

# מגמות ותהליכי הפרטה בשירותים החברתיים בישראל<sup>1</sup>

אסא מרון

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; חוקר במרכז לצדק חברתי ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים

## מבוא

פרק זה עוסק בתהליכי ההפרטה שחלו בארבעה שירותים חברתיים בישראל מאז שנות השמונים של המאה העשרים. במהלך העשורים האחרונים חלו שינויים משמעותיים במימון ובצורת ההספקה של שירותים שונים באופן שמאתגר את היחסים בין המדינה לבין אזרחיה. אולם התמונה מורכבת יותר: בזמן שאחריות המדינה צומצמת בתחומים מסוימים, היא הורחבה באחרים. תהליכי ההפרטה אתגרו את התמהיל הציבורי-פרטי במערכות השירותים של מדינת הרווחה באופן שהקצה תפקיד מרכזי יותר לפעילותם של סוכנים מהספירה הפרטית. במטרה לעמוד על משמעותו של תהליך זה יעסוק הניתוח במגוון הגורמים הפרטיים אשר שולבו והשתלבו במערכות (ארגונים עסקיים, עמותות, קרנות, ואף משפחות), לאופן שילובם ולתפקיד אשר הוקצה להם על ידי המדינה במסגרת מימון, ניהול והספקת השירותים.

הפרק סוקר את מגמות ההפרטה בארבע מערכות ציבוריות של שירותים חברתיים: חינוך, רווחה, בריאות ודיור. לכל מערכת יוקדש תת-פרק שיפתח בהסבר קצר על מערכת השירותים, תוך מיפוי מקורותיה ומרכיביה, בדגש על היחסים בין מרכיבים מדינתיים, ציבוריים ופרטיים. לאחר מכן אדון בתהליכים שחלו בעשורים האחרונים ואעסוק במגמות במימון השירותים ובשינויים ארגוניים שחלו בצורת הספקת השירותים ואופן הסדרתם. כאן יושם דגש על מגוון השחקנים הציבוריים והפרטיים שלקחו חלק בתהליכים (מוסדות מדינה, ארגוני משתמשים, ארגוני עובדים), ועל תוצאותיהם מבחינת חלוקת האחריות, המימון והניהול בין הציבורי לפרטי. בסוף הפרק אדון בשינויים שחלו במערכות השונות ובתוצאותיהם בעזרת ניתוח שלושה מנגנונים מרכזיים שחוללו את ההפרטה החלקית של שירותים חברתיים בישראל: צמצום ושחיקה תקציבית וגידול ביוזמה הפרטית, התהוות רובד פרטי בתוך מערכת ציבורית ומיסודו על ידי המדינה, והעוצמה המוסדית של משרד האוצר.

אופיים ומשמעותם של תהליכי הפרטה במערכות מדינת הרווחה מעוצבים לאור המאפיינים ההיסטוריים והמבניים הייחודיים של כל מערכת, באופן שמצריך ניתוח רגיש להקשר (context) וזהירות מהכללות יתר (Starr, 1989:21). בתחום שירותי הרווחה האישיים, למשל, נטלו חלק ארגונים פרטים ללא כוונות רווח מאז הקמת המדינה. ההפרטה שחלה במערכת זו מתבטאת בתהליך הדרגתי, אך ברור, בו העבירה המדינה את האחריות על הספקת השירותים לידי ארגונים פרטיים שונים, כאשר חלקם של ארגונים למטרות רווח הופך משמעותי יותר מבעבר. ריבוי שיתופי פעולה בין המדינה (ברמת המשרד וברמה המקומית) לבין גורמים פרטיים שונים וכן מעורבות של המדינה בייזום והקמה של ארגונים פרטיים, מאפיינים גם הם את מגמות ההפרטה בתחום זה. לעומת זאת, לתהליכי ההפרטה במערכת הדיור ביטוי שונה. מערכת זו אופיינה מראשיתה במדיניות המעודדת הפרטת דירות ציבוריות לבעלות פרטית, באופן שאפשר למדינה לחלוק את האחריות על ניהול השירות עם משקי בית פרטיים. בשלב מאוחר יותר, עם המעבר לתמיכה בצד הביקוש בראשית שנות השבעים, תימרצה המדינה גורמים פרטיים שונים – קבלני

<sup>1</sup> המחבר מבקש להודות ליאיר ברק על איסוף חלק מן החומרים שנותחו במסגרת כתיבת פרק זה. כמו כן, ברצוני להודות לפרופ' מיכאל שלו, פרופ' אברהם דורון, ד"ר ניסים כהן, פרופ' יצחק גלנור, ד"ר אמיר פז-פוקס, ד"ר רונן מנדלקרן ושאר החברים בפרויקט על הערות יקרות ערך שסיפקו לי. האחריות על הכתוב היא של המחבר.

בניין פרטיים מכאן ומשקי בית פרטיים מאידך – במטרה לתמוך באופן ציבורי ביוזמות בנייה ורכישה של דירות המתקיימת במסגרת השוק הפרטי.

התהליכים בהם עוסק הפרק לא התקיימו בחלל ריק. במהלך העשורים האחרונים עוברת החברה הישראלית שינויים משמעותיים אשר השפיעו על התפתחות השירותים החברתיים, ויש למקם את התהליכים בהקשר רחב יותר של תמורות בסביבה המוסדית, הכלכלית והפוליטית של עיצוב המדיניות. שנות השמונים החלו במשבר כלכלי שהביא לקיצוצים נרחבים בתקציב ובהמשך לתוכנית לייצוב המשק (1985) בעקבותיה הואצו שינויים בכלכלה הפוליטית של ישראל, אשר כללו ליברליזציה של שווקים שונים ודה-רגולציה של שוק העבודה, הפרטת חברות ציבוריות והגברת הפתיחות לכלכלה הבינלאומית בשנות התשעים (שלו, 2004). במסגרת התוכנית הכלכלית של 1985, צבר משרד האוצר עוצמה רבה והשיג יכולת פיקוח הדוקה על התקצוב והמדיניות של משרדי הממשלה האחרים (ממן ורוזנהק, 2009: 5-74; בן בסט ודהן, 2006), באופן שאיפשר לו לבסס מדיניות (ניאו) ליברלית של קיצוץ וצנע תקציבי, ולהפוך לשחקן המוסדי המרכזי בקידום מגמות הפרטה בשירותים החברתיים. שינויים מוסדים אלה במדינה, לצד צמיחה של מוסדות שוק וחברה אזרחית, הם שעיצבו את הפוליטיקה של מדינת הרווחה ובמסגרתם התפתחו מערכות השירותים החברתיים בישראל במהלך שני העשורים האחרונים: הם הובילו לשינויי יחסי הכוחות בין השחקנים המשתתפים בעיצוב המדיניות החברתית, הרחיבו את מבנה ההזדמנויות של הגורמים התומכים בצמצום מדינת הרווחה ובכך תרמו לפגיעותה הפוליטית (רוזנהק, 160-2002: 1).

הפרק ממקם את תהליכי ההפרטה בשירותים החברתיים בהקשר פוליטי-חברתי-היסטורי, ומאתר את השחקנים והכוחות אשר עיצבו את דמותם של השירותים החברתיים במדינת הרווחה הישראלית. הספרות העוסקת בהפרטה בשירותים החברתיים בישראל טרם נדרשה לניתוח שיטתי של הדינמיקה החברתית אשר הניעה את מגמות ההפרטה. בחינה סוציולוגית ותהליכית של מגמות אלה תעמיק את הבנתנו של תופעת ההפרטה: לא רק כהליך מוכתב "מלמעלה-למטה" (top-down) המונע על ידי החלטות ממשלה, אלא כתופעה דינאמית המושפעת גם מן היוזמות של קבוצות חברתיות ושחקנים הפועלים בהקשר מבני של קיצוץ תקציבי מכאן ושינוי אידיאולוגי מאידך, ומקדמים את תהליכי ההפרטה "מלמעלה-למטה" (bottom-up).

## א. הפרטה בשירותי החינוך<sup>2</sup>

### א.1. מערכת החינוך בישראל: היסטוריה ומבנה

עוד בעשור הראשון של המדינה עסקו פוליטיקאים וקובעי מדיניות בשאלת היחס בין הממלכתית לסקטוריאלי ובין הציבורי לפרטי במערכת החינוך. עם הקמת המדינה, הלאמת מערכת החינוך התנהלה תוך מאבקים בין שחקנים שונים על אופייה של המערכת שתוקם. כבר אז תפסה שאלת אחריות המדינה את מרכז הבמה. האתגר בשנות החמישים נבע מהשאיפה לממלכתיות של מפלגת מפא"י הדומיננטית ומן הצורך לנהל ולהכיל (בדרכים שונות) קבוצות שונות בחברה הישראלית במסגרת מערכת חינוך לאומית אחת. עם הקמת המדינה נחקק חוק לימוד חובה (תשי"ט-1949) אשר קבע את אחריותה של המדינה לחינוך חובה חינוך לתקופה של 8 שנות לימוד בבית ספר יסודי ושנת לימוד אחת בגן הילדים. הכרתם של מנהיגי התקופה בחשיבותו של חינוך ציבורי בישראל ניכרת בשיח שסבב את תהליך החקיקה, אשר הדגיש את מחויבותה ואחריותה של

<sup>2</sup> תת-פרק זה לא יעסוק בחינוך הקדם-יסודי ובמערכת ההשכלה הגבוהה בישראל.

המדינה לחינוך חינוך לכל שיאפשר את קיבוץ הגלויות ובניית הלאום היהודי, ואת הגשמתה של זכות אדם ואזרח בסיסית (Ichilov, 2009:59-60).

את חקיקתו של חוק החינוך הממלכתי (1953) ארבע שנים מאוחר יותר יש להבין במסגרת פרויקט הממלכתיות; הרפורמה יצרה דה-פולטיזציה חלקית וריכוזיות של החינוך, ומיסדה את זכות המדינה לנהל את המערכת כולה: החל מפיקוח על תכניות הלימוד ועד הגדרת צורת הארגון ברמת בית הספר (יוגב, 1999:317). למרות שחקיקת חוק החינוך הממלכתי ביטלה את זרמי החינוך שהתקיימו מתקופת היישוב וכוננה את תחום החינוך כתחום משילות לגיטימי של המדינה, השיברור (fragmentation) שאפיין את המערכת הוסיף להתקיים ואף התמסד. מחציו של העשור הראשון החלו לפעול מספר מערכות חינוך זו לצד זו, לכאורה במסגרת משותפת אך למעשה עם הבדלים ניכרים ביניהן: החינוך הממלכתי, הממלכתי-דתי, הערבי, החרדי-עצמאי והקיבוצי. החוק אפשר את פעילותה העצמאית במימון ציבורי של מערכת החינוך של אגודת ישראל (החינוך העצמאי) והסמך את שר החינוך לאשר מוסדות חינוך שאינם רשמיים ולתקצב אותם. זאת ועוד, החוק מיסד את זכותם של הורים להתערב בתכני החינוך באמצעות "תוכניות השלמה/העשרה" ולקבוע עד 25% מתוכנית הלימוד בבית הספר בו לומדים ילדיהם, במימון עצמי של ההורים או הרשויות המקומיות (להרחבה ראה ניר מיכאלי, בספר זה). שתי אפשרויות שהיו גלומות בחוק החינוך הממלכתי – האפשרות למימון ציבורי של מוסדות חינוך פרטיים והאפשרות למימון פרטי ומקומי של חלק מתוכנית הלימודים – צפויות להיות משמעותיות ביותר בתהליכי הפרטה במערכת החינוך בהם נדון בהמשך.

על אף הניסיון להלאים את מערכת החינוך, מוסדות חינוך פרטיים המשיכו לפעול בימיה הראשונים של המדינה, וממשיכים לפעול גם היום. עוד מראשיתה של מערכת החינוך הישראלית פעלו בה מספר מוסדות חינוך פרטיים: מספר בתי ספר תיכונים-עיוניים פרטיים ואליטיסטיים שפעלו בערים הגדולות ובתי ספר חקלאיים; מוסדות אלה אמנם נוהלו כאגודות וולונטריות ללא מטרת רווח אך הדירו תלמידים על בסיס שכר לימוד גבוה. סוג נוסף של תיכונים פרטיים למחצה התפתח בפריפריה – התיכון המקיף של רשת עמל ורשת אורט. רשתות אלה זכו לסבסוד ציבורי נרחב והפכו לשחקנים חשובים המשפיעים על מדיניות המשרד במיוחד ביישובי פריפריה שם הן שלטו על רוב החינוך העל-יסודי (וקסלר, 2004:44-43). יחד עם זאת, התיכונים הפרטיים היו מעטים ושירתו בעיקר אליטות עירוניות. הפוטנציאל הגלום בחוק החינוך הממלכתי למימון ציבורי של מערכות חינוך פרטיות התממש שלושה עשורים מאוחר יותר, עם שגשוגם של בתי ספר פרטיים-למחצה במימון ציבורי אשר היוו "אפיק בריחה" מבתי ספר ציבוריים (Ichilov, 2009:67). כפי שנראה, במהלך שנות השמונים שימש החוק כלי בידי ארגוני הורים חזקים ומבוססים לקידום מסגרות חינוך ייחודיות ומדירות (exclusive) ולשינוי פניה של מערכת החינוך כמערכת ציבורית המבוססת על אחריות ומחויבות מדינתית. אפשרות זו יצאה מן הכוח אל הפועל רק בשעה שנוצרו בחברה הישראלית תנאים שאפשרו זאת ובראשם התגבשות של מעמד ביניים רחב, קיצוץ במערכת החינוך הציבורית וקידום מדיניות של אינטגרציה בחינוך.

**א.2. מעשור של הרחבת החינוך (שנות ה-70) - לעשור של קיצוץ (שנות ה-80)**  
מראשית שנות השבעים החל משרד החינוך ליישם את רפורמת האינטגרציה שעיקריה אומצו ב-1968. יישום הרפורמה הביא לגידול ניכר בתקציב המשרד: בין השנים 1970-1975 עמד שיעור הגידול השנתי הממוצע בתקציב משרד החינוך על 10%, ובמהלך חמש השנים הבאות ירד הגידול השנתי במעט ל-7% (סבירסקי, 2004:35). מטרת הרפורמה הייתה משולשת: הארכת חינוך

החובה, עריכת שינוי מבני במערכת החינוך (הקדמת הכניסה ללימודים תיכוניים) וצמצום פערים על ידי שילוב תלמידים (לא-ערביים) מרקע חלש בכיתות חזקות יותר, במטרה לשפר את סיכוייהם לקבל חינוך תיכוני עיוני. במסגרת הרפורמה הוארך חוק לימוד חובה לכיתה י', ונוצרו מסגרות חינוכיות הטרוגניות יותר – חטיבות הביניים. עם זאת, יישום הרפורמה והישגיה היו חלקיים: ביישובים רבים עוררה הרפורמה התנגדות חריפה ונרחבת אשר חצתה קווים של דת, עדה ולאום (סבירסקי, 1990: 149). יישום הרפורמה עורר התנגדויות מצד גורמים שונים ובעיקר קבוצות והתארגנויות הורים חזקים ומבוססים, שפעלו כדי למנוע את מה שתפסו כפגיעה באיכות החינוך של ילדיהם. במקביל, הצריכה הרפורמה השנויה במחלוקת גידול משמעותי בתקציב החינוך אשר המשיך לצמוח עד לשינוי המגמה בשנות השמונים.

מדיניות החינוך המרחיבה שאפיינה את ישראל משנות החמישים לסוף שנות השבעים והגידול התקציבי שנגזר ממנה, התחלפו בשנות השמונים במגמות של שחיקה וקיצוץ בתקציב החינוך. בין השנים 1974 ל-1980 היה שיעורו של תקציב החינוך כ-8.5% מן התל"ג. שיעור זה ירד בשנים 1985-6 ל-7.6% (קלינוב, 1988: 62); הירידה העיקרית בהוצאה לאומית כאחוז מהתל"ג בשנים אלה התרחשה בעקבות יישום התוכנית ליישוב המשק ביולי 1985 (רזוביץ, 1993: 4). מאז 1978 חלה ירידה מתמדת בהוצאה הריאלית הממוצעת לתלמיד. בין השנים 1986-1980 ירדה ההוצאה הממשלתית הריאלית לתלמיד ב-16.2% בממוצע (קיצוץ של 25.1% בחינוך היסודי וחטה"ב ושל 17.2% בתיכוני) (קלינוב, 1991: 23); במסגרת זו צומצם מספר שעות הלימוד בבתי הספר היסודיים בכ-200,000 שעות - 28.5% מכלל השעות, יום הלימודים קוצר, הקבוצות לימודים בוטלו, מספר התלמידים בכיתה גדל, מספר המורים הופחת והוראת מקצועות לימוד מסוימים בוטלה (בר סימן-טוב ולנגרמן, 1988: 9).

השינוי האידיאולוגי שחל במדיניות החינוך אתגר גם הוא את החינוך הציבורי ואת מטרותיו. מדיניות החינוך בעשורים הראשונים התעצבה בהקשר של תפיסה ממלכתית ואידיאולוגיה קולקטיביסטית שהתאפיינה בשאיפה מפורשת לשילוב קבוצות חלשות והעצמתן, לקליטת עלייה והגדלת שוויון הזדמנויות בחינוך<sup>3</sup> (יוגב, 1999). המדינה נתפסה ככלי מרכזי להגשמת יעדים חברתיים-קולקטיביים-ציוניים. החינוך נתפס כמשימה לאומית ומדיניות החינוך ראתה בציבור הישראלי הרחב את קהל היעד שלה. בשנות השמונים החל להתערער הקונסנזוס הרחב סביב מטרות החינוך בישראל. בין הגורמים שחברו ליצירת השינוי ראוי להזכיר את התעצמותו של מעמד הביניים אשר הפנה ביקורת רבה כלפי איכותו והישגיו של החינוך הציבורי. במרכז האידיאולוגיה הליברלית אשר אתגרה את מטרות החינוך הממלכתי ה"ישן" ניצב קידום התלמיד האינדיבידואלי וחתימה למיזוג הפוטנציאל שלו (יוגב, 2007). אידיאולוגיה זו באה לידי ביטוי בפרקטיקות של מעמד הביניים, לדוגמה הקמת בתי ספר ייחודיים ומאבק באזורי הרישום, אשר נועדו לקדם את האינדיבידואל תוך ביטול המחויבות לקידום אוכלוסיות חלשות ואינטגרציה. יחד עם זאת, חשוב לזכור כי התעצמות האינדיבידואליזם בחברה הישראלית, והיותו של מעמד הביניים סוכן מרכזי למגמה זו, אינה מעידה על ביטולן של עמדות קולקטיביסטיות, סולידאריות חברתית ותמיכה במדינת הרווחה בקרב מעמד הביניים היהודי בישראל (Shalev, 2007) אשר המשיכו להתקיים לצד שאיפותיו המעמדיות המתעצמות.

<sup>3</sup> חשוב לזכור כי מחויבות אידיאולוגית זו אינה מעידה בהכרח על מדיניות או הצלחות בפועל כפי שמדגימים מחקרים רבים.

### א.3. ה"חינוך האפור" – לידתה של תופעת-לוואי רצויה?

השינויים ביחסי מדינה-חברה, הקיצוץ התקציבי והתמורות האידיאולוגיות מהווים את הרקע לצמיחתו של ה"חינוך האפור": שירותי חינוך במימון פרטי אשר סופקו במסגרת המערכת הציבורית לקבוצות שיכלו לצרוך אותם. היווצרותו וצמיחתו של החינוך האפור בשלהי שנות השמונים מהווה תהליך של "הפרטה במחדל": הפרטה הנובעת מצמצום האחריות והמעורבות המדינתית ביחס להספקת שירות ציבורי באופן שמעביר חלק מן האחריות להספקתו לידי גורמים פרטיים (ברק-ארז, 2008: 475). מדובר באחת התופעות המרכזיות בהפרטת החינוך בישראל אשר צפויה ליצור שינויים דרמטיים באופייה הציבורי של המערכת. בשנות השמונים, בד בבד עם צמצום תקציב החינוך, עלה חלקם של מקורות פרטיים במימון המערכת. מימון החינוך על-ידי ההורים ומקורות פרטיים אחרים עלה משיעור של 16% במחצית השנייה של שנות השבעים (כאשר הממשלה והרשויות מקומיות אחראיות ל-84%) ל-24% במחצית השנייה של שנות השמונים (רזוביץ, 1993: 13). עלייה זו ניכרת גם בגידול שחל בהוצאה המשפחתית הממוצעת לחינוך מ-3% בהכנסתה הפנויה ב-1980 ל-4.3% ב-1987 (קלינוב, 1988: 61). אף על פי שהגידול בהוצאה הפרטית כיסה את מה שנגרע מההוצאה הציבורית (שם, 54), מדובר בשינוי מהותי: ככל שחלקו של הפרט במימון שירותי חינוך גדל צפויים להיווצר פערים בין התשומות החינוכיות להם זוכים ילדים ממעמדות שונים.

יחד עם זאת, חשוב לזכור כי בישראל דאגה המערכת הפוליטית לפצות קבוצות יהודיות מסוימות מן המעמד הנמוך. דוגמא בולטת לכך היא המדיניות המתגמלת את החינוך החרדי בישראל. בחינת הצמיחה בתקציב מוסדות החינוך של תנועת ש"ס, אשר היטיבה לתרגם את מעמדה האלקטוראלי לתביעות תקציביות, מגלה צמיחה אדירה במשאבים שהתקיימה במקביל למגמת הקיצוץ הכללית. במסגרת תקציב 1985 סוכם עם שר החינוך יצחק נבון כי יוקצה תקציב נפרד למוסדות החינוך הספרדי באמצעות תקציב אגף החינוך הממלכתי דתי. כניסת ש"ס למערכת החינוך העצמאית בשנים 1984-91 הגדילה את תקציב החינוך העצמאי פי 172 (מ-809 אלף ל-139 מיליון ש"ח) ואת הכנסותיה של ש"ס ממשד החינוך פי 835 (מ-67 אלף ל-56 מיליון ש"ח) (טסלר, 2001: 217). סך הכנסותיה של ש"ס ממשד החינוך גדלו פי שישה בשנים 1991-98 מ-56 מיליון ל-331 מיליון ש"ח, למרות שגידול מספר התלמידים היה פי שלושה בלבד; עודף תקציבי זה מימן את מערכת הלימוד התוספתית של ש"ס: יום לימודים ארוך, שכר הוראה לשעות אחה"צ, ארוחות והסעות (שם, 232). נראה כי להחלפת מימון ציבורי בפרטי הייתה השפעה דיפרנציאלית על קבוצות שונות בחברה הישראלית: מעמד הביניים פנה לפתרונות פרטיים, קבוצות חלשות מסוימות זכו לפיצוי, וקבוצות אחרות נותרו חשופות מתמיד.

הסיקור התקשורתי של תופעת החינוך האפור בשנת 1987 מצא את משרד החינוך לא מוכן להתמודד עם הביקורת. תגובותיו של המשרד נעו בין הכרה מפוקחת וקריאה (של דובר המשרד) למיסודה באופן חוקי<sup>4</sup>, להצהרה (של מנכ"ל המשרד) שהתופעה אינה קיימת (הד החינוך, 1987). חוסר הנחת הציבורי הגובר בנוגע לחינוך האפור והשלכותיו על החינוך בישראל הוביל לבחינת התופעה והיקפה. ב-1988 יזמה המזכירות הפדגוגית של משרד החינוך סקר להערכת היקף החינוך האפור, או בלשון המשרד, תל"ן (תוכנית לימודים נוספת). תוכנית הלימודים הנוספת, שקיומה הותר בתנאים מסוימים עוד ב-1953 (חוק החינוך הממלכתי), הפכה לגורם משמעותי בשלושה עשורים מאוחר יותר. מנתוני הסקר (1988) עולה כי תוכנית לימודים נוספת קוימה בכ-40% מבתי הספר היסודיים בארץ, כאשר רובם המוחלט שכנו באזורים מבוססים. התוכנית יועדה להעשרת

<sup>4</sup> עיתון דבר 12.1.1987.

תכנית הלימודים והארכת משך השהיה בבית הספר. היקף הלימודים נע בין 1-2 שעות בשבוע ועד ל-10. עוד נמצא בסקר כי במסגרת זו נלמדו 66 נושאים שונים, רובם ללא זיקה ישירה לתכנית הלימודים. שכר המורים, שרובם לא נמנו עם צוות בית הספר, נע בין 8 שקלים לשעה ועד לשכר חריג ביותר של 80 שקל לשעה. המאפיין המרכזי של התל"ן הוא השוני הרב בין בתי הספר ביחס לארגונה ולתכניה אשר נקבעו באופן מקומי על ידי היוזמים הפעילים בבית הספר (בר-סימן-טוב ולנגרמן, 1988). החינוך האפור התבסס על כוח עבודה מגוון: מצד אחד מורים שעבדו שעות נוספות, ומצד שני מדריכים ועובדי הוראה מרקע מגוון שהעסקתם לא הוסדרה באמצעות ההסכמים הקיבוציים של ארגוני המורים. הצמיחה במספרם של עובדים לא מאורגנים המועסקים בחוזים אישיים במערכת חתר תחת מעמד המורים המאורגנים, כפי שבא לידי ביטוי בשחיקה המתמשכת בשכר המורים. במהלך עשור שנות השמונים התמקד ארגון המורים העל-יסודיים במקרים פרטיים של הגנה על זכויות מורים (מניעת פיטורין וקיצוץ משרות), אך לא הצליח להתמודד עם הפגיעה התקציבית וההפרטה המואצת בתוך המערכת הממלכתית (ובכלל זה הממלכתית-דתית) והשלכותיהן על מעמד המורים (תמיר, 2009: 115-112).

מעמד הביניים הגדיל את הוצאתו הפרטית נוכח הקיצוצים שחוותה המערכת. כתוצאה מכך, זכו ילדי מעמד הביניים לפריבילגיות אשר התבססו על משאבים ציבוריים: המנגנון הפרטי של החינוך האפור התפתח במסגרת המערכת הציבורית אשר סיפקה לו תשתיות (מבנים וכיתות), מורים ולגיטימציה. חלק מאחריות עברה לתא המשפחתי שחלקו בתקצוב החינוך גדל. מהצד השני, ארגוני הורים וחברות פרטיות אשר החלו למכור "מוצרי חינוך" לאור הגידול בצורך ובנכונות לשלם עבורו. אחד הסוכנים המרכזיים בצמיחתו והתרחבותו של החינוך האפור היו הורים לתלמידים אשר פעלו והתארגנו ברמה המקומית כדי לתת מענה למה שחוו כפגיעה חמורה בחינוך ילדיהם. יו"ר ועד ההורים הארצי, יצחק עפרון, התבטא בכלי התקשורת וטען כי "לא ניתן לעצור את התופעה לנוכח הידלדלות החינוך הממלכתי המקובל". השיח של קובעי המדיניות התייחס ל"ציבור ההורים" כגורם מרכזי בהיווצרות התופעה, ואין הוא מבחין בין הורים בני מעמד הביניים, שהיה ביכולתם לנקוט פעולה נוכח הקיצוץ במערכת הציבורית, להורים ממעמד נמוך. ברם, הפערים בין קבוצות הורים אלה מהותיים להבנת התופעה: באזורים מבוססים שיעור בתי ספר שקיימו תל"ן עמד על 45%, לעומת 13% בלבד בקרב בתי ספר לאוכלוסיה חלשה (בר-סימן-טוב ולנגרמן, 1988: 16). יוזמתם של ההורים (בני מעמד הביניים) נתפסת בשיח הציבורי כפעולה מובנת ואף מבורכת, אף על פי שהסכנות הטמונות בכך לאופייה הציבורי של המערכת ברורות מאד. כך טען במהלך דיון יו"ר ועדת החינוך של הכנסת (1989), כי: "...בשל הקיצוצים, בשל העדר תקציבים, ואולי גם בשל הצורך המובן של ההורים לתת חינוך עשיר יותר לילדיהם – וזאת סיבה חיובית מאוד ובריאה מאוד – מחפשים הורים רבים צורות התארגנות למימון חינוך טוב יותר לילדיהם, חינוך שאיננו ניתן במסגרת הרגילה של בית הספר ... עקב המצב הזה נוצרות יוזמות, והן לכשעצמן ברוכות, כי נוצרות עמותות וכל מיני פעילויות של הורים שמממנות חינוך, אבל בעצם יש בכך שינוי של כל המערכת, כי היא ניתנת לחלק מהתלמידים, ולרבים היא לא ניתנת. היא מחזקת את החזקים ומזניחה את האחרים..."<sup>5</sup>.

השיח סביב החינוך האפור הדגיש שלושה היבטים: ראשית, את תפקיד הורים בקידומו; שנית, את הלגיטימיות של תפקיד זה לאור התנהלות המדינה; ושלישית, את השפעתו השלילית על החינוך הציבורי והשוויון. כיצד אפשר להסביר את תמיכתם של נבחרים ומועצבי המדיניות ביוזמות הפרטיות למרות שאלה נתפסות כחותרות תחת החינוך הציבורי? שני גורמים עיקריים

<sup>5</sup> דברי הכנסת, ישיבה 330 של הכנסת ה-11, 11.6.1987.

יכולים להסביר זאת: ראשית, התמיכה מתקיימת בהקשר של צנע תקציבי הנאכף באדיקות על ידי האוצר. בעקבות השינויים המוסדיים ויחסי העוצמה שיצרה התוכנית לייצוב המשק (1985), הקיצוץ שחל בתקציב החינוך והפער הגדל בין התקציב לצרכים בעקבות צעדי האוצר, חלחלה אל מנגנוני ה"משרדים החברתיים" (חינוך, רווחה, בריאות) ההבנה כי הגדלת התקציב אינה אפשרית והם נטו לקדם פתרונות חלופיים. שנית, התחזקות אידיאולוגיה ליברלית התומכת בהרחבת תפקיד החברה האזרחית בתחום החינוך. תפיסה התומכת בזכויות הפרט ומעודדת מעורבות גורמים פרטיים בקידום והספקת החינוך, נתנה אותותיה גם במסדרונות הכנסת והבירוקרטיה המדינתית. המלצותיה של ועדת הכנסת לפיתרון הבעיה, אשר אומצו על ידי שר החינוך יצחק נבון, קראו לחזק את הגורמים הפרטיים ולמסד את מעורבותם בעיצוב החינוך ברמה המקומית. כדי למנוע את הגדלת הפערים, קרא השר על בסיס המלצות הועדה: "...נעודד מעורבות הורים בבתי הספר בפרברים, בשכונות, בערי פיתוח שיכולים לעשות מאמץ – ואני טוען שהם יכולים לעשות מאמץ – ואנו נעזור להם במאמץ הזה...". משמעות הביטוי "מעורבות" בשיח זה אינה דמוקרטיזציה ברמה המקומית אלא מעורבות באמצעות מימון תוספות פרטיות לתוכנית הציבורית, כלומר, תפיסה אינסטרומנטלית של חברה אזרחית. תפקידם של ארגונים פרטיים בהספקת שירותי חינוך נתפס ככלי לגיטימי לקידום השוויון. לפי תפיסה זו תפקיד המדינה אינו לצמצם פערים באופן ישיר, אלא לתמוך בפעילותם של גורמים פרטיים (אגודות, עמותות הורים) באזורים חלשים כדי שאלה יפתרו את הבעיה. תפקידה העקיף של המדינה בא לידי ביטוי בניסיון לאסדר (regulate) את פעילות החינוך האפור הנקבעת ב"שטח" על ידי סוכנים פרטיים.

בראשית שנות התשעים נעשו מספר ניסיונות למסד ולהסדיר את התל"ן. בחוזר מנכ"ל משרד החינוך שיצא בשנת 1990 נקבע כי התל"ן תעסוק רק בנושאים שאינם כלולים בתכנית הלימודים הרגילה; כמו כן, אם היא מופעלת בשעות הלימודים ישתתפו בה גם תלמידים שהוריהם לא משלמים בעבורה. בסיכום מטעם משרד החינוך מצוין כי: "מיסוד תופעת התל"ן מאפשר למשרד למנוע הגדלת הפער בין תלמידים שהוריהם יכולים לממן תכניות לימודים נוספות לבין אלה שאינם יכולים לשאת בנטל" (נוי, 1999: 6-827). מדיניות זו ניכרת גם בהקמת מועצה ציבורית מייעצת לתשלומי הורים בעקבות הגידול הניכר בגובה תשלומי הורים ותפוצתם. בכתב המינוי של המועצה, שהוקמה בידי מנכ"ל משרד החינוך, נאמר כי מטרתה היא "להקל ככל האפשר על נטל ההוצאות הנלוות במערכת החינוך"<sup>6</sup>. במאי 1992 פרסמה המועצה את "דו"ח לנגרמן" ובו קבעה כי משרד החינוך לא קבע נהלים ברורים לגבי ניהול והתנהלות החינוך האפור. הדוח העיר כי התפתחות זו מעמיקה את אי-השוויון בחינוך, שאינו עולה עם מטרות חוק לימוד חובה. המלצת המועצה להטיל את עלות החינוך על כלל אזרחי המדינה באמצעות תוספת לארנונה או לתשלומי הביטוח הלאומי ולבטל את כל התשלומים והאגרות המושגים על ההורים פרט לתשלום בעבור תל"ן, לא התקבלה. כישלון הניסיון "להצביר" את מימון החינוך ולהחזירו לידי מערכות ציבוריות המבוססות על מיסוי פרוגרסיבי אינו מפתיע כאשר בוחנים את מגמת צמצום המיסוי שהחלה מאמצע שנות השמונים (ראו: שלו, 2004: 99, 94). אם בתחילה נגע החינוך האפור בעיקר בתחומי העשרה הרי שמהר מאוד הוא הפך למרכיב משמעותי בהוראת מקצועות הליבה, על אף איסורו של משרד החינוך. סקר שבוצע בשנת הלימודים 1993/4 מלמד כי 23% מכלל השעות שנוספו הוקדשו לתגבור מקצועות ליבה דוגמת חשבון ואנגלית. עוד מראה הסקר כי תל"ן נפוצה ב-63% מבתי הספר לעומת 38% שנמצאו בסקר משנת 1988. מספר השעות שנוספו בתל"ן עלה משעה-שעתיים

<sup>6</sup> דו"ח מבקר המדינה, 2001: 13.

בשבוע לשלוש וכי ב-35% מבתי הספר המקיימים תל"ן הושת התשלום על ההורים. כך הוכפל היקפו של החינוך האפור תוך חמש שנים משנת 1988 ועד לשנת 1993 (כהן-כהן, 1997: 9).

#### 4.א. היכן המדינה? בין מיגור ה"חינוך האפור" למיסודו

מראשית שנות התשעים מתנהלת מדיניותו של משרד החינוך בשני ערוצים: הראשון, ניסיון להגדיל את תקציב החינוך, להחזיר שעות אבודות ולהאריך את יום הלימודים. ניסיון זה נידון להצלחה חלקית ביותר שכן משרד האוצר מקצה למשרד תקציבים חלקיים שאינם מאפשרים לממש מדיניות מרחיבה. בערוץ השני, מנסה המשרד להתמודד עם גורמים פרטיים שונים (ארגוני הורים, עמותות פרטיות, ארגונים עסקיים וקרנות פילנתרופיות) שהפכו במהלך שנות התשעים לחלק אינטגרלי ממערכת החינוך (ראו מיכאלי, בספר זה). מחד גיסא, ממשיך המשרד לעודד את מעורבותם של גורמים פרטיים במערכת בניסיון להתמודד עם המחסור בתקציבים ובשעות לימוד. מאידך גיסא, וכתוצאה של מדיניות זו, נאלץ המשרד לנווט בין גורמים פרטיים רבים המשפיעים על תקצוב המערכת, תכני הלימוד, שיטות ההוראה ויעדיה, העסקת כוח אדם ועוד.

לאור הגידול בהיקף החינוך האפור ניסה משרד החינוך בראשית שנות התשעים לחדש את המדיניות המרחיבה ולהעביר 70,000 שעות הוראה מתוקצבות לאזורים חלשים. הייתה זו תחילתה של מדיניות "יום חינוך ארוך" אשר גרסה כי החזרת שעות אבודות תאפשר להכחיד את החינוך האפור, להחזיר מידה של שוויון ולהשיב למשרד החינוך שליטה בנעשה. יוזמות מרחיבות אלה נתקלו בהתנגדות של משרד האוצר. סגן שר האוצר טען כי היקף החינוך האפור מוכיח כי ה"ציבור" מוכן לשלם עבור שירות טוב יותר וכן כי תשלום זה נעשה באופן אחיד ושווה לכל הורה ללא קשר לגובה הכנסותיו<sup>7</sup>. ב-19.3.1990 אישרה הכנסת את חוק יום חינוך ארוך שמטרתו החזרת שעות ההוראה ותוספת שעות ההעשרה לכלל בתי הספר וחיסול החינוך האפור<sup>8</sup>. עם זאת, כיוון שמשרד האוצר מנע העברת תקצוב הולם החוק לא ייושם מעולם. בשעה שלישום החוק נדרשה למערכת החינוך 200,000 שעות הוראה לשנה בעלות מרבית של 340 מיליון שקלים (בלס-קופ, 1990: 10), הוקצו למטרת יום חינוך ארוך כ-10,000 שעות בלבד ואף אותן ביקש משרד האוצר לקצץ בחצי<sup>9</sup>. חוק החינוך (תוספת שעות לימוד והעשרה) שהתקבל ב-1996 ויישומו החל ב-1998, השיג גם הוא תוצאות חלקיות: הוא התרכז באזורי מצוקה ויושם במספר מוגבל של מוסדות חינוך חלשים. נוסף לבעיות תקציביות ציינה הועדה כי התנגדות מקצועית של פקידי משרד החינוך והסתדרות המורים וכן התנגדות מצד הרשויות המקומיות עיכבו את יישומו<sup>10</sup>. התוספת התקציבית למימוש מלא של החוק הוערכה בשני מיליארד שקל לשנה (1998) ואילו לרשות משרד החינוך העמיד האוצר 270 מיליון שקל להפעלתו החלקית בשנה הראשונה, ומאז לא הוגדל התקציב<sup>11</sup>.

לסיכום, החקיקה המרחיבה בחינוך במהלך שנות ה-90 יושמה באופן חלקי ביותר כתוצאה של תת-תקצוב ועיכובים שונים שיזם האוצר. חוק יום חינוך ארוך ולימודי העשרה נדחה על ידי חוק ההסדרים לשנת 1999 וחוקי המדיניות הכלכלית לשנת 2004 ו-2005 (וורגן, 2007). זאת ועוד, במקומות בהם ייושם החוק הדבר נעשה באופן דיפרנציאלי תוך מתן עדיפות לאזורים

<sup>7</sup> הארץ, 20.12.1989.

<sup>8</sup> דברי הכנסת, ישיבה מס' 66 של הכנסת ה-12, 20.3.1990.

<sup>9</sup> דברי הכנסת, ישיבה מס' 399 של הכנסת ה-12, 18.3.1992; אמנם, תקציב החינוך זכה לצמיחה מרשימה של כ-14% בשנה במהלך שלוש השנים הראשונות לממשלת רבין (5-1992), אולם רוב הצמיחה בתקציב הופנתה לקליטת ילדי עולים מבריה"מ לשעבר ולהעלאת שכרם של המורים ולא ליישום החוק (פלד ושפיר, 2005: 344).

<sup>10</sup> יישום חוק שבוע לימודים בן 41 שעות, 2001, עמ' 3.

<sup>11</sup> פפר אנשיל, "הסיכול הממוקד של חוק יום לימודים ארוך", הארץ (14.3.2004).



פריפריאליים וחלשים לפי קריטריונים של אשכולות הלמ"ס ודירוג הטיפוח (שם). בחלק מן היישובים יושמה הארכת יום הלימודים באמצעות גופים חיצוניים ובמימון ההורים. בשדרות, לדוגמא, שולבו שעות ההעשרה מטעם קרן קרב למעורבות בחינוך בתוך מערכת שעות הלימוד הרגילה ותוך דרישת השתתפות ההורים, כאשר מימון שעות אלה התחלק בשווה בין שלושה גורמים: משרד החינוך, קרן קרב וההורים<sup>12</sup>. עד לשנת 2006 הופעל יום חינוך ארוך ב-550 בתי ספר ובכולם שותפה קרן קרב במימון ומכאן שגם ההורים (שם). בסוף שנת 2007 נערך הסכם עם משרד האוצר לפיו החוק לא יידחה באמצעות חוק ההסדרים לשנת 2008 ובתמורה יוחלט על יישומו בהדרגה עד לשנת 2013<sup>13</sup>.

לצד הניסיונות להחזיר תקציבים אבודים ולהרחיב את יום הלימודים, ניצב משרד החינוך מול אתגר נוסף. אם בשלהי שנות השמונים התבצע החינוך האפור באמצעות עשרות עמותות הורים השוכרות מורים משלהן באמצעות חוזי העסקה אישיים והתנהל בין כתלי בית הספר תוך שימוש בכל מתקניו<sup>14</sup>, הרי שבראשית המאה ה-21, הפכה מעורבותם של גופים פרטיים בעיצוב החינוך והספקתו למגוונת ונרחבת הרבה יותר. למרות מגמות אלה לא הצליח משרד החינוך לייצר מנגנוני בקרה, ויסות ושליטה שיעזרו לו לנהל, ולא להתנהל, על ידי המערכת ההטרוגנית שנוצרה. כשם שלא הצליח המשרד לאכוף מדיניות ברורה ביחס לגובה הוצאות הורים ותכני הלימוד בחינוך האפור בעבר, כך לא הצליח לשלוט במגוון הארגונים – עמותות, קרנות ועסקים – המשתלבים במעשה החינוכי, הגדרתו וביצועו בפועל. (תהליכים אלה נידונים בהרחבה בפרק של ניר מיכאלי בספר זה). כתוצאה מכך הופכים גופים פרטיים לא רק לספקים אלא גם למתכננים של המדיניות החינוכית. יחד עם זאת, משרד החינוך איננו פסיבי: המשרד יוזם הוצאת פרויקטים חינוכיים רבים למכרזים בהם מתחרים ארגונים פרטים על תקציבי המשרד. צורת עבודה זו מעניקה "גמישות תקציבית" לפקידי המשרד, וחיסכון בעקבות הוזלת עלות העסקת מורים (העסקה שחורגת מן ההסכמים הקיבוציים). נוסף להתקשרויות באמצעות מכרזים, מנהל משרד החינוך שותפויות ארוכות טווח וממוסדות עם מספר קרנות וחברות ציבוריות, ביניהן בולטות קרן קרב, קרן רש"י ומכון ברנקו וייס.

הגידול במעורבותם של גורמים פרטיים במערכת משתקף גם בגידול בהוצאה הפרטית למימון החינוך. הוצאות פרטיות אלה מגיעות משני מקורות מרכזיים: משקי בית (המהווים את עיקר ההוצאה) וגורמים פרטיים הכוללים ארגונים למטרות רווח (חברות עסקיות) וללא מטרות רווח (קרנות, עמותות) וכן פילנתרופים ובעלי הון. שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית גדלה מ-18% בשנת 1995 ל-20% ב-2005 (סבירסקי ודגן-בוזגלו, 2009: 31), והיקף התרומות גדל מסך של כ-100 מליון ₪ בתקציב 1993 לכ-450 מליון ₪ ב-2002 (מיכאלי, בספר זה). מעורבותם של גורמים פרטיים במערכת מגבירה תופעות שונות המאתגרות את אופייה הציבורי של המערכת: גיוס תרומות ברמה המשרדית, המחוזית והבית ספרית הופך למקור מימון חשוב ושילוב חברות ופרסום מסחרי במרחב הבית ספרי הוא חזון נפרץ. הצעדים שיושמו במסגרת המעבר לניהול עצמי של בתי ספר – הגדלת אוטונומיה בית ספרית בנוגע לניהול התקציב וחיזוק אוריינטציית גיוס הכספים ממקורות פרטיים – השתלבו היטב במגמה זו.

במקביל לקיצוץ התקציב הציבורי והגידול בהוצאות הפרטיות ובמעורבותם של גורמים פרטיים במימון, עיצוב והספקת החינוך, חלו מספר תהליכים רלוונטיים נוספים אשר תרמו

<sup>12</sup> תשלומי הורים במערכת החינוך, 2006, א', עמ' 15

<sup>13</sup> ועדה משותפת חינוך-כספים, הכנסת ה-17, 2007.12.24.

<sup>14</sup> דברי הכנסת, ישיבה 351 של הכנסת ה-11, 24.8.198.

למגמות ההפרטה בחינוך. בשני העשורים האחרונים הקימו קבוצות הורים מאות בתי ספר ייחודיים ובתי ספר מוכרים שאינם רשמיים, אשר זוכים למימון ציבורי נרחב וכן לאוטונומיה רבה בנוגע לתכני הלימוד, העסקת מורים וקבלת תלמידים (ראה, מיכאלי, בספר זה; לוי-פאור, גדרון ומושל, בספר זה). זכות ההורים להשפיע על החינוך הניתן לילדיהם היוותה גורם חשוב בתהליך נוסף: יוזמות מקומיות לפתיחת אזורי רישום החל משנות התשעים. צעדים אלה חתרו תחת מדיניות האינטגרציה בחינוך שקידמה שילוב בין אוכלוסיות תלמידים ממעמדות שונים על בסיס שיוך תלמיד לבתי ספר לפי אזור מגוריו. כאשר ניתנת להורים זכות הבחירה יעדיפו הורים המשתייכים למעמד הביניים, שכזכור הביעו התנגדות רבה לתוכנית האינטגרציה אותה ראו כפגיעה בחינוך ילדיהם, לרשום את ילדיהם לבתי ספר חזקים. העדפת חופש בחירה פרטי על פני שוויון וסולידאריות קולקטיביים קידמו מציאות של סגרגציה והגדלת פערים בחינוך. בתי המשפט תיפקדו כשחקנים חשובים בתהליך זה כאשר התייצבו לימינם של ההורים והארגונים והגנו על זכות הבחירה של ההורים כ"זכות יסוד טבעית" שאין לפגוע בה (מיכאלי, בספר זה). יחד עם זאת, ובניגוד לדעה הרווחת, לשלטון המקומי תפקיד מרכזי בתמיכה ביוזמות המתבדלות של מעמד הביניים, באופן שקידם דפוסי מימון מקומיים (על פני מדינתיים) ותרם לביזור החינוך הציבורי, ולהבדלות מעמדית, אתנית ולאומית. שימוש גובר של השלטון המקומי בסמכויות המשפטיות שניתנו לו אפשרו לו להשפיע על מדיניות החינוך באמצעות שליטה על השמת תלמידים בבתי ספר, הקמת בתי ספר ייחודיים ומתבדלים, שליטה במידת היישום של מדיניות האינטגרציה, והשתתפות (דיפרנציאלית) במימון בתי הספר אשר בתחומו כדי למשוך קבוצות הורים חזקות (בלנק, 2004). מגמה זו יוצרת פיצול רב ואי-שוויון ומחלישה את יכולת המדינה להשתמש במערכת החינוך הציבורי ככלי לצמצום פערים וליצירת סדר יום חינוכי משותף כבסיס לאזרחות משותפת.

לסיכום, מגמות ההפרטה מצביעות על שיברור של מערכת החינוך הציבורית על רקע צמצום תקציבי מחד, ויוזמות מדירות וסלקטיביות של החברה האזרחית מאידך. מבחינה תקציבית ניכרת ירידה הדרגתית אך עקבית במימון הציבורי ועלייה מתונה בשיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על חינוך. הקיצוץ במימון הציבורי השפיע באופן דיפרנציאלי על קבוצות שונות: מעמד הביניים האשכנזי ברובו השתמש במשאביו הפרטיים כדי לשמר את מעמדו המועדף; קבוצות אחרות (ש"ס כדוגמא) השיגו באופן פוליטי פיצוי מן המדינה עבור הקיצוצים. מגמת הגידול במספר בתי ספר פרטיים, ייחודיים ועל אזוריים וכן במספר הארגונים הפרטיים המעורבים בקביעת ויישום מדיניות פדגוגית ואדמיניסטרטיבית מצביעים גם הם על שינוי באופן שבו תופסת המדינה את מטרות החינוך בישראל. מן הדיון עולה כי המדינה מתקשה ליישם צעדי מדיניות מתקנת ושוויונית יותר להם התחייבה מצד אחד, וכן לפקח ולהסדיר את פעילותם של הגורמים הפרטיים במערכת. מצב עניינים זה מעלה שאלות מהותיות בנוגע ליכולתה ולמחויבותה של המדינה להוביל ולקבוע את סדר היום של מערכת החינוך הישראלית. בד בבד עם תהליכי ההפרטה במערכת החינוך הישראלית גדל אי השוויון בתשומות לחינוך ומעמיק הבידול בין בתי ספר על רקע סוציו-אקונומי (סבירסקי ודגן-בוזגלו, 2009; צדיק ושוורץ, 2009). נראה כי תהליכים אלה משתקפים גם בתפוקות החינוך ופוגעים ביכולתה של מערכת החינוך הישראלית למלא את תפקידה כמנגנון חשוב של ניעות חברתית והקטנת פערים: בהשוואה למדינות מערביות הנכללות ב-OECD נמצאה בישראל בשנת 2007 רמת האי-שוויון בהישגים הגבוהה ביותר וכן נמצא כי הישגיהם של התלמידים החלשים בישראל הם הנמוכים ביותר (בן-דוד, 2010: 109).

שירותי הרווחה האישיים כוללים שורה של שירותים סוציאליים הניתנים במסגרת הרשויות המקומיות ומיועדים למספר קבוצות של אזרחים בישראל, ביניהם: ילדים בסיכון, משפחות במצוקה, זקנים, אנשים הסובלים ממוגבלויות שונות (נכות, למשל), מכורים לסמים ואלכוהול ודרי רחוב. מטרת השירותים היא לתת מענה לשורה של בעיות וקשיים של יחידים, משפחות, קבוצות וקהילות ולשפר את השתלבותם החברתית (קטן, 1993). בין היתר, כוללים שירותי הרווחה האישיים: מועדוניות, צהרונים ומרכזי יום לילדים, תוכניות להנחיית הורים ומשפחות, מרכזי ילדים-הורים, מסגרות קהילתיות ומוסדיות אנשים הסובלים מפיגור, דיור מוגן, מרכזי יום ושירותי סיעוד בתיים לזקנים, מרכזי שיקום לנכים, מקלטים לנשים מוכות, מרכזים לנשים חד הוריות ושירותי אומנה. מבחינה היסטורית, יועדו רוב השירותים האישיים לקבוצות מוחלשות המאופיינות בתת ייצוג וחוסר עוצמה פוליטית בחברה הישראלית ואף סובלות מסיטיגמה שלילית (קטן, 1996; ניפריס, 1984). במהלך שנות התשעים נוצרו שירותים נוספים אשר פנו גם למעמד הביניים, בעיקר השירותים לזקנים ושירותים נוספים כמו מרכזי ילדים-הורים (וייס, 2000). חשוב לזכור כי מערך השירותים האישיים בישראל מעולם לא היה ציבורי לחלוטין; מראשיתו סופקו שירותים על ידי מערך מוסדי מעורב המורכב מסוכנויות מדינה וארגונים לא ממשלתיים (ניפריס, 1984: 21-2; Ajzenstadt and Rosenhek, 2000:252).

השירותים האישיים בישראל סובלים מהעדר בסיס חוקי הולם. מרבית השירותים מבוססים על חוק הסעד (1958) שהיה מיושן וחסר עוד כשחוקק. מרבית השירותים האישיים אינם מבוססים על "סל שירותים" אשר מגדיר את טיבם והיקפם של השירותים, אינם מגדירים את האחראים לסיפוקם או כללים ברורים לזכאות ואמות מידה לנגישות<sup>16</sup> (ינאי, 2006). החוק אף אינו מגדיר את האחריות למימון השירותים ודואג להסדרתה בין גופי השלטון המרכזי (משרד הרווחה) והשלטון המקומי (מחלקות רווחה אזוריות), באופן שיצר חוסר אחידות בטיפול ופערים בין ערים ואזורים שונים בארץ (ניפריס, 1984: פרק 3; קטן, ינאי ושרר, 1996; ינאי 2006).

לשם הבנת השינויים שחלו בשירותים האישיים נתחיל מביור התמורות וחוסר היציבות שאפיינו את המערכת המוסדית האחראית לשירותים האישיים לאורך השנים. לאחר הקמת המדינה קיבל משרד הסעד את האחריות על שירותי הרווחה האישיים. בעקבות המהפך הפוליטי בשנת 1977, המלצות שתי ועדות ציבוריות ולחץ ציבורי, בוטל משרד הסעד ושולב במשרד חדש: משרד העבודה והרווחה (דורון, 1999). אולם, ניסיון המיזוג במסגרת המשרד החדש כשל ושירותי הרווחה האישיים נדחקו לטובת יעדי מדיניות אחרים ומעמדם נפגע (שם, 451).

בעקבות השינוי המבני הפכו השירותים האישיים פגיעים וחשופים במיוחד למדיניות של צנע תקציבי וכן לשינויים מוסדיים אשר יושמו עם התנגדות מינימאלית, אותה ניתן לייחס לפיצול הרב בין קבוצות היעד של השירותים ולכוחן הפוליטי המוגבל. אף על פי שכל שירותי הרווחה סבלו מצמצום תקציבי במהלך שנות השמונים וראשית התשעים (פרט לשיכון וקליטת עלייה), הפגיעה החמורה ביותר הייתה בשירותים האישיים: שיעור ההוצאה על השירותים האישיים מתוך כלל ההוצאות החברתיות ירד מ-4.1% בשנת 1980 ל-3% בשנת 1990 ולבסוף, 2.7% בתקציב 1993 (קטן, 1993: 8-9). בשלהי שנות השמונים וראשית שנות התשעים חל גידול בתקציבים החברתיים בעקבות גלי עלייה, אך הגידול בתקציב של השירותים האישיים היה מתון

<sup>15</sup> בתת פרק זה אעסוק במגמות הפרטה שהתרחשו במערכת שירותי הרווחה האישיים, פרט לשירותים עבור אנשים עם פיגור אשר יזונו אצל מנדלקרן ושרמן, בספר זה. דיון בנושא "תוכנית ויסקונסין" מופיע באותו פרק.  
<sup>16</sup> יוצאי דופן הם השירותים הניתנים לזקנים במסגרת חוק הביטוח הסיעודי (1986) ובהם אעסוק בהמשך.

ביותר. במהלך שנות התשעים וראשית שנות האלפיים חל גידול בשיעור ההוצאה על השירותים מתוך ההוצאות החברתיות (5.8% ב-1995, 7.7% ב-2001, 9% ב-2005), אולם נראה כי גידול זה לא ביטא צמיחה בהשקעה בשירותים אלא כיסוי של גידול בצרכים כתוצאה מצמצום התקצוב המקומי של השירותים (שאמור לממן 25% מתקציב השירותים) וכן מגידול בצרכים שהתבטא בפניות רבות יותר לשירותים (קופ, 2006). יוצא דופן בולט הוא התקציב שהופנה לטובת מימוש חוק הביטוח הסייעודי החל משנת 1988: ההוצאות על שירותים במסגרת החוק גדלו בכ-55% (קטן, 1993: 8-9). למעשה, פרט לגידול בהוצאה על שירותים לקשישים במסגרת החוק, הצמיחה בהוצאה על השירותים האישיים האחרים הייתה מתונה ביותר (קופ, 2006: 209). לסיכום, לאחר הקיצוץ התקציבי שהתרחש בתקופה שבין ראשית שנות השמונים למחצית שנות התשעים, מתאפיין העשור הבא ב: (1) צמיחה בהוצאות על שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד ו-(2) מדיניות צנע תקציבי ביחס לתקצוב השירותים האישיים האחרים.

הצמצום התקציבי ואי התאמת התקציבים לצרכים חברתיים גדלים (או לצרכים חדשים) הגדירו את תנאי העבודה של משרד העבודה והרווחה במהלך שנות השמונים והתשעים. מגבלות ספציפיות מנעו הגדלת תקנים של עובדי ציבור והובילו למעשה את המשרד לשיתוף פעולה עם ארגונים לא ממשלתיים – ולעתים להקמת ארגונים כאלה – במטרה לספק את השירותים באמצעותם. במהלך שנות התשעים עברה האחריות על הספקת החלק הארי של השירותים האישיים לידי ארגונים לא ממשלתיים, פרטיים (למטרות רווח וללא כוונות רווח), כאשר רוב התקציב הממשלתי בתחום זה מנותב לארגונים אלה (קטן, 2007). בשנת 2008 העביר המשרד כ-1.5 מיליארד ש"ח ל-877 ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרות רווח – כאשר 95% מהסכום הופנו לרכישת שירותים מ-677 ארגונים<sup>17</sup>. תהליך זה הוביל לשינויים במערכת ההספקה של השירותים האישיים ויצר מגוון יחסים חדשים בין המדינה – משרד הרווחה ומחלקות הרווחה האזוריות – למגוון ארגונים פרטיים שהפכו לגורם מרכזי במערכת ההספקה. למרות שמערך השירותים בישראל מעולם לא היה ציבורי לחלוטין, ניכר כי התמורות שחלו בשנות התשעים שינו את היחסים בין הממשלה, ארגוני רווחה לא ממשלתיים ואזרחים באופן משמעותי. תמורות אלו באו לידי ביטוי במגמת הגידול בהוצאה ממשלתית המותנית במימון של גופים אחרים, בגידול בהוצאות האזרחים על השירותים (קטן, 1996: א15) וכן בהתנהלות המדינה המעודדת, ואף יוזמת, הקמת ארגוני שירותים פרטיים, לעיתים בשיתוף פעולה עם ארגונים לא ממשלתיים נוספים (קטן, 2007: 118)<sup>18</sup>. בין השנים 2007-2010 חל גידול בתקציב המופנה לשירותים אישיים לאחר "דריכה במקום" שאפיינה את השנים 2002-2006; בשנת 2000 4.6% מהתקציב לשירותים חברתיים הופנה לשירותים האישיים ואילו בשנים 2009-2010 עלה השיעור לכ-6% מהתקציב (גל, 2010: 262). ברם, גידול זה אינו משנה את תפקידם המרכזי והממוסד של ארגונים לא ממשלתיים במערכת כספקים הישירים של מרבית השירותים האישיים.

בעקבות השינויים בצורת ההעסקה של כוח האדם בשירותים האישיים במסגרת תהליכי ההפרטה, מועסקים עובדים סוציאליים רבים באמצעות חוזה העסקה אינדיבידואלי אצל מעסיקים פרטיים (במסגרת ארגונים לא ממשלתיים ואף במחלקות עצמן) באופן שפוגע בשכרם ותנאי העסקתם. לאור הפגיעה העקיפה בעובדי ומנהלי המחלקות האזוריות מפתיע לראות כי רובם תמכו בתהליכי ההפרטה מתוך תקווה לשיפור במגוון ואיכות השירותים (קטן, 2007: 118).

<sup>17</sup> הודעה לעיתונות, משרד הרווחה, 11.1.2010.

<sup>18</sup> לצד מגמות בולטות אלה קיימים גם תהליכים "מלאימים" בהם המדינה לוקחת אחריות של מימון ופיקוח ביחס לשירותים שפותחו על ידי גופים לא ממשלתיים – כמו במקרים של מקלטים לנשים מוכות ומרכזים למניעת אלימות – למרות שהתוצאה היא זהה: המדינה נעזרת בגופים לא ממשלתיים להספקת שירותים לאזרחיה.

לרוב העובדים עמדות חיוביות כלפי תהליכי ההפרטה והם מצרים בעיקר על היקף ואיכות הפיקוח שמפעילה המדינה על שירותים שהספקתם עוברת לידיים פרטיות (ורצברגר וקטן, 2005). שילובם הגובר של ארגונים פרטיים במערכת פגעה בשיעור העובדים המאוגדים ועובדים במסגרת החוזה הקיבוצי האחרון שנחתם (1994); בשנת 2007 העריך האיגוד כי רק 60% מן העו"סים מאוגדים במסגרתו, למרות שמקורות אחרים מעידים על שיעור נמוך יותר (סבירסקי וחסון 2008: 17). ההערכה היא שכ- 30-40% מן העובדים הסוציאליים מועסקים כיום על ידי עמותות וחברות פרטיות וכי 75% מן העו"סים החדשים נקלטים בארגונים אלה (קאופמן, 2008). התפשטות צורת ההעסקה הפוגענית והשכר הנמוך הנלווה לה עמדו בבסיס שביתת העו"סים שפרצה במרץ 2011. במסגרתה דרש האיגוד לעדכן גם את שכר העו"סים בעמותות.

בעמודים הקרובים אדון במגמות ההפרטה בשירותי רווחה אישיים שונים במהלך שנות השמונים והתשעים ואצביע על הדומה והשונה בתהליכים אלה ותוצאותיהם. אחת מצורות שיתוף הפעולה הנפוצות שנוצרו בין המדינה לארגונים מתבססת על "הפרטת הביצוע" שיוצרת הפרדה בין קניית השירותים האישיים והספקתם, כאשר המדינה הופכת לרוכשת של השירותים האישיים ואילו הספקתם מופקדת בידי ארגונים לא ממשלתיים. המדינה מפעילה מנגנון בקרה ופיקוח מקצועי וכספי, אולם הוא מוגבל בהיקפו ואינו מיושם במלואו על כל הארגונים; באופן פרדוקסאלי, במקביל לגידול ברכישת שירותים מארגונים לא ממשלתיים צומצמו משרות התכנון והניהול, ובכלל זה משרות הפיקוח בכ-16% בין השנים 1995 ו-2004.<sup>19</sup>

ברוב השירותים האישיים התרחש השינוי באופן ההספקה ללא חקיקה המגדירה את המחויבות והאחריות של המדינה לשירות ולאזרח. לעתים התבסס השינוי על צעדי מדיניות ברורים ומפורשים ולעתים הוא תוצר של תהליכים הדרגתיים ומוסדרים פחות של התפתחות מערכות הספקה בהקשר של צמצום תקציבי. יוצא דופן הוא המקרה של שירותים לקשישים סיעודיים, בו הגדיר חוק הביטוח הסיעודי את אחריות המדינה להספקת סל שירותים מוגדר כזכות חברתית באמצעות ארגונים לא ממשלתיים.

**ב.1. שירותים לקשישים** - הלקוחות המרכזיים של שירותי הרווחה האישיים מבחינת מספר המטופלים, מספר המטפלים והיקף ההוצאות הם הקשישים בישראל (סבירסקי וחסון, 2008: 26). התוכנית לביטוח סיעודי של קשישים אשר הוסדרה בחוק מ-1988 היא דוגמא לתוכנית מדינתית שהתבססה מראשיתה על הספקת שירותים באמצעות ארגונים לא ממשלתיים תוך תקצובם באופן מלא על ידי המדינה והגדרה מפורטת ביחס אופי השירותים ותנאי הזכאות להם. טרם החוק סופקו שירותי סיעוד על ידי משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה וקופות החולים; שירותים נוספים לקשישים סופקו ברמה המקומית במסגרת מחלקות הרווחה האזוריות. בעקבות ביקורת על טיפול חלקי ולא מסודר לו זכו קשישים בישראל הציע משרד העבודה והרווחה ב-1979 לייסד תוכנית ביטוח סיעודי ממלכתי; ההחלטה התקבלה בכנסת ב-1980 ובעקבותיה הוקמה ועדה ציבורית שכללה מומחים, נציגי סוכנויות מדינה ומוסדות ציבוריים עליה הוטל לקבוע את אופן יישום התוכנית, קביעת הקריטריונים לזכאות ואופי השירותים (Ajzenstadt and Rosenhek, 2000:253). לחץ של משרד האוצר הוביל להחלטה על מימוש הזכות החברתית החדשה באמצעות שירותים בעין אשר יסופקו דרך שוק-למחצה (quasi-market) של ארגונים לא ממשלתיים אשר יוקם ויוסדר על ידי הממשלה (ibid, 254). טרם חקיקת החוק פעלו ארגונים לא

<sup>19</sup> דו"ח מבקר המדינה ב'55, 2005: 756.

ממשלתיים ספורים בתחום השירותים לקשישים אך מספרם עלה בצורה דרמטית בעקבות החקיקה ובעידוד משרד העבודה והרווחה והמוסד לביטוח לאומי. בשנת 1990 פעלו 41 אגודות ציבוריות ללא כוונות רווח ו-70 חברות פרטיות למטרות רווח שהוכרו כמספקות שירותים. בשנת 1995 הגיע מספר ספקי השירותים ל-250 (אייזנשטדט, 1996: 195-196) ומספרם ממשיך לצמוח. עם הזמן עולה חלקם של הארגונים הפרטיים-עסקיים-למטרות רווח בהספקת השירותים, המטפלים במספר רב יותר של מקבלי שירות, מספקים את מרב שעות הטיפול ומקבלים את עיקר המימון (קטן, 1996: 143; סבירסקי וחסון, 2008: 24).

כיצד השפיעה חקיקת חוק הביטוח סיעוד על מערכת ההספקה ואופי השירות? מחד, אין ספק שמדובר בגידול באחריות המדינה ומחויבותה לסל שירותים הכולל טיפול אישי וסיוע בניהול משק הבית לאוכלוסייה בעלת צרכים ייחודיים (תוך הפעלת מבחן הכנסה המדיר חלק ממעמד הביניים). מחויבות המדינה מתבטאת בעלייה העקבית בהוצאה הציבורית על השירותים, הממומנת על ידי המוסד לביטוח לאומי ובחלקה על ידי תקציב המדינה (קטן, 1996: 33-31; סבירסקי וחסון, 2008: 29). מצד שני, יצירת מערך הספקה המתבסס על ארגונים לא ממשלתיים בלבד, מרביתם למטרות רווח, האמונים על הספקת השירות לזכאים עשוי להשפיע על טיבו ואופיו הציבורי. מערך הארגונים הלא ממשלתיים המספק בפועל את השירותים מרחיק את הדרישות והביקורות של ציבור האזרחים ביחס להיקף ורמת השירותים מן המדינה (Ajzenstadt and Rosenhek, 2000), פוגע באחריות של המדינה ומעמיד את האזרח ביחסים יום-יומיים מול ארגונים שמחויבותם המרכזית אינה בהכרח לזכויותיו. זאת ועוד, מספרם של ארגונים למטרות רווח במערכת הולך וגדל באופן שמקדם את התחרות והמרקטיזציה של המערכת, כלומר, הטמעה של הגיון והתנהגות שוקית באופן שמשפיע על אופיים והתנהלותם של ספקי השירותים במערכת. דוגמא טובה להשפעה כזו היא תופעת ה"קדם-חוק" (קטן, 1999): ארגונים מספקי שירותים פונים לאזרחים קשישים ומציעים להם ליהנות משירותיהם בטרם קיבלו את הזכאות לביטוח הממלכתי. במקרים רבים פונים הארגונים לקשישים בעקבות אשפוז (ואף במהלכו) במטרה לגייס לקוחות מקרב קשישים העשויים להפוך לזכאים לביטוח הסיעודי (בעקבות החמרה במצבם). ההיגיון שוקי שנוצר מן האופן שבו עיצבה המדינה את מערכת ההספקה משפיע על טיב היחס בין מספק השירות לאזרח ועל אופי הטיפול לו הוא זוכה.

היבט נוסף בשינוי אופי מערך הספקת השירותים ומחויבותה של המדינה לאזרחיה, כרוך בכוח העבודה המפעיל את שירותי הסיעוד במסגרת החוק. אחת הסיבות המרכזיות להעברת הספקת שירותי הסיעוד לארגונים לא ממשלתיים הייתה ההימנעות מהרחבת תפקיד המדינה כמעסיקה כדי לאפשר לה חסכון תקציבי ניכר. בעקבות חוק חובת המכרזים נוצרה תחרות בין ארגונים מספקי שירותים על ההצעה הזולה ביותר שאפשרה למדינה לצמצם את תקצוב השירותים<sup>20</sup>. העסקה באמצעות ארגונים פרטיים מאפשרת חיסכון בעלויות באמצעות חוזים אישיים והעסקה חלקית<sup>21</sup> המאפיינת את החלק הארי של העובדות בתחום, מה גם שהמדינה קבעה תעריף נמוך לשעת טיפול. באופן זה יצרה המדינה שוק העסקה לא מקצועי, נמוך הכנסה וחסר הגנה תעסוקתית, המונה כ-70 עד 80 אלף עובדות ועובדים הנסמכים בעצמם על מערכת הבטחת הכנסה (סבירסקי וחסון, 2008: 16-18). הפרטת כוח העבודה של שירותי הסיעוד, תהליך

<sup>20</sup> בהקשר זה ניתן פסק דין תקדימי אשר ביטל מכרז בו המדינה תיקצבה מוסדות אשפוז סיעודי באופן שאינו מאפשר קיום בכבוד עבור הקשישים המטופלים בהם. ראה: עת"מ 2724/07; עת"מ 1324/08, השופטת ד"ר מיכל אגמון-גונן, 23.5.2011.

<sup>21</sup> לדיון מקיף בנושא עובדים בעידן של הפרטה - ראו אמיר פז-פוקס, בספר זה.

המתרחש גם במסגרת שירותי רווחה אחרים, בא לידי ביטוי באמצעות העסקה בחוזים אישיים וחלקיים, תשלום שכר נמוך ושימוש נרחב במתנדבים. יש להניח כי מאפיינים אלה של כוח העבודה משפיעים על טיב השירותים המוגשים לזקנים במסגרת החוק. ]

**2.2. שירותים לילדים ולנוער** – בשנים האחרונות גוברת ההכרה מצד קובעי מדיניות וגורמים בחברה האזרחית כאחד, כי רבים מבין 350 אלף הילדים והנוער בסיכון [אשלים, 2008] אינם זוכים לטיפול נאות לפי צרכיהם. אחד הגורמים המרכזיים לכך נעוץ בעובדה שלאוכלוסיה זו טרם הוגדר סל שירותים ברור המובטח על פי חוק כזכות חברתית. המענה המרכזי לאוכלוסיה זו עד שנות התשעים היה טיפול חוץ ביתי באמצעות מערך פנימיות - ענף ששורשיו בתקופת טרום המדינה וראשיתה. מדובר במערך אשר התבסס על ארגונים לא ממשלתיים שונים ("ארגונים ותיקים" כמו הסוכנות היהודית וויצ"ו, וגם פנימיות בבעלות פרטית) אשר ניהלו את הפנימיות בפיקוח ותקצוב של משרד הרווחה (וונזר, 1996: 174). השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה אחראי על כ-314 פנימיות, 293 מהן (93%) מנוהלות בידי ארגונים פרטיים ללא מטרות רווח, ו-21 פנימיות (7%) מנוהלות בידי ארגונים פרטיים למטרות רווח (מי-עמי, 2004: 5). בשנים האחרונות מושם דגש על טיפול קהילתי בילדים ונוער בסיכון המבוסס על הפרדיגמה (השנויה במחלוקת) לפיה טיפול במסגרת המשפחה והקהילה הוא עדיף במקרים רבים, מה גם שמדובר בשירותים זולים יותר ביחס לשירותים פנימייתיים. למרות זאת, השינוי הוא הדרגתי וחלק נכבד מהתקציב עדיין מופנה לטיפול מוסדי-פנימייתי, כפי שאפשר ללמוד מן הטבלה:

שנה / סוג השירות	מוסדי	קהילתי
2000	71.6%	23.1%
צפי לשנת 2010	60.1%	33.8%

גל, 2010: 273 Table 1

הדגש הגובר על שירותים קהילתיים לילדים ונוער בסיכון חופף לצמיחה במספרם של ארגונים לא ממשלתיים (בעיקר ארגונים ללא כוונות רווח) המספקים כיום את מרבית השירותים בתחום (קטן, 2007). את מגמת הגידול ניתן ללמוד מן הטבלה הבאה:

שנים	עד 1981	1992-1996	1997-2001	2002
מס' ארגונים פעילים	7	90	325	560

Table 2 בן-שלום וצורי, 2004: 3-42

ארגונים אלה מרוכזים בעיקר בערים הגדולות ובקרבת האוכלוסייה היהודית; מספר העמותות הערביות קטן בהרבה (בן-שלום וצורי, 2004: 43). הקמת הארגונים היא יוזמה של גופים שונים: משרדי ממשלה, שלטון מקומי וגורמים בחברה האזרחית. למרות תפקידם המרכזי במערכת השירותים, לא מוסדה צורת העבודה של המדינה עם הארגונים והיא מוסדרת באופן מקומי

ונקודתי. על כך מעידים מספר ניסיונות של משרד הרווחה בשנים האחרונות להסדיר את צורת העבודה ולהגדיר מערכת יחסים ברורה עם אירגונים לא ממשלתיים<sup>22</sup>.

למרות שעיקר ההוצאה הממשלתית בתחום השירותים לילדים ונוער מופנה לארגונים, תקציב המדינה אינו מקור המימון המרכזי שלהם והם מסתמכים במידה רבה על מקורות פרטיים כמו תרומות ומענקים מקרנות (שם, 44-43). כתוצאה מכך, תפקודם של ארגונים ועמותות תלוי במידה רבה בחוסנם הפיננסי של התורמים המושפע מתנודות כלכליות. במהלך שנות השמונים צומצמה ההוצאה הממשלתית לילדים ונוער ב- 20%, אך במהלך שנות התשעים חלה עלייה (לא עקבית) של 45% בהוצאה זו. מגמת הצמצום שנמשכה משנות השמונים הסתיימה בשנת 1998 – נקודת מפנה ממנה החל גידול משמעותי בתקציב, למרות שבשנת 2003 חלו בו שוב קיצוצים (שם, 25).

על רקע ההכרה הגוברת בפער הגדל בין הצרכים למענים הקיימים הוקמה בסוף שנת 2003 ועדה ממלכתית לבדיקת מצבם של ילדים ובני נוער בסיכון ("ועדת שמיד"), אשר הובילה להשקת "התוכנית הלאומית לילדים ובני נוער בסיכון ומצוקה" בשנת 2007. התוכנית מתבססת על תקציב בין-משרדי ורב-שנתי המבטיח 155 מיליון ש"ח לשנה בשלבי יישום מתקדמים, ושואפת לצמצם את מימדי הסיכון ב-56 ישובים ואגדי ישובים באמצעות פיתוח שירותים קהילתיים<sup>23</sup>. הפעלת התוכנית הלאומית מתבטאת בתקציב: בשנת 2006 עמד התקציב לשירותים על 716 מיליון ש"ח, צמיחה של 12% לעומת התקציב של שנת 2000 (קופ, 2006: 212). בשנת 2008 עמד התקציב על 761 מיליון ש"ח (צמיחה של 6.3% (גל, 2010: 272). למעשה, מהווה התוכנית הלאומית פריסה בקנה מידה לאומי של מודל שפותח במסגרת ניסויי מדיניות שקיים משרד הרווחה בשיתוף ארגון לא ממשלתי בשם "אשלים" בראשית העשור: "קהילה 2000" (2003) ו"עם הפנים לקהילה" (2004). במסגרת השותפות בין אשלים למשרדי הממשלה פותחו שירותים קהילתיים אשר סופקו ברובם על ידי ארגונים לא ממשלתיים המתוקצבים בידי משרד ממשלתי או רשות מקומית. במילים אחרות, גם המודל של התוכנית הלאומית התבסס על הספקה באמצעות ארגונים לא ממשלתיים. דוגמא למהלך מדיניות ברור שהוביל להפרטת הביצוע של שירות אישי הוא שירותי האומנה, שתפקידם הוצאת ילדים בסיכון מבתיים כסידור לתקופה מוגבלת עד חזרתם למשפחותיהם או מסירתם לאימוץ. עד שנת 2001 הייתה השמתם של ילדים שהוצאו מבתיים בשירותי אומנה (כמו גם איתור המשפחות, ליווי וייעוץ) באחריותן של מחלקות הרווחה האזוריות. שירותי האומנה לא הצליחו לגייס מספיק משפחות מתאימות וכשלו בליווי המקצועי של כרבע מן המשפחות המתגוררות בישובים קטנים. בשנת 1999 יזם משרד הרווחה מהלך לפיו השמת ילדים במסגרות אומנה תצא מתחום הטיפול של המחלקות ותעבור לאחריותן של שלוש עמותות, כאשר המשרד ממשיך לקבוע את המדיניות בתחום, לתקצב את השירות ולפקח עליו. לצורך כך הוקמה ועדה מקצועית המורכבת מאנשי מטה ושטח ומומחים במטרה לבחון על בסיס מקצועי את האופן הראוי לביצוע השינוי. המהלך נועד להגדיל את מספר הילדים במשפחות אומנה (על חשבון השמה בפנימיות), לשפר את תפקודן של המשפחות ולשפר את הליווי והטיפול המקצועי בילדים ובמשפחות (כורזים-קורושי ואחרים, 2005). כיום מסופקים השירותים בתחום באמצעות עמותות. בשנת 1999 היו בארץ כ-1000 משפחות אומנה שטיפלו בכ-15% מן הילדים (1500), ואילו השאר שהו בפנימיות (שם). מטרת השינוי הייתה להכפיל את מספר הילדים במשפחות אומנה

<sup>22</sup> ראו למשל: "ועדה לתמיכות והתקשרות עם המגזר השלישי וחברות עסקיות", סיכום ביניים, 13.8.07, " הצוות לבחינת יחסי משרד הרווחה עם החברה האזרחית והמגזר השלישי", דו"ח סופי, ינואר 2004.

<sup>23</sup> מתוך אתר התוכנית (18.3.11) <http://www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/HomePageMenu/ProjectShmid>



בחמש שנים, אך השינוי הגדיל את מספרם בכ- 16% בלבד במהלך שלוש שנים. בשנת 2006, לאחר שעברו 5 שנים מיישום המדיניות החדשה הושמו במסגרות אומנה 1700 ילדים בלבד מתוך 9200 ילדים (סבירסקי וחסון, 2008: 24). בתחום הליווי המקצועי חל שיפור בעקבות יוזמות של העמותות המפעילות שפיתחו תוכניות וכלי טיפול שונים. יחד עם זאת, המדינה טרם גיבשה את אופן הפיקוח והמעקב אחר העמותות, שיאפשר להם מידה של אוטונומיה תוך עמידה בסטנדרטים נדרשים (כורזים-קורושי ואחרים, 2005).

## ג. הפרטה בשירותי הבריאות

### ג.1. מערכת הבריאות בישראל: היסטוריה ומבנה

ראשיתה של מערכת הבריאות בארץ בהתארגנות טרום מדינתית שיזמו ארגונים וולונטריים בשנת 1913: ארגוני עובדים יהודים שהקימו את קופת החולים הראשונה והיחידה הרפואית של ארגון נשות "הדסה" אשר הקימה בתי חולים בירושלים, תל-אביב, צפת, חיפה וטבריה (לוטן, 1973: 119). עם הקמתה של הסתדרות הכללית של העובדים העבריים (1920) סופחה קופת החולים להסתדרות ופעלה כמערכת של עזרה הדדית לפועלי היישוב היהודי, ובהמשך סיפקה שירותי בריאות לחלקים גדולים מן היישוב על בסיס ביטוחי. בהדרגה הפכה הקופה למנגנון חשוב לצבירת עוצמה ונאמנות פוליטית עבור ההסתדרות והמפלגה שעמדה בראשה. שיוך פוליטי זה של קופת החולים הכללית של ההסתדרות – הגוף הגדול ביותר בשירותי הרפואה מבחינת היקפו – עתיד להשפיע ולעצב את התפתחות מערכת הבריאות בישראל כפי שנראה בהמשך. כך, למרות היותה ארגון לא ממשלתי שצמח בספירה הפרטית, נתפסה קופת החולים הכללית כישות ציבורית – כזו המיועדת להגשמת יעדים חברתיים קולקטיביים – ועם הקמת המדינה, נתפסה הקופה כישות המזוהה עם מטרותיה (ראו חניניץ, בספר זה).

קופ"ח כללית היתה אחראית על עיקר השירותים האמבולטורים וכן על החזקתם וניהולם של מספר בתי חולים, בתי הבראה וחלק ממערך הרפואה המונעת (לוטן, 1973: 120). לאחר הקמת המדינה הפך משרד הבריאות למוסד חשוב במערכת אשר מילא תפקיד כפול – קנייה והספקת שירותים באמצעות בעלות על מתקנים רפואיים, והסדרה של פעילות הארגונים הלא ממשלתיים במערכת הבריאות. במסגרת אחריות המשרד נכללו שירותי רפואה מונעת, שירותי בריאות הנפש וטיפול סיעודי, ואילו מערכת הרפואה הקהילתית (מרפאות קהילתיות) נותרה בבעלות קופת החולים. ברם, הגבולות בין תחומי פעילות אלה לתחומי הפעילות של קופת החולים היו מטושטשים באופן שהקשה על חלוקת עבודה ברורה בין המדינה לקופות בנוגע להספקת השירותים (חניניץ, בספר זה). עם השנים נוספו קופות חולים נוספות: קופ"ח עממית (1931) וקופ"ח מרכזית (1936) שהתאחדו בשנת 1974 לקופ"ח מאוחדת, קופ"ח לאומית (1933) וקופ"ח מכבי (1941)<sup>24</sup>. היוזמה מאחורי הקמת הקופות הללו הייתה לספק שירותים לאוכלוסיות שלא היו חברות בהסתדרות על רקע חוסר הסכמה פוליטי ובגלל תחום עיסוקן (עצמאיים למשל). עם זאת, שיעור המבוטחים בקופ"ח כללית הקיף את רובה המוחלט של האוכלוסייה השכירה והלא שכירה ועמד על 160 אלף בשלהי שנות השלושים (דורון ושורץ, 2004: 22-20).

באמצע שנות השבעים החל להיווצר לחץ על קופ"ח כללית אשר נבע מצבירת חובות ענק וכן ממגמת צמצום בתקציב המדינה שהוזרם לקופה. עם השנים התרחבו קופות החולים האחרות (שפעלו גם הן במתכונת של ארגונים לא-ממשלתיים ללא מטרות רווח) והחלו למשוך מבוטחים רבים (במיוחד קופ"ח מכבי והמאוחדת), תוך הקטנת בסיס החברות של קופ"ח כללית. עד אמצע

<sup>24</sup> מתוך אתרי האינטרנט של שלוש הקופות: מכבי, מאוחדת, לאומית.

שנות השמונים ביטחה קופ"ח כללית כ- 85% (וכ-70% של אוכלוסיית הלא שכירים), אולם שיעור המבוטחים השכירים ירד ל- 76% ב-1989 ומגמת העזיבה לקופות אחרות נמשכה בשנות התשעים (דורון, 1997: 184). בעייתית במיוחד עבור הקופה הייתה עזיבת בני מעמד הביניים (בעקבות ביקורתם על איכות השירות), שתרומתם להכנסות הקופה הייתה גבוהה יותר עד ראשית שנות השמונים. גם ביטול הרכיבים הפרוגרסיביים בסוף העשור לא מנע את המשך העזיבה (גל, 219-1996: 220). הקופות החדשות העדיפו חברים ממעמד הביניים, צעירים ובריאים יותר ונהנו מחתך חברים שונה. חתך זה אפשר להם להציע שירותים זולים יותר ואיכותיים יותר (פילק, 2001: 269). כך הצטמצמה אוכלוסיית המטופלים של הקופה הגדולה ו"הציבורית" שנתפסה ענייה יותר ואיכותית פחות, אל מול קופות חדשות וצעירות שנתפסו פרטיות ו"בריאות" מבחינה כלכלית באופן שהתבטא באיכות השירותים שהציעו ובאיזון התקציבי שלהן.

נכון לשנת 2006 מערכת האשפוז בישראל מורכבת מ- 373 בתי חולים הנמצאים בבעלות של גופים שונים: ממשלתיים (באחריות משרד הבריאות), עירוניים-ציבוריים, בבעלות קופ"ח כללית, בבעלות הקופות האחרות ובבעלות פרטית. מדד הבעלות על מיטות מראה כי בתי חולים ממשלתיים, אשר החזיקו בחלק הארי של המיטות לאורך השנים, הפסיקו להיות הגורם המרכזי מבחינת בעלות בשנים האחרונות (קופ, 2007: 2-161). ההשוואה בין שנת 1984 ו-2006 בטבלה 3 מצביעה על מגמה זו:

שנים	בעלות ממשלתית	בעלות פרטית
1984	45%	23%
2006	28%	33%

מרכז טאוב 2007: Table 3161

באופן ממוקד יותר, ניתן לציין שעיקר ההתרחבות בבעלות הפרטית בא לידי ביטוי בתחום הסייעודי, בעוד ש הבעלות הממשלתית התרחבה בתחום בריאות הנפש, ואילו באשפוז כללי לא חל שינוי בהרכב לאורך השנים (קופ, 2007: 161).

בתחום רפואת הפה סופקו מרבית השירותים על בסיס פרטי לאורך השנים (דורון, 2009: א). שינוי משמעותי בתחום זה התרחש בשלהי 2010 כאשר אושרה התוכנית של שר הבריאות יעקב ליצמן למימון ציבורי של טיפולי שיניים לילדים עד גיל שמונה. כדי לממן את התוכנית קיצץ משרד הבריאות 65 מיליון ש"ח מתקציב סל התרופות<sup>25</sup>.

## 2. שינויים במימון מערכת הבריאות: צמיחתה של הרפואה הפרטית

במהלך שנות השמונים חל צמצום משמעותי במימון הציבורי של מערכת הבריאות. ניתן לראות כי ב- 1979 שני מקורות המימון הציבורי המרכזיים – המימון הממשלתי והמימון שהגיע מן המס המקביל ששילמו המעסיקים – מימנו 62% מההוצאות על שירותי הבריאות ואילו ב- 1988 מימנו מקורות אלה 51% מההוצאות בלבד (חיניץ, בספר זה; פילק, 2001: 270-269). ההוצאה הממשלתית הממוצעת לנפש בשנת 1980 הייתה 482 ש"ח ובשנת 1990 הופחתה להוצאה של 301 ש"ח לנפש בלבד (קופ, 1993, אצל גל, 1994). בד בבד עם הצמצום במימון הציבורי צמחה ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות: בשנת 1979 מימנו משקי בית פרטיים 20% מן ההוצאות על שירותי

<sup>25</sup> לינדר-גנץ, 24.9.10 The Marker

בריאות (באמצעות רכישת שירותים רפואיים, תרופות וציוד מגופים עסקיים) ואילו בשנת 1988 מימנו 31% מן ההוצאות (שם).

הגידול בהוצאות הפרטיות בא לידי ביטוי באפיקים שונים. אפיק אחד הוא צמיחתו של נוהג ההשתתפות העצמית בעת ביקור אצל רופאים מקצועיים (בעיקר) שהחל בשנת 1983 בקופת חולים "מכבי". הנוהג, שנומק ביעילות וחסכון, זכה לתמיכה ושבחים ובתום ארבע שנים להפעלתו סיכם מנכ"ל הקופה כי גודל החיסכון מהקטנת צריכת הביקורים הגיע ל-20 מיליון שקלים בסך הכל<sup>26</sup>. שבינת הרופאים של שנת 1983, שלא הצליחה לפתור את סוגיית שכר הרופאים, תרמה גם היא לפיתוח רפואה פרטית-מסחרית בישראל. בעקבות השביתה פתחו רופאים רבים קליניקות פרטיות כאפיק הכנסה נוסף ובנוסף גדלה התעניינותן של חברות כלכליות בהשקעה ברפואה חלופית או בבתי חולים פרטיים (דורון, 2009: 8-177). אפיק אחר הוא הגידול שחל בדמי החבר ששולמו על ידי המבוטחים לקופות החולים, אשר צמח משיעור של כ-11% מן ההוצאה הלאומית לבריאות ב-1984 לכ-15% ב-1987. אפיק נוסף בו צמחה ההוצאה הפרטית הוא הוצאה ישירה על קבלת שירות רפואי בבית חולים. מגמה זו התפתחה במהלך שנות השמונים וזכתה לתהודה ציבורית משמעותית. צמיחת ההוצאה הפרטית הישירה כרוכה בהתרחבות הרפואה הפרטית במערכת הבריאות הישראלית, התרחבות שכללה הקמת בתי חולים פרטיים וכן הסדרים שונים שצמחו במסגרת בתי חולים ציבוריים וממשלתיים והתרחבו במהלך שנות השמונים.

הרפואה הפרטית התפתחה וצברה תאוצה החל משנות השבעים כתגובה לאי שביעות רצון גוברת מאיכות והיקף השירותים שניתנו על ידי קופות החולים. ניתן למנות מספר גורמים שהובילו לחיפוש שירות רפואי חלופי פרטי ולהתרחבות הרפואה הפרטית בצד הרפואה הציבורית. בעיה מרכזית הייתה זמן ההמתנה הממושך של החולים לניתוחים ולקבלת טיפולים רפואיים נוספים שלא הוגדרו כדחופים. לפי נתוני קופת החולים הכללית ומבקר המדינה, בנובמבר 1987 עמד מספר הממתנים בתור לניתוח על 37,131 איש, אשר ל-42% מהם כלל לא נקבע מועד לניתוח (והאב, 1989: 35). גורמים נוספים היו חוסר היכולת של החולה לבחור את הרופא והתפתחות התפיסה כי טיפול רפואי בתמורה לתשלום הוא טוב יותר (שם, 28). הגידול בביקוש לשירותים זמינים ואיכותיים יותר השתלב במאבק (שראשיתו בשנת 1920) מצד רופאים במערכת הציבורית על זכותם לספק שירותים במסגרת קליניקה פרטית (דורון, 2009: 261).

התרחבות הסדרי הרפואה הפרטית במערכת הבריאות הישראלית באו לידי ביטוי בשני אופנים מרכזיים. מחוץ לירושלים, התפתחו והתרחבו בתי חולים פרטיים (דוגמת אסותא, אלישע והמרכז הרפואי בהרצליה), לצד בתי חולים ציבוריים שבבעלות המדינה, קופת החולים הכללית והסתדרות "הדסה". מרבית הרופאים שעבדו בבתי חולים אלה היו רופאים מן השירות הציבורי אשר עבדו משמרת נוספת במסגרות הפרטיות. בנוסף למסגרות הפרטיות, התפתחו מספר הסדרים במסגרת בתי חולים כלליים ממשלתיים וציבוריים אשר אפשרו למטופלים בעלי יכולת לקבל שירות מהיר ואיכותי יותר, ואף לבחור את הרופא המטפל, בתמורה לתשלום פרטי נוסף. בבתי החולים הציבוריים בירושלים התקיים הסכם שכונה שר"פ (שירותי רפואה פרטיים), הסדר שנוסד כבר בשנת 1954 בבית חולים הדסה בירושלים בין הנהלת בית החולים לבין הרופאים הבכירים. על פי ההסכם, בית החולים מעמיד לרשות הרופאים שירותים וציוד רפואי לטיפול בפונים ומאפשר לרופאים ליהנות מתוספת ההכנסה הנובעת מתשלומי החולים, אשר נהנים מבחירת הרופא המטפל ומקיצור התור. השר"פ התפתח כתוצאה מפעולה של שחקנים שונים: משרד האוצר שקיצץ בתקציב המדינה למערכת הבריאות, מעמד הביניים שהיה נכון לשלם יותר בעבור

<sup>26</sup> דבר, 16.12.1987

שירותי בריאות רחבים יותר וטובים יותר אותם מצא ברפואה הפרטית (Chernichovsky, 1991:20), הצורך של בתי חולים למצוא אפיק הכנסות חלופי לאור הקיצוץ במשאביהם, תביעות הרופאים להעלאת שכרם ורצון בית חולים להשאיר את הרופאים הבכירים בשירות הציבורי (שיק, 1991:44-46). מבקר המדינה מצא כי במחלקות מסוימות חל גידול משמעותי בשיעור המטופלים במסגרת שר"פ וכי המתנת מטופלים אלה לאשפוז היתה קצרה ביחס למטופלים אחרים באותו בית חולים. מבקר המדינה מסיק כי ההנחה לפיה שר"פ אינו פוגע בשירות לכלל הציבור לא עמדה במבחן המציאות<sup>27</sup>. אף על פי שאין נתונים מלאים על היקף התופעה נראה כי חל גידול משמעותי במהלך שנות השמונים; ככל שהחריף המשבר במערכת הבריאות צמח היקפו של השר"פ (שיק, 1991:44-46). היקף פעילות זה הביא לבחינת פעילות השר"פ על ידי ועדות אחדות, שכולן, לדברי שר הבריאות מרדכי גור, "ממליצות חד-משמעית למנוע רפואה פרטית במסגרת הרפואה הציבורית"<sup>28</sup>.

במקביל להסדר השר"פ, צמחה תופעה פחות מוסדרת, גלויה ולגיטימית שזכתה לכינוי "רפואה שחורה", אותה ניתן להגדיר כ"תשלום אישי לרופא בבי"ח ציבורי עבור שירותים האמורים להינתן בחינם, תשלומים שונים למחלקות, מתנות וטובות הנאה" (נוי, 1997, מצוטט אצל דורון 2009:163), אף שיש המפרשים אותה כ"שוחד שמקבלים הרופאים תמורת העדפת נותני השוחד במתן השירות"<sup>29</sup>. גם את פעילותם של אגודות ידידים של בתי החולים, שפנו לחולים או לבני-משפחותיהם לתרום לבית חולים ובתמורה יזכו להטבות שונות, ניתן להגדיר כרפואה שחורה. בשני המקרים מדובר בתשלום ישיר תמורת טיפול רפואי בבית חולים ציבורי (והאב, 1989:32). למרות שהיקף התופעה לא ברור לגמרי, ניתן ללמוד ממדגם שנערך על-ידי מבקר המדינה במחלקת עיניים בבית החולים ע"ש בילינסון, כי למעלה מ-50% מן המטופלים בשנת 1985 הופנו למחלקה על-ידי מנהל המחלקה וסגנו לאחר שביקרו במרפאותיהם הפרטיות וכי נמצא חשד לכך שניתנו העדפות בקביעת קדימויות בתור לניתוח<sup>30</sup>. תופעת הרפואה השחורה ממשיכה להתקיים עד היום, גם לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומשרתת בעיקר את בעלי היכולת בני מעמד הביניים (כהן, 2010:105).

במחצית שנות השמונים ניצבה מערכת הבריאות בישראל על פרשת דרכים. הבעיות השונות המערכת יצרו דרישה ציבורית לפיתרון מקיף. מצד אחד, הגורמים הציבוריים במערכת ספגו ביקורת קשה מציבור המטופלים בישראל שהתלונן על איכות השירות ומשחקנים פוליטיים ובירוקרטים אשר האשימו אותם בתפקוד לקוי וחוסר יעילות. מצד שני, ניכר היה כי הרפואה הפרטית (על צורותיה השונות) הלכה ותפסה מקום מרכזי בזירת שירותי הבריאות בישראל מבלי שתזכה להגדרה והסדרה בידי המדינה. התפתחות זו העלתה ביקורת על הפגיעה בצביונה השוויוני והאזרחי של המערכת הציבורית במסגרתה קמה מערכת שירותים מקבילה לבעלי אמצעים בלבד. בהקשר מורכב זה קמו מספר ועדות שנועדו להעריך את הגורמים למצב, ובעיקר, למצוא פיתרון כולל למצבה של מערכת הבריאות.

בסוף שנת 1985 הקימה ההסתדרות הרפואית בישראל (ה.ר.ג.) את "ועדת ישי" לבחינת בעיותיה של מערכת הבריאות. הועדה קבעה כי צמצום התקציבים הציבוריים הוא הגורם המרכזי למשבר במערכת הבריאות. בראשית 1986 טען ראש הועדה שכיהן כיו"ר ה.ר.ג., ד"ר רם ישי, כי

<sup>27</sup> מבקר המדינה, דוח שנתי 187: 38

<sup>28</sup> דברי הכנסת, ישיבה 153 של הכנסת ה-11, 23.12.1985

<sup>29</sup> הרניש דנקה, תור הרפואה השחורה, 17.7.1986

<sup>30</sup> מבקר המדינה, דוח מבקר המדינה 189: 38

בשנת 1986 אי אפשר לקיים עקרונות של רפואה שוויונית משום שהמדינה וקופת החולים הכללית אינן מסוגלות לממנה ולכן יש להשלים את התקציב הדרוש באמצעות גביית תשלומים מן הציבור. כמו כן, המליצה הוועדה על בחירה חופשית בשירותי בריאות כדי לשפר את שביעות רצונם של המטופלים (לחמן ונוי, 1998: 36-39). כאן נחשף ההקשר הכלכלי והאידיאולוגי להמלצות הוועדה: צמצום תקציבי, שהוביל לפנייה למקורות פרטיים כפיתרון למשאבים מוגבלים, אך גם כאמצעי להעצמת המטופל וייעול השירות הציבורי. את הרצון למסד ולהרחיב את הרפואה הפרטית יש להבין גם כניסיון נוסף של ה.ר.י. להעלאת שכר הרופאים (דורון, 2009ב).

מראשית שנות התשעים עסק משרד הבריאות בהסדרת שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) במסגרת בתי החולים הציבוריים. המלצותיהן של שתי ועדות ציבוריות שעסקו בשר"פ – טריינן ונתניהו – קראו לארגונו ומיסודו בצורה חוקית וגלויה. הצעד הפורמאלי הראשון לקיום שר"פ היה ההסכם שנחתם עם ארגון רופאי המדינה ביולי 1992, כחלק ממהלך התיאגוד אותו ניסה משרד הבריאות לקדם. לראשונה ניתנה לרופאים עובדי המדינה התחייבות של שר בממשלה לכונן שירות רפואי פרטי בבית חולים בבעלות המדינה (שירום ועמית, 1996: 50). אף על פי שמהלך התיאגוד לא צלח, ביקש שר הבריאות אפרים סנה לקדם את מיסוד השר"פ והודיע כי בכוונתו להגיש הצעת חוק האוסרת רפואה שחורה, אך למתירה לקיים שר"פ (שירותי רפואה נוספת) בבתי החולים הממשלתיים. במסגרת זו יכול כל חולה לבחור את הרופא ואילו הרופא וצוותו יזכו ל-65% מן התקבול הפרטי. משרד הבריאות אינו אמור להתערב במדיניות התעריפים ואלה ייקבעו לפי ביקוש והיצע<sup>31</sup>. מדיניות השר"פ קידמה שלושה היבטים של הפרטה במסגרת בית חולים הנמצא בבעלות המדינה: שימוש בסגל רפואי ציבורי למטרות פרטיות, העברת החולה מאחריות מערכת הרפואה הציבורית לאחריותו של הרופא הפרטי והפקעת משאבים ותשתית ציבורית מידי הכלל לטובת שני סקטורים פרטיים: רופאים בכירים וחולים מבוססים (שירום ועמית, 1996: 63-65).

בין השנים 1996-2002 הונהג השר"פ בארבעה בתי חולים ממשלתיים. בתחילת 2002 פירסם היועץ המשפטי לממשלה אליקים רובינשטיין איסור חסר תקדים על פעילות השר"פ, וקבע שמדובר בפרקטיקה בלתי חוקית אשר הכשרתו מחייבת חקיקה מפורשת וסדורה (כהן, 2010: 7-106; ראה גם החלטת בג"ץ בעניין 4253/02). יחד עם זאת, גורמים שונים המשיכו לפעול להכשרת השר"פ ומיסודו. באמצע 2005 ניסה שר הבריאות דני נווה, ובעקבותיו גם ממשיכו יעקב בניזרי, להתיר את השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים (לא פרטיים) בארץ, ובנוסף נראה כי הסדרים של הספקת שירותים פרטיים באמצעות בתי חולים ציבוריים ממשיכה להתקיים בדרכים שונות (שם). התרחבות השר"פ משתקפת בצמיחה בהוצאות של משקי בית פרטיים. בעשור שבין 1995 ל-2005 חלקם של משקי בית בישראל במימון ההוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-26% ל-31% - גידול של 19% (סבירסקי, 2007: 11). בסוף שנת 2007 פורסם מכרז להקמת והפעלת בית חולים ציבורי חדש באשדוד, במסגרתו יותר קיום שר"פ בהיקף של עד 25% מפעילותו הכוללת; חברת "אסותא" זכתה במכרז. בראשית 2012 הגישו מספר ארגוני סנגור עתירה לבג"צ על הפגיעה הצפויה בנגישות שווה לשירותי בריאות, אולם זו נדחתה בפסק דין באוגוסט 2012 בו קבע בג"צ כי הפגיעה הצפויה היא "פריפריאלית" ואינה עומדת במרכז הזכות החוקתית לכבוד<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> ידיעות אחרונות, 9.3.1995.

<sup>32</sup> זרחין, הארץ, 15.8.12.

### ג.3. בין כינון רפואה ציבורית ושוויונית למיסוד הרפואה הפרטית

הניסיון לכוון מערכת שירותי בריאות ממלכתית שתחול על כלל אזרחי המדינה באופן אחיד ושוויוני החל בשנים הראשונות להקמת המדינה במסגרת המלצותיה של הוועדה לחקר הביטוח הסוציאלי שמונתה על ידי הממשלה בשנת 1950. את כוונת המדינה לכוון מערכת ממלכתית יש להבין במסגרת מאבקי עוצמה בין המדינה להסתדרות על השליטה בשירותי הבריאות. ההתנגדות המרכזית להקמת שירות ממלכתי היתה של ההסתדרות ושל מפא"י אשר סירבו לוותר על השליטה ההיסטורית של תנועת העבודה על שירותי הבריאות. הבעלות על שירותי הבריאות הלאומיים העניקו להסתדרות שני משאבים אדירים: ראשית, ה"מס האחיד" ששולם על ידי החברים ומעסיקהם ("מס מקביל") שימש כמקור ההכנסות העיקרי של ההסתדרות. שנית, כיוון שההסתדרות יצרה האחדה בין חברות בארגון העובדים לחברות בקופת החולים, סיפקה לה השליטה בקופה חברים "שבויים" רבים (פלד ושפיר, 2005: 347). במהלך השנים נעשו ניסיונות שונים לחקיקת חוק בריאות ממלכתי. ועדות כגון ועדת מן (1968) וועדת זהר (1978) הגישו הצעות מפורטות אשר התמודדו עם תפקידן של קופות החולים במסגרת החוק, פעלו להבטחת סל שירותים רחב וקראו להחלת החוק על כל תושבי המדינה, אך לא הצליחו להביא את התוכנית לידי יישום.

באפריל 1987 מינתה שרת הבריאות שושנה ארבל-אלמוזלינו ועדה ציבורית מקצועית לקביעת מדיניות והערכות ארגונית לתפקודיה של מערכת הבריאות (ועדת טריינין), אשר התבקשה להציע כיצד להתגבר על "המשברים הפוקדים זה שנים את מערכת הבריאות". בכתב המינוי נקבע כי על הוועדה להציע מדיניות על בסיס שני תנאי יסוד: ראשית, שמירה על אופייה הציבורי והשוויוני של מערכת הבריאות לכלל האוכלוסייה וקבלת טיפול רפואי נאות כאשר חלקו של המבוטח משולם באמצעות דמי הביטוח; ושנית, שמירה על עצמאותם של נותני השירותים הציבוריים<sup>33</sup>. במסגרת מסקנותיה שהוגשו ב-1988 הכריזה כי: "...אין הוועדה רואה עצמה מוסמכת לקבוע את סדר העדיפויות הלאומי ולהחליט על היקף המשאבים הציבוריים שיופנו למערכת הבריאות...", וזאת אף על פי: "...(ש)הוועדה רואה עצמה חייבת להפנות את תשומת ליבן של הממשלה ושל הכנסת כי שמירה על האופי השוויוני של מערכת הבריאות מחייבת השתתפות ציבורית במימון המערכת..."

המלצות הוועדה נעו בשני כיוונים. מחד, הוועדה קראה להנהגת חוק בריאות ממלכתי חובה הכולל סל שירותי בריאות שיוענקו כזכות חברתית, צעד המקדם את ההיבט הציבורי והשוויוני במערכת. מאידך, הוועדה המליצה להכיר ברפואה הפרטית שהתפתחה ולמסדה לצד ובתוך המערכת הציבורית, צעד המקדם הפרטה מסוימת על חשבון המערכת הציבורית ומעניק יתרון לבעלי היכולת. למעשה, ניתן להבין את ההמלצות כמשלימות במיוחד לאור התנאים הבעייתיים ששררו במערכת הבריאות: ביטוח בריאות ממלכתי מקיף יסופק לכל אזרח באמצעות כספי מדינה, ואילו הסדרת שירותי הרפואה הפרטית תחסל את "הרפואה השחורה", תפקח שהרפואה הציבורית לא תפגע ותגדיל את יכולת הבחירה של הפרט, תוך: "שמירה על פלורליזם במערכת הבריאות ועידוד תחרות" מחד והקלה על המערכת הציבורית מבחינה תקציבית, מאידך. הוועדה המליצה כי במקביל לביטוח הממלכתי יופעל מגוון של ביטוחי בריאות משלימים וכי יונהג שירות רפואי נוסף (שר"ן). יחד עם זאת, הוועדה התנגדה להטלת תשלום על שירותי בריאות הנכללים בסל הממלכתי "...מפני שזה נוגד את התפיסה של רפואה שוויונית...", וקבעה כי יש למנוע מעבר

<sup>33</sup> הוועדה הציבורית המקצועית לקביעת מדיניות והערכות ארגונית של מערכת הבריאות, 1988, עמ' 1-2

שירותים מסל החובה לביטוח המשלים ולשר"ן<sup>34</sup>. כך שולבו לכאורה שתי הדרישות תחת קורת גג אחת: חיזוק הרפואה הממלכתית השוויונית והכרה בהפרטה חלקית שתאפשר לקדם מטרות (ניאו) ליברליות: הגדלת חופש בחירה עבור המטופלים וחופש עיסוק לגורמים הפרטיים לשם הגדלת התחרות האמורה ליצור שירותים איכותיים יותר.

עבודת הועדה זכתה להתעניינות מצד גורמים שונים. משרד האוצר העלה ביקורת רבה ביחס להמלצות הצפויות וקידם מדיניות מנוגדת. האוצר ניסה להשית תשלום פרטי עבור חלק מן השירותים, ובהם אישורי מחלה ובדיקות אולטרה סאונד לנשים הרות<sup>35</sup>. הממונה על התקציבים באוצר, דוד בועז, טען כי: "אין מקום לדבר היום על רפואה שוויונית כי אבד עליה הכלח". במקומה הציע להפעיל את מערכת הבריאות על בסיס כלכלי ולהנהיג שיטה שבה הגוף המספק את השירות מקבל תמורה המשמשת תמריץ לתת שירותים נוספים<sup>36</sup>. שרת הבריאות דחתה את הצעת האוצר ועמדה על כך שתקציב הבריאות ימומן מדמי חבר, מס מקביל ותקציב הממשלה<sup>37</sup>, אולם הלחץ של משרד האוצר על ועדת הבריאות, העבודה והרווחה המשיך: להגביר את ההפרטה במערכת הבריאות כדי להימנע מהגדלת תקציבי הבריאות<sup>38</sup>. באותם ימים חזרו ועלו בכנסת שתי הצעות לחוק בריאות ממלכתית<sup>39</sup>. בדומה לגורלן של הצעות דומות, גם הצעות אלה לא יושמו בחוק בשל התנגדותה של ההסתדרות הכללית<sup>40</sup>.

על רקע התנגדות משרד האוצר, משרד הבריאות וההסתדרות הרפואית להמלצותיה של ועדת טריינין הוקמה בשנת 1988 "ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" (להלן: "ועדת נתניהו"). לטענת הגופים המתנגדים, ועדת טריינין קיבלה הנחייה לשמור על הצביון השוויוני של מערכת הבריאות ובמסגרת מתווה זה הגישה את המלצותיה<sup>41</sup>. לעומת זאת, בכתב המינוי של ועדת נתניהו נקבע כי המלצותיה יימסרו: "בהתחשב במצבה הכלכלי של המדינה ובמגבלות המשאבים הציבוריים שניתן להקצותם למטרה זו", ו"בהתחשב בצורך לקיים שירותי רפואה ציבורית ברמה סבירה לכל, מבלי לפגוע באפשרות לקבלת שירותי בריאות בצריכה פרטית"<sup>42</sup>.

מדיניות הפרטה נוספת שקידם משרד האוצר במקביל לפעילות ועדת נתניהו היתה מכירת בתי חולים ממשלתיים. בדצמבר 1989 החליטה הממשלה "למכור ולהחכיר בית חולים ממשלתי כללי הנמצא באחד המרכזים העירוניים הגדולים" ובראשית 1990 החל האוצר בהכנות למכירה ראשונה של בית חולים – בית חולים וולפסון בחולון<sup>43</sup>. ביוני 1990 הגיב שר הבריאות החדש, אהוד אולמרט, על הביקורת כלפי ההפרטה והסביר שהדבר יעלה את רמת הרפואה, שכן: "אין שום הוכחה לכך שהפעלה על ידי הממשלה היא יעילה יותר מהפעלה על ידי גורם פרטי"<sup>44</sup>. בהמשך הכריז השר כי הרפואה תישאר ציבורית אולם עליה לפעול בתנאי תחרות אמיתית ולאמץ דפוסי מחשבה של התייעלות וחסכנות<sup>45</sup>.

<sup>34</sup> שם, 8-2.

<sup>35</sup> הארץ, 11.12.1987.

<sup>36</sup> הארץ, 27.5.1988.

<sup>37</sup> ישיבה 349 של הכנסת ה-11, 29.7.1987.

<sup>38</sup> הארץ, 8.5.1990.

<sup>39</sup> דברי הכנסת, ישיבה 432 של הכנסת ה-11, 10.5.1988; דברי הכנסת, ישיבה 437 של הכנסת ה-11, 25.5.1987.

<sup>40</sup> ועדת החקירה הממלכתית, 1990, עמ' 85.

<sup>41</sup> הארץ, 29.5.1988.

<sup>42</sup> ועדת החקירה הממלכתית, 1990: 9.

<sup>43</sup> הארץ, 7.3.1990.

<sup>44</sup> דברי הכנסת, ישיבה 189 של הכנסת ה-12, 19.6.1990.

<sup>45</sup> הארץ, 5.7.1990.

בסוף אוגוסט 1990 סיימה ועדת נתניהו את עבודתה והעלתה שתי המלצות מרכזיות. ההמלצה הראשונה קראה לחקיקת חוק בריאות ממלכתי המגדיר סל שירותים רחב שיסופק תוך זמן סביר. שירותי הבריאות יורחבו ויכללו בין היתר את תחומי הרפואה המונעת, האמבולטורית, אשפוזים לכל סוגיהם, שירותי שיקום, תרופות ואבזורים. יחד עם זאת, הועדה קראה: "...לא להגדיל באופן כללי את המשאבים למערכת הבריאות ולהגדיל רק באותם תחומים מיוחדים שהוזנחו עד כה...". בהמלצה השנייה נאמר כי: "...ניהול בתי החולים של הממשלה ושל קופת חולים יהיה בידי תאגידים, שיפעילו אותם עצמאית, רק מתוך הכנסותיהם, על-פי שיקולים כלכליים ועסקיים - אך לא למטרת חלוקת רווחים. עם זאת, בתי החולים יוכלו להישאר בבעלות הנוכחית...". עוד קראה הועדה: "...להתיר לטובת המערכת הציבורית שילוב של שירות רפואה פרטי ברפואה הציבורית (שר"פ) בהיקף מוגבל ... אגב הפעלת מנגנוני פיקוח ובקרה קפדניים כדי למנוע פגיעה בחולה הציבורי..."<sup>46</sup>. דו"ח המיעוט של הועדה (שנכתב על ידי פרופ' אריה שירום) התנגד לשירות הרפואה הפרטי אשר יגדיל פערים על בסיס הכנסה.

המלצות ועדת נתניהו קראו באופן ברור להרחבת אחריות המדינה לבריאות אזרחיה ולכונן את שירותי הבריאות כזכות חברתית בישראל. חברי הועדה הפגינו מחויבות אידיאולוגית רבה לאחריות המדינה, לצורך ברפואה שווה ונגישה לכל המובטחת על פי חוק, תוך התנגדות למימון עצמי של שירותים בעת הספקתם. המלצות הועדה בנוגע לחלקה של הרפואה הפרטית במערכת היו ברורות ואף על פי שהתירו את קיומה, הגדירו לה סייגים ומנגנוני פיקוח שונים, שכן "הרפואה הפרטית ניזונה מהרפואה הציבורית ומדלדלת את כוחותיה" (שם, עמ' 95-96), ונוטה "...לברור את הטיפולים המשתלמים יותר ואת דפוסי מתן השירות, שתכליתם לקדם את רווחי היזמים - ולהשאיר את האחרים, בדרך כלל הקשים והמסובכים, וכן תחומים מסוימים שונים של השירות הרפואי לבתי החולים הציבוריים..." (שם, 313). הרפואה הפרטית תמוסד כ"בת לוואי" לרפואה הציבורית תוך שורה ארוכה של מגבלות במטרה לחסל את "הרפואה השחורה" (שם, עמ' 325).

#### 4. תיאגוד בתי החולים: החלת עקרונות שוק על ספקי שירותי ציבוריים

בנוסף להמלצותיה בדבר ביטוח בריאות ממלכתי ומקיף שתוארו לעיל, המליצה ועדת נתניהו להפוך את בתי החולים לתאגידים, צעד שמטרתו יצירת תחרות בין ספקי שירותים (בתי החולים) לבין גופים 'מחזיקי תקציב' (קופות חולים וגופים נוספים), כדי להחדיר בהם רוח עסקית וניהול על בסיס רציונאל כלכלי (ישי, 1994: 8). שר הבריאות אולמרט הכריז כי על בתי החולים להיות פרטיים ולהתנהל על בסיס שיקולים כלכליים ועסקיים (שיק, 1991: 80). תוכנית התיאגוד של משרד הבריאות היתה אמורה להתחיל בנובמבר 1991 כניסוי במסגרת חמישה בתי חולים, בכוונה להקיף את כל 14 בתי החולים הממשלתיים בסופו של דבר. בהתאם לתוכנית, בתי החולים יעברו לניהול עסקי ותחרותי בידי תאגיד שיפעל כחברה ממשלתית. ניהול התאגיד יימסר לידי דירקטוריון בן 11 חברים על-פי מודל שהונהג באותם ימים בבריטניה לפיו הכנסותיו של בית החולים יהיו ממכירת שירותים רפואיים שונים, חידוש הציוד הרפואי יהיה ממקורות בית החולים פרט לפריטים אחדים שימומנו על-ידי משרד הבריאות. השתכרות העובדים בבית החולים תתבסס על תפוקות ומערכת תגמולים (ישי, 1994: 51-46). התיאגוד הפך את בית החולים לעסק פרטי, אולם הוא שינה את אופן תפקודם והעניק להם סמכויות המובילות, בסביבה תחרותית, להתנהלות חסכנית ואימוץ דפוסי פעולה של חברות פרטיות למטרות רווח, באופן שמשפיע על דפוסי העסקת עובדים, קנייה והספקת שירותים.

<sup>46</sup> דו"ח ועדת החקירה, 1990, עמ' 17-25.



אף שיישום התוכנית נקבע ל- 1.1.1992, היא עמדה בפני התנגדויות רבות שעיקבו את מימושה. גורמים רבים ביקרו את תוכנית התיאגוד ופעלו לביטולה: שרי בריאות לשעבר שהתבטאו בציבור בדבר הסכנה שבהפרטת בתי חולים ובמיסחור מערכת הבריאות ללא כל ערובה להבראתה<sup>47</sup>; ההסתדרות הכללית התנגדה אף היא "לתוכנית ההפרטה שמציע השר אולמרט"<sup>48</sup>, כמו גם ועדי עובדים מקומיים של אחיות, רופאים ואחרים בבתי חולים המיועדים לתיאגוד (ישי, 1994: 40). המאבק התנהל גם בחזית המשפט: נשיא בית הדין הארצי לעבודה דחה בקשה לצו מניעה כנגד שביטת עובדי בתי החולים, וקבע כי החלטת משרד הבריאות לנהל את בה"ח כ"משק כספי סגור" מנוגדת להסכמות קודמות שבין משרד הבריאות לעובדי בתי החולים<sup>49</sup>. למרות נחישותו של שר הבריאות לקדם את תוכנית התיאגוד, מנע המאבק עם ארגוני עובדים וההסתדרות את יישום התוכנית במשך כל תקופת כהונתו. נוכח ההתנגדות, הוחלט במשרד הבריאות לקדם את ההמלצה הראשונה של דו"ח נתניהו וכך הביא אולמרט לקריאה ראשונה את החוק לביטוח בריאות ממלכתי<sup>50</sup>.

הרצון לתאגד את בתי החולים ולהפעילם במתכונת עסקית או כמו-עסקית לא חלף. למעשה, החל משנת 1988 צויין התיאגוד כיעד מרכזי בכל הצעת תקציב שאושרה על ידי הממשלה והכנסת (בן-נון, ברלוביץ', שני, 2005: 55). גם לאחר חקיקת חוק בריאות ממלכתי, החזיר משרד האוצר את הנושא לדיון במסגרת תוכנית ל"קיצוצים ניכרים", שהגיש לעיון משרד הבריאות, והציע לתאגד שני בתי חולים החל מינואר 1998<sup>51</sup>. במאי 2003 מונתה על-ידי רה"מ בנימין נתניהו ושר הבריאות דני נווה "ועדת ליאון" לבחינת התיאגוד מחדש. המלצות הועדה שהוגשו ב- 2004 פתחו בטענה על "המשבר המתמשך במערכת הבריאות הציבורית", שמקורו ב"כשלים כלכליים, הנובעים מהשוני בין השוק הרפואי לשוק הכלכלי". אחת מן הבעיות הוגדרה בדו"ח כ"ניהול בתי החולים על-ידי הממשלה". הוועדה המליצה על "...הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים, הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח..."<sup>52</sup>. עוד נטען בוועדה, כי "...העובדה שעד היום לא צלח, מעידה על הלבטים הקשים הקיימים גם בין מצדדי התיאגוד. ברור לכל כי בצד היתרונות הקיימים בתיאגוד יש גם חסרונות לא מעטים. הטיית הכף לטובת תיאגוד מתבססת על ההנחה שתרבות הניהול ואיכות הניהול שיתפתחו בבתי החולים המתואגדים יביאו, בטווח הארוך, לחיסכון בהוצאה הלאומית לבריאות, תוך שיפור איכות השירותים בבתי החולים הללו..." (שם, 12). למרות מאמציהם של שרי-בריאות ושרי-אוצר שנמשכו למעלה מ-13 שנים, תוכנית התיאגוד לא הוגשמה, אך היא הביאה לידי תהליך של "תיאגוד זוחל" (שירום ועמית, 1996) אשר הוביל להתרחבות סמכויות בתי החולים, שהפכו ליחידות סמך תקציביות עם סמכויות מסוימות בנושאי עובדים, ניהול כספים ורכש (בן-נון, ברלוביץ' ושני, 2005: 46).

### 5.ג. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הלאמה לצורך הפרטה?

חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי<sup>53</sup>, שהחלה בסוף כהונתו של השר אולמרט, הגיעה לסיימה בשנת 1994 לאחר מאבק עיקש בהסתדרות. ההסתדרות המשיכה בסירובה לוותר על מנגנון

<sup>47</sup> הארץ, 2.6.1991, הארץ 4.6.1991

<sup>48</sup> ידיעות אחרונות, 8.7.1991

<sup>49</sup> דבר, על המשמר 6.7.1992

<sup>50</sup> דברי הכנסת, ישיבה 388 של הכנסת ה-12, 24.2.1992

<sup>51</sup> גלובס, 3.9.1997

<sup>52</sup> ועדת ליאון, 2004, עמ' 3

<sup>53</sup> עד לחקיקת החוק הועלו 15 הצעות חוק בנושא, חלקן על ידי הממשלה וחלקן כהצעות פרטיות.

המימון והעוצמה שהעניקה לה השליטה על קופת החולים הכללית, למרות חובות הענק שצברה הקופה עם השנים בעקבות קיצוצים תקציביים ואופי אוכלוסיית המבוטחים שלה (פלד ושפיר, 2005: 348). חקיקת החוק התאפשרה במהלך דרמטי בו עבר ח"כ חיים רמון (עבודה) מתפקידו כשר הבריאות לתפקיד מזכ"ל ההסתדרות, בחודש מאי 1994, כדי לבטל מבפנים את ההתנגדות לשני מרכיבים מהותיים בהצעת החוק: העברת גביית מס בריאות למוסד לביטוח לאומי וניתוק הזיקה שבין חברות בקופ"ח לחברות בהסתדרות. בעקבות החוק איבדה ההסתדרות כשני שלישי מחבריה: מ- 1.6 מיליון ב-1994 ל- 600 אלף בשנת 1998 (שם, 269-270).

החוק שנכנס לתוקף בינואר 1995 קובע חובת ביטוח בריאות על כל אזרחי ותושבי המדינה, ומזכה אותם בסל שירותי בריאות מוגדר הנקבע על-ידי הכנסת. הגדרת הסל התבססה על שירותי קופ"ח כללית והותירה שירותים כמו בריאות הנפש ובריאות השן מחוץ לסל הבריאות. במסגרת התוכנית נגבים דמי הביטוח על ידי המוסד לביטוח לאומי במנגנון פרוגרסיבי לפיו המס גדל ככל שעולה הכנסת המבוטח עד לרף מסוים. ביצוע החוק הופקד בידי קופות החולים, שחויבו לקבל כל זכאי המעוניין בשירות ללא כל התניה של גיל, הכנסה, או מצב בריאותי. כל זכאי רשאי לבחור בקופת חולים לפי העדפתו ואף לשנותה מעת לעת. החוק קובע כי קופות החולים הן מוסדות ללא כוונת רווח המתחייבים להשקיע את רווחיהם במטרות הקרובות לתחום פעילותם; החוק אף מגביל את יכולתן לשלוט בתאגידים אחרים.<sup>54</sup>

כיצד השפיע חקיקת החוק על שירותי הבריאות בישראל? מחד גיסא, במסגרת החוק הורחבה אחריות המדינה לבריאות והנגישות לבריאות הובטחה על בסיס שווה: נקבע סל שירותים אחיד המחייב את כל הקופות ומובטח לכל תושב. העברת מערכת הגבייה מן הקופות למוסד לביטוח לאומי תרמה להגדלת נפח ההכנסות בעקבות גבייה יעילה יותר. מס הבריאות הפרופורציונאלי מבטא באופן צודק יותר את העיקרון לפיו גובה התרומה (דמי הביטוח) נקבע לפי יכולת (הכנסה עד גובה מסוים). בניגוד לצורת הגבייה לפני החוק, מימון הקופות נקבע לפי "נוסחת הקפיטציה" אשר לוקחת בחשבון את מספר המבוטחים, ההתפלגות הגילאית והמגדרית ומקום מגוריהם של המבוטחים (מימון גבוה יותר לתושבי הפריפריה) (נכון ל-2010). כאשר המדינה מחויבת לממן את הפער בין ההכנסות ממס הבריאות לצרכי הבריאות של האוכלוסייה בהתאם לסך הבריאות. שינוי זה ניתק את הקשר בין הכנסות המבוטחים להכנסות הקופה ותיקן את תמריצי הקופות להעדפת מבוטחים מבוססים (בן נון, 2009: 10-11).

מאידך גיסא, ראוי להבחין בשינויים משמעותיים שחלו מאז חוקק החוק, אשר באו לידי ביטוי ב-410 שינויי חקיקה (עד סוף 2008), כאשר 276 מתוכם התבצעו באמצעות חוק ההסדרים ורובם המוחלט עוסק בהתנהלות קופות חולים, מקורות המימון ואופן הקצאתו (כהן, 2010: 9-88, 97). ניתן לכוון את התופעה "הפרטה דרך ריכוזיות" (שם, 99): הלאמת מנגנון המימון של מערכת הבריאות בידי המדינה בשנת 1994 העניק לה שליטה רבה על הוצאות המערכת ועל קופות החולים ואיפשר לה להכניס שינויים רבים שהובילו להפרטה גוברת. ראשית, תמהיל המימון של הביטוח הממלכתי עבר שינוי מהותי בשנת 1997 עם ביטול המס המקביל ששולם על ידי המעסיקים (ביטול שהיטיב עימם ותרם לרווחיהם). ראוי לציין כי ישראל היא כנראה המדינה היחידה המקיימת ביטוח בריאות מקיף בו המעסיקים אינם שותפים בעלות הביטוח הרפואי של העובדים (בן נון, ברלוביץ ושני, 2005: 207). המדינה התחייבה לממן מקופת האוצר את הסכום, אולם נראה כי היא עומדת בהבטחתה באופן חלקי בלבד. ב-1996 מימן המס המקביל ותקציב המדינה 50%

<sup>54</sup> חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994, פרק וי-קופות חולים

מההוצאה הלאומית לבריאות (סבירסקי, 2007: 11) ואילו ב- 2008, לאחר ביטול המס המקביל, מימן תקציב המדינה 29.6% בלבד (צ'רניחובסקי, 2009: 297).

בשנת 1998 שינה חוק ההסדרים את חלוקת המימון של החוק וקבע כי על קופות החולים להשתתף במימון סל הבריאות בגובה של 5.37% לשנה, באמצעות כספים שעליהן להתחיל לגבות עבור תרופות ושירותים (משרד האוצר ממשיך בניסיונותיו להגדיל את חלקן של הקופות בעלות הסל). כמו כן, החוק התיר לקופות להעלות את גובה ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות בכ- 30% ואיפשר לקופות לגבות תשלום רבעוני עבור שימוש ברפואה מקצועית ואף למכור ביטוחים משלימים (סבירסקי, 2007: 22-21). שחיקה זו בשיעור המימון הציבורי הובילה לעלייה בשיעור המימון הפרטי: בעשור לאחר חקיקת החוק (1995-2005) עלה חלקם של משקי בית בישראל במימון ההוצאה הלאומית לבריאות מ-26% ל-31% - גידול של 19%. במקביל ירד חלקה של המדינה באותן שנים מ-70% ל-65% (שם, 10). טבלה 4 מסכמת את השינויים במקורות המימון:

גורם מממן / שנה	1996	2003	2008
תקציב המדינה והמס המקביל	50%	41%	29.6%
משקי בית	26%	30%	42.2%

סבירסקי, 2007: 11; צ'רניחובסקי, 2009: 297 Table 4

ביטויים נוספים למגמות הפרטה בעקבות החוק באים לידי ביטוי בעלייה בחלקו היחסי של המגזר העסקי בביצוע והספקה של שירותי בריאות ובעלייה בהוצאות המדינה על קניית שירותים מספקים חיצוניים (כחלופה לביצוע באמצעות עובדי בריאות ציבוריים ומוסדות בבעלותה) (סבירסקי, 2007: 13-12)<sup>55</sup>. נקודה מעניינת נוספת היא הגידול שחל בהיקף המבוטחים בביטוחי בריאות פרטיים ובהוצאה הפרטית על ביטוחים אלה בהתאמה. מדובר בביטוחים משלימים של קופות החולים וביטוחים מסחריים של חברות ביטוח אשר מציעים הרחבה של הביטוח לשירותים נוספים (בדיקות, טיפולים, אביזרים ותרופות) על בסיס תשלום קבוע נוסף. משנת 1995 ועד 2003 גדל שיעור בעלי ביטוח משלים באוכלוסיה מ-35% ל-72% ושיעור המחזיקים בביטוח רפואי מסחרי גדל מ-16% ל-34%. שיעור המחזיקים בביטוח משלים בישראל הוא הגבוה בעולם (בן נון, ברלוביץ ושני, 2005: 211-210). אף על פי שהביטוח המשלים נמכר על ידי קופות החולים כמוצר ולא מסופק במסגרת הזכות החברתית לבריאות שהגדיר החוק, ישנה הסדרה משמעותית של הביטוח המשלים, הנמצא תחת פיקוח ואחריות ממשלתיים. יצירת שוק מוסדר בתחום הביטוח המשלים היא ייחודית לישראל בה מספקי הביטוח – קופות החולים – הן גם הסוכנויות המספקות את שירותי הבריאות הבסיסיים והציבוריים (גרוס וברמלי, 1997: 42). מצב עניינים זה, המאפשר לקופות החולים לספק שירותים פרטיים ולגבות עבורם דמי השתתפות עצמית, מקדם את המרקטיזציה של המערכת, כלומר, מטמיע הגיון והתנהגות שוקית בקרב גופים שאינם למטרות רווח באופן שמשפיע על אופיים והתנהלותם כספקי שירותים ציבוריים. יש הטוענים כי שיעור המבוטחים הגבוה בביטוח המשלים (שהגיע ל- 72% ב- 2003) מצביע על כך שהשירות נגיש לרוב האוכלוסייה, אולם אין ספק כי מצב שבו כשליש מהאוכלוסייה מודר מרובד פרטי וממוסד זה של הביטוח חותר תחת כוונת החוק להשיג נגישות שווה לסל ציבורי אחיד של שירותי בריאות.

<sup>55</sup> לדיון מפורט במגמות השינוי של רכיבי המימון השונים של החוק ראו דוד חניניץ, בספר זה.

לאור כל זאת, כוונתו של האוצר - השחקן המרכזי מאחורי רוב השינויים ששחקו את אופיו הציבורי והשווינוני של חוק הבריאות הממלכתי - להקים קופת חולים פרטית למטרות רווח, אינה מפתיעה כלל. ההצעה להקים קופה מסחרית כזו נכללה בחוק ההסדרים משנת 2005 ובינתיים נחסמה בהצלחה על ידי הכנסת. לאחרונה חזרה ההצעה לשנות את החוק ולהקים קופה שתפעל כתאגיד למטרות רווח לצורך "הגברת התחרות בין קופות החולים", שכן "...שוק הבריאות מתאפיין ברמת ריכוזיות גבוהה המתבטאת בכך ששתי קופות החולים הגדולות מחזיקות בנתח שוק של כ-80%..." באופן שפוגע בתמריצי ההתייעלות של הקופות (חוק ההסדרים 2009/10 : 61). כמו כן, הציע האוצר לאפשר לקופות החולים לגבות "סכום בר-הפחתה" באופן שיאפשר להן להציע מחירים זולים יותר ולהתחרות ביניהן על לקוחות. ה"הנחות" שתציע כל קופה יגרעו מן הסכום שמעביר לה האוצר לצורך מימון חוק הבריאות (הצעת חוק ההסדרים 2009/10 : 168).

#### **ד. הפרטה בשירותי הדיור הציבורי**

##### **1.1. הדיור הציבורי בישראל: רקע ומאפיינים**

מערכת הדיור הציבורי בישראל פותחה כדי לענות על צרכים לאומיים בעשור הראשון למדינה, שכללו קליטת עלייה, פיזור דמוגרפי, ייחוד אזורי ספר והיאחזות בטריטוריה שבשליטת המדינה עם תום המלחמה. את מדיניות הדיור יש להבין במסגרת פרוגרמת הפיתוח של המדינה: מדיניות הדיור התמקדה בפיתוח אזורים פריפריאליים, קליטת עלייה, הרחבת ישובים עירוניים קיימים וכן ביצירת מקורות תעסוקה לאוכלוסיות שהופנו ליישובים אלה. (טנה, 1959: 5).

בעקבות יעדים אידיאולוגיים אלה נטלה המדינה אחריות מקיפה שהתבטאה במעורבות בצד ההיצע של שוק הדיור על ידי הקמת דירות מגורים באמצעות חברות בנייה ממשלתיות וציבוריות וסבסודן בהתאם לקריטריונים לאומיים. את מעורבותה הישירה של המדינה יש להבין על רקע מחויבותה למפעלים לאומיים בהקשר אידיאולוגי שתמך במעורבות ציבורית נרחבת. הבנייה התבצעה על ידי המדינה באופן ישיר באמצעות אגף השיכון של משרד העבודה (שהפך למשרד השיכון ב-1961) ובאופן עקיף על ידי חברות הבנייה הציבוריות אשר נשלטו על ידי המדינה, שהחזיקה ברוב מניותיהן, מימנה את פעילותן וקבעה את מדיניותן בנושאים המרכזיים (ורצברגר, 2007: 158). אחד האמצעים שאיפשרו לממשלה ליישם את מדיניות זו באופן אינטנסיבי היה החוק המנדטורי (שנותר בתוקף עד לחקיקת חוק התכנון והבניה 1965) אשר העניק לממשלה יד חופשית בבנייה ללא כל צורך באישור של ועדות סטטוטוריות כגון וועדות התכנון והבניה המקומיות (כרמון, 1999: 386). הממשלה הייתה הבעלים על הקרקע הדרושה לבנייה והחזיקה בריבונות לפתח אותה על-פי מדיניותה. מראשית 1949 ועד למחצית 1958 הוקמו במסגרת השיכון הציבורי 203,400 דירות קבע. 109,000 דירות נמסרו לעולים, 52,000 דירות נבנו ביישובים לא עירוניים, ואילו 42,400 יועדו למפעלי שיכון ציבוריים שונים. בין השנים 1949-1959 57.5% מסך שטח הבנייה למגורים היו בקטגוריה של בנייה ציבורית (רוזנהק, 1995: 231). הבניה הציבורית הקיפה 72% מכלל חדרי המגורים שנבנו (דרין, 1959: 25-27), כאשר בשנת 1959 היו 23% ממלאי הדיור בישראל בבעלות ציבורית (שגיב, 1986).

בד בבד עם נטילת היוזמה והאחריות לשיכון העולים נקטה הממשלה מדיניות נמרצת של עידוד דייריהן לרכוש את הדירות באמצעות מחיר נמוך ומשכנתאות מסובסדות בתנאי החזר קלים (שוצמן, 1988: 92). בניגוד למדינות מערביות אחרות, תהליך ההפרטה של דירות ציבוריות – על ידי מכירתן לדיירים – הונהג בישראל עוד בשנות החמישים וקדם לאידיאולוגיית ההפרטה שהתפתחה כשלושה עשורים מאוחר יותר (בן-שטרית וצ'מנסקי, 2004: 45). כבר בשנות הששים

ניקנו על ידי הדיירים כ- 50% מכלל הדירות הציבוריות שהוקמו ועברו לידיים פרטיות (ורצברגר ורשף, 1991). כתוצאה ממדיניות זו, שיעור הבעלות על דירות ובתי מגורים בישראל הוא מהגבוהים בעולם (בן שטרית, 2003). בשנת 1983 73% מהאוכלוסיה היו בעלי בתים, 13% שכרו בשוק הפרטי וכ-14% היו דיירים בדיוור הציבורי. בשנת 1986 עלה שיעור בעלי הבתים ל-76% (פלד ושפיר, 2005: 352).

מדיניות עקבית זו, של העדפת הבעלות הפרטית ובנייה לצורך מכירה, ננקטה מראשיתה של הבניה הציבורית ונבעה ממספר גורמים. ראשית, מכירת דירות נועדה להקל על הנטל התקציבי הרב שיצרה ההשקעה הציבורית בדיוור בעשור הראשון למדינה (בן שטרית, 2003: 317). בנוסף, אפשר לציין את הרצון להעביר את עומס תחזוקת השיכונים מן המגזר הציבורי לדיירים, וכן את העדפת הציבור לדירות בבעלות פרטית (שגיב, 1986: 5). אף על פי שהדירות נבנו במטרה למכור לעולים, רבות מהן נותרו בבעלות החברות והושכרו לעולים במחיר מסובסד שעמד על כ-50% ממחירי השוק. מחיר זה לא לקח בחשבון את עלויות התחזוקה אשר עברו, הלכה למעשה, לאחריותם הפרטית של הדיירים. מכיוון שלדיירים חסרו המשאבים, הרצון והידע לתיחזוק הדירות נוצרה השחיקה בערך הדיוור הציבורי בטווח הארוך (ורצברגר, 2007: 159). עם השנים ניתן להבחין במעבר ממטרות לאומיות להצדקות ליברליות בתהליך העברת הדירות לבעלות פרטית של דייריהן (פלד ושפיר, 2005: 353). במסגרת זו נערכו בשנות השמונים מבצעים שמטרתם מכירת הדירות לבעליהן. כך, מסע המכירה של חברת "עמידר" (חברת הדיוור הממשלתית הגדולה ביותר) התנהל במספר ערוצים: תימרוץ של כל עובדי החברה לתפקד כסוכני מכירות ולשווק את הדירות לדיירים, ניהול מסע פרסום בכלי התקשורת והצעת תנאי רכישה אטרקטיביים במיוחד (שוצמן, 1988: 95-99). המסע עלה יפה ועד לסוף שנות השמונים מכרה עמידר 176,500 דירות. מספר הדירות שנמכרו על ידי עמידר עלה על כל מכירות גורמי הבניה גם יחד (שם).

מדיניות הדיוור הציבורי הבחינה מראשיתה בין קבוצות שונות של אזרחים אשר זכו לשירותים שונים. ראשית, המערכת הבחינה בין מהגרים שהגיעו אחרי 1948 למהגרים ותיקים, אשר נהנו מדירות גדולות ואיכותיות יותר במרכז הארץ. הענקת משאבי דיוור בעלי ערך חברתי וכלכלי גבוה יותר פעלו להגדלת הפערים בין שתי הקבוצות (רוזנהק, 1995: 239-240). בהעדר קריטריונים ברורים להקצאת משאבי דיוור, חולקו המשאבים על בסיס הגיון פוליטי ומפלגתי במטרה להגדיל את התמיכה במפא"י (שם, 241). מהגרים שהגיעו אחרי 1948 שוכנו בהתאם לצרכים גאו-פוליטיים של המדינה באזורי ספר פריפריאליים ואף קיבלו דירות קטנות יותר למרות שמשפחותיהן נטו להיות גדולות יותר (שם). אחת המטרות המרכזיות של הדיוור הציבורי הייתה סיפוק צרכי השיכון של גל ההגירה הגדול של שנות החמישים שהיה המקור העיקרי לגידול האוכלוסייה היהודית באותן שנים.

שנית, המערכת הבחינה בין אזרחים יהודים ואזרחים ערבים. בין השנים 1949-1958, 80% מן הדירות הציבוריות שנבנו ייועדו לקליטת מהגרים יהודים. אף דירה ציבורית לא נבנתה עבור אוכלוסיית המיעוט הלאומי הערבי (דרין, 1959: 25-27). בדומה למערכות רווחה אחרות שנוצרו בתקופת טרום המדינה (כחלק מתהליך בניין האומה) התבססה מערכת הדיוור על הגיון אתנו-לאומי אשר הדיר קבוצות לא יהודיות באופן שיעד את הדיוור הציבורי כזכות חברתית-לאומית של הקבוצה היהודית (רוזנהק, 1995). פרקטיקות דואליות של מדינת הרווחה הישראלית הביאו לכך שהיקף הפעילות של המדינה בתחום הדיוור הציבורי לאוכלוסיה הערבית היה אפסי וזאת למרות צרכיה הרבים בתחום (שם, 246-252). דפוס זה המשיך להתקיים גם בהמשך, כאשר המדינה שינתה את צורת מעורבותה מצד ההיצע לצד הביקוש של הדיוור.

## 2.ד. שינוי מדיניות: ממעורבות בצד ההיצע לתמיכה בצד הביקוש

במהלך שנות ה-60 חלה עליה בשיעור הבניה הפרטית והיא הקיפה למעלה ממחצית מכלל הדירות שנבנו. ירידה כללית בכמות הדירות הזמינות שנבעה מהאטה בקצב הבנייה בעקבות המיתון, הביאה לגידול בחלקו של הסקטור הפרטי, להעלאת סטנדרט הבניה ולעלייה חדה במחירי הדירות בשנים 1969-1972 (כרמון, 1999: 393). בנוסף, חלה בראשית שנות השבעים ירידה בביקוש לדירור הציבורי שסבל מדימוי שלילי בקרב הציבור והפך מילה נרדפת לדלות, עוני ואיכות חיים נמוכה ("השיכונים"). מגמות אלה יצרו מחאה ציבורית מצד אותן קבוצות באוכלוסיה שהתקשו לעמוד במחירי השוק החדשים ונקלעו למצוקת דיור. חלק מהמחאה נוצרה בעקבות תנאי הקליטה המועדפים לו זכה גל ההגירה אחרי 1967, בניגוד ל"עלייה ההמונית" של שנות החמישים. סוגיית הדיור תפסה מקום חשוב במחאת "הפנתרים השחורים", לדוגמא, ותבעה תגובה הולמת מצד המדינה (רוזנהק, 1995: 266). משרד השיכון הגיב לעלייה במחירי הדירות בשני אופנים. ראשית, הטיפול והסיוע לנזקקים לדיור מוזל עבר לחברות עירוניות-ממשלתיות. שנית, המשרד החל לפתח תוכניות סיוע חדשות המסמנות את המעבר של התמיכה הממשלתית מצד ההיצע של הדיור - המדינה בונה ומציעה הדירות לציבור - לתמיכה בצד הביקוש, בה המדינה מסייעת לנזקקים לדיור באמצעות משכנתאות מוכוונות ומסובסדות לרכישה דירה חדשה מבניה ציבורית או פרטית (וינשל, 1977: 3).

מראשית שנות השבעים הפכה התמיכה בצד הביקוש למנגנון המרכזי באמצעותו מתערבת מדינת הרווחה הישראלית בצרכי הדיור של אזרחיה. שינוי זה בצורת ההתערבות של המדינה נוצר בתגובה למחסור בדיור בעקבות הירידה בהיקף הבנייה בתקופת המיתון שקדמה למלחמת 1967 מחד גיסא, ולעלייה בביקוש לדיור (ובמחירי הדיור בהתאמה) שחלה במהלך הצמיחה הכלכלית בעקבות המלחמה, מאידך גיסא (רוזנהק, 2006: 338). מדובר בשינוי משמעותי באופן שבו בוחרת המדינה להתערב בסוגיית הדיור: תמיכת המדינה בצד ההיצע הוציאה למעשה את הדיור מן השוק הפרטי על ידי הספקה של אמצעי דיור ציבוריים. לעומת זאת, תמיכת המדינה בצד הביקוש משאירה את הספקת הדיור לשוק הפרטי תוך שהיא תומכת ביכולתם של אזרחים לעמוד בעלויות הדיור כצרכנים בשוק הדיור הפרטי. המעבר לתמיכה בצד הביקוש ניכר בצמיחה אדירה של שוק הדיור הפרטי ובצמצום היקף הבנייה הציבורית. בעשור 59-1949 שיעור הבנייה הציבורית עמד על 57.5% מתוך סך הבנייה למגורים, השיעור ירד ל- 42.8% בשנים 66-1960 והגיע ל- 34.2% בלבד בעשור 77-1967 (רוזנהק, 1995: 264). תמיכה זו באה לידי ביטוי במשכנתאות מסובסדות שהעניקה המדינה לקבוצות שונות של זכאים במסגרת תוכניות דיור שונות אשר העניקו תנאי ריבית מועדפים על אלה שהוצעו בשוק הפרטי. במסגרת הסיוע בדיור פותחו תוכניות מיוחדות לזוגות צעירים חסרי דיור, משפחות המתגוררות בתנאי צפיפות (לפי הגדרה של שלוש נפשות בחדר ויותר), קשישים, משפחות חד-הוריות ועוד. רוב הסיוע התמקד בתמיכה ברכישת דירות ולא בהשכרתן (כרמון, 1999: 395). שינוי זה איפשר למדינה לצמצם את מעורבותה הישירה בדיור תוך העברת יוזמת הבנייה לשחקנים פרטיים (חברות בנייה פרטיות, קבלני בניין, בנייה עצמית), וכן לאפשר "חופש הבחירה למשתכן בבחירת מגוריו, תוך שיפור יכולתו של המשתכן שאמצעיו דלים יותר..." (וינשל, 1977: 5), כדברי מנכ"ל משרד השיכון בשנות ה-70.

העברת התמיכה הציבורית מצד ההיצע לצד הביקוש לא ביטלה את מעורבות המדינה בשוק הדיור אך הביאה לחלוקת אחריות מחודשת בינה לבין הפרט. אם בשנות החמישים הייתה זו המדינה שהחליטה, בהתאם למדיניותה החברתית-כלכלית, היכן לבנות ובאיזה סטנדרט, הרי שמשנות השבעים סדר העדיפויות והבחירה של הפרט זכו למקום מרכזי במימוש מדיניות הדיור,

כאשר המדינה מעמידה לרשות הפרט אמצעים למימוש רצונותיו. באמצעות התמיכה ביכולתם של פרטים לרכוש פתרונות דיור בשוק הפרטי המתפתח יצרה המדינה לקוחות חדשים לשוק הבניה הפרטי ולמעשה חיזקה אותו. תמיכה זו אפשרה את המשך התפתחותו לאור הירידה בביקוש שסבל בשנים 1974-1975. במקביל לתהליך זה של ירידה בביקוש - גבר במידה ניכרת הביקוש לאשראי מסובסד מטעם המדינה (פישלזון ורוון, 1992: 99-100).

החל מיולי 1979 גדל הסיוע של משרד השיכון לבעלי זכאות לסיוע ברכישת דיור. המענק הממשלתי הגלום במשכנתאות המכוונות עבור קבוצת הזכאים לסיוע מינימלי גדל מכ-7% לכדי 10% ממחיר הדירה לקבוצת הזכאים שזכו לסיוע מינימאלי; עבור קבוצת הזכאים שזכו לסיוע מרבי חל גידול מכ-27% לכ-50% ממחיר הדירה (בר-נתן, 1986: 2). בשנים אלה התרחב הסיוע וחל גידול במספר הזוגות הצעירים שנהנו מהמשכנתאות: מכ-9,400 ב-1978 לכ-13,400 ב-1984 (שם, 20). יחד עם זאת, גם צורת התערבות זו (בצד הביקוש) הועברה לידיים פרטיות כאשר המשכנתאות המסובסדות ותוכניות המימון לרכישת דיור לקבוצות זכאים (זוגות צעירים, משפחות מרובות ילדים, מהגרים) הועברו לבנקים, שם הפך יתרון של המשכנתאות הציבוריות לא משמעותי (ראו צפדיה ויעקובי, בספר זה).

### **3.ד. מתמיכה בדיירים לסבסוד יזמי בניה פרטיים**

בנוסף למעבר המשמעותי לתמיכה בצד הביקוש בעזרת משכנתאות מסובסדות שחל בשנות השבעים, חדלה המדינה מבנייה במימון מלא והחלה להפעיל תכנית לעידוד בניה למגורים על ידי חברות בניה פרטיות באמצעות תמיכה ועידוד. במסגרת ההסדר החדש המדינה אינה קונה את יחידות הדיור מחברות הבניה על מנת להעמידן אחר כך להשכרה, אלא מסבסדת חברות בניה כדי שיבנו וימכרו דירות בעצמן בהתאם למדיניות שקבעה. המדינה מגדירה אזורי עדיפות לאומית וממשיכה לקבוע קריטריונים לזכאות וסובסידיה לדיור, תוך שהיא מקצה לקבלנים אדמות מדינה ללא מכרז באמצעות מנהל מקרקעי ישראל, מעניקה להם החזר הוצאות הפיתוח ומאפשרת להם לקבוע מחירים לפי עלויות מלאות (פלד ושפיר, 2005: 354). מתוך 20,000 יחידות הדיור שנבנו ביוזמה ציבורית בשנים 1978-1979 כ-40% נבנו עדיין במימון מלא של משרד הבינוי והשיכון. ב-1980 ירד מספר היחידות שנבנו במימון מלא ל-12% מכלל יחידות הדיור. מכאן עלה "ש"למרות שהממשלה כבר איננה הצרכן הגדול ביותר לדיור עדיין יש לה השפעה רבה בוויסות הבניה למגורים וזאת בעזרת צעדים שונים בשטח הכספי והתכנוני..." (פיאלקוף, 1988: 12-13). מדבריו של חיים פיאלקוף, מי שעמד בראש היחידה לבינוי ערים במשרד הבינוי והשיכון, עולה כי למרות שינוי המדיניות הרדיקלי, והגדלת חופש הבחירה של הפרט, המדינה לא ויתרה על יכולתה להשפיע ולעצב את הקצאת הקרקעות ותכנון הדיור בישראל. המעבר למדיניות של התווית קווים כלליים לתכנון וכן לתמיכה סלקטיבית בקבוצות אוכלוסיה מובחנות התעצם בשנות השמונים: רוב הבניה נעשתה במסגרת תוכניות של משרד השיכון אשר הכתיבו את מיקומם המדויק של אתרי בניה על-פי סדרי העדיפויות של הממשלה, והוצאה לפועל באמצעות חברות בניה פרטיות, שהתחרו על זכייה במכרזי משרד השיכון. רוב יחידות הדיור במסגרת זו נמכרו במחירי שוק ורק אלפים מהן נוספו לדיור המושכר והמסובסד על-ידי חברות ממשלתיות (כרמון, 1999: 395).

מעניין לראות כי השינוי המהותי בהתערבות המדינה לא התרחש באופן אחיד. לצד צמצום ההתערבות בהיצע הדיור וחיזוק מעורבות המדינה בצד הביקוש, המשיכה המדינה להתערב בדיור באופן ישיר ובמימון רחב היקף באזורים מסוימים. המהפך הפוליטי של 1977 סייע להאצת הפרטת השיכון הציבורי ולהקטנת מעורבותה הישירה של הממשלה בשוק הדיור. מדיניות זו נועדה להשיג מספר מטרות שהיו מקובלות על הקואליציה החדשה בראשות הליכוד: הקטנת

תקציבי משרד השיכון והגדלת הכנסותיו כתוצאה ממכירת הדירות והיציאה מעול תחזוקת השיכונים; צמצום תפקידי הממשלה במשק כחלק מן האידיאולוגיה הניאו-ליברלית; והגדלת מספר משקי הבית המחזיקים בבעלותם דירות (ורצברגר ורשף, 1991: 45). ממשלת הימין הציעה מנגנוני פיצוי באזורי הספר על נזקי ההפרטה (מגמה אותה חיזקה במקביל) אשר כללו את עליית מחירי הדיור ואת השחיקה במלאי הדירות בבעלות ציבורית (צפדיה ויעקובי, בספר זה, 7). פרויקט "בנה ביתך" והקמת יישובים קהילתיים בגליל (מצפים) ובשטחים (התנחלויות) פתחו אפשרויות דיור חדשות, משופרות ומסובסדות ליהודים בני מעמד הביניים, באמצעות מתן זכויות בנייה נדיבות בקרקע ואפשרויות מגורים אטרקטיביות בעלות נמוכה במסגרת יישובים חדשים. בין השנים 1977 - 1989 הוקמו על-פי הדגם של יישובים קהילתיים 69 התנחלויות, 36 מצפים, ו-10 "יישובי הכוכבים" לאורך הקו הירוק ויישובי הלוויין סביב באר שבע. סה"כ הוקמו בתקופה זו 115 יישובים קהילתיים, שהיוו מחצית מסך היישובים החדשים שהוקמו בעת ההיא (שם). הסיבה להצלחת היישובים הקהילתיים הייתה שילוב של מניעים לאומיים עם השאיפה של פרטים לשיפור תנאי מגוריהם ולקהילתיות, עם נכונות של השוק החופשי להיענות לשילוב זה (צפדיה, 2005). ולבסוף, בשנת 1977 החל יישום פרויקט "שיקום שכונות" שפנה בעיקר לשכבות יהודיות חלשות יותר ובראשן המעמד המזרחי הנמוך. במסגרת הפרויקט הוזרמו תקציבים משמעותיים לשיקום פיזי וחברתי של שכונות מגורים בערי פיתוח ובאזורים החלשים בערים הגדולות. תהליכים אלה חיזקו את מגמת ההפרטה על ידי העברת תפקיד הביצוע מידיהם של אדריכלים וחברות בנייה ממשלתיות, לידיהם של קבלנים ואדריכלים בשוק הפרטי. יחד עם זאת, המימון הציבורי נותר על כנו ואף גדל: במחצית הראשונה של שנות השבעים היווה תקציב השיכון 4.5% מתקציב המדינה ואילו במחצית השנייה של שנות השמונים טיפס שיעור זה ל-11% (כרמון, 1999). נראה כי חלק נכבד מן המשאבים שנחסכו בעקבות האצת תהליכי מכירת דירות וצמצום תקציבי משרד השיכון הוסטו לבנייה ממזרח לקו הירוק כחלק מן המדיניות החדשה לאכלס שטחים אלה באוכלוסיה יהודית (ורצברגר ורשף, 1991: 46).

#### ד.4. גל ההגירה מבר"מ (1989): חזרה למעורבות בצד ההיצע?

שינוי משמעותי במערכת הדיור הציבורי התרחש בדצמבר 1989 עם תחילתו של גל ההגירה הגדול מבר"מ לשעבר. הגידול הצפוי בצרכי הדיור הביא לבחינה מחודשת של צורת התערבות המדינה על ידי פוליטיקאים ואנשי ציבור: לאור מטרות קולקטיביות-לאומיות אלה חזרה המדינה, במידה רבה, לצורת ההתערבות הישירה בצד ההיצע אותה יישמה בעשורים הראשונים. בעוד שבשנת 1989 היו 3,490 התחלות של דירות בבנייה ציבורית, בשנת 1991 עלה היקף התחלות הבנייה הציבורית ל-61,730 דירות. במחצית השנייה של שנות התשעים הקטינה הממשלה את מעורבותה היחסית בשוק הבנייה ובשנת 2001 ירדו התחלות הבנייה הציבורית ל-7,146 דירות (בן שטרית, 2003: 317). בראשית ינואר 1990 הודיעו שר האוצר שמעון פרס ושר הבינוי והשיכון דוד לוי כי יניחו על שולחן הממשלה הצעה להתחלת בנייתן של 20,000 יחידות דיור במימון הממשלה במקום 3,000 שכבר תוקצבו. המשמעות היתה הקצאת 200 מיליון שקל שישמשו לסבסוד 30% מעלות הבניה וערובות בגובה 70% מערך הדירות שחברות הבניה לא יצליחו למוכרן<sup>56</sup>. ביולי 1990 התגבשו במשרד הבינוי והשיכון תוכניות לרכישת 45,000 בתים טרומיים

<sup>56</sup> דבר, 12.1.1990



למגורים זמניים; מנכ"ל המשרד הכריז כי יבנו 65,000 דירות, כאשר הממשלה מתחייבת לקנות את אותן דירות שלא יירכשו<sup>57</sup>.

בניגוד לשנות החמישים, החזרה להתערבות ישירה בהיצע של שוק הדיור בשנות התשעים הביאה לביקורת של גורמים שונים: פקידים בכירים ממשרד האוצר ובנק ישראל, בכירים מהמגזר הפרטי ועיתונאים. ברם, למרות הפולמוס הציבורי, המדינה חתרה להגשמת יעדים לאומיים-ציוניים ונקטה בצעדי מדיניות חברתית-כלכלית אשר איפיינו את מחויבותה זו בשנים עברו. מגמה זו באה לידי ביטוי מפורש בתמיכתו של עמוס רובין, יועצו הכלכלי של ראש-הממשלה, בשתי תוכניות כלכליות שזכו להתנגדות משרד האוצר: ראשית, מתן ערבויות מדינה להשקעות יזמים בתעשייה, ושנית, הגדלת ערבויות המדינה לרכישת דירות עד ל-100% מעלות הדירה<sup>58</sup>. רובין, שדווקא תמך בהקטנת מעורבות הממשלה במשק, כינה את הצעותיו "כלכלה ציונית". את הצעתו להגדלת מעורבות המדינה ועידוד הבנייה הפרטית הצדיק בכך שקצב הבנייה האיטי בשוק הפרטי בארץ מחייב את הגדלת הערבויות הממשלתיות לקבלנים.

הודעתו של שר האוצר יצחק מודעי (שנכנס לתפקידו ב-11 ביוני 1990), כי הממשלה תחזור לסייע לבניה באמצעות הקצאת קרקעות לקבלנים, הוצאת עבודת הבניה למכרז, הספקת גיבוי כלכלי לבניה וקביעת עלות הדיור כדי לזרז את קצב הבניה<sup>59</sup> - מלמדת שגם תוכנית הערבויות לא ענתה על הצרכים שהלכו וגדלו. יו"ר ועדת הכספים, בייגה שוחט, אמר כי הודעה זו היא הודאה בכישלונה של הממשלה, שביקשה להתמודד עם הצורך בבניה רחבת היקף באמצעות המגזר הפרטי בלבד (שם). ואכן, היו שטענו כי התערבותה של המדינה באה באיחור ולא תאמה את הצורך שנוצר ואת חוסר יכולתו של השוק הפרטי לספק מענה הולם לצרכים (בורוכוב, 1991: 51). המדינה החליטה שלא להתחייב בפני קבלני הבניין לרכוש את הדירות וציפתה שקבלנים פרטיים יתחילו לבנות ביוזמתם וייטלו את הסיכון הציבורי, הנובע מצרכים ציבוריים ולאומיים של קליטת עלייה, תוך הפיכתו לסיכון פרטי.

במהלך שנת 1990 נקטה המדינה שלושה צעדים מרכזיים כדי לזרז את בנייתן של הדירות ולממן את רכישתן על ידי המהגרים החדשים (בר-נתן, 1991: 69): (1) ייזום בניה ציבורית תוך הענקת ערבות רכישה, הענקת תמריצים להקדמת התחלות הבניה וקיצור משך הבניה; (2) הפשרת קרקעות לבנייה בהיקף נרחב, כאשר קרקעות באזורים מסוימים זכו לסבסוד מדינתי מלא (3) מתן אפשרות למשפחות עולים מורחבות (הכוללות שני דורות) לרכוש דירה אחת מסובסדת, כאשר הסבסוד מגיע לכ-40 אלף דולר לדירה. ב-1990 נבנו כ-20,000 דירות, כ-16% מהן ביוזמת הממשלה אשר העניקה "התחייבות רכישה" ו"מענקי זירוז" לקבלני בנייה פרטיים, ב-1991 נבנו 42,000 דירות, 51% מהן ביוזמת הממשלה וב-1992 נבנו 70,000 דירות, מהן 70% ביוזמת הממשלה (כרמון, 1999: 399).

בין השנים 1990-1992 העניק משרד הבינוי והשיכון התחייבות רכישה ל-56,500 יחידות דיור מתוך פרוגרמה שהקיפה 96,800 דירות, ומימש התחייבות זו ביחס ל-18,840 דירות בהוצאה של כ-2.7 מיליארד שקל. רוב הדירות הללו היו באזורי פריפריה שבהם הביקוש היה נמוך<sup>60</sup>. עם חזרתה של המדינה למעורבות ישירה בשוק הבניה המשכה המדיניות המסורתית העקבית של סבסוד חזקת מגורים והעדפת בעלות על-פני שכירות. כ-75% מן המהגרים מברית המועצות

<sup>57</sup> הארץ, 17.8.1990

<sup>58</sup> הארץ, 10.10.1990

<sup>59</sup> הארץ, 30.10.1990

<sup>60</sup> דוח מבקר המדינה 43 לשנת 1993, עמ' 101-102

בשנים 1989-1994 רכשו דירה בעידוד הממשלה – שיעור גבוה יותר משיעור בעלי דירה בקרב האוכלוסייה הוותיקה, שעמד אז על כ-71% (בן-שטרית וצימנסקי, 2004: 51).

בראשית 1992 התברר כי הממשלה בנתה בניית יתר וכי יצרה עודף דירות. כך ביקרה את המדיניות ליאורה מרידור, ראש מחלקת מחקר בבנק ישראל: "...הממשלה עשתה אי-אילו טעויות. הגדולה שבהן היא מעורבותה הרבה בענף הבנייה. הלחץ האדיר לבנות בקצב רצחני הביא לכך שכדאיות הייצור לצרכי בנייה היתה גדולה מכל תחום אחר..."<sup>61</sup>. שנה לאחר מכן היא העריכה כי הממשלה "עודדה באורח מוגזם את ענף הבנייה בשנתיים הראשונות לעלייה"<sup>62</sup>. גם לאחר שוך גל ההגירה הגדול המשיכה ההתערבות הישירה של המדינה בצד ההיצע של שוק הדיור, למרות שבידי משרד הבינוי והשיכון נותרו דירות רבות ללא דורש.

למרות הבנייה המואצת, הביאו הביקוש הרב והשמועות בנוגע לביקוש נוסף לעליית שכר הדירה הממוצע ב-152% ומחירה של דירה ממוצעת ב-135% בין השנים 1989-1993. כתגובה, השיקה המדינה בקיץ 1994 תוכנית שמטרתה היתה להוזיל את מחירי הדירות באזורי הביקוש שבין כרמיאל לאשקלון. משרד הבינוי הנהיג במסגרת תוכנית זו מכרזים חדשים במסגרתם חוייבו חברות הבניה המשתתפות למחירים זולים יחסית (כרמון, 1999: 399). שיעור הבניה הציבורית בכלל הבניה ב-1994 הגיע ל-28% (שם, 400). יחד עם זאת, המדיניות נתגלתה כלא אפקטיבית ומחירי הדירות המשיכו לעלות עד לשנת 1999 (בן-שטרית, 2003: 321).

**5. הפרטת מערך הדיור הציבורי בשלהי שנות התשעים: "הפרטה טובה" או "הפרטה רעה"?**  
בשנת 1997 היו בבעלות המדינה כ-110,000 דירות שנכללו במסגרת השיכון הציבורי בהן שילמו הדיירים שכר דירה מופחת בעבור מגוריהם; דירות אלה נהלו על-ידי שמונה חברות מאכלסות: ארבע שותפות ממשלה-עירייה, שלוש ממשלתיות ואחת של הסוכנות היהודית; הגדולות שבהן, עמידר (חברה ממשלתית) ועמיגור (הסוכנות היהודית), החזיקו בכ-92% מהדירות (ורצברגר, 2007: 158). באותה השנה החליטה הממשלה בראשות בנימין נתניהו – על פי רעיון שהעלה שר הבינוי והשיכון בממשלת רבין שקדמה לה – להפיק את ניהול נכסים אלה מידי שמונה החברות ולהפריט את ניהול הדיור הציבורי<sup>63</sup>. בצמידות להחלטה זו הציע משרד האוצר למכור 60,000 מדירות אלה לקבלנים פרטיים, אולם התנגדות של גורמים שונים בחברה האזרחית ובכנסת הביאו לביטולה. סוללה של ארגוני סינגור נרתמו למאבק בתוכנית הפרטה זו - ולמען "הפרטה חברתית" שתאפשר לדיירים לרכוש את דירותיהם. את המאבק הובילו הארגונים הקשת הדמוקרטית המזרחית, עמותת סינגור קהילתי, צ"ח, צל"ש ובהמשך גם האגודה לזכויות האזרח. ארגונים אלה נאבקו במקביל במהלך "הפשרת קרקעות" של קיבוצים ומושבים ושינוי ייעודם מחקלאות לנדל"ן (שנהב, 2003: 11). כאמור, בהתנגדות לקחו חלק גם חברי כנסת שונים. סגן שר הבינוי והשיכון, מנחם פרוש, שהסביר כי הדירות נחוצות למשרד כדי לתת מענה ל-24,000 משפחות הממתינות לדירה בשכירות מסובסדת על-ידי הממשלה. להצעת ההפרטה התנגד גם ח"כ שלמה בן-עמי, שתבע לבדוק: "...איך שומרים על האינטרס של הציבור בתהליך ההפרטה, איך שומרים על היעד האסטרטגי של החברה המופרטת, איך שומרים על האינטרסים של העובדים..." (שם). על הפרטת ניהול השיכון הציבורי אמר: "...החברות המשכנות האלה הן חברות סוציאליות, חברות שיש להן יעד אסטרטגי חברתי. כך שכל קריטריון של הפרטה והכנסת עקרונית של רווח והפסד ועקרונות שוק לתוך שיקול דעת חברתי, יש בו תמיד סיכון מוסרי..." עוד אמר כי אם

<sup>61</sup> הארץ, 1.4.1992.

<sup>62</sup> מרידור ליאורה (5.4.1993), "הדרגתיות היא בטבעו של תהליך ההבראה", הארץ.

<sup>63</sup> דברי הכנסת, ישיבה 83 של הכנסת ה-14, 5.3.1997.

תופרט עמידר יישלל מראשי משרד השיכון חופש הפעולה בקביעת הזכאים לדירור סוציאלי והחברות יפסיקו להוות מכשיר בידי הממשלה ליישום מדיניות חברתית<sup>64</sup>.

התוכנית להפרטת מערך הדירור הציבורי שהובאה לדיון בראשית 1997 קיבלה תפנית מעניינת מספר חודשים לאחר מכן עם הצעת "חוק הדירור הציבורי" כהצעת חוק פרטית בכנסת ביוזמת קבוצת חברי כנסת ובראשותו של ח"כ רן כהן (מרצ). החוק הציע לשוכרי הדירות לרכוש את הדירות שהם מתגוררים בהן בתנאים מיטיבים: 4% הנחה מערך הדירה, שייקבע על-ידי שמאי, בעבור כל שנת מגורים באותה הדירה. במילים אחרות, מי שמתגורר בדירתו 15 שנים ירכוש אותה, אם רצונו בכך, בהנחה בשיעור של 60% מערכה<sup>65</sup>. בדברי ההסבר להצעה הביא רן כהן כדוגמא ראויה את מהלך הפרטת השיכון הציבורי בבריטניה בימי ראש הממשלה מרגרט תאצ'ר, במהלכו הועברו הדירות לדייריהן בחינם. ח"כ כהן אמר כי רה"מ בנימין נתניהו דיבר אמנם בזכות הפרטת הדירות הציבוריות, אך לא לדייריהן: "...למי הן יעברו – לספסרים? הרי טובי הלב לא יקנו אותן כי הם יודעים שאין מהן פירות ואילו ספסרים רעי-לב מה יעשו? יעלו את מחיר הדירה פי חמישה, פי עשרה, יזרקו אנשים לרחוב? מה יעשו איתן? מדוע לא להעביר את הדירות האלה לבעלות הדיירים שגרים בהן?...?" (שם). ההצעה איתגרה את יוזמת ההפרטה הקודמת והעניקה תרגום שונה למהלך ההפרטה אותו פרשה כהעברת המשאב לידיהן הפרטיות של הדיירים – ולא לידיהן הפרטיות של גופים למטרות רווח.

בראשית 1998 הממשלה הפעילה לחץ רב על חברי הקואליציה להצביע נגד החוק<sup>66</sup>. התנגדות הממשלה עוררה את תמיהתם של ח"כים אחדים: "אני משתגע", אמר חיים אורון (מרצ), "אבירי ההפרטה. כל מה שזו או עומד - מופרט. רק דבר אחד אי אפשר לעשות - להפריט את הבית שאנשים גרים בו" (שם). ח"כ רן כהן קרא למתנגדים לחוק: "...בעצם, הייתם צריכים לבוא ולדבר כאן על מגמה שלמה שמתקיימת היום במשק - שאתם דוגלים בה - הפרטה, שחלקה יכול להיות טוב וחלקה יכול להיות לא טוב... (האם) צריך לעלות לכאן להפיל הפרטה לדיירי הדירות שכל אחד יקבל את הדירה שלו?...?" (שם). כעבור כחודשיים נערך שוב דיון בהצעת החוק ו-72 חברי כנסת הצביעו בעדה, אולם הממשלה החליטה על שורה של מגבלות, שמשמעותן היתה הכבדה על המבקשים לרכוש את דירותיהם השכורות<sup>67</sup>. בסוף 1998 התקבל חוק הדירור הציבורי בתמיכתם של 49 ח"כ (ובהתנגדות של 24 ח"כים), אולם החוק לא ייושם עד היום. כשלושה חודשים לאחר חקיקת החוק הוקפא יישומו באמצעות חוק ההסדרים. המתנגדים העקביים והנמרצים ביותר היו פקידי משרד האוצר, שאף הצליחו, בסופו של דבר, לדחות את יישומו. במקרה זה, אחד ממוקדי התמיכה החזקים והעקביים ביותר בהפרטה (משרד האוצר) התנגד למהלך הפרטה עם פוטנציאל "חברתי" ברור, כלומר, צמצום אי שוויון חברתי היסטורי ביחס לאוכלוסיות מוחלשות באמצעות שיוך נכסים ציבוריים לאותם פרטים העושים בהם שימוש. המקרה משקף את חולשתה של הכנסת ואת תפיסתו האידיאולוגית של האוצר לפיה הפרטה היא מהלך רצוי רק במידה שמשאבים ציבוריים עוברים לגורמי שוק למטרות רווח אך לא ככלי לחלוקה מחדש הפועל למען קבוצות חלשות לשם צמצום אי שוויון.

למרות הקפאת החוק, השיק משרד השיכון שני מבצעים שמטרתם מכירת דירות לדייריהן בין השנים 1999-2000: "הבית שלי" שכוון לדיירים בפריפריה ולדיירים חדשים, ו"קנה ביתך" אשר פעל לפי המתכונת שהציע החוק; היקף המכירות עמד על 19,100 דירות מתחילת 1999 לסוף

<sup>64</sup> דברי הכנסת, ישיבה 83 של הכנסת ה-14, 5.3.1997.

<sup>65</sup> דברי הכנסת, ישיבה 122 של הכנסת ה-14, 16.7.1997.

<sup>66</sup> דברי הכנסת, ישיבה 184 של הכנסת ה-14, 23.3.1998.

<sup>67</sup> דברי הכנסת, ישיבה 198 של הכנסת ה-14, 4.5.1998.

2004. מכיוון שהמכירה לא לוותה בבנייה חדשה מלאי הדיור הציבורי צומצם באופן שהביא לחיסול הדיור הציבורי (ורצברגר, 2007: 5-164). בירושלים לדוגמא, העיר הענייה ביותר בישראל, ישנה רשימת המתנה ארוכה של דורשי דיור ציבורי אולם אין דירה זמינה אחת<sup>68</sup>. הקפאת חוק הדיור הציבורי הייתה אמורה לפקוע בראשית 2009, ובסוף 2008 יזמו ח"כ רן כהן וח"כ יורם מרציאנו חוק חדש. בעקבות פשרה בין האוצר ליוזמי חוק הדיור הציבורי אישרה ועדת הכספים של הכנסת את החוק לקריאה שנייה ושלישית ביולי 2008. הוסכם כי החוק ייכנס לתוקף משנת 2011 בשינויים שונים, כאשר 75% מן ההכנסות שיתקבלו ממכירת הדירות יועברו לבניית דירות ציבוריות חדשות. בעקבות ההבנות נחתם הסכם בין האוצר למשרד השיכון והבינוי שלמעשה הכניס לתוקף את הבנות החוק החל מיולי 2008<sup>69</sup>. נכון לראשית 2011 נראה כי ההון שנצבר בעקבות מכירת חלק מהדירות והכנסות שכר הדירה לא הושקע בהקמת דירות חדשות או בשיפור איכות הדיור הקיים, אלא הועבר לתקציב המדינה. יתרה מזאת, בין השנים 2003-4 משרד האוצר והשיכון שינו את שיטת חישוב שכר הדירה במטרה להשוותו למחירי השוק החופשי עבור דיירים שאינם נתמכים בקצבאות; כמו כן, עמידר הפכה לגוף כלכלי עצמאי ורווחי המניב למדינה יותר מ-400 מיליון ₪ בשנה ומקבל תקציב קבוע של 170 מיליון. בשנת 2003 נחתם חוזה חדש בין משרד השיכון לחברות הדיור לפיו הן מתוגמלות כספית על שיעור גבייה גבוה מ-88% ונקנסות על אחוז נמוך מכך, באופן שמתמרץ אותן להקשיח את יחסם לדיירים שאינם עומדים בתשלום<sup>70</sup>. חדירתה ומיסודה של התנהלות למטרות רווח במערכת שירותי הדיור באה על חשבון האזרחים הזקוקים לה, תוך התרחקות ממטרותיה החברתיות.

## סיכום

השינויים שהתרחשו בשירותי החינוך, הרווחה, הבריאות והדיור בישראל, מצביעים על תהליכי הפרטה מגוונים וכך גם לגבי השלכותיהם על צביון המערכות הציבוריות. עם זאת, ניתן לאתר מגמות ודפוסים משותפים במערכות השונות. לצורך כך אתמקד בניתוח המנגנונים שמילאו תפקיד מרכזי בתהליכי ההפרטה של השירותים החברתיים: צמצום ושחיקה תקציבית וגידול בביקוש ובהיצע הפרטיים; התהוות רובד פרטי בתוך מערכת ציבורית ומיסודו על ידי המדינה; והעוצמה המוסדית של משרד האוצר. ההפרדה בין המנגנונים באה לשרת את הדיון ואין הכוונה שהמנגנונים מוציאים זה את זה, להיפך, קיימת ביניהם הדדיות רבה.

### 1. צמצום ושחיקה בתקציבים ציבוריים וגידול בביקוש ובהיצע הפרטיים

שינויים רבים במערכות השירותים החברתיים החלו עם קיצוץ תקציבי אשר פגע בהיקף השירות ואיכותו וביטא את צמצום אחריות המדינה למימון שירותים לכלל הציבור. לדוגמא: הפחתת מספר שעות הלימוד במערכת החינוך, דחיית טיפולים רפואיים במערכת הבריאות. הקיצוץ יצר לחצים על רמות שונות של המערכות הציבוריות המופקדות על הספקת השירותים. ברמת עובדי המדינה במשרדים החברתיים, נאלצו פקידים בכירים להתמודד עם צרכים גדלים והולכים בעזרת משאבים ציבוריים פוחתים, תוך ניסיון להתמודד עם הפער בדרכים יצירתיות. ברמה המקומית, מנהלי סוכנויות שירותים ציבוריים (בתי ספר, מחלקות רווחה, בתי חולים) נאלצו לתפקד עם תקציבים מועטים בסביבה מרובת ארגונים, באופן המאלץ אותם לשתף פעולה עם יוזמות פרטיות

<sup>68</sup> תקשורת אישית, מנכ"ל "פרזות" לשעבר [חברת הדיור העירונית בירושלים] אפריל, 2010

<sup>69</sup> כלכליסט, 22.7.08; משרד השיכון והבינוי, הודעת דובר, 23.7.08

<sup>70</sup> ניב חכלילי, הארץ, 21.1.11

שילוב עמותות במסגרת הלימודים, שיתוף פעולה עם עמותות וקרנות בתחום הרווחה, קיום שירות רפואי פרטי) ומאתגר את האוטונומיה המקצועית שלהם.

הקיצוץ התקציבי היה שלב ראשון בדינאמיקה אשר הביאה לגידול בצורך ולגידול בדרישה, כלומר לגידול הביקוש לשירותים שהיקפם ואיכותם נפגעו כתוצאה מהקיצוץ. בהמשך, הוביל הגידול בביקוש לצמיחה בהיצע הפרטי אשר סיפק חלופה לשירותים חברתיים, במיוחד בשירותי החינוך והבריאות (ראו ברק-ארז, 2008), אשר פונים לקהל הרחב ביותר ונתפסים בידי הציבור כחשובים ביותר (כהן ואחרים, 2008). הפגיעה בהיקף השירותים החברתיים ובאיכותם הגדילה את המוטיבציה של צרכני השירותים לחפש פתרונות אחרים, פרטיים, אשר נמצאו בתצורות שונות בתוך ולצד המערכת הציבורית. נחזור לנקודה זו בסעיף הבא. האפשרות למצוא פתרונות חלופיים מחוץ למערכת תלויה ביכולת של המשפחה להקצות שיעור הולך וגדל ממשאבי משק הבית לרכישת שירותים, אפשרות שאינה זמינה לבני המעמד הנמוך. מעמד הביניים, אם כן, הוא אחד השחקנים המרכזיים בדינאמיקה שתוארה למעלה. מעמד הביניים הישראלי התחזק אחרי מלחמת 1967 והצמיחה הכלכלית שבאה בעקבותיה והתעצם במסגרת תהליכי הליברליזציה בשנות השמונים והתשעים שיצרו "מהפיכה בורגנית" של ממש. גידול ניכר בשיעור העוסקים במקצועות והחופשיים, בשיעור המועסקים במתן שירותים וכן גידול משמעותי בהוצאה הפרטית (רם, 2005: 34, 37) משקפים התעצמות מעמדית זו. מעמד הביניים נהנה גם מ"תור הזהב" של מדינת הרווחה הישראלית (1970-80) במהלכו התרחבה תעסוקת עובדים משכילים במנגנוני הרווחה וכן כוננו תוכניות שענו על צרכיהם (ביטוח אבטלה, חינוך תיכוני חובה חינוכי), למרות העלייה בנטל המיסוי. בעשור הבא, עם הקיצוצים שהחלו בתוכניות ושירותים שונים, דאג מעמד הביניים לשמר את יתרונותיו באמצעים שונים וביניהם פנייה לשירותים חלופיים (גל, 1996).

מה היה תפקידו של מעמד הביניים בקידום מגמות הפרטה בשירותים החברתיים? ראשית, בני מעמד הביניים הם שיכלו לממן פתרונות פרטיים מחוץ למערכת הציבורית. באופן משלים, גם הפתרונות עצמם הם פרי היוזמה של בני מעמד זה, יוזמה שבאה לידי ביטוי בהתארגנויות הורים מקומיות וארציות להרחבת חינוך ילדיהם, או בקידום תוכניות לימוד ייחודיות. הנהייה אחר פתרונות חלופיים נשענה על אידיאולוגיה ניאו-ליברלית אשר קידמה ערכים של אינדיבידואליזם, חירות הפרט ובחירה. בדומה לחברות אחרות, מעמד הביניים הישראלי ביטא ערכים פוליטיים-תרבותיים אלה וקידם בשמם שינויים במערכות שירותים חברתיים. התפיסה הצרכנית שהתפתחה ביחס לשירותי הבריאות והחינוך ביקרה את אופייה הריכוזי והבירוקראטי של מדינת הרווחה; הביקורת התמקדה בשאיפה של שירותי מדינת הרווחה ה"ישנה" לספק שירות וטיפול אחיד לכל דורש, ובהתאמה, בחוסר היכולת שלהם להתאים את השירות לפי צרכיו של האזרח-לקוח (custom-made service) (Flynn, 1997:337-9). כך לדוגמה נאבק מעמד הביניים במדיניות האינטגרציה המעמדית-אתנית בחינוך ופעל להקמת בתי ספר פרטיים וסלקטיביים המקדמים זהות וערכים פרטיקולאריים, וכן פעל לקידום הרפואה הפרטית המאפשרת בחירה ברופא ובמוסד המטפל. הנכונות והרצון להוצאה פרטית נוספת במטרה לשפר איכות, היקף ובחירה בשירותים החברתיים באה לידי ביטוי בסקרים ופרסומים משנות השמונים והתשעים<sup>71</sup>. על בסיס נתונים אלה טען משרד האוצר כי "הציבור" מוכן לשלם עבור שירותים<sup>72</sup>, למרות שהתופעה מוגבלת לשירותים הנוגעים למעמד הביניים בעל הכוח הצרכני כמו חינוך ובריאות, ופחות לשירותי רווחה הפונים לקבוצות חלשות יותר.

<sup>71</sup> דבר, 27.3.1987; שכטר ושביט, 1992: 318-317

<sup>72</sup> הארץ, 20.12.1989

שנית, מעמד הביניים מעורב במגמות ההפרטה לא רק כצרכן שירותים אלא גם כחלק משמעותי מכוח העבודה האחראי על ניהול והספקת השירותים. קבוצה קטנה אך בעלת השפעה מקרב מעמד הביניים מהווה את הכוח המניע מאחורי ייזום וניהול ארגונים פרטיים למטרות רווח המספקים שירותים חברתיים שונים ומשפיעים על המדיניות בתחומם. פוטנציאל הרווח המצוי בתחומים אלה לאור הביקוש הגובר מביא למעורבות גדלה של חברות קטנות ומקומיות ולצידן חברות השקעה גדולות וקונצרנים במיוחד בתחום שירותי הבריאות (גל, 1994: 20). לצד אלה, פועל מעמד הביניים גם באמצעות ארגונים ללא למטרות רווח (עמותות, קואופרטיבים וארגונים קהילתיים) במטרה לספק שירותים ייחודיים ולעצב צרכים חדשים במדינת הרווחה<sup>73</sup>. יחד עם זאת, מעמד הביניים מהווה גם קבוצה משמעותית המועסקת במסגרת השירותים החברתיים הציבוריים. במסגרת השירותים הציבוריים הועסקו כחמישית מכלל המועסקים בישראל בשנת 2004, כאשר שלושה רבעים מכוח עבודה זה הן נשים המועסקות בעיקר כמורות, עובדות סוציאליות ואחיות (Shalev, 2006). בשנת 2002 הגיעה כמחצית מכוח העבודה בשירותים החברתיים משני החמישונים העליונים של מקבלי השכר<sup>74</sup> (ibid, 21). נראה כי למרות תפקידו בקידום, תהליכי הפרטה של שירותים ציבוריים מהווים סיכון פוטנציאלי למעמדו התעסוקתי ותגמולו של מעמד הביניים במסגרת שוק עבודה זה; מצב זה עשוי ליצור אינטרס הפוך אשר יתנגד להפרטה ויתמוך בחיזוק שירותיה הציבוריים של מדינת הרווחה. לכך אפשר להוסיף את נטייתו המעמדית יוצאת הדופן של מעמד הביניים הישראלי לתמוך במדינת הרווחה על רקע של סולידאריות לאומית (Shalev, 2007). מחקר עתידי עשוי להעריך מהי תרומתו המכרעת של מעמד הביניים למגמות ההפרטה: האם כאוסף צרכנים ויזמים אינדיבידואלים של שירותים פרטיים המקדמים את ההפרטה – או כקולקטיב הפועל באופן פוליטי לבלמת מגמות ההפרטה? תפקידו של מעמד הביניים במחאה החברתית של קיץ 2011, אשר קמה נוכח מגמות ההפרטה והמרקטיזציה בתחומים שונים (דיור, בריאות, חינוך), משקפת פוטנציאל פוליטי זה. אפשר להעיר שתי הערות בנוגע למימוש. ראשית, נראה כי החפיפה הניכרת בין מעמד ואתניות בישראל וכן מרכזיותו של הקונפליקט היהודי-פלסטיני ממשיכה לדחוק מסדר היום אפשרות לפוליטיקה מעמדית "רגילה" המייצרת תמיכה במדינת הרווחה מעבר לחיכוכים על רקע אתני והזדהות פוליטית (Shalev, 2007). נוסף על כך, המשך תהליכי ההפרטה בשירותים והמרת עובדי ציבור בעובדים פרטיים, יפגעו באינטרס הקולקטיבי ובפוטנציאל הבלימה של התארגנות מסוג זה. מכל מקום, מימוש פוטנציאל זה תלוי ביכולת ההתארגנות של המועסקים (ראה פז פוקס, בספר זה, על הקשר בין הפרטה לזכויות והתארגנות עובדים).

## 2. התהוות רבדים פרטיים בתוך (או לצד) מערכת ציבורית ומיסודם על ידי המדינה

רבדים פרטיים התהוו ומוסדו בשני אופנים. הראשון, כאשר לצד מערכות השירותים הציבוריים, או בתוכם, נוצר – בדרך כלל בהדרגה וכתוצאה של המנגנון הקודם שתואר – רובד מופרט נוסף הנגיש למעמד הביניים. במקרה של שירותי החינוך והבריאות, התפתחו רובדים פרטיים בתוך המוסדות והמסגרות להספקת השירותים הציבוריים: התל"ן (תוכנית לימודים נוספת) וה"חינוך האפור" בשירותי החינוך, והשר"פ (שירות רפואי פרטי), שר"ן (שירות רפואי נוסף) ו"הרפואה השחורה" בשירותי הבריאות. מדובר במובלעות פרטיות שנשענות על מימון פרטי ומשאבים

<sup>73</sup> ראה לדוגמה את המקרה של עמותת "משפחות הקשת" והצרכים של משפחות אלטרנטיביות וחד מיניות, ואת המקרה של אל"י (האגודה להגנת הילד) והצרכים של ילדים שעברו התעללות ומשפחותיהם.  
<sup>74</sup> נתונים אלה כוללים את המועסקים במערכת ההשכלה הגבוהה בישראל.

ציבוריים (כוח אדם מקצועי, מתקנים) ומספקות שירותים משופרים למעמד הביניים וכן למעמדות נמוכים יותר, עבורם מהווה התשלום עול ניכר על ההכנסה. בשני התחומים המדינה פעלה למיסוד הרבדים הפרטיים ולא לביטולם, בהנחה כי קיומם באופן מוסדר ייטיב עם כולם: מעמד הביניים יינה מבחירה ואיכות, ימשיך לחלוק עם המדינה את נטל המימון, ויוריד במעט את העומס על השירותים הציבוריים שניתנים למעמדות הנמוכים. הסכנה הטמונה בתהליך זה היא שבעקבות יציאתו של מעמד הביניים מן השירות הציבורי הוא יהפוך לשירות לקבוצות חלשות בלבד שאין בידן לרכוש שירותים טובים יותר ואף חסרות את היכולת להתנגד לקיצוצים והרעות עתידיות באיכות השירות. דינמיקה שכזו הופכת שירות לעניים לשירות עני.

האופן השני שהוביל להתהוות ומיסוד רבדים פרטיים קשור לשילובם של ארגונים לא ממשלתיים בהספקת שירותים. השינויים במערכות שירותי הרווחה מדגימים תהליך ברור, גם אם הדרגתי ומצטבר בחלק מן השירותים, של מיסוד הפרטת הביצוע והעברת הספקת השירותים לידי ארגונים פרטיים, בעיקר עמותות וארגונים למטרות רווח. תהליכים אלה העמיקו את ההטרונגניות של מערכות השירותים (אשר קדמה לתהליכי הפרטה) ויצרו "מערכות שירותים מעורבות". כך יצרה המדינה שוק-למחצה של ארגונים פרטיים, רובם למטרות רווח, לצורך הספקת שירותים לזקנים אותם היא מתקצבת על פי חוק. תהליכים דומים חלו גם בשירותים לילדים ולאנשים הסובלים מפיגור, גם אם התרחשו באופן מצטבר וללא הסדרת תקצובם בידי המדינה. "תוכנית ויסקונסין" יצרה מערכת פרטית מקבילה שהוגדרה כניסוי לצד שירות התעסוקה הממשלתי. למרות שהתוכנית נסגרה נראה כי תוכנית אקטיבציה חדשה תושק בקרוב, והמדינה תידרש להגדיר את חלוקת העבודה והאחריות בינה לבין הארגונים הפרטיים שצפויים לקחת בה חלק. ניגוד האינטרסים הקיים בין מוסדות ההספקה הפרטיים לציבוריים במערכות המעורבות הוא מקור למתח תמידי. שתי קבוצות התגבשו לידי שחקנים חשובים בעיצוב מערכות השירותים – ארגוני עובדים ציבוריים מחד (עובדי פנימיות ציבוריות לסובלי מפיגור, ועד העובדים של שירות התעסוקה, איגוד העובדים הסוציאליים) וארגונים פרטיים להספקת שירותים (מרכזי התעסוקה של "ויסקונסין", מנהלי הפנימיות הפרטיות למפגרים) מאידך.

במקרה של שירותי הדיור, התהליך היה הפוך: במקום למסד רובד פרטי בתוך המערכת הציבורית, המדינה שינתה את צורת התערבותה ויצרה מעורבות ציבורית במערכת פרטית. כאשר המדינה עברה לתמיכה בצד הביקוש של הדיור היא עודדה אזרחים לפעול כצרכנים בשוק הדיור הפרטי ולרכוש פתרונות דיור בעזרת תמיכה ציבורית (סבסוד משכנתאות, למשל). בהמשך, ובמיוחד בעקבות ההגירה מברית המועצות לשעבר בשנות התשעים, תמכה המדינה בגורמים פרטיים (חברות בנייה) בשוק הדיור כדי לייצר היצע שיהלום את הצרכים הציבוריים והלאומיים. העברת מעורבות המדינה לתמיכה במסגרת השוק הפרטי הייתה שלב ראשון בצמצום תמיכתה בתחום הדיור, כפי שעולה ממצבו הנוכחי העגום של הדיור הציבורי, שחיקתה של התמיכה במשכנתאות והאמרת עלויות הדיור במהלך השנים האחרונות ("בועת הנדל"ן").

### 3. העוצמה המוסדית של משרד האוצר

עוצמתו המוסדית של משרד האוצר מאפשרת לו, במקרים רבים, לקדם תהליכי הפרטה אשר הולמת את תפיסתו האידיאולוגית, אל מול התנגדות של שחקנים פוליטיים ובירוקרטים אחרים. באמצעות צעדים של קיצוץ תקציבי, אי עדכון של תקציבים בהתאם לצרכים גדלים וסירוב לתקצב החלטות ממשלה שונות תרם האוצר באופן עקיף להפרטה בשירותים השונים. אגף התקציבים במשרד האוצר מהווה את אחד הגופים החשובים בהכנת הצעת התקציב ויישום חוק

התקציב (בן בסט ודהן, 2006: 33); מעמד זה מקנה לו תפקיד מרכזי בתכנון המקצועי של במשרדים השונים ובעיצוב מדיניותם, באופן שמאפשר לו לאכוף משמעת תקציבית ולעודד שימוש בגורמים פרטיים לא-ממשלתיים לצורך צמצום בהוצאות.

מבט השוואתי עוזר להבין את עוצמתו הנוכחית של משרד האוצר הישראלי: השוואה של מידת הריכוזיות בתהליך התקצוב בקרב מדינות ה-OECD מראה כי האוצר הישראלי מדורג במקום השני מבחינת הריכוזיות, וזאת מבלי לקחת בחשבון מנגנונים כגון 'חוק הסדרים' המקנים לאוצר שליטה גדולה עוד יותר בקביעת התקציב (שם, 30). שינויים שונים שנערכו בחוק התקציב בעקבות התוכנית לייצוב המשק (1985) יצרו את מאזן הכוחות הנוכחי: הגדלת סמכויותיו של שר האוצר, חקיקת 'חוק אי ההדפסה', 'חוק יסוד התקציב' (שם, 69), ו'חוק בנק ישראל' (ממן ורוזנהק, 2009: 74) וכינונו של 'חוק ההסדרים'.

אחד הביטויים הבולטים לעוצמת האוצר הוא חוק ההסדרים אשר מוגש לאישור הכנסת יחד עם אישור התקציב השנתי. מדובר במנגנון המשמש אמצעי מרכזי לקידום מדיניות ההפרטה בתחומים נרחבים. באמצעות מנגנון זה יכולה הממשלה לתקן, לדחות ואפילו לבטל חוקים שנחקקו בכנסת ואף ליצור חוקים חדשים תוך עקיפת תהליך החקיקה הרגיל של הרשות המחוקקת. חוק ההסדרים שימש את משרד האוצר לקידום מגמות של הפרטה בשירותים החברתיים במקרים רבים. חוק ההסדרים שימש בביטול חקיקה מרחיבה בנושא החינוך במהלך שנות התשעים (ובכך מיסד את החינוך האפור), וכן הופעל לצורך שינוי בסיס המימון של חוק הבריאות הממלכתי בשנת 1998, כאשר משרד האוצר הגדיל את אחריות המימון של הקופה ואיפשר לה לגבות תשלום עבור שירותים שונים לצורך כך. במקרה של חוק הדיור הציבורי (1998) בוטלה חקיקה שנתפסה על ידי משרד האוצר כבזבזנית ומקדמת "הפרטה חברתית" ולכן לא רצויה.

אף על פי שארגונים רבים וקואליציות שונות בחברה האזרחית נאבקים בחוק ההסדרים בצורות שונות (ואף הגישו עתירות בנושא, שנדחו) ממשיך האוצר להשתמש במנגנון הלא דמוקרטי, תוך שהוא מצדיק את הגדרתו כאלטיה סמכותנית ולא אחריותית (דורון, 2009). יחד עם זאת, לעתים מצליחה התנגדות ציבורית לחסום את השימוש בחוק ההסדרים. השימוש בחוק נתפס כלא לגיטימי כאשר מדובר בנושאים שנויים במחלוקת הזוכים לעניין ציבורי. השימוש בחוק ההסדרים להרחבת התוכנית נחסם והחלטה חזרה לדיון בועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת, שם הוחלט שלא להאריך את התוכנית.

**לסיים**, מגמות ההפרטה מצביעות על התרחבות פעולתם של גורמים פרטיים בהקשר של צמצום תקציבי ונסיגה של המדינה מהאחריות לתקצוב ציבורי ושווינו של השירותים החברתיים. אין ספק כי מגמות ההפרטה שתוארו נובעות מצמצום האחריות הציבורית לזכויות חברתיות של אזרחות בישראל, אולם הן נובעות במידה רבה גם משינוי בהיגיון הפעולה וצורת ההתערבות של המדינה. עלינו לזכור כי תפקידם של שחקנים פרטיים במערכות השירותים החברתיים כרוך בהתפתחותה של מדינת הרווחה בהקשרים אידיאולוגיים ומוסדיים מסוימים, ולא בהכרח מנסיגתה מתחומי מעורבות שונים. כך לדוגמא, ניתן לראות כי חוק ביטוח סיעוד (1986) הרחיב את האחריות הציבורית בכך שהכיר בזכות חברתית חדשה, אולם המדינה בחרה למסד את הספקת צורך זה באמצעות מערך ארגונים פרטי. בדומה לתחומים נוספים במדינת הרווחה, עלינו לעמוד על מגמה מעורבת בהתפתחותם של השירותים החברתיים במהלך העשורים האחרונים, כאשר לצד מגמות צמצום חלו גם מגמות הרחבה וביסוס של זכויות חברתיות (חוק בריאות ממלכתי (1994) מהווה דוגמא נוספת). מגמה מעורבת זו בהתפתחות השירותים



החברתיים אינה פרדוקסאלית; היא מדגישה את הצורך בניתוח רב ממדי של שינויים במדינת הרווחה ומזכירה כי לפוליטיקה ולפעילות של שחקנים שונים בזירה הלאומית, שמור תפקיד מרכזי בעיצוב מדינת הרווחה, חרף שיח רב עוצמה המייחס שינויים אלה לתהליכים ולחצים גלובליים.

### ביבליוגרפיה

- אופק, א. 2008. הערכות לרפורמה במחלקות לשירותים חברתיים – דו"ח מחקר. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף למחקר, תכנון והכשרה.
- אייזנשטדט, מ. 1996. "סוגיות בהפרטת השירותים החברתיים בישראל: שירותי הסיעוד ושירותי תיקון ומניעת עבריינות." עמ' 210-189 בתוך שירותי רווחה אישיים: מגמות ותמורות, י' קטן (עורך). תל-אביב: רמות.
- בורוכוב, א. 1991. "מדיניות השיכון נוכח הגידול בעלייה". רבעון לכלכלה, מ"ב (148): 49-60.
- בלנק, י. 2004. "ממלכתיות מבוזרת: שלטון מקומי, היפרדות ואי-שוויון בחינוך הציבורי". עיוני משפט כח (2): 416-347.
- בלס, נ. וקופ, י. 1990. התכנית להפעלת יום חינוך ארוך: היבטי עלויות וכוח אדם. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית.
- בן-בסט, א. ודהאן, מ. 2006. מאזן הכוחות בתהליך התקצוב. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- בן-דוד, ד. 2010. "מערכת החינוך: מבט בינלאומי והצעה לרפורמה כוללת". עמ' 136-103 בתוך דו"ח מצב המדינה-חברה, כלכלה ומדיניות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן-נון, ג. 2009. "מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפלטינום." עמ' 48-7. בתוך מערכת הבריאות לאן? מחוק ביטוח בריאות שוויוני לאי-שוויון בבריאות, ד' חיים (עורך). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- בן-נון, ג. ברלוביץ יצחק, שני מרדכי (2005), מערכת הבריאות בישראל, משרד הבטחון – ההוצאה לאור, ת"א.
- בן-שטרית, ג. 2003. "מדיניות דיור בישראל: תמיכת הממשלה בחזקות דיור שונות", בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2003 קופ יעקב (עורך). ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן-שטרית, ג. וצ'מנסקי, ד. 2004. "מדיניות המעודדת בעלות על דיור בישראל בשנות התשעים: קפיטליזם בחסותה של התערבות ממשלתית?". סוציולוגיה ישראלית ו' (1): 39-67.
- בן-שלום, י., ובר-צורי, ר. 2004. מדיניות רווחה לילדים ונוער. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בר-נתן, מ. 1986. המימון הציבורי לדיור: סבסוד, מימון ופרוגרסיביות. ירושלים.
- בר-נתן, מ. 1991. "מדיניות השיכון נוכח הגידול בעלייה". רבעון לכלכלה, מ"ב (148): 49-60.
- בר-סימן-טוב, ר. ולנגרמן, ש. 1988. תכנית לימודים נוספת במימון הורים בבתי-ספר יסודיים "החינוך האפור". סקר ראשוני, מכון הנרייטה סאלד, ירושלים.
- ברק-ארז, ד. (2008). המשפט הציבורי של הפרטה. עיוני משפט, ל, 515-461.
- גל, ג. 1994. מסחור מדינת הרווחה והפרטה - השלכות לגבי ישראל. חברה ורווחה, כרך ט"ו(1): 7-24.
- 1996. מעמדות הביניים ומדינת הרווחה בישראל בשנות השבעים והשמונים. עבודת דוקטורט. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- 2010. "שירותי הרווחה האישיים." 280-261 בתוך דו"ח מצב המדינה-חברה, כלכלה ומדיניות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- גל, ג. ואחדות, נ. 2007. "רשת ביטחון סוציאלית וחורים גדולים בה: המדיניות כלפי תכניות הבטחת הכנסה." עמ' 100-59 בתוך עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות, א. אבירם, ג. גל וי. קטן (עורכים). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- גרוס, ר. וברמלי, ש. 1997. "חלופות לארגון שוק ביטוחי הבריאות המשלים והמסחרי בישראל בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי". ביטחון סוציאלי, 50: 40-58.
- דורון, א. 1997. בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל. ירושלים: מאגנס האוניברסיטה העברית בירושלים.
- 1999. "מדיניות הרווחה בישראל: התפתחויות בשנות ה-80 וה-90." עמ' 434-474 בתוך המדיניות הציבורית בישראל, ד. נחמיאס וג. מנחם. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- 2009. אליטה לא אחריותית: המקרה של צמרת האוצר. עיונים בתקומת ישראל 19: 35-55.
- דורון, ח. 2009. "רפואה ציבורית ורפואה פרטית." עמ' 166-161 בתוך מערכת הבריאות לאן? מחוק ביטוח בריאות שוויוני לאי-שוויון בבריאות, ד' חיים (עורך). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

----- 2009. "שביתת הרופאים 1983". עמ' 180-167 בתוך מערכת הבריאות לאן: מחוק ביטוח בריאות שווייני לאי-שוויון בבריאות, ד' חיים (עורך). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

דורון, ח. ושוורץ, ש. 2004. הרפואה בקהילה: משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה. באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

דרין (דרבקין), ח. (1959), "מגמות כלכליות וחברתיות של השיכון בישראל בתקופת העשור", בתוך: ח. דרין (דרבקין) (עורך), השיכון הציבורי – סקירות והערכות על השיכון הציבורי בישראל בתקופת העשור 1948-1958. ת"א: ספרי גדיש.

והאב, פ. 1989. מערכת הבריאות – היבטי שוויון. פרויקט גמר במדיניות ציבורית. אוניברסיטת תל-אביב.

וונזר, י. 1996. "שירותים קהילתיים ושירותים פנימייתיים". עמ' 188-161 בתוך שירותי רווחה אישיים: מגמות ותמורות, י' קטן (עורך). תל-אביב: רמות.

וורגן, י. 2007. בחינת יישום חוק יום חינוך ארוך. ירושלים: הכנסת- מרכז המחקר והמידע.

ורצברגר, א. וקטן, י. 2005. השפעת ההפרטה על שירותי הרווחה האישיים ברשויות המקומיות. המרכז לפיתוח על-שם פנחס ספיר ליד אוניברסיטת תל-אביב.

וייס, ע. 2000. "השלכות חוק הבטחת הכנסה על תפקוד המחלקות לשירותים חברתיים: האם התממשו הציפיות?". ביטחון סוציאלי 58: 76-96.

וינשל, ד. 1977. "היבטים חברתיים על השיכון הציבורי". קרקע 13: 2-5.

וקסלר, מ. 2004. "הפרטת החינוך והרס החינוך הציבורי". עמ' 58-42 בתוך אי-שוויון בחינוך, ד. גולן-עגנון. ת"א: בבל.

ורצברגר, א. 2007. "הפרטת השיכון הציבורי: שינוי או המשכיות במדיניות הדיור". עמ' 170-149 בתוך עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות, א. אבירם, ג. גל וי. קטן (עורכים).

ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ורצברגר, א. ורשף, נ. 1991. הפרטת השיכון הציבורי בישראל. נייר דיון מס' 91-5. המרכז לפיתוח על-שם פנחס ספיר ליד אוניברסיטת ת"א.

חיניץ, ד. 2011. מקרה מבחן: הפרטה במערכת הבריאות בישראל. בתוך גבולות ההפרטה. ירושלים: מכון ון ליר.

טנה, ד. 1959. "משימות השיכון הציבורי", בתוך: ח. דרין (דרבקין) (עורך), השיכון הציבורי – סקירות והערכות על השיכון הציבורי בישראל בתקופת העשור 1948-1958. ת"א: ספרי גדיש.

טסלר, ר. 2001. "מחירה של מהפיכה". עמ' 210-278 בתוך ש"ס - אתגר הישראליות, י' פלד. ת"א: משכל.

יוגב, א. 1999. "להכניס סדר בכאוס: מדיניות החינוך בישראל בעידן הפוסטמודרני". עמ' 326-291 בתוך המדיניות הציבורית בישראל, ד. נחמיאס וג. מנחם. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

----- 2007. "אידיאולוגיה, פדגוגיה ומדיניות החינוך בישראל". עמ' 148-131 בתוך עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות, א. אבירם, ג. גל וי. קטן (עורכים). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ינאי, א. 2006. חוק שירותי הסעד, תשי"ח - 1958: האמנם יסוד וערובה לרווחת האוכלוסיה? נייר עמדה. משרד הרווחה, האגף למחקר תכנון והכשרה.

ישי, י. 1994. רופאים ומדינה: תאגוד בתי החולים בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.

כהן, א. וכהן, ע. 1987. החינוך האפור בישראל (תל"ן) בשנות התשעים. ירושלים: אייסס מכון לחקר מערכות חינוך.

כהן, נ. 2010. שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: המקרה של עיצוב וביצוע מדיניות הבריאות בישראל. עבודת דוקטורט. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

כורזים-קורושי, י., ליבוביץ, ש. ושמיד, ה. 2005. "ההפרטה החלקית של שירותי אומנה - סוגיות ולקחים בתום ארבע שנות הפעלה". ביטחון סוציאלי, 70: 56-77.

כורזים, י., כנען, ר., מלר, י. ורוזנפלד, י. 1988. "הרפורמה בשירותים החברתיים המקומיים בישראל: 1984 בהשוואה ל-1977". חברה ורווחה 9: 143-161.

כרמון, נ. 1999. "מדיניות השיכון של ישראל: 50 השנים הראשונות", בתוך: דוד נחמיאס וגילה מנחם (עורכים), המדיניות הציבורית בישראל. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

לוטן, ג. 1973. בדרך למדינת הרווחה: מדיניות סוציאלית בישראל בשנות השבעים. ת"א: עם עובד.

לוי-פאור, ד, גדרון נ. ומושל ס. 2012. "הגרעון הרגולטורי של עידן ההפרטה". מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד. בספר זה.

לוי, ש. 2009. התוכנית לשילוב מקבלי גמלאות בעבודה בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2009. ירושלים: הכנסת- מרכז המחקר והמידע.

לחמן, ר. ונוי, ש. 1998. כתם שחור על חלוק לבן: רפואה שחורה בישראל. ת"א: רמות.

מזרחי, ש. יובל, פ. וכהן, נ. 2008. מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ודעת הקהל: ישראל 2008. נייר מחקר מספר 3. סדרת ניירות מחקר במנהל ומדיניות ציבורית. המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, בה"ס לניהול ע"ש גילפורד גלייזר. אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

מי עמי, נ. 2004. טיפול בילדים בסיכון במסגרת הקהילה. ירושלים: הכנסת-מרכז המחקר והמידע.

מיכאלי, נ. 2012. "מגמות הפרטה במערכת החינוך". מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד. בספר זה.

ממן, ד. ורוזנהק, ז. 2009. בנק ישראל: כלכלה פוליטית בעידן ניאו ליברלי. ירושלים: מכון ון ליר בירושלים.

מנדלקרן, ר. ושרמן, א. 2012. הספקת שירותים חברתיים באמצעות מיקור חוץ. מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד. בספר זה.

נוי, ב. 1999. "בית-הספר, בית ההורים והיחסים ביניהם", בתוך: יובל למערכת החינוך בישראל, א' פלד (עורך). ירושלים: משרד החינוך והתרבות.

נייפריס, י. 1984. רווחה חברתית והשירותים הסוציאליים בישראל. ירושלים: הוצאת דף-חן. סבירסקי, ב. 2007. ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה. ת"א: מרכז אדוה.

סבירסקי, ש. 1990. חינוך בישראל: מחוז מהסלולים הנפרדים. ת"א: ברירות. ----- 2004. "פערים בחינוך ומדיניות הפיתוח הכלכלי-חברתי בישראל." עמ' 41-22 בתוך אי-שוויון בחינוך, ד. גולן-עגנון. ת"א: בבל.

סבירסקי, ש. ודגן-בוזגלו, נ. 2009. בידול, אי-שוויון ושליטה מתרופפת: תמונת מצב של החינוך הישראלי. ת"א: מרכז אדוה.

סבירסקי, ש. וחסון, י. 2008. שירותי רווחה אישיים בעידן של צמצום תקציבי. ת"א: מרכז אדוה. סבירסקי, ש., פרנקל, ע. וסבירסקי, ב. 2001. הבטחת הכנסה בישראל: מקצבאות סעד להבטחת הכנסה, ומהבטחת הכנסה ל"תכנית ויסקונסין". מרכז אדוה.

פז-פוקס, א. 2012. "עובדים בעידן של הפרטה". מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד. בספר זה.

פיאלקוף, ח. 1988. "מדיניות הבניה למגורים עירוניים: מבט כללי", בתוך ישראל בונה 1988, ע' חרל"פ (עורך), משרד הבינוי והשיכון.

פילק, ד. 2001. "בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בי המדינה, החברה האזרחית והשוק." עמ' 280-262 בתוך ישראל: מחברה מגויסת לחברה אזרחית?, י' פלד וע' אופיר (עורכים). ת"א: מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד.

פישלזון, ג. ורונו, מ. 1992. "שוק המשכנתאות בישראל 1950-1990". כלכלה ועבודה 8: 101-99. פלד, י. ושפיר, ג. 2005. מיהו ישראלי: הדינמיקה של אזרחות מורכבת. תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב.

צדיק, ע. ושוורץ, ע. 2009. תשלומי הורים במערכת החינוך: אומדן התשלומים והשלכות חברתיות. ירושלים: הכנסת-מרכז המחקר והמידע.

צפדיה, א. 2005. "במסווה הפרטה והקהילתיות – עמדה ביקורתית כלפי שיח ליברלי בעניין קהילות מגורים חדשות בישראל", דין ודברים, ב (1): 157-141.

צפדיה, א. ויעקובי, ח. 2012. צמתים בהפרטת המרחב בישראל 1948-2008. מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד. בספר זה.

צ'רניחובסקי, ד. 2010. "מערכת הבריאות." עמ' 319-281 בתוך דו"ח מצב המדינה-חברה, כלכלה ומדיניות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קאופמן, ר. 2008. משמעות בעיית העובדים הסוציאליים "המופרטים והשקופים" לייחודיות העסוק. מצגת שהוצגה בבמת הסגל – משרד הרווחה. 30.3.2008.

קופ, י. 2006. "שירותי הרווחה האישיים." עמ' 232-207 בתוך הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2006. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

----- 2007. "מערכת הבריאות." עמ' 185-155 בתוך הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2007. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קורא, מ. 2001. דיון בסוגיית הפרטה של שירות התעסוקה ובאימוץ תוכנית "מסעד לעבודה" לאור המלצות ועדת תמיר. ירושלים: הכנסת - מרכז מחקר ומידע.

קטן, י. ינאי, א. ושרר, מ. 1996. "שלטון מרכזי ושלטון מקומי בזירת שירותי הרווחה האישיים." עמ' 10-136 בתוך שירותי רווחה אישיים: מגמות ותמורות, י. קטן (עורך) תל-אביב: רמות.

קטן, י. 1993. התפתחות שירותי הרווחה האישיים: תהליכים ומגמות בשנות השמונים ובראשית שנות התשעים. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל

----- 1996. "ההוצאה הממשלתית לשירותי הרווחה האישיים." עמ' 56-13 בתוך שירותי רווחה אישיים: מגמות ותמורות. תל-אביב: רמות.

----- 1996. "מעורבות ארגונים לא-ממשלתיים בשירותי הרווחה האישיים." בתוך שירותי רווחה אישיים: מגמות ותמורות. תל-אביב: רמות.

----- 2007. "הפרטה חלקית של שירותי רווחה אישיים." עמ' 101-130 בתוך עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות, א. אבירם, ג. גל וי. קטן (עורכים). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קטן, י. ולבנשטיין א. 1999. "עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד – משמעויות ולקחים." בתוך הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1999-2000. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קלינוב, ר. 1988. "הקצאת משאבים ציבוריים לחינוך", בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 88-1987 (ספטמבר 1988), יעקב קופ (עורך). ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

----- 1991. הקצאת משאבים ציבוריים למערכת החינוך - סדרי עדיפויות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית.

רוזנהק, ז. 1995. מקורותיה והתפתחותה של מדינת רווחה דואלית: האוכלוסייה הערבית במדינת הרווחה הישראלית. עבודת דוקטורט. האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.

----- 2002. "גלובליזציה, פוליטיקה מקומית ושינויים במדינת הרווחה: תכנית ביטוח האבטלה בישראל". עבודה, חברה ומשפט 9: 155-174.

----- 2006. "דינמיקה של הכלה והדרה במדינת הרווחה הישראלית: בניית מדינה וכלכלה מדינית." עמ' 317-349 בתוך דורות, מרחבים, זהויות: מבטים עכשוויים על חברה ותרבות בישראל, ח' הרצוג ט' כוכבי ש' צלניקר (עורכים). ירושלים: מכון ון ליר בירושלים.

רזוביץ, ש. 1993. מגמות בתקציב החינוך בשנות השמונים. ירושלים: אייסס מכון לחקר מערכות חינוך.

רם, א. 2005. הגלובליזציה של ישראל: מק'וורלד בתל-אביב, ג'יהאד בירושלים. תל-אביב: רסלינג.

שגיב, מ. 1986. התפתחות שוק הדיור להשכרה ובנייה להשכרה בישראל. ירושלים: אגף איכלוס משרד הבינוי והשיכון.

שוצמן, מ. 1988. בהשתכן עם: 40 שנות "עמידר".

שיק, ד. 1991. מערכת הבריאות – היבטי הפרטה. פרויקט גמר במדיניות ציבורית-מנהל ותקציב. אוניברסיטת תל-אביב.

שירום, א. ועמית, צ. 1996. "שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה". בטחון סוציאלי, 47: 48-69.

שכטר, מ. ושביט, ת. 1992. "הנהגת שרותי רפואה נוספים פרטיים בבתי חולים ציבוריים: בדיקה כלכלית". רבעון לכלכלה מ"ד (153): 305-319.

שלו, מ. 2004. "האם הגלובליזציה והליברליזציה "נרמלו" את הכלכלה המדינית בישראל? ". עמ' 84-115 בתוך שלטון ההון - החברה הישראלית בעידן הגלובאלי, רם, א. ופילק, ד. (עורכים). ירושלים: מכון ון-ליר.

שנהב, י. 2003. "הפוליטיקה של המרחב בישראל." עמ' 17-7 בתוך מרחב, אדמה, בית, י' שנהב (עורך). ת"א: הוצאת הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר בירושלים.

תמיר, ע. 2009. ארגון בראש: תהליך התפתחותו של ארגון המורים העל-יסודי. ת"א: משכל.

Ajzenstadt, M. and Rosenhek, Z. 2000. "Privatisation and New Modes of State Intervention: The Long-Term Care Programme in Israel." *Journal of Social Policy* 29(02):247-262.

Chernichvsky D, D. 1991. *Economic Dimensions of the Crisis in the Israeli Health-Care System: Key Principals and Proposals for Reform*. Jerusalem: Brookdale Institute.

Flynn, R. 1997. "Quasi-welfare, Associationalism and the Social Division of Citizenship." *Citizenship Studies* 1(3):335-350.

Ichilov, O. 2009. *The retreat from public education: global and Israeli perspectives*. Dordrecht: Springer.

Shalev, M. 2006. *Inequality and the State in Israel: Implications of the Social Services as an Employer*. Falk Institute for Economic Research.

----- (2007). The welfare state consensus in Israel: Placing class politics in context. In S. Mau & B. Veghte (Eds.), *Social Justice, Legitimacy and the Welfare State* (pp. 193-213). Aldershot; Burlington: Ashgate.

Starr, P. 1989. "The Meaning of Privatization." P. 15-48 in S. B. Kamerman and A J. Kahn. (Eds.) Privatization and the Welfare State. New Jersey: Princeton University Press.