

בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק

בסוף שנות השבעים החל בעולם המערבי בכלל, ובישראל בפרט, תהליך כרסום במוסדות מדינת הרווחה. לשירותי הבריאות מקום מרכזי בין שירותי מדינת הרווחה, וזהו אחד המגזרים שבו באה נסיגת מדינת הרווחה לידי ביטוי בולט במיוחד. כאן, כמו במגזרים אחרים, החל תהליך של הפרטה, קרי, העברת שירותים ועלויות ממוסדות הפועלים בחסות המנגנונים המדינתיים לחברה האזרחית וליחידים השותפים בה. בתהליך זה חלה נסיגה ברקמת הסולידריות החברתית והקהילתית ועלה משקלם של נימוקים השאולים מעולם מושגים ליברלי-אינדיבידואליסטי, ומכלכלת שוק הנתפסת כמופת של פעילות חופשית ושל יחסי גומלין שבהם מתוגמל כל יחיד באופן רציונלי, על-פי ערכים כמו יעילות ותפוקה. השוק גם קובע את דפוסי היחסים בין נותן השירותים – בעל ההון או בא כוחו – למי שמקבל אותם, הנתפס כצרכן או לקוח, גם כשמדובר בשירותי בריאות, סיעוד או תמיכה נפשית. לכן נוספה בישראל התנגדות מסורתית – שהועצמה עם עליית הליכוד לשלטון – ל"בולשביזם" של תנועת העבודה ולסיאוב הכרוך במדינה ה"מפא"יניקית" ובמנגנון ההסתדרותי, שנתפס כחלק בלתי-נפרד ממנה.

תהליך הכרסום בשליטת מנגנוני המדינה בשירותי הבריאות עולה בקנה אחד – במבט ראשון לפחות – עם חיזוק זיקתם של אלה האחרונים ל"חברה האזרחית". במאמר זה אנסה לבחון את מערכת הבריאות בישראל לאור שתי תפיסות מנוגדות של החברה האזרחית ושל מקום מערכת הבריאות בתוכה. התפיסה האחת, אותה אכנה ליברלית, מבוססת על הנחה א-היסטורית של הפרדה עקרונית בין החברה האזרחית למדינה. התפיסה השנייה, שאותה אפתח מתוך משנתו של ההוגה האיטלקי אנטוניו גראמשי (Gramsci 1975), רואה בחברה האזרחית שדה של מאבק חברתי דינמי המקיים יחסים משתנים עם המערכות המדינתיות. אציג את השינויים שחלו במערכת הבריאות החל משנות השמונים ואבקש להראות שהתפיסה הליברלית, שמילאה תפקיד חשוב במתן לגיטימציה לשינויים האלה, אינה יכולה להסבירם ואילו התפיסה הגראמשיאנית מצליחה בכך היטב.

I. המערכת הרפואית והחברה האזרחית

בשנות השמונים חלה פריחה מחדשת במושג ה"חברה האזרחית" ובשימושו (Cohen and Arato 1992). בשנים אלה מציין המושג, שקיבל משמעויות שונות לאורך ההיסטוריה של העת החדשה – החל מהובס ולוק, דרך הגל ומרקס – בעיקר תחום של חירות ושל התנגדות לשליטת המדינה על היחיד (למשל, Dehrendorf 1993; Ely 1993). האכזבה מהתפיסה היעקובינית, התולה את שינוי החברה בכיבוש השלטון הפוליטי, והחשש שמא ביטול ההפרדה בין חברה אזרחית לחברה מדינית יביא לשלטון טוטליטרי הביאו הוגים רבים לראות בחברה האזרחית, העומדת מול המדינה, את המקום החברתי שבו יכולה החירות להתממש. לפי תפיסה זו, החברה האזרחית היא ספירה של פעילות חברתית חופשית יחסית מהתערבות המדינה, והיא כוללת מוסדות ציבוריים (שאינם שייכים למדינה) ומשפטיים, איגודים שונים וכן את תחומי התרבות, החינוך והמשפחה (Adamson 1988, 320–339; Cohen and Arato 1992, 42).

בישראל מאז סוף שנות השבעים אפשר לתאר כההליך שבו יותר ויותר פעילויות רפואיות ופרא-רפואיות עוברות משליטת מנגנוני המדינה לשליטתם וניהולם של התאגדויות ומוסדות שונים השייכים לחברה האזרחית.

בבואי לתאר את מערכת הבריאות הישראלית ואת השינויים המבניים שחלו בה אתמקד בשני צירים: האחד הוא רמת ההסחרה (commodification) של המערכת, והשני הוא רמת הדמוקרטיה שלה.

הדיון במושג ההסחרה בהקשר זה שאול מניתוחיו של אופה (Offe) את מדינת הרווחה. אופה טוען שבחברות קפיטליסטיות יש צורך לאזן את תהליכי הסוציאליזציה הנגרמים על-ידי הצבר ההון "באופן כזה שלא ייווצר הצבר המכוון על-ידי השוק אבל מסווה ומסתיר את עצמו, וגם לא ייגרם הרס של יחסי הקניין הפרטיים" (Offe 1984, 49). החברה הקפיטליסטית משיגה איוון זה על-ידי ביטול ההסחרה של תחומים מסוימים – כלומר הרצאתם ממסגרת יחסי השוק (de-commodification). תחומים אלה מספקים ערכי שימוש (use values) ולא ערכי-חליפין (exchange values). אופן השירותים – פיזור גיאוגרפי, כמות, איכות, זהות הצרכנים – אינו נקבע לפי כללי השוק (יחסי היצע וביקוש). אלא לפי החלטות שהן פוליטיות במהותן. המאפיין את מדינת הרווחה הוא שמערכות תמיכה שאינן נתונות לתהליכי הסחרה מועברות מארגונים פרטיים – דתיים ופילנתרופיים – למדינה (שם, 263), ושקיימת נטייה לאוניברסליזציה של שירותים אלה. יש כאן מעבר של שירותים מן החברה האזרחית לספירה המדינתית (ועוד אחזור לנושא זה בהמשך). מערכת הבריאות הציבורית במדינת הרווחה היא דוגמה לתחום שעבר ביטול-הסחרה, כלומר שהוצא מתחום ההסחרה, ותהליך זה הביא לעלייה ברמת השוויוניות בצריכת השירותים, ובמקרה שלנו – שירותי בריאות.

הציר השני הוא ציר הדמוקרטיה של המערכת, כשהדגש הוא על זהותם של בעלי השליטה. כאן צריך להתייחס לארבעה גורמים: א. הקשר בין מוסדות הבריאות הציבוריים לבין המשתמשים בשירותי הבריאות; ב. המדיקליזציה של החברה; ג. הקשר בין רופא למוטופל; ד. תפקידה של מערכת הבריאות בשמירה על הסדר הקיים ובטיפוח הערכים התרבותיים והמוסדות הדומיננטיים.

א. אחד ממאפייניה של מדינת הרווחה, כפי שעוצבה במערב לאחר מלחמת העולם השנייה, הוא חוסר הדמוקרטיה הפנימית של המערכות מספקות השירותים. משתמשי השירותים הם "מטופלים" או "נוקדים" (זקוקים לשירותי בריאות, להשלמת הכנסה, לדמי אבטלה, לפנסיה וכד'); המערכת "מואילה בטובה" לטפל בהם, ותמורת הטיפול היא מקבלת שליטה רבה יותר בחייהם. משתמשי השירותים מרגישים שמנגנון השירותים הופך אותם למושא סביל חסר כישורים (Murray 1991, 22). בתחום שירותי הבריאות המצב אינו שונה, ויש לו קשר לשלושת הגורמים הנוספים, שצוינו לעיל: שליטת המנגנון על חיי הפרט – תהליך המדיקליזציה של החברה, יחסי הרופא והמטופל, והתפקיד הנורמטיבי שממלאת מערכת הבריאות בשמירה על ערכים הגמוניים.

ב. לתהליך המדיקליזציה שלושה פנים: פן אחד הוא תפיסת המחלה כ"יש" אובייקטיבי המוצג במונחים בירורפואיים. ה"בעיה" הרפואית ממוקמת בגופו של הפרט ומנותקת מן ההקשר האישי-המיוחד, התרבותי והחברתי שלה (Fisher 1991; Mishler 1984). האבחנה הבירורפואית מזהה את סיבת המחלה (אטיולוגיה), הטיפול – בדרך-כלל פרמקולוגי או כירורגי – מחזיר את הגוף לתפקוד "נורמלי", כשתפיסת ה"נורמליות" היא פיסיוולוגית ואוניברסלית (Fisher 1991). כמובן, תפיסת הפרט (כ"יש" ביולוגי) כנושא הבעיה וכמקום מובחן לטיפול בה חוסמת את אפשרות ההתערבות ברמות אחרות (כגון ברמה הקהילתית או האקולוגית; Zola 1978, 260). הפן השני של תהליך המדיקליזציה של החברה הוא הפיכת הרפואה ל"מאגר חדש של אמיתות" (שם, 254): עובדי מערכת הבריאות, ובעיקר הרופאים, קובעים קביעות ערכיות בנוגע לאורח החיים של כל המשתמשים בשירותי הבריאות, במסווה של נייטרליות ואובייקטיביות מדעית. בתוך כך מתפשטים מונחי ה"בריאות" וה"מחלה" לרבים הולכים וגדלים של ההווה האנושית. (דוגמה לכך היא הפיכת ההריון והלידה ל"בעיה רפואית", לפחות בפוטנציה, כך שהשליטה בהם עוברת מן האשה, או מבני הזוג, לידי "איש המקצוע"; דוגמה נוספת היא השתתפותו של הפלסטיקאי בעיצוב סטנדרטים של יופי). המוסד הרפואי הוא סוג של "כוח פורמלי" – בלשונו של הברמאס – המונע השתתפות דמוקרטית וקבלת החלטות בדרך של ויכוח ציבורי, כיוון שהחלטות פוליטיות מוצגות כ"טכניות" במהותן (Scrambler 1987, 173). הפן השלישי בתהליך המדיקליזציה הוא שימוש ברטוריקה רפואית כבסיס לנימוקים בוויכוחים בתחומים אחרים של העשייה האנושית (Zola 1978). כך, למשל, בריאותם של מנהיגי ציבור נעשתה לעניין ציבורי ופוליטי, במדינות רבות

חלה על נבחרי ציבור חובת דיווח על מצבם הבריאותי. מצבו הבריאותי של איש ציבור היא נושא לדיווח ופרשנות בתקשורת, שרופאים נוטלים בו חלק כמומחים נטולי עניין בשירות כל הצדדים המעורבים. דוגמה אחרת היא ייחוס סיבתיות ביולוגית, הורמונלית ואף גנטית לתופעות מורכבות מבחינה חברתית ופסיכולוגית, כגון "משכל" ופיגור השכלתי של קבוצות אוכלוסייה שונות, "דיכאון", "משבר אמצע החיים" וכו'.

ג. מימד נוסף של שליטת המנגנון על חיי הפרט היא יחסי הרופא המטופל, שבהם יש לרופא יתרון ברור, שכן הוא השולט ביחסי הגומלין (Mishler 1984). יחסי גומלין אלה הם פוליטיים – או מיקרו-פוליטיים – משום שהם משקפים את המבנה ההירארכי בחברה ובמוסדותיה ומשכפלים אותו, ומסייעים לשמר את המוסדות שבהם הם מתקיימים ואת מקומם במבנה החברתי (Fisher 1991).¹

ד. ערוץ אחר של התערבות המנגנון בחיי הפרט הוא השימוש בנימוקים רפואיים, אובייקטיביים-כביכול (נורמות לגבי עישון, "מין בטוח", פעילות גופנית או הרגלי אכילה), כדי לטפח ולשמר נורמות התנהגות וסגנון חיים "בריאים". המערכת הרפואית, באמצעות תרומתה זו לשיח הציבורי, משתתפת בחיזוק הערכים התרבותיים ההגמוניים (מקומה של האשה, תפקיד המשפחה, תפיסת המחלה כנתונה תחת אחריותו – או אף אשמתו – של הפרט החולה, במנותק מההקשר החברתי).

II. מערכת הבריאות בישראל עד סוף שנות השבעים

א. מחוץ לתחום ההסחרה

עד סוף שנות השבעים מוקמה מערכת הבריאות הישראלית מחוץ לתחום ההסחרה, בעיקר בספירה המדינית. אמנם קופת חולים הכללית היא לכאורה ארגון וולונטרי שאינו שייך למדינה, אבל בתנאים של היישוב ושל מדינת ישראל עד שנות השבעים, ההסתדרות היתה בעצם חלק מן המנגנון המדינתי. במישור הפוליטי, גם ההסתדרות וקופת חולים שלה וגם המערכת המדינית כולה היו בשליטתה של מפא"י. במישור המנהלי התקיימו קשרים הדוקים וחלוקת עבודה ממוסדת בין משרד הבריאות לבין ההסתדרות (בתי-חולים ממשלתיים והסתדרותיים, תחנות לאם וילד, שחלקן הוקמו ונהלו על-ידי משרד הבריאות וחלקן על-ידי קופת חולים של ההסתדרות). ככלל, ההסתדרות הצטיירה כמדינה בתוך מדינה. היו לה יעדים לאומיים שקדמו ליעדים סקטוריאליים-מעמדיים והיא נטלה על עצמה תפקידים השייכים במובהק למדינת הרווחה (לשכת תעסוקה, הבטחת פנסיה, שירותי בריאות). לכן אין, לדעתי, לראות בהסתדרות מוסד השייך לחברה האזרחית, כמקובל לגבי איגודים מקצועיים במדינות אחרות. אבל היזקה בין המערכת המדינית לקופת חולים הכללית השתנתה עם עליית הליכוד לשלטון. בשנים 1979–1980 עוד מימן משרד הבריאות 16% מתקציב הקופה; תשע שנים אחר-כך, ב-1988–1989, ירדה תמיכת המדינה בכל קופות החולים ל-2% בלבד (כפי שמציין 'דו"ח הרוב' בוועדת נתניהו 1990, כרך א', 200). באותה עת עדיין היו קרוב ל-90% מתושבי המדינה מבוטחים בקופת חולים של ההסתדרות.

כאמור, עד סוף שנות השבעים התאפיינה מערכת הבריאות בהרחקת השירותים הרפואיים מתחום ההסחרה. רוב השירותים ניתנו על-ידי קופת חולים הכללית. הקריטריונים להספקתם לא היו קריטריונים של היצע וביקוש, ומחיריהם לא היו קשורים לרמת הצריכה; גם תשלומי הקופה לספקי השירותים לא נקבעו על-פי קריטריונים של היצע וביקוש, ואפילו לא היה קשר בין מספר הפעילויות שבוצעו לבין התשלום (שיטת ה-"fee for service"); התשלום נקבע לפי מספר הצרכנים שהשתייכו לאזור או לספק מסוים (שיטת ה"קפיטציה"), והתשלום הישיר של האזרח המטופל

1. לפי מישלר, היחס רופא-מטופל מקביל ליחס בין חברה אזרחית (כפי שמתארים אותה כהן ואראטו) לחברה כולה. מישלר מפריד בין "קול הרפואה" לבין קולו של "עולם-החיים" (life-world), כשאת עולם-החיים הוא מאפיין בצורה חיובית, בהגדרה, ולרפואה הוא מייחס תפקיד של שליטה. למעשה הוא מניח שהשיח של החברתי הנו שיח של שחרור, ובכך הוא קובע את תחום ה"חברתי" – עולם-החיים, או החברה האזרחית – כתחום "משוחרר", נטול מאבקים. הוא מתעלם מכך שבעצם גם ה"חברתי" הוא שדה לאמבקי כוח שונים (מעמדיים, פוליטיים, בין-מיניים וכו'). וכפי שמנסחת זאת פישר: "הדיבור החברתי כשלעצמו לא 'העלים' את הכוח ולא הפך את הפרקטיקה החברתית להומאנית. ההבחנה [...] בין עולם-החיים לרפואה היא הבחנה בעייתית בעצמה. שתי [המערכות] אינן משדרות בקלות מנוגדים. רופאים אינם מדברים רק בקול הרפואה, תוך הסתרת מה שהם קולטים מעולם-החיים של הפציינטים" (Fisher 1984, 176).

לצורכי בריאות היה 20% מסך כל ההוצאות לבריאות. עיקר ההכנסות של מערכת הבריאות היו ציבוריות, הן מתשלום ישיר על-ידי הממשלה, הן מהמס המקביל ששולם על-ידי המעבידים והן מדמי ביטוח ששילמו המבוטחים. יעילותה של המערכת בשנים אלה היתה גבוהה – הן מבחינת השגת המטרות והן מבחינת עלותן. מדדי הבריאות המקובלים, כמו תמותת תינוקות, תוחלת חיים וכו', היו דומים לאלה של מדינות "מפותחות", שבהן ההוצאה לנפש לבריאות גבוהה יותר.²

מדובר, אם כן, במערכת שהיתה ברובה מחוץ לתחום ההסחרה, ושרמת השוויוניות שלה היתה סבירה. אמנם שיטת המיסוי איננה פרוגרסיבית (אחו קבוע מן ההכנסות, עם תקרה נמוכה) – ולהפך, דווקא דמי-החבר היו רגרסיביים (שם, 63); אך ההפרדה בין התשלום לבין הצריכה, והספקת רוב השירותים על-ידי המדינה או על-ידי קופת החולים מנעו פערים גדולים בצריכת הטיפול הרפואי. האי-שוויון במגזר היהודי היה קיים בעיקר בתחום ה"רפואה השחורה" (שאותה ניתן להגדיר כ"כל דבר הקשור בצורה כלשהי להעדרה בטיפול שלא משיקול רפואי, הניתנת במוסד ציבורי, שלא במסגרת גלויה וממוסדת כמו שר"פ" (ד"ח מבקרת המדינה, מצוטט בתוך ועדת נתניהו 1990, כרך א', 51). תופעות אלה היו בעצם בגדר סנונית ראשונה שבישרה את תהליכי ההפרטה ואת התחזקותו של השוק בתחום שירותי הבריאות. כמובן היה פער בין המגזר היהודי לערבי – שמקורו באי-שוויון בולט, הקשור גם הוא להוצאת שירותי הבריאות מתחום ההסחרה, שכן בתחומים שאינם נשלטים על-ידי חוקי השוק ההחלטות הן תוצאה של מאבקים פוליטיים, והאי-שוויון בהקצאת משאבים בתחום הבריאות היה חלק מאפליית ערביי ישראל.³

ב. הדמוקרטיה הפנימית של מערכת הבריאות

כאן יש לבחון את רמת ההשפעה שיש לצרכנים של שירותי הבריאות על המערכת המשרתת אותם ואת יחסי הכוח ורמות השליטה המתקיימים בתוך המערכת, בראש ובראשונה בין ספקי השירותים – בעיקר הרופאים, הנהנים מהעצמה הגדולה ביותר במערכת – לבין הצרכנים. מערכת הבריאות הישראלית איננה נבדלת מבחינות אלה ממערכות בריאות במדינות רווחה מערביות אחרות. בין המערכת והמנגנונים שלה לבין הפרט שאותו היא אמורה לשרת מתקיימים דפוסי שליטה ברורים. ביטוי בולט ביותר של שליטה זו היה עד לא מכבר חיוב השייכות להסתדרות כתנאי לקבלת ביטוח רפואי. ככלל, הפרט אינו יכול להשפיע על החלטות המערכת. גם אם מתקיימות בחירות להסתדרות, הקשר בינן לבין הנהלת קופת חולים הוא עקיף מאוד (על-פי תקנון ההסתדרות אין לחברים ייצוג בהנהלת הקופה ובסניפיה – ועדת נתניהו, שם). גם במישור היחסים בין רופא למטופל, מקבל השירותים נמצא בעמדת הנשלט. עד לא מכבר (1989) למטופל לא היתה אפילו הזכות לבחור את הרופא שיטפל בו. שליטתו של הרופא – ושל הממסד הרפואי – על המטופל מקבלת ביטויים שונים. כך למשל, נוטים רופאים שלא להתייחס לאופן שבו מציג המטופל את הסיבות המביאות אותו לרופא. הם מעדיפים לעבור מיד לייצוג הרפואי של "סימפטומים", תוך שימוש בשפה המחזקת את ההבדל בין "בעל הידע" לבין ה"הידיוט". ה"גיליון האישי" בו מצטבר המידע הרפואי על המטופל נתפס כרכוש השייך למוסד הרפואי ולא למטופל.

ג. המדיקליזציה של החברה

תהליך זה קשור באופן מיוחד למערכת הבריאות. אפשר להבחין כאן בשני היבטים הכרוכים זה בזה: אימוץ המודל ה"ביורפואי" לייצוג בעיות הבריאות ולטיפול בהן, והגדרת תחומים שונים של

2. מעניין להשוות את המערכת בכללותה עם תחום רפואי אחד שהיה מחוץ למערכת המדינית, ונבנה כולו על יוזמות ומוסדות של החברה האזרחית: תחום רפואת השיניים. למעלה מ-90% מטיפולי השיניים נעשים בשוק הפרטי; התשומות בתחום זה הן מאוד גבוהות – אזרחי ישראל משלמים לבריאות השן כ-11% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות (לעומת 6%-7% במרבית מדינות אירופה); ואילו התפוקה נמוכה יחסית, ויש הבדלים תלויי מצב כלכלי בנגישות ובאיכות הטיפול; ממרצע השיניים הפגומות מעששת בגיל 12 בישראל נמצא גבוה בכ-70% מהמקובל במדינות מערביות אחרות. המצב הזה חמור יותר בקרב מעוטי יכולת, כגון קשישים (ועדת נתניהו 1990, כרך ב', 125).

3. כמה מדדי בריאות ממחישים היטב את האי-שוויון הזה: בשנת 1991 שיעור תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה היהודית היה 6.9 לאלף לידות של תינוקות חיים (לשם השוואה, ביפן ובמדינות סקנדינביה שיעור תמותת התינוקות הוא מתחת לשש פטירות לאלף); בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית בישראל, לעומת זאת, שיעור הפטירות היה באותה שנה 14 לאלף. תוחלת החיים בקרב האוכלוסייה היהודית ב-1989 היא 74.9 שנה לגברים ו-78.5 שנה לנשים; תוחלת החיים בקרב האוכלוסייה הערבית באותה שנה היתה 72.7 שנה אצל הגברים ו-75.0 אצל הנשים (שביט 1992).

ההוויה האנושית כ"בעיות בריאות" פוטנציאליות. בישראל שולט המודל הביורופאי האמריקני, הבנוי על סדרה של צמצומים: צמצום האדם לכדי "מטופל" או "חולה"; תפיסה אורגניציסטית המצמצמת את בעיית הבריאות ל"מחלה"; צמצום התיאור הסיבתי של המחלה לאטיולוגיה "אורגנית", המתעלמת מההקשר הפסיכולוגי והחברתי של המחלות; פירוק האדם ל"מערכות" עצמאיות, שאינן שייכות ליחיד אלא לתחומי ההתמחות השונים; הגבלת נוהלי האבחון לאמצעים שמציעים הטכנולוגיה הרפואית והשיח האינסטרומנטלי שלה; אימוץ שיטת מחקר כמותית-סטטיסטית כשיטת המחקר הבלעדית.⁴

המודל הביורופאי מבחד תחומים שונים של ההוויה האנושית ותופס אותם כ"בעיות בריאות" פוטנציאליות (וראו לעיל את הדוגמאות של הריון ולידה או של התערבות הכירורגיה הפלסטית בעיצוב דימויים של יופי). יש לציין שלפחות בחלק מן התחומים האלה זוכה המערכת הרפואית לשיתוף פעולה מצד מנגנוני המדינה. למשל, רק מי שיוולדת בבית-חולים – ובכך מאשרת את הגדרת הלידה כבעיית בריאות פוטנציאלית – זכאית לדמי הביטוח הלאומי המיועדים ליוולדת. דוגמה נוספת היא קביעת הפרופיל הצבאי, והפסילה או הפטור משירות צבאי מטעמים רפואיים, לשירות הצבאי בישראל יש, כידוע, משקל רב הן כאמצעי סוציאליזציה והן כאמצעי שליטה. חלק לא מבוטל ממקרי הפטור מנוסחים במונחים רפואיים, והפרופיל הצבאי – שהוא הערכה רפואית – הפך לנתון מרכזי לקבלה למקום עבודה (אם כי לאחרונה הוא הוצא מן הדרישות הרשמיות לקבלה לעבודה בשירות המדינה). עד כמה רווחת בישראל הנטייה לתפוס "בעיות" כבעיות רפואיות, או לפחות כאלה שניתן למצוא להן מענה במערכת הבריאות, ניתן ללמוד מן העובדה שתכיפות הביקורים האמבולטוריים לנפש בישראל היא הגבוהה בעולם (שם, 187).

ד. שמירת ערכים הגמוניים

בחברה הישראלית, כמו בחברות רבות אחרות, יש לרפואה – ולרופאים – תפקיד בשמירה על הסדר הקיים ובטיפול ערכים תרבותיים הגמוניים. עניין זה בולט במיוחד ביחס למקומה ומעמדה של האשה. השיח הרפואי נוטה לייצג נשים בהקשר של המבנה והתפקוד הביולוגי ה"טבעי" שלהן, ולהשליך בקלות אפיונים מן ההקשר הביולוגי להקשר החברתי. במסגרת ויכוח על הפרייה מלאכותית כותב, למשל, גינקולוג בכיר:

קשה לי מאוד להבין את השורות הללו [מתוך מאמר ביקורתי מאוד כלפי ההפרייה החוץ-רחמית], במיוחד כאשר נכתבו על-ידי אשה אשר חייבת לדעת שהאינסטינקט האמהי הינו אחד האינסטינקטים היותר חזקים ומפותחים אצל אשה נורמלית, עד כדי כך שבשלבם שונים של חייה, הרצון להרות עולה לראש סולם העדיפויות שלה (עיתון חזשות, המוסף לשבת, 23.7.1993).

לא כאן המקום לנתח את הדברים בפירוט, אך בולטת הקביעה הכאילר-מדעית על אודות קיומו של אינסטינקט אמהי וההגדרה של אשה נורמלית כאשה המקבלת את הסדר הגברי ומציבה את הרצון להרות בראש סולם העדיפויות שלה.

III. מערכת הבריאות בשנות השמונים

א. נסיגת המדינה מן המערכת הרפואית

בסוף שנות השבעים, ובמיוחד בשנות השמונים והתשעים, החל במערכת הבריאות תהליך של שינוי, עם היחלשותן של המערכות הקשורות למדינה והתחזקותם, בד בבד, של מוסדות בריאות קיימים והופעתם של מוסדות חדשים, שניתן למקמם בחברה האזרחית (בין השאר מוסדות פרטיים כמו בית-חולים "אסותא" או "מדיקל סנטר", מוסדות ציבוריים כמו קופת חולים "מכבי" או "המאוחדת", וכן חברות ביטוח העוסקות בביטוחים רפואיים וסיעודיים).

4. מעניין לציין כאן שהניסיון היחיד לערער במקצת על מודל זה לא צמח מקברנות בחברה האזרחית, אלא מתוך מנגנון קופת חולים עצמו. היה זה ניסיון לבנות מסלול של רפואת משפחה המושתתת על תפיסה הוליסטית של האדם וסביבתו, תפיסה הרואה את המשפחה והחברה כרלוונטיות למחלה. כמרכיב הוקם בית-הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, שמוזקקתו הדגיש בתכנית הלימודים שלו היבטים פסיכולוגיים וחברתיים של הבריאות והמחלה.

כחלק מתהליך זה נחלשה קופת חולים של ההסתדרות והתחוקו הקופות הקטנות. אלה האחרונות – בעיקר "מכבי" ו"המאוחדת" – קלטו מבטחים צעירים, בדרך-כלל בני המעמד הבינוני ומעלה, בריאים יחסית וללא מחלות כרוניות (רק לאחרונה, כתוצאה מהתקדמות תהליך חקיקת חוק הבריאות הממלכתי, הגמישה "מכבי" את תנאי הקבלה). תוך הצעת שירותים טובים יותר, במחיר נמוך יותר. הן יכלו לעשות זאת לא מפני שהיו יעילות יותר ולא בגלל המס האחיד המועבר להסתדרות, אלא בעיקר כיוון שבקופת חולים הכללית האוכלוסייה הצעירה והבריאה סבסדה את ההוצאות של האוכלוסייה הצורכות יותר שירותי בריאות. הקופות הקטנות הציעו לקהל זה להיפטר מן הצורך לסבסד את הצרכנים הגדולים של שירותי בריאות (ברגלס וצדקה 1988, 3). במקביל הצטמצם המימון הממשלתי (המס המקביל, המשולם באמצעות הביטוח הלאומי). שיעור ההוצאה לשירותי בריאות ולתמיכה במוסדות בריאות ירד מ-54% מסך כל ההוצאות ב-1985 ל-46%-47% ב-1990. בעשור תשלי"ט-תשמ"ח (מ-1978 עד 1988) השינוי בולט הרבה יותר, כפי שעולה מן הטבלה הבאה:

שיעורי המימון של אספקת שירותי הבריאות על-פי גורמים (באחוזים)

מוסד	1978/9	1987/88
ממשלה	45	21
מעבידים	17	30
תשלום חברים לקופות	18	18
תשלום פרטי ישיר	20	31

מקור: שנתון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1991, 132-133.

כפי שטוען צ'רניחובסקי (Chernichovsky 1991, 15), בשנים אלה עבר עול המימון מן הסקטור הציבורי לסקטור הפרטי. לתהליך זה של התחזקות החברה האזרחית בתחום שירותי הבריאות – כלומר, התחזקות מוסדות פרטיים וגופים ציבוריים כמו הקופות הקטנות – יש שני פנים: האחד, פגיעה בנגישות לטיפול ובשוויוניות המערכת, כיוון ש"יכולת התשלום של האזרח היא הקובעת בלבד את הנגישות, הזמינות והאיכות של השירות הרפואי" (ועדת נתניהו 1990, כרך ב', 125); הפן השני הוא פגיעה ביכולת השליטה על מערכות הפעלות בעלויות גדולות ופגיעה ביעילות המערכת.

בשנים 1978-1987 הסיבה העיקרית לעלייה בהוצאות בריאות משק הבית היתה העלייה בהוצאות הרפואה הפרטית (עלייה של 102%; שם, 20). התחזקותו של המגזר העסקי בתחום שירותי הבריאות באה לידי ביטוי בתנעה של חולים, כמרגם של סגל רפואי, אליו (שם, 195).

שיעור הגידול השנתי של ההוצאה לשירותי בריאות פרטיים היה 8%, לעומת גידול של 2.7% בהוצאה הלאומית לבריאות באותה תקופה (שם). בדיקת השימוש במקורות המימון לפי סוג ההוצאה מגלה שהשינוי העיקרי בין 1980 ל-1987 היה גידול של 4%-8% ברפואת שיניים, ברופאים פרטיים וברכישת פרטית של תרופות ומכשירים רפואיים (שם, כרך א', 210). גידול ההוצאה הפרטית לא היה מוגבל לביקורים אצל רופא, אלא גילה גם הצריכה הפרטית של תרופות ומכשירים רפואיים ושל רכישת "ביטוחים משלימים" (שם, 50). כפי שטוען "דו"ח הרוב" של ועדת נתניהו (כרך א'), "בביצוע ההוצאה לבריאות [בולטת] העלייה בחלקם של... גורמים עסקיים" (שם, 211). כחלק מתהליך הפרטה זה מציע הדו"ח שהקופות יקבלו שירותי בריאות פרטיים מגופים פרטיים שיהיו קבלני משנה שלהן, ואף מציע לתת לאותם גופים פרטיים הלוואות ממשלתיות, כדי לעזור להם להתבסס (שם, 78). מעניין לציין שדווקא ב-1990, שנת פרסום הדו"ח, כשהממשלה הקטינה את תמיכתה בקופת חולים הכללית מ-16% ל-12%, במסגרת מאמצים להקטין את הגירעון בתקציבה (שם, 200), מציע הדו"ח שהמדינה תתמוך בגופים פרטיים "עד שיתבססו".⁵

גם קופות החולים החלו לגבות כסף על שימוש בשירותי בריאות, ולא בצורת ביטוח אלא באמצעות תשלום לתרופות, לביקורי רופא בשעות הלילה, ויש נטייה לגבות תשלום גם על ביקור רגיל אצל

5. ראוי לציין כי בין מחברי דו"ח הרוב בוועדת נתניהו בלט חלקם של נציגי ממסד בתי-החולים. אחד מהם, פרופ' מרדכי שני, שהיה אז מנהל בית-החולים שיבא בתל-השומר, מכוון היום (1995) כמנכ"ל משרד הבריאות והוא האחראי לביצוע הרפורמות במערכת.

רופא. זאת שיטת גבייה ש"מענישה" את החולים על כל הודקקות שלהם לשירותי הבריאות, וכמובן מענישה יותר את מי שזקוק להם יותר. "דו"ח הרוב" ממליץ על "השתתפות המבוטחים בעלות ביקורי רופא ברפואה האמבולטורית ותרופות" (שם, 82). ביטוי נוסף של האי-שוויון הגובר במערכת הבריאות הוא העובדה שגיוס המקורות למימון מערכת הבריאות הולך ונעשה רגסיבי יותר ויותר במשך הזמן (שם, 214). כלומר, בגלל התקרה הנמוכה של המס האחיד ובגלל ההנחות שנתנות קופות החולים לבעלי ההכנסות הגבוהות, כדי למשוך אותם אליהן, נוצר יחס הפוך בין רמת ההכנסה לשיעור התשלום: ככל שההכנסה גבוהה יותר כך קטן שיעור התשלום לביטוח הבריאות.

דוגמה הממחישה את העתקת הדגש ממנגנוני המדינה לחברה האזרחית היא שיטות ההספקה של חיסונים חדשים בישראל. כיוון שתחום הרפואה המונעת היה בעבר באחריותו של משרד הבריאות, החיסונים ניתנו בתחנות לאם ולילד, חינם (למעט תשלום מסוים על המעקב בתחנות טיפת חלב), כך ששיעור הילדים המחוסנים היה בין הגבוהים בעולם. לעומת זאת, שיטת החיסונים נגד דלקת קרום המוח (הנגרמת על-ידי *Haemophilus Influenzae*), שהוכנסה לישראל בשנות התשעים, שונה לחלוטין ומבטאת את שינוי המדיניות בתחום הבריאות. מי שהמליץ לחסן את הילדים עד גיל שנתיים לא היה משרד הבריאות אלא ארגון רופאי הילדים – כך שהיחזמה לחיסון לא היתה של המדינה אלא של ארגון השייך לחברה האזרחית. מימון החיסון היה אפוא פרטי, עד שבעת האחרונה החלו להתחרות עליו קופות החולים השונות – ובעיקר הכללית ו"מכבי". קופות החולים נכנסו לשוק החיסונים כחלק מן התחרות העסקית ביניהן, והן אף השתתפו במימון הפרסום לשיוק החיסון (יש לציין שהפרסום לא הסביר את הסיבות המצדיקות את החיסון נגד דלקת קרום המוח, אלא הדגיש את הולדת המחיר). למרות הסבסוד מחירו של החיסון, הניתן בסדרת וזיקות ומחייב כמה ביקורים נפרדים, הוא לפחות 75 שקל לילד, ואין כל מנגנון בקרה או פיקוח על ביצועו. העברת היחמה והאחריות לחיסון מן המדינה לחברה האזרחית הביאה, אם כן, לגביית מחיר עבוור, ובעקבות זאת גם לירידה בשיעור המחוסנים.⁶

ב. העמקת המדיקליזציה של החברה

ניתן אפוא לסכם ולטעון שהיחלשות המדינה והתחזקות החברה האזרחית בתחום הבריאות הביאו להסחרה-מחדש (recommodification) של שירותי הבריאות, ועם זאת להעמקת האי-שוויון בהספקתם. בדיקת השינויים שחלו בשנות השמונים מעלה שלמרות התהליך הזה, לא חלו שינויים משמעותיים בתחומי המדיקליזציה של החברה והדמוקרטיזציה של מערכת הבריאות; לא חל שינוי בחלוקת הכוח במערכת הבריאות ולא קמו אלטרנטיבות לתפקיד הממסד הרפואי בשמירה על הסדר הקיים.

בחברה הישראלית אין ערעור של ממש על המודל הביורופאי; במידה מסוימת הוא אף התחזק, בתחרות בין קופות החולים הושם דגש יתר על עידוד הפנייה לרופא "מומחה" – להבדיל מרופא המשפחה, וכך משתרשת התפיסה האורגניציסטית של המחלות, גוברת הנטייה להבין את האדם כאוסף של איברים, וגובר הניתוק מההקשר הבין-אישי והחברתי של המחלות. גם שיטת התגמול לרופאים לפני כל פעולה, בעיקר בתחומי הכירורגיה ("fee for service"), מעודדת פעולות כירורגיות פולשניות. השפעתם של תמריצים כספיים מסוג זה גדלה ככל שהמערכת הרפואית חשופה יותר להגיון השוק הכלכלי. פירוש הדבר שתהליכי ההפרטה במערכת הבריאות רק מעצימים את המודל הביורופואי ואת מנגונות המדיקליזציה של החברה שהוא משרת. עניין זה מוצא ביטוי מפורש ב"דו"ח הרוב" בוועדת נתניהו (כרך א'), שם נטען שיש צורך ב"תמריץ להרחבת הפעילות הרפואית" (שם, 62), כלומר לפיתוח מנגנון ההתערבות הרפואית כך שיכסה יותר ויותר תחומי חיים. אמנם בחברה האזרחית קיימת התארגנות כלשהי הקוראת תיגר על המקצוע הרפואי – האופציה של הרפואה האלטרנטיבית, אך היא אינה משנה את יחסי הכוח בין הרופא למטופל ואיננה מתמחדדת עם המחלה בהקשריה החברתיים, אלא רק בוחרת בסוג אחר של טיפול, שנתר ממוקד פנייה. ועוד יש להוסיף את המובן מאליו, הנעלם לפעמים מן העין: תחום הרפואה האלטרנטיבית מהווה מישור להתפשטות השוק, שהרי ברוב המקרים מדובר בטיפול הניתן באופן פרטי, בעלות גבוהה למטופל. לכן אין לדעתי לראות את התפשטותן של שיטות טיפול אלטרנטיביות רק כקריאת תיגר

6. עקרונית ניתן לפרש את אי-קבלת החיסון כאקט של בחירה חופשית ושל מרד בממסד הרפואי, אך לא זה המקרה כאן. שהרי ההחלטה שלא לחסן מונעת בעיקר משיקולים כלכליים. היה אפשר, לעומת זאת, להציע את החיסון במסגרת של התחנות לאם ולילד והשאיר בידי ההורים את הבחירה אם לחסן או לא.

על הרפואה המערבית המקובלת, אלא כפרי פעילותם של יומים המחפשים אפיקי התפתחות והתרחבות שונים במתן שירותי בריאות. נוסף על כך הממסד הרפואי (בעיקר בתי-החולים אסף הרופא והדסה עין-כרם) מאמצים זה וזמן-מה שיטות טיפול אלטרנטיביות למסגרת עבודתם הרגילה, מבלי שהדבר ישנה באופן עקרוני את יחסי הכוח בין המטופל למטפל או יעניק למטופל אפשרויות חדשות להתערב במהלך הטיפול.

לא חל שינוי בתפקיד הממסד הרפואי כתומך בערכים ההגמוניים וכמטיף להם,⁷ לא צצו יחמות הקוראות תיגר על תפקידו זה, וגם לא קמו ארגונים המגינים על צרכני שירותי הבריאות. גם החלופות השונות שקמו לשירותים שמציעה קופת חולים הכללית – הקופות הקטנות, הביטוחים המשלימים – לא גרמו לשינוי משמעותי בתחום הקשר בין המנגנון לפרט. "דו"ח הרוב" של ועדת נתניהו חזר ומאשר כי ברוב הקופות אין ייצוג לחברי הקופה בהנהלתה ובסניפיה, והמבנה הלא ייצוגי הזה מעוגן בתקנוני הקופות (שם, 54). היחס למבוטחים אינו משקף מערכת יחסים בין שותפים להחלטות אלא יחסים בין ספק ללקוח: התפיסה הנוכחית של שירותי הבריאות אמנם איננה רואה את המטופל כ"נוק" – במונחי המערכות הבריורקרטיות של מדינת הרווחה – אך היא גם איננה רואה אותו כאדם אוטונומי; היא רואה בו לקוח לכל דבר – השפה היא שפת השוק, וההשפעה שהמערכת מוכנה להקנות למשתמשים בשירותיה היא כמידת ההשפעה שמוכנות, למשל, תפיסות ניהול עכשוויות (כמו TQM) לתת ללקוח בעיצוב ובשיווק המוצר.

השינוי המשמעותי היחיד כמעט שחל בשנות השמונים הוא האפשרות שניתנת היום לצרכני שירותי הבריאות לבחור את הרופא שיטפל בהם. קביעת הרופא על-ידי המנגנון היתה אחד הביטויים הבוטים ביותר של שליטת המערכת במטופלים ושינוי זה, למרות שהוא נעשה בתוך המודל הבריורפואי ובמסגרת יחסים של ספק-לקוח, מקנה למטופל כוח שלא היה לו קודם. ועם זאת, לאור התופעות שראינו לעיל, ברור שזהו שינוי מקומי ובעל אפקט מוגבל, שינוי קוסמטי המקנה אשליה של בחירה בתוך מערכת שכל האילוצים העקרוניים בה בעינם עומדים.

IV. מושג החברה האזרחית

במהלך הדיון עד כה השתמשתי במושג החברה האזרחית באופן לא ביקורתי. ברצוני להבחין עתה בין שתי תפיסות מנוגדות של המושג ולטעון שהתפיסה האחת, שרווחת בין השאר אצל תומכי ההפרטה של מערכת הבריאות, איננה מסוגלת להסביר את התמורות שעברו על המערכת, בעוד שהתפיסה האחרת מציעה הקשר מאיר עיניים לביאורן.

בתפיסה המודרנית הרווחת של החברה האזרחית נתפסת זו כספירה נפרדת מן המדינה ומן הכלכלה, אחת משלוש ספירות אוטונומיות: מדינה, כלכלה וחברה אזרחית. ההפרדה בין הספירות נתפסת כאחד ממאפייניה היסודיים והעקרוניים ביותר של המודרניות, והיא מונחת כעובדה מוגמרת וכנורמה ראויה. שלוש הנחות מובלעות בתפיסה זו: א. הכלכלה נתפסת כמערך יחסים חברתיים המתנהל על-פי חוקים משלו, שהם כמעט בגדר חוקי טבע – כלומר, מאומצת כאן נקודת המבט של הכלכלנים הליברלים;⁸ ב. למונח "פוליטי" מונקת משמעות מצומצמת המגבילה אותו לתחום המדינה;⁹ ג. החברה איננה נתפסת עוד כטוטאליות, ולו גם כטוטאליות מקרה, רגעית, שאינה קבועה מראש (Cohen and Arato 1992, 58, 71).

לדעתי, אם מקבלים את הטענה בדבר האוטונומיה של הספירות השונות אי-אפשר להבין את קשרי הגומלין ביניהן – קשרים שגם חסידי הגישה האוטונומית מודעים להם ומכירים בקיומם (למשל, איך מאבקים המתנהלים בספירה של המדינה משפיעים על הכלכלה, או ההפך – כיצד יחסי הכלכלה מעצבים מאבקים פוליטיים). חלק מההוגים (למשל Offe) מסבירים את הקשרים האלה

7. דוגמה אחת מני רבות להגנה על ערכים הגמוניים במסווה של פרסום מדעי ניתן לראות בסקירתו של ד"ר מ. פישר על הגלולה. הוא כותב: "לא מיותר, בעידן האיידס, להבהיר שגלולות אינן מונעות מחלות המועברות דרך איברי המין. יש לעודד לאסרטיביות בתחום המיני, לשימוש בקונדומים ולמונוגמיה" (פישר 1993, 21, ההרגשה במקור).
8. הם מזהירים, למשל, מפני "התוצאות הרות האסון של ביטול הרציונליות הכלכלית בתהליך הפוליטיזציה של הייצור ובחלוקה (distribution)" (שם, 75).
9. כפי שכותב דהרנדרוף (Dehrendorf 1993): "אין די בדמוקרטיה ובכלכלת שוק; כדי להבטיח את החירות יש צורך בצלע שלישית: החברה האזרחית. המאפיין המהותי של החברה הפתוחה הוא ניהול חיינו במסגרת ארגונים אשר מחוץ למדינה. הספירה הציבורית – ולבטח זו הכלכלית – אינן בעיקרן פוליטיות" (430).

באמצעות מושג נוסף – "החברה הפוליטית", המתווכת בין החברה האזרחית למדינה; אחרים רואים אותם כקשרים של תשומות ותמורות בין מבנים אוטונומיים (למשל, Cohen and Arato 1992, 430).¹⁰

בעיה נוספת בתפיסה זו של החברה האזרחית היא שההתייחסות אליה כאל המקום החברתי המהותי של החירות מביאה להדגשת תפקידם של המבנים החברתיים ולהמעטה בערכם של היחידים הפועלים (agents). לתנועות החברתיות נודעת חשיבות רק בזכות מיקומן המבני בתוך החברה האזרחית ולא בשל פעילותן כסוכני פעולה קולקטיביים.¹¹ אחת המגבלות הנובעות מראייה זו היא הנטייה לראות את החלוקה בין החברה האזרחית, הכלכלה והמדינה כסגורה וסופית. למרות שהפרדה זו כשלעצמה היא תולדה היסטורית, אין במסגרת התיאורטית המתוארת כל אפשרות לחשוב על ההיסטוריות של הפרדה, זאת משתי סיבות: האחת מושגית-לוגית – אם כל שינוי מוסבר במונחים של איזונים בין שלוש הספירות, אין כל אפשרות לחשוב על שינוי במונחים שאינם מניחים כבר את הפרדה ביניהן; השנייה נורמטיבית – לדידם של אותם הוגים כל שינוי בהפרדה בין הספירות יהיה אנטי-מודרני.

אליבא דכהן ואראטו, ההוגים הסוציאלי-דמוקרטים ראו במדינה כוח נייטרלי, ולכן האמינו ששינוי שלטוני יספיק לשינוי החברה. הם לא היו ערים לפוטנציאל הדיכוי שבמנגנון המדינה עצמו. רעיון החברה האזרחית, לעומת זאת – שהיום גם הסוציאלי-דמוקרטים נשענים עליו – רואה במדינה כוח שלילי בהגדרה ואת החברה האזרחית כסייג לעוצמה המדינתית ובסיס להגבלת השפעתה. הצגת שתי אלטרנטיבות אלה כבלעדיות אינה מאפשרת להבין את המדינה, כמרגם את החברה האזרחית, כשדה שמתנהלים בו מאבקים בין כוחות שונים.

מול התפיסה הליברלית הזו אני מבקש, כאמור, להציג את תפיסתו של אנטוניו גראמשי. גראמשי מבין את החברה האזרחית כ"קבוצת הארגונים שנהוג לכנותם 'פרטיים'". תפיסתו בעניין זה אינה אחידה יש בה סתירות לא מעטות (Adamson 1987): לעתים הוא רואה את החברה האזרחית כספירה שניצבת מול המדינה, ולעתים כשייכת לה (Gramsci 1975, 535, 573). סתירות אלה הביאו לפרשנויות שונות של המושג הגראמשיאני. כמה מהפרשנים טוענים שגראמשי רואה את החברה האזרחית כחלק ממבנה-העל, כמישור הנבדל מהכלכלה (Bobbio 1985, Adamson 1987, Cohen and Arato 1992). אני אינני מסכים עם טענה זו. לדעתי, יש די תימוכין בטקסט של גראמשי לכך שגם הוא, בדומה להגל ולמרקס, כלל את הספירה הכלכלית בתוך החברה האזרחית (Gramsci 1975, 576, 579). לדעתי אפשר להסכים עם הול, הטוען שמושג החברה האזרחית מקבל אצל גראמשי משמעות כפולה: מחד גיסא הוא החוליה המקשרת בין הבסיס למבנה-העל (Gramsci 1975, 469) – ולכן אין כאן תפיסה של הספירות השונות כאוטונומיות – ומאידך הוא מתכוון לספירות שאינן כלולות לא במדינה ובחברה הפוליטית ולא בספירה הכלכלית (Hall et al. 1977, 63).

למרות האי-בהירות הזאת, למושג החברה האזרחית נודעת אצל גראמשי חשיבות רבה, בעיקר בגלל שני אפיונים מרכזיים שלו: להבדיל מתפיסת החברה האזרחית שתוארה קודם, אצל גראמשי החברה האזרחית איננה יש אנטולוגי אלא קטיגוריה מתודולוגית.¹² היא גם איננה מייצגת את החירות אל מול עוצמתה של המדינה ואין לה ערך כשלעצמה, אלא – כמו המדינה – היא שדה למאבק על ביסוס ההגמוניה ושמירתה. הניגודים המאפיינים את החברה האזרחית אינם בין מבנים

10. טענתם לאוטונומיה של הכלכלה מביאה אותם לאמירות כגון: "אילוצים תקציביים נוקשים מציינים רמה גבוהה של התבחנות [של המדינה מן הכלכלה], המבוססת על מבנה ציפיות שבו הצלחה וכישלון תלויים בצורות של תחרות כלכלית בין יחידות כלכליות שונות... אילוצים תקציביים נוקשים (הסירוב להעניק פיצוי על כשלונות כלכליים) ממקדים את תשומת-הלב בצורך לקיים את הכלכלה בתחומה המובחן, עם מידה רבה של ניווט עצמי (self regulation)" (Cohen and Arato 1992, 468). הטענה לאוטונומיה של הספירות השונות היא ביטוי תיאורטי של ההגנה על קיומו של שוק חופשי, בעל רצינות ממשל, מוגן מהתערבות פוליטית. בהתייחס לטענה זו ניתן, לדעתי, לטעון עם ג' אלי (Ely 1993), ש"חברה אזרחית שסולקו ממנה הכלכלה, האיגודים המקצועיים, האוניברסיטאות, בתי ההוצאה לאור ושאר המאפיינים המוסדיים של [החברה האזרחית של] הגל היא מושג שהוא כמעט חסר כל מובן במדינת הלאום הליברלית" (176).
11. הם כותבים, למשל: "הגורם הפועל, או הסובייקט, של התמורה [בחברה] חייב להיות חברה עצמאית או חברה שמתנהלת מעצמה" (Ely 1993, 32).
12. ההבחנה בין מדינה לחברה אזרחית היא "הבחנה שכולה עניין של מתח ולא עניין אורגני, ובחיים ההיסטוריים הממשיים החברה הפוליטית והחברה האזרחית הן אותו הדבר עצמו" (Vacca 1982, 55).

אלא בין סובייקטים קולקטיביים – קבוצות של יחידים בעלי אינטרסים משותפים ותודעה משותפת פחות או יותר של מצבם – הפועלים במסגרת מוסדית (institutional frame). גראמשי מפתח את מושג החברה האזרחית בניסיון להבהיר את תנאי המאבק ההגמוני בחברות המערביות – מאבק המתנהל, לפי תפיסתו, בין שני מעמדות, שני סובייקטים מאוחדים הנקבעים א־פריורי: הבורגנות והפרולטריון. כאן – ולא בחוסר הבהירות בתיחום המושג – נעוצה לדעתי הבעיה העיקרית בתפיסתו.

אני מבקש לשאול מגראמשי את שני המאפיינים העיקריים האלה של החברה האזרחית. אפשר, לדעתי, לעשות זאת מבלי להתחייב להנחה הטלאולוגית (ההגליאנית-מרקסיסטית) שהתפיסה הגראמשיאנית חדורה בה וגם לא להנחה על קיומו של סובייקט מאוחד – כלומר מעמד – שזהותו נקבעת בספירה הכלכלית. אפשר לראות את הסובייקטים המשותפים במאבק ההגמוני כסובייקטים המגדירים את זהותם תוך כדי אותו מאבק, ולראות בחברה האזרחית זירת מאבק שבה מתעצבת זהות זו.¹³ אשתמש בתפיסה הגראמשיאנית כדי להסביר את התמורות שחלו במערכת הבריאות הישראלית. התפיסה האלטרנטיבית של החברה האזרחית – כספירה אוטונומית שמעצם הגדרתה מבטיחה חירות יחסית והתנגדות לשליטת המדינה ומגנוניה – לא תצליח להבנת התמורות האלה.

V. מערכת הבריאות והפרויקט ההגמוני

בדיקת השינויים שחלו במערכת הבריאות משנות השמונים מראה, לדעתי, את מגבלותיו של המודל ההסברי המחלק את החברה לשלושה מישורים אוטונומיים – מדינה, חברה אזרחית ושוק – ורואה בחברה האזרחית את המקום למימוש החירות. בדיקת השינויים, הן לפי המידה שבה צומצמה ההסחרה והן לפי חלוקת העוצמה במערכת, מראה, לדעתי, שהיחלשות המדינה אינה מובילה בהכרח להגברת החירות. בנוסף לכך, כפי שראינו לעיל, המודל ההסברי הזה אינו מאפשר לנו לקשר בין התמורות שבשלושת התחומים: מדינה, כלכלה וחברה אזרחית. ואילו המודל הגראמשיאני – הרואה בחלוקה שבין מדינה לחברה אזרחית כלי מתודולוגי ולא הבדל אונטולוגי – מאפשר, באמצעות מושג ההגמוניה, להבין את התמורות במגזרים השונים כקשורות זו לזו. בשל כך הוא מסוגל, למרות מגבלותיו, להסביר טוב יותר את התמורות במערכת הבריאות.

אפשר להסביר את השינויים שחלו במערכת הבריאות הישראלית כחלק משינוי בפרויקט ההגמוני. "פרויקט הגמוני" אינו מצוין כוונה מודעת של סובייקט מאוחד, או של קבוצת יחידים "קשרי קשר"; מדובר במבנה לא-הכרחי שיש בו היגיון פנימי אבל לא כוונת מכוון, והוא מתגשם תוך כדי מאבקים על ההגמוניה בין סובייקטים שזהותם אינה קבועה מראש, אלא מתגבשת ומשתנה תוך כדי המאבק וההתחככות אלה באלה. כוונתי לפרויקט הגמוני שניתן לכנותו "פוסט-פורדיזם" (Murray 1988, 8–14; Hall 1991, 57–65). ברצוני לפרש את המושג בקצרה ולבחון את מידת הרלוונטיות לחברה הישראלית בכלל, ולשינויים במערכת הבריאות בפרט.

מושג הפוסט-פורדיזם מבקש לתאר את השינויים שחלו במודל ההגמוני של המדינות הבת-ר-תעשייתיות – שינויים במדל הצבר הון, שינויים תרבותיים, מוסדיים וכו'. מדובר בשילוב בין שלושה גורמים: מודל חדש של יחסים כלכליים, הופעת צורות חדשות של התארגנות חברתית וטרנספורמציה של השדה התרבותי. המודל הכלכלי החדש כולל "מהפכת מידע", דגש על כלכלת שירותים, סחר חופשי, צמצום המגבלות על העברת הון, העתקת תעשיות מסורתיות לאזורים פריפריאליים, כלכלה גלובאלית, היחלשות מדינת הלאום כמסגרת אוטונומית יחסית לקביעת מדיניות כלכלית, ואבטלה כאפיון מבני-כרוני של המשק. צורות ההתארגנות החברתית החדשות – תנועות חברתיות וולונטריות וחציר-ולונטריות, שהסובייקטים שלהן הם נשים, מיעוטים אתניים או "ידידי הסביבה" – מופיעות על רקע ירידת משקלם של האיגודים המקצועיים והמפלגות המסורתיות. השדה התרבותי הוא שוק בפני עצמו, שוק של סחורות תרבותיות, שבעצמו מהווה שדה להתפשטות היחסים הכלכליים והחברתיים החדשים, מספק להם ביטוי ומעניק להם לגיטימציה.

13. בעצם, כפי שמציינת מוף (Mouffe 1979), כבר אצל גראמשי יש רמז לכך שהסובייקט אינו בהכרח מעמד, אלא קבוצה המייצבת את זהותה תוך כדי המאבק. הסובייקט של המאבק ההגמוני לפי גראמשי אינו המעמד אלא ה"בלוק ההיסטורי", בלוק שאמנם נבנה סביב מעמד, אך כולל בתוכו קבוצות חברתיות שונות.

מנקודת מבט מבנית, פוסט-פורדיזם הוא "שינוי במשטר הצבירה ובאופני הוויסות (regulation) החברתי והפוליטי הקשורים בו, שינוי ואופנים המתבטאים בגורמות ומנהגים, בחוקים וברשתות ויסות" (Lipietz 1986, מצוטט אצל Harvey 1989, 122). השינויים ברמת הייצור מתבטאים במעבר מכלכלה של מדרג (scale) לכלכלה של מגזר (scope) – דהיינו מייצור המוני לייצור גמיש ("just-in-time"), שמטרתו לייצר פחות סחורה אך בהתרעות יותר קצרות, כלומר עם אפשרות לתגובה מהירה לשינויים בביקוש. כמרכן מדובר בשינוי מבנה כוח העבודה – הרחבת מגזר השירותים והעברת הייצור התעשייתי המסורתי למדינות שבהן כוח העבודה הוא זול יותר. ברמת החליפין השינויים מתבטאים בצמיחה ובהתרחבות של המגזר הפיננסי ובהסרת הגבלות – הן הטכנולוגיים הן המינהליים – למעבר חופשי של ההון בין מדינות ובתוכן, בין מגזרי חברה ושוק שונים. ואילו ברמת הצריכה מדובר בהסחרה של חיי היומיום, כשמוצרים, המתיישנים במהירות ומחולפים לעתים קרובות, מוצגים כ"סגנון חיים", שהופך לערך נערץ (שם, 122). הביקוש נעשה נוזל יותר ומפולג – כלומר, השיווק מתרכז ב"פלאחי שוק" – כשהדגש הוא על "מקסימליזציה של הבחירה האישית באמצעות צריכה אישית" (Hall 1991, 59). היבט חשוב נוסף של המודל הפוסט-פורדיסטי הוא הופעת שיטות חדשות של שליטה על העובדים – חוזים אישיים, עבודה במשרות חלקיות או דרך קבלני משנה, ובמקביל היחלשותם של האיגודים המקצועיים. להסחרת חיי היומיום קשור גם הניסיון – המרכזי מבחינת ענייננו כאן – לכבוש מחדש למגזר הפרטי תחומים השייכים למגזר הציבורי (למשל תכניות הפרטה של חברות לאומיות ושל שירותי מדינת הרווחה; Offe 1984, 152; Murray 1988, n. 11; Jessop et al. 1989, 129).

גם בישראל ניתן לזהות סימנים ברורים של תופעות אלה (גם מבלי להיכנס לניתוח מפורט, החורג ממסגרת הדיון הנוכחי). בשנות השמונים חלה עלייה משמעותית ברווחי ההון לעומת רווחי העבודה (מרגלית 1993). כמרכן חל תהליך של "הגמשת שוק העבודה ויחסי העבודה, נוסף להגמשה של שיטות הייצור והשיווק" (שם), שמשמעותו היחלשות ארגוני העובדים, הן בקביעת תנאי העבודה והן מבחינת השפעתם על הנעשה במקומות העבודה. בתחום ארגון העבודה והניהול הגמיש, מבחינת המפעל, פירוש ההגמשה הוא התרת הפיקוח של ארגוני העובדים בנושאים כגון הצבה לתפקידים, העברה מתפקיד לתפקיד וכו' (שם). ברמת השכר והתשלומים הסוציאליים מתבטאת ההגמשה בהקלה בתשלומים הסוציאליים המוטלים על המעסיק, בשינוי מבנה השכר והצמדתו לתפוקה, בביטול ההסכמים הקיבוציים ובהופעת חוזים אישיים ושימוש בקבלני משנה. נוסף על כך, שוק העבודה התפצל לשוקים מקבילים – שוק של עבודה יקרה ושוק של עובדים זולים ולא מאורגנים.

מהלכים אלה נעשים תוך כדי שינוי האווירה הציבורית בנושא מעמדה של מדינת הרווחה. אמנם בישראל יש עדיין תמיכה רחבה – אידיאולוגית, פוליטית וכספית – במוסדות מדינת הרווחה, אך בשנים האחרונות חל בה כרסום, בעיקר בתחומים כמו דמי אבטלה. מתפתחת "מתקפה תרבותית" המטפחת ערכים כמו "צריכה" (המשתנה תדיר), "פתיחות", אחריות של הפרט לעצמו, המציגה את המערכות הציבוריות באור שלילי, יוצרת דימוי של המובטל כסרבן עבודה ומערערת על הלגיטימציה של השדולות החברתיות למיניהן. כפי שכותב דורון: "התמיכה הפוליטית, האינטלקטואלית, המוסרית ובעיקר החומרית במדינת הרווחה הצטמצמה כמעט לגמרי בתקופת זמן זו" (דורון 1993, 17). גם אצלנו יש ניסיון להחזיר לספירת השוק תחומים שהיו עד כה ציבוריים (כבר ציינתי את תהליכי ההפרטה במערכת הבריאות, אך תהליכי הפרטה מתרחשים גם במגזר היצרני, בחינוך ובשירותים אחרים).

לדעתי, גם את השינויים שחלו במערכת הבריאות ניתן לראות כביטוי לשינוי במודל ההגמוני. הניסיון להעביר שירותים שניתנו בעבר על-ידי מערכות ציבוריות למערכות פרטיות, פירשו מתן אפשרות למגזר העסקי להיכנס לתחום שיש בו שוק מובטח (הצריכה בבריאות היא עצומה ונקבעת במידה רבה על-ידי ההיצע; ספק השירות – הרפא – הוא שקובע את צריכת אמצעי האבחון והטיפול), עם התיישנות מהירה ביותר של המוצרים (הן תרופות, הן אמצעים אבחנתיים). תהליך זה אינו "משחק סכום אפס", שבו המדינה נחלשת והחברה האזרחית מתחזקת; מדובר במגמה של הגברת התמיכה של המדינה בתהליכי הסחרה-מחדש, ברכים שונות:¹⁴ הפחתת התמיכה במערכת הציבורית, תיאגוד בתי החולים וסבסוד של קבלני משנה פרטיים (כפי שהוצע בדריח ועדת נתניהו);

14. מדובר, בין השאר, בסבסוד "יזמים" בתחום הבריאות, כפי שהרוב בוועדת נתניהו הציע; מתן אפשרות לרופאים פרטיים להשתמש במתקני רפואה ציבוריים במסגרת שר"פ; חלוקת זכאויות וקבלניות משנה להספקת שירותים מסוימים שהפיקוח עליהם נשאר בידי המדינה ועוד.

בעת ובעונה אחת מדובר גם בהתרחבות השוק לתחומים חדשים, ביצירת זיקות גומלין חדשות בין המדינה לבין המערכות המספקות שירותי בריאות, ומעל לכל, בצמצום הגישה של האזרח למוקדי הכוח והניהול בממסדי הרפואה השונים.

תופעה פוסט-פורדיסטית אחרת, פילוח השוק, קיימת ביסוד התכניות של "ביטוח משלים", המציעות "חבילות בריאות" מיוחדות לאוכלוסיות שונות. תופעה נוספת המאפיינת את השינויים שחלו במערכת הבריאות הישראלית ומתאימה למעבר למודל פוסט-פורדיסטי היא היחלשות הסולידריות בתוך המערכת, היחלשות המתבטאת במעבר של שכבות הביניים לקופות שפוטרו אותן מהתמיכה בקבוצות חלשות (חולים כרוניים, קשישים, נתמכי סעד).

מאפיין נוסף של השינויים של השנים האחרונות, המדגים את הנטייה להרחבת האפשרויות של הבחירה האישית כמה שיותר – המעבר ממרפאה קהילתית למרפאה פרטית של רופא עצמאי – מחליש את הקשר בין הטיפול בבריאות לבין הקהילה, ומסתיר עוד יותר את הפן החברתי של המחלה. תהליך זה מבוסס על הפיכת הרופא לקבלן משנה של הקופות, המעסיקות עובדים בחוים אישיים – שתי תופעות השותפות להחלשת האיגודים המקצועיים. מעבר זה מפר גם את האיוון שבין עובדי הבריאות השונים, מנתק את הרופא משאר עובדי המרפאה הציבורית, הופך אותו עצמו למעסיק של מזכירה או סיעת, ומקנה לו שליטה עוד יותר גדולה על המערכת.

ההצדקה האידיאולוגית לתהליכים אלה מתנסחת במונחים של תרבות פוסט-פורדיסטית (או פְּרֵדֵה מדינת-הרווחה): בחירה חופשית, יעילות, תפוקה גבוהה. כש"אנשי הרוב" בוועדת נתניהו באים לתאר את הערכים המנחים אותם הם כותבים: "ערכים משתנים של החברה בת-זמננו, בהם ערכים של מאזן התועלת מול העלות (לפרט ולחברה), של יעילות, של איכות ושל זכות בחירה חופשית לחולה" (נתניהו 1990, כרך א', 62). ובמקום אחר: "גישה מקובלת רואה בקיומה של רפואה פרטית לשם חלוקת רווח גורם מעודד תחרות ומחייב את המערכת הציבורית להתייעל ולשפר את השירות לאזרח" (שם, 313).

ניתן, לדעתי, לומר שהשינויים שחלו במערכת הבריאות אינם תוצאה של שינוי באיוון בין המדינה לבין החברה האזרחית, אלא הם תוצאה של שינויים שהתרחשו בשני המישורים גם יחד. הבנת החברה כמערכת איוונים בין מבנים אוטונומיים אינה יכולה להסביר מדוע היחלשותו של המנגנון הרפואי הקשור למדינה, והתחזקותם של מוסדות הבריאות הממוקמים בחברה האזרחית הביאו בעת ובעונה אחת הן לתהליך הסחרה-מחדש של החברה והן להעמקת המדיקליזציה שלה. כדי להסביר את השינויים הללו יש, לדעתי, להתייחס אל החברה האזרחית ואל המדינה כאל מכלול אחד ולאתר בתוכו את השינויים. כפי שניסיתי להראות כאן, שינויים אלה מתאימים לפריקט הגמוני פוסט-פורדיסטי.

אייאפשר, לדעתי, להציג את חיזוק החברה האזרחית כאלטרנטיבה לניכור ולדרכי השליטה של מנגנוני מדינת הרווחה. מנגנונים אלה אינם רק מנגנוני שליטה. נכון הוא, כפי שטוען אופה, שפעילויות הקשורות באכילה, במיניות, בבריאות ובמחלה יצאו משליטת נורמות תרבותיות מסורתיות, ויותר ויותר הן נשלטות על-ידי המדינה, שמנחילה אותן (Offe 1984, 277). באמצעות מאבק פוליטי ניתן לפתח תחומים של החיים החברתיים, שבהם צומצמה ההסחרה על-ידי התערבות של מדינת הרווחה, ולהפכם לתת-מערכות אוטונומיות יחסית של חיים, המכוונות לייצור ולחלוקה של ערכי שימוש (שם, 265).

המאבק הפוליטי שעליו מדבר אופה אינו יכול להתרחש רק במערכת המדינה, שהרי אם כך, לא תהיה הגבלה לשליטתה; אך הוא גם לא יכול להתנהל רק במסגרת החברה האזרחית, כי לה לבדה אין היכולת הדרושה לעצור, להגביל או לתעל תהליכים של הסחרה-מחדש. המאבק הפוליטי בתחום שירותי הבריאות חייב אפוא להיות כפול: בתחום מנגנוני המדינה – מאבק לבניית מערכת שוויונית ונגישה, תוך צמצום תחומי ההסחרה (למשל על-ידי חקיקת חוק בריאות); בתחום החברה האזרחית – מאבק להקמת גופים המגבילים את כוחה של מערכת הבריאות והמגינים על צרכני שירותי הבריאות מפני שליטתו של הממסד הרפואי; ליצירת בקרה של הקהילה על שירותי הבריאות הפועלים בקרבה, ליצירת אלטרנטיבות למודל הבירורפואי וכיוצא בזה. ועל כן האתגר אינו לחזק את החברה האזרחית מול עוצמתה של המדינה, אלא להציב פריקט הגמוני אלטרנטיבי.

רופא בקופת חולים הכללית,

המכון להיסטוריה ופילוסופיה של המדעים והרעיונות ע"ש כהן, אוניברסיטת תל-אביב

ביבליוגרפיה

- ברגלס, א., וצדקה א., 1988. ניתוח כלכלי של מערכת הבריאות, המרכז לפיתוח על שם פנחס ספיר, תל-אביב.
- דורון, א., 1993. "השחיקה של היסודות הסוציאלי-דמוקרטיים במדיניות הרווחה הישראלית", מפנה 1 (מאי).
- ועדת נתניהו — ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, 1990. כרך א': "דו"ח הרוב"; כרך ב': "דו"ח המיעוט".
- מרגלית, א., 1993. "ההסתדרות בשנות התשעים — צורות חדשות של המאבק החברתי", מפנה 1 (מאי): 25–24.
- פישר, מ., 1993. "הגלולה", *Pediatrics Update* 4.
- שביט, נ., 1992. מצב הבריאות והוצאה לבריאות בישראל ובמדינות המערב, הוצאת קופת חולים, תל-אביב.
- Adamson, W., 1980. *Hegemony and Revolution*. Berkeley: University of California Press.
- , 1987. "Gramsci and the Politics of Civil Society," *Praxis-International* 7 (October–January): 320–339.
- Anderson, P., 1981. *Las Antinomias de Antonio Gramsci*, Editorial Fontamara. Barcelona: Editorial Fontana.
- Bobbio, N., 1985. "Gramsci y la concepcion de la sociedad civil," in his *Estudios de la Historia de la Filosofia*. Madrid: Editorial Debate.
- Central Bureau of Statistics, 1990. Tables 3–4, pp. 132–133.
- Chernichovsky, D., 1991. *Economic Dimension of the Crisis in the Israeli Health Care System*. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- Cohen, J., and A. Arato 1992. *Civil Society and Political Theory*. Cambridge: MIT Press.
- Dahrendorf, R., 1993. "Mas Alla del Mercado," *La Ciudad Futura* 36 (Autumn).
- Ely, J., 1993. "The Politics of Civil Society," *The New Political Science* (Spring): 173–191.
- Fisher, S., 1991. "A Discourse of the Social: Medical Talk/Power Oppositional Talk?" *Discourse and Society* 2: 157–182.
- Gramsci, A., 1975. *Gramsci dans le texte*. Paris: Editions Sociales.
- , 1991. "Brave New World," *Socialist Review* 21(7): 57–65.
- Hall, S., B. Lumley, and G. Mc Lemnon, 1977. "Politics and Ideology in Gramsci," in *On Ideology*, ed. S. Hall. London: Hutchinson.
- Harvey, D., 1989. *The Condition of Postmodernity*. Oxford: Basil Blackwell.
- Jessop, B., K. Bonnet, S. Bromley, and T. Ling, 1989. *Tatcherism*. New York: Basil Blackwell.
- Lipietz, J., 1986. "New Tendencies in the International Division of Labour: Regimes of Accumulations and Modes of Regulation," in *Production, Work, Territory: The Geographical Anatomy of Industrial Capitalism*, ed. A. Scott and M. Storper. London.
- Mishler, E., 1984. *The Discourse of Medicine Dialectics of Medical-Interviews*. Norwood: Ablex Publishing.
- Mouffe, C., 1979. "Hegemony and Ideology in Gramsci," in *Gramsci and Marxist Theory*, ed. C. Mouffe. London: Routledge and Kegan Paul.
- Murray, R., 1988. "Life After Henry (Ford)," *Marxism Today* (October): 8–13.
- , 1991. "The State After Henry," *Marxism Today* (May): 22–27.
- Offe, C., 1984. *Contradictions of the Welfare State*. London: Hutchinson.
- Scrambler, G., 1987. "Habermas and the Power of Medical Expertise," in *Sociological Theory and Medical Sociology*, ed. G. Scrambler. London: Tavistock Publications.
- Vacca, G., 1982. "Intellectuals and the Marxist Theory of the State," in *Approaches to Gramsci*, ed. A. Showstack-Sassoon. London: Writers and Readers Publishing Cooperative Society.
- Zola, I., 1978. "Medicine as an Institution of Social Control: the Medicalizing of Society," in *Basic Readings in Medical Sociology*, ed. D. Trichet and J. Kofert. London: Tavistock Publications.

השאלה הלאומית: הממשי, הכוזב והמדומיין