית** על שירותי חינוך ובריאות העלתה במקצת את שיעור הגידול של צריכת שירותים אלה, אולם יש לזכור, שעיקר ההוצאה הפרטית היא בעשירוני ההכנסה העליונים, ונוצר פער מדאיג בין צריכת שירותים שהחברה אמורה לתת להם עדיפות גבוהה, לבין סיפוק צרכים, הנראים חשובים לפרט. פער זה פוגע בעיקר בשכבות החלשות התלויות במימון הציבורי של השירותים החברתיים. אכן, הטיעונים שהמגזר הציבורי בישראל גדול מדי מתעלמים מכך שיש לו תפקיד חשוב לא רק באספקת מוצרים "ציבוריים", כגון חוק וסדר, מנהל וביטחון והשקעות בתשתית, אלא כדי להשיג שתי מטרות נוספות: צמצום אי-שוויון והגברת הצריכה של שירותים חברתיים.

לוח 2. שירותי חינוך ובריאות וצריכה פרטית: 1981 עד 2001
(מחירים קבועים של שנת 2000)

	הוצאה לאומית כאחוז מתמ"ג	**צריכה לנפש של כלל השירותים**	**שירותים במימון ציבורי**	**צריכה פרטית לנפש**
	(אחוזים)	(ש"ח)	(ש"ח)	(ש"ח)
חינוך				
1981-1983	8.1	4,979	3,983	25,123
1999-2001	9.8	6,835	5,311	41,311
שיעורי שינוי (%)	21	37	33	64
בריאות				
1981-1983	6.9	4,512	3,609	25,123
1999-2001	9.0	6,323	4,603	41,311
שיעורי שינוי (%)	30	40	28	64

מקור: למ"ס, שנתונים סטטיסטיים,שנים שונות.

ד. צמצום אי-השוויון הנוצר על-ידי כוחות השוק לממדים מקובלים בחברה

בדרך-כלל נוהגים לחשוב שעיקר תרומתו של המגזר הציבורי להקטנת אי-השוויון היא באמצעות מסים פרוגרסיביים ותשלומי העברה למעוטי

יכולת. אולם בפועל ישנה תרומה חשובה נוספת לצמצום אי-השוויון באמצעות חלוקה חינם של שירותי חינוך ובריאות, מהם העשירונים התחתונים נהנים, יחסית, יותר[6]. במשק הישראלי, בו כוחות השוק מייצרים היום אי-שוויון רב, הן ביחס לעבר והן ביחס לרוב מדינות המערב, ושבו דעת הקהל דורשת יותר שוויון, יש להתחשב בהשפעה השלילית שתהיה להקטנת ההוצאה הציבורית על שירותים חברתיים על הפערים ועל העוני[7]. אמנם ייתכן שבגודלו הנוכחי של המגזר הציבורי, שיעור הצמיחה של המשק עלול להיות נמוך במקצת מכושר הצמיחה המרבי, על פי הניסיון הבינלאומי[8]. אולם, כפי שמוכיח הניסיון הישראלי, אין בתוספת כזו של צמיחה כדי לצמצם פערים ולהקטין עוני[9].

ה. הגברת הצריכה של שירותים חברתיים

למימון הציבורי של שירותי חינוך ובריאות יש תפקיד חשוב במניעת הפיגור של צריכת שירותים אלה אחרי הצריכה הפרטית של משקי הבית. ראשית, פרטים אינם צורכים מספיק שירותי חינוך ובריאות, ברמה שהחברה רואה כאופטימלית. זאת, מאחר שאצל הפרט קיימת אי-התחשבות בהשלכות החברתיות החיוביות שיש לצריכת שירותים אלה, מעבר לתועלת לפרט הצורך אותם (השפעות חיצוניות חיוביות). שנית, אצל פרט קיים קוצר ראייה מסוים, הגורם לו להמעיט ממלוא התועלת לטווח ארוך של צריכת שירותים אלה. סיבה שלישית לצריכה בלתי מספקת של שירותים חברתיים היא, שפרטים בעלי הכנסה נמוכה מתקשים לממן את רכישת השירותים והם יצרכו כמות בלתי מספקת מנקודת הראות של התועלת המשקית והנורמות החברתיות[10].

מחקרים שבוצעו לאחרונה מצביעים על כך, שבתחום הגודל הסביר של המגזר הציבורי, תחום שכלולים בו גם ההוצאה הציבורית ורמת המיסוי בישראל, תהיה להקטנת המגזר הציבורי לכל היותר השפעה

---

[6] על פי גפני, זוסמן, 2000, שירותי חינוך ובריאות במימון ציבורי מקטינים את מדד ג'יני של אי-השוויון בהכנסה לנפש, בשיעור של 17 אחוז.

[7] באשר לדרישות הציבור למדיניות שוויונית יותר, ראה תוצאות הסקר החברתי שערך מרכז טאוב ב-2004: על פיו, 83 אחוז מהציבור בדעה, שהמשאבים שהמדינה מקצה היום לטיפול בעוני ובמשפחות עניות הנם פחות מהנחוץ.

[8] Afonzo et al., 2005

[9] זוסמן, 2004; ברנדר, סטרבצ'ינסקי, 2005.

[10] Galor, Zeira,1993.

קטנה להעלאת שיעור הצמיחה[11], אולם ההשפעה על הגדלת אי-השוויון תהיה ניכרת[12]. מצד שני, במדינות מפותחות, עליהן נמנית גם ישראל, עלייה נוספת בתוצר לנפש תתרום רק מעט להעלאת הרווחה של כלל הציבור. זאת במיוחד מאחר, שכאמור, תוספת צמיחה כשלעצמה, אין בה כדי לצמצם את היקף העובדים בעלי השכר הנמוך ולצמצם עוני ואי-שוויון[13].

3. האם ייצור על-ידי המגזר הציבורי יעיל פחות מאשר ייצור על-ידי ספקים עסקיים?

בבסיס מדיניות ההפרטה עומדת הטענה, שייצור על-ידי המגזר הציבורי, בין אם מדובר בחברות בבעלות המגזר, בתאגידים ציבוריים, במשרדי הממשלה עצמם או על-ידי ספקי שירותים חברתיים, המופעלים ישירות על-ידי המגזר, לא יתבצע בדרך-כלל בצורה יעילה. הפרטה שתעביר את הייצור לגופים הפועלים לשם רווח תביא לייצור יעיל יותר של התפוקה: מניע הרווח אמור להביא למאמצים גדולים להגדלת היעילות. ככל שיעילות הספק גבוהה יותר, הוא יכול לספק את השירותים במחיר נמוך יותר, חלקו בשוק יגדל ורווחיו יהיו גבוהים יותר. הבעלים, הנהנים העיקריים מהרווחים, והמנהלים ששכרם קשור לרווחים, יפקחו על כך שהייצור יתנהל בצורה היעילה ביותר. על פי טענה זו, מאחר שמניע הרווח אינו קיים אצל ספקים ציבוריים, אין להם תמריץ מספיק חזק להגיע ליעילות מרבית: קיימים תמריצים חלשים בלבד לתגמול הדרגים המבצעים – מנהלים, הדרג הבכיר, בעלי מקצוע ואף עובדים בלתי מיומנים. לא רק העדר תמריצים כספיים, אלא גם זכויות מופרזות לקביעות, איגודים מקצועיים חזקים, מינויים פוליטיים למשרות בכירות והתערבות דרגים פוליטיים בניהול – כל אלה פוגעים קשות ביעילות הייצור.

גישה פשטנית זו מתעלמת מטיעונים אחרים המטילים ספק במשוואה הפשוטה של מניע רווח = יעילות. טיעון אחד הוא, שבמקרים רבים יהיה לספק עסקי מעמד מונופוליסטי שניצולו, ולאו דווקא מאמציו לייעול, יגדילו את רווחיו. טיעון שני הוא, שקיימות בעיות של ניגוד בין

[11] Lindert, 2003.
[12] Afonzo et al., 2005.
[13] ברנדר, סטרבצ'ינסקי, 2005.

האינטרסים של מנהל בחברה עסקית, הפועל לטובתו האישית, לאלה של הבעלים שהרווחים שלהם חשובים בעיניהם. טיעון שלישי הוא, שבמיוחד בתחום ייצור השירותים החברתיים יש ממד של איכות, שקשה לעמוד עליו. אצל ספק עסקי, הפועל ללא מחויבות אתית, קיים פיתוי להגדלת הרווחים על-ידי הפחתת האיכות. רביעית, בתחום השירותים החברתיים, בחירת הצרכן בין ספקים שונים מוגבלת על-ידי הגבלות אדמיניסטרטיביות שונות ועל-ידי עלויות מעבר גבוהות (כגון שיוך תלמיד לבית-ספר באזור מגוריו ויכולת להחליף את בית-הספר רק על-ידי החלפת מקום המגורים), וגם מאחר, שלעיתים קיים באזור גיאוגרפי מסוים רק ספק אחד של כל שירות ושירות.

בעוד שלא ניתן לסמוך על כך שדווקא מניע הרווח של ספק עסקי יביא בהכרח ליעילות מרבית של הייצור, סביר להניח שאצל יצרנים ציבוריים פועלים מניעים שיבטיחו איכות גבוהה ויעילות מרבית, תוך קיום תחרות עם ספקים אחרים.

מספר מחקרים אמפיריים שנערכו בארץ ובחו"ל ניסו לבחון אם אכן ייצור על-ידי המגזר הציבורי פחות יעיל מאשר ייצור במגזר העסקי, הפועל לשם רווח. אין בכוונתנו להביא כאן סקירה מקיפה של מחקרים אלה, אך נציין את המסקנות של כמה מהם, שבדקו סוגיה זו בתחומים השונים של הייצור הציבורי: חברות ממשלתיות, בתי אבות סיעודיים, בתי-חולים ובתי-ספר[14].

א. חברות ממשלתיות

שורה של מחקרים שנערכו על התעשייה הישראלית לא מצאו שלחברות בבעלות פרטית יש יתרון בפריון על פני חברות בבעלות ממשלתית. מחקרן של פלוג וקסיר-קלינר[15] מראה, שהפריון במפעלים בבעלות פרטית בתעשייה הישראלית ב-1982, היה נמוך מזה שבמפעלים בבעלות ההסתדרות או הממשלה. מחקר אחר על התעשייה הישראלית מראה אף הוא יתרון בפריון לקיבוצים ולמגזר ההסתדרותי והציבורי, בהשוואה למפעלים בבעלות פרטית, ובמיוחד חברות שמניותיהן נסחרות בבורסה[16].

---

[14] סעיף זה אינו עוסק ביעילות היחסית של ספקים ציבוריים, המופעלים ישירות על-ידי המגזר הציבורי,לעומת ספקים ציבוריים הפועלים במעמד של מוסדות ללא כוונת רווח, אלא ביעילותם של ספקים ציבוריים מול ספקים עסקיים הפועלים לשם רווח.

[15] פלוג, קסיר-קלינר, 1992.

[16] Griliches, Regev, 1995.

ההפרטה שבוצעה במדינות רבות גם מאפשרת לבדוק מה קורה לפריון ולרווחים, כאשר חברה עוברת מבעלות ממשלתית לבעלות של משקיעים עסקיים. כך, לדוגמה, מחקר חדש על מדיניות ההפרטה של חברות ממשלתיות באירלנד טוען, שהעובדות אינן תומכות בטענה שההפרטה אכן הביאה לביצועים טובים יותר[17]. מעקב אחרי מהלך הרווחים והפריון בחברת התקשורת הבריטית (BRITISH TELECOM) במשך ארבעים שנה, לפני ואחרי ההפרטה, מגיע למסקנה, שלשינוי בבעלות לא הייתה השפעה נראית לעין על רווחים ופריון[18]. גם מחקרים שנערכו על חברת בזק הישראלית הגיעו למסקנה שעיקר הגידול בפריון חל בהעברת הפעילות ממשרד ממשלתי לחברה ממשלתית[19].

ב. בתי אבות סיעודיים

מחקרם המעמיק של לוסקי, גבעון[20] על יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים במעמד של מלכ״רים, לעומת בתי אבות הפועלים לשם רווח, מראה, ש״אמנם העלות ליום אשפוז במוסדות שהם מלכ״רים גבוהה מהעלות במוסדות העסקיים, אך יחד עם זה איכות השירות שמספקים המלכ״רים גבוהה יותר...אין הבדל מובהק בין העלות ליום אשפוז במלכ״ר לעומת פירמה עסקית, עבור אותה רמת איכות״ (שם, עמ׳ 27).

ג. בתי-חולים

מחקרים רבים עסקו בארה״ב ביעילות של בתי-חולים בבעלות המגזר הציבורי, בתי-חולים במעמד מלכ״ר ובתי-חולים, הפועלים לשם רווח, הפועלים אלה לצד אלה במתן שירותי בריאות. באמצע שנות התשעים רוב בתי-החולים בארה״ב – 59 אחוז – היו במעמד של מלכ״ר; 16 אחוז מבתי-החולים היו שייכים למגזר הציבורי, ו-15 אחוז היו בתי-חולים פרטיים לשם רווח[21]. ממחקרים אלה עולה, שככל הנראה אין הבדלים משמעותיים בטיב השירות הניתן על-ידי בתי-החולים בבעלויות השונות, אם כי העלות לקופות-החולים, המבטחות, גבוהה יותר כאשר מדובר בבית-חולים לשם רווח.

---

[17] Reeves ,Palcic ,2004.
[18] Florio, 2003.
[19] אקשטיין ואחרים, 1998.
[20] לוסקי, גבעון, 2005.
[21] Sloan et al., 2001.

ד. בתי-ספר

הדעה הכללית בקרב חוקרים היא, שיעילות מערכת החינוך הציבורית נמוכה. בארה"ב, רק כ-3 אחוזים מהתלמידים לומדים בבתי-ספר פרטיים שאינם בעלי אופי דתי[22]. אומדנים שונים מראים, שמאז שנות השמונים ירדה היעילות בבתי-הספר בארה"ב (הישגים לעומת עלויות) בשיעור שבין 45 ל-75 אחוז[23]. בישראל, כמו בארה"ב, רק מספר זניח של תלמידים לומד בבתי-ספר פרטיים[24].

לגבי יעילותם היחסית של בתי-ספר בבעלויות שונות, הממצאים מארה"ב, מהם ניתן אולי להסיק מסקנות כלליות יותר, מצביעים על יתרון קל לבתי-ספר שאינם בבעלות המגזר הציבורי, אחרי שמתקנים עבור הבדלים בין תלמידים, שעשויים להשפיע על ההישגים. כך לדוגמה, היתרון בהישגים של תלמידים להורים בעלי השכלה גבוהה במבחני קריאה, במתמטיקה, ובמדע בבתי-ספר פרטיים נעים בין 2 ל-7 אחוזים, הבדל מבוטל לעומת הפריון הנמוך בכלל מערכת החינוך בארה"ב[25]. מחקרים אחרים מראים, שכאשר משווים בתי-ספר פרטיים, שאינם בעלי אופי דתי עם בתי-ספר בבעלות המגזר הפרטי, ההבדלים אינם משמעותיים עד כדי הסקת מסקנות למטרות מדיניות[26]. ייתכן שמצב זה נובע מכך שהפריון הנמוך בבתי-הספר בבעלות המגזר הציבורי משפיע לרעה על בתי-הספר בבעלות פרטית, כפי שמצוטט מנהל של בית-ספר פרטי בארה"ב: "קשה להיראות רע כאשר המתחרים הם בתי-ספר ציבוריים"[27]. עם זאת נמצא שיפור בהישגים של תלמידים, שעברו בסיוע המדינה מבתי-ספר ציבוריים לבתי-ספר פרטיים, כאשר הזכות למעבר של תלמיד נקבעה באופן מקרי (על-ידי הגרלה)[28]. ייתכן אמנם **שהחלפת** בית-הספר לכשעצמה תרמה לכך.

לסיכום, המחקרים על הבדלים בפריון בין ספקים של שירותים חברתיים בבעלויות שונות אינם מצביעים על הבדלים משמעותיים ביעילות, אך מדגישים שאין להסיק מכך שהפריון בשירותי חינוך

---

[22] Henig , Sugarman, 1999.
[23] Hoxby, 2003.
[24] בלס, 2005.
[25] Osborne, 2005.
[26] Henig, 1999.
[27] Wenders, 2005.
[28] Peterson et al.,2000.

ובריאות הגיע לידי מיצוי מלא של כושר הייצור בתחומים אלה. אכן, ממצאי ועדת דברת על מערכת החינוך[29] וממצאים של ועדת נתניהו על מערכת הבריאות[30] מצביעים על הפוטנציאל הרב להגדלת התפוקה ולשיפור איכותה, הטמון בספקי השירותים השונים, הפועלים בתחומים אלה בישראל. בהמשך הפרק נבחן צעדים שונים העשויים לשנות מצב זה.

4. בחירה חופשית ויעילה של הצרכן

בחירה חופשית ויעילה של הצרכן היא תנאי חשוב לקיום תחרות בשוק, שתביא לייעול הייצור של שירותים חברתיים. בחירת הצרכן יכולה להתממש בתוך מערכת המורכבת מספקים מסוגים שונים – של המגזר הציבורי, מלכ"רים וספקים עסקיים –אך גם בין ספקים ציבוריים לבין עצמם, מתוך הנחה, שתיבדק להלן, שניתן לייצר תחרות ביניהם. הצרכן אמור לבחור את הספק היעיל ביותר, הנותן את האיכות הגבוהה ביותר, כאשר קיים מחיר אחיד (או השירות ניתן חינם), בתנאי שקיים פיקוח ציבורי המבטיח איכות מינימלית, או מחיר יותר נמוך עבור האיכות המינימלית שנקבעת על-ידי המדינה, או זו המבוקשת על-ידי הצרכן. בחירת הספק היעיל על-ידי הצרכנים, תוך הגדלת הכנסותיו ונטישת הספק הבלתי יעיל על-ידי הצרכנים, תוך הקטנת הכנסותיו, הוא תנאי הכרחי, אם כי לא מספיק, לקיום תחרות בין הספקים החברתיים.

א. האם קיימים מספיק ספקים כדי לאפשר לצרכן בחירה אפקטיבית?

בין אם מדובר בתחרות בין ספקים עסקיים, הפועלים לשם רווח, או בין ספקים ציבוריים בינם לבין עצמם או בינם לבין ספקים עסקיים, תחרות זו תלויה בקיום מספר מספיק של ספקים, המתחרים על הצרכן ומאפשרים לו את הבחירה ביניהם. שאלה זו מתעוררת לגבי בתי-ספר, בתי-חלים ומוסדות סיעודיים. במערכת החינוך, בה קיימים מספר זרמים (חינוך ממלכתי, ממלכתי דתי, חרדי, ערבי), וכן לגבי תלמידים ביישובים כפריים, בעיירות פיתוח ואף ביישובים בגודל בינוני, תהיה הבחירה החופשית של הצרכן מוגבלת מראש, בגלל גודל מינימלי של ספק יעיל,

[29] כוח המשימה, 2005.
[30] ועדת החקירה הממלכתית, 1990.

וגם בלי להתחשב בהגבלות אדמיניסטרטיביות שונות. בישראל, מתוך 160 רשויות מקומיות, בהן יש בתי-ספר של החינוך הממלכתי הדתי, ב-61 אחוז מהרשויות יש רק בית-ספר אחד, ב-35 אחוז יש שניים או שלושה בתי-ספר ורק ב 4 אחוזים מהרשויות יש ארבעה בתי-ספר ויותר[31]. מצב דומה קיים גם לגבי בתי-הספר בחינוך הממלכתי, כאשר בשני-שליש מהרשויות יש רק בית-ספר אחד. לגבי אזורים רבים בארץ קיימת תמונה דומה גם לגבי בתי-חולים, כאשר בחירת בית-חולים מרוחק ממקום המגורים מקשה על המאושפז ומשפחתו, ובייחוד כאשר הטיפול אינו אלקטיבי. אמנם, בהתחשב בצפיפות האוכלוסין הגבוהה ובמרחק הגיאוגרפי הקטן מיישוב ליישוב ברוב אזורי הארץ, אפשר להניח שבהעדר מחסומים אדמיניסטרטיביים, ניתן היה להגיע למצב שבו לרוב האוכלוסייה יהיו אפשרויות בחירה מספיק מגוונות[32].

ב. הגבלות אדמיניסטרטיביות על מימוש הבחירה

בשירותי החינוך והבריאות קיימות הגבלות אדמיניסטרטיביות שונות המקשות אף הן על חופש הבחירה של הצרכן. בחינוך קיים שיוך של תלמידים לבתי-ספר על פי מקום מגוריהם; בקופות-חולים קיימת הפנייה של חברי הקופה לבתי-חולים מסוימים, הקשורים עם הקופה (ואף לרופאים מומחים מסוימים). אמנם ניתן לכאורה, לעקוף הגבלות אלה על-ידי שינוי מקום מגורים, דבר שיביא לשיוך לבית-ספר אחר, או להחלפת קופת-החולים, צעד שיאפשר טיפול בבתי-חולים אחרים (ועל-ידי מומחים אחרים). אולם בחירה עקיפה כזו כרוכה בעלויות מעבר כספיות ואחרות ניכרות, המקשות על המימוש בפועל. כך לדוגמה, על אף הבדלים בשביעות הרצון בין חברי קופות-החולים השונות, המעברים בפועל בין קופה לקופה זניחים ביותר[33]. על פי מחקרים שנערכו בארה"ב, ושלממצאיהם יש השלכות גם למציאות הישראלית, בחירת מקום המגורים כדי ליהנות מבית-ספר יוקרתי הקיים באזור אינה חריגה, אך בגלל הקשר החיובי בין מחירי הנדל"ן לבין קיום בית-ספר יוקרתי, אופציה זו עומדת לרשות בעלי אמצעים בלבד[34]. לבעלי אמצעים יש

---

[31] בלס, 2005.

[32] לגבי קיום אפשרויות בחירה רבות באנגליה, בהעדר מחסומים אדמיניסטרטיביים, ראה: Burgess, Propper, Wilson, 2005.

[33] גרוס ואחרים, 2005; מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2003.

[34] Burgess, Propper, Wilson, 2005.

אפשרויות בחירה נוספות, שאינן עומדות לרשות מעוטי יכולת: בחירת ספק שירותים עסקי או שיפור השירות אצל ספק ציבורי בתוספת תשלום. לבסוף, מן הראוי לציין, שהמדינה מממנת שירותים חברתיים רבים מתוך כוונה להבטיח רמת שירות מינימלית אחידה, דבר המגביל מראש את המגוון המוצע לצרכן לבחירה[35].

ג. האם יש בידי הצרכן מספיק מידע על נותן השירות והאם בחירתו תהיה רציונלית?

בהינתן שלצרכן יש אפשרות לבחור בין מספר ספקים, יעילות בחירתו תהיה תלויה, קודם כל, במידע על איכות השירות של הספק. בעוד שהמחיר הנדרש (ברוב המקרים השירות ניתן חינם) הינו ידוע, הרי לגבי איכות השירות המידע הוא הרבה יותר בעייתי. אחד הקשיים נעוץ במדידת האיכות. בדרך-כלל מדובר בשירות בעל מימדים רבים: איכות בית-הספר תיקבע לא רק על-ידי הישגים לימודיים במספר רב של מקצועות, אלא גם על-ידי הישגים בחינוך לדמוקרטיה, בהתנהגות לא אלימה, בהקניית ערכי תרבות כלליים, במיומנויות חברתיות שונות וכיוב'. גם בבתי-חולים קשה להעריך את התפוקה: פתרון מיידי של הבעיה הרפואית, העדר תופעות לוואי בטווח ארוך יותר, אי-חזרה של המחלה בחלוף הזמן, ועוד.

בעיה נוספת בהערכת האיכות נובעת מכך, שספקי השירות עומדים מול קבוצות אוכלוסייה הטרוגניות, הזקוקות ל"מנות" שונות של טיפול, כדי להגיע לאותם ההישגים. כך, במערכת החינוך, בית-ספר שבו תלמידים רבים הנם מרקע חברתי-כלכלי נמוך לא יגיע לאותם הישגים לימודיים כמו בית-ספר שבו רוב התלמידים מרקע חברתי-כלכלי גבוה, גם אם התקציב של שני בתי-הספר ויעילותם זהים. באופן דומה, בית-חולים לא יגיע לאותם הישגים רפואיים גם אם הוא מתנהל ביעילות, אם מגיעים אליו, מסיבה זו או אחרת,חולים קשים יותר. מכל הסיבות האלה, מדדי איכות השירותים הגולמיים עלולים שלא לשקף את איכות השירות ואת יעילותו. לדוגמה,על הקשיים בקביעת האיכות של מוסדות סיעודיים אפשר ללמוד רבות ממחקרם של לוסקי, גבעון (2005).

---

[35] ההנחה בדיון היא, שלממשלה אין העדפות חזקות לגבי הרכב תלמידים בכיתה, השונה מההרכב שייווצר על-ידי בחירה חופשית של הורי התלמידים (ראה סעיף 4 להלן).

כדי שתחרות בין הספקים תביא לתוצאות החיוביות המקוות דרוש לא רק מידע על איכות השירות, אלא גם שהצרכן ינצל מידע זה ויממש את בחירתו באופן יעיל. עם זאת, המידע המחקרי הקיים מראה, שאכן הצרכן נוטה לממש אפשרויות בחירה, ושבחירתו נוטה להיות יעילה, גם בהינתן המידע המוגבל על איכות השירותים הניתנים על-ידי הספקים השונים[36].

ד. מיון עצמי של צרכנים ובחירה סלקטיבית של צרכנים על-ידי הספק

קיים חשש שבחירת הצרכנים תביא להרכב בלתי רצוי של אוכלוסייתם אצל ספק מסוים, כגון התקבצות התלמידים בבתי-ספר לפי רמת הכנסה, אם הבחירה כרוכה בתשלום משלים או בהוצאות נסיעה גבוהות, או התקבצות חולים לפי חומרת מחלתם בבתי-חולים מסוימים, ועוד. בעיה זו עלולה להחריף אם תור הצרכנים אצל ספק מסוים עולה באורכו על כושר הקליטה שלו, והוא יבחר את הזכאים לפי קריטריונים שאינם נותנים לכל צרכן סיכוי שווה לקבל את השירות.

סוגיה זו של מיון הצרכנים, בין אם מיון עצמי, ובין אם על-ידי הספקים, על פי קריטריונים בלתי רצויים, נדונה בהרחבה בספרות המחקרית על חופש הבחירה. גם אם המסקנות אינן חד-משמעויות לגמרי, קיימת הסכמה מסוימת, שגם שיוך אזורי, ללא בחירה חופשית, מביא לידי מיון עצמי של תלמידים לפי הכנסה, בגלל ריכוז בעלי הכנסות באזורים יוקרתיים, שם גם בתי-הספר ברמה איכותית גבוהה יותר, בגלל המוצא החברתי-כלכלי הגבוה של התלמידים. בחירה חופשית של בית-הספר עשויה למתן את הריכוז הגיאוגרפי לפי רמות הכנסה, דבר שאולי רצוי כשלעצמו. בכל מקרה, ככל שספק יהיה מסוגל להתאים עצמו לביקוש יותר גדול, תוצאות לוואי אלה של הבחירה החופשית יהיו פחות חשובות. גם בבתי-חולים, ריכוז חולים קשים יותר עלול להביא לטיפול איכותי פחות, אך כנגד זה עשויה גם להתפתח מומחיות יותר גדולה. בכל מקרה, תופעה זו תהיה מצומצמת יותר ככל שתגמול בית-החולים על-ידי המבטח יהיה מותאם לא רק לסוג המחלה אלא גם לחומרתה[37].

---

[36] בעניין בחירת בתי-ספר, ראה, Peterson et al., 2003;
ובעניין בחירת בתי-חולים – Burgess, Propper, Wilson, 2005.

[37] Burgess, Propper, Wilson, 2005.

5. תחרות בין ספקים ציבוריים – בינם לבין עצמם

הממצאים שהובאו לעיל מתייחסים להבדלים **ביעילות** בין ספקים ציבוריים של שירותים חברתיים, לבין ספקים הפועלים לשם רווח, בנקודת זמן מסוימת, בתנאים הקיימים. לעומת זאת, לא דנו עד כה באפשרויות להגביר את התחרות בין ספקים ציבוריים, בינם לבין עצמם. שאלה זו חשובה מכיוון שגם אם תימשך מגמת ההפרטה של שירותים חברתיים בשנים הבאות, אפשר לשער שלמשך שנים רבות יהיו רוב הספקים הפועלים בתחומים אלה בישראל (ואף בארה"ב) בעלי אופי ציבורי. לכן, גם אם היעילות של ספקים, הפועלים על בסיס עסקי, גבוהה במקצת, יבוא עיקר השיפור ביעילות המערכת כולה מתוך שיפורים אצל ספקים ציבוריים. ההנחה הרווחת בשנים האחרונות אצל חוקרים היא, שגם בקרב ספקים ציבוריים יכולה להתקיים תחרות שתביא לשימוש יעיל בגורמי ייצור ולאיכות גבוהה, בהינתן רמת הוצאות הייצור. לדעת חוקרים אלה, במקום השאיפה לרווחים אצל הבעלים של ספקים עסקיים, פועלים אצל ספקים ציבוריים **מנגנונים אחרים** שיביאו, בתנאים מסוימים, לאותה רמת יעילות השוררת בשוק תחרותי בו פועלים הספקים לשם רווח. מבין תנאים אלה ניתן לציין שניים:

1. מעבר חופשי של צרכנים מספקים, הנחשבים לפחות איכותיים, לספקים יותר איכותיים. אובדן צרכנים בפועל, ולעיתים אף איום שספק ציבורי יאבד את לקוחותיו, יביאו למאמצי ייעול מצדו. מאמצים אלה יגברו כאשר אובדן צרכנים יהיה כרוך בצמצום התקציבים הציבוריים העומדים לרשות הספק, וכאשר ספקים, העומדים בפני ביקוש גובר של צרכנים, יזכו לתקציבים נוספים, שיאפשרו להם להרחיב במהירות את אספקת השירותים[38].
2. בקרב מנהלים ועובדים פועל מניע של שירות הציבור (PSM = PUBLIC SECTOR MOTIVATION). כלומר, לעובדים בגופים ציבוריים חשוב לתת לצרכנים שירות ברמה גבוהה, מתוך ידיעה שמאמציהם אינם הופכים לרווחים של בעלים פרטיים אלא הינם לתועלת הציבור הרחב[39].

הניסיון מראה שכניסת ספקים, הפועלים לשם רווח, למערכת שבה פועלים ספקים ציבוריים, עשויה להאיץ תהליכי התייעלות אצל הספקים

---

[38] Hoxby, 2003.

[39] Francois, 2003.

הציבוריים הקיימים. במחקרים שונים מודגשת החשיבות של ההשפעות החיוביות שיש לספקים לשם רווח על הספקים הציבוריים באותו אזור אם קיימים התנאים לפעולתם היעילה. כך מדגיש מחקר אחד את ההשפעות החיוביות שיש לבתי-חולים למטרת רווח על הקטנת ההוצאות בבתי-חולים ציבוריים, ועל הוצאות השכר בפרט[40]. הספקים לשם רווח גורמים לשכר נמוך יותר לכל סוג של עובדים באזור, ולשימוש בעובדים ברמה המקצועית הדרושה לביצוע העבודה ולא ברמה גבוהה יותר.

כמובן מתעוררת השאלה בדבר ההרכב האופטימלי של הבעלות על בתי-החולים, הפועלים באזור מסוים. האם יש מספיק בתי-חולים לשם רווח, כדי להגיע למיצוי ההשפעות החיוביות ההדדיות? ישנם חוקרים הסבורים, ששיעור קטן של בתי-חולים לשם רווח עשוי להשפיע באופן משמעותי על היעילות, והגדלת השיעור הקיים היום בארה"ב ישפיע רק במעט להתייעלות נוספת[41]. חוקרים אחרים סבורים שבארה"ב ניתן להגיע לאיכות גבוהה יותר לדולר של עלויות, אילו היה גדל בשוליים שיעור בתי-החולים לשם רווח, מעבר לשיעורם היום[42]. מסקנות דומות מתבקשות לגבי מערכת החינוך. בארה"ב נמצא שבתי-ספר ציבוריים הגיבו במהירות ובאופן חיובי לאיום של תחרות מצד בתי-ספר פרטיים[43].

6. ניהול פנימי אצל ספקים של שירותים חברתיים

הכללים המסדירים את הניהול הפנימי של חברות עסקיות הפועלות לשם רווח באים להבטיח, שכאשר אין הבעלים מנהלים בעצמם את החברה, המנהלים השכירים יפעלו לטובת החברה ומחזיקי מניותיה. אף שחובות המנהלים לפעול לטובת החברה מעוגנות בחוק, נהוגות שיטות שונות של תגמול כספי של מנהלים, הקושרות את גובה התגמול והשינויים בו, לרווחי החברה[44]. זאת מתוך הנחה שניתן למדוד את הרווחים בצורה נכונה ולהעריך את תרומת המנהל, להבדיל מגורמים חיצוניים, לרווחיות החברה. כמו כן, הבעלים מפקחים על ניהול החברה באמצעות מועצת מנהלים, הפועלת בשמם, בקביעת המדיניות ובבקרה על הניהול השוטף.

---

[40] Kessler, McClellan, 2002.
[41] Kessler, McClellan, 2002
[42] Santerre,Vernon, 2005.
[43] Hoxby, 2003.
[44] זוסמן, מחרז, 1993.

מצב זה שונה אצל ספקים של שירותים חברתיים. במידה שמדובר בספקים שהם בבעלות המדינה – בתי-ספר, בתי-חולים, מוסדות סיעודיים – קיימת בישראל ריכוזיות גדולה בניהול המופעל על-ידי משרדי הממשלה הממונים, ובעיקר משרדי החינוך והבריאות. אמנם ניהול עצמי רב יותר של בתי-ספר ושל בתי-חולים נמצא על סדר היום הציבורי[45], אולם לא נקבעו כללים מפורטים ומחייבים לגבי הניהול הפנימי, הסמכויות של כל ספק וספק, מעמד הממשלה, הנושאת בעול המימון, שיתוף הצרכנים בניהול ודרכי הפיקוח על הספקים, לגביהם הפיקוח של השוק חלש יותר[46].

נקודת המוצא לקביעת המבנה הארגוני של מערכת השירותים החברתיים היא, שיעילות מחייבת קיום מספר רב של ספקים, המנוהלים באופן עצמאי ומקיימים ביניהם תחרות על צרכני השירותים. מצד שני, הואיל והמימון של ייצור השירותים וחלוקתם הוא ברובו ציבורי, מתוך מטרה להשיג מטרות חברתיות, יש להבטיח מעמד הולם לאינטרס ציבורי, בקביעת המדיניות של ספקי השירותים ותקציביהם. יתר על כן, הואיל וקשה לצרכנים לעמוד על איכות השירותים הניתנים, יש צורך בקביעת תקנים של איכות מינימלית, ובפיקוח קפדני ושוטף על האיכות בפועל. כמו כן, יש להביא את הממצאים של הפיקוח על האיכות לידיעת הציבור הרחב, בצורה שתסייע לו בבחירת הספקים. לבסוף, בגלל עלויות המעבר הגבוהות מספק לספק, חשוב להבטיח השפעה ישירה של הצרכנים על מדיניות הספק ועל הניהול השוטף של פעולותיו, כדי לצמצם את הצורך במעברים. יש להסדיר בחוק את המבנה הארגוני של הספקים ואת אופן הניהול הפנימי שלהם: מועצת מנהלים שבה יהיו מיוצגים כל הגורמים הנוגעים בדבר, שתקבע את המדיניות, ומנהל כללי, שיעסוק בניהול שוטף.

---

[45] ראה כוח המשימה הלאומי, 2005; שירום ואחרים, 1997.

[46] המצב שונה לגבי תאגידים ציבוריים, שהוקמו על פי חוק ונותנים שירותים שונים לציבור. לדוגמה, החוק שהקים את רשות השידור מסדיר את דרכי הניהול הפנימי שלה ואת מעמד הממשלה לגביה. לגבי קביעת מסגרת אחידה חדשה, שתקבע בעתיד בחוק את דרכי הניהול הפנימי של תאגידים ציבוריים, ראה המועצה לתאגידים ציבוריים, 2003.

7. רכישת שירותים פרטיים בתוך גופים ציבוריים

במערכת השירותים החברתיים – חינוך, בריאות וסיעוד – קיימים בדרך-כלל ספקים ציבוריים, הנותנים שירותים ללא תשלום או בהתאם לתעריפים ציבוריים וברמה הנקבעת על-ידי המדינה, וקיימים גם ספקי שירותים לשם רווח, שאינם נתמכים על-ידי המדינה, ונותנים את השירותים תמורת תשלום מלא של הצרכן. אולם, בפועל קיימים גם מצבי ביניים: ספקים עסקיים הנהנים מסבסוד ציבורי חלקי וגובים תשלום נוסף מהצרכנים, על מנת לכסות את ההוצאות הנובעות ממתן רמת שירותים גבוהה יותר מזו שנקבעה על-ידי המדינה. מצב ביניים שני הוא כאשר קיימת רכישה של שירותים חברתיים בין כותלי ספק ציבורי, על מנת לשפר את רמת השירות הניתנת מעבר לתקנים שנקבעו על-ידי המדינה. שני מצבי ביניים אלה מעוררים שאלות הנוגעות לשימוש בכספי מדינה, שנועדו לקיים רמה מינימלית של שירותים חברתיים גם למי שאינו יכול לממן את הרכישה: האם יש מקום שהמדינה תסבסד (סבסוד מלא או חלקי) את מי שמעונין ברמת שירות הגבוהה מהרמה הציבורית, ויכול לממן את רכישתה מכספו? כמו כן, מתעוררות בעיות של קיום שתי "מחלקות" (של רמת שירות) אצל ספקים ציבוריים, עם כל התחושות של קיפוח ושל בעיות אתיקה, המתעוררות בגלל אפליה בין צרכן משלם לבין מי שאינו משלם, אצל אותו ספק.

מנתונים שונים ניתן להעריך, שעיקר ההוצאה הפרטית של המשפחות בישראל לרכישת שירותי חינוך מופנית לפעילויות המתבצעות בתוך בתי-ספר ציבוריים, לרוב על-ידי סגל העובדים של בית-הספר, בנוסף למתן השירותים ללא תשלום על פי תקנים ציבוריים[47]. גם בבתי-חולים רבים קיימת תופעה דומה של שירות רפואי פרטי (שר"פ), שבמסגרתו יכול הצרכן לרכוש שירותים רפואיים משופרים (בחירת הרופא המטפל בו, בחירת מנתח, וכו'). גם חברי קופות-החולים יכולים לרכוש ביטוח רפואי נוסף ("ביטוח משלים"), המאפשר להם לרכוש טיפול רפואי משופר, ללא תשלום או במחירי הנחה[48].

---

[47] זוסמן נ. ואחרים, 2005.

[48] מן הראוי לציין, שקיימת גם תופעה הפוכה, כאשר מוסדות סיעודיים במעמד של מלכ"ר משתמשים בתקציביהם כדי לתת שירות משופר למעוטי יכולת: ראה לוסקי, גבעון, 2005.

להבדיל מדו-קיום של ספקים עסקיים וציבוריים, המתחרים על אותם הצרכנים, יש למצבי הביניים, כאמור, השלכות שליליות, המחייבות, בסופו של דבר הכרעה – האם מי שאינו מסתפק ברמת השירות הציבורי רשאי לקבל לשימושו החופשי את הסכום, שהיה נדרש אילו היה מקבל את השירות על-ידי ספק ציבורי, ברמת התקנים הציבוריים? האם רשאי ספק ציבורי למכור במתקני הספק שירותים נוספים, מעבר למה שנקבע בתקנים?

בכל מקרה מצבי הביניים מחייבים כללים ברורים ופיקוח הדוק על שמירתם, כדי למנוע רמת שירות הנמוכה מהתקן הציבורי למי שאין בכוחו לשלם עבור "שיפור" השירות. כמו כן, במקרים של מצבי ביניים אלה יהיה צורך לוודא, שרמת השירות הממוצעת המדווחת על-ידי הספק לא תכסה על הבדלים באיכות השירות ובתוצאותיו בין צרכני "המחלקה" המשלמת, שרכשו בכספת שירותים משופרים, לבין צרכני "המחלקה" הנמוכה יותר, המקבלים שירות על פי תקנים שנקבעו על-ידי הרשויות הציבוריות.

8. סיכום

אחת המסקנות החשובות העולות מהמחקרים שנעשו בתחום ההפרטה היא, שהשיוך המגזרי של הבעלות – ציבורית, מלכ"ר או עסקי – יש לה השלכות מועטות בלבד על היעילות של הייצור ושל החלוקה של כלל השירותים החברתיים. לכן גם **החלפת** בעלות כשלעצמה מציבורי לעסקי, במסגרת מדיניות של הפרטה, אין בה תועלת רבה. עיקר התרומה לייעול השירותים החברתיים היא ביצירת תחרות אמיתית בין ספקי השירותים, קודם כל בין הספקים הציבוריים בינם לבין עצמם ולאחר מכן בינם לבין ספקים עסקיים לשם רווח, שיפעלו בשולי הספקים הציבוריים. קיום תחרות כזו תלוי במדיניות ממשלתית שתיצור את תנאי היסוד הדרושים לכך:

- הסדרת מערכת השירותים החברתיים כך שכל שירות יסופק על-ידי מספר רב יחסית של ספקים עצמאיים, בין אם ציבוריים בלבד ובין אם ציבוריים ועסקיים, הפועלים באותו שוק. אמנם, ניתן לקיים תחרות גם בין ספקים הפועלים ללא מניע הרווח, אולם, עדויות רבות מצביעות על כך, שקיום מספר קטן של ספקים עסקיים מגביר את פעולתם של הכוחות התחרותיים.

- קיום מספר רב של ספקים הוא תנאי הכרחי אך לא מספיק, כדי לקטוף את פֵּרות התחרות. יש צורך להבטיח בחירה חופשית של הצרכן בספק השירות המתאים לו. בחירה זו תהיה יעילה אם יהיה בידי הצרכן מידע מהימן על איכות השירות הניתן על-ידי כל ספק וספק, שיופק על-ידי גופים מקצועיים.
- בחירת הצרכן לא תוכל להתממש אם לא ייווצרו תנאים שיאפשרו לספק העומד בפני ביקוש רב של צרכנים, להתרחב במהירות מספיק גדולה תוך סיוע תקציבי מתאים (ובמקביל הכורח של ספק שאין ביקוש רב לשירותיו, להצטמצם,תוך אובדן תקציבים מתאים). בכל מקרה, יש לוודא שקביעת הצרכנים הזכאים לקבל את השירות מספק מסוים, מבין כלל הצרכנים המבקשים לקבל את השירות, תיעשה בצורה הוגנת וללא משוא פנים.
- כדי שהספקים אכן יפעלו ביעילות הדרושה, וכל ספק יגיב לשינויים בביקוש לשירותיו, יש צורך להבטיח מידה רבה של עצמאות ניהולית לכל ספק. כדי שעצמאות זו תופעל בצורה נכונה, יש להסדיר בחוק את המבנה הארגוני של הספקים ואת אופן הניהול הפנימי שלהם: מועצת מנהלים, שתקבע את מדיניות הניהול השוטף ומנכ"ל, שיבצע את המדיניות שתיקבע על-ידי מועצת המנהלים ובמסגרת הכללים שייקבעו על-ידי משרדי הממשלה.
- מתן אוטונומיה לספקים של שירותים חברתיים אינו אמור לשחרר את המדינה מאחריותה לשורה שלמה של נושאים. מדובר בעיקר בפיקוח על השימוש היעיל בתקציבים הציבוריים, כדי לספק את השירותים באיכות הדרושה; בהסדרת פרסום של איכות השירותים של ספקים שונים; בקביעת כללים לזכאות לסבסוד ציבורי, במקרים בהם הצרכן רוצה לשפר את רמת השירות הציבורי מכספו, בין אם אצל ספק עסקי ובין עם בתוך מתקניו של ספק ציבורי, ועל-ידי עובדיו.

נושאים רבים שעלו בפרק זה מחייבים המשך מחקר, וביניהם מדידת תפוקה – כמות ואיכות – בשירותים החברתיים השונים, החשיבות של קיומם של ספקים עסקיים כמדרבנים של תחרות וחלקם האופטימלי בשירותים השונים, השינויים הצפויים בהרכב התלמידים בבתי-ספר ושל חולים בבתי-חולים עם הרחבת בחירת הצרכן, היתרונות והחסרונות של שיטות שונות של הקצאת מקומות מוגבלים אצל ספק שירותים בין צרכנים רבים יותר, המבקשים לקבל את השירות דווקא ממנו, ועוד. עם

זאת, עם כל החשיבות של ביצוע מדיניות להגברת התחרות בין ספקים של שירותים חברתיים, כדי לשפר את היעילות, השאלה המרכזית בפניה יעמדו קובעי המדיניות בשנים הבאות היא גודל התקציבים שהמדינה תעמיד למימון צריכת שירותים אלה. ללא מימון ציבורי הולם תימשך המגמה של צריכה בלתי מספקת של שירותים חברתיים על-ידי בעלי ההכנסות הנמוכות יותר, תוך נזקים חמורים לשכבות החלשות בטווח הקצר, ועלות גבוהה למשק בטווח הארוך.

מקורות

אקשטיין, ש., זילברפרב, ב., רוזביץ, ש., (1998), **הפרטת חברות בישראל ובעולם**.

בלס, נ., (2005), על הפרטה ועל חינוך, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2005**, נובמבר.

בנק ישראל, (2005), **דוח שנתי 2004**, ושנים קודמות.

משרד הכלכלה והתכנון, משרד האוצר, (1986), **תקציב לאומי לשנת 1986**, ינואר.

ברנדר, ע., סטרבצ'ינסקי, מ., (2005), תכונות מערכת מס הכנסה שלילי הרצויה בישראל לאור מאפייני היצע העבודה ותחולת העוני של בעלי פוטנציאל הכנסה נמוך, בנק ישראל, מחלקת המחקר, מאמר לדיון 2005.07, אוגוסט.

גפני, א., זוסמן, צ. (2000), דמוקרטיה של רווחה: להגברת מעורבותה החברתית של הממשלה במשטר של כלכלת שוק, בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2000**, , המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., מצליח, ר., (2005), **דעת הציבור כל רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003**, והשוואה לשנים קודמות, ירושלים, מכון ברוקדייל, מאי.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, (2004), **שנתון סטטיסטי 2004** ושנים קודמות, ירושלים.

המועצה לתאגידים ציבוריים, (2003), **דין וחשבון**, יוני.

המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל (2003), בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2003**, נובמבר.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, (1990), דין וחשבון.

זוסמן, נ., כץ י., רומנוב, ד., רמון, ע., (2005), **יעילות הקצאת משאבים לתלמידי תיכון בנתיב הטכנולוגי לעומת העיוני, במונחי הישגים לימודיים**.

זוסמן, צ., (2003), שיקולים לקביעת הגודל הרצוי של המגזר הממשלתי, בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2003**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

-- ,מחרז ג. (1993), הגורמים הקובעים את שכר המנהלים הבכירים בישראל, מכון ישראלי בינלאומי לסקר מדיניות כלכלית שימושית, אוגוסט.

כוח המשימה הלאומי לקידום החינוך בישראל (דו״ח דוברת) (2005), **התכנית הלאומית לחינוך**, ינואר.

לוסקי י., גבעון י., (2005), יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכ״רים לעומת מוסדות עסקיים, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי.

הסקר החברתי – 2004 (2004), בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2004**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, נובמבר.

פלוג, ק., קסיר (קלינר), נ., (1992), עלות העבודה בתעשייה הישראלית, **סקר בנק ישראל**, 67, יולי, 21 -39.

רשות החברות הממשלתיות, (2005), דין וחשבון על החברות הממשלתיות לשנת 2003.

שירום, א., אגוז, נ., בן-נון, ג., דורון, ח., מיכאלי, ד., מישל, ז., צ׳רניחובסקי, ד., (1997), תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, פברואר.

Afonzo, A., Schuknecht, L.,Tanzi, V.(2005), Public Sector Efficiency: An International Comparison, **Public Choice**, vol.123, June, 321-347.

Burgess, S., Propper, C., Wilson, D. (2005), Will More Choice Improve Outcomes in Education and Health Care? The Evidence, from Economic Research, Centre for Market and Public Organisation.

Florio, M., (2003), Does Privatisation Matter? The Long Term Performance of British Telecom over 40 Years, **Fiscal Studies**, vol.24, no.2, 197-234.

Francois, P. (2003), Not For-Profit Provision of Public Services, **Economic Journal**, vol.149, March, C53-C61

Galor, O., Zeira, J. (1993), Income Distribution and Macroeconomics, **Review of Economic Studies**, Vol. 60, no.1, 35-52.

Griliches, Z., Regev, H.(1995) Firm Productivity in Israeli Industry: 1979-1988, **Journal of Econometrics**, no.1, January, 175-203.

Henig, J.R. (1999), School Choice Outcomes, in Sugarman, S.D., Kemerer, F.R (eds.), **School Choice and Social Controversy**,

Henig, J.R., Sugarman, S.D., (1999), The Nature and Extent of School Choice, in Sugarman, S.D., Kemerer, F.R **(**eds.), **School Choice and Social Controversy**.

Hoxby, C.M. (2003), School Choice and School Productivity: Could School Choice Be a Tide That Lifts All Boats? in Hoxby, C.M. (ed), **The Economics of School Choice**.

Kessler, D.P., McClellan, M.B. (2002), The Effect of Hospital Ownership on Medical Productivity, **Rand Journal of Economics**, vol.33, no.3, Autumn 488-506.

Lindert, P.H. (2004), **Growing Public: Social Spending and Economic Growth Since the Eighteenth Century**.

Ostrower, R.F., Stone, M.M. (2005), Governance: Research Trends, Gaps and Future Prospects, in Powell, W.W., Steinberg, R., (eds.) forthcoming **The Nonprofit Sector**, **A Research Handbook**, 2nd Edition.

Peterson, P.E., Howell, W.G., Wolf, P.J., Campbell, D.E., (2003), School Vouchers: Results From Randomized Experiments, in Hoxby,C.M. (ed), **The Economics of School Choice**.

Reeves, E., Palcic, D. (2004), Privatization Policy and Enterprise Performance: The Case of Ireland, **Annals of Public and Cooperative Economics**, vol.74, no.4, 525-548.

Santerre, R.E., Vernon, J.A. (2005), Hospital Ownership Mix Efficiency in the U.S.: An Explanatory Study, NBER Working Paper 11192, March.

Sloan, F.A., Picone, G.A., Taylor Jr., D.H., Chow, S., (2001), Hospital Ownership, Cost and Quality of Care: Is There a Dime's Worth of Difference? **Journal of Health Economics**, vol.20, no.1, January, 1-21.

Wenders, J.T. (2005) The Extent and Nature of Waste and Rent Dissipation in U.S. Public Education, **Cato Journal**, vol.25, no.2, Spring/Summer, 217-244.

על הפרטה ועל חינוך*

נחום בלס

1. מבוא

לאחרונה מרבים לדבר על מגמה של הפרטה במערכות חברתיות בכלל ובחינוך בפרט. מדי פעם גם נשמעת הטענה, ש"ההפרטה כבר כאן", ו"אין מה לעשות נגדה", בהיותה צוברת תאוצה. טענה נוספת היא, שציבור ההורים מצדו "מצביע ברגלים" ומבטא את אי-שביעות רצונו ממערכת החינוך הציבורית על-ידי נטישתה והעברת ילדיו למערכות חינוך חלופיות, המתאפיינות גם ברמות שונות של הפרטה. טענות אלו יעמדו לבדיקה בעבודה.

המאמר מתרכז בתחום החינוך, אך סוגיית ההפרטה רלבנטית ואקוטית גם בתחום הבריאות, בשירותי הרווחה האישיים, בשירותים חברתיים נוספים ואף בתחום ביטחון הפנים והביטחון האישי של האזרחים. מרכז טאוב עוסק בסוגיה מתוך ראייה בינתחומית. אמנם קיימים הבדלים עקרוניים בין התחומים השונים אך יש גם דמיון רב. לדוגמא, כאשר במערכת החינוך ניתנת זכות הבחירה לתלמידים, הרי גם לבתי-הספר ניתנת בחירה, והם עשויים להעדיף לקלוט תלמידים על פי שיקולים שונים. בדומה לכך, בתחום הבריאות, קופות-החולים עשויות להעדיף לקלוט חברים צעירים ובריאים, היכולים לשלם ביטוחים משלימים. לעומת זאת, בעוד שצריכת שירותי החינוך היא חברתית במהותה ומתנהלת במסגרת של קבוצות וקהילות, כלומר הצרכנים עומדים כקבוצה מול נותן השירות (בדרך-כלל המורה, המנהל, או כלל צוות בית-הספר), הרי צריכת שירותי הבריאות היא פרטנית במהותה, ומאופיינת לעיתים קרובות בסיטואציה בה הצרכן עומד בודד מול נותן שירות אחד או אף מול קבוצת נותני שירות. הבחינה של הממדים השונים

* אני מודה לפרופ' חיים אדלר, לפרופ' רות קלינוב, ליואל בלנקט ולדלית נחשון-שרון על הערותיהם המועילות, האחריות לניסוח היא כמובן כולה שלי.

בכל אחד מהתחומים של השירותים החברתיים יכולה להסתייע בקטגוריזציה דומה לזו שתוצג בעבודה שלפנינו.

כאשר מדברים על הפרטה בחינוך, הרי "בלשון העם", מאפיינים את בתי-הספר המופרטים בתכונות הבאות:

- בתי-ספר מופעלים על-ידי גורמים פרטיים למטרות רווח,
- הם גובים שכר לימוד גבוה מההורים,
- הם אינם מוגבלים במדיניות כוח האדם (בין אם משום שעומד לרשותם תקציב גדול, ובין אם משום שיש מורים המוכנים ללמד בהם שלא על פי חוזה העבודה הארצי, בזכות אוכלוסיית התלמידים הסלקטיבית או תנאי עבודה ייחודיים אחרים המוצעים להם)[1],
- הם נוקטים במדיניות קבלת תלמידים סלקטיבית,
- והם מפעילים שיטות הוראה ותכניות לימודים, שאינן מוכתבות על-ידי הממשלה.

בית-ספר ציבורי נמצא עלפי מאפייניו בקצה השני של הקשת ועונה, כביכול, לקריטריונים הבאים:

- הוא בבעלות המדינה,
- בית-הספר איננו גובה תשלומי הורים,
- בית-הספר נמצא בפיקוח ובקרה מלאים של המדינה בכל התחומים הרלבנטיים שנמנו לעיל.

מסתבר, שהרוב המכריע של מוסדות החינוך בעולם ובישראל אינם עונים לקריטריונים הברורים אשר מנינו. כך, לדוגמא, גן ילדים פרטי והמרכז הבינתחומי בהרצליה נתונים לפיקוח ממשלתי בהיבטים חשובים של פועלם, ואילו בתי-ספר ממלכתיים יסודיים, ברמת-גן ובירוחם, לדוגמא, גובים תשלומים מההורים. החובה של המדינה להבטיח כללי התנהגות והפעלה מסוימים, מטעמים שונים, ולפקח על קיומם מחד, והכורח להיעזר בכספי הורים מאידך, גורמים לכך, שמרבית מוסדות החינוך מצוי על הרצף בין שני סוגים אלה. מצב זה מחייב דיון הן ברמת העובדות הבסיסיות באשר לאופי ומספר בתי הספר בעלי תשתית ומסגרת של מושגים מוסכמים (לכך מוקדש חלק מן הפרק).

תהליך הפרטה במערכות חינוך מעורר כמה שאלות מרכזיות:

- האם תהליך הפרטה מלאה או חלקית של מערכת החינוך רצוי, ואם כן כיצד לקדמו תוך מזעור הנזקים הנלווים אליו?

---

[1] ישנם נתונים על כך שמורים בבתי-ספר פרטיים בארה"ב מוכנים לעבוד במשכורות נמוכות יותר.

- אם התהליך הוא בלתי רצוי אך גם בלתי נמנע, מה אפשר לעשות על מנת להחליש את השפעותיו השליליות האפשריות?
- ולבסוף, אולי התהליך הוא גם בלתי רצוי וגם אפשר למנוע אותו ולפיכך – כיצד יש לפעול לשם כך?

יש להדגיש, כי אמות המידה החשובות ביותר לבחינת מערכת חינוך כלשהי אינן המסגרות הארגוניות בהן היא פועלת, ולבטח לא הרטוריקה החברתית חינוכית המשמשת אותה. אמות המידה המכריעות הן המטרות והיעדים, שמערכת החינוך מציבה לעצמה, כללי הפעלתה והיכולת לאכוף אותם, והאם היא עומדת בהם. שאלה זאת יש לבחון , בין השאר, לאור היקף המשאבים העומד לרשותה להשגת יעדים אלה.

בכל מערכת חינוך, ובישראל במיוחד, ישנן כמה מטרות, שהן בעלות קדימות:

א. הישגים לימודיים וחינוכיים גבוהים ככל האפשר,

ב. הגברת השוויון[2] בין קבוצות שונות באוכלוסייה בנגישות למערכות החינוך בכל רמות הגיל, ובהישגים הלימודיים והחינוכיים,

ג. חיזוק הלכידות החברתית,

ד. שיפור האווירה החינוכית בבתי-הספר,

ה. טיפוח ערכי יסוד (חלקם משותפים לכלל האוכלוסייה וחלקם ייחודיים, לקבוצות תלמידים ולבתי-ספר שונים).

המטרות הללו קשורות זו בזו, אך כמובן שניתן לתת דגשים שונים ולהציב סדר עדיפויות המשתנה בהתאם לתפיסה החינוכית ולאידיאולוגיה החברתית. מושג ההפרטה מגדיר את המסגרת החוקית, המוסדית הארגונית בה מתבצע התהליך החינוכי. בלשון אחרת, הוא מגדיר רק את אחד האמצעים – חשוב ככל שיהיה – להשגת המטרות והיעדים שהזכרנו. אם המדינה תחתור לכך במלא הרצינות והנחישות, הרי שניתן להשיג יעדים של שוויון והישגים לימודיים, הן במערכת שהבעלות עליה ציבורית באופן בלעדי, והן במערכת שהבעלות עליה, והמימון **(אך לא הפיקוח והבקרה)** הם פרטיים; ואם היא אינה מעוניינת בהבטחת שוויון הזדמנויות בחינוך לכל אזרחיה, וההצהרות בנידון הן לכל היותר בבחינת מצוות אנשים מלומדה, היא יכולה למסד מערכת בלתי שוויונית גם אם החינוך הוא כולו ציבורי[3].

---

[2] את שתי המטרות הראשונות אפשר גם לנסח בלשון אחרת – כהעלאת ממוצע ההישגים של תלמידי מערכת החינוך תוך הקטנת השונות.

[3] אין הדבר כך אם גם הבעלות, גם המימון וגם הפיקוח והבקרה יהיו פרטיים לחלוטין.

היחס הרגשי למושג ההפרטה נעוץ בעיקר ברקע האידיאולוגי של המתייחס ובלקח המצטבר הנלמד מהתפתחויות היסטוריות, וממציאות חברתית נוכחית, ולאו דווקא בתכונות המבניות הבסיסיות של צורת ארגון זאת.

לפרק שלוש מטרות מרכזיות: הראשונה, לבחון את מערכת ההגדרות המתייחסת להפרטה בתחום החינוך, להראות מהו השימוש הנעשה בהן בעת הדיון בסוגיות חינוכיות שונות, ולהציע מערכת הגדרות מוסכמת, שתשמש בעתיד לבחינת המדיניות החברתית בישראל.

השנייה, למפות את מערכת החינוך בישראל על כל רמותיה, מבחינת פריסת מוסדות החינוך לפי הגדרות שונות של הפרטה.

והשלישית, להתייחס להרכב האפשרי והמועדף של מרכיבים ציבוריים ופרטיים בכל אחד מסוגי מוסדות החינוך (החל מקדם חובה ועד לחינוך הגבוה), לאור הניסיון המצטבר בעולם, ולאור התנאים החברתיים, כלכליים, פוליטיים בארץ.

2. רקע היסטורי ותיאורטי

ההפרטה בחינוך עלתה לסדר היום הציבורי בעיקר אחרי שמילטון פרידמן, חתן פרס נובל לכלכלה, פרסם את מאמרו המפורסם, שהציע עוד ב-1951 להעביר את הפעלת בתי-הספר מהממשלה למגזר הפרטי ולממנם בעזרת שוברי חינוך. התשתית הרעיונית והאידיאולוגית לכך נבעה מעמדתו העקרונית בדבר היעילות הגבוהה יותר של המגזר הפרטי בכל הקשור להפעלה וניהול של מערכות כלכליות. חשוב להדגיש, שפרידמן, וגם הכלכלנים האחרים התומכים במהלכים של הפרטה, לא הציעו להפריט באופן גורף את מערכת החינוך, ובעיקר לא הציעו שמימון החינוך יעשה באופן פרטי. ההכרה בתועלות החברתיות הכלליות (שהן מעבר לתועלת הפרטית) שיש לחינוך, ובאחריותה של המדינה ליצירת מערכת של תכנים וערכים משותפים להמשך קיומה של חברה מתוקנת, וגם ההכרה בכך שחלק מההורים אינם יכולים לדאוג כראוי לחינוך ילדיהם, כל אלה הם בין הסיבות העיקריות לכך, שהמדינה צריכה להמשיך לממן את החינוך של אזרחיה.

על מידת העניין בנושא מעידה גם העובדה, שאוניברסיטת קולומביה הקימה מרכז אקדמי המתרכז בנושא זה: (National Center for the Study of Privatization in Education). במסגרת המרכז בקולומביה נעשו עשרות מחקרים על תהליכי הפרטה של מערכות חינוך בארה"ב ובמדינות שונות בעולם, כשחלק גדול מאד מהם דנים בסוגיות העולות מרעיון שוברי החינוך, ומקיומם של בתי-ספר המופעלים על-ידי גופים פרטיים במסגרת החינוך הציבורי (Charter Schools).

גם באירופה הדיון בבתי-ספר פרטיים זוכה לתשומת לב רבה. בעבודה מקיפה שנערכה בשנת 2000 על-ידי Eurydice הוגדר חינוך פרטי בצורה הבאה[4]: "כל צורת חינוך, המיוסדת ומאורגנת במלואה על-ידי פרטים או גופים לא-ממשלתיים (ארגונים פרטיים במובן החוקי), נחשבת לחינוך במגזר הפרטי. בתוך מגזר זה צריך להבחין בין "חינוך פרטי" במובן המדויק והצר לבין "חינוך פרטי נתמך", הממומן באופן ציבורי. בשעה ש"חינוך פרטי" ממומן במלואו על-ידי פרטים וגופים לא-ממשלתיים, "חינוך פרטי נתמך" ממומן על-ידי המדינה ומוסדותיה ברמות שונות ויכול לכסות סוגי הוצאות שונים."

בפרסום של המרכז לסטטיסטיקה חינוכית בארה"ב הוגדרו המאפיינים המרכזיים של החינוך הפרטי: בעלות, מימון, וזכות הבחירה של ההורים של המוסד החינוכי בו ילמדו ילדיהם[5]. בלפילד ולוין הגדירו כהפרטה כל מהלך המביא לכך, ששליטה בהיבטים שונים של מערכת החינוך מועברת מהציבור (ממשלה או רשות מקומית) לגורמים פרטיים (פרטים, או חברות)[6]. על פי הגדרתם תהליך ההפרטה במערכת החינוך מתבטא בעיקר בשלושת ההיבטים המרכזיים: **בעלות, מימון, והכוונה ובקרה.**

אמנם בלפילד ולוין אינם מתייחסים לשאלה, האם על מנת להגדיר בית-ספר כמוסד פרטי חייבים להתקיים בו שלושת התנאים הללו, או שמא מספיק שיתקיימו רק שני תנאים, ואפילו רק אחד. הם גם לא התייחסו לשאלה, איזה בית-ספר הוא "יותר פרטי" בהתאם למשקלו הנפרד של כל רכיב. הם נמנעו מלעשות זאת בקובעם שאף מתכנן חינוכי

---

[4] Eurydice, 2000.

[5] National Center for Education Statistics U.S. ,2002.

[6] ראה: Belfield, C.R., Levin, H. M., 2002. בישראל ניתן לכלול בכך גם את המלכ"ר, שעיקר מימונם ממשלתי (מתקציב המדינה), כגון הרשתות המקצועיות בחינוך העל-יסודי והרשתות החרדיות בחינוך היסודי, וכך נוהגת לגביהם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בדיווחיה על ההוצאה הלאומית לחינוך.

לא ירצה במודל טהור של הפרטה, והדבר הרצוי הוא ליצור "שוק למחצה" (QUASI-MARKET) בתערובת "אופטימלית" של מרכיבי חינוך ציבורי מחד, וחינוך פרטי מאידך.

3. ממדים עיקריים של הפרטה והשילוב ביניהם

א. הבעלות על המוסד החינוכי

הבעלות היא המאפיין הראשון והבולט ביותר כאשר דנים בסוגיית ההפרטה. התשובה לשאלה, מי הבעלים של המוסד היא, לכאורה, "נייר הלקמוס" כדי לקבוע האם בית-הספר הוא ציבורי או פרטי. על פי הגדרה "מוסד חינוכי ציבורי" הוא כל מוסד חינוכי המצוי **בבעלות** המדינה או הרשות המקומית. לפיכך, כל מוסד **שאינו שייך** פורמלית במלואו למדינה או לרשויות המקומיות הוא "פרטי". חשוב ביותר להדגיש, שההגדרה איננה כוללת התייחסות למניעים החינוכיים האידיאולוגיים או הכלכליים של הבעלות על המוסד. כלומר, הגדרה זאת אינה מבחינה בין מוסד חינוכי, השייך לבן אדם פרטי ומופעל לצורכי רווח, לבין מוסד חינוכי השייך לעמותה או כל התארגנות חוקית אחרת, שמטרתו לקדם מטרות חברתיות חינוכיות ו/או דתיות ולאומיות[7].

בגלל מסורת חינוכית-ארגונית ארוכת שנים בישראל, על פי ההגדרה שלעיל, כמעט כל החינוך הקדם יסודי הוא בבעלות פרטית, בתי-הספר היסודיים כמעט כולם ציבוריים, ובתי-הספר העל-יסודיים פרטיים ברובם. חלוקה זו מבוססת כאמור לעיל, על הגדרה צרה, המתעלמת מכך שרוב מוסדות החינוך בכל שלבי החינוך (הקדם יסודי, היסודי, והעל-יסודי), המוגדרים על פי ההגדרה כפרטיים, מופעלים על-ידי ארגונים ציבוריים, הפועלים שלא למטרות רווח (אורט, עמל, עמית, ויצ"ו, נעמת, רשת החינוך העצמאי, מעיין החינוך התורני וכדומה), ממומנים במלואם על-ידי המדינה, ומופעלים על פי כללים המוכתבים על-ידי המדינה.

לוח 1 ממפה את מוסדות החינוך בישראל לפי הבעלות, כאשר מוסדות רשמיים נחשבים ציבוריים ואילו כל האחרים כפרטיים. הלוח מצביע על

[7] הגדרה זאת, הברורה מאד לכל אדם בהולנד ובארצות-הברית, למשל, שם מבינים, שבתי-ספר של הכנסייה הם בתי-ספר פרטיים (כאשר בהולנד הם ממומנים במלואם על-ידי המדינה, ואילו בארה"ב המדינה אינה מממנת אותם כלל), מעוררת קושי בישראל, ובמיוחד למי שמזהה באופן גלוי או סמוי בעלות פרטית בחינוך עם חתירה להשגת רווח.

כך, שחלק גדול ממוסדות החינוך הם פרטיים על פי ההגדרה, אך מבחינת הדיון הציבורי, והמשמעות האופרטיבית כמעט ואין לכך משמעות, כי הרוב המכריע של מוסדות החינוך שאינם רשמיים הם בבעלות מלכ״רים (בין אם מדובר ברשתות ארציות ובין אם מדובר בבתי-ספר בודדים)[8].

לוח 1. בתי-הספר בישראל, לפי שלב חינוך וסוג בעלות*, 2004

בעלות	מוסדות	תלמידים	מורים
כל המערכת			
סך-הכל	4,357	1,379,045	132,804
ציבורית	2,827	1,038,312	113,034
אחרת	1,530	340,733	19,770
אחוז ציבורי מסך-הכל	65	75	85
אחוז פרטי מסך-הכל	35	25	15
יסודי			
סך-הכל	2,420	779,154	61,537
ציבורית	1,692	610,648	60,930
אחרת	728	168,506	607
אחוז ציבורי מסך-הכל	70	78	99
אחוז פרטי מסך-הכל	30	22	1
חטיבות ביניים			
ציבורית	619	251,570	27,410
אחרת	4	883	19
סך-הכל	623	252,453	27,429
אחוז ציבורי מסך הכל	99	100	100
אחוז פרטי מסך הכל	1	0	0
חטיבה עליונה			
ציבורית	516	176,094	24,694
אחרת	798	171,344	19,144
סך-הכל	1,314	347,438	43,838
אחוז ציבורי מסך הכל	39	51	56
אחוז פרטי מסך הכל	61	49	44

* כל בתי-הספר, שמעמדם הוגדר רשמי, נרשמו כציבוריים, ובתי-הספר שמעמדם הוגדר מוכר שאינו רשמי או פטור, הוגדרו כאחרים.

[8] חשוב לציין, כי למרות האמור לעיל, יש המייחסים חשיבות לכך, שברוב בתי-הספר שאינם רשמיים, המורים והגננות אינם עובדי מדינה, מצב המאפשר, לכאורה, גמישות רבה יותר בתנאי העסקתם.

בהשלמה ללוח 1 מציגים לוחות הנספח (1 ו-2) את היקפה של התופעה בחינוך היסודי. הלוחות כוללים את שמות בתי-הספר היסודיים, שהוגדרו כבתי-ספר מוכרים שאינם רשמיים, בחינוך הממלכתי והממלכתי-דתי (התופעה רחבה הרבה יותר בחינוך החרדי, שם שתי הרשתות הגדולות וכל בתי-הספר של הרשתות הקטנות יותר מוגדרים כמוכרים שאינם רשמיים). מסתבר, כי מתוך 728 מוסדות חינוך יסודיים בחינוך הממלכתי היהודי, שאינם בבעלות ציבורית רק שישה מוסדות היו מוכרים שאינם רשמיים, ובהם למדו 2,358 תלמידים, ומתוכם הרוב המכריע הם תלמידי בית-הספר הריאלי בחיפה. תופעת בתי-הספר בבעלות פרטית בחינוך היסודי במגזר הממלכתי היהודי היא ללא ספק זניחה. התמונה דומה במגזר הממלכתי דתי, שם חמישה בתי-ספר מוגדרים כבתי-ספר מוכרים שאינם רשמיים.

תופעת ה"מעבר" לחינוך הפרטי בשלב היסודי אינה יכולה להיות רחבת ממדים כאשר מספר בתי-הספר הפרטיים כה מצומצם. בדיקה מפורטת שערכנו על מספרי התלמידים שעברו בין הרשתות מחזקת ומוכיחה שמדובר בתופעה זניחה בשני המגזרים הללו: הממלכתי והממלכתי-דתי. התופעה גם לא התגברה[9].

יש לכך כמה סיבות, היכולות להתקיים כל אחת לחוד ובמקביל: ייתכן שהורי התלמידים בחינוך הממלכתי והממלכתי דתי מרוצים, בסך-הכל, מהחינוך שילדיהם מקבלים ועל כן אינם רואים צורך לשלוח את ילדיהם לבתי-ספר פרטיים. יחד עם זאת, אם קיים חוסר שביעות רצון, הוא במידה "נמוכה יחסית" לעלות החינוך הפרטי. עוד ייתכן, שהורי הילדים שאינם מרוצים ממערכת החינוך הקיימת מוצאים דרכים עוקפות לפתרון, כמו "הקמת" בתי-ספר "פרטיים למחצה" במסגרת החינוך הרשמי. במובן זה תופעת בתי-הספר העל-אזוריים, לטבע, לאומנויות וכדומה, יכולה להוות תשובה לרצון להתבדל ממערכות החינוך הציבוריות בלי לאבד את התקציבים שהמדינה מעמידה לרשות מערכות אלה.

---

[9] נתוני המעבר מבתי-ספר יסודיים רשמיים לבתי-הספר המוכרים שאינם רשמיים, מראים כי, בחינוך הממלכתי היסודי הרגיל (כיתות א-ו לא כולל החינוך המיוחד) רק 157 תלמידים עברו לבתי-ספר מוכרים שאינם רשמיים. באותה השנה 79 תלמידים עברו מבתי-ספר ממלכתיים מוכרים שאינם רשמיים לבתי-ספר ממלכתיים רשמיים, ובכך עמד מאזן המעברים בין בתי-ספר אלה על 78. בין השנים 2004 ל-2005 המספרים המקבילים היו 92 ו-90 ומאזן המעברים בין בתי-הספר היה 2.

ההורים במגזר החרדי, לעומת זאת, אינם מוצאים מענה הולם לדרישותיהם במערכת הממלכתית ומקבלים מהמדינה סיוע למערכות החינוך הנפרדות שלהם. הסיוע לרשת החינוך העצמאי, ולמעיין החינוך התורני גדול יותר מהסיוע הניתן לבתי-הספר שאינם מאוגדים ברשתות אלה. גם במגזר הערבי שיעור בתי-הספר הפרטיים גבוה, ואפשר למנות כמעט 40 בתי-ספר פרטיים, ברובם המכריע של הכנסייה, ולומדים בהם מעל 17,000 תלמידים.

תמונת המצב שונה בחינוך הקדם יסודי ובחינוך הגבוה, בשתי רמות חינוך אלה חלקם של המוסדות הפועלים למטרות רווח גבוה יותר. מתוך כלל גילאי 5-2 כ-3 אחוזים ביקרו בגני ילדים פרטיים, כששיעור זה הולך וגדל ככל שיורד הגיל[10]. בחינוך הגבוה מספר הלומדים במוסדות חוץ-תקציביים הולך וגדל גם הוא. להערכתנו, התופעה נעוצה בכך שהחינוך הקדם יסודי מצד אחד, והחינוך העל-תיכוני מצד שני, נמצאים מחוץ למסגרת חוק חינוך חובה ו/או חינם, ועל כן ה"קנס" הכספי שבמעבר ממערכת רשמית למערכת פרטית הוא נמוך יותר.

השוואה לעומת שיעורם של בתי הספר בבעלות פרטית באירופה מלמדת, שבבלגיה, למשל, בשנת 2000 כ-76 אחוז מבתי-הספר היסודיים ומחטיבות הביניים הם מוסדות פרטיים, הממונים ברובם על-ידי המדינה, בדנמרק 15 אחוז, בספרד 34 אחוז, בהולנד 74 אחוז, ובצרפת 16 אחוז. לעומת זאת, רק כ-6 אחוזים מבתי-הספר באנגליה, אירלנד ויוון הם פרטיים, וממומנים על-ידי ההורים או גורמים שאינם ממשלתיים[11].

דומה, כי התרומה או הפגיעה של מרכיב הבעלות על המוסד החינוכי, להשגת מטרות העל של מערכת החינוך, למרות הבולטות שלו, איננה בעלת חשיבות. הרוב המכריע של המוסדות, שאינם בבעלות המדינה או הרשויות המקומיות, פועל באורח דומה למוסדות שבבעלות המדינה, בכל הקשור לתכניות הלימודים, לדרכי ההוראה, ובסוגיית קידומם של תלמידים חלשים, למשל. ההערכה היא, שכל עוד המדינה תמשיך לממן את חלק הארי של הוצאות החינוך, המעבר למוסדות חינוך פרטיים – אם לא תחול הרעה ניכרת בתפעול המוסדות הציבוריים – ימשיך להיות מצומצם בהיקפו. לפיכך, אין לצפות שמי שמעוניין בקידום השוויון החברתי ישקיע מאמץ רב בהתנגדות להקמת בתי-ספר בבעלות פרטית כל עוד ניתן לשמור על היבטים אחרים (מימון ופיקוח) של החינוך הציבורי.

---

[10] למ"ס, 2005, שנתון סטטיסטי לישראל - 2004, מס' 55 (לוח מס' 8.6).

[11] Eurydice, 2000.

ב. מימון שכר הלימוד

כל מוסד חינוכי, המנהיג גביית חובה מההורים, חובק מרכיב של הפרטה, וככל שמרכיב זה במימון תקציב בית-הספר גדול יותר, כך מידת ההפרטה גדולה יותר. בה במידה, שאין כמעט בתי-ספר בישראל שהם בבעלות פרטית (המלכ"רים נחשבים בבעלות ציבורית), כן אין כמעט בתי-ספר שאינם גובים כספים מההורים. התופעה אף מקבלת את ביטויה בהיתר הרשמי לגבות מההורים תשלומי רשות תחת כותרות שונות. ההיתר מוענק מדי שנה על-ידי משרד החינוך וועדת החינוך של הכנסת.

בשנת 2000 מימנו משקי הבית (בעיקר) בישראל 25.3 אחוז מהחינוך הקדם יסודי, 6.2 אחוזים מהחינוך היסודי, ו-22.7 אחוז מהחינוך העל-יסודי. לעומת זאת, הם הפעילו באופן ישיר (כלומר שילמו משכורות וקנו סחורות ושירותים) רק 11.8 אחוז מהמוסדות הקדם-יסודיים, 4.8 אחוזים מהמוסדות של החינוך היסודי, ו-17.2 אחוז ממוסדות החינוך העל-יסודי[12].

השונות ברמת הגבייה מההורים גבוהה מאד, כאשר היא בדרך-כלל גבוהה יותר במוסדות החינוך הדתיים מאשר בממלכתיים (הלא-דתיים) – מדובר ברמה הגבוהה, לעיתים, מ-10,000 שקל לשנה. ככל הנראה, רמת הגבייה מההורים משמשת בחלק מהמקרים אמצעי לסלקציה מוקדמת של תלמידים. רמת גבייה נמוכה ביותר מתקיימת במגזר הערבי[13].

שיעור המימון הציבורי שונה גם בין שלבי החינוך השונים, כשהוא גדול יותר בחינוך היסודי והעל-יסודי, מסגרות הנכללות בחוק חינוך חובה חינם, ונמוך יותר בחינוך הקדם יסודי ובחינוך העל-תיכוני. הפער בין שיעור המימון הפרטי בחינוך היסודי לעל-יסודי מוסבר באופן חלקי, לפחות, בכך שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כללה בהוצאות של המגזר הפרטי על החינוך העל-יסודי גם הוצאות ללימוד עברית, לחינוך מבוגרים, הוצאות לפנימיות הצמודות למוסדות חינוך, ושירותי חינוך אחרים. בנוסף לכך, שיעור בתי-הספר הפרטיים בחינוך העל-יסודי גבוה יותר, ההוצאות, ככל הנראה, גדולות יותר והפיקוח של המדינה חלש יותר.

אנו מוצאים אם כן, מצד אחד שההורים משלמים במוסדות חינוך ציבוריים עבור שירותים שונים, ואפילו שכר לימוד (למשל בגני טרום חובה); ואילו מצד שני, במסגרות של החינוך הפרטי, המדינה מכסה חלק

---

[12] למ"ס, 2005, השנתון הסטטיסטי לישראל -2004 , מס' 55 (לוח 8.2).

[13] למ"ס, הודעה לעיתונות; משרד החינוך, דו"ח בקרת התקן, 2000-2005.

גדול מההוצאות (למשל את שכר הלימוד בחינוך העל-יסודי). גם באירופה היו רק מעט מאד מדינות, בהן בתי-ספר מומנו במלואם על-ידי הורי התלמידים. אפשר עוד להדגיש כי, בכל שלבי מערכת החינוך, חלקו של המימון הציבורי היה גבוה בהרבה מחלקם של משקי הבית.

מסתבר, שלמרות שרוב מוסדות החינוך בארץ הם ציבוריים, בין אם בהגדרה פורמלית ובין אם במהותם – במובן שעיקר מימונם, תכניות הלימוד הנהוגות בהם, ותנאי ההעסקה של עובדיהם נקבעים על-ידי המדינה – הרי הם מקיימים מנגנוני מימון, ההופכים לעיתים למנגנוני סלקציה, המערערים ולעיתים אף שמים לאל כל מדיניות המכוונת להגביר את השוויוניות במערכת החינוך.

ג. הבקרה והפיקוח

הממד השלישי של ההפרטה מתייחס לבקרה ולפיקוח על מוסדות החינוך במדינה, כאשר הם מופעלים בידי גורמים שאינם ממשלתיים או מוניציפליים. הגורמים המפקחים והמבקרים ה"פרטיים" יכולים להיות הבעלים (רשת, עמותה, או יזם פרטי), ההנהלות וצוות המורים, או ההורים, או כל שילוב בין גורמים אלה.

כמעט שאין מוסד חינוכי בישראל לגביו אין מידה כלשהי של בקרה ופיקוח ציבוריים. המינימום המקובל הוא שהמדינה קובעת את תנאי ההפעלה של המוסד החינוכי, בדומה להתערבותה בכללי הפעלה של עסקים פרטיים במגזר העסקי. כללי ההפעלה של מערכת החינוך בישראל נקבעו בכמה חוקים מרכזיים (חוק לימוד חובה, חוק חינוך ממלכתי, חוק הפיקוח וכדומה), בהם נקבעת חלוקת האחריות בין הממשלה, הרשויות המקומיות ומשקי הבית, כולל התנאים לפתיחת מוסד חינוכי ולהפעלתו.

מעבר לכך, אפשר להבחין בכמה רמות של פיקוח ובקרה: המדינה יכולה לקבוע מגבלות על רמת הגבייה מההורים, ובכך התערבותה דומה להתערבות בקביעת מחירי מקסימום ללחם, או באופן הגבלת החברות בזק וחברת החשמל, לדוגמא, בקביעת מחירי השירותים שהן מעניקות.

להלן נתמקד בשלושה ממדים מרכזיים של הפיקוח והבקרה על מוסדות החינוך: בחירה של המוסד החינוכי בו לומד הילד; בחירה של תכניות הלימודים בבית-הספר; ותנאי העבודה וההעסקה של המורים.

1) בחירה של המוסד החינוכי בו לומד הילד

חופש הבחירה של ההורים את בית-הספר בו ילמד ילדם לעומת יכולתה של המדינה להבטיח יישום מדיניות חברתית ויעילות מנהלית, בקביעת אזורי רישום, הוא אחד הנושאים המרכזיים בכל דיון בסוגיית ההפרטה. קביעת הרכב התלמידים בבית-הספר הוא ללא ספק אמצעי מדיניות מרכזי של השלטון, המעונין בהשגת יעדים של שוויון ולכידות חברתית[14].

בקצה אחד של הקשת נמצאים בתי-הספר, אשר אוכלוסיית תלמידיהם נקבעת במלואה על-ידי המדינה או הרשות המקומית בכפוף לאזורי הרישום של בתי-הספר. אזורים אלה מתייחסים בדרך-כלל לפריסה הגיאוגרפית של הילדים ביישוב ומותאמים, לפי הצורך, לצביונם הדתי והלאומי של התושבים. בתי-ספר המשרתים את כלל התלמידים באזור רישום מסוים, ואינם יכולים לקבל תלמידים מאזור רישום אחר, מוגדרים על-ידינו כציבוריים באופן מלא[15].

בקצה השני מצויים בתי-ספר, שהמדינה אינה מתערבת כלל בהרכב אוכלוסייתם, הנקבע על כן על פי כללי הביקוש וההיצע של השוק. כאשר הביקוש לשירותיו של בית-ספר מסוים הוא נמוך – ויכולת קיומו מותנית בשכר הלימוד שמשלמים תלמידיו – להורים יש השפעה רבה יותר על הרכב התלמידים (על-ידי בחירה או הימנעות מבחירה של בית-הספר), ואילו כאשר הביקוש עולה על ההיצע, כללי ההתקבלות ייקבעו לרוב על-ידי הנהלת בית-הספר.

בתווך מצויים בתי-הספר באזורים בהם להורים יש בחירה מתוך מספר בתי-ספר (רבים או מעטים) אך המדינה מטילה מגבלות על ההנהלות או הבעלים, באשר לכללי קבלת התלמידים. מדובר במגבלות מסוגים שונים, כגון החובה לקבל כל ילד מאזור הרישום של בית-הספר, איסור לדחות ילד בשל חוסר יכולת לשלם, וכדומה. במקרים רבים המדינה קובעת את כללי הקבלה גם כאשר יש עודף ביקוש, למשל על-ידי

---

[14] חשוב מאד להדגיש, כי הבחירה של ההורים משמעותית או אף אפשרית רק במקומות צפופי אוכלוסין בהם אין צורך בהסעות רחבות היקף על מנת להגיע לבית-הספר המבוקש. לדוגמא, היכולת לקיים בחירה משמעותית במגזר הדתי היא מוגבלת מאד. כמו כן אין אפשרויות אמיתיות של בחירה במועצות האזוריות, בעיירות הפיתוח ואפילו ביישובים בגודל בינוני.

[15] גם משטר פיקוח יעיל וקפדני ביותר מוגבל ביכולתו לכפות את ביקור התלמידים בבתי-ספר מסוימים, מפני שההורים יכולים להחליף את מקום מגוריהם או לשנות את כתובתם ברשומות.

הטלת חובה לקבל את התלמידים בהתאם למועד ההרשמה, או על פי הגרלה, וכדומה.

קיום אפשרות של בחירת הורים, ללא התערבות המדינה או הרשות המקומית, באופן המבטא את הערכתם כלפי בית-הספר אליו הם שולחים את ילדים הוא סוג של הפרטה. באותה מידה מתן האפשרות לבתי-הספר לקבוע את מי הם מקבלים אליהם (תלמידים או מורים), גם בה יש היבט של הפרטה.

בישראל, כמו ברוב מדינות אירופה וארה״ב, יש להורים חופש בחירה בין בתי-ספר ציבוריים לפרטיים. חופש הבחירה בישראל אף מקבל ממד מיוחד, כאשר הורים יכולים לבחור בתוך בתי-הספר הציבוריים לפי האוריינטציה הדתית שלהם (חינוך ממלכתי, או ממלכתי דתי).

יכולת הבחירה משתנה במעבר בין שלבי החינוך: בגני הילדים, ברוב המקרים, הפנייה לגן היא בהתאם למקום המגורים – כלומר, היכולת להשפיע על שילוב חברתי (מטעם המדינה) מוגבלת, במיוחד שרווחת התנגדות להסעות של ילדים רכים. היות ששכונות המגורים הן פעמים רבות הומוגניות, ומספר הילדים בגן מוגבל, הרי שההרכב החברתי בגני הילדים משקף זאת.

ההתערבות העיקרית של המדינה בתחום זה מתרכזת בחינוך היסודי ובחטיבות הביניים, כשהפיקוח על הפניית ילדים לבתי-הספר הוא מלא ובמדינה נהוגים אזורי רישום. עם זאת, היות שאזורי הרישום נקבעים על-ידי הרשות המקומית, מדיניות האכיפה אינה אחידה והיא תלויה בנחישות של הרשות המקומית. בשנים האחרונות הולכות וגוברות שתי מגמות, המחזקות את אותו כיוון של הגמשת מדיניות ההפניה של תלמידים לבתי-ספר. המגמה האחת היא, לקבוע אזורי רישום של מספר בתי-ספר תוך מתן אפשרות להורים לבחור בתוך אשכול של בתי-ספר אלה (הדבר בולט בעיקר בתל אביב ובירושלים), והמגמה השנייה היא, לאפשר הקמתם של בתי-ספר על-אזוריים, או לעיתים מגמות אזוריות או אפילו על אזוריות בתוך בתי-ספר שרוב תלמידיהם באים מתוך אזור הרישום של בית הספר. שתי מגמות אלה, ובמיוחד השנייה פותחות בפני התלמידים וההורים מגוון רחב יותר של אפשרויות, ומצד שני, הן יוצרות מסלולים עוקפים למדיניות של אינטגרציה, ותכנון חברתי[16].

[16] לדברי ד״ר שי כנעני, הממונה על המיפוי החברתי במשרד החינוך, יש היום מאות בתי-ספר המאפשרים רישום החורג מאזור הרישום המיידי שלהם.

לעומת זאת בחטיבות העליונות אין בכלל אזורי רישום – שם מתקיימים כללי ההיצע והביקוש, כאשר לבתי-ספר יוקרתיים ישנם קריטריונים שונים של מיון בעת קבלת תלמידים, ובתי-ספר פחות יוקרתיים מקבלים לרוב את כל הבא בשעריהם. בנסיבות אלה נוצרים קיטוב והיררכיה של בתי-הספר העל-יסודיים, המשלבים במידה רבה את רמתו הלימודית של בית-הספר עם ההרכב החברתי-כלכלי של תלמידיו.

2) תכניות הלימודים בבתי-הספר

המדינה יכולה לקיים את הפיקוח על תכניות הלימודים בבתי-הספר באופן ישיר, בקביעת תכנית לימודים מלאה כחובה או תכנית ליבה, או באופן עקיף, בקביעת מבחנים ארציים בסוף כל פרק לימודים, כגון בחינות הבגרות.

אין כמעט מדינה, וישראל בכלל זה, שאינה מתערבת לפחות ברמת תכנית מינימום מחייבת, המתייחסת לנושאים ולתחומי לימוד בלבד, ו/או לתכנים ספציפיים. הסנקציות כלפי אי-מילוי תביעות המדינה הן לרוב כספיות – כלומר, המדינה מתנה את רמת התקצוב ממנה נהנה המוסד החינוכי במידת ההתאמה של תכנית הלימודים לדרישות. אך תיתכן גם אפשרות של הטלת סנקציות מנהליות, כגון סגירת בית-ספר או אפילו עונשי מאסר בשל הכללת תכני לימוד אסורים או אי-הכללת תכני לימוד מחייבים.

רמת הפיקוח והבקרה על תחומי ותכני הלימוד הנלמדים בבתי-הספר שונה ממדינה למדינה, ובדרך-כלל גם שונה בכל מדינה בהתאם לרמת ה"פרטיות" של המוסד החינוכי. בדרך-כלל, ככל שהשתתפות המדינה בתקצוב מוסדות החינוך גבוהה יותר, כן תהיה גבוהה יותר ההתערבות בתכני ההוראה.

הפיקוח על תכניות הלימודים במוסדות החינוך הציבוריים בישראל מתבצע הן על-ידי קביעת תכנית לימודים מחייבת, והן בקיומן של בחינות הבגרות, המהוות למעשה את גורם הפיקוח בעל העוצמה הרבה ביותר. בתי-ספר שאינם ממלאים את תכנית הליבה, או אינם מגישים את תלמידיהם לבחינות הבגרות "נקנסים" על-ידי הפחתת המימון ממנו הם נהנים. רמת הפיקוח של המדינה – בכל הקשור להוראת תכנית הליבה היא מוגבלת ביותר – ולפיכך גם מוסדות חרדים, אשר אינם ממלאים את דרישות המדינה בתחומים אלה, ובמיוחד מוסדות רשת החינוך העצמאי ומעיין החינוך התורני, כמעט ואינם נפגעים מסנקציות אלה. יחד עם

זאת, יישום ההמלצה של דו"ח שושני לגבי המוסדות המוכרים שאינם רשמיים ולגבי מוסדות הפטור, לפיה מימון בתי-ספר אלה יהיה חלקי יחסית למוסדות הרשמיים, בין השאר בגלל הביצוע החלקי של תכנית הליבה, פגעה בהם בצורה קשה.

בחינוך העל-יסודי בזרם החרדי, ובחינוך הכנסייתי הערבי ההפחתה של התקצוב בגין אי-הגשה לבחינות בגרות כמעט ואינה משפיעה, הן משום שהסנקציה אינה חריפה, והן משום שהמחויבות הערכית האידיאולוגית היא חזקה מאד.

3) תנאי הקבלה והעבודה של המורים

אחת הסוגיות המעניינות של הפיקוח והבקרה על החינוך במדינה היא סוגיית תנאי ההכשרה, הקבלה לעבודה, השכר, והפיטורים של המורים. סוגיה זאת מקבלת משנה חשיבות לאור עמדתם של חוגים רבים שהאגודים המקצועיים של המורים הם אחד הגורמים המעכבים ביותר רפורמות חינוכיות.

מסגרות ההעסקה של המורים הן שונות במדינות השונות, כאשר בחלקן המורים הם עובדי מדינה ובאחרות הם עובדי רשויות מקומיות, או אפילו מועסקים על-ידי בתי-הספר בודדים. למרות זאת, כמעט בכל המדינות ואפילו במדינה בה העסקת המורים, קבלתם לעבודה ופיטוריהם, הם לכאורה בסמכות מוחלטת של הנהלת בית-הספר (כמו בשבדיה למשל), תנאי ההעסקה והשכר הם על פי רוב בהתאם להסכמים ארציים, הנקבעים במסגרת מו"מ בין הבעלויות השונות לארגוני המורים. לפיכך, החשיבות של זהות הגורם המעסיק והמשלם את משכורות המורים היא משנית. לעומת זאת, יש חשיבות לתנאי השכר וההעסקה המוסכמים בין ארגוני המורים למדינה. אם המעסיק הוא גורם פרטי, ואפילו אם הוא מפעיל את בית-הספר למטרות רווח, הרי אם הוא איננו יכול לקבוע על פי שיקול דעתו את מי יעסיק, את מי יפטר, ובאיזה תנאים תתבצע עבודת המורה – בית-הספר יהיה במובן זה יותר ציבורי מאשר במצב בו המעסיק הוא המדינה, אך ניתנת למנהלי בתי-הספר יד חופשית או כמעט חופשית בנושאים אלה.

4) פיקוח ובקרה או ביזור

יש הטוענים כי סוגיית הבקרה והפיקוח של המדינה על מוסדות החינוך איננה בעיה של הפרטה אלא ביטוי אחר לסוגיית הביזור או המרכוז של

המערכת[17]. בעבודה זו התייחסנו לשתי הסוגיות כאל שתי סוגיות נפרדות. לצורך זה נבחן את ההגדרה הבאה: כאשר מערכת ציבורית מגדירה את כללי החופש של המוסד החינוכי בהיבטים השונים, אנו מצויים בתחום הביזור והאוטונומיה, ואילו כאשר תחומים אלה אינם מוסדרים על-ידי המדינה אנו מצויים בתחום ההפרטה.

לפיכך, מערכת ציבורית, שמוסדות החינוך בבעלותה ורוב המימון מתבצע על-ידה, יכולה להיות מבוזרת, במובן של קבלת החלטות ברמת המוסד. כך הדבר, כאשר להורים יש זכות בחירה אך היא מוגבלת בכך שבית-הספר לא יפלה תלמידים בקבלה והממשלה מקפידה על כך. המוסד יכול להיות עצמאי בקבלה או בפיטורי עובדים, אך המורים ימשיכו להיות עובדי מדינה, כשתנאי שכרם נקבעים על-ידי המדינה.

כמו כן, גם ההפך יכול להיות נכון, דהיינו שמערכת המופרטת במרכיבים רבים מפוקחת ומבוקרת למעשה על-ידי המדינה בתכני ההוראה, בעקרונות ההעסקה של עובדיה, וגם במדיניות קבלת התלמידים וקביעת שכר הלימוד (ראה, למשל, מערכת גני הילדים הפרטיים בישראל, שרמת שכר הלימוד בהם נקבעת על-ידי המדינה, או מערכת החינוך בהולנד, השייכת ברובה לגורמים פרטיים אך מפוקחת באופן מלא על-ידי המדינה, הן מבחינת תכני הלימוד והן מבחינת תנאי ההעסקה של המורים).

ולבסוף, ראוי להדגיש, שבכל מוסד חינוכי אפשר לקיים **במקביל** מערכות מופרטות וציבוריות. למשל, אפשר להסתפק בהפרטה של מרכיבים תפעוליים מסוימים בלבד, כגון הסעות, ניקיון וכדומה. אפשר לקיים מימון ציבורי חלקי במקביל למימון פרטי, וכן אפשר לקיים בקרה ציבורית רק בהיבטים מסוימים של המערכת.

ברור ומובן, שקשת ההפרטה יכולה להשתרע מהפרטה מלאה של מוסדות חינוך, על כל מרכיביה, דהיינו קיום מוסדות חינוך בבעלות פרטית, במימון מלא של ההורים וללא כל פיקוח ציבורי על תכני החינוך, שיטות ההוראה, כללי הקבלה, וכלה בחינוך ציבורי מלא, דהיינו בתי ספר בבעלות ציבורית, ללא כל תשלומי הורים, בפיקוח ציבורי מלא על כל מגוון הפעילויות של המוסד.

---

[17] יש הסבורים שהעברת סמכויות לרשויות המקומיות גורמת בהכרח להגדלת השונות בדרכי הטיפול בסוגיות השונות. בוודאי שכך הדבר כאשר משילים מהמדינה סמכויות ומעבירים אותן ישירות לבתי-הספר, ועל כן אין כאן דיכוטומיה, אלא רמות שונות של חלוקת הסמכויות, בין המדינה, הרשויות המקומיות, בתי-הספר וההורים.

4. היבטים מרכזיים בעד ונגד הפרטה – דיון

א. בעלות פרטית על מוסדות חינוך והפעלתם על פי עקרונות השוק

הסיבה המרכזית להתנגדות של אישים וגופים רבים לבתי-ספר בבעלות ו/או בהפעלה פרטית – בין אם הם מופעלים למטרות רווח, ובין אם הם מופעלים לצורך התבדלות אידיאולוגית חברתית וחינוכית – היא החשש מפני התוצאות החברתיות. המתנגדים סבורים, שקיומם של בתי-ספר בבעלות פרטית יביא, בהכרח, לקיטוב חברתי, ליצירת בתי-ספר שישרתו אוכלוסיות מבוססות בלבד לעומת בתי-ספר לתלמידים יוצאי שכבות חברתיות חלשות, להתבדלות כיתתית ואידיאולוגית, ולפגיעה חמורה בצדק החברתי ובלכידות הלאומית. הרווח הכספי האישי או הקבוצתי נתפס בעיני המתנגדים "צלם בהיכל", ועומד בסתירה לאתוס החינוכי, ורצון ההתבדלות פוגע בערכים לאומיים חשובים.

מעבר להיבטים החברתיים השליליים, טוענים עוד מתנגדי ההפרטה, שהמפעילים (הבעלים) של מוסדות חינוך פרטיים מודרכים בעיקר על-ידי עקרונות השוק החופשי, והדבר חייב להביא בהכרח, לרדוקציה של תכני החינוך לאלמנטים ברי מדידה ונראות ציבורית, ולאו דווקא לערכים שהחינוך צריך להתמקד בהם. על פי גישתם קיים ניגוד מובנה בין האינטרס של בעלי בית-הספר להשגת רווחים (כאשר מדובר בבתי-ספר פרטיים הפועלים למטרות רווח), לבין האינטרס של הצרכנים לקבל חינוך ברמה הגבוהה ביותר. קיים גם חוסר איזון בעוצמה הכלכלית וברמת הידע של הבעלים לעומת הצרכנים, כתוצאה מהעדר תנאי שוק אמיתיים בהם לצרכנים יש ידע מלא על איכויות בתי-הספר ויכולת בחירה רציונלית.

ההתנגדות, אם כן, מסתמכת על הניתוח התיאורטי של המניעים הפועלים על יזמים פרטיים, אך גם על הניסיון ההיסטורי המצטבר, המוכיח, לטענת המתנגדים, כי מגמות אלה מתגברות על כל ניסיון מלא או חלקי של המדינה, לאכוף כללים ועקרונות של תוכן ונגישות המנוגדים לרצון ההורים או היזמים. המתנגדים להפרטה מצביעים על מחקרים רבים, המעידים על כך, שההפרטה, מצד אחד, לא הביאה לשיפור של ממש בהישגים לימודיים[18] ומצד שני, היא תרמה תמיד – למרות ובניגוד

[18] ראה למשל את הוויכוח הער המתנהל בארה"ב בדבר ההישגים של CHARTER SCHOOLS לעומת הישגיהם של בתי-הספר הפרטיים.

לכוונות המוצהרות של יוזמי הרפורמות – לעליית הקיטוב מבחינה לימודית וחברתית. טענות אלה מוכחות, בדרך-כלל, בדוגמת תוצאות הרפורמות, באוסטרליה, בניו-זילנד ובצ'ילה, שכללו אלמנטים של הפרטה.

ההתנגדות העזה של בעלי גישה זו לבתי-ספר המופעלים למטרות רווח אינה מתחשבת כלל בעובדה, שמספר בתי-ספר אלה בישראל, ולמעשה גם במדינות העולם האחרות, כפי שהראינו קודם לכן, וכפי שמראה העבודה שצוטטה לעיל של האיחוד האירופי, הוא זעום, ורוב בתי-הספר בבעלות פרטית פועלים מתוך מניעים אידיאולוגיים או על בסיס תפיסות חינוכיות שאינן מקבלות מענה בבתי-הספר הציבוריים.

התומכים בהפרטת הבעלות על בתי-הספר מבססים לרוב את טיעוניהם על תיאוריות כלכליות וניהוליות. הם סבורים שבאופן עקרוני ניהול "יחידות קצה צרכניות" – ואין ספק שבית-ספר הוא במידה רבה יחידת קצה כזאת – על-ידי מונופול ממשלתי, ו/או של רשות חינוך מקומית יהיה תמיד פחות יעיל, פחות גמיש, ופחות מתחשב ברצון ובצורכי התלמידים, ההורים, והסגל החינוכי, כאשר הוא נעשה על-ידי הבעלים או ההנהלה של המוסד, בתנאים של תחרות. טענת התומכים היא, כי ההפרטה מאפשרת גיוון רב יותר, ומכניסה למערכת החינוך מרכיבים של תחרות, המתמרצים את כל הפועלים במערכת – כולל מערכות החינוך הציבורי – למאמץ רב יותר ולפעילות טובה יותר. הטיעון הוא, שבמערכות מופרטות, הפועלות לצד מערכות ציבוריות, הדבר תורם להעלאה כוללת וגורפת של ההישגים בשתי המערכות כאחת[19].

חלק מהתומכים בהפרטה מטעמים אלה אינם מוטרדים כלל מיצירת קוטביות במערכת החינוך ואפילו רואים ברכה בקיומם של בתי-ספר המשרתים אליטות חברתיות ואינטלקטואליות. הם גם אינם מוטרדים בהכרח על-ידי האפשרות של שימת דגש על תכני למוד מדידים, בהניחם שניתן למדוד כמעט כל דבר ולא רק הישגים קוגניטיביים. אילו ניתן היה למדוד רק הישגים לימודיים הדבר לא היה כל כך נורא בעיניהם, מפני שתפקידו המרכזי של בית-הספר הוא להקנות ידע וכישורים קוגניטיביים להתמודדות עם עולם העבודה.

אולם חלק אחר מהתומכים בהפרטה מצביע על כך, שאין שום הכרח שבתי-ספר פרטיים יהיו אליטיסטים, שאפשר ליצור שיטות תקצוב

---

[19] Caroline M. Hoxby, 2001.

שיתמרצו קליטת תלמידים מרקע חברתי-כלכלי חלש, שאין הבדל בין המוטיבציה של מנהלי וצוותי מוסדות חינוך ציבוריים המתומרצים על-ידי בונוסים לבין הרצון להרוויח של בעלים פרטיים, ושחלק גדול מהמוסדות הפרטיים פועלים מתוך מניעים חברתיים ואידיאולוגיים חפים מכל רצון לנצל את הצרכן.

ב. מימון פרטי של החינוך

המתנגדים למימון פרטי מתבססים על שני טיעונים מרכזיים, טיעון כלכלי וטיעון חברתי. הטיעון הראשון קובע שלמדינה כדאי להשקיע בחינוך כי הוא נושא פֵּרות כלכליים חיצוניים (externalities), הגדולים מהפֵּרות הכלכליים שמפיק הפרט מהשקעתו בחינוך. פֵּרות אלה מתבטאים הן בהגדלת כושר התחרות של המשק על-ידי העצמת הכישורים של החברה בכללותה, והן במניעת תופעות חברתיות שליליות הקשורות קשר הדוק להעדר השכלה ועוני (ילודה גבוהה, תחלואה רבה, העדר השתתפות משכלת בחיים הפוליטיים וכדומה).

הטיעון החברתי מתחלק לשניים: ראשית, חינוך הוא אחד השירותים הבסיסיים שהמדינה צריכה לספק לאזרחיה ושנית, הסתמכות מערכת חינוך על תשלומי הורים באופן מלא או חלקי מעצימה את אי-השוויון בחברה. אין כמעט מי שטוען שיש לממן את מערכת החינוך במלואה על-ידי ההורים. כמוזכר, אפילו מילטון פרידמן וממשיכיו היו סבורים שהמדינה צריכה להמשיך ולממן את מערכות החינוך, בעיקר כאשר מדובר בחינוך חובה. אך יש רבים הסבורים, שאפשר ואף צריך להשלים את התקצוב הציבורי בתקצוב פרטי וזאת בשל שלושה נימוקים עיקריים:

1) למדינה אין מספיק משאבים לספק חינוך נאות לכלל אזרחיה, או לחלופין לתת חינוך הרבה יותר טוב מהניתן היום, והסתייעות במימון פרטי יכולה לאפשר הגדלה של המשאבים המופנים לחינוך בכלל, ולחינוך האוכלוסייה החלשה בפרט.

2) חינוך, במיוחד חינוך גבוה וחינוך משלים, מעניק למקבליו יתרון משמעותי בהמשך דרכם בחיים. היות שלא הכל מגיעים לשלבים הגבוהים של החינוך, ומי שמגיע אליהם נמנה לרוב על השכבות החברתיות המבוססות, הרי מימון ממשלתי של החינוך במדינה מהווה סבסוד לאוכלוסייה המבוססת. נראה שאפשר היה לקבל מעין נוסחה, שכאשר החינוך פחות או יותר אוניברסלי, יש לממנו בעיקר – ואולי אף

בלעדית – על-ידי המדינה. לעומת זאת, כאשר רק חלק מהאוכלוסייה נהנה מהחינוך, ובמיוחד כאשר מדובר בחלק המבוסס של האוכלוסייה, יש הצדקה לשתף אותה במימון חלקי ואולי אף מלא של החינוך, בהיותו מקנה יתרון יחסי לעומת חלקי האוכלוסייה שלא זכו להיכלל באותה מערכת חינוך.

3) החינוך הוא אחד הדברים החשובים ביותר לאוכלוסייה, ובייחוד לאוכלוסייה המבוססת. אם מדינת ישראל קובעת רמות תקצוב אוניברסליות נמוכות מאד, עד כדי כך שרמת החינוך שהן מאפשרות עלולה להיראות לאותן האוכלוסיות כמסכנת את עתיד ילדיהן הן יהיו מוכנות להוסיף מכספן על מנת לשמור על רמת החינוך הרצויה עליהן. איסור גביית תשלומים מההורים, במקרים אלה יהיה קשה מאד לאכיפה, ואם האכיפה אמנם תצליח הוא עלול לגרום לנטישה מסיבית של החינוך הציבורי על-ידי השכבות המבוססות.

ג. הבקרה על מערכת החינוך

בחירה של המוסד החינוכי בו לומד הילד

חינוך הדור הצעיר לא היה באחריות המדינה מאז ומתמיד. בראשיתו הוא היה בתחום אחריות המשפחה, מאוחר יותר לקחו על עצמם אחריות זאת מוסדות, כגון הכנסייה. אולם מאז שמערכות החינוך נהיו אוניברסליות והמוניות, והממשלות לקחו על עצמן – בדרך-כלל – את האחריות למתן חינוך לכלל ילדי המדינה, הן גם נטלו לעצמן גם את הזכות והסמכות לקבוע היכן ייבנו בתי-ספר והיכן ילמדו התלמידים. הסיבות לכך היו שונות, אך התוצאה הייתה זהה. עד אמצע המאה שעברה, המדינה קבעה עבור רוב הילדים – להוציא ילדי העשירים, שהקפידו לשמור על הפריבילגיה של הפניית ילדיהם למוסדות על פי בחירתם – באיזה בית-ספר ילמדו, ובהכרח גם מי יהיו עמיתיהם לספסל הלימודים.

בחמישים השנים האחרונות, נושא זה, בדומה לנושא הבעלות וההפעלה של בתי-הספר, היה לאחד הנושאים ה"חמים" ביותר בשיח הציבורי החינוכי. הדרישה להעניק להורים חופש בחירה רב יותר באשר לבתי-הספר בהם לומדים ילדיהם הפכה לפופולרית ביותר, ויצרה סביבה קואליציה מעניינת ביותר של בעלי אינטרסים שעל פניהם הם מנוגדים זה לזה.

שתי קבוצות בולטות בין התומכים במתן חופש בחירה להורים בבחירת המוסד החינוכי בו ילמדו ילדיהם: **הקבוצה הראשונה היא ציבור ההורים, ובמיוחד ציבור ההורים המבוססים**[20]. חלק נכבד מציבור זה מעונין לבדל את ילדיו מילדים אחרים, בין אם מסיבות דתיות, מסיבות מעמדיות או בשל שאיפות לרמת השכלה גבוהה יותר. ציבור זה רוצה לבחור את בתי-ספר שיענו על שאיפותיו ומוכן לשלם עבור זה. המניעים הבדלניים מוסתרים לרוב בטיעונים בדבר זכות ההורים לקבוע את חינוך ילדיהם, בדבר היכרות קרובה ומעמיקה יותר עם הצרכים האמיתיים של הילדים, והיכולת להתאים את בית-הספר והשיטות החינוכיות הנהוגות בו לצרכים אלה וכדומה. לא ייפלא, אפוא, שבתי-ספר המשרתים ציבור זה הם כמעט תמיד סלקטיביים, ולרוב גם אליטיסטים. הסלקציה מוכתבת על פי קריטריוני הקבלה, והאליטיזם על פי קריטריוני התשלום. היכולת של בתי-הספר לבחור את התלמידים ולגבות תשלום גבוה יותר מההורים מאפשרת להם לספק שירותי חינוך טובים יותר, ואז הם גם יכולים, לרוב, להצביע על הישגים לימודיים גבוהים יותר. בתי-הספר המשרתים ציבור זה יהיו לפיכך אליטיסטיים וסלקטיביים ברובם.

חלקו האחר של ציבור ההורים, המעונין לבחור לילדיו את החינוך המתאים ביותר, תומך אמנם בבחירה חופשית, אך בה בעת הוא תומך ואף דורש מימון ממשלתי מלא. ציבור זה איננו מתנגד כלל לבעלות של המדינה על מוסדות החינוך, כל עוד הבקרה והפיקוח הם בידיו (ראה המאבק של גורמי הכנסייה וגורמים פרטיים אחרים להנהגת שוברי חינוך בארה״ב ובאוסטרליה).

הקבוצה השנייה של התומכים בבחירה חופשית היא ציבור היזמים העסקיים, המעונין ביצירת תנאים להקמת בתי-ספר למטרות רווח. בתי-ספר כאלה יכולים להיות פתוחים לכל או סלקטיביים, הם יכולים להיות מופעלים באזורי מצוקה או בשכונות יוקרה. הקריטריון העיקרי לכניסת היזם לפרויקט הוא ההבטחה לרווח המקסימלי. יש לציין, כי לא מדובר רק ברווח כספי. הרווח יכול להיות ״אידיאולוגי״ במהותו (גיוס מאמינים חדשים, אינדוקטרינציה פוליטית ודתית, וכו׳), כדוגמת בתי-הספר שבידי גורמים חרדיים, או דוגמת בתי-ספר לפי ערכי תנועת העבודה, וכדומה. אפשר, לכן, להניח שיזם, הסבור שיש בידו כלים להתמודדות יעילה עם

[20] בארץ היינו עדים גם לתביעות זהות של ציבור הורים משכבות סוציו-אקונומיות חלשות, שבעקבותיהן קמו בתי-ספר על-אזוריים, כמו קדמה.

אוכלוסיות תלמידים קשות[21], מורים בעלי ידע, ניסיון ומוטיבציה מיוחדים, שיטות הוראה מוכחות וכדומה, שיודע שגם היום המדינה משקיעה סכומי כסף גדולים מאד באוכלוסיות אלה – יהיה מוכן לקחת על עצמו להקים בתי-ספר עבור תלמידים אלה, וגם להרוויח.

שתי קבוצות נוספות מעונינות בעצם בביזור והן מחייבות חופש בחירה להורים כמהלך התומך בכך. מדובר במנהלי בתי-הספר ובקהילה האקדמית (במיוחד מתחומי הכלכלה והמינהל). מנהלי בתי-הספר מעונינים מאד, בדרך-כלל, לשמור בידיהם את השליטה על הבאים בשערי בית-הספר (בראש ובראשונה לגבי תלמידים אך גם לגבי העובדים). שליטה כזאת יכולה לסייע בידי המנהל בפעולותיו להשגת הישגים חינוכיים ולימודיים, עליהם יוכל להצביע בפני ציבור ההורים והקהילה, ולהקל על הניהול היום יומי של בית-הספר.

האקדמאים ואנשי עסקים וכלכלה סבורים, לעיתים קרובות, שריכוזיות ממשלתית היא מתכון בטוח לחוסר יעילות ולבזבוז. לפיכך, הם מצפים שתנאים תחרותיים – גם אם יש צורך במגבלות מסוימות – יאפשרו התייעלות, גמישות בהתאמה לתנאים מקומיים, ופתיחת אפיקים ליצירתיות.

הטענה המרכזית נגד מתן חופש הבחירה להורים היא, שבכל מקום בו מאפשרים להורים לבחור את בית-הספר אליו ישלחו את ילדיהם נוצרת מציאות של קיטוב חברתי על בסיס חברתי-כלכלי. טענה נוספת נגד מתן זכות זאת להורים היא, שהעברת ההחלטה להורים שוללת מהמדינה את יכולתה לקדם תהליכים חברתיים, שהיא מעונינת לקדם, כגון אינטגרציה, הגברת השוויון, יישוב ופיתוח אזורים מסוימים וכדומה. אם חופש הבחירה הוא בידי ההורים, הרי המדינה נאלצת להיכנע לנטיות בדלניות לא רצויות של קבוצות חזקות בחברה.

ההוכחות לטענות אלה אצל מתנגדי מתן חופש הבחירה מעוגנות בכך, שכל הניסיונות של מדינות שונות לסייג ולהגביל את יכולת ההורים לקבוע כללי קבלה שימנעו מיון (לרוב על פי הרקע החברתי-כלכלי) לא צלחו. ההורים תמיד מצאו את הדרך לעקוף את ניסיונות האכיפה של המדינה. בסופו של דבר, הניסיון מצביע על כך, שכללי הבחירה העיקריים של ההורים – בהעדר אינפורמציה חינוכית אמיתית וביכולת שיפוט מוגבלת של ההורים, כאשר האינפורמציה העומדת לרשותם חלקית – הם

[21] כגון בדואים, עולים מארצות הקווקז, ילדים עם לקויות למידה מורכבות וכדומה.

זהות התלמידים העמיתים. הניסיונות לנמק את הבחירה באופן אידיאולוגי-חינוכי הם לרוב כסות למניעים האמיתיים, ובדרך-כלל אינם מבוססים על נתונים חינוכיים.

טענה כבדת משקל אחרת כנגד חופש הבחירה של ההורים היא, שיש לכך משמעות רק במקומות צפופי אוכלוסייה. הדבר נכון במיוחד במדינות כמו ישראל, בהן קיימות מספר מערכות חינוך מקבילות, דבר המקטין עוד יותר את מספר הילדים המועמדים ללמוד בבית-ספר מסוג מסוים באותו יישוב[22]. ניתן, לכאורה, להתגבר על כך על-ידי איחוד רשויות מקומיות אך מתעוררת בעניין זה בעיה פוליטית, ומעבר לכך על מנת שהבחירה תהיה באמת חופשית צריך לאפשר להורים הרוצים בכך לשלוח את ילדיהם למוסדות המרוחקים ממקום מגוריהם בהסעות על חשבון המדינה. העלות של הסעות אלה יכולה להיות יקרה מאד. טענות אחרות כנגד מתן זכות בחירה מלאה להורים מתייחסות להטלת משימות פרסום על בתי-הספר, לפגיעה ביכולת התכנון של מערכות חינוך, וליצירת אווירה של תחרת לא-בריאה בין בתי-ספר על "תלמידים טובים".

בחירה של תכנית הלימודים הנהוגות בבית-הספר

התומכים בזכות מתן חופש רב יותר לבתי-הספר לקבוע את תכני הלימוד ושיטות ההוראה, טוענים בשם חופש הבחירה בחברה דמוקרטית, הנזק שנגרם על-ידי השלטה גורפת וגלובאלית של שיטות ותכנים בלתי מוכחים (בישראל מרבים להזכיר את שיטות הוראת הקריאה והחשבון בחינוך היסודי שלדעת רבים הביאו לנזק רב) ,היכולת להתאים את השיטה והתוכן לצרכים של כל ילד, או קבוצת ילדים, והרחבת מגוון האפשרויות שהמערכת מציבה בפני הילדים. המתנגדים לכך מצביעים על הפגיעה בתכנים המשותפים, ועל החשש מחדירת תכנים לא רצויים.

[22] בבדיקה שערכנו התברר, שמימוש ההמלצה לתת חופש בחירה להורים בין לפחות ארבעה מוסדות חינוך יסודיים ושלושה מוסדות חינוך על-יסודיים, מותיר את הרוב המכריע של הרשויות המקומיות מחוץ לתמונה (אך לא את הרוב המכריע של התלמידים). למשל, בחינוך הממלכתי-דתי מתוך 160 רשויות, בהן יש בתי-ספר ממלכתיים-דתיים, ב-97 יש בית-ספר יחיד ; בחינוך הממלכתי המספרים המקבילים הם 232 ו-154. רק בשש רשויות יש מעל לארבעה בתי-ספר ממלכתיים-דתיים על-יסודיים, ובחינוך הממלכתי יש 10 רשויות כאלה. המספרים הם כמובן עוד יותר קיצוניים בחינוך החרדי, שם גם אין אפשרות של בחירה בין מוסד חינוכי של חצר אחת למוסד חינוכי של חצר אחרת.

הבקרה על תנאי העבודה וההעסקה של המורים

מעמדם של המורים הוא אחת הסוגיות המעוררות ויכוחים ערים במיוחד. הנושא רחב היקף ואין הכוונה להתייחס אליו במלואו במסגרת זאת. עם זאת, ראוי להתייחס להיבט של זהות המעסיק של המורים, ולדרך קביעת תנאי העבודה והשכר. סוגיה זאת נקשרת גם לסוגיית מקומם והשפעתם של ארגוני המורים על מערכת החינוך.

המשמעות המעשית של הפרטת הבקרה על תנאי העבודה של המורים היא בדרך כלל כפולה: ראשית, מעבר המורים – במוסדות שאינם בבעלות המדינה – מסטטוס של עובדי מדינה לסטטוס של עובדי הבעלות של המוסד בו הם עובדים[23]. שנית מעבר מעבודה לפי הסכם עבודה ושכר ארצי להסכם עבודה ושכר מקומי ברשות חינוך מקומית ואף בבית-ספר.

ברוב המדינות המורים הם עובדי מדינה או עובדי רשויות מקומיות, והסכמי השכר והעבודה הם ארציים, וגם כאשר ההסכמים נחתמים באופן נפרד עם כל בעלות, המסגרת נקבעת לרוב בהסכמים ארציים. המעניין הוא, שגם תנאי העבודה והשכר דומים במידה רבה. ברוב המדינות המורים מקדישים בין חצי לשני-שליש מזמן עבודתם להוראה בכיתה והיתר להכנה. ברובן למורים יש מספר רב של ימי חופש, מועד היציאה לגמלאות מוקדם יותר מאשר במקצועות אחרים, למורה יש אוטונומיה גבוהה בכיתה ועוד. כמו כן ברוב מדינות העולם – למרות התביעות לשינוי – סולם השכר של המורים עדיין מבוסס בעיקרו על השכלה פורמלית וותק.

התומכים בשינוי, סבורים שארגון זה של עבודת המורים מונע כל רפורמה, פוגע באיכות ההוראה, מתמרץ בינוניות ושגרה, ומרתיע מורים טובים מהקדשת מאמץ לעבודתם. לנימוקים אלה מתלווה לא פעם גם פן אידיאולוגי של התנגדות תקיפה לעבודה מאורגנת, ותמיכה בקפיטליזם חסר פשרות.

המתנגדים להפרטה של הבקרה על תנאי העבודה של המורים, סבורים שפגיעה בכוחם הארגוני ובמעמדם המקצועי של המורים יכולה להביא להידרדרות רבה במורל של המורים, ולנטישה נוספת של מורים טובים את המערכת. לדבריהם תנאי לכל רפורמה ושיפור של מערכת החינוך הוא

---

[23] הסתדרות המורים בישראל מתנגדת גם לשינוי הסטטוס מעובדי מדינה לעובדי רשויות מקומיות, למרות שבתי-ספר בבעלות רשויות מקומיות נחשבים ציבוריים.

שיתוף פעולה הדוק ואמיץ עם המורים, ואת זה צריך לעשות ביחד עם ארגוניהם היציגים.

מעבר לכך, קיומם של עשרות ארגונים קטנים ומתחרים יכולה להקשות על הגעה להסכם. במצב של עודף מורים, נוח למעבידים שאין ארגון יציג או שארגון זה הוא חלש ומבודד. אולם במצב של מחסור במורים, הדברים יכולים לחזור כבומרנג כנגד המעסיקים. דוגמא לכך אפשר היה לראות בשבדיה, שם נעשה ניסיון להפוך את המורים לעובדי הבעלויות. כיון שהניסיון נעשה בתנאים של מחסור במורים הוא לווה בהסכם ארצי על העלאת שכר. עוד ייתכן שיהיה קושי להותיר את נושא המשא ומתן המקצועי על תנאי עבודה ועל שכר בידי מנהלים וצוותי המורים, כאשר שני הצדדים חסרי מיומנות בנושאים אלה.

סיכום

מבחינת המטרות החינוכיות, הלימודיות והחברתיות, החשיבות של זהות הבעלות על המוסד החינוכי, והמוטיבציה העומדת בבסיס הפעולה של הנהלתו וצוות עובדיו הם, להערכתנו, משניים לטיב העבודה החינוכית ולהישגיה. עבודה חינוכית טובה יכולה להתבצע רק אם המבצעים אותה הם אנשים המוכשרים לכך, כשהם חדורי אמונה והכרה בחשיבות עבודתם וגאים בה, ושעומדים לרשותם הכלים התקציביים והמקצועיים הדרושים. כאשר מתקיימים תנאים אלה אין הבדל עקרוני בין בית-ספר בבעלות ציבורית, שמנהלו מקבל שכר גבוה יותר על פי הצלחות תלמידיו או שעובדיו מקבלים בונוס כספי, אם הם עומדים במשימות מסוימות, לבין בית-ספר שבעליו מפריש את הרווח לכיסו.

תפקיד המדינה הוא על כן להבטיח, שלרשות בתי-הספר יהיו כל המשאבים התקציביים, הארגוניים, והפרופסיונליים להשגת המטרות שהיא מציבה למערכת החינוך. אם המדינה אינה מאפשרת קיום רמת חינוך נאותה (כאשר קשה להגדיר את משמעות המונח "נאותה"), במסגרת המימון שהיא מעמידה לרשות החינוך הציבורי, היא תתקשה לאכוף כללים של איסור תשלומי הורים בבתי-ספר ציבוריים מחד, ופתיחת בתי-ספר פרטיים מאידך. מעבר לקביעת רף תקציבי מינימלי, המאפשר השגת רמת חינוך שתספק את מרבית האוכלוסייה, המדינה חייבת לקבוע כללי תפעול שיבטיחו תנאי עבודה הוגנים למורים, ושוויון אפשרויות לתלמידים (הכולל העדפה מתקנת ברמה נאותה).

כל עוד תנאים אלה נשמרים ונאכפים, המערכת החינוכית יכולה להשיג את יעדיה במסגרות ארגוניות שונות – כולל מסגרות עם רמות גבוהות של הפרטה (ראה לדוגמא מערכות החינוך בהולנד ובאירלנד). אם המדינה אינה מצליחה לאכוף את הכללים והעקרונות שהיא מציבה, הרי שהמרכיבים החינוכיים, הלימודיים והחברתיים השליליים של ההפרטה יחדרו גם למסגרות שעל פניהן הן ציבוריות לחלוטין.

על רקע זה נדגיש את תפקידיה המרכזיים של המדינה:

- להבטיח רמת תקצוב המאפשרת חינוך טוב, לכל התלמידים, כולל התלמידים יוצאי השכבות החברתיות הכלכליות החלשות ביותר.
- יש להפעיל לשם כך **העדפה מתקנת משמעותית**. יחד עם שיטת תקצוב שתאפשר גם לתלמידים החזקים והמבוססים ביותר קבלת המשאבים הנדרשים לקיום רמת חינוך נאותה.
- לקבוע כללים לניהול והפעלה תקינים של בתי-הספר (היקף שעות וימי הלימוד, סטנדרטים של בטיחות וגהות בבתי-הספר, כללי משמעת והתנהגות מחייבים למורים ותלמידים, עקרונות באשר לבחירת בתי-ספר, וכדומה).
- לגבש כללי הרשאה לכניסה ויציאה למקצוע ההוראה (דרישות סף של הכשרה והשכלה, תקופות התמחות, הוצאת מורים כושלים ועוד).
- לגבש הסכמי עבודה ארציים במקצועות ההוראה לסוגיהם (תנאי שכר ותנאי עבודה אחרים).
- לגבש מערכת דרישות לגבי רמות ההישגים הנדרשות בכל תחומי החינוך (בדיסציפלינות השונות, וכן בתחומים אחרים כגון המשכיות, הפחתת אלימות וכדומה).
- לגבש מערכת של בקרות על השגת המטרות הנ"ל.

עמידה נאותה בביצוע תפקידים אלה היא התנאי האמיתי להשגת יעדי מערכת החינוך, ועל כן יש להערכתנו להתמקד בשאלה, האם הרפורמות השונות המוצעות לאחרונה מקדמות אותם או לא. הסטת מוקד הדיון לשאלת ההפרטה – ברמה הגדרתית, הצהרתית ואידיאולוגית, מסיחה את הדעת מהשאלות החשובות באמת.

מקורות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ״ס), **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שונות, ירושלים.
----, (2004), הודעה לעיתונות: סקר תשומות בחינוך תשס״א (אוגוסט).
משרד החינוך, דוחות בקרת התקן, בהכנת מנחם קפלן, 2005-2000.

Alt, Martha Naomi and Peter, Katharin, (2000), Private Schools: A Brief Portrait, MPR Associates, Inc.

Belfield, C. R., Levin, H.M., (2002), Education Privatization: Causes, Consequences, and Planning Implications, Paris UNESCO.

Eurydice, (2000), Private Education in the European Union – Organisation, Administration and the Public Authorities' Role.

Friedman, M., (1951), The Role of Government in Education, from Robert A. Solo (ed), **Economics and the Public Interest**.

Hoxby, Caroline M., (2001), "School Choice and School Productivity (Or, Could School Choice Be a Tide that Lifts All Boats?) **Conference on the Economics of School Choice,** February 22 - 24, 2001.

National Center For Education Statistics U.S., (2002), Department of Education, Office of Educational Research and Improvement, NCES, 2002–013

לוח נספח 1. חינוך מוכר שאינו רשמי – חינוך ממלכתי יסודי יהודי, 2004

בית-הספר	מספר תלמידים
סך-הכל	2,358
הדמוקרטי בלב השרון	132
הדמוקרטי קשת	122
הקהילתי נאות סמדר	18
הריאלי העברי חיפה	1,855
מיתר	62
תבנית החינוך המוזהב	169

לוח נספח 2. חינוך מוכר שאינו רשמי – חינוך ממלכתי-דתי יסודי, 2004

בית-ספר	מספר תלמידים
סך-הכל	1,928
אור אבנר למצוינות	100
בית חנה	374
דרכי אבות	367
חורב	828
ת"ת מורשה	259

יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכ״רים לעומת מוסדות עסקיים*

ישראל לוסקי ויהודית גבעון**

1. מבוא

ענף בתי האבות מתפתח בשנים האחרונות בקצב מהיר מאוד, וצפוי שמגמה זו תימשך גם בעתיד, לאור עליית תוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה. חשיבותו של הענף הולכת וגדלה, הן מבחינת המשק הלאומי והן מבחינת הפרט הנזקק לשירותים אלה. לפיכך, לשאלות של יעילות בתי האבות ואיכות השירות שהם מספקים יש חשיבות רבה.

אחד המאפיינים של הענף הוא, שחלק מבתי האבות פועלים כפירמות עסקיות ומכוונים להשגת רווח מקסימלי בעוד שחלקם האחר הם מלכ״רים, המנועים מלחלק רווחים ופועלים למען הציבור. איזה מסוגי הארגונים יעיל יותר, מי מספק שירות באיכות טובה יותר ומי אמין יותר – אלה הן שאלות מפתח בתחום זה ובהן עוסקת העבודה.

הדעה הרווחת בקרב חלק מהציבור (וגם במשרדי הממשלה) היא, שפירמות עסקיות הפועלות למטרות רווח הן יעילות, בעוד שמלכ״רים בזבזניים יותר ופחות יעילים, מפני שלא קיים אצלם המניע לרווח. מכאן קצרה הדרך לדרישה, הנשמעת בקרב חלק ממשרדי הממשלה, שיש לכפות על מלכ״רים שיטות ניהול עסקיות או מחשבה עסקית ובכך להקטין את הבזבוז ולהגדיל את היעילות.

---

* הפרק הוא גירסה מקוצרת למאמר המלא, שפורסם על-ידי מרכז טאוב ביולי 2005.

** **פרופ׳ ישראל לוסקי**, המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן-גוריון.
ד״ר יהודית גבעון, המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן-גוריון ומכללת אחווה.

המחברים מודים **לד״ר אהרון כהן**, ראש האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, שעשה כל שביכולתו לסייע בידם במידע ובנתונים לצורך ביצוע מחקר זה.

השוואת רמת היעילות בין מוסדות שונים איננה פשוטה, מכיוון שרמת האיכות של השירות איננה אחידה בין המוסדות השונים. התבוננות בהוצאות בלבד על מנת לקבוע יעילות אינה נכונה ואף מטעה. ברור שניתן לספק שירות באיכות ירודה ובעלות נמוכה, אך שילוב זה אינו מצביע על יעילות. לעומת זאת, שירות איכותי עשוי להיות כרוך בהוצאה גבוהה יותר ולכן עלול להיראות בלתי יעיל, אף כי ייתכן שהוא המענה לדרישה של קבוצות אוכלוסייה מסוימות. השוואה נכונה של היעילות חייבת להתייחס לשני בתי אבות המספקים שירות באותה רמת איכות. בתנאים אלה, המוסד המספק את השירות בעלות נמוכה יותר מהאחר – הוא מוסד יעיל יותר.

האיכות הינה גורם בעל חשיבות עבור מקבלי השירות וקיים שוני באיכות השירות שבתי אבות שונים מספקים. שאלה האיכות היא מורכבת הן מבחינת דרך האמידה, והן מבחינת זמינות האינפורמציה לגבי איכות השירות (המאמר המלא כולל סעיף על שיטת המחקר, כולל דיווח על איסוף הנתונים, הסבר על השיטה בה התבצעה הערכת האיכות של המוסדות ותיאור המדגם ומאפייניו הסטטיסטיים).

עניין נוסף בעל חשיבות רבה הוא תפקידו ותפקודו של משרד הבריאות. למשרד הבריאות תפקיד דומיננטי, בהיותו המממן של כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות הקיימות. בנוסף, הוא קובע את התעריפים המשולמים למוסדות, את התקנים על פיהם מתנהלים המוסדות, ומוטלת עליו האחריות לרישוי המוסדות ולבקרה על איכות הטיפול הניתן בהם. אין ספק, שלמדיניות משרד הבריאות ישנה השפעה מכרעת על מבנה ענף בתי האבות ועל איכות השירות הניתן במוסדות.

התמקדנו בענף בתי האבות, אך ההרחבה מתבקשת מאליה ובעיקר יישום של המסקנות לענפים נוספים. למלכ"רים בישראל יש חשיבות רבה בתחומי הכלכלה השונים ותרומתם לתוצר של המשק נאמדת בכ-10 אחוזים. יעילותם של המלכ"רים עשויה להשפיע על התוצר בכלל ובעיקר על מספר ענפים בהם פעילות המלכ"רים היא נרחבת, בתחום הבריאות, ההשכלה גבוהה, החינוך, הדת ועוד.

בסעיף 2 להלן, נסקור מודלים של התנהגות מלכ"רים, תוך השוואה לפירמות עסקיות. בסעיף השלישי נתאר את ענף בתי האבות בישראל ובסעיף הרביעי נציג את הממצאים ואת המסקנות מן המחקר. בחלק האחרון של הפרק נתמקד בהשלכות של הממצאים למדיניות הממשלה.

2. מלכ"רים: תפקידיהם והתנהגותם

המלכ"רים פועלים בענפים רבים במשק והמאפיינים המיוחדים של כל ענף גורמים לשוני רב בתפקיד ובדרך הפעולה של המלכ"רים בתחומים השונים, דבר המחייב התייחסות נפרדת לסוגים השונים של מלכ"רים. בעבודה זו נעסוק במלכ"רים המספקים שירותים, תחום הפעולה העיקרי של המלכ"רים, המהווים בישראל כ-80 אחוז מכלל ארגוני המלכ"ר.

קיים שוני באופי הפעילות בין פירמה עסקית, המספקת שירותים, לבין מוסד שהוא מלכ"ר. להלן נדון במספר אספקטים של סוגיה זו.

א. מטרות המלכ"ר

קיימות גישות שונות באשר למטרות המלכ"רים:

לפי אחת הגישות, מטרת המלכ"ר לפעול למען הציבור כולו או למען ציבור מסוים, ובהכללה – למלא שליחות של סיוע או קידום קבוצת אוכלוסייה מסוימת או פתרון בעיה כלשהי. גישה שנייה טוענת, שמטרת המלכ"ר היא להביא למקסימום את התפוקה, את צוות העובדים או תשומות אחרות. לדעתנו, גישה זו מביאה לתוצאות שאינן תואמות את המציאות, והיא איננה מאפשרת לדון בשאלת האיכות. לפי גישה שלישית חלק מהמלכ"רים הם "מתחזים", שמטרתם האמיתית היא העברת כספים ליזמים או למנהלים בדרכים עקיפות. אנו לא שוללים זאת, אולם נתבסס על ההנחה שהמלכ"ר פועל לטובת הציבור בכלל, או למען קבוצה מסוימת מתוכו (הגישה הראשונה).

ב. איכות ואמינות

איכות השירות שמקבל הצרכן חשובה תמיד ועל אחת כמה וכמה כאשר מדובר בבית אבות. קיים קושי בהערכת האיכות של בית אבות, בעיקר כאשר מדובר במוסד סיעודי, כיוון שלמקבל ההחלטה על האשפוז אין מקורות אמינים למידע על איכות המוסד אלא חוות דעת, שניתנו על-ידי צוות המוסד או מטופלים אחרים, מראית עין וסימנים שונים אחרים. פעמים רבות יש לבחור מוסד סיעודי בדחיפות, כאשר מצבו של הקשיש הזקוק לאשפוז אינו מאפשר המתנה ארוכה ולעיתים, לאחר שהתקבלה ההחלטה והקשיש אושפז, המשפחה מגלה שהמוסד אינו עונה על ציפיותיה. למרות זאת העברה למוסד אחר תיעשה רק במקרים קיצוניים במיוחד.

האמינות קשורה למציאות של האינפורמציה החלקית שיש לצרכנים לגבי האיכות של המוסד. האם התמונה שמציג המוסד על איכות השירות הניתנת בו היא אמינה? כיוון שהאינפורמציה ביחס לאיכות אינה מלאה, ינסה הציבור/ הצרכן לבחור בספק שירות הנראה בעיניו אמין יותר.

אחד הפתרונות המוצעים היום בשוק זה לבני משפחה, המתחבטים בבעיות שהוזכרו, הם משרדי ייעוץ המסייעים בבחירת מוסד מתאים. כידוע, חלק ממשרדי הייעוץ "עובדים" עם מספר בתי אבות ודואגים להפנות אליהם לקוחות פוטנציאליים תמורת עמלה שמשלמים להם המוסדות. לפיכך, נראה שמשרדי הייעוץ הם פתרון חלקי בלבד לבעיה.

טיעון מקובל בספרות העוסקת בתחום הוא, שמלכ"רים נותנים מענה מסוים לבעיית האינפורמציה הקיימת בענפים כמו בתי האבות, בהיותם אמינים יותר מפירמות עסקיות. מלכ"ר נתפס כאמין יותר כיוון שאיננו מונע על-ידי שיקולים של רווח שיגרום להורדת איכות השירות. בנוסף, מלכ"ר פועל למען הציבור והורדת האיכות תפגע בציבור – מה שיהיה מנוגד למטרותיו.

ג. משתני ההחלטה של מלכ"ר

כל בית אבות מקבל החלטות ביחס לשלושה משתנים: הכמות (גודל המוסד), רמת המחירים ואיכות השירות.

גודל המוסד נקבע לפי מקורות המימון, צורכי השוק וכדומה, ובתחום זה לא נראה לנו שקיים שוני מהותי בין מוסד עסקי למוסד שהוא מלכ"ר.

מדיניות **המחירים** במוסד עסקי נקבעת על פי המטרה של מקסום הרווחים בעוד שמלכ"ר ישתדל להימנע מגירעון, אשר עלול להביא לסגירתו. באופן עקרוני, המלכ"ר ישתדל לקבוע את המחיר הנמוך ביותר האפשרי, כך שלא יהיה גירעון.

גם רמת **האיכות** במלכ"ר תיקבע (בשילוב עם המחיר), תוך התחשבות במגבלה של הימנעות מגירעון. לנושא התרומות והמענקים ישנה השפעה רבה בעניין זה של האיכות, מפני שתורמים מעונינים להתגאות במוסד לו הם תורמים ולכן קרוב לוודאי, שהם יימנעו מלתרום למוסדות המספקים שירות באיכות נמוכה. מצד שני, ייתכן שאיכות גבוהה מאוד תייעד את השירות לעשירים בלבד, וכידוע, מרבית התורמים ייטו להימנע ממתן תרומות לעשירים.

ד. מבנה ענף מעורב

בענף מעורב פועלים, זה לצד זה, מוסדות עסקיים ומוסדות ללא כוונת רווח. השאלה המעניינת היא, האם קיימת שיטתיות במבנה ענף מעורב, כלומר, האם מלכ"רים נוטים לספק שירות ברמת איכות מסוימת ופירמות עסקיות ברמות איכות אחרות?

בדיון בנושא זה יש לקחת בחשבון מספר גורמים בעלי חשיבות, שעלולים להשפיע על מבנה הענף ועל איכות השירות שיספק כל אחד מסוגי הארגונים:

1) ההוצאה על כוח אדם מהווה סעיף נכבד בהוצאותיו של כל בית אבות. ייתכן שמוסד עסקי עושה שימוש יעיל יותר בכוח האדם שהוא מעסיק, גם בגלל שוני באופן ניהול המוסד וגם בשל הרצון להביא למקסימום את הרווח, דבר שמצריך פעולה לצמצום ההוצאות למינימום. כתוצאה מכך, מוסד עסקי ישאף לרוב לשלם שכר נמוך, ככל האפשר. מלכ"ר נוטה לשלם שכר הוגן יותר לעובדיו (גם כחלק מפעילותו לטובת הציבור) ובמקרים רבים העובדים הם בעלי מוטיבציה גבוהה יותר לאור העובדה שהם מועסקים בארגון שמטרתו לפעול לטובת הציבור. קיומו של שוני כזה תלוי במידה רבה בגישה ובהתנהגות של מנהל הארגון. גורם נוסף הוא העסקת מתנדבים, המקובלת בעיקר במלכ"רים ופחות במוסדות עסקיים.
2) סביר להניח, שלמוסד עסקי תהיינה הוצאות נוספות, המיועדות להגברת האמון של הצרכנים ברמת האיכות עליה מצהיר המוסד. פעולת השכנוע מחייבת יחסי ציבור מתאימים, פרסום, שיפור החזות החיצונית או כל פעולה אחרת שתגרום למוסד להיראות טוב ואמין יותר בעיני הצרכנים. דבר זה כרוך כמובן בהוצאה כספית.
3) פעילות המלכ"רים לא הייתה מתפתחת ללא תרומות מהציבור או מגופים אחרים. סביר להניח, כאמור, שהתורמים אינם נוטים להעניק תרומות למוסדות שאיכותם גבוהה מאוד או לאלה שאיכותם נמוכה מאוד. לפיכך, מרבית התרומות ניתנות, ככל הנראה, למוסדות המספקים שירות ברמה ובאיכות ממוצעת.
4) מדיניות הממשלה ביחס להטבות או היטלים מיוחדים, הניתנים לסוגים השונים של הארגונים הפועלים בענף, עלולה להשפיע על השוני בהוצאות ועל האיכות הנבחרת (מע"מ, ארנונה וכדומה).
5) זמינות האשראי לפירמות העסקיות גבוהה בעוד שלמלכ"רים יש קושי בהשגת אשראי בנקאי, דבר המגביל את יכולת הפיתוח שלהם ואת

הגמישות בתפקוד השוטף ומגדיל את התלות בתרומות. למשל, יזם בתחום המלכ"רים, המעונין בהקמת בית אבות, ייתקל בקשיים רבים: קבלת הלוואות מבנקים היא כמעט בלתי אפשרית, ואילו קבלת תרומות עלולה לעיתים להיות בעייתית.

כתוצאה מגורמים אלה קיים קושי בחיזוי מבנה הענף בו פועלות פירמות עסקיות לצד מלכ"רים. בהנחות סבירות ביחס למשתנים שהוזכרו, נקבל ענף בו השירות ברמה נמוכה יסופק בעיקר על-ידי פירמות עסקיות (ומחירו יהיה נמוך), מלכ"רים יספקו לרוב שירות באיכות ממוצעת-טובה ואילו השירות באיכות גבוהה מאוד יסופק בעיקר על-ידי פירמות עסקיות.

3. ענף בתי האבות בישראל

קיימת מגמה ברורה של גידול בחלקם של הקשישים (בני 65 ומעלה) מתוך כלל האוכלוסייה. כיום, כ-10 אחוז מהאוכלוסייה בישראל הם קשישים, בעוד שבשנת 1950 הם היוו רק 4 אחוזים מהאוכלוסייה. על פי התחזיות הדמוגרפיות, חלקם של הקשישים באוכלוסייה צפוי להגיע לכ-20 אחוז עד שנת 2050. אוכלוסיית הקשישים מאוד (בני שמונים ויותר) עתידה אף היא לגדול בשיעור ניכר, דבר המצריך היערכות מיוחדת, לאור העובדה שלאוכלוסייה זו יש צרכים ומאפיינים מיוחדים, ובכלל זה טיפול רפואי וסיעודי.

מוסדות לטיפול ממושך בזקנים הוקמו עוד לפני קום המדינה ותפקידם באותה תקופה היה להחזיק ולטפל באנשים, שהמשפחה או הקהילה לא היו מסוגלים להתמודד עם הטיפול בהם בביתם. מדובר באנשים בודדים, נכים בדרגות שונות, מוגבלים פיזית או נפשית, אשר אושפזו ברוב המקרים במקומות שרמתם הפיזית והמקצועית הייתה נמוכה בדרך-כלל. מספר המוסדות היה מועט מאוד והאשפוז בהם נעשה באופן פרטי או על-ידי הפניה מלשכות הסעד של העיריות.

עם הקמת המדינה ובואן של העליות הגדולות השתלב ארגון הג'וינט בנושא זה, כגורם ציבורי הדואג לקשישים בודדים ומוגבלים. הג'וינט סייע למוסדות, הן בהרחבת המבנים, שעמדו לרשותם והן מבחינה ארגונית, הוא הפנה אליהם קשישים ושילם עבור החזקתם. הגידול במספר הקשישים באותה תקופה הביא להקמה של גופים וולונטריים נוספים, כמו מוסדות מלב"ן, משען, וארגוני עולים שונים, שנועדו לענות

על הביקוש שהלך וגדל. הגידול במספר הקשישים, בעיקר משנות השישים ואילך, דרש מציאת פתרונות אשפוז נוספים וכך נפתחו מוסדות רבים – פרטיים, ציבוריים וממשלתיים. תהליך גידול זה נמשך גם כיום ובישראל פועלים מאות בתי אבות.

א. סיווג בתי האבות

במרבית בתי האבות קיימות מספר מחלקות, אליהן מופנים הקשישים על פי מידת העצמאות שלהם בתפקוד, בדרך-כלל: עצמאים, תשושים, תשושי נפש, סיעודיים וסיעודיים מורכבים. הסיווג נעשה על פי קריטריונים כמו יכולת לתקשר עם הסביבה, התמצאות, זיכרון, מצב נפשי, יכולת לביצוע פעולות יומיומיות, כושר תנועה, שליטה על סוגרים וכדומה (ראה פירוט במאמר המלא).

לפי החוק, כל בית אבות הפועל בישראל חייב לקבל רישיון מידי הרשות הממשלתית האחראית, על פי המחלקות הקיימות במוסד. משרד הרווחה אחראי על פיקוח ורישוי של מחלקות לעצמאים ולתשושים ומשרד הבריאות אחראי על פיקוח ורישוי המחלקות לקשישים סיעודיים, תשושי נפש, סיעודיים מורכבים וקשישים במחלקות שיקומיות.

ב. בעלות על בתי האבות

בשנת 2001 פעלו כ-390 בתי אבות ברישיון משרד הבריאות ו/או משרד העבודה והרווחה (בהתאם למחלקות הקיימות בהם)[1]. עוד מספר בלתי ידוע של בתי אבות פועלים ללא רישיון (יש להניח שקיימים כמה מאות כאלה, ברובם קטנים).

סך-כל בתי האבות: מבין בתי האבות הפועלים ברישיון, 75 הם בקיבוצים, 8 ממשלתיים, 110 מלכ"רים (28 אחוז) וכ-200 (51 אחוז) הם פירמות עסקיות.

כ-110 מוסדות (28 אחוז) הם בתי אבות המיועדים לעצמאים ו/או לתשושים בלבד, כשמרביתם (קרוב ל-80 אחוז) הן פירמות עסקיות והשאר מלכ"רים. ב-280 בתי אבות פועלות גם מחלקות סיעודיות: 75 בקיבוצים, 4 בבתי אבות ממשלתיים, 110 הם פירמות עסקיות (41 אחוז) ו-80 מלכ"רים (30 אחוז).

[1] מבוסס על נתוני הרשויות הממשלתיות ועל פרסומים של בתי האבות עצמם.

מלכ"רים: יותר ממחצית המלכ"רים פועלים במסגרת "רשתות" כמו אש"ל (15 בתי אבות), קופ"ח מכבי (15), קופ"ח מאוחדת (5), משען (7), הפועל המזרחי (5) וכדומה.

בתי אבות עסקיים: בתי האבות העסקיים הם בד"כ פירמות בודדות או שהם פועלים במסגרת רשתות של 2-4 מוסדות (לדוגמא, 3 בתי אבות של "בית בכפר", 2 בתי אבות של "עד מאה ועשרים", 4 בתי אבות של "נאות אבי", וכדומה).

ג. בתי האבות בפיקוח משרד הבריאות - קשישים סיעודיים ותשושי נפש

ענף בתי האבות לקשישים סיעודיים ותשושי הוא תחרותי וכניסה חופשית של פירמות היא אפשרית. יזם המבקש להקים בית אבות, שיכלול גם מחלקות לחולים סיעודיים או תשושי נפש, פונה לוועדת פרויקטים, הפועלת במשרד הבריאות ואשר דנה בבקשות לבנייה של מוסדות, המחייבים רישוי של המשרד. אישור מיטות חדשות מתבצע תוך הקפדה על מילוי הצרכים והדרישות המקצועיות. בעבר הייתה מגבלה לגבי השיעור המרבי של מיטות לסיעודיים ותשושי נפש ביחס לאוכלוסייה האזורית (60 מיטות לכל 1,000 בני 75 ומעלה) אולם בשנת 2001 הוסרה המגבלה. השיעור הארצי של מיטות אלו נאמד ב-59.8 מיטות בממוצע לכל 1,000 קשישים. משהוקם מוסד חדש נערכת בו בקרה מטעם הגורם המפקח. הרישוי הנדרש על-ידי משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה הוא ענייני לחלוטין, וניתן לכל מוסד העומד בתקנים הנדרשים.

המוסדות הגריאטריים בישראל או המוסדות בהם קיימות מחלקות לסיעודיים או לתשושי נפש, שבהם התמקדה העבודה נמצאים תחת פיקוח של משרד הבריאות ופועלים כאמור במסגרות שונות על פי הבעלות על המוסד: 1) מוסדות ממשלתיים 2) מוסדות ציבוריים (מלכ"רים) 3) מוסדות עסקיים הנמצאים בבעלות פרטית.

מספרן הכולל של המיטות לסיעודיים ותשושי נפש בסוף שנת 2001 היה 16,306[2]. להלן חלוקת המיטות לפי הבעלות על המוסד :

מוסדות ממשלתיים – 1,135 מיטות (7 אחוזים)
מלכ״רים – 6,868 מיטות (42 אחוז)
מוסדות פרטיים – 8,303 מיטות (51 אחוז)

שיעור התפוסה הממוצע במחלקות לסיעודיים ותשושי נפש במוסדות השונים בישראל הוא כ-95 אחוז, כאשר במוסדות הממשלתיים קיימת תפוסה מלאה (100 אחוז), במלכ״רים כ-97 אחוז ובמוסדות הפרטיים כ-93 אחוז.

ד. הקשר עם משרד הבריאות ומשרדי הייעוץ

דרכו של קשיש המעוניין באשפוז סיעודי מוסדי, וזקוק לתמיכה כספית של המדינה, מתחילה בפנייה ללשכת הבריאות במקום מגוריו, ובהמשך הוא מופנה לגורם המאשפז המתאים למצבו ולצרכיו. התאמתו של הנזקק לאשפוז ורמת השתתפות המשפחה בדמי האשפוז נקבעות על-ידי ועדה מקצועית.

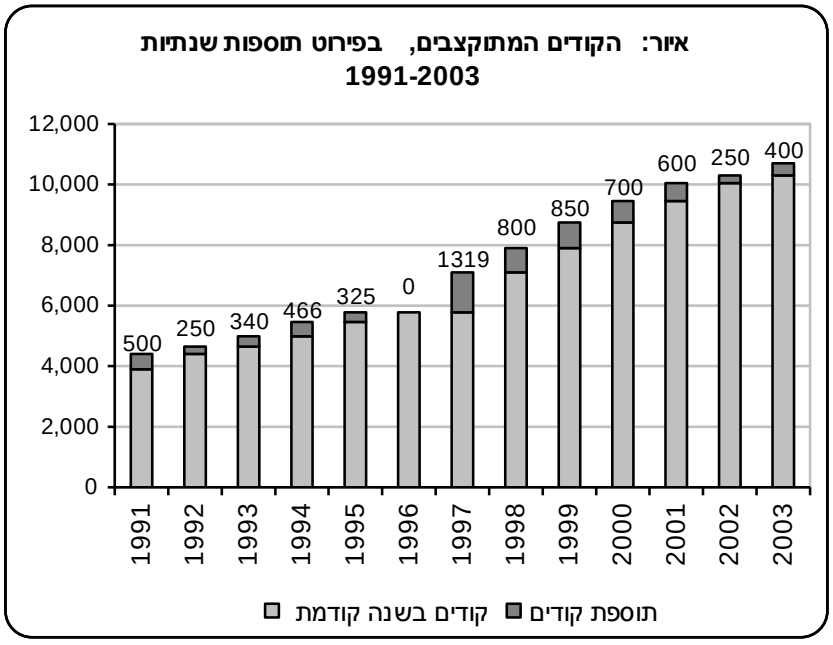
חלקו של משרד הבריאות במימון דמי האשפוז הסיעודי של הקשיש נקבע לפי הכנסותיו השוטפות של הקשיש ולפי הנכסים שבבעלותו (דירה, נכסים כספיים וכדומה). כאשר לקשיש יש ילדים בוגרים, הם חייבים, על פי החוק, להשתתף במימון האשפוז, והשתתפותם נקבעת לפי רמת הכנסותיהם ומצבם המשפחתי. קשיש שנמצא זכאי לעזרת המדינה במימון אשפוזו, חייב בתשלום דמי כניסה חד-פעמיים בגובה כפליים מסכום ההשתתפות החודשית שנקבעה. לעיתים הסכומים שיש לשלם למשרד הבריאות קרובים מאוד לסכום שעל המשפחה לשלם עבור אשפוז פרטי (הדבר תלוי כאמור במצב הכלכלי של הקשיש ובני משפחתו).

לאחר שנקבעה זכאותו של הקשיש להשתתפות המדינה במימון אשפוזו במוסד סיעודי, הוא מקבל מידע מלשכת הבריאות על המוסדות הקיימים באזור מגוריו ובוחר במוסד המתאים לו. המדינה משלמת למוסד את דמי האשפוז (אופן קביעת דמי האשפוז המשולמים למוסדות יפורט בהמשך) ועל המוסד נאסר לגבות מהקשיש או ממשפחתו כל תשלום נוסף.

[2] הנתונים הם של משרד הבריאות. בסוף שנת 2003, מספר המיטות לקשישים סיעודיים ותשושי נפש הגיע ל- 17,544.

כ-70 אחוז מהמאושפזים במוסדות זוכים להשתתפות משרד הבריאות ("קודים"). פירוט הקודים המתוקצבים על-ידי משרד הבריאות 1991-2003 מתואר באיור בעמוד הבא (התוספות השנתיות מובלטות ומספרן מופיע על גבי העמודה).

איור: הקודים המתוקצבים, בפירוט תוספות שנתיות 1991-2003



מקור: האגף לגריאטריה, משרד הבריאות.

לגבי משרדי הייעוץ – במרכז הארץ קיימים מספר משרדים העוסקים בייעוץ והכוונה לקשיש ולמשפחתו, בין היתר הם מסייעים גם בבחירת מוסד מתאים. למשרדים אלה יש בדרך-כלל הסכמים עם מספר בתי אבות, אליהם הם מפנים את הבאים לייעוץ. משרדי הייעוץ אינם גובים מהקשיש תשלום עבור הייעוץ וההכוונה אך מקבלים עמלה מהמוסדות.

כאשר המדינה אינה מוצאת לנכון להשתתף בדמי האשפוז של הקשיש, הקשיש בוחר את המוסד המתאים לו (בעצמו או בעזרת משרד ייעוץ) ומשלם את דמי האשפוז ישירות למוסד. התעריפים ללקוחות אלה ("לקוחות פרטיים") נקבעים על-ידי המוסדות עצמם, ואין עליהם פיקוח של כל גורם שהוא.

ה. התעריף הממשלתי לפי סוג המוסד

קיים שוני בין התעריפים שמשלם משרד הבריאות לכל אחד מסוגי המוסדות לפי הבעלות (התעריף ליום אשפוז זהה לחולה סיעודי ולחולה תשוש נפש).

1) **המוסדות הממשלתיים**. כ-7 אחוזים מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות הממשלתיים, הפועלים על פי תקציב שנתי, כך שאינם ממומנים לפי מספר המאושפזים בפועל. העלות של יום אשפוז למדינה בשנת 2001 הייתה כ-500 ש״ח. התפוסה במוסדות אלה היא בדרך-כלל מלאה, היות שכל מיטה ריקה משמעותה הפסד למדינה (העלות שולמה מראש בתקציב).

בשנת 2002 החליטה הממשלה להפסיק בהדרגה להפעיל מיטות סיעודיות במוסדות של המדינה, וגובשה תכנית רב-שנתית על-ידי הנהלת משרד הבריאות, להסבת המיטות הללו למיטות לסיעוד מורכב וגריאטריה שיקומית. צעד זה מאפשר לנצל ביעילות גדולה יותר את התשתית והמשאבים הקיימים במוסדות הממשלתיים, ולתת מענה למחסור הקיים במיטות מסוג זה. בדרך זו גם ניתן להוזיל את עלות האשפוז הסיעודי למדינה, כיוון שהתעריף המשולם למלכ״רים ולמוסדות הפרטיים נמוך מהעלות למיטה במוסד ממשלתי.

2) **המוסדות הציבוריים (מלכ״רים).** כ-43 אחוז מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות ציבוריים – מלכ״רים (כולל מוסדות השייכים לקופות-החולים השונות). התעריפים שמשרד הבריאות משלם למוסדות אלה נקבעו בשנת 1981 על-ידי ״ועדת דרבסי״ ועודכנו במהלך השנים לפי שינויי המחירים במשק. ועדת דרבסי קבעה את תקני כוח האדם הנדרשים לעבודה תקינה של מחלקה סיעודית וחישבה את עלות כוח האדם על פי התקן שנקבע. לפי חישובי הוועדה, הוצאות כוח אדם מהוות כ-70 אחוז מסך ההוצאות השוטפות של מחלקה סיעודית ועליהן מתווספות הוצאות שונות של ״קניות״, המהוות כ-30 אחוז מההוצאות. התעריף אינו לוקח בחשבון הבדלים באיכות הטיפול הניתן במוסדות השונים אלא מבוסס על עלויות התפעול שתוארו לעיל בלבד. התעריף הממוצע למוסדות הציבוריים בשנת 2001 היה כ-300 ש״ח ליום אשפוז. חלק מהמוסדות הציבוריים מאוגדים ״בארגון בתי האבות״ (אב״א), המייצג אותם מול משרד הבריאות.

3) **המוסדות הפרטיים**. כמחצית מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות עסקיים שבבעלות פרטית. התעריפים המשולמים למוסדות אלה נקבעו בהסכם בין "ארגון בתי האבות הפרטיים" (בו חברים חלק גדול מהמוסדות הפרטיים) למשרד הבריאות, אשר עודכן לאחרונה בשנת 1997. התעריף למוסדות הפרטיים מחושב באופן דומה לזה של המוסדות הציבוריים אך תקני כוח האדם הנדרשים מבתי האבות הפרטיים נמוכים מאלה הנדרשים מהמוסדות הציבוריים וגם התעריפים המשולמים להם נמוכים יותר. התעריף הממוצע למוסדות הפרטיים היה בשנת 2001 כ-271 ש"ח ליום אשפוז. חלק מהמוסדות הפרטיים חברים בארגון אב"א, עובדים לפי תקן האופטימום של מלכ"רים ומקבלים תעריפים גבוהים יותר בהתאם (תעריפיהם אף גבוהים מתעריפי רוב המלכ"רים).

ו. כוח אדם במחלקות סיעודיות

תקן כוח האדם למוסדות השונים מפורט בנהלי משרד הבריאות וכולל את כל סוגי בעלי התפקידים שחייבים להיות במחלקה סיעודית, החל במנהל וכלה בעובדי הניקיון. הנוהל מפרט את היקף המשרה הנדרש מכל בעלי התפקידים ביחס למספר המיטות במחלקה (התקן הנדרש במחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש הוא זהה).

האחיות וכוח העזר ("מטפלות/ מטפלים") מהווים מרכיב חשוב בצוות העובדים במחלקה הסיעודית. לאחיות תפקיד מפתח במחלקה סיעודית, בהיותן נושאות באחריות להתנהלות השוטפת של המחלקה ובכלל זה בריאות החולים, גילוי מוקדם של בעיות רפואיות, ביצוע הטיפול הרפואי על פי הוראות הרופא, מעקב ופיקוח על תפקוד כוח העזר, תאום פעולות הגורמים השונים העוסקים בטיפול בחולים, דיווח ועוד. עובדי כוח העזר מבצעים חלק נכבד מהעבודה היומיומית במחלקה, כולל פעולות תמיכה ומילוי צרכים פיזיולוגיים ואחרים של המאושפזים.

תקן משרד הבריאות קובע את מספר האחיות ואת כוח העזר למיטה במחלקה סיעודית, כמפורט להלן, כאשר חובה על כל מוסד לעמוד לפחות בתקן המינימום.

לוח 1. תקן למיטה – אחיות וכוח עזר במחלקה סיעודית, לפי סוג המוסד

	מוסדות פרטיים	**מלכ"רים** (מינימום ואופטימום)
סה"כ	0.38	0.4 – 0.5
אחיות	0.10	0.16 – 0.2
כוח עזר	0.28	0.24 – 0.3

ז. הרפורמה בתעריפי משרד הבריאות

בשנת 2002 החליט משרד הבריאות על שיטה חדשה לקביעת תעריפי האשפוז במוסדות הסיעודיים. השיטה החדשה אחידה לכל המוסדות (פרטיים ומלכ"רים) ומאפשרת בעיקרון לתגמל את המוסדות שאיכותם גבוהה יותר. השיטה מבוססת על מחיר בסיסי ליום, שחושב לפי עלות כוח אדם בהתאם לתקן שנקבע, בתוספת הוצאות תפעול אחרות. בנוסף, ניתן לצבור נקודות זכות לפי קריטריונים, כגון: משך (תוקף) הרישוי של המוסד, תחזוקה ותנאים פיזיים, ותק כוח האדם הסיעודי, הכשרה/השכלה של העובדים, מומחיות רופא המחלקה והמיקום הגיאוגרפי של המוסד.

על פי השיטה החדשה תקן כוח האדם יהיה אחיד למלכ"רים ולמוסדות הפרטיים: 0.16 אחיות למיטה ו-0.3 כוח עזר למיטה. התעריף הבסיסי היומי שנקבע הוא 281 ש"ח, כאשר המוסד יכול לצבור עד 26 נקודות זכות, שערך כל אחת מהן הוא שקל אחד. התעריף היומי המרבי הוא לפיכך 307 ש"ח. השיטה החדשה עדיין לא הופעלה בגלל התנגדותם של המוסדות, שאף פנו לבג"צ בטענה שהתעריף שנקבע מבוסס על עלויות נמוכות מידי, שאינן תואמות את המציאות.

ח. רישוי, בקרה ופיקוח על המוסדות הסיעודיים

הרישיון ממשרד הבריאות להפעלת המוסד כולל גם אישור על מספר המיטות לסוגיהן, אותן רשאי המוסד להפעיל. תקופת הרישוי הסטנדרטית היא שנתיים, אולם מוסד, שלא עמד בכל התנאים שמשרד הבריאות קבע, מקבל רישיון לתקופה קצרה יותר, עד לתיקון כל הליקויים.

משרד הבריאות פרסם קובץ נהלים מפורט ביותר, המתייחס לרוב תחומי הפעילות והחיים במוסדות הסיעודיים. נהלים אלה מהווים

מסגרת מחייבת למוסדות המאשפזים ובסיס מנחה לפיקוח ולבקרה של נציגי המשרד במוסדות. מטרת הנהלים היא ליצור את הבסיס המשותף והמחייב לטיפול סיעודי, רפואי ופרא-רפואי וכן לקבוע ולהגדיר את מסגרת השירותים השונים להם זקוק הקשיש לשמירה על בריאותו ולאיכות חייו. הנהלים הוכנו על-ידי אנשי מקצוע באגף לגריאטריה והופצו לכל המוסדות בהם מאושפזים חולים סיעודיים או תשושי נפש.

הפיקוח של משרד הבריאות על המוסדות מתבצע בשני רבדים: פיקוח של לשכות הבריאות האזוריות, שתפקידן השגחה שוטפת ופיקוח מטעם האגף לגריאטריה, העורך בקרות תקופתיות במוסדות. הלשכות המקומיות מבצעות את הבקרה בשיטה המבוססת על "שיטת הרף", שפותחה בג'וינט-מכון ברוקדייל. על פי השיטה, נערכת בדיקה לעומק של בעיות נבחרות ("מסמנים"), המייצגות תחומי טיפול שונים ויכולות לשמש בסיס להערכת איכות הטיפול הכוללת של המוסד.

האגף לגריאטריה מבצע את הבקרה על בסיס קריטריונים מוגדרים מראש ונהלים מפורטים וגלויים, הכוללים את התחומים הבאים:

1) בדיקת מצבת כוח אדם ביחס לתקן ומספר המאושפזים בפועל בהשוואה לרישיון.
2) טיפול רפואי וסיעודי, לרבות הרישום הרפואי והסיעודי.
3) שירותי מזון ותזונה.
4) פיזיותרפיה ומכשור רפואי.
5) פעילות תעסוקתית – ריפוי בעיסוק.
6) פעילות חברתית סוציאלית.
7) תנאים פיזיים.

הבקרה מבוצעת על-ידי צוות רב מקצועי, בסיומה נמסרת למוסד התרשמות בעל-פה ולאחר מכן נשלח למוסד דו"ח מפורט בכתב על ממצאי הבקרה, הערות והארות וכן ציון הערכה בכל אחד מהתחומים שנבדקו.

4. ממצאים ומסקנות

להלן עיקרי הממצאים והמסקנות של המודלים האקונומטריים (התוצאות מפורטות בלוחות הנספח שנכללו בפרסום המלא).

א. יעילות

כפי שציינו, הדעה המקובלת בקרב גורמים רבים היא שיש לצפות שפירמה עסקית תהיה יעילה יותר ממלכ״ר, מכיוון שהיא חותרת למקסם את רווחיה ובתוך כך היא תפעל להקטנת ההוצאות, ולעומת זאת, מלכ״ר שאינו ממקסם את רווחיו איננו מחויב להביא למינימום את הוצאותיו.

ניתוח תיאורטי של המשתנים המשפיעים על העלויות של פירמה עסקית לעומת מלכ״ר מראה, שחלק מהמשתנים מעלים את ההוצאות של פירמה עסקית, כמו, למשל, הוצאות על פרסום ויחסי ציבור, ואילו משתנים אחרים, כמו העסקת מתנדבים ופטור ממיסים שונים מורידים את ההוצאות של מלכ״ר. לעומת זאת, תשלום שכר הוגן יותר, כמקובל בחלק מהמלכ״רים, עלול להגדיל את הוצאותיו של מלכ״ר. מכאן, שמבחינה תיאורטית, כל יחס בין הוצאותיו של מלכ״ר להוצאות פירמה עסקית הוא אפשרי, ותלוי במשתנים שהוזכרו לעיל.

הבדיקה האמפירית מראה, שאמנם העלות ליום אשפוז במוסדות שהם מלכ״רים גבוהה מהעלות במוסדות העסקיים אך יחד עם זה, איכות השירות שמספקים המלכ״רים גבוהה יותר. לכן, ניתן לייחס את השוני בעלויות לשוני באיכויות, ואין להסיק מכך על שוני ביעילות. האמידה האקונומטרית מראה, שאין הבדל מובהק בין העלות ליום אשפוז במלכ״ר לעומת פירמה עסקית, עבור אותה רמת איכות. תוצאה זו אומתה גם בבדיקה שנערכה לפי שיטת ניתוח המעטפת, באמצעותה נבדקה היעילות, הן ביחס לעלות ליום אשפוז והן ביחס לרמת כוח האדם הטיפולי שמעסיקים המוסדות.

לסיכום, על פי הממצאים שהתקבלו בעבודה זו, המסקנה היא, שאין שוני ביעילות של מלכ״רים לעומת הפירמות העסקיות.

כמה גורמים נוספים משפיעים על רמת היעילות: ראשית, מספר המיטות התפוסות, כאשר הגדלת אחוז המיטות התפוסות במוסד מצמצמת את העלות למיטה. הגורם השני הוא אחוז המיטות הסיעודיות במוסד: ככל שהאחוז גדול יותר – כך עולה היעילות במוסד. ניתן להסביר

זאת בכך, שמוסדות שבהם אחוז המיטות הסיעודיות הוא גבוה מתמחים למעשה בסוג זה של שירות וההתמחות מגדילה את היעילות.

יש לציין כי הבדיקות שנערכו לפי שיטת ניתוח המעטפת, מלמדות שמרבית המוסדות בענף, ללא קשר לבעלות על המוסד, אינם פועלים ביעילות מקסימלית. אחד מהגורמים להפסד יעילות הוא חוסר ניצול של יתרונות לגודל. בחלק מהמוסדות ניתן להגדיל את היעילות על-ידי הגדלת היקף הפעילות של המוסד.

ב. איכות השירות

על פי ממצאינו, מלכ"רים מספקים שירות באיכות גבוהה יותר בממוצע לעומת הפירמות העסקיות. שני גורמים מסבירים את השוני הזה: ראשית, הנטייה של מלכ"ר לפעול לטובת הציבור שמתבטאת בהעלאת האיכות; שנית, כתוצאה ממדיניות משרד הבריאות לגבי אופן קביעת המחיר ליום אשפוז סיעודי, התעריפים לבתי אבות שהם מלכ"רים גבוהים מאלו של בתי אבות שהם פירמות עסקיות. הממצאים הראו שהמוסדות הפועלים בענף מתאימים את האיכות שהם מספקים לתעריף המשולם להם על-ידי משרד הבריאות. למוסד עסקי בעל תעריף גבוה כדאי לשפר את האיכות על מנת למשוך לקוחות נוספים, ולכן האיכות בו תהיה גבוהה מזה של מוסד עסקי המקבל תעריף נמוך. גם אצל המלכ"רים נמצאה תוצאה דומה: תעריף גבוה מגדיל את הכנסות המלכ"ר, אך האיסור על יצירת רווחים מחייב להוציא יותר כספים למטרות שונות, כולל שיפור האיכות. לפיכך, האיכות הגבוהה יותר של השירות המסופק על-ידי המלכ"רים נובעת בחלקה מהעובדה שהתעריף המשולם להם על-ידי משרד הבריאות הוא גבוה יותר.

נזכיר שהממשלה מהווה גורם דומיננטי בשוק זה, כיוון שהיא משלמת למוסדות עבור כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות לפי התעריפים שהיא קובעת, ובדרך זו משפיעה באופן ניכר על האיכות.

על פי ממצאינו, קיימים גורמים נוספים המשפיעים על האיכות: במוסדות עסקיים, ככל שאחוז המיטות הסיעודיות במוסד גבוה יותר האיכות נמוכה יותר – יש להדגיש, שקשר זה קיים במוסדות עסקיים בלבד ולא במלכ"רים. כמו כן, מצאנו שבמלכ"רים גודל המוסד (המספר הכולל של מיטות במוסד) אינו משפיע באופן מובהק על האיכות, בעוד שבמוסדות העסקיים האיכות גבוהה יותר במוסדות גדולים יותר. עבור המוסדות העסקיים, שהוקמו עד שנת 1984, נמצא שהאיכות יורדת עם

השנים, אך בשנים האחרונות ניתן להבחין בשינוי במגמה, כאשר איכות המוסדות העסקיים עולה ככל שהמוסד חדש יותר. ניתן להסביר ממצאים אלה כאשר בוחנים את ההיסטוריה של ענף בתי האבות בישראל. מחסור חמור במיטות סיעודיות הביא במהלך השנים לפתיחת מוסדות עסקיים שבחלקם הגדול ישנן מחלקות סיעודיות בלבד. תקני כוח האדם שנקבעו למוסדות אלה הם נמוכים ממה שהיה מקובל בענף. כניסת הפירמות העסקיות לענף הביאה לצמצום עודף הביקוש, אך תוך כדי פשרה על איכות המוסדות. בשנים האחרונות ניתן לראות שמגמה זו השתנתה והוקמו מוסדות עסקיים, שרובם מיועדים לעצמאים ותשושים. המוסדות החדשים הם גדולים יותר ואחוז המיטות הסיעודיות בהם קטן יחסית. מוסדות אלה הם בעלי איכות גבוהה וחלקם אף מקבלים לקוחות פרטיים בלבד.

מן הממצאים עולה תוצאה מעניינת הקשורה למגדר/למינו של מנהל המוסד – מסתבר שבמוסדות המנוהלים על-ידי נשים האיכות גבוהה יותר. הממצא בולט בעיקר במלכ״רים (מרבית המוסדות העסקיים שבמדגם מנוהלים על-ידי גברים, בעוד שבמלכ״רים ישנן יחסית יותר נשים מנהלות).

באשר להשפעות הסביבה על איכות המוסדות, מצאנו שמספר רב יותר של מיטות סיעודיות באזור (לפי שיעור המיטות הסיעודיות לכל 1000 קשישים בני 75 ומעלה) מעלה את האיכות במוסדות העסקיים אך אינו משפיע באופן ברור על האיכות במוסדות שהם מלכ״רים. כלומר, בית אבות שהוא מלכ״ר קובע את איכות הטיפול שיינתן בו בלי קשר לרמת התחרות באזור בו הוא פועל ואילו מוסד עסקי מגיב על תחרות רבה בהעלאת האיכות.

ג. כוח אדם ואיכות

היקף כוח האדם המועסק במחלקה סיעודית והשפעתו על האיכות הוא נושא בעל חשיבות רבה. מרבית העבודה היומיומית במחלקה סיעודית מבוצעת על-ידי כוח האדם ה״טיפולי״, דהיינו אחיות וכוח עזר. על פי ממצאינו, האיכות במלכ״רים היא כאמור גבוהה יותר לעומת המוסדות העסקיים. נזכיר שלפי המאפיינים הסטטיסטיים של המדגם, ממוצעי ההעסקה של אחיות וכוח עזר זהים במלכ״רים ובפירמות העסקיות אך קיים שוני בחציון: לגבי אחיות (מספר אחיות למיטה תפוסה), החציון גבוה יותר במלכ״רים (0.193) לעומת מוסדות עסקיים (0.16). לעומת

זאת, מוסדות עסקיים משתמשים בכוח עזר בשיעור רב מזה של מלכ"רים (החציון במוסדות עסקיים הוא 0.339 לעומת 0.328 במלכ"רים).

התוצאות שהתקבלו באמידה האקונומטרית מצביעות על שוני רב בין מלכ"רים לפירמות עסקיות ביחס להשפעת רמת ההעסקה של אחיות, כוח עזר וכוח האדם הטיפולי בכללותו על האיכות. במוסדות העסקיים מצאנו שכוח האדם הטיפולי לסוגיו משפיע חיובית על האיכות וזאת עד לרמת העסקה מסוימת, וממנה ואילך תוספת כוח אדם משפיעה שלילית על האיכות. החישובים שערכנו מראים, שבלמעלה מ-10 אחוזים מהמוסדות העסקיים, מועסק כוח אדם רב מדי, שאינו תורם לאיכות. במלכ"רים לעומת זאת, לא נמצא קשר בין רמת ההעסקה של כוח האדם הנ"ל לבין האיכות. מכאן, שהאיכות הגבוהה יותר שמספקים המלכ"רים אינה נובעת **מכמות** כוח האדם הטיפולי המועסק במחלקות הסיעודיות, אלא יכולה להיות מוסברת על-ידי גורמים אחרים, כמו שוני באופן הניהול של המוסד, שוני במוטיבציה של העובדים או מודעות גבוהה יותר של העובדים וההנהלה לחשיבות של איכות הטיפול. בכל זאת, התוצאה המצביעה על כך, שהגדלת רמת כוח האדם למיטה במלכ"רים איננה משפיעה על האיכות חייבת להטריד אותנו. קרוב לוודאי, שיש מקום לשיפור השימוש בכוח אדם במוסדות בכלל, ובמוסדות שהם מלכ"רים בפרט.

ד. התעריף ליום אשפוז ללקוחות פרטיים

כל מוסד קובע בעצמו את התעריף ליום אשפוז עבור הלקוחות הפרטיים, המשלמים ישירות לבית האבות ללא השתתפות כלשהי של משרד הבריאות. מניתוח הגורמים המשפיעים על קביעת תעריף זה מסתבר, שמלכ"רים קובעים, בממוצע, תעריף גבוה מזה הנקבע על-ידי מוסדות עסקיים. עוד מסתבר, לגבי הקשר בין התעריף הממשלתי לבין התעריף לפרטיים, שקיים קשר חיובי בין שני התעריפים במוסדות העסקיים אך לא במלכ"רים.

על-מנת ללמוד על השפעת רמת ההכנסה באזור בו ממוקם בית האבות על התעריף לפרטיים השתמשנו במשתנה "עוני", שהוא אחוז מקבלי השלמת הכנסה מתוך מקבלי קצבת זקנה ביישוב. מסתבר, שבתי אבות שהם מלכ"רים מתחשבים בהיקף העוני באזור וקובעים תעריף נמוך יותר ללקוחות פרטיים באזורים עניים. קרוב לודאי, שתוצאה זאת נובעת מכך שניתן לגייס תרומות ומענקים גדולים יותר עבור בתי אבות הממוקמים

באזורי עוני. קשר זה בין ההכנסות הנמוכות באזור לבין התעריפים לפרטיים איננו קיים אצל בתי אבות עסקיים.

המחיר ללקוחות הפרטיים משקף את נכונותו של הציבור לשלם למוסד. אנו מצפים שעבור איכות גבוהה יותר ייקבע תעריף גבוה יותר. הציבור מוכן לשלם מחיר גבוה, כאשר הוא סבור שהאיכות גבוהה, אך כזכור, לציבור אין אינפורמציה מלאה ביחס לאיכות. מסתבר שבפועל קיים קשר בין איכות השירות לבין גובה התעריף לפרטיים בבתי אבות עסקיים, אך לא כך במלכ״רים. ייתכן שדבר זה נובע מכך שהמלכ״רים קובעים את המחיר לפי משתנים אחרים ולאו דווקא לפי האיכות. למשל, באזורים בהם הכנסות התושבים נמוכות, נוטים המלכ״רים לקבוע מחירים נמוכים למרות שהם מספקים איכות גבוהה. הלקוחות הפוטנציאליים בודקים את טיב המוסד, ונכונותם לשלם מתבססת על מספר סיגנלים (איתותים) בעזרתם הם אומדים את איכות המוסד.

האמידה האקונומטרית מצביעה על כך, שקיימים כמה משתנים הממלאים תפקיד של סיגנל (איתות) ואשר משפיעים על נכונותו של הציבור לשלם: סוג המוסד (עסקי או מלכ״ר, כאשר מלכ״ר מאותת על איכות יותר גבוהה), אחוז המיטות הסיעודיות במוסד (ככל שאחוז זה נמוך יותר, הציבור סבור שהאיכות יותר גבוהה), התנאים הפיזיים (מבנה נאה ומודרני, גינון וכדומה, מאותתים על איכות גבוהה), ומינו של המנהל (מוסד המנוהל על-ידי אישה הוא איתות על איכות גבוהה יותר ממוסד המנוהל על-ידי גבר).

ה. מטרת המלכ״רים: לפעול לטובת הציבור

ההשערה העומדת בבסיס עבודה זו היא שמלכ״רים פועלים לטובת הציבור. מטרה זו נוסחה על פי התיאוריה הכלכלית כבעיית מקסימיזציה של עודף הצרכן. מלכ״ר יכול להגדיל את עודף הצרכן בדרכים שונות, למשל על-ידי מכירה במחיר נמוך ממחיר השוק או באמצעות אספקת שירותים באיכות גבוהה יותר. לאור העובדה שבישראל רוב המאושפזים במוסדות הסיעודיים ממומנים על-ידי משרד הבריאות, המשלם למוסדות עבור האשפוז בהתאם לתעריפים הנקבעים על ידו, נוקטים המלכ״רים בדרך של העלאת האיכות, המשפרת את מצבם של הצרכנים בכלל ושל מעוטי יכולת בפרט. התוצאות האמפיריות מראות כאמור, שהאיכות שמספקים מוסדות שהם מלכ״רים גבוהה יותר מזו שמספקים מוסדות עסקיים. דבר זה בולט בעיקר אצל מלכ״רים הפועלים באזורים בהם

אוכלוסיית הקשישים ענייה יותר. הממצאים מלמדים, שמוסדות קובעים את רמת האיכות שהם מספקים בלא התייחסות להכנסות התושבים בסביבה.

כ-30 אחוז מהנזקקים לאשפוז סיעודי משלמים עבור האשפוז בעצמם. הממצאים מראים כאמור שהתעריף ללקוחות פרטיים במלכ"רים גבוה מזה שבמוסדות העסקיים. קיים שוני ניכר בתעריף הממוצע: המלכ"רים גובים מלקוחות פרטיים 357.6 שקל ליום אשפוז, בעוד שהתעריף הממוצע בפירמות העסקיות הוא 315.1 שקל. אפשר להסביר את הפער בתעריף הפרטי ליום אשפוז בין בתי אבות עסקיים לבין בתי אבות שהם מלכ"רים בכך, שסביר שהלקוחות הפרטיים שייכים לקבוצת הכנסה גבוהה בעוד שלקוחות הממומנים על-ידי משרד הבריאות הם בעלי הכנסות נמוכות (נזכיר כי זהו הקריטריון העיקרי של משרד הבריאות למתן זכאות למימון ממשלתי). ייתכן שההכנסות הגבוהות מהלקוחות הפרטיים משמשות גם למימון העלאת האיכות המטיבה את מצבם של הלקוחות הפחות מבוססים כלכלית. מלכ"ר המעונין לשפר את מצבם של הלקוחות בעלי הכנסות נמוכות יכול לעשות זאת על-ידי העלאת התעריף הפרטי והוא מפנה את ההכנסה הנוצרת עקב כך להעלאת האיכות. יש לציין שבמוסדות שאיכותם גבוהה מאוד אין שוני מובהק בתעריף לפרטיים במלכ"רים ובמוסדות עסקיים. ייתכן שבתחומי איכות אלו פערי האמינות בין בתי אבות עסקיים למלכ"רים מצטמצמים, דבר המחייב קביעת תעריפים דומים לשני הסוגים של בתי האבות.

בנוסף, התוצאות מראות, שבאזורים בהם הכנסות הצרכנים הפוטנציאליים של האשפוז הסיעודי נמוכות, המלכ"רים גובים מחיר נמוך יותר מזה שגובות הפירמות העסקיות ואיכות השירות שלהם גבוהה מזו שמספקים המוסדות העסקיים. קרוב לוודאי, כאמור, שלמלכ"רים הפועלים באזורי הכנסות נמוכות קל יותר לגייס תרומות. כספי התרומות (וכספים ממקורות נוספים) מאפשרים לקבוע תעריף נמוך לפרטיים ובכך הם פועלים לטובת הציבור.

ו. אמינות המלכ"רים

הדעה המקובלת היא שמלכ"רים אמינים יותר מפירמות עסקיות. במסגרת עבודה זו לא ניתן היה לאסוף נתונים שיאפשרו לבחון השערה זו באופן ישיר. עם זאת, מתוך הניתוחים הסטטיסטיים עולים מספר

ממצאים הנוגעים לנושא זה, ואשר מאפשרים התייחסות לשאלת האמינות והסקת מסקנות :

1) ממבנה הענף ניתן לראות שפירמות עסקיות נוטות לספק איכות נמוכה ומלכ״רים נוטים לספק איכות בינונית וגבוהה. ממצא זה תואם את ההשערה שמלכ״ר אמין יותר מפירמה עסקית.
2) הממצאים האמפיריים מראים, שכאשר צרכן משלם עבור האשפוז באופן פרטי, הוא מוכן לשלם מחיר גבוה יותר למוסד שהוא מלכ״ר מאשר לפירמה עסקית, גם אם האיכות של שני המוסדות שווה.
3) המאפיינים הסטטיסטיים של המדגם הראו, כי התפוסה במלכ״רים גבוהה יותר מאשר במוסדות העסקיים (התפוסה הממוצעת במלכ״רים 97.8 אחוז לעומת 92.2 אחוז במוסדות העסקיים, כאשר במחצית מהמלכ״רים קיימת תפוסה מקסימלית - 100 אחוז). עובדה זו יכולה אולי להעיד על כך, שהציבור מעדיף מלכ״רים כיוון שהם מצטיירים בעיניו כאמינים יותר. הממצאים בעבודה זו מראים, שהאיכות במלכ״רים גבוהה יותר, אך יש לזכור שהאיכות אינה ידועה לציבור, כלומר הוא אינו בוחר במלכ״רים כיוון שהוא **יודע** שהאיכות גבוהה יותר, אלא בגלל שהוא **מאמין** שהאיכות גבוהה יותר.

לפיכך, סביר שהמלכ״רים נתפסים בעיני הציבור כאמינים יותר מהפירמות העסקית.

ז. הערכת האיכות

עסקנו בשאלה, מהי הדרך הנכונה למדידת האיכות ומטרתנו הייתה להציג מדד איכות שיהיה נכון מבחינה תיאורטית כמייצג את רמת האיכות בצורה טובה, ועם זאת, אפשרי לאמידה. המדד ששימש להערכת האיכות בעבודה זו נותן לכל מוסד ציון איכות לפי קריטריונים שנקבעו על-ידי רשות מקצועית ומוסמכת. סביר להניח, שקריטריונים אלה מהווים אמת מידה טובה לאיכות, ובוודאי עדיפה על מדדי איכות אחרים, כמו שיעור תמותה, מספר תלונות לרשויות וכדומה, המקובלים במחקרים בשנים האחרונות. יתרה מכך, המדדים המקובלים בספרות בודקים לרוב תופעות שאינן יומיומיות, ולפיהן מעריכים איכות, בעוד שהמדד בו השתמשנו מתייחס להערכת האיכות כפי שהיא מתבטאת בתפקוד השגרתי של מחלקה סיעודית.

הבעיה היא, שהמדד מתייחס **רק** לקריטריונים שנקבעו על-ידי משרד הבריאות וחסרים בו דברים אחרים, בעלי חשיבות למאושפזים במוסד

סיעודי, הקובעים במידה רבה את איכות הטיפול ואת איכות החיים שלהם, למשל יחס אישי, הניתן על-ידי הצוות המטפל, המהירות בה נענה הצוות לצרכים המיידיים של המאושפז, וכדומה. גורמים מסוג זה אינם מקבלים ביטוי מספיק במדד בו השתמשנו וגם לא במרבית המדדים המקובלים אחרים.

בהיותנו ערים לעניין זה, שקלנו את האפשרות של בדיקת שביעות רצונם של המאושפזים במחלקות הסיעודיות מאיכות הטיפול הניתן להם, כדי שניתן יהיה להרחיב את מדד האיכות הקיים או להשתמש במדד נוסף, שיביא לידי ביטוי את האלמנטים החסרים. אולם יש לזכור, שהקשישים המאושפזים במחלקות סיעודיות אינם מסוגלים לדאוג לעצמם ותלויים כמעט לחלוטין בצוות המטפל, אשר אמור לסייע בסיפוק כל צורכיהם, כולל הצרכים הפיזיים האלמנטריים ביותר. חלק גדול מהקשישים נמצאים בדרגות שונות של דמנציה ולכן אינם צלולים, סובלים מבעיות זיכרון והתמצאות ולעיתים אינם מזהים אף את בני משפחתם הקרובים. קשישים אלה הם הצרכנים של השירות הניתן במחלקות הסיעודיות של בתי האבות, אך רובם יתקשו לענות על שאלות הנוגעות לאיכות חייהם ולאיכות הטיפול הניתן להם. קיימת אפשרות לשאול את דעתם של בני המשפחה של המאושפזים על איכות הטיפול. בחירה בדרך זו מחייבת תשומת לב למספר בעיות שעלולות להביא לידי כך שאמינות המדד תהיה מוטלת בספק:

1) סביר שיקשה על בני המשפחה להעריך את איכות הטיפול הניתן במוסד, כיוון שאין להם אינפורמציה על הטיפול הניתן במוסדות אחרים, כך שאין ביכולתם להשוות ולשפוט אם הטיפול הוא טוב.
2) ייתכן שבני המשפחה אינם מגיעים לבקר את הקשיש בתדירות גבוהה, כך שיתקשו לתת חוות דעת מבוססת מספיק (מצב זה אינו נדיר בקרב משפחות של חולים סיעודיים).
3) יש לזכור שהפתרון המוסדי משחרר את בני המשפחה מהעול הכבד של טיפול יומיומי בקשיש הסיעודי, כך שייתכן שכל מוסד יראה להם "טוב" או בוודאי טוב יותר מהמצב ללא מוסד.
4) יש ספק אם בני המשפחה יהיו מוכנים לתת חוות דעת אמיתית ולהשמיע דברי ביקורת, מחשש שמא הדבר יפגע בבן משפחתם המאושפז.

נראה, אפוא, שקיים קושי ניכר לתת ביטוי כמותי, לא כל שכן אובייקטיבי, להערכות מסוג זה. לפיכך, סביר שהערכת האיכות, כפי שנעשתה בעבודה זו והמתבססת על הביקורת של משרד הבריאות, משקפת באופן טוב (אם כי לא מלא) את איכות הטיפול במחלקות הסיעודיות (נציין שאיסוף המידע הדרוש לצורך בניית מדד האיכות ארך זמן רב ולווה בקשיים על-אף קיומו של חוק חופש המידע).

ח. בעיית האינפורמציה

בענף בתי האבות קיימת בעיה של אינפורמציה לא סימטרית ביחס לאיכות השירות הניתן לצרכנים. הצרכן אינו יודע את האיכות האמיתית של השירות אלא רק זמן מה לאחר שרכש אותו. כדי לקבל מידע על האיכות בטרם הרכישה, מנסה הצרכן להסתמך על סיגנלים – כלומר, סימנים או איתותים אשר יכולים ללמד על רמת איכות.

כאמור, הממצאים מראים שקיימים מספר משתנים אשר יכולים לשמש כסיגנלים:

1) הבעלות על המוסד: התוצאות מראות שבמלכ"רים האיכות גבוהה יותר.
2) אחוז המיטות הסיעודיות במוסד: התוצאות מראות שכאשר אחוז המיטות הסיעודיות במוסד נמוך יותר, האיכות גבוהה יותר.
3) התנאים הפיזיים במוסד: התוצאות מראות שכאשר התנאים הפיזיים במוסד טובים יותר האיכות לרוב גבוהה יותר.
4) מינו של מנהל המוסד: התוצאות מראות שבמוסדות המנוהלים על-ידי נשים האיכות גבוהה יותר.

יש להדגיש, שהסיגנלים שנמצאו בעבודה זו מתייחסים למדד האיכות בו השתמשנו לצורך האמידה וכפי שהוסבר לעיל, קיימים אלמנטים נוספים המשפיעים על האיכות אשר לא ניתן היה לתת להם ביטוי כמותי במסגרת המדד. בנוסף, יש לזכור שסיגנלים יכולים לשמש כסימן בלבד ואין בהם די כדי לתת תמונה ודאית על רמת האיכות.

5. השלכות למדיניות

ממחקר זה נובעות מספר תוצאות הרלבנטיות לגבי מדיניות הממשלה ביחס למגזר המלכ"רים בכלל ולשירות הניתן לחולים סיעודיים בפרט. נזכיר שהממשלה מהווה גורם דומיננטי בשוק זה, כיוון שהיא משלמת עבור כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות הקיימות. בנוסף לכך, היא קובעת את התעריפים המשולמים למוסדות, את התקנים על פיהם מתנהלים המוסדות ואחראית לרישוי שלהם ולבקרה על איכות הטיפול הניתן בהם.

בשנים האחרונות אנו עדים להתגברות הדעה שעסקי הוא יעיל, ואילו מלכ"רים, אשר אינם פועלים לפי עקרונות עסקיים, נוהגים בזבזנות ופועלים בצורה שאינה יעילה. גישה זו הביאה לניסיונות לכפות על המלכ"רים דרך ניהול "עסקית" יותר. בעבודה זו לא מצאנו שוני בין היעילות הכלכלית של מלכ"רים לזו של פירמות עסקיות. יתרה מכך, ממצאינו הצביעו על כך, שהמלכ"רים הפועלים בענף בתי האבות תורמים לרווחת הציבור בהעלאת האיכות או הורדת המחיר. לפיכך, לא ברור אם כפיית דרך ניהול "עסקית" עליהם תשפר את מצבו של הציבור.

הממצאים הצביעו על כך, שהממשלה משפיעה באופן משמעותי על איכות השירות בענף בתי האבות באמצעות התעריפים שהיא קובעת למוסדות. מן הראוי היה, שהתעריף הממשלתי ייקבע לפי איכות המוסד אך בישראל הדבר אינו נעשה בדרך זו. משרד הבריאות יזם תכנית לרפורמה בענף, לפיה אמורים התעריפים המשולמים למוסדות להיקבע לפי איכות המוסדות ולא כפי הנעשה כיום. התכנית אף קובעת תקני כוח אדם ותעריפים אחידים למלכ"רים ולמוסדות העסקיים, דבר שיבטל את האפליה הקיימת בין שני סוגי המוסדות. שינויים אלה נראים סבירים והגיוניים, אך יש לשים לב למספר ממצאים שהתקבלו בעבודה זו ואשר מחייבים חשיבה נוספת על אופן ביצוע הרפורמה:

- תקן כוח האדם שנקבע למוסדות על פי תכנית הרפורמה הוא 0.16 אחיות למיטה ו-0.3 כוח עזר למיטה (התכנית אינה מציעה תגמול על תוספת כוח אדם מעבר לתקן). במצב הקיים כיום, המוסדות הפועלים בענף מעסיקים בממוצע 0.2 אחיות למיטה ו-0.4 כוח עזר למיטה, כלומר לפחות 25 אחוז מעל לתקן החדש (נדגיש שוב, שאין הבדל בממוצעים בין מלכ"רים לפירמות עסקיות). אם המוסדות יצמצמו את מצבת כוח האדם שלהם, סביר להניח, שתחול ירידה באיכות הטיפול, כלומר ספק אם השינוי המוצע בתקנים יהיה לטובת הצרכנים בענף.

• קבלת התעריף המקסימלי האפשרי לפי הרפורמה מותנית בקריטריונים שמרבית המוסדות לא יוכלו לעמוד בהם, למשל: תנאים פיזיים, שלצורך שיפורם נדרשת השקעה רבה; רמת הוותק של צוות האחיות (אחיות שמספר שנות הוותק שלהן במוסד הוא 13 שנה או פחות לא יזכו את המוסד בתוספת לתעריף); הכשרה והשכלה של צוות האחיות (תארים אקדמיים, אחיות מוסמכות, השתלמויות בגריאטריה ועוד). כתוצאה מכך, יקבלו חלק מהמוסדות בענף תעריף נמוך יותר מהתעריף הנוכחי. ממצאינו מראים, שהמוסדות מתאימים את איכות הטיפול לתעריף הממשלתי כך שהורדת התעריף תגרום לירידת האיכות בחלק גדול מהמוסדות.

• גם לפי הרפורמה בתעריפי משרד הבריאות, התעריפים לא ייקבעו בצורה ישירה לפי איכות המוסד. הרפורמה מציעה קביעת תעריפים לפי כמות התשומות ואיכותן (כוח אדם טיפולי למיטה, רמת ההשכלה והניסיון של עובדים אלו, וכדומה) אולם ידוע, ואף נמצא במחקר זה, שהקשר בין תשומות אלו לבין רמת האיכות איננו קיים אצל מלכ"רים, ואף אצל בתי אבות עסקיים הוא בעייתי. תמוה, שמשרד הבריאות איננו משתמש לקביעת האיכות במידע המצוי בידיו, לאור הבקרות שהוא עורך במוסדות.

אין ספק, שרפורמה בענף המוסדות הגריאטריים רצויה, אך לאור ממצאינו, ראוי שמשרד הבריאות ישקול שנית את פרטי הרפורמה המוצעת.

הערכת האיכות כפי שבוצעה בעבודה זו משקפת באופן נכון, אם כי לא מלא, את איכות הטיפול במחלקות הסיעודיות. בידי משרד הבריאות נמצא מידע רב שבו ניתן לעשות שימוש, כדי לשפר את הערכת האיכות, וזאת על-ידי שילוב של קטגוריות נוספות בתוך המדד (למשל, שיעור תמותה ביחס לתמהיל המאושפזים במוסד, פצעי לחץ וכדומה). בנוסף, הזכרנו את החשיבות הרבה שיש לגורמים כמו יחס הצוות הסיעודי לחולה, והמהירות בה נענה הצוות לצרכיו המיידיים, והוסברה הבעייתיות הקיימת באמידת גורמים חשובים אלה. מן הראוי שהאגף לגריאטריה ישלב בבקרות הנערכות על-ידיו התייחסות מסודרת לנושאים אלה. הערכה של אנשי המקצוע המבצעים את בקרות האיכות תוסיף לבקרות מידע חיוני שראוי להיכלל בציון האיכות של כל מוסד. הרחבת הבקרות כפי שהוצע ושימוש בכל המידע הקיים במשרד הבריאות (כולל

ממצאי הבקרות הנערכות על-ידי לשכות הבריאות המחוזיות), יאפשרו הערכה טובה ואמינה של איכות המוסדות.

קיומה של בעיית אינפורמציה בענף בתי האבות מקשה על הצרכנים ומאלצת אותם להיעזר בסיגנלים כדי לקבל מידע. הסיגנלים, כאמור, יכולים לשמש כסימן בלבד ואין בהם די כדי לתת תמונה ודאית על רמת האיכות. הפתרון לבעיית האינפורמציה של הצרכנים בנוגע לאיכות השירות הוא פשוט, ובידי משרד הבריאות קיימת היכולת לבצעו. הצעתנו היא, שמשרד הבריאות יביא לידיעת הציבור את תוצאות הבקרות הנערכות על ידו, וכך יוכל הציבור לדעת, ביחס לכל מוסד, באיזו מידה הוא עומד בדרישות משרד הבריאות. ניתן לפרסם את המידע על האיכות בצורת "דירוג כוכבים", בדומה לדירוג שהיה מקובל עבור בתי מלון (5 כוכבים, 4 כוכבים וכדומה). צעד כזה יביא לשיפור ניכר במצבם של צרכני השירותים הסיעודיים.

מלכ"רים ממלאים תפקיד חשוב בענפים בהם קיים מצב של אינפורמציה לא מלאה. במידה שתתקבל המלצתנו לפרסום המידע על איכות המוסדות הסיעודיים, יהיה מקום להעלות את השאלה, האם ישנה הצדקה לפעילות מלכ"רים בענף. גם אם תיפתר בעיית האינפורמציה של הצרכנים, דומה שהתשובה על כך חיובית משתי סיבות עיקריות:

ראשית, ממצאי העבודה מראים שמלכ"רים פועלים לטובת הציבור, הן על-ידי גביית מחיר נמוך מצרכנים נזקקים, כאשר המלכ"ר קובע בעצמו את המחיר והן על-ידי אספקת שירות באיכות גבוהה יותר. יציאתם של המלכ"רים מהענף תגרום לפגיעה בציבור הצרכנים, ובעיקר במעוטי יכולת.

שנית, המלכ"רים מספקים בממוצע שירות באיכות גבוהה מזו של הפירמות העסקיות, דבר המחייב את הפירמות העסקיות הפועלות בענף להעלות את איכות השירות שהן מספקות, כדי להתחרות עם המלכ"רים. ייתכן שאם בענף יפעלו מוסדות עסקיים בלבד יביא הדבר לירידה באיכות השירות ולעלייה במחיר שמשלמים הצרכנים הפרטיים, היות שפירמות עסקיות ייטו להוריד את האיכות כדי לחסוך בהוצאות ולהגדיל את הרווחים.

מקורות

גדרון ב., כץ ח. ובר מ., (2003), **המגזר השלישי בישראל, בין מדינת רווחה לחברה אזרחית**, הקיבוץ המאוחד.

גדרון ב., כץ ח. ובר מ., (2000), **המגזר השלישי בישראל 2000 – תפקידי המגזר**, המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, אוניברסיטת בן-גוריון, באר-שבע.

גדרון ב., אלון י. ובן-נון ר., (2003), **דו"ח מסד הנתונים של המגזר השלישי בישראל**, המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, אוניברסיטת בן-גוריון, באר-שבע.

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, (2002), **קשישים בישראל-שנתון סטטיסטי**, ירושלים.

משרד הבריאות, (2001), **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2001**, משרד הבריאות, תחום המידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.

משרד הבריאות, (1994), **קובץ נהלים מטעם האגף למחלות ממושכות וזקנה**, משרד הבריאות, מדינת ישראל.

שפרלינג י., (1997), **ניהול מוסד גריאטרי – תיאוריה ומעשה**, הוצאת הגיגים.

Arrow K.J., (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53, 941-973.

Ben-Ner A., (1986), "Non-Profit Organizations: Why Do They Exist in Market Economies?", in: Rose-Ackerman S. (Ed.), *The Economics of Nonprofit Institutions: Studies in Structure and Policy*, Oxford University Press, Oxford.

Brown E. and Slivinski A., (2005), "Nonprofit Organizations and the Market", in W. W. Powell & R. Steinberg (Eds.), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook* (2nd ed.), New Haven, CT: Yale University Press.

Chen L. W. and Shea D. G., (2002), "Does Prospective Payment Really Contain Nursing Home Costs?", *Health Services Research* (37), 251.

Francois P., (2001), "Employee Care and The Role of Nonprofit Organizations", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 157, 443-464.

Luski I. and Givon J., (2005), "A Theory of Nonprofit Organizations: Behavior and Equilibrium", Working Paper, the Monaster Center for Economic Research, Ben-Gurion University, Israel

Schlesinger M. and Gray B., (2005), "Nonprofit Organizations and Health Care: The Paradox of Persistent Attention", in W. W. Powell & R. Steinberg (Eds.), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook* (2nd ed.). New Haven, CT: Yale University Press.

Slivinski A., (2002), "Team Incentives and Organizational Form", *Journal of Public Economic Theory*, 4, 185-206.

היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז

יובל וייס, יאיר בירנבאום, שלמה מור-יוסף*

1. מבוא וסיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה הישג חברתי מרשים בהבטיחו שירות רפואי ברמה גבוהה ובנגישות סבירה לכל אזרחי ישראל. יחסי הגומלין בתוך מערכת הבריאות בין בתי-החולים מחד וקופות-החולים מאידך הולכים ונעשים מורכבים יותר ויותר. שינויים בתוך המערכת ומחוצה לה, כגון: הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתוחלת החיים, עלייה בכמות החולים הכרוניים, הופעתן המתמדת של טכנולוגיות חדשות, שינויים בשיטות התגמול והסבסוד, הנחיות רגולטוריות, עליית מחירי השירותים ושינויים בנורמות החברתיות, מעצבים באופן תדיר את התנהגות ספקי השירות מחד ושל המבטחים מאידך. תהליכים אלו הביאו לנתק הולך ומתעצם בין המערכת הרפואית האמבולטורית ובין המערכת הרפואית האשפוזית, וכתוצאה לטיפול תת מיטבי בחולה ולהעדר רצף טיפולי.

המציאות היא, שבתי-החולים חופשיים לפתח שירותי רפואה מתקדמים (ויקרים), תוך קיום תחרות ביניהם ופיתוח מקביל של שירותים דומים/זהים במספר בתי-חולים. תהליך זה מואץ במקרים רבים מטעמי יוקרה ותחרות, ללא מגבלה של סל שירותי הבריאות, בעוד שקופות-החולים מנסות, ככל יכולתן, לשמור על התקציב. גם תגמול הקופות בגין ההתפתחות הטכנולוגיות החדשות אינו מדביק את עלותן

* ד"ר יובל וייס, סגן מנהל בית-החולים הדסה עין-כרם;
ד"ר יאיר בירנבאום, משנה למנכ"ל ומנהל בית-החולים הדסה עין-כרם;
פרופ' שלמה מור-יוסף, מנכ"ל הסתדרות מדיצינית הדסה.

הפרק נסמך על חומר מדיוני כנס ים-המלח החמישי, קבוצת העבודה: "בית-החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם".

וגורם למתח ניכר בין המבטחים, המנסים לשמור על איזון תקציבי, לבין בתי-החולים, המעונינים לפתח ולהנחיל את הטכנולוגיות החדשות. יש לציין, כי שני הגופים העיקריים במערכת הבריאות, הקופות ובתי-החולים, שמים את איכות הטיפול וטובת המטופל בראש מעייניהם אך נקודת מבטם שונה. מציאות זו מביאה לעיתים את החולה למצב בלתי אפשרי, בו בית-החולים מעוניין לטפל בו בטכנולוגיה חדשנית והקופה מונעת זאת. כך החולה, ברגעים הקשים ביותר מוצא את עצמו בלב מחלוקת בין המבטח ובין ספק השירותים. בנוסף, התקשורת בין קופת-החולים ובית-החולים לוקה בחסר והחולה המטופל בבית-החולים נאלץ להתמודד גם עם בעיות של חוסר מידע ואי-וודאות. החולה אף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות המתגלעות בין קופת-החולים לבית-החולים בנוגע לקבלת טיפולים ומימונם. במציאות זו מוצא החולה את עצמו ניצב בפני המערכת הרפואית נבוך וחסר אונים ומקבל מסר כפול האחד מבית-החולים והשני מהקופה.

לאור מציאות זו אנו מציעים לפעול לשיפור הקשר בין המערכת הרפואית בקהילה ובין המערכת האשפוזית וזאת הן במישורים הקליניים, הן באפיקים המנהליים, תוך הוצאת החולה מהוויכוח בין המבטחים לספקי השירותים. הצעדים המומלצים הנם:

- **גיבוש הסכמה בין קופות-החולים ובתי-החולים על הקמת משרד קשר רפואי בכל בית-חולים** לפתרון המחלוקות ביניהם ללא מעורבות החולה ותוך חלוקת הסיכון בין שני הגורמים. אנו ממליצים, כי "משרד הקשר הרפואי" יהיה בעל סמכות ביצוע כאשר הנדבך המרכזי שינחה אותו הוא טובת החולה. יש להוציא את החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת-החולים ובית-החולים. בכל מקרה בו מתגלעת מחלוקת בין הקופה לבית-החולים בנוגע למימון בדיקה או טיפול יעמוד לזכות המשרד סכום כסף, אשר יוקצה בחלקים שווים על-ידי הקופה ובית-החולים. אנו מציעים כי הן בתי-החולים והן הקופות יפקידו אחוז מסוים ממחזור הפעילות של הקופה בבית-החולים לטובת משרד זה.
- **נציג אישי לחולה בתוך בית החולים**. יש לדאוג כי לכל מאושפז יהיה נציג אישי רפואי, אשר יהווה עבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז, ויהיה אף אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה כשיש צורך בכך. נציג זה יסייע לחולה לשמור על זכויותיו

ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והא-סימטריה של המידע בזמן אשפוזו, ואף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית. אנו סבורים, כי אנשי הצוות הרפואי אשר יאיישו את "משרד הקשר הרפואי" יהיו אמונים גם על הקשר בין הקהילה ובית-החולים. איש צוות מסוים ירכז את פרטי הטיפול בחולה ספציפי מתחילת האשפוז ועד סופו, יהיה בקשר עם הרופא בקהילה על מנת לקבל פרטים רפואיים רלוונטיים ויעדכן את הרופא בקהילה במהלך האשפוז. אותו איש קשר יהיה בקשר עם הצוות המטפל בבית-החולים ויעדכנם בהנחיות הקופה הרלוונטיות. תפקיד נוסף שיוטל על איש הקשר הוא שמירת רציפות הטיפול והדאגה כי ביום השחרור כלל אבזרי הטיפול והתרופות הדרושות יהיו זמינים עבור החולה.

- **שיפור הרצף הטיפולי בחולה באמצעות מחלקת אם**. מודל "מחלקת האם" ניתן לביצוע בשני אופנים: האחד הוא מחלקת אם אזורית, והשני – מחלקת אם "קופתית". המודל האזורי גורס זיקה בין מחלקה פנימית / גריאטרית / ילדים נתונה ובין אזור מגורים נתון. כל חולה מאזור זה שיזדקק לאשפוז יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. כמו כן, יתקיים קשר רצוף של רופאי מחלקת האם עם הרופאים הראשוניים המטפלים בחולים, המתגוררים באזור מגורים זה. במודל הקופתי תוגדר זיקה בין מחלקה פנימית / גריאטרית / ילדים נתונה ובין קופת-חולים נתונה, כך שכשמבוטח של הקופה יזדקק לאשפוז, הוא יופנה למחלקה הספציפית לאותה קופה. בשני המודלים, תישמר לחולה זכות הסירוב להתאשפז במחלקה מסוימת. הדבר מהווה בעיה בנוגע להגבלת חופש הבחירה לחולה. הזיקה למחלקת אם מחייבת את החולה לפנות תמיד לאשפוז באותו בית-חולים (במידה שקיימים באזור מגוריו מספר בתי-חולים). אנו ממליצים כי הנהלות המחוזות של הקופות השונות ובתי-החולים יבחנו גישה זו תוך ביצוע התאמות נדרשות לכל אזור.
- קידום הפרויקט הלאומי שמטרתו **יצירת ממשק מקוון בין מערכות המידע בארגוני הבריאות**. המטרה היא זמינות של מידע רלוונטי ותמציתי אודות החולה בכלל אתרי מערכת הבריאות הציבורית (תיק רפואי אישי ממוחשב). יש לפעול להקמת מערכת מידע רפואית לאומית שתיבנה תוך יצירת ממשקים בין המערכות הקיימות במרכיבים השונים של מערכת הבריאות בישראל. המדובר במערכת מידע, המציבה את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות אותו בין

נותני השירות השונים, כלומר ממרפאתו למרפאות אחרות או לבית-חולים וחזרה לפי הצורך. מערכת המידע תקשר בין המערכת האמבולטורית למערכות האשפוזיות, על מרכיביהן השונים, ותאפשר איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים, ממקורות מידע שונים ומבוזרים והעברתם למשתמשים מורשים על פי פרופילי שימוש שונים, תוך שניות ספורות. מערכת מקוונת זו תייעל ותשפר את הטיפול בחולה ותמנע ביצוע בדיקות חוזרות ומיותרות במרכיבים השונים של מערכת הבריאות.

לפרק שני חלקים עיקריים, לאחר סעיף המבוא ורקע כללי קצר על מערכת הבריאות, הפורס את תמונת המצב של מערך האשפוז והמערך בקהילה (סעיף 2). סעיף 3 של הפרק מתייחס לסל השירותים ולמתח בין קופות-החולים ובתי-החולים. הסעיף דן במבוטח למול סל השירותים, באופנים שונים של הגדרת הסל עבור בתי-החולים ומציע חלופות שונות אותן ניתן להנהיג בהסדרת השירותים. סעיף 4 עוסק בהסדרת הממשק בין בתי-החולים וקופות החולים להבטחת רציפות הטיפול ונפרסות בו שלוש גישות עיקריות לשיפור הממשק בין המערכות.

2. רקע כללי – מערך האשפוז ומערך הקהילה

בישראל פועלים 47 בתי-חולים כלליים ובהם כ-14,350 מיטות. היסודות של מערכת האשפוז הונחו עוד בטרם הקמת המדינה והתפתחותה של מערכת הרפואה בישראל עוצבה תוך כדי התפתחויות פוליטיות-היסטוריות שפקדו את המדינה מאז הקמתה. עד היום מתקיימת מערכת האשפוז על שלושה נדבכים עיקריים:

1. **בתי-החולים הממשלתיים**: רובם נבנו על בסיס בתי-החולים הצבאיים הבריטיים, שהועברו עם קום המדינה לשירות הרפואי של צה"ל (לימים חיל-הרפואה) ובהמשך הועברו מאחריות הצבא לאחריות משרד-הבריאות. במערכת זו כ-50 אחוז ממיטות האשפוז הכלליות במדינה.
2. **בתי-החולים של שירותי בריאות כללית**: בתי-החולים הוקמו על-ידי הקופה בהתאם לריכוז חברי ההסתדרות הכללית וצורכי הקופה. במערכת זו כ-30 אחוז ממיטות האשפוז הכלליות.
3. **בתי-החולים הציבוריים**: בעיקר בתי-חולים בעלי אוריינטציה דתית מובהקת הממוקמים בערים בעלות צביון דתי (ירושלים, נצרת, בני

ברק). חריגים בתוכם שני בתי-החולים של הדסה. בבתי-החולים הציבוריים כ -20 אחוז ממיטות האשפוז הכללי.

עקב בנייתן של שלוש המערכות במקביל נוצר מצב בו פריסת בתי-החולים בישראל אינה מיטבית (כך ניתן למצוא שלושה מרכזי-על בגוש דן במרחק דקות נסיעה מועטות ביניהם בעוד שבעיר הרביעית בגודלה בישראל, אשדוד, אין בית-חולים). מערכות אלו פועלות ללא תאום רוחבי דבר הגורם לבזבוז משאבים רב ולתחרות עזה.

היחס בין מספר המיטות לגודל האוכלוסייה עומד על 2.13 מיטות לאלף נפש והוא נמוך בהשוואה למדינות המפותחות (OECD), כמו גם משך האשפוז הממוצע (4.2 ימים), שהוא הקצר ביותר בעולם המערבי. לעומת זאת מספר האשפוזים ביחס לגודל האוכלוסייה הוא גדול יחסית (17.8 לאלף נפש), ושיעורי התפוסה בבתי-החולים בישראל הם מהגבוהים בעולם (96 אחוז).

עיקר ההכנסה של בתי-החולים למימון פעילותם (כ-80 אחוז) נובע ממכירת שירותי בריאות לקופות-החולים וכ-20 אחוז ממכירת שירותי בריאות למבטחים/גורמים מממנים אחרים, כגון צה"ל ומשרד הביטחון, מבטחים פרטיים, המוסד לביטוח לאומי, ומימון עצמי של המטופלים.

בקהילה פועלות כיום ארבע קופות-חולים, אף הן תולדה של התפתחויות היסטוריות-פוליטיות טרום ואחרי קום המדינה:

1. **שירותי בריאות כללית**: לשעבר קופת-חולים של ההסתדרות הכללית, שנוסדה בתחילת המאה העשרים ונועדה להבטיח שירותי רפואה לחברי ההסתדרות. טרום חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו חברים בה כ-80 אחוז מתושבי המדינה וכיום מדובר על כ-55 אחוז בלבד. שירותי בריאות כללית היא הקופה היחידה שבבעלותה בתי-חולים כלליים.
2. **מכבי שירותי בריאות**: נוסדה בתחילת שנות הארבעים של המאה העשרים על-ידי קבוצת רופאים ובשנת 1975 התמזגה קופת-החולים מכבי עם קופת-חולים אסף. מכבי שירותי בריאות מבטחת כיום כ-24 אחוז מתושבי המדינה ובבעלותה בתי-חולים פרטיים.
3. **קופת-חולים מאוחדת**: קופה זו היא תולדה של מיזוג בין קופת-חולים עממית, שפעלה במושבות הוותיקות וקופת-חולים מרכזית, שהייתה שייכת למפלגת הציונים הכלליים. קופת-חולים מאוחדת מבטחת כ-12 אחוז מתושבי המדינה.

4. **קופת-חולים לאומית**: נוסדה בשנות השלושים של המאה הקודמת והייתה קשורה לתנועה הרוויזיוניסטית. הקופה מבטחת היום כ-10 אחוזים מתושבי המדינה. הקופה בבעלות הסתדרות העובדים הלאומית.

לוח 1. התפלגות כלל המבוטחים בין קופות-החולים, 2004

קופות-החולים	**מבוטחים** (%)
סך-הכל	100.0
שירותי בריאות כללית	54.8
מכבי שירותי בריאות	23.8
קופת-חולים מאוחדת	11.6
קופת-חולים לאומית	9.9

3. סל השירותים והמתח בין קופות-החולים ובתי-החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1994 ונכנס לתוקף בתחילת 1995 הביא לשינוי מהותי במערכת היחסים שבין המבטחים (הקופות) ובין ספקי השירות האשפוזי – בתי-החולים. החוק קבע סל שירותי בריאות לו זכאי כל תושב. הסל מחייב את הקופות בלבד, בעוד שהמערכת האשפוזית רשאית, להעניק לפונים אליה סל שירותים רחב בהרבה. הסל מגדיר את השירותים שקופת-החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה" הוא לא מגדיר את השירותים המסופקים על-ידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" של קופות-החולים, כגון בתי-החולים. בהעדר מאפיינים של אינטגרציה במערכת הבריאות בישראל, הרי שבעוד שרשימת הטיפולים (בעיקר תרופות) בקהילה מפורטת, אין כל פירוט לגבי השירותים שיש לספק באשפוז. לאור זאת עשוי להיבצר שוני בין סל השירותים המוגדר בחוק, לבין השירות הניתן בבתי-החולים.

קופות-החולים, המבטחות, מקבלות מהמדינה תשלום פרוספקטיבי עבור אספקת השירותים למבוטחיהן, המבוסס על סל השירותים, על גודל אוכלוסיית מבוטחיהן ועל הרכב גילאי המבוטחים (נוסחת הקפיטציה). בתמורה לתגמול זה, על קופת-החולים מוטלת החובה (ועיקר הסיכון הכלכלי) לדאוג לסיפוק צורכי הבריאות של המבוטח, כולל בעת אשפוזו.

א. המבוטח למול הקשר בין קופות החולים ובתי-החולים

בניגוד למערכת שבה רוכש השירותים והספק מהווים יחידות שונות במסגרת ישות כלכלית אחת (אינטגרציה אנכית), מבנה המערכת בארץ הוא כזה שהמערכות האמבולטוריות והאשפוזיות מהוות ישויות כלכליות נפרדות (למעט שירותי בריאות כללית, שהם גם בעלים של כשליש ממיטות האשפוז הכלליות), ולכן הקשר רוכש-ספק ביניהן מותנה במערכת חוזים והבנות (אינטגרציה אופקית). בניגוד לתשלום הקבוע, שהקופה מקבלת מהמדינה מראש, היא נדרשת לשלם, ברוב המקרים, תשלום משתנה לבית-החולים עבור השירותים אותם סיפק למבוטח "שלה" (תגמול רטרוספקטיבי). קשר זה של אינטגרציה אופקית, עלול ליצור מצב בו לבית-החולים יש דילמה בין המחויבות המוגבלת יחסית לקופת-החולים בה מבוטח החולה והמחויבות המוחלטת שלו לחולה המטופל בבית-החולים. במסגרת המחויבות לקופת-החולים, משתדל בית-החולים להעניק למטופל רק את הטיפול ההכרחי ולהעתיק חלק מההוצאות למבטח (כגון ביצוע בדיקות הדמיה שלא במסגרת האשפוז). במסגרת המחויבות לחולה מחויב בית-החולים להעניק לחולה את הטיפול המרבי שביכולתו לספק. הלחצים הכלכליים המופעלים על המערכת גורמים להקטנת התמריצים של בית-החולים לשמירה על מחויבותו לחולה בזמן אשפוזו ועל רצונו להסיט חלק מהמחויבות לקופה במסגרת האמבולטורית.

בין בית-החולים לחולה לא קיים קשר חוזי מחייב כפי שקיים בין המטופל והמבטח שלו (קופת-החולים). לא קיים סל שירותים מוגדר לבית-החולים והחובה להעניק את מגוון הטיפולים והשירותים המפורטת בסל מוטלת על המבטח כלומר על קופת-החולים ולא על בית-החולים. לכן, לחולה המאושפז אין כמעט השפעה על סוג שירותי הבריאות הניתנים לו בבית-החולים או על היקפם.

לכל אחד מהגורמים קיימת מגבלת תקציב קשה. לאור זאת פועל כל שותף במערכת לפי התמריצים הקיימים לגביו וללא השותפים האחרים. לקופה יש תמריץ ניכר לפקח על היקף השירותים המסופק בבית-החולים ועל המחיר. לאור תפקידו המרכזי ואולי היחידי של המרכיב המוניטרי ביחסים בין קופת-החולים לבית-החולים עולה השאלה של מקומם של מרכיבי איכות הטיפול בחוזים אלו. לבית-החולים יש אינטרס מובהק לצמצם את הוצאותיו ולכן החולה עלול להיפגע מקיומם של פערים אלו

ולמצוא עצמו כלי משחק בין מוסדות גדולים שעתותיהם בידם, בעוד שמצבו הבריאותי מחייב טיפול מיידי.

מאידך, נראה כי במצב הקיים גלומים גם יתרונות מנקודת המבט של החולים: העדר סל שירותים מחייב לבתי-החולים והתגמול הרטרוספקטיבי, מקנים לבתי-החולים עצמאות לאספקת שירותים, שהם בבחינת חוד החנית של החידושים הקליניים, ושמעצם היותם חדשים, הם אינם נכללים בסל השירותים הציבורי. בתי-החולים מעניקים טיפול רפואי לכל שכבות האוכלוסייה ולכן בני השכבות הכלכליות החלשות יכולים ליהנות משירותי בריאות בסיסיים במסגרת בתי-החולים. נמצא כי ציבור זה אכן פונה יותר לקבלת שירותים הניתנים במסגרת בתי-החולים, בהשוואה לבני השכבות החברתיות-הכלכליות הגבוהות. האחרונים פונים יותר לשירותים אמבולטוריים ופרטיים וכך נוצר תיקון מסוים לאי-השוויוניות באספקת שירותי בריאות בסיסיים לאוכלוסייה.

במקביל, בעשורים האחרונים התרחשה מהפכה במערכות הבריאות בעולם, כאשר מחד גיסא, עיקר ההליך האבחוני, הטיפול הרפואי והאחריות לחולה עברה לקהילה, ומאידך גיסא, בבתי-החולים מתפתחת רפואה מורכבת הדורשת טיפול נמרץ והמתבססת על טכנולוגיות חדשניות ומתוחכמות ביותר. הירידה בשיעור המחלות הזיהומיות, מחד, והזדקנות האוכלוסייה, מאידך, הובילו לכך שמרבית התחלואה הפכה כרונית ומורכבת. חולים רבים סובלים ממספר מחלות בו זמנית והטיפול בהן הביא ל-polypharmacy (ריבוי תרופות אצל אותו מטופל). בנוסף, בית-החולים נתפס כ"אורים ותומים" של הרפואה, כך שהמטופל נוטה לבטל בקלות יתרה, ושלא תמיד בצדק, את ההמלצות וההנחיות של הרופא הראשוני, אם הן עומדות בסתירה להמלצות שהתקבלו מבית-החולים.

האשפוזים במחלקות השונות בבתי-החולים התקצרו עם השנים משבועות לימים, הן בשל השיפור בטכנולוגיות הרפואיות (אבחנתיות וטיפוליות) וההתקדמות בהבנת המחלות, והן בשל הירידה במספר המיטות לנפש במדינת ישראל והלחץ לקיצור משך האשפוז מצד הקופות. שיטת העבודה במחלקות העמוסות, המבוססת על מתמחים, ההולכים הביתה בבקרים שלאחר תורנות, ועל מספר רב של רופאים בכירים ורופאים יועצים ממחלקות שונות, המטפלים בחולה הבודד, מובילים גם לירידה באחריות האישית ועל מעבר, במקרים רבים, לרפואה מתגוננת (משיקולים מדיקולגאליים יותר מאשר שיקולים קליניים הנוגעים לטובת

החולה) ולפגיעה ברציפות הטיפול. כך נוצרה המציאות של טיפול במשכי זמן קצרים יותר בבתי-החולים לעומת הטיפול ארוך הטווח והמתמשך בקהילה. עם זאת, השהייה הקצרצרה בבית-החולים מתרחשת בצמתים קריטיים של בריאות החולה.

בסופו של דבר, ניצב החולה המאושפז, ברגעיו הקשים ביותר, בפני מערכת הרפואה במצב של חוסר מידע ואי-וודאות, ללא כתובת ברורה אליה יוכל לפנות לסיוע, ובמקרים רבים הוא אף בן ערובה בין בית-החולים והקופה. בנוסף, מבנה המערכת והתהליכים שתוארו גורמים לבעיות הן בהליך האבחוני והן בטיפול, והם עשויים להפוך לנקודות כשל מערכתיות הפוגעות במטופל, בבית-החולים ובקהילה. בעיות אלו כוללות בין היתר: קיטוע הרצף הטיפולי-אבחנתי, מעבר מידע לקוי בין הקהילה ובית-החולים, כפל בדיקות, ולעיתים הסתמכות על בדיקות וטיפולים שלא בוצעו או שלא פוענחו כהלכה.

לאור זאת הדיון מתמקד בסוגיה, כיצד ניתן לשפר את הממשק בין בתי-החולים וקופות-החולים על מנת לוודא שהחולה לא יהיה צד בוויכוחים המתמשכים בין הקופות לבתי-החולים, יזכה לטיפול המיטבי ותישמר רציפות הטיפולית בו?

אנו סבורים, כי הפתרונות האפשריים לבעיה שהוצגה לעיל מסתמכים על שינוי בממשק מנהלי ובממשק הקליני; כיצד ניתן להתגבר על בעיות מנהליות בין בתי-החולים וקופות-החולים מבלי לערב את החולה כשחקן במחלוקת בניהם. שיפורים בממשקים קליניים יובילו לשיפור ברצף הטיפול (שיתוף ביצירת מידע חדש ובעיבוד מידע קיים) בין קופת-החולים ובית-החולים וזאת על-ידי שינויים בזיקות בין המחלקה המאשפזת והקופה המבטחת ומינוי נציג אישי למטופל בבית-החולים. בניית מערכת מידע רפואי לאומית אשר תפעל כמערכת מקוונת בין בתי-החולים והקופות ובין בתי-החולים השונים וזאת בכל הקשור לשיתוף במידע, היא שינוי נוסף המשפר את הממשק הקליני בין המערכת האמבולטורית והאשפוזית.

ב. הגדרת סל שירותים לבתי-החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל פירוט השירותים אשר האזרח זכאי לקבל מקופת-החולים בה הוא מבוטח. סל השירותים מצוין בחוק כרשימה מפורטת של אלפי תכשירים רפואיים, אביזרים ומכשור רפואי, בדיקות ופרוצדורות, הכוללת התוויות טיפוליות, מינונים ועוד. מאז החלת החוק, שירותים שנוספו במהלך השנים אלו אף הוגדרו בפירוט נוסף לגבי התוויותיהם והשימוש בהם באמצעות חוזרים של משרד הבריאות.

קופת-חולים רשאית להחליט על מתן תרופות או טכנולוגיות אחרות מעבר לסל שירותי הבריאות, אך מדובר בהחלטה עצמאית של קופה, אשר אינה מחייבת את הקופות האחרות.

מרבית הטכנולוגיות הרפואיות מסופקות לאזרח בקהילה ישירות על-ידי קופות-החולים (תרופות, ביקורים אצל רופא), אך חלקן (ניתוחים, קבלת תרופות באשפוז יום, ועוד) מצריכות קבלת השירות בבתי-החולים במימון הקופה. סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים אמור להיות מעודכן אחת לשנה בהליך מוסדר אשר מתעד את כלל הטכנולוגיות המועמדות להוספה לסל וקובע אילו תכללנה במגבלת התקציב הקיימת. מרבית הטכנולוגיות המועמדות לסל ניתנות בקהילה, אך גם חלק מהטכנולוגיות המתבצעות בבתי-חולים (המתאימות במאפייניהן להיכלל בסל) נדונות ו"מתחרות" על הכניסה לסל השירותים הלאומי.

סל שירותי הבריאות המוגדר בחוק ביטוח בריאות הוא "ממוקד מבטח" והוא מגדיר את השירותים שקופת-החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. אולם הסל אינו "ממוקד חולה", ואינו מגדיר את השירותים המסופקים על-ידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" העיקריים של קופות-החולים – בתי-החולים. יוצא מכך, שבניגוד לקופות-החולים להן נקבע סל שירותים מחייב, חוק ביטוח הבריאות הממלכתי אינו מגדיר את סוגיית מחויבות בתי-החולים לאספקת שירותים לאזרח. מעבר לכך, אין למעשה חוק או תקנות כלשהן אשר מגדירים אילו שירותים על בתי-החולים לספק לאוכלוסייה המטופלת בהם, למעט שירותי חדר מיון.

יש לציין שוועדת הסל אינה מפרידה בדיוניה והחלטותיה בין שירותים הניתנים באשפוז לבין שירותים הניתנים בקהילה. עם זאת, המצב הקיים הוא, שכ-95 אחוז מהנושאים עליהם מחליטה הוועדה נוגעים לשירותי בריאות המסופקים במסגרת הקהילה ורק כ-5 אחוזים לשירותים

המסופקים במהלך אשפוז. כך מודגש המצב, שבעוד שרשימת הטיפולים בקהילה מפורטת, הרי אין כל פירוט ממשי לגבי השירותים שיש לספק באשפוז. על בית-החולים חלה, אם כן, החובה לקלוט את האזרח בחדר המיון ולספק לו טיפול, אולם אין כל הגדרה של מה צריך טיפול זה לכלול. אופי, הרכב והיקף השירותים הניתנים על-ידי בתי-החולים הוגדרו לאורך השנים על-ידי גורמים שונים ביניהם: סטנדרטים שנוצרו במערכת הבריאות, צרכים רפואיים קיימים, שיקול דעת של הנהלות בתי-החולים ועוד. כך נוצר מצב אפשרי של קונפליקט בין סל השירותים המוגדר בחוק, לבין השירות הניתן בבתי-החולים.

מכאן עולים שני היבטים שיש לדון בהם לגבי שירותי הבריאות המסופקים בבתי-החולים: ההיבט האחד, הלאומי, האם יש מקום להגדרה בחוק של סל שירותי בריאות מחייב לבתי-החולים. ההיבט השני, החוזי, של הגדרת שירותי בריאות שעל בית-החולים לספק בהתאם לחוזה התקשרות בינו לבין קופת-החולים.

מערכת הבריאות הישראלית, המורכבת משני מרכיבים עיקריים – קופות-החולים ובתי-החולים, מצויה כיום במצב בו מרכיב אחד מחויב לסל שירותים פרטני, בעוד השני פועל ללא הגדרות מחייבות ונותר בעל דרגת גמישות גבוהה. נשאלת השאלה – האם יש מקום להגדיר "סל שירותים" גם לבתי-החולים? על מנת לדון בשאלה זו, נתאר את המצב הקיים, את המאפיינים השונים בין קופות-החולים לבתי-החולים, נציע את החלופות הקיימות בראייתנו ונבחן את היתרונות והחסרונות לקיום סל שירותים מוגדר לקופות-החולים ולבתי-החולים.

ג. הבדלים במאפיינים של בתי-חולים וקופות-חולים

נתייחס לחלק מההיבטים הארגוניים, הכלכליים והרפואיים:

בבתי-החולים קיימת אוכלוסייה "קבועה" מצד אחד, כלומר מאושפזים המרבים לחזור לאשפוז באותו בית-חולים אך מאידך קיימת ניידות של חלק לא מבוטל מהמטופלים בין בתי-החולים השונים, בהתאם לטיפול הרפואי הנדרש והסכמי הבחירה של קופות-החולים.

קיימת שונות ביכולות הרפואיות ובמורכבות הטיפול המתאפשרים בבתי-החולים, בהשוואה לטיפולים בקהילה – השירותים המבוצעים בבתי-החולים הם ברוב המקרים מורכבים יותר מהשירותים הניתנים בקהילה, והם ברמת סיכון גבוהה יותר לחולים – דבר המצריך מיומנות גבוהה ומערכת ארגונית שונה.

הצורך במתן מענה באמצעות טיפולים דחופים בכל שעות היממה, ללא יכולת לעיכוב לשם ברור "זכאות" או "האם הטיפול כלול בסל או לא" – מבדיל בין בית-החולים לקופות. בעוד שבמערכת הקהילתית קיימים ויכוחים בין גורמים שונים לגבי הגדרות הסל, אשר אורכים לעיתים שבועות או חודשים ולעיתים מסתיימים בהכרעת בית משפט, לבית-החולים אין אפשרות להמתין להחלטות מסוג זה.

קופות-החולים מתוגמלות לפי מספר המבוטחים שלהן ובהתאם לנוסחת הקפיטציה. עדכון הסל שבאחריותן מבוצע בהתאם לעקרונות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן באמצעות תקציבים שונים שהועברו החל משנת 1998 לצורך הרחבת סל השירותים. לעומתם, בבתי-החולים קיים קשר בין הכנסות המוסד לרמת הפעילות. בתי-החולים פועלים בהתאם להכנסותיהם המתקבלות ממכירת שירותים לקופות-חולים, צה"ל, ביטוח-לאומי, חברות ביטוח ולמטופלים באופן פרטי ועוד. בהתאם לכך, אף קיימת שונות בין בתי-החולים לגבי יכולותיהם הכלכליות. בניגוד לקופות, לא קיים כל מנגנון לעדכון תקציבי של בתי-החולים ולמתן מענה לקידום הטכנולוגי.

ההתפתחות הטכנולוגית קיימת הן בקופות-החולים והן בבתי-החולים, ובשנים האחרונות ההתפתחות בכלל מערכת הבריאות מהירה ביותר. יחד עם זאת, הקצב מהיר יותר בבתי-החולים. בנוסף, בבתי-החולים מתבצע אימוץ טכנולוגיות שהן בדרגות "בשלות" שונות. קיים דחף פנימי חזק לקידום טכנולוגי בבתי-החולים הנובע בין השאר, ממגוון ההתמחויות והשירותים הפועלים במסגרתם, מקשרי עבודה בינלאומיים, וממעורבות אקדמית ולעיתים אף ממניעים כלכליים.

ד. יתרונות וחסרונות בקיום סל שירותי בריאות מוגדר

יתרונות: סל שירותי הבריאות מגדיר את זכויות האזרח באופן ברור ומהווה בסיס למתן השירותים במערכת הבריאות. כל אזרח יכול לדעת מהם השירותים לו הוא זכאי. כל האזרחים, ללא קשר לקופת-החולים בה הם מבוטחים, זכאים לסל שירותים אחיד.

קיום סל שירותים מפורט מאפשר הגדרה ברורה של "מה כלול בסל" ו"מה אינו כלול בסל זה". שקיפות הגדרות אלו אמורה למנוע מצבים של דרישת האזרח מקופת-החולים בה הוא מבוטח לספק לו טכנולוגיות שאינן כלולות בסל. עצם הגדרת סל שירותי בריאות מפורט מביאה בעת ובעונה אחת להגדרה משלימה של מהם השירותים אשר אינם כלולים

בסל. באופן זה ניתן למפות שירותים אלו ולנהל תהליך של קביעת סדרי עדיפויות וקביעת רמת המימון הנדרשת לצורך הכללתם בסל.

בהקשר זה יש לציין, כי מפסיקות של בתי המשפט, שניתנו לאחרונה, עולה, כי לעיתים נדרשת הקופה לממן שירותים גם כאשר הם מחוץ לסל. תהליך עדכון וקביעת סדרי עדיפויות של הטכנולוגיות הכלולות בסל, ברמה לאומית, מאפשר דיון ציבורי בהשוואה למצב בו קבלת ההחלטות מתבצעת ברמת המוסדות הרפואיים. האחרונים, בנוסף למטרתם לתרום לשיפור בריאות הציבור, הם בעלי מטרות נוספות, הנוגעות לשיקולים של המוסד עצמו, כגון שיקולי מוניטין, שיקולים כלכלים ועוד.

חסרונות: תהליך כניסת הטכנולוגיות לשימוש ומימונן מתרחש אחת לשנה, היות שהתהליך חייב להתבצע ברמה הלאומית עם אילוצים מקצועיים ותקציביים שונים. לעיתים, קצב זה יוצר בעייתיות בהכנסת טכנולוגיות באופן מהיר ודינמי יותר, וחולים נאלצים להמתין פרק זמן ארוך עד שיתאפשר להם לקבל את הטכנולוגיה במימון ציבורי.

הגדרת סל בתנאים של שמירה על השוויוניות מחייבת לאפשר את אותה טכנולוגיה לכלל המטופלים העומדים באותם קריטריונים מקצועיים. מצב זה מונע אפשרות של התנסות הדרגתית בטכנולוגיות (לדוגמא, הכנסת הטכנולוגיה רק בחלק מהמוסדות המקצועיים או רק על-ידי חלק מהרופאים). להתנסות הדרגתית יש חשיבות במיוחד במצבים בהם קיים רצון להתחיל שימוש בטכנולוגיות חדישות ביותר, שקיימת חשיבות להיחשף אליהן ולמיומנות הכרוכה בהן, למרות שהן לעיתים בדרגת "בשלות" נמוכה.

במצב בו מערכת הבריאות פועלת באילוצי תקציב, מצב הצפוי להחריף עם השנים, החלטה על הכנסה גורפת של טכנולוגיה רפואית לסל (קרי, זכאות לכל האזרחים המתאימים לקריטריונים המקצועיים), מתבצעת אך ורק לגבי טכנולוגיות אשר לגביהן נאסף מידע רב ושאין עוררין על יעילותן ומקומן ברצף הטיפולי בחולה. באופן זה לא מתאפשרת הכללת טכנולוגיות אחרות, אשר אינן עונות על הקריטריונים.

במצב הקיים הסל חל אך ורק על קופות-החולים, אך אם וכאשר הסל יחול על כלל מערכת הבריאות, הדבר עלול להביא לפגיעה ביכולת המערכת להמשיך ולהתקדם מבחינה רפואית-טכנולוגית.

קיומו של סל שירותים מצריך ניהול ברמה הלאומית תוך הקצאת משאבים ומנגנון עדכון ריאלי. באם להסתמך על הניסיון שהצטבר בעדכון סל שירותי הבריאות של קופות-החולים, קיים ממד של חוסר ודאות לגבי

היקף העדכון ותדירותו. מצב זה מוביל לפגיעה ביכולת התכנון לטווח הבינוני-ארוך ולפגיעה בגמישות ההחלטה ובאוטונומיות של המוסדות הרפואיים לגבי ההחלטה על הבדיקות, הטיפולים ושירותים אחרים אשר אמורים להתבצע במסגרתם.

הגדרת שירותים אותם מחויב בית-החולים לספק (במסגרת סל שיוגדר בחוק או חוזה עם קופת-חולים) עלולה להביא ללגיטימציה למניעת שירותים בבית-החולים, ובראשם הטיפולים החדשניים שעלותם גבוהה, ושאינם מוגדרים עדיין בסל/בחוזה. באופן זה, ובהתחשב באילוצים הכלכליים הקיימים, פתרון מימון השירותים יוסט לאזרח ברמה הפרטית תוך הגברת העומס הכלכלי עליו ופגיעה בשוויוניות. כמו כן יש לבחון את השאלה הנגזרת של התמריצים של בתי-החולים למכור שירותים שאינם כלולים בסל והשפעת תמריצים אלו על השוויוניות במערכת הבריאות. קיים גם חשש כבד, שהגדרת סל שירותים לבתי-החולים תגדיל עוד יותר את הדיפרנציאציה בין סוגי ביטוחי הבריאות השונים ותגדיל במקביל את הפגיעה בשכבות החלשות.

ה. החלופות השונות

לבתי-החולים ולקופות-החולים מאפיינים שונים, המצריכים פתרונות שונים לפעילותם. **החלופה הראשונה** היא המשך השיטה הקיימת – כלומר, המשך המצב בו אין חוק המגדיר בפירוט את השירותים החייבים להינתן על-ידי כל בתי-החולים. בתי-החולים חופשיים במידה רבה להחליט איזה שירותים לפתח, אילו טכנולוגיות לאמץ ומתי, אילו תחומים לפתח כמרכזי מצוינות ועוד. הדבר מוביל לקיום מגוון רחב של פעילות רפואית-טכנולוגית בפיזור ארצי. יחד עם זאת, המצב הקיים מחייב את בתי-החולים לממן שירותים וקידום טכנולוגי מרווחים תפעוליים (שכמעט ואינם קיימים) או ממקורות אחרים (תרומות, תקציבי מחקר ועוד). פעילות מסוג זה בעייתית עקב חוסר השוויון בהיקף הצמיחה וההתפתחות הטכנולוגית בין בתי-החולים השונים, וקשיים הולכים וגוברים במימון טכנולוגיות חדשות, שאינן ממומנות ציבורית, ללא קבלת פתרון הולם ברמה הלאומית.

בנוסף, קיים סל שירותי בריאות ותהליך תיעדוף ברמה הלאומית, אשר מחליט על בסיס שיקולים רפואיים, אפידמיולוגיים, כלכליים וחברתיים אילו טכנולוגיות יש להכליל במימון ציבורי. התהליך מתעדֵף שירותים שונים, הכוללים, בין השאר, גם טכנולוגיות המתבצעות בבתי-

חולים. טכנולוגיות אלו "מתחרות" על כניסה לסל מול עצמן ומול טכנולוגיות אחרות הניתנות בקהילה. לדוגמא, בתהליך הרחבת סל השירותים האחרון נדונו מספר טכנולוגיות המזוהות כ"טכנולוגיות בתי-חולים" כגון "סטנט מצופה תרופה".

חלופה שנייה היא להגדיר "מקדם טכנולוגי לבתי-החולים" – מדובר בתוספת משאבים לבתי-החולים עבור קידום ופיתוח טכנולוגיות. הדבר ישאיר רמת גמישות גבוהה לקידום יכולות מערכת הבריאות, הגדלת מיומנות בתחומים קליניים חדשים ושונים ואת היכולת להמשיך ולהוביל את הקידום הטכנולוגי של מערכת הבריאות. חלופה זו מצריכה הגדלת המקורות למערכת הבריאות וכן החלטה על הקריטריונים על פיהם יוקצו המקורות בין בתי-החולים השונים. מסקירת חומר מקצועי בנושא עולה כי קיימים מספר שיקולים אשר ניתן להתחשב בהם בעת החלטה על אופן הקצאת המשאבים. לדוגמא, מגוון השירותים הקיימים בבית-החולים, תמהיל החולים, שיקולי פריפריה מול מרכז, מידת האקדמיזציה של המוסד ועוד. כמו כן, יש לקבוע מהן המגבלות וה"חובות" של בתי-החולים אשר יקבלו הקצאה זו.

חלופה שלישית היא לקבוע סל שירותים לבתי-החולים. הסל יכול להיות בדרגת פירוט גבוהה בדומה למפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בדרגת פירוט נמוכה יותר (הגדרת תחומי הפעילות באופן כללי).

חלופה רביעית היא מתן פירוט רב יותר לשירותים הקיימים כבר בסל ואשר מבוצעים בבתי-החולים. הפירוט יבוצע כתוספת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בדרך זו יתאפשר להגביר את הבהירות לגבי זכויות המבוטח לשירותים להם הוא זכאי, במסגרת מערכת האשפוז.

אנו ממליצים, שלא להגדיר סל שירותים מפורט מחייב לבתי-החולים. ייתכן שיש מקום להגדרת מכלול שירותים בסיסיים המחייבים כל בית-חולים, כגון שירותי חירום בחדר מיון, מחד, ודרגת איכות מינימלית, כגון good clinical practice, מאידך. במסגרת זאת, יש לבחון אם יש מקום להגדיר ביתר פירוט מהם שירותי האשפוז שעל קופת-החולים לספק למבוטחיה במסגרת הסל הקיים. בנוסף, יש לבחון את דרכים להקצאת משאבים ייחודית לטכנולוגיות חדשות. ישנן פרוצדורות יקרות הדורשות מומחיות (כגון השתלת מח עצם או נוירו-רדיולוגיה פולשנית), המסופקות, לכן, בבתי-חולים מסוימים בלבד. מומלץ כי פרוצדורות אלו ייכללו ברשימה ארצית, בדומה לרשימת המחלות "הקשות", ולוודא

הקצאת תגמול לביצוען, בנוסף על התגמול עבור האשפוז הניתן כיום על-ידי קופת-החולים וכן להוציאם מחשבונות ה-CAP על מנת שלא לגרום למצב בו בית-החולים המבצע פרוצדורות יקרות אלו ימנע מביצוען משיקולים כלכליים קצרי טווח.

4. יצירת ממשק בין בתי-החולים וקופות-החולים להבטחת רציפות הטיפול

להצלחת הטיפול בחולה יש השלכות, הן על איכות חייו של החולה ומשפחתו והן של חיסכון בעלויות למערכת הבריאות ולמשק כולו. אחד התנאים החיוניים להצלחת טיפול בחולה הוא שמירה על רציפות טיפולית. המציאות הקיימת של יחסי הגומלין בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית פוגעת ברצף טיפולי חיוני זה. למרות שעומס התחלואה של המטופלים הולך וגדל, זמן הביקור במרפאה הולך ומתקצר, והלחץ המופעל על הרופא הראשוני הולך וגדל. במקביל, מכיוון שתגמול הרופאים נעשה לפי מספר הנפשות הנמצאות בטיפולם, והם אינם מקבלים כל תגמול עבור טיפולים נוספים, ובכללם ביקור החולה המאושפז בבית-החולים, הרי שקיים תמריץ שלילי לשמירת הרציפות בין הטיפול בקהילה לטיפול בבית-החולים.

פן נוסף המקשה על רציפות הטיפול הוא פער היוקרה והמוניטין של רופאי בית-החולים ביחס לרופאי הקהילה: התקשורת מתמקדת בעיקר ברפואת בתי-החולים. הטיפולים החדשניים זוכים לכיסוי תקשורתי ניכר, כאשר רוב הרופאים המופיעים בטלוויזיה ובעיתונות מדברים על מצבים נדירים וטיפולים חדשניים. עקב כך נתפס בית-החולים כ"אורים ותומים" של הרפואה כך שהמטופל נוטה לבטל בקלות יתרה, שלא תמיד בצדק, את ההמלצות וההנחיות של הרופא הראשוני. קיומה של רפואה פרטית (המבוצעת רובה ככולה על-ידי רופאי בתי-החולים) אף מגביר מצב זה. הרופא ה"פרטי" נתפס כטוב בהרבה מהרופא במערכות ציבוריות. לדוגמה, מזה מספר שנים מפרסם אחד העיתונים היומיים הנפוצים רשימה של "טובי הרופאים" לפי תחומים שונים. רפואת המשפחה ורפואת הקהילה כלל אינן מוזכרות ברשימה זו.

הרצף נפגע החל משלב האבחנה, דרך שלב הטיפול בבית-החולים וכלה בשלב שחרור החולה בחזרה לקהילה. העובדות מצביעות על כך, שרק מיעוט מהחולים מתאשפזים בהפניית הרופא הראשוני. אפילו מקרב

החולים המופנים, רק לחלק יש "תיאום אשפוז" והרוב "מגיעים למיון". מצב זה גורם לחוסר מעבר מידע לבית-החולים עד כדי חוסר הבנה לסיבת האשפוז (למשל חולה במחלה סופנית, מאובחנת וידועה, המאושפז למתן אנטיביוטיקה דרך הווריד למספר ימים, שבמסגרת האשפוז עובר בירור מחודש של מחלתו היסודית). באותה מידה, עשוי להגיע לאשפוז חולה עם מכתב מקופת-החולים, המציין את הטיפול התרופתי אותו הוא מקבל, אולם בשל כתב לא ברור והעדר כתובת בקופת-החולים אליה יוכל הרופא מבית-החולים לפנות לקבלת הבהרות, יימנע ממנו הטיפול או שיקבל טיפול שגוי.

יתרה מזאת, מכיוון שעל בתי-החולים לא חלות אותן ההנחיות התקפות בקהילה, עלול להיגרם בלבול בכל הנוגע להמלצה על טיפול תרופתי. חלק מרופאי בתי-החולים חושבים שההנחיות בקהילה מקורן בעיקר בשיקולים כספיים, בעוד שלמעשה חלק ניכר מהשיקול הוא רפואי. כך למשל, הקווים המנחים לטיפול בקהילה, זהירים יותר, בדרך-כלל, במעבר לטיפולים תרופתיים חדשניים, ודוגמא בולטת לכך היא השוני בטיפול ביתר לחץ דם בין בתי-החולים והקהילה. מנגד אם יבחר הרופא הראשוני להחליף מידע עם רופאי בית-החולים בזמן אשפוזו של חולה שבטיפולו הוא ייתקל בקשיי תקשורת. אם בחר הרופא הראשוני לבקר את החולה, ועשה זאת בשעות סגירת המרפאה, אחה"צ, ייתקל ברוב המקרים בתורן בלבד שאינו מכיר בהכרח את המקרה על פרטיו. אם בחר להתקשר בשעות הבוקר, ייתקל בסירוב להעברת השיחה בזמן עריכת "ביקור הרופאים".

בכל הנוגע לשחרור החולים מאשפוז – רק עבור חולים כרוניים או אלו המאושפזים זמן ארוך, יש תיאום שחרור של החולה לקהילה, תיאום המאפשר את ארגון המשך הטיפול בחולה. הבעיה מוחמרת אצל חולים קשישים, הזקוקים לעזרה בבית ולהכוונה לגבי המשך טיפול. דוגמא לדבר הן בדיקות קרישה (INR) לחולים עם טיפול נוגד קרישה. כדי להחליט על המשך המינון (המשתנה מיום ליום) יש צורך במידע לגבי המינון ותוצאות הבדיקות בימים שקודם לשחרור. רק בחלק מהמקרים מידע זה ניתן לחולה או לרופא הראשוני. מכתב השחרור, המהווה חוליה חיונית בשרשרת המידע בין בית-החולים והקהילה, מגיע לרופא הקהילה ברב המקרים על-ידי החולה או בני משפחתו ולא בהכרח בסמוך לשחרור מאשפוז. במקרה שהחולה איננו מגיע לרופא הראשוני, יתכן שהוא לא ידע על השחרור ועל השינוי הטיפולי המומלץ.

ראוי לציין ניסיון, שהתבצע במשך השנתיים האחרונות בין המחלקות הפנימיות בהדסה לבין רופאי הכללית בירושלים, ליצור "קוד התנהגות הדדי". במסגרת זאת התחייבה קבוצה מרופאי הקהילה לצייד כל חולה במכתב הפניה. במקרה של אשפוז שלא בהפניית הרופא הראשוני – לשלוח פקס למחלקה מיד עם היוודע האשפוז. כמינימום בכל פקס יצוינו המחלות הכרוניות, התרופות ותוצאות הבדיקות אחרונות המצויות בתיק הממוחשב. במקביל המחלקות הבטיחו להקדיש פקס, המיועד רק לרופאי הקהילה, ליצור מחיצה בתיק הרפואי המיועדת לדיווחי רופא המשפחה, להקפיד על קוד התנהגות והתבטאות כלפי רופאי הקהילה ובמיוחד בנוכחות המטופל. למרות תמיכה ניכרת של ההנהלות בשני הצדדים היה השינוי קטן ביותר. ניתן אמנם לציין שההתעניינות של רופאי המשפחה במטופליהם בזמן אשפוז נמצאת במגמת עלייה, אולם, קיימים קשיים מערכתיים המעיבים על מימוש התעניינות זאת, כפי שתואר לעיל. מציאות זו מעלה את השאלה של חשיבות הביקור הבלתי אמצעי של רופא המשפחה ביחס להעברת המידע הנוגע לחולה המאושפז.

את הממשק בין המערכות ניתן לשפר באמצעות שלוש גישות משלימות: **האחת מבנית**, באמצעות הרחבת התפקידים של נציגות קופת-החולים הפועלת בבית-החולים וכן מינוי איש קשר בין החולה ובין מערכות הבריאות המטפלות בו – הן ביה"ח והן המערכת הרפואית בקהילה. **השנייה על-ידי יצירת זיקה קבועה** בין מחלקה נתונה וקבוצת אוכלוסייה מוגדרת (מודל מחלקת האם). הגישה **השלישית** היא **טכנולוגית**, באמצעות מערכות מקוונות לניהול מידע רלוונטי והעברתו בין כל נקודות השירות בחולה.

יש להדגיש את ההדדיות של הממשק בין בית-החולים והקהילה: כשם שיש חשיבות לכיוון זרימת המידע מהקהילה לבית-החולים, כך יש לדאוג ששחרור החולה חזרה לקהילה יהיה "חלק" ורציף ושהמידע מבית-החולים יגיע לרופאי הקהילה. בכל פתרון יש בנוסף לשקוד על שיפור ההערכה המקצועית ההדדית ויחסי הגומלין בין רופאי בית-החולים והרופאים הראשוניים.

א. הגישה המבנית

1) יצירת משרד קשר רפואי

מוקדי קופות-החולים הנמצאים כיום בתוך בתי-החולים משמשים, בעיקר, לבקרה על הוצאות הקופה הנובעות מהפניית חולים לשירותים אמבולטוריים בבית-החולים (מתן התחייבויות ושמירה על כך שההתחייבות לא תורחב) או מהפניית חולים לאשפוז. ניצול נכון של נציגות זו והפיכתה ל"משרד קשר רפואי" יאפשר פתירת מחלוקות מנהליות בין הקופות ובית-החולים, בהן החולה ניצב בין שני הגופים אובד עצות, העברת מידע בין בית-החולים וקופת-החולים ושמירה על רציפות טיפולית. על משרד הקשר להיות מאויש בבעלי מקצוע רפואיים (רופאים ואחיות) הן של הקופה והן של בית-החולים. לנציגים אלו תהיה סמכות לקבל החלטות הנוגעות לטיפול במבוטחי הקופה המטופלים בבית-החולים. בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחייב את קופות-החולים ואינו מחייב ישירות את בתי-החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות על כלל מרכיביה, מתעוררות מעת לעת בעיות, שבמרכזן נמצא החולה. בעיות אלו נוגעות למשל לאי-התאמה בין מגוון השירותים אותם מקבל החולה בקהילה לאלו הניתנים בבית-החולים (כגון תרופות שמקבל באופן כרוני מקופת-החולים ושבית-החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז), ו/או למחלוקות בין קופת-החולים לבית-החולים, הנוגעות להספקת שירותים יקרים, או לשירותים שניתנו בבית-החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים וניתנה מבית-החולים המלצה להמשיך הטיפול בהם גם לאחר השחרור. במקרים מסוג זה עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, בעוד שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה. אנו ממליצים, כי "משרד הקשר הרפואי" יהיה בעל סמכות ביצוע כאשר הנדבך המרכזי שינחה אותו הוא טובת החולה. יש להוציא את החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת-החולים ובית-החולים.

בכל מקרה בו מתגלעת מחלוקת בין הקופה לבית-החולים בנוגע למימון בדיקה או טיפול יעמוד לזכות המשרד סכום כסף אשר יוקצה בחלקים שווים על-ידי הקופה ובית-החולים. אנו מציעים כי הן בתי-החולים והן הקופות יפקידו אחוז מסוים ממחזור הפעילות של הקופה בבית-החולים לטובת משרד זה. חולה הנזקק לבדיקת הדמיה מורכבת

באשפוז לא ישוחרר על מנת שהבדיקה תהיה על חשבון הקופה או מצב בו נמנעת מהחולה במהלך אשפוזו תרופה או טכנולוגיה טיפולית חדשה עקב מחירה. שיתוף פעולה זה יביא לניצול משאבים טוב יותר מאשר המצב הנוכחי בו נציגות הקופה בבית-החולים משמשת כ"כלב שמירה" למניעת חריגות תקציב. בנוסף משרד הקשר הרפואי יעמוד בקשר רצוף עם הצוות המטפל בבית-החולים ובקהילה על מנת לשמור על זרימה דו כיוונית של מידע רפואי ורציפות הטיפול בחולה. יש להבטיח כי בסופו של הליך, החולה יקבל תשובה אחת בלבד, אשר תהיה מוסכמת על שני הצדדים.

ניתן לאפיין מספר סוגי מקרים, בהם עלולה להתעורר מחלוקת מסוג זה: שירות הקיים בסל, אך אופן המתן או התעריף גוררים שינוי בנוהל קיים; שירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה / דומה; שירות חדש לחלוטין.

א. שירות הקיים בסל, אך התגלעה מחלוקת לגבי אופן הנתינה שלו

כדוגמא לכך, ניתן לציין את הטיפול במיטומיצין בגידולי שלפוחית השתן. התעריף לכך במחירון משרד הבריאות הינו 254 ש"ח (קוד 51720 – שטיפה כימותרפית בגידולי שלפוחית השתן), מחיר התרופה (בלבד) כ-1,000 ש"ח לטיפול, וזאת, ללא התייחסות ליתר רכיבי הטיפול, בדיקת רופא, הכנסת קטטר, מתן החומר, השגחה לאחר הביצוע וכו'. לאור זאת, נוצר נוהג בו הקופה מספקת את התרופה (כמקובל לגבי תרופות יקרות), ובית-חולים מבצע הטיפול תוך שימוש בקוד מוסכם. במסגרת בחינה פנימית, הגיעה קופה מסוימת למסקנה, שעל בית-החולים לספק תרופה זו, תוך חיוב הקוד שהוזכר לעיל. שינוי זה בוצע, באופן חד צדדי ללא התדיינות קודמת. כיוון שמדובר בטיפול שאינו דחוף וניתן לדחותו במספר ימים, ואין אף חובה לתת במסגרת בתי-החולים נוצרה מחלוקת בה היו החולים מעורבים ובמקרים רבים נדחה הטיפול בהם.

אנו מציעים כי שינויים בנוהג קיים לא יבוצעו חד צדדית, ותינתן תקופת זמן (מומלץ על תקופה של שלושה חודשים) לפתרון המחלוקת, תוך המשך הנוהג הקיים. אנשי "משרד הקשר הרפואי" ייפגשו עם הצוות המטפל, יבינו את מהות הטיפול, יופנו לספרות מקצועית מעודכנת ויגבשו פתרון היכול להתבסס על מחיר דומה במחירון משרד הבריאות, או תמחור שיוסכם עליו על-ידי הצדדים. נתוני הבסיס לתמחור, יוגשו במסמך משותף למשרד הבריאות, במידה וקיימים חילוקי דעות (כגון: זמן רופא נדרש) יכריע משרד הבריאות בסוגיה.

משרד הבריאות ידאג להגדרת התמחור המחייב תוך זמן מוקצב וקצר, בהיוועצות עם הצדדים כמקובל כיום. המחיר שיומלץ על-ידי המשרד יהווה את המחיר על פיו ינהגו הצדדים, לפחות עד אשר יושלם התהליך הפורמלי (ועדת מחירים, פרסום שינויים במחירון וכו').

ב. שירות חדש המחליף שירות בעלות זהה/דומה

כדוגמא לכך, ניתן לציין ניתוח פתוח המוחלף בפרוצדורה מונחית על-ידי אמצעי הדמיה. בעקבות כך מתקצר האשפוז בצורה משמעותית, אך קיימות עלויות חלופיות משמעותיות. במקרים מסוג זה, מבקש המבטח לשלם על פי ימי אשפוז (שהתקצרו בצורה משמעותית), ואילו בית-החולים דורש שיפוי הולם בגין עלות הטיפול החליפי עקב העלויות הגבוהות. הרופא המטפל והחולה (על פי המלצותיו) מעדיפים בדרך-כלל טיפול חדשני ופחות פולשני.

במחלוקות מסוג זה מוצע כי תוקם קבוצת עבודה משותפת על בסיס משרד הקשר הרפואי, כדי להגיע להבנה, שאכן מדובר בטיפול חלופי אמיתי. הקבוצה תכלול בנוסף לאנשי משרד הקשר הרפואי גם אנשי מקצוע ומנהלים. תבוצע גם הערכה של השפעת השינוי הטיפולי על כמות החולים המטופלים. המחיר שייקבע, ייתן ביטוי הן לעלויות הכרוכות בפרוצדורה, והן לטענות בדבר עדיפות הפרוצדורה החדשה. כדוגמא: ייקבע מחיר לפרוצדורה, ועל מחיר זה יחולו כללי המחירים הדיפרנציאליים כך שאשפוז חוזר לא יחויב בנפרד. מעורבות משרד הבריאות כנדרש, ועל פי המוצע לעיל.

ג. שירות חדש לחלוטין

השירות יידון במסגרת ועדת הסל הקיימת. במידה, ולוועדה לא יהיו אמצעים לאורך זמן, יש מקום להקמת גוף מצומצם של מנכ"לי קופות או מנהלים רפואיים בקופות ונציגות של מנהלי בית-חולים, לקדם נושאים בוערים. למטופלים תישמר הזכות לרכוש השירות בתשלום, במידה שלא יימצא פתרון מערכתי, אך בית-החולים יודיע בצורה ברורה, שמדובר בשירות שאינו בסל, שאינו מוטל על הקופה, ושאינו מזכה בהחזר מהקופה. יש לוודא במקרה כזה, שהעדר יכולת מימון עצמית של השירות החדש על-ידי החולה, לא תמנע ממנו את קבלת הטיפול החדשני והמימון יינתן על-ידי הקרן המשותפת לבית-החולים ולקופה, במסגרת "משרד הקשר הרפואי" וזאת על מנת לוודא כי טיפולים חדשניים לא יהיו נחלתם

של השכבות המבוססות בלבד או שכל עלות הטיפול החדשני תיפול על כתפי בית-החולים.

2) נציג אישי לחולה בבית-החולים

ריבוי הרופאים המטפלים בחולה בזמן אשפוזו מחד, והקצאת זמנים בעייתית של הרופאים בין הטיפול בחולים שבאחריותם הישירה, לתורנויות ולמחויבויותיהם האחרות, מאידך, פוגמים באפשרות לקשר אישי בין הרופא המטפל והחולה המאושפז.

כך לדוגמא, באגף הפנימי הרופאים המתמחים מחולקים לעיתים על פי אחריות לחדרי חולים. הרופא המקבל את החולה אינו בהכרח הרופא הממשיך בטיפולו, אלא מטפלים בו כלל רופאי הצוות. חולה החוזר תוך פרק זמן קצוב מתקבל בדרך-כלל למחלקה בה אושפז בעבר, אך לא בהכרח לאותו צוות מטפל. הרופא המתמחה האחראי על החדר אינו נמצא מדי יום בבית-החולים (חופשות, מילואים, לימודים לבחינות, תורנויות ורוטציות) וכך החולה מטופל על-ידי רופא אחר, תחת אחריות הרופא הבכיר של אותו הצוות. המידע לחולה ניתן בדרך-כלל על-ידי כל רופא שהמשפחה נתקלת בו באקראי, ובערב על-ידי רופא תורן. ובנוסף מתקיימת בדרך-כלל קבלת חולים ומשפחות על-ידי מנהל המחלקה והרופאים הבכירים בהתאם למועדים קבועים.

מציאות הטיפול באגף הכירורגי מורכבת אף יותר: בכירורגיה, ובעיקר בכירורגיה הכללית והאורטופדית, ישנן התמחויות משנה. המתמחים מחולקים, בדרך-כלל, לפי צוותים וחדרים, ואילו המומחים אחראים בדרך-כלל על המטופלים בהתאם לסוג הבעיה של המטופל והתאמתה למומחיות הספציפית. לא תמיד המתמחה מתמצא במהות הניתוח שהחולה עבר, ולעיתים גם מומחה אחר לא בקי דיו בנעשה ועלול, לכן, להיווצר ליקוי בהעברת המידע. בנוסף עלול להיווצר מצב בו המתמחה האחראי על החולה והרופא המקצועי נעדרים באותו יום. לעיתים קרובות הרופא המומחה המקצועי לא תמיד מועסק במשרה מלאה, ויש נתק בקשר בינו לבין המטופל. הרופא המומחה ניזון מדיווח המתמחים, החולה והצוות הסיעודי; מנהל המחלקה שואב מידע בדרך-כלל מהגיליון ומביקורים אותם הוא עורך, שאינם מתבצעים מדי יום. במרבית המקרים קיים מעט מאוד ידע למטפלים על צורכי המשפחה, על בעיות סביבתיות, צרכים סוציאליים ופיזיים שלהם יזדקק החולה לאחר שחרורו, ולעיתים קיים מידע חסר על קורות החולה במהלך אשפוזו.

במציאות זו החולה המאושפז מוצא עצמו במצב של חוסר מידע ואי-ודאות וללא כתובת ברורה במערכת האשפוז אליה יכול לפנות לסיוע. חלק ניכר מהחולים המאושפזים מלווים בקרובים המנסים לסייע להם בהתמודדות זו (לתווך ולקשר בין החולה לצוות הרפואי, לתמוך בחולה, להעניק טיפול סיעודי ממשי, לקבל החלטות עבור החולה וכו').

לפיכך, יש לשאוף לקיומו של נציג אישי לחולה, בתוך בית-החולים, שיהווה עבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז. רצוי להגדיר מחויבות של רופא בכיר במחלקה, שיספק לחולה מידע הנוגע למצבו ולטיפול בו. הוא יהיה אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה כשיש צורך בכך (למשל לתאום שחרור החולה), יסייע לחולה לשמור על זכויותיו ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והא-סימטריה של המידע בזמן אשפוזו, ואף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית (כגון, בהתאמת הטיפול התרופתי המוצע על-ידי בית-החולים לטיפול הקודם, וכו'). יש לפעול להרחבת קשר זה גם באשפוזים חוזרים, כדי שהחולה יטופל באחריות אותו רופא בכיר ותוך המשך התקשורת עם רופא המשפחה בכדי להבטיח את רציפות בטיפול.

אחד הפתרונות האפשריים, והקלים, יחסית ליישום, הוא הצבת שלטים במקומות בולטים ובהם מצוינים שמות הרופאים הבכירים האחראים על הטיפול בחולים המאושפזים (לפי מספר חדר האשפוז) ושעות הקבלה שלהם.

פתרון אחר ניתן למצוא בדמות "מנהל מקרה" (case manager). מכיוון שהתועלת הישירה מקיומו של הנציג האישי היא לקופת-החולים ולא בהכרח לבית-החולים, ייתכן שהמבנה הארגוני צריך לכלול את ה-case manager במסגרת קופת-החולים ולא בית-החולים. לשם כך ניתן לנצל את המבנה הקיים של מוקדי קופות-החולים, הנמצאים בתוך בתי-החולים, שמטרתם העיקרית כיום היא בקרה על הוצאות הקופה הנובעות מאשפוז החולים. ייתכן, שהסבת נציגות זאת להעברת מידע בין בית-החולים וקופת-החולים ולשמירה על רציפות טיפולית, תביא לניצול משאבים טוב יותר מאשר הכלת ההוצאות בלבד. למעשה, אין צורך לאייש את הנציגות רק ברופאים למטרה זו, אלא ניתן להשתמש באנשי מקצוע נוספים, בעיקר באחיות.

אפשרות אחרת היא לאמץ את הגישה "האנגלוסקסית", לפיה רופא המשפחה הוא הכתובת והוא מלווה את החולה גם בזמן אשפוזו. פתרון כזה מצריך הקצאת תשומות נוספות מעבר לאלו הקיימות כיום, והוא

מחייב, לכן, הערכה של התועלת הכלכלית הכוללת שלו לפני החלתו או פסילתו. יש לזכור, כמו כן, שמבנה בתי-החולים בארץ הוא מבנה סגור: הרופא בבית-החולים לא מטפל בחולה בקהילה והרופא מהקהילה לא מטפל בחולה המאושפז. ועדת מן, שדנה בבעיית ההפרדה בין שתי המערכות, האשפוזית והאמבולטורית, נכשלה בניסיונותיה ליצור מערכת לגישור הפערים. ייתכן, שפתרון זה אינו ישים בתנאים הקיימים היום ולכן יש למצוא את פתרון המתאים למבנה מערכת הבריאות בישראל.

3) שינויים התנהגותיים

יש לשפר את ההיכרות האישית בין רופאי הקהילה לרופאי מערכת האשפוז, כדי להבטיח את הסיכוי לתקשורת טובה יותר ביניהם. לצורך זה מוצעים כמה שינויים וכמה דפוסי פעולה:

א) הימצאות מתמחים מרפואת המשפחה במחלקות, שיהיו קשורים לשני הגופים העיקריים במערכת. המתמחים משמשים קשר מצוין לקהילה ומרגישים מחויבות למוריהם משני התחומים. מומלץ כי מתמחים של מרפאה/אזור מוגדר יבצעו את הרוטציות הנדרשות ברפואה פנימית וברפואת ילדים באותן מחלקות וכך ייווצר, עם השנים, קשר בין המרפאות באזור נתון לבין מחלקות מסוימות.

ב) קידום פעילות אקדמית משותפת. לדוגמה, הרצאות שקהל היעד שלהם הוא רופאים משני תחומים (להבדיל מרופא בית-חולים הבא להרצות לרופאי הקהילה). ניסיון כזה נעשה על-ידי איגוד רופאי המשפחה ואיגוד האורטופדי במסגרת סידרת הרצאות על הגישה והטיפול בבעיות אורטופדיים שכיחות (כאבי גב, אוסטאוארטריטיס).

ג) קידום מחקר משותף. המחקר אינו נחלת בתי-החולים בלבד ובמקרים רבים ניתן לבצע מחקרים תוך שילוב בין רופאי בית-החולים ורופאי הקהילה.

ד) הגברת הוראת הסטודנטים לרפואה על-ידי רופאי הקהילה, כולל בקורסים שלא על-יד מיטת החולה (תקשורת, אתיקה, רפואה מניעתית וכו'). הסטודנטים הללו יהפכו לרופאים שיש להם היכרות עם חלק מרופאי הקהילה. בנוסף, יש מקום ליצירת קורסים המועברים במשותף על-ידי רופאים ראשוניים ורופאי בתי-חולים: כיום כשמאגר החולים הנמצאים באשפוז, שניתן להיעזר בהם ללימוד הסטודנטים קטן, ניתן ללמד חלק מהקורסים ברפואה פנימית, ברפואת ילדים ובאבחנה פיזיקאלית בקהילה (הדבר יצריך שינוי ארגוני ושינוי בהקצאת המשאבים של בתי הספר לרפואה).

יש לפעול להעצמתו של רופא המשפחה ומעמדו בעיני החולה. תנאי הכרחי להעצמת הרופא הוא ההבנה שבעתיד כל רופאי הקהילה יהיו בעלי התמחות במידה ותבוצענה החלטות המועצה הלאומית לבריאות הקהילה, לפיה לא יתקבל רופא לעבודה קבועה בקהילה ללא מומחיות. יש לוודא התעדכנות של רופאי הקהילה כדי לשמר רמה מקצועית גבוהה שלהם ולפעול להגברת המעורבות האקדמית של רפואת הקהילה. בנוסף, יש להקפיד על תפיסתו של רופא המשפחה כשווה לרופא בית-החולים בכל הנוגע לקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בו ולא רק כ"מוציא לפועל". יש לפעול לכך שנוסח מכתב השחרור יהיה של המלצה ושיתוף ולא של קביעת עובדות ומתן הנחיות לביצוע. כמו כן, יש להקפיד שבכל מכתבי הקבלה והשחרור יצוינו שמותיהם של אנשי הקשר: רופא המשפחה ורופא המחלקה המאשפזת תוך ציון ברור של דרכי התקשרות.

יש לפעול להטמעת הדדיות התקשורת בין בית-החולים וקופת-החולים. חשוב שרופאי בית-החולים יתנסו בעבודת רפואת הקהילה בין אם כחלק מתכנית ההתמחות ובין אם במסגרת הפעילות השוטפת. הכרתם של רופאי בית-החולים את מציאות העבודה של רופאי הקהילה תביא להבנה טובה יותר של הכלים הנדרשים לשיתוף פעולה פורה שיביא לשמירת רציפות הטיפול.

ב. גישת מחלקת אם

אחד הפתרונות המוצעים לבעיית רציפות הטיפול היא ליצור ממשק בין מוסדי על-ידי מבנה ארגוני המכונה "מחלקת אם". מדובר במחלקה אשפוזית המקיימת זיקה ישירה וקבועה לאוכלוסייה מוגדרת של חולים הזקוקים לשירותי אשפוז. כך יופנה חולה לאותו צוות מטפל בבית-החולים שעומד בקשר עם הרופא הראשוני שלו, מכיר את ההיסטוריה הרפואית שלו וידאג גם לרציפות הטיפול לאחר שחרורו. ישנם שני מודלים אפשריים למחלקת אם: זיקה לפי אזור מגורים, או, זיקה לפי שייכות ביטוחית (קופת-חולים). לפי המודל הראשון, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה ובין אזור מגורים נתון. כל חולה מאזור זה שיזדקק לשירותי אשפוז, בעיקר במחלקה פנימית או במחלקת ילדים יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. לפי המודל השני, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה ובין קופת-חולים נתונה, כך שכשמבוטח של הקופה יזדקק לשירותי אשפוז, יופנה למחלקת האם הספציפית לאותה קופה.

1) מודל אזור המגורים. מודל שהתקיים בבית-חולים קפלן בשנות ה-80 וכלל שלוש מחלקות פנימיות, ואת חברי קופת-חולים כללית תושבי מחוז יהודה, שחולקו לשלוש קבוצות לפי אזורי המגורים. לכל מחלקה שויכו כ-100,000 תושבים על פי חלוקה גיאוגרפית. פונים לחדר המיון אשר הזדקקו לאשפוז במחלקה פנימית, הופנו למחלקות בהתאם לכתובת מגוריהם.

רופאים בכירים ובהם מנהל המחלקה יצאו למפגשים שבועיים עם רופאים במרפאות הקהילה. לדוגמא, מנהל מחלקה אימץ את מרפאות אשדוד א' וב' ופגש את הרופאים במרפאות אלה אחת לשבוע. במפגשים אלה נערך דיון ומעקב אחר חולים ששוחררו מהמחלקה, הוצגו מקרים בעייתיים, לובנו סוגיות והתקיימו סמינרים. רופאי הקהילה הוזמנו לבקר חוליהם במחלקה ולהשתתף באופן פעיל בהליך האבחוני בחוליהם, בעת אשפוזם או בעת ביקוריהם באשפוז יום. פעילות זו בוצעה באופן חלקי בלבד ועל-ידי מספר מועט בלבד של רופאי משפחה, בשל מצוקת זמן וגם עקב מוטיבציה בלתי מספקת של מרבית רופאי הקהילה.

מטרות המודל, אשר הושגו ברובן, היו שמירת הרצף הטיפולי-אבחוני; שביעות רצון המטופלים, שנמנע מהם טרטור מיותר ושעות המתנה בחדר המיון; ירידה חדה באשפוזים החוזרים; המשך בירור ומעקב אחר המשתחררים לקהילה ותהליך אבחון וטיפול משותפים; היכרות וקשר ישיר בין רופאי הקהילה והמחלקה; תיאום בין אחיות הקהילה והמחלקה לקראת שחרור החולה; הקטנת סך ימי האשפוז ואורך האשפוז הממוצע.

הצלחת הפרויקט תלויה הן במנהל הרפואי המחוזי והן במנהלי המחלקות בבית-החולים. עם השנים גווע הפרויקט בשל חילופים פרסונאליים וירידה במחויבות הצדדים בבית-החולים ובקהילה כאחד.

2) מודל השייכות הביטוחית. מודל זה מתקיים בשנים האחרונות בבתי-החולים וולפסון ואסף הרופא וכולל שלוש מחלקות פנימיות, ומבוטחי מכבי שירותי בריאות המאושפזים בבתי-חולים אלה.

באפריל 2001 הגיעה מכבי שירותי בריאות להסדר עם בית-החולים אסף הרופא להקמת מחלקת אם, אשר תאשפז מבוטחי מכבי. מחלקה פנימית ג' שמשה מחלקת האם אליה הופנו רוב מבוטחי מכבי המגיעים לבית-החולים. במאי 2003 הגיעה מכבי להסדר דומה עם בית-החולים וולפסון. המחלקות תוגברו בתקנים לטובת הפרויקט – רופא, אחות ומזכירה רפואית. "מכבי" קבעה אמות מידה להצלחת הפרויקט – השגת

מדדי איכות בטיפול ואבחון, ושביעות רצון המבוטחים. בנוסף, נבחנת גם השפעה על אימוץ מדיניות הקופה באבחון ובטיפול, אורך האשפוז הממוצע, מספר האשפוזים החוזרים, עלות כוללת של המבוטח ומדדים כלכליים אחרים. פרוייקט זה הותקף בעיתונות לא מכבר, כאשר בית-החולים הואשם ב"טיפוח" מבוטחי מכבי לעומת אחרים.

היתרונות המיידיים של המודל נובעים מן הקשר ההדוק שנוצר בין המחלקה לקהילה ומן ההפריה ההדדית המתרחשת כתוצאה מכך. בין החסרונות ניתן למנות מניעה לכאורה של חופש הבחירה של המטופל באשר למחלקה בה יטופל (לא קיים גם כיום); ירידה בהכנסות בית-החולים בעקבות הירידה בימי האשפוז. הצלחת הפרויקט תלויה בהכרה של בית-החולים ושל הקהילה בחשיבות ובתועלות ההדדיות של הפרויקט. דרישות אלה כוללות גם מחויבות המחלקה לתרבות הקופה; רמה רפואית גבוהה של המחלקה הפנימית; שביעות רצון של סגל המחלקה; הסכמה בין הקופה לבית-החולים, המבוססת על מחלקה אחת (ללא רוטציה בין המחלקות); הגעה להסדר כספי עם בית-החולים, שימנע הפסד הכנסה מבית-החולים (תמריץ), וינציח מצב של WIN-WIN.

בשני המודלים של מחלקת האם יש להדגיש את ההדדיות בין בית-החולים והקהילה. כשם שהחולה שיגיע לאשפוז יופנה למחלקה מסוימת, והמידע אודותיו מהקהילה ינותב למחלקה האשפוזית, כך יש לדאוג ששחרור החולה חזרה לקהילה יהיה "חלק" ורציף ושהמידע מבית-החולים יגיע לרופאי הקהילה. בהקשר זה יש לציין את המערכת של שירותי בריאות כללית לשחרור מתוכנן וכן המערכת המקוונת להעברת מידע בזמן אמת בין רופאי הקהילה ורופאי בתי-החולים.

קיימים מספר קשיים שיש לתת עליהם את הדעת בהקשר של מודל מחלקת האם: ראשית, הגבלת חופש הבחירה לחולה – החולה מנותב למחלקה מסוימת שלא על פי בחירתו (קיים גם כיום); שנית, לחולה חשובה זיקה לרופא מטפל יותר מאשר למחלקה ועלול להיווצר קושי כאשר בבית-החולים ייתכן שרופא עובר ממחלקה אחת לאחרת ואילו החולה שהיה בטיפולו נותר בזיקה למחלקה הקודמת. שלישית, לקופת-חולים, שבבעלותה בתי-חולים (שירותי בריאות כללית), קל יהיה יותר ליצור זיקה אזורית מאשר לקופות-החולים האחרות. בעיה רביעית תתעורר באם קיימת מעורבות של יותר ממחלקה אחת בטיפול. כך לדוגמה, חולה המאושפז במחלקה פנימית ונזקק להתערבות ניתוחית או אונקולוגית. כיצד ניתן לשמור על הקשר עם הקהילה במתאר שונה?

לעיתים חזרת החולה בקביעות לאותה המחלקה (עקב ההסכמה בין הקופה לבית-החולים) מונעת חשיבה מחודשת על מצבו של החולה לעומת המצב הצפוי לו היה מתאשפז גם במחלקה אחרת (חשש מקיבעון מחשבתי אודות החולה).

מעבר לשיטות התגמול השונות, עצם מבנה המערכת שבו קיימת הפרדה ברורה בין רוכש השירותים וספק השירותים יוצר קונפליקט של תמריצים לאספקת שירותי בריאות, בדגש על שירותים חדשניים ויקרים, בין קופות-החולים, שרוכשות את הטיפולים, לבין בתי-החולים שמספקים אותם. לבד מנושא התגמול הכספי, הכרוך בחוזה אספקת שירותי הבריאות בין קופות-החולים ובתי-החולים, עולה השאלה העקרונית כיצד יכולה קופת-החולים לוודא אספקת שירותי בריאות התואמים את מדיניותה בבית-החולים, ולשמור בכך על רציפות הטיפול בחולה?

במסגרת מגעיו עם הקופה המבטחת, יש לחולה אפשרות לקבל מידע מלא על מצבו הרפואי ועל זכויותיו (ובכללן על הטכנולוגיות מהן הוא זכאי ליהנות במסגרת סל השירותים). כמו כן יש לחולה כתובת ברורה ומוכרת אליה הוא יכול לפנות על מנת לקבל מידע נוסף, או להתלונן, במידה וחש שקופת-החולים (נציב קבילות הציבור במסגרת קופת-החולים או נציב פניות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד הבריאות). לעומת זאת, אם נזקק המבוטח לשירותי אשפוז, הוא עלול למצוא את עצמו ניצב בפני מציאות שאין לו את הכלים להתמודד עמה: מציאות בה אין הגדרה של שירותי הבריאות בהם מחויב בית-החולים, התקשורת בין קופת-החולים ובית-החולים לוקה בחסר, מעורבות רופא המשפחה בטיפול בזמן האשפוז מוגבלת ביותר, החולה מטופל בבית-החולים על-ידי מספר גדול של אנשי צוות שונים (למרות משך אשפוז קצר יחסית) ומשוחרר מאשפוז ללא תאום מספק עם המערכת האמבולטורית. נוסף על ההתמודדות עם מחלתו, נאלץ החולה להתמודד גם עם בעיות של חוסר מידע, קטיעת רציפות הטיפול בו ואף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות המתגלעות בין קופת-החולים לבית-החולים בנוגע למימון טיפולים. בתי-החולים מנסים באופן קבוע לאמץ ולפתח טכנולוגיות חדשות בעוד שלעיתים הקופות מונעות את השימוש בטכנולוגיות אלו מחשש להגדלה משמעותית של העלויות. במציאות זו מוצא החולה את עצמו ניצב בפני המערכת הרפואית נבוך וחסר אונים. מחד יתכן כי ברגעי השיא של מחלתו יוצע לו

טיפול חדש (ויקר) בבית-החולים ומאידך הקופה נאלצת, מטעמים עקרוניים ותקציביים, למנוע ממנו את הטיפול. במקרים רבים נוצרת סיטואציה בה ביה״ח מצטייר כ״מושיע״ בעוד שהקופה מקבלת תדמית של גוף ״מרושע״, נטול שיקולים רפואיים שרק מניעים תקציביים משמשים נר לרגליו.

אנו ממליצים כי הנהלות המחוזות של הקופות השונות ובתי-החולים יבחנו את ההצעות השונות לשיפור הממשק בין ביה״ח והקהילה במטרה ליצור מודל מקומי בר-קיימא.

ג. הגישה המקוונת

משרד הבריאות נרתם לא מכבר להקמת מערכת מידע רפואי כלל ארצית, בה למשתמשים מורשים תהיה הרשות לקבל מידע רפואי עדכני בנוגע למטופלים הפונים אליהם.

מערכות מידע מקוונות קיימות כיום בכל ארגוני הבריאות בארץ ברמות חדירה שונות. לכאורה, קיימת ״הבטחה טכנולוגית״ לשיתוף נתונים קליניים, קיום ממשקים רציפים והעברת מידע על החולה בין הארגונים השונים, אולם, כאשר בוחנים בפועל את רמת שיתוף הנתונים, מסתבר שהמציאות אינה פשוטה. ניקח לדוגמה שלוש מערכות ממוחשבות לניהול מידע רפואי: מערכת הנמ״ר, מאגר אבחנות השחרור מבתי-החולים ומאגר רישום סרטן במשרד הבריאות:

פרוייקט הנמ״ר מהווה מערך מחשוב אדמיניסטרטיבי של 11 בתי-חולים בבעלות אחת. הפרוייקט נמצא כיום באיחור של 4 שנים (לפחות) בלוח הזמנים, בחריגה תקציבית של מעל 100 אחוז, כשאין פתרון מוסכם ולוחות זמנים למחשוב התיק הרפואי. האבחנות הנקלטות במערכת אינן ניתנות עדיין לקריאה על-ידי מאגר האשפוזים.

מאגר אבחנות השחרור מבתי-החולים פועל מכוח חוק, ועוסק בפריט מידע בודד (אבחנה) בנקודת זמן אחת (שחרור) והוא מקודד בכל הארץ באותה שיטה (ICD) באמצעות אנשי מקצוע. מצבו הנוכחי של הפרוייקט הוא שהנתונים מעודכנים בו ב-80 אחוז בלבד, כאשר שלושה בתי-חולים כלליים לא מדווחים כלל למשרד הבריאות למרות התקנה המחייבת.

מאגר רישום סרטן במשרד הבריאות גם הוא מאגר מחייב, העוסק בפרטי מידע בודדים. עקב חשיבותו, האגודה למלחמה בסרטן מממנת

תקני מזכירה כמעט בכל מכון אונקולוגי למטרת דיווח. יחד עם זאת, עדכון הנתונים הוא באיחור של שנתיים עד שלוש.

הגורם לליקויים בהפעלת מערכות אלו אינו טכנולוגי. למעשה קיים פרדוקס מובנה במפגש התרבויות בין הרפואה והטכנולוגיה. עולם המחשבים והתקשורת מציב בפני עולם הרפואה תשובה מצוינת ומחפש שאלה טובה. הנטייה לתת לטכנוקרטים לעצב את מרחב הפתרונות גורמת לכך שדברים פשוטים, לכאורה, העובדים מצוין בסביבות מסחריות ותעשייתיות – מסתבכים קשות בכניסתם לעולם הרפואה.

בנושאים אלו אנו לא לבד. קייזר פרמננטה, ה-HMO המוביל בעולם בשימוש במערכות מידע, החל בפיתוח עצמי של מערכת מידע אינטגרטיבית דור II ב-1990 בצוותא עם IBM. ב-1997, לאחר השקעה של מיליארד דולר, הושק פרוייקט הדגל והוחל בהפצתו בארה"ב. בפברואר 2003 נחתם חוזה עם חברת EPIC לרכש מערכת מידע אינטגרטיבית שתקשר את 11,000 הרופאים, בעלות של 1.8 מיליארד דולר, ובהכרזה למעשה שפרוייקט הדגל הקודם – נכשל!

בזמנו, הוצג פרוייקט הדגל של קייזר "כאם כל המערכות" וכדוגמה לאינטגרציה מוחלטת בין הגורמים השונים. רק לאחר חמש שנים הובן עומק השבר. לקייזר יש 8.4 מיליון מבוטחים – כלומר יותר מכל אזרחי מדינת ישראל!

ממד נוסף של הבעייתיות של המערכות המקוונות במערכת הבריאות נידון במאמר שפורסם זה לא מכבר בעיתון ניו-יורק טיימס. המאמר מתאר כיצד, למרות התרומה האפשרית של המערכות המקוונות למערכת, ולו בהיבט החיוני של מניעת טעויות (בהתאם לדו"ח המפורסם של IOM מנובמבר 1999), ולמרות לחץ כבד של צרכני שירותי הבריאות, רק עשרות בודדות של מרכזים רפואיים בארה"ב מנצלים באופן מלא מערכות מקוונות, וזאת בעיקר בשל התנגדות הרופאים ומנהלי המרכזים. המנהלים חוששים שההשקעה הכספית הניכרת בהטמעת המערכות היקרות לא תחזיר את עצמה (כ-7.9 מיליון דולר לבית-חולים בינוני ועוד 1.3 מליון דולר אחזקה שנתית), ואילו הרופאים טוענים שהשימוש במחשב גוזל הרבה זמן יקר, יותר מכפי שהם יכולים להרשות לעצמם, במציאות העמוסה לעייפה. שתי דוגמאות מוחשיות לעוצמת הבעיה מובאות במאמר: האחת של בית-החולים Cedars-Sinai Medical Center בלוס אנג'לס, שבלחץ הרופאים, שטענו שמערכת המחשב מהווה הסחה גדולה מדי ממחויבותם הרפואית, בוטלה תכנית מקוונת שכבר חוברה

ליותר משני שליש מ-870 המיטות של בית-החולים. דוגמא אחרת מובאת מסיאטל, שם רק בלחץ מתמשך וניכר של חברת בואינג, הוטמעו מדדי איכות.

ראוי לציין מיזם של שירותי בריאות כללית, הנוגע ליצירת מערכת מקוונת להעברת מידע רלוונטי ותמציתי בין כל נקודות השירות השונות במסגרתה. המדובר במערכת המהווה אוטוסטרדת מידע, השמה את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות את המטופל לנותני השירות השונים, כלומר ממרפאתו למרפאות אחרות או בית-חולים אחר וחזרה לפי הצורך. מכיוון שהרשומה הרפואית היא קניינו של המטופל, הרי שתהיה לו זכות להגביל נגישות למידע או לחלק ממנו לחלק מאנשי הצוות. האוטוסטרדה מאפשרת איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים, ממקורות מידע שונים ומבוזרים, והעברתם למשתמשים מורשים לפי פרופילי שימוש שונים, תוך שניות ספורות.

האוטוסטרדה היא אוסף וירטואלי של תחנות (בתי-חולים, מחוזות, מכונים, מעבדות וכו'), בה כל המידע נשאר במקום, באופן, בזמן ובמבנה שהוא נוצר בכל תחנה. ייחודה של המערכת ביכולתה לאסוף את המידע על פי דרישה מכל מקורות המידע המבוזרים בארגון, לאחד אותו ל"חבילה" ולהעבירו תוך שניות אל נותן השירות העכשווי בנקודת מתן השירות. כך מקבל נותן השירות תמונה עדכנית, אמינה ושלמה של המידע הרלוונטי לצורך קבלת ההחלטות ומתן טיפול רפואי איכותי ויעיל. עם זאת, המידע מאורגן במתכונת של Minimal Data Set עם מידע שונה, הזמין לסוגי מטפלים שונים לפי פרופיל הרשאות המוגדר בהתאם למידע שכל איש צוות צריך לשם הטיפול בחולה, כך שנמנע מצב של אובדן ב"ים של מידע".

המערכת, הפועלת בסביבת האינטרנט, מאפשרת לנותן השירות גלישה וניווט בין דפי מידע שונים, המכילים את המידע שהועבר באמצעות אוטוסטרדת המידע. לאחרונה הצטרפו למערכת זו מספר בתי-חולים גדולים, שאינם שייכים לקופה (שיבא, רמב"ם והדסה) ובכך חל מהפך בכל הקשור להעברת מידע במערכת הבריאות בישראל.

למערכת מספר רכיבים מרכזיים:

כתיבת מסמכים – המערכת מאפשרת לנותן השירות לכתוב ולהוסיף מסמכים לתיקו של המטופל, כגון: מכתבי קבלה ושחרור רפואיים, מכתבי קבלה ושחרור סיעודיים, סיכומי ביקור אמבולטורי, הזמנת

בדיקת ועוד. מסמכים אלו הם חלק מהמידע הרפואי הנע באוטוסטרדה, אל ומאת נותני השירות השונים.

קשר בין נותני השירות – המערכת מאפשרת קשר בין נותני השירות השונים בארגון (קהילה-בתי-חולים, רופאים ראשוניים, רופאים מקצועיים, בין בתי-החולים, ועוד). קשר זה כולל, בין היתר, העברה דיגיטלית של מכתבי סיכום אל רופאי המשפחה, העברת מסרים/התקשרויות/מידע, הודעה בדבר שחרור מתוכנן, אינדיקציה בדבר מטופלים שאושפזו/נותחו/ביקור במיון ועוד.

רשימות ניווט – רשימות מקוונות עדכניות של מטופלים, בעלי מאפיין משותף (המעודכן לכל רגע נתון): רשימת השוהים כרגע במחלקה כלשהי, רשימת החולים של כל מרפאה שביקרו באחד מחדרי המיון השונים ב-24 שעות האחרונות, רשימת החולים של מרפאה/מנהלת/מחוז המאושפזים כעת בבית-חולים כלשהו בארץ (מטופלים כעת) או העונים על תנאי כלשהו (לדוגמא "חריגי מעבדות") ועוד. בצורה זו יכול כל רופא מטפל לעקוב אחר חולה שלו בזמן האמת.

דפי מידע רפואי – דפי אינטרנט, המכילים את המידע הרפואי ההיסטורי אודות המטופל: (ביקורים בבתי-החולים/קהילה, אבחנות, רגישויות, תרופות קבועות, תוצאות מעבדה, תוצאות בדיקות דימות, תוצאות בדיקות פתולוגיות, מידע לגבי פרוצדורות, קבלות/שחרורים רפואיים, קבלות/שחרורים סיעודיים, סיכומי ביקור אמבולטורי ועוד).

אתראות ובקרות – מערכת מתקדמת, היכולה להביא אל נותן השירות, באמצעים מתקדמים (Notification, Email, SMS, Pop-up Messages), אתראה בדבר אירוע/תוצאה חריגה, הקשורה למטופל שלו: כניסה לאשפוז, מס' אשפוזים גדול מידי בחודש, תוצאת מעבדה חריגה, ביצוע ניתוח ועוד.

מתברר שהטכנולוגיה קיימת וזמינה ולכן אין להקדיש את עיקר הדיון להגדרת הטכנולוגיה אלא לסוגיות האתיות ולשאלות של ארגון והבעלות על המידע. השאלות העולות על הפרק בהקשר זה הן:

1) איזה מידע באמת נחוץ, למי, באיזו רזולוציה ובאילו קבועי זמן?
2) כיצד יש לארגן את המידע, ועל מי מוטלת אחריות ההצגה והאינטגרציה?
3) האם המידע צריך להיות מחולק לפי יוצרי המידע, קרי – תיק המבוטח בקופה, תיקו בבית-חולים A, תיק ההדמיה במכון X? עיון בתיק יתבצע במתכונת זו לפי ספק השירות כמרכיב ראשוני בבחירה,

ואינטגרציית המידע וסידורו לפי זמן ורלבנטיות תעשה על-ידי המתבונן.

4) האם, לחילופין, המידע צריך להיות מאורגן לפי נושאים קליניים, או לפי ציר זמן וחומרת בעיות? בשיטה זו ניתן לצפות בכל המידע הקשור בסוכרת, בכל תוצאות המעבדה, או בכל האירועים הרפואיים שהתרחשו בשלושת השבועות האחרונים.

השיטה הראשונה – פשוטה יותר למימוש אולם הניצולת שלה למשתמש נמוכה, איתור מידע רלבנטי – בעייתי, היא מגלגלת את האחריות על משתמש הקצה, ודורשת זמן יקר שלא תמיד בנמצא. השיטה השניה הינה מאד פונקציונלית, אולם מחייבת תיאום ושיתוף פעולה בין כל הגורמים במערכת – ברמת פריטי המידע הבודדים. בנוסף, יש צורך בהגדרות לאומיות בהיקפים שאיננו רגילים אליהם; בקביעת טבלאות אחידות, בכללי תיעוד סטנדרטיים וכדומה. לאחר קביעת הסטנדרטים, יש צורך בשכתוב מערכות המידע לתמיכה בסטנדרטים החדשים.

למעשה, ניתן לחלק את מרחב הפתרונות האפשריים לשיתוף מידע רפואי לשני ענפים עיקריים:

Provider Centered - שימור המידע הרפואי במסגרת ארגונית ומתן מנגנוני צפייה הדדיים בין-ארגוניים.

Patient Centered - רשומה רפואית מרכזית לאזרח שתרכז את כל המידע הרפואי לאדם ללא תלות במקום היווצרותו.

יישום חלופה 1 מחייב שיתוף פעולה רב מערכתי בין גורמים רבים, פיתוח תקינה, הכרה בצורך, אימוץ התקינה, והקמת מנגנון פיקוח. מתן נתוני הדמיה על CD הנה דוגמה טובה לטכנולוגיה נפלאה, הסובלת מהעדר סטנדרט מחייב לצפייה. כל מכון רנטגן מצייד את המטופל ב-CD, הכולל תוכנת צפייה משוכללת. הרופא נדרש להתאים את המידע למערכת הצפייה, ורואים זאת כמובן מאליו שתהיה לו מערכת לצפייה בצילומי אסותא, מערכת לצפייה בצילומי שיבא, מערכת לצפייה בצילומי הדסה ועוד.

במקביל – חייבת להתגבש הכרה רחבה של הקצאת זמן משמעותי לרופא לנבירה במאגרי המידע שילכו ויגדלו, היות שכיום אין מנגנון מוסכם לתקיפות מידע רפואי אלקטרוני, התבלותו החלפתו ומחיקתו.

יישום חלופה 2 כרוך בפרוייקט לאומי חלוצי הרה סיכון. ניתן לנבא ברמה גבוהה של סבירות, מבלי להיחשד כשוטה, שבשנת 2020 התיקים

הרפואיים של אוכלוסיית העולם המערבי ישכנו לבטח באינטרנט. הבעיה הנה כיצד מגיעים לנקודת זמן זו בהשקעה סבירה, תוך מזעור הסיכונים והשגת תועלות ביניים אמיתיות. טכנולוגית הדבר הינו בר מימוש מיידי, אולם מדובר במהלך בעל משמעויות תרבותיות, ארגוניות, אתיות וחוקיות מרחיקות לכת.

משרד הבריאות, כאמור, "הרים את הכפפה" לאחרונה ואנו תקווה כי יחול שינוי של ממש בתחום חשוב זה. קידום הנושא חייב להיעשות במספר מישורים במקביל:

במישור העקרוני, ארוך הטווח:

1. אימוץ סטנדרטים קיימים להעברת מידע (דוגמת HL7).
2. אימוץ טבלאות מובילות אחידות (דוגמת ICD, CPT, ACR) לנושאים מובילים דוגמת אבחנות, טיפולים, תרופות וכדומה. הטבלאות יתוחזקו מרכזית, יופצו כגירסה אחידה לכל גורמי הבריאות בארץ ויהפכו לסטנדרט מחייב.
3. נקיטת הצעדים הרגולטוריים המתחייבים מאימוץ והפצה של תקינה מחייבת.
4. הקמת ועדות משנה לסוגיות מפתח: אתיקה, אחריות מקצועית, סודיות וסייגים להפצה, קביעת סטנדרטים לתיעוד רפואי נדרש.

לשם ניצול הטכנולוגיה, ברמה הלאומית יש להגדיר "שפה משותפת" להעברת מידע בין הארגונים הרפואיים. מודל לכך יכולה לשמש תפיסת ה-Supply Chain Management (SCM) המשמשת פירמות גדולות, וכן ניתן לנצל את הניסיון שהצטבר בפרוייקט Health Level 7 (HL7) של מערכת הבריאות בארה"ב, להגדרת סטנדרטים להעברת מידע רפואי. המערכת המקוונת, משוכללת ככל שתהיה, לא יודעת לברור את עיקרי הדברים הנחוצים ליצירת תמונה בהירה ומדויקת. נדרשת לכן תרומה אנושית מקצועית בסילוק עודפי המידע ו"רעשי הרקע" ויצירת התמונה המסכמת בלבד, כך שהמידע יהיה שימושי לצרכנים. לשם ביצוע ארגון המידע בצורה שיטתית, נדרשת הגדרה לאומית של מהו המידע המינימלי הנחוץ לקבלת התמונה הקלינית האמורה. יש להגדיר מהו המוץ שיש לברור מן התבן בכדי ליצור מסגרת מידע שימושית ולמנוע אובדן ב"ים של מידע" ההולך ומצטבר במערכות אלקטרוניות זמינות ונגישות אבל לא שימושיות, ובמילים אחרות: יש להגדיר Minimal Data Set (MDS). מכיוון שארגון המידע המצטבר במסגרת MDS מחייב הגדרת תשומות אנושיות ייעודיות, יש לדון בשאלה אם האחראי על ארגון המידע הוא

רופא המשפחה (ואז תידרש תוספת זמן מתוגמל לביצוע משימה זו), גורם ייעודי בקופת-החולים, או גוף חיצוני לקופת-החולים שיתמחה בארגון המידע?

יש לדון בשאלת הבעלות על המידע, האם היא של הארגון שייצר את המידע – קופת-החולים בכל הנוגע לשירותי הבריאות שהיא מספקת ישירות לחולה, בית-החולים בכל הנוגע לשירותים שסופקו באשפוז וספקים נוספים (כגון מכוני בריאות פרטיים, המספקים שירות עבור קופת-החולים וספקי שירותי בריאות פרטיים, המספקים שירותים ישירות עבור החולה) עבור השירותים שסופקו על-ידם, או ישירות של החולה? במקרה הראשון יש לדאוג להרמוניזציה בין כל ספקי שירותי הבריאות. במקרה השני, תיק החולה יהיה זמין כמקשה אחת במדיה מקוונת זמינה ונגישה לכל ספקי שירותי הבריאות המורשים, וכן לכל המורשים האחרים (כגון חברות ביטוח, משרד הפנים וכו'). כבסיס לקביעת ה-MDS, ניתן להיעזר בפרוייקט שנערך כבר בשירותי בריאות כללית.

במישור המעשי קצר הטווח:

אנו ממליצים כי כל בתי-החולים בארץ יתחברו, בצורה זו או אחרת, ל"אוטוסטרדת המידע" של שירותי בריאות כללית. שירותי בריאות כללית מבטחים כיום כ-55 אחוז מהאוכלוסייה ולכן, לגבי מרבית האוכלוסייה ניתן לתת פתרון מחשובי על בסיס מערכת קיימת בזמן קצר ובהוצאות לא גדולות.

יש להסתמך על הגדרות מסד הנתונים המינימלי (MDS Minimal Data Set) לשיתוף המידע בין בתי-חולים והרפואה הראשונית, כפי שהוגדר בשירותי בריאות כללית ובהמשך ניתן להשוותו מול הצרכים בפועל בשטח, הגדרות דומות של הקהילייה האירופאית, ותיקוף מול מומחים.

מקורות

בן-נון, ג., ברלוביץ, י., ושני מ., (2005), **מערכת הבריאות בישראל**, הוצאת משרד הביטחון.

דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, (ועדת אמוראי), (2002), מדינת ישראל. ירושלים.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, (2004), **סיכום כנס ים-המלח החמישי**.

משרד הבריאות, תחום מידע, (2004), שירותי מידע ומחשוב: **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2003.**

--, (2001), שירותי מידע ומחשוב: **בריאות בישראל, נתונים נבחרים.**

--, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, (2005), **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 2004-1995.**

--, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, (2003), **השוואות בינלאומיות במערכת הבריאות.**

פויכטוונגר מ., (2004), **איכות התקשורת בין בית-החולים הדסה לבין רופאי המשפחה**, עבודת גמר, כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואה בבית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה.