

■ הניהול הציבורי החדש (NPM): אמון הציבור, השתתפות אזרחית והערכת ביצועים – המקרה של מוסדות המספקים שירותי ביטחון סוציאלי ובריאות בישראל¹

שלמה מזרחי

המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית בבית הספר לניהול ע"ש גילפורד גלייזר באוניברסיטת בן גוריון

ערן ויגודה-גדות

בית הספר למדעי המדינה באוניברסיטת חיפה

ניסים כהן

המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית בבית הספר לניהול ע"ש גילפורד גלייזר באוניברסיטת בן גוריון

מאמר זה מציע מסגרת תאורטית לבחינת האמון במוסדות המספקים לציבור שירותי ביטחון סוציאלי ובריאות ותיאור השפעתם של משתנים מבניים על אמון זה. התשתית האמפירית של המחקר מסתמכת על שני סקרים שהתבצעו בישראל במהלך 2007. הסקר הראשון בחן את עמדות האזרחים כלפי קופות החולים ומערכת הבריאות והסקר השני בחן את עמדות האזרחים כלפי המוסד לביטוח לאומי. הממצאים מצביעים כי לאזרחי ישראל אין רמה גבוהה של אמון במוסדות המספקים שירותי ביטוח סוציאלי. נמצא גם כי הערכת הביצועים של המוסדות המספקים שירותי ביטוח סוציאלי ובריאות, וכן שביעות הרצון מהם, אינן נמוכות אך גם אינן גבוהות מאוד בערכים מוחלטים. זאת במקביל לתחושות הנדגמים כי כמעט אינם מעורבים בתהליכי קבלת החלטות בארגונים אלה. נמצא כי לאמון קשרים חזקים עם שביעות רצון ועם הערכת ביצועים - וקשרים פחות חזקים עם משתנים מבניים אחרים. לאור החשיבות הגדולה שספרות המחקר מייחסת לפעולת ההשתתפות, מעניין היה למצוא כי המשתנה מידת השתתפות בתהליכי קבלת החלטות אינו קשור באופן חזק למידת אמון האזרחים בארגונים אלה. לבסוף, המחקר מציע לממצא אחרון זה הסבר המבוסס על תרבות פוליטית. בבסיס ההסבר הצבעה על הופעתן של יוזמות חד-צדדיות עוקפות-ממשל, כמאפיין מרכזי בדפוסי ההתנהגות של החברה הישראלית. המחקר ממליץ למקבלי החלטות לנסות ולמנף יוזמות חד-צדדיות אלה דרך יצירת מנגנון המערב את היוזמות בקבלת החלטות.

1. פרק זה מתבסס על גרסאות באנגלית של שני מאמרים העתידים להתפרסם בקרוב בכתבי העת: Public Management Review ו-Public Performance and Management Review.

עם מלאות 60 שנה לדמוקרטיה הישראלית, יש מקום לבחון גם את המצב בכל הנוגע לערכי ההשתתפות של אזרחי המדינה, וכן את המציאות הקיימת בעיניהם בכל הקשור לניהול הציבורי שלה ולחזון "הניהול הציבורי החדש" בישראל. מטרתו של חיבור זה לבחון את הקשר בין תחושת ההשתתפות הסובייקטיבית של הציבור בתהליכי קבלת החלטות של ארגונים המספקים שירותי ביטחון סוציאלי ובריאות, לבין מידת האמון שאזרחים נותנים במוסדות אלה. בחירת שני התחומים (ביטחון סוציאלי ובריאות) והכללתם נעשתה בשל הדומיננטיות של שני תחומי מדיניות אלה במכלול תחומי המדיניות המרכיבים את "מדינת הרווחה" (דורון, 1997; Webster, 1985). למרות מאפייניו המיוחדים מאוד של מוצר הבריאות (Arrow, 1963; Chernen, 2001; Glied, 2001), הוא נחשב לאחד מעמודי הבסיס של שירותים המסופקים על ידי מדינת הרווחה המודרנית.

בשלושת העשורים האחרונים עברה החברה הישראלית תהליכי שינוי משמעותיים בכל הנוגע למדיניות חברתית שפעלה לצמצום תכניות רווחה ולצמצום מעורבות הממשלה באספקת שירותים בסיסיים (דורון, 1999; 2003; 2007). תהליכים אלה אף הביאו לשינוי בהתנהגותם של שחקנים שונים, אשר נכנסו לריק שנוצר כתוצאה מנסיגתה של המדינה (מזרחי ומידני, 2006). לא מן הנמנע הוא כי תהליכי הצמצום הרבים לא פסחו על ארגונים המספקים לציבור שירותי רווחה ובכך השפיעו אף על ביצועיהם. אתגר מעניין יהיה אפוא לבחון את דעתם של אזרחי ישראל גם על תפקודם של ארגונים ומוסדות אלה, כחלק ממה שמכונה בספרות: "צמצומה של מדינת הרווחה". על מנת להצליח לשלב בין ארגונים המספקים בריאות וארגונים המספקים שירותי ביטחון סוציאלי, אנו מאמצים מודל בסיסי וכלי מדידה זהים תוך כדי התאמות מינימליות לשדה הנחקר.

לרוב, הספרות מהללת את השתתפות האזרחים בתהליכי קבלת החלטות, מצדדת בה ומייחסת לה השפעה רבה על הערכת הביצועים ושביעות הרצון של האזרחים מהניהול הציבורי (Vigoda, 2002). הטיעון העיקרי הוא שהשתתפות, בין אם ברמה הארגונית או הציבורית, עשויה להגביר אמון במוסדות הממשל ובמנהל הציבורי, מאחר שהיא מגבירה את הידע שאזרחים (או עובדים) נחשפים אליו לגבי תהליכים שונים ואף מגבירה את הזדהותם עם המדיניות המתקבלת ועם תוצאותיה (Rose, 1999; Yankelovich, 1991). תאוריות של אמון מצביעות לרוב על תפקידו המרכזי של אמון בהבטחת יציבותן של מערכות ביוקרטיטיות ופוליטיות, בעודן מנסות להסביר את התנאים הנחוצים ליצירתן (Anderson, 1995; Borre, 2000; Bouckaert and Van de Walle, 2003; Glaser and Hildreth, 1999). בחינת הקשרים בין אמון, נושא ההשתתפות והערכת הביצועים בהקשר של ארגונים המספקים שירותי רווחה הפועלים ברמה הלאומית ובנושאים מורכבים יחסית,

מציב אתגר לתאורטיקנים בתחום אשר לא זכה לבולטות מספקת בספרות המחקר. מדידת ההקשרים בין השתתפות, אמון והערכת ביצועים – ובחינתם – חשובה לא רק בשל תרומתה התאורטית לספרות העולמית, אלא אף בשל תרומתה האמפירית להבנת תהליכים חברתיים-כלכליים שונים המתרחשים בישראל בעשורים האחרונים.

הבנת אתגר זה לעומקו מחייבת התייחסות להקשר הרחב יותר של גישת הניהול הציבורי החדש, אשר שימשה מנוע לניסיונות רפורמה במקומות שונים בעולם. זאת, אף על פי שיש מי שסבורים כי הניהול הציבורי החדש הגיע לשיאו (Hughes, 2003) או אפילו "מת" (Dunleavy et al., 2005; 2006). גישה זו התבלטה במקומות שונים בעולם בשנות ה-80 וה-90 של המאה העשרים, כחלק ממגמה של רפורמות במנהל הציבורי, והדגישה בעיקר אימוץ דפוסי פעולה והתנהגות מהמגזר הפרטי למגזר הציבורי מתוך רצון לשפר ולייעל את השירותים הניתנים לאזרחים (Hood, 1995). כחלק מזאת, אימצו בעלי הגישה התייחסות לביורוקרטים כאל מנהלים ולאזרחים כאל לקוחות המקבלים שירותים, והדגישו את הערכת איכות הביצועים – כשם שהם נתפסים בעיני האזרחים (Ferlie et al., 1996; Hood, 1991; Lane, 2000: 147-178). בגישה זו עובר נטל הפיקוח והבקרה אל המשרד הממשלתי, ובסופו של דבר לכל יחידה ולכל עובד. השתתפותם של המנהלנים בדרגות השונות מאפשרת ליצור מערכת תמריצים אשר בעזרתה הם יופקדו ישירות על הפיקוח ועל הבקרה (גל-נור, 2007: 162-163). היעילות הרבה שבעלי הגישה מטיפים אליה, צפויה אפוא להעלות את איכות הביצועים של המגזר הציבורי גם באופן שבו הציבור יוכל לחוש זאת. הבסיס ההגיוני שמאחורי גישת הניהול הציבורי החדש, לענייננו, מניב את הציפייה כי יימצאו קשרים חיוביים בין השתתפות אזרחים בתהליכי קבלת החלטות לבין הערכת ביצועים של המנהל הציבורי ואמון בו (Yang and Holzer, 2006), כמו שכבר נבחן הדבר בניסיונות שונים (Van Ryzin et al., 2004; Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008; Wang, 2001). חיזוק אמון האזרחים בארגוני המגזר הציבורי, כשם שיוסבר בהמשך, עתיד לשפר את יעילותו של המנהל הציבורי.

מאז שנות ה-80 של המאה העשרים השתנתה החברה הישראלית מחברה המאופיינת בשליטה ובריכוזיות רבה לחברה שסועה עם מספר מרכזי כוח פוליטיים ומגזר פרטי מתחזק (אריאן, 1997; מזרחי ומידני, 2003). עדיין, מערכות ביורוקרטיות רבות של המנהל הציבורי הישראלי נשארו עד לכתובת שורות אלה ריכוזיות במידה רבה מאוד ונשלטות על ידי משרד האוצר (Maman, 2002; Horev and Babad, 2005). אולם, מאז ראשית שנות ה-90, כאשר התחזק חוסר היציבות של המערכות הפוליטיות, יותר ויותר אזרחים חשו אכזבה גדולה מהמדיניות הציבורית ומתוצאותיה בכלל ומרפורמות שונות שנערכו בפרט (Arian, 1998; Mizrahi and Meydani, 2003). תחושת האכזבה מתוצאות המדיניות הובחנה גם בניסיונות אחרים בעולם (Borre, 2000; Bouckaert and Van de Walle, 2003; Glaser and Hildreth, 1999). חוסר שביעות רצון האזרחים בישראל ממוצרים ושירותים ציבוריים רבים השתקף בירידה באמוןם כלפי המוסדות המספקים

אותם. מחקר שנערך בין 2001 ל-2005 מראה רמה יציבה של אמון נמוך מאוד בקרב אזרחי ישראל כלפי המנהל הציבורי ומערכות פוליטיות ומנהלתיות שונות (Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008). שביעות הרצון של הציבור בישראל משירותי רווחה (ובכללן המוסד לביטוח לאומי) ומשירותי בתי החולים וקופות החולים בישראל נמצאה אף היא נמוכה (ויגודה-גדות ומזרחי, 2007).

בנייר זה ננסה להציע מסגרת תאורטית למדידת אמון במערכות ביטחון סוציאלי ובריאות, כמו גם להציע משתנים אחדים הקשורים עמו. כלי המחקר ששימשו אותנו היו שאלונים שפיתחנו על בסיס אשר נבחן בעבר ברמה הלאומית על ארגונים שונים במנהל הציבורי (Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008); השאלונים הותאמו למקרה הבוחן של ביטחון סוציאלי ובריאות. כך, מלבד הצבעה על השתתפות ושביעות רצון, כמו שהוצגו במחקר הבסיס לעיל, הוספו כאן כמה וכמה משתנים מבניים נוספים ששוער כי יימצא בינם ובין משתנה האמון קשר חיובי. הניתוח האמפירי מושתת על שני מדגמים אשר נאספו באמצעות שני שאלונים דומים שהותאמו כל אחד למקרה הבוחן שלו (למשל: "מהי מידת האמון שלך בקופת החולים שלך", או "במנהלי קופת החולים שלך" למול: "מהי מידת האמון שלך בסניף הביטוח הלאומי שבו אתה מקבל שירותים", או "במנהלת המוסד לביטוח לאומי").

השאלון הראשון הותאם לאמון, לשביעות רצון, להשתתפות ולמשתנים נוספים הקשורים לתחום הבריאות. כאן נשאלו הנחקרים על ספקי שירותי הבריאות. בשאלון השני ביקשנו לבחון את המידה של משתנים אלה ואת הקשרים ביניהם, בהתמקדות במוסד לביטוח לאומי כארגון שהאזרח בא עמו במגע יותר מכל ארגונים ומוסדות אחרים הקשורים בביטחון סוציאלי (גם אם יש פרטים רבים שאינם מגיעים על בסיס קבוע פיזית לסניפי המוסד, הרי אי אפשר להתעלם מהדומיננטיות הרבה של הארגון בחייהם של כלל אזרחי ישראל. למעשה, אין אזרח שאינו נמצא במגע כזה או אחר עם מוסד חשוב זה; לדוגמה: במתן קצבאות ילדים, קצבאות זקנה, גביית מסי בריאות וביטוח לאומי וכולי). כל אחד מהשאלונים הועבר למדגם נפרד שיפורט בהמשך.

המחקר בנוי בצורה הבאה: בחלק הבא נסקור תאוריות של השתתפות וממדים של אמון והערכת ביצועים כלפי מערכות ביטוח סוציאלי ובריאות. בחלק השלישי נציג את מודל המחקר המוצע על ידינו. בחלקו הרביעי של החיבור נציג את העולה מסקר שבוצע על ידינו ואשר בחן את עמדות הציבור כלפי ספקי שירותי הבריאות; ובחלק החמישי נציג את העולה על אודות המוסד לביטוח לאומי מתוך סקר אחר שביצענו. בשני המקרים האחרונים, נתאר את המדגמים ונספק פרטים על מאפייניו של כל אחד מהם. בחלקו השישי של החיבור נדון בממצאי המחקר ונספק לחלקם הסברים המבוססים על התרבות הפוליטית בישראל. נחתום בסיכום ומסקנות.

אמון, השתתפות והערכת ביצועים וארגוני ביטחון סוציאלי ובריאות

צמצומה של מדינת הרווחה נצפה במקומות שונים בעולם (Pierson, 1991; 2001); במקביל, נצפו רפורמות שונות במערכות ביטחון סוציאלי ובריאות. לא פעם אף כוונו רפורמות שונות כלפי ארגונים אלה כחלק מניסיונות להחליש את מדינת הרווחה ואת רשתות הביטחון הסוציאלי (Hacker, 2002; 2004; Pierson, 1995). בהקשר זה, חוסר העצמאות התקציבית של המוסדות והארגונים המספקים שירותי בריאות וביטחון סוציאלי הנו חשוב במיוחד. זאת מאחר שבמקרים רבים הלקוחות אינם מבחינים בין ספקי שירותי הביטחון הסוציאלי והבריאות לבין מקבלי החלטות. בתוך כך, לא פעם מאשימים האזרחים את מוסדות הביטחון הסוציאלי והבריאות בביצועים נמוכים, מבלי לדעת את מכלול האילוצים שבמסגרתם הם פועלים (Rowe and Calnan, 2006). לא מן הנמנע הוא שההערכות הנמוכות הניתנות על ידי אזרחי ישראל לארגוני הבריאות והרווחה בישראל, כמו גם מידת האמון הנמוכה בארגונים אלה, כשם שתוארו בספרות זה כבר (ויגודה-גדות ומזרחי, 2007) מושפעות מאי-ידיעה או אי-הבנה של רבים מאזרחי ישראל את האילוצים שארגונים אלה עומדים בפניהם, ובעיקר את דומיננטיות האוצר בתהליך קביעת המדיניות. למרבית הפלא, דומה כי ארגונים אלה אינם פועלים בצורה אפקטיבית כדי לספק לציבור אינפורמציה חשובה זו, אף על פי שלפי ממצאים אחרונים נדמה כי הרוב המכריע של הציבור הישראלי תומך בחיזוק מדינת הרווחה, ובכלל זה בחיזוק מערכת הבריאות – ואף נכון לשלם על כך מסים רבים יותר (כהן, מזרחי ויובל, 2008).

גישת הניהול הציבורי החדש הופיעה בשנות ה-80 וה-90 של המאה העשרים כחלק ממגמה של רפורמות במגזר הציבורי. על אף הביקורת על כך שאין ביכולתה לענות על המורכבויות הרבות בתחומים כמו בריאות, חינוך, ביטחון ורווחה (Hood, 1991), הגישה עודנה פופולרית מאוד ומנחה יוזמות שונות של רפורמות במנהל הציבורי ברחבי העולם (Lane, 2000: 76-100). תשומת לב מחקרית מיוחדת ניתנה להפנמה של סממנים ביצועיים והפוטנציאל הטמון בהם להעלאתו של אמון האזרחים בניהול הציבורי. יאנג והולצר (Yang and Holzer, 2006) חקרו את הקשר בין אמון ובין הערכת ביצועים. הם טענו כי מדידת ביצועיו של המנהל הציבורי יכולה לשפר אמון בצורה ישירה דרך השתתפות האזרחים בתהליכי הערכתם, או בצורה לא ישירה על ידי שיפור תפיסותיהם של האזרחים לגבי ביצועי הממשל. הם קראו אפוא לנסות ולהתחקות אחר קשרי הגומלין בין אמון, הערכת ביצועים והשתתפות אזרחים בתהליכי קבלת החלטות. להלן ננסה לחשוף את הקשרים הללו ולתארם, ואף להוסיף להם כמה הקשרים חדשים.

הצורך בשיפור המגזר הציבורי ובהשתכללותו נובע במידה רבה גם מרמת האמון הנמוכה של האזרחים בממשל ובביצועיו (Bouckaert and Van de Walle, 2003; Vigoda, 2002); במחקרים נמצא כי התדמית השלילית של הממשל בעיני האזרחים נתפסת

במקרים רבים כתוצאה ישירה של ביצועי מגזר זה. כך גם נמצא שאיכות שירות גבוהה מובילה לשביעות רצון רבה, המסוגלת לגרום לחיזוק הדמוקרטיה על ידי הגברת האמון בממשל (Anderson, 1995; Glaser and Hildreth, 1999). יתר על כן, אמון בממשל מחזק את המערכת הדמוקרטית ומייצב אותה (Borre, 2000). השתתפות אף מגדילה את האמון בממשל, ועשויה להגדיל גם את האמון סוכני הממשל, משום שהיא מגדילה את רמת האינפורמציה הקיימת בקרב האזרחים ואת ההזדהות שלהם עם החלטות מדיניות ועם תוצאותיהן (Yankelovich, 1991; Rose, 1999).

מעורבותם של אזרחים בקבלת החלטות המנהל הציבורי, כמו גם רפורמות אפשריות בכיוון זה, נחקרו זה לא כבר בספרות המנהל הציבורי (Ebdon, 2002; King, 2000; Feltey and Susel, 1998; Weeks, 2000). היו שהציעו לראות תשומות קהילתיות כ"סולם" של השתתפות. השלבים הנמוכים כוללים תהליכים שבהם מחזיקי הכוח מנסים לחנך את הציבור בכמה נושאים ספציפיים. במעלה הסולם תהליכים אשר דרכם בעלי הכוח מתייעצים בפרטים או בקבוצות העשויים להיות מושפעים ממדיניות קיימת או מוצעת. בשלבים העליונים יותר, בעלי הכוח ובעלי עניין שונים חולקים באחריות קבלת ההחלטות (Arnstein, 1969; Church et al., 2002). באופן בסיסי, אפשר להניח כי רמות גבוהות יותר של השתתפות עשויות להעלות את רמת האמון ולשפרה, אולם כמו שקופר וברייר (Cooper and Bryer, 2007) הראו, גם אסטרטגיות בשלבים הנמוכים יותר של הסולם, כגון מניפולציות שונות, עשויות להיות אפקטיבית ולהעלות את מידת האמון של האזרחים ואת שביעות רצונם. אירווין וסטאנבורי (Irvin and Stanbury, 2004) שקלו את היתרונות והחסרונות של השתתפות אזרחים והסיקו כי התנאים האידיאליים להשתתפות אזרחים בתהליכי קבלת החלטות מבוססים על קשרים קהילתיים חזקים, קבוצות קטנות המאורגנות ברמה המקומית, נכונות להתנדב ודחיפות הנושאים העומדים על הפרק. גישה רדיקלית מעט יותר מאפיינת את עבודתם של קינג ואחרים (King et al., 1998), אשר השתמשו בראיונות ובקבוצות מיקוד ככלי מחקר עיקריים בפיתוחם את המושג "השתתפות אותנטית"; היינו, מעורבות עמוקה ומתמשכת בתהליכים המנהליים, עם אפשרות אמתית לכל משתתף להשפיע באופן אפקטיבי על המצב. כך, תאוריות של השתתפות מצביעות על יישומו של מנגנון ההשתתפות ברמה המקומית, כאשר תכליתו היא השגת מטרות מסוימות בלבד – כיעיל ביותר להגברת תפיסות של הערכת ביצועים ואמון (Fung, 2006; Fung and Wright, 2001). בהשוואה למחקרים אלה, לא מדדנו שלב ספציפי ב"סולם ההשתתפות", אלא אימצנו גישה "כולית" (הוליסטית) המודדת את תפיסותיהם הסובייקטיביות של האזרחים בכל הנוגע לרמת ההשתתפות הניתנת בידם על ידי ארגונים ומוסדות בריאות וביטחון סוציאלי. גישה מעין זו הנה רלבנטית בעיקר למוסדות כמו המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים בישראל, הפועלים במתכונת לאומית, ואשר במהלך האינטראקציות הרבות של האזרח עמם יש מגוון עצום ורב של אפשרויות השתתפות בנושאים שונים, במצבים שונים וברמות שונות.

אמון במוסדות המספקים ביטחון סוציאלי ובריאות

בשפות רבות, המושג "אמון" משמש בקשת רחבה מאוד של הקשרים, בחלקם מעורפלים. לאמון אף תפקיד חשוב בדיסציפלינות ותחומי מדע שונים. עבודה רבה נעשת בכל דיסציפלינה בעיקר בהגדרתו של מושג או רעיון זה (Levi 2001; Warren, 1999; Bhattacharya, Devinney and Pillutla 1998; Hardin, 1998; Couch and Jones, 1997; Hosmer, 1995; Gambetta, 1988; Shapiro 1987; Deutsch, 1973). סוגים שונים של אמון ורמות שונות שלו; הגדרות רבות שונות מאדם לאדם, וכך גם ההקשר שבו נעשה שימוש במושג (Deutsch, 1973; Shapiro 1987). בתמצית, מרבית ההגדרות של המושג אמון מתמקדות בתחושה. תחושה או אמונה זו יכולה להתבסס אצל הפרט כלפי פרט או קבוצה אחרים, כמו גם כלפי מטרה, נושא או מוסד כלשהו. במחקר זה נתייחס לאמון כתחושה או אמונה של הפרט ברצונם הטוב של האחרים ובכוונותיהם העתידיות (Hosmer, 1995). בשל קיצוצים תקציביים והפרטות של שירותי רווחה שונים, פרטים המבקשים שירותי רווחה ובריאות אינם יכולים להיות בטוחים לגבי המוטיבציות, הכוונות והפעולות העתידיות של גופים או עובדים האמורים לשמש להם משענת (Calnan and Rowe, 2006; Mishra, 1996). אמון עשוי אפוא להוביל אנשים הניצבים בפני סיכון ובפני חוסר ודאות לשתף פעולה זה עם זה או עם הארגון שהם באים עמו במגע, וכך אף להגביר את הערכת הביצועים ואת שביעות הרצון שלהם.

מחקרים אשר בחנו קשרים אלה בשירותי ביטחון סוציאלי ובריאות חסרים מאוד בישראל. סקרי דעת קהל הנערכים בישראל כלפי מערכת הבריאות משקפים, בין היתר, שביעות רצון גבוהה יחסית של המבוטחים בשנים האחרונות (גרוס, ברמלי-גרינברג ומצליח, 2007). אולם, הם אינם מקשרים בין המשתנים השונים, ובמיוחד חסרה בספרות הבריאות והרווחה הישראלית התייחסות למשתנה האמון. סקרים מעין אלה אף חסרים בארגונים המספקים שירותים שונים של ביטחון סוציאלי, ובכללם המוסד לביטוח לאומי. מחקרים אחרים בחנו קשרים אלה, אולם לא בהקשר של שירותי ביטחון סוציאלי ובריאות (Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008).

מודל המחקר הבסיסי

פרויקט זה מנסה לשלב כמה הכללות תאורטיות אשר פותחו בספרות לכדי מודל מסביר אחד. במודל אנו מציעים קשר בין דפוסי ניהול בבירוקרטיה מודרניות ובין מעורבות האזרחים ורמת האמון בממשל. ליתר דיוק, במודל יש התייחסות למידת האמון של האזרחים בסוכני הממשל כמשתנה תלוי ואל רמת הביצועים של המגזר הציבורי כמשתנה מתווך; ואיכות הניהול במגזר הציבורי ומידת ההשתתפות של ציבור האזרחים ומעורבותו בתהליך קבלת ההחלטות במנגנון הציבורי הם משתנים בלתי-תלויים. ואולם, נטען גם כי למידת האמון השפעה על מידת ההשתתפות והמעורבות

של ציבור האזרחים, בהנחה שככל שמידת האמון בסוכני הממשל גדלה, אזי אזרחים יטו להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות וכך תתחזק התנהגות פוליטית דמוקרטית. כל אחד מהמשתתפים הללו, לרבות יחסי הגומלין ביניהם, נלמדו בספרות הקיימת, אך לא קיים מודל אשר יחבר אותם כדי לספק הסבר מלא יותר למשתנה התלוי – מידת האמון בסוכני הממשל. הטיעון המרכזי במחקר זה נוגע לקשר בין ארבעה משתנים עיקריים: שביעות הרצון של האזרחים מהארגון; איכות הביצועים של המנגנון הציבורי (על פי הערכת האזרחים); מידת ההשתתפות והמעורבות של ציבור האזרחים בתהליכי קבלת ההחלטות בארגון; מידת האמון שהאזרחים והעובדים רוכשים לארגון. שלושת המשתתפים הראשונים הם בבחינת משתנים בלתי-תלויים עיקריים, שעל פי השערות המחקר קשורים חיובית במשתנה הרביעי. הטענה היא, שככל ששביעות הרצון מהארגון גדולה יותר, הערכת ביצועיו בעיני הציבור גבוהה יותר והשתתפות ומעורבות האזרחים בתהליכי קבלת החלטות בו גבוהה יותר – כך תימצא בו רמת אמון גבוהה יותר. כמו שנסביר בהמשך, ניסינו בנוסף לבחון את ההשערה כי משתנה הערכת הביצועים פועל אף כמשתנה מתערב, המתווך בין שני המשתנים הבלתי-תלויים האחרים ובין משתנה האמון.

כדי למדוד את מידת האמון נשאלו הנחקרים איזו מידה של אמון הם נותנים בהנהלה הבכירה של הארגון, במנהליו, בעובדיו, בארגון באופן כללי ובתת-היחידה שבה הם מקבלים שירות (למשל: סניף הביטוח הלאומי שלהם או מרפאת קופת החולים שלהם). כלל ההיגדים חוברו לכדי אינדקס אחד של מידת האמון במוסד. שוב נדגיש כי הבדלים במבנה הארגוני של המוסד לביטוח לאומי בהשוואה לקופות החולים חייבו אותנו לבצע התאמה של ההיגדים לארגון הרלבנטי (למשל: בהקשר של קופות החולים נבדקה מידת האמון ברופאים, בעובדים ובמנהלים, בעוד במקרה של הביטוח הלאומי נשאלו הנחקרים על העובדים, על מנהלי הסניף ועל מנהלת המוסד לביטוח לאומי). חלק מהשוני בשאלותינו נבע בעיקר מכך שיש אנשים שמעולם לא נכנסו לסניפי המוסד לביטוח לאומי, בעוד קופות החולים זוכות לביקורים שכיחים יותר של הציבור באופן כללי. בתוך כך, לרבים מאזרחי ישראל אין הרבה ידע או מידע על מנהלת המוסד לביטוח לאומי, ואילו סובייקטיבית, קיימת אצלם תחושה של מידע רב יותר על ההנהלה הראשית של הקופה שלהם. משתנה ההשתתפות נמדד באמצעות אשכול היגדים שבחן עד כמה מסכימים הנשאלים כי הארגון משתף אותם בתהליכי קבלת ההחלטות ברמות השונות, כמו גם האם השיתוף מדומה או אמיתי והאם הוא יעיל. משתנה שביעות הרצון נמדד על ידי שביעות רצון מביצועי הארגון באופן כללי, משביעות הרצון מהעובדים, המנהלים וההנהלה הראשית, מהתוצאות המתקבלות ומהתהליך עצמו. כדי למדוד את הערכת הביצועים, נתבקשו הנחקרים בכל מדגם (כאמור, בהתאמה לעולם התוכן הרלבנטי: בריאות או ביטחון סוציאלי) להעריך את יעילותו של הארגון, את מקצועיות עובדיו, להעריך עד כמה הארגון משיג את מטרותיו, יוזם רעיונות איכותיים חדשים, משתמש

בטכנולוגיות מתקדמות ומקצה משאבים בצורה הגבירה את רווחתו של הציבור. כלל היגדים אלה, אשר קיבלו תוקף במחקרים קודמים (Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008), הצטרפו אף כאן לכדי אינדקס אחד. כמוסבר, מלבד השוני בעולם התוכן הארגוני של כל אחד מהמקרים, אשר הצריך ניסוח מחדש והתאמה תוכנית של עולמו הארגוני, בכל אחד מהמקרים שנבחנו אמפירית אף הוספנו כמה משתנים מבניים למודל הבסיסי שמטרתם לבחון את הקשר עם משתנה האמון. בהמשך יוצגו המשתנים הרלבנטיים שהוספו לכל אחד מהמקרים².

עתה נבחן את הממצאים העולים מבחינת מודל המחקר ביחס למקרי הבוחן של קופות החולים, המשמשות כספקיות עיקריות של שירותי בריאות בישראל, והמוסד לביטוח לאומי, כספק חשוב של שירותי ביטוחן סוציאלי.

עיבודים סטטיסטיים – המוסד לביטוח לאומי

■ מערך המחקר ואוכלוסיית היעד

נתוני מדגם זה נאספו על בסיס מדגם אקראי של האוכלוסייה הבוגרת (בני 18 שנה ומעלה). השאלון בחן עמדות, תפיסות ונטיית התנהגות של הציבור ביחס למוסד לביטוח לאומי. השאלון הופץ לנבדקים מאזורים גיאוגרפיים שונים באמצעות מראיינים שתודרכו על ידי צוות המחקר. מרבית השאלונים (68.14%) חולקו בסניפים שונים של המוסד לביטוח לאומי, בעוד כשליש מהשאלונים (31.85%) הועבר לאזרחים בנקודות שונות ברחבי הארץ. זאת מתוך כוונה לבחון עמדות אלה גם בקרב אזרחים שלא צרכו ישירות שירותים מעובדי המוסד. הוסבר למשתתפים שהשאלון אנונימי וכי המידע שימסרו באמצעותו יישמר בסודיות וישמש למטרות סטטיסטיות בלבד. ניתוח הנתונים במדגם זה, כמו גם במדגם האחר, נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). הוצגו טבלת קורלציות להצגת עוצמת הקשרים בין המשתנים השונים ומובהקותם וניתוחי ANOVA ורגרסיה לבחינת השונות המוסברת של המודל ושל המשתנים. כל ההבדלים המוצגים בנייר זה (בכל הפרמטרים) הם הבדלים מובהקים סטטיסטית ($P < 0.05$), אלא אם כן מצוין במפורש אחרת. קשרים בטווח 0.2 עד 0.4 הוגדרו חלשים, בין 0.4 ועד 0.6 – בינוניים ובין 0.6 ומעלה – חזקים.

2. כלי המדידה אשר נעשה בהם שימוש במחקר זה (שני השאלונים) לא הובאו במלואם בשל מסגרת הדיון המצומצמת. אפשר לפנות לחוקרים ולקבלם במלואם.

■ מאפייני המדגם

474 נבדקים השתתפו במדגם. מתוכם 323 נשאלו בתוך סניפי הביטוח הלאומי ו-151 במקומות שונים שאינם בקרבת סניפי המוסד. ההיגיון בחלוקה זו טמון בכך שנשאלים לא מעטים מעולם לא ביקרו בסניפי המוסד לביטוח לאומי. במדגם הכללי נחלקה ההתפלגות המגדרית של הנשאלים ל-48.63% גברים ו-51.37% נשים; 56.75% נשואים; ממוצע הגילים של הנחקרים: 38.95% (סטיית תקן של 26.88); ממוצע שנות הלימוד של הנשאלים: 13.71 (סטיית תקן של 2.52). שיעור היהודים בקרב המשיבים עמד על 93.2%, 6.12% מוסלמים והיתר הגדירו את עצמם בני דת אחרת. מבין המשיבים, 2.22% הגדירו את עצמם דתיים מאוד, 5.92% דתיים, 23.7% מסורתיים ו-68.15% חילוניים. 41.4% מהמשיבים דיווחו על הכנסה של עד 4000 ש"ח נטו לחודש, 17.18% אחרים בעלי הכנסה בין 4001 ל-5000 ש"ח נטו לחודש, 9.37% בעלי הכנסה שבין 5001 ועד 6000 ש"ח נטו לחודש, 7.03% בעלי הכנסה שבין 6001 ועד 7000 ש"ח נטו לחודש, 12.5% בעלי הכנסה שבין 7001 עד 8000 ש"ח נטו לחודש, ואחוז זהה של משיבים טענו שהם מרוויחים מעל 8000 ₪ נטו לחודש. מתוך המשיבים על השאלה, 25.18% הגדירו את עצמם כעובדים במגזר הציבורי.

בשתי קבוצות המשיבים, רוב המאפיינים קרובים מאוד לחתך האוכלוסייה בישראל. עדיין בולטים הבדלים אחדים בין אוכלוסיית הדגימה שלנו לבין האוכלוסייה הכללית. השוואה של מאפייני המדגם לנתונים הדמוגרפיים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מלמדים כי המדגם חורג מהאוכלוסייה בישראל בכמה היבטים; ראשית, לנשים במדגם זה ייצוג גדול יותר מחלקן היחסי באוכלוסייה (51.37% במדגם לעומת 50.58% באוכלוסייה). שנית, גם אוכלוסיית ערביי ישראל במדגם זה לוקה בייצוג חסר (ערביי ישראל הם כ-19.9% מכלל האוכלוסייה). שלישית, העובדה שהנשאלים במדגם היו בני 18 שנה ומעלה העלתה את הגיל הממוצע של משתתפי המדגם יחסית לכלל האוכלוסייה. רביעית, במדגם ייצוג עודף של בעלי משפחות ומבוגרים יחסית לחלקם של אלה באוכלוסייה. מעבר לכך, ממוצע שנות הלימוד של הנשאלים במדגם גבוה מזה שבכלל האוכלוסייה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2007).

כלי המחקר: עמדות ותפיסות כלפי המוסד לביטוח לאומי

המסגרת התאורטית של המחקר הבסיסי פורטה לעיל. על המשתתפים הבסיסיים הוספנו שלושה משתנים כדי לבחון את הקשר בינם לבין משתנה האמון; ומאחר שמסגרת הדיון מצומצמת נסביר אותם להלן בקצרה. במסגרת מדגם זה התרכזנו אפוא בשבעה אשכולות ניתוח:

1. מידת שיתוף האזרח בתהליך קבלת ההחלטות בשלוש רמות: עובדים וניהול זוטור, הנהלת הסניף ומנהלת המוסד.
2. נגישות וקשר עם הציבור. נגישות זו מושפעת בין היתר מתדירות המפגש עם הציבור, היכרות אישית עם עובדים ומנהלים ברמות השונות בארגון וכולי. השערת המחקר היא שמשנתה זה יימצא בקשר חיובי עם משתנה האמון.
3. הערכת ביצועים. הכוונה היא להערכה סובייקטיבית ולא אובייקטיבית. היינו, עד כמה מעריכים האזרחים את ביצועי המוסד כאיכותיים. ההשערה היא שיימצא קשר חיובי בינה לבין המשתנה אמון.
4. מידת האוטונומיה של הארגון בקביעת המדיניות. היינו, מי לדעת האזרח מחליט על המדיניות בסופו של דבר. ההשערה היא כי ככל שמידת האוטונומיה תיתפס כנמוכה יותר, כך תפחת מידת האמון בארגון, הואיל וקטן משקלם של השיקולים המקצועיים בהחלטות הארגון.
5. רמת שביעות הרצון מתהליך השירות ומהתוצאה. נקודה זו רלבנטית רק לחלק מאוכלוסיית המחקר: אלה אשר ידווחו כי קיבלו שירותים מהמוסד בפרק הזמן שיוגדר.
6. אמון האזרח במוסד – ברמות השונות.
7. שוויון וייצוגיות. עד כמה הארגון מעניק שירותים בצורה שווה, מעסיק עובדים ממגזרים שונים ומקבוצות שונות וכולי. ההשערה היא כי יימצא קשר חיובי בין משתנה זה ובין משתנה האמון.

■ ממצאים ועיבודים סטטיסטיים

להלן ממצאי עיבוד תוצאות השאלונים בעבור המשתנים השונים (בסולם של: 1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד). משתנה מידת השיתוף של האזרח בתהליך קבלת ההחלטות עומד על 2.25 (סטיית התקן 0.8). באופן כללי, מבוטחי המוסד לביטוח לאומי חשים כי מידת שיתופם בתהליך קבלת ההחלטות הוא נמוך מאוד. משתנה נגישות וקשר עם הציבור קיבל מדד של 2.1 (0.76). אף כאן אפשר ללמוד כי האזרחים מעריכים את מידת נגישותו של המוסד אליהם ואת הקשר של סוכניו עמם כנמוך מאוד. רמת שביעות הרצון משירותי המוסד לביטוח לאומי עמדה על 2.47 (0.87). מתוך הנתונים עולה כי מידת שביעות הרצון של המבוטחים מהמוסד היא די נמוכה. משתנה שוויון וייצוגיות זכה למדד של 2.87 (0.89) ואילו משתנה האוטונומיה עמד על 2.74 (1.21). הערכת הביצועים של המוסד בקרב המבוטחים עמדה על רמה נמוכה של 2.54 (0.88) במדגם הכללי, בעוד במדגם הסניפים זכתה לציון מעט גבוה יותר: 2.65 (0.95). אמון המבוטחים בביטוח הלאומי זכה לממוצע נמוך: 2.47 (0.97).

■ מתאם בין המשתנים - מדגם המוסד לביטוח לאומי

בטבלה 1 מוצג הקשר בין משתני המחקר.

טבלה 1:

“מתאם בין משתני המחקר – מדגם הביטוח הלאומי”

6	5	4	3	2	1	
						אמון – 1
					0.42**	נגישות וקשר – 2
				0.55**	0.64**	שביעות רצון – 3
			0.1*	0.11**	NS	אוטונומיה – 4
		0.1*	0.72**	0.5**	0.68**	הערכת ביצועים – 5
	0.5**	0.1*	0.56**	0.51**	0.44**	השתתפות – 6
0.25**	0.44**	0.11**	0.4**	0.25**	0.38**	שוויון וייצוגיות – 7

NS=Not Significant

P≤.001***

P≤.01**

P≤.05*

עיון בטבלה מגלה כי נמצא קשר חיובי בינוני (10.47) בין משתנה מידת השיתוף בקבלת החלטות למשתנה הערכת הביצועים, כמו גם למשתנה שביעות הרצון של המבוטחים מהמוסד (בהתאמה: $r=.723$; $p<.01$, $r=.497$; $p<.01$). משתנה הערכת הביצועים אף גילה קשר בינוני עד חזק עם משתנה נגישות וקשר עם הציבור, כמו גם עם משתנה שוויון וייצוגיות (בהתאמה: $r=.442$; $p<.01$, $r=.496$; $p<.01$). משתנה האמון נמצא קשור בצורה חיובית ומובהקת עם משתני הערכת הביצועים, השתתפות בתהליכי קבלת החלטות ושביעות רצון (בהתאמה: $r=.636$; $p<.01$, $r=.437$; $p<.01$, $r=.68$; $p<.01$). אמון אף קשור בקשר חיובי לשני המשתנים המבניים שהוספו למודל הבסיסי של מחקרנו: משתנה נגישות וקשר עם הציבור ומשתנה שוויון וייצוגיות (בהתאמה: $r=.417$; $p<.01$, $r=.382$; $p<.01$). בניגוד להשערתנו, לא נמצא קשר משמעותי מובהק בין המשתנה מידת האוטונומיה של הציבור כשם שזו נתפסת בעיני הציבור, לבין משתנה האמון.

■ רגרסיות ושונות – מדגם המוסד לביטוח לאומי

במודל מחקר זה שימש האמון כמשתנה מוסבר הקשור במספר משתנים בלתי-תלויים, כמפורט לעיל. כחלק מהניסיון לאשש את מודל המחקר, נבחנו רגרסיות אחדות כדי להסביר את השונות המוסברת ולבחון עד כמה משתנים אלה מסבירים את מידת האמון של מבוטחי המוסד. בנוסף, הרצנו רגרסיה נוספת שהמשתנה התלוי בה היה הערכת ביצועים. ניתוחים אלה מופיעים בטבלה מספר 2 להלן.

טבלה 2:

“רגרסיה מרובת משתנים של מודל המחקר – מדגם הביטוח הלאומי”

הערכת ביצועים β (t)	אמון β (t)	המשתנה
(1.457)	(0.896)	(Constant)
0.126 (2.716)*	0.025 (0.447)	נגישות וקשר
0.547 (12.481)**	0.291 (4.848)**	שביעות רצון
0 (0.005)	0.06 (0.211)	אוטונומיה
–	0.476 (8.213)**	הערכת ביצועים
0.107 (2.425)	0.065 (1.247)	השתתפות
0.172 (4.975)**	0.077 (1.848)	שוויון וייצוגיות
0.57	0.51	R ²
0.56	0.51	Adjusted R ²
112.147**	74.499**	F

P≤001***

P≤01**

P≤05*

מהניתוח הסטטיסטי עולה כי המשתנים הבלתי-תלויים של המחקר מסבירים 50.6% מכלל משתנה האמון ($\text{Adjusted R Square} = .506, F(6,430) = 74.499, P < 0.001$) – שונות מוסברת גבוהה לדעתנו; ואולם מצאנו כי אמון מנובא בצורה מובהקת רק על ידי משתני שביעות רצון והערכת ביצועים (בהתאמה: $\beta = .467; p < .001$, $\beta = .291; p < .001$). היינו, המשתנים השתתפות בתהליכי קבלת אחריות, אוטונומיה, נגישות וקשר ושוויון וייצוגיות – כל אלה לא אוששו כמשתנים המנבאים אמון במוסד לביטוח לאומי. כך, הממצאים במדגם זה מספקים אישור אמפירי חלקי בלבד להשערותינו. ראוי לציין, כי מגמה זו עולה אף במחקר שבחן לאורך זמן רב את המודל בכלל תחומי המנהל הציבורי בישראל (Vigoda-Gadot and Mizrahi, 2008). הנתון המעניין ביותר, לדעתנו, הוא שבניגוד לסברה הרווחת, השתתפות בתהליכי קבלת החלטות אינה מנבאת אמון. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כגון מגדר, גיל והשכלה לא נמצאו מובהקים בניסיון לבחון הבדלים בנושא זה בין הקבוצות.

ניסיונונו לטעון כי משתנה הערכת הביצועים משמש כמשתנה מתווך בין אמון להשתתפות אינו מקבל תימוכין מהנתונים הסטטיסטיים. העמדה השנייה בטבלה שלעיל ממחישה כי המשתנים הבלתי-תלויים מסבירים בצורה טובה יותר את המודל כאשר המשתנה המנובא הוא הערכת ביצועים ($R^2 = .564$). בתוך המודל, משתנה הערכת הביצועים נובא בעיקר עם משתנה שביעות הרצון ($\beta = .547; p < .001$). המשתנים שוויון וייצוגיות וכן נגישות וקשר מנבאים הערכת ביצועים גבוהה של המוסד בצורה קצת פחות טובה (בהתאמה: $\beta = .126; p < .01$, $\beta = .172; p < .001$). משתנה יכולת ההשתתפות בתהליכי קבלת החלטות (כמו גם אוטונומיה) כמנבא הערכת ביצועים לא נמצא מובהק. לפיכך, לא מתקיימת גם האפשרות שהמשתנה הערכת ביצועים משמש כמשתנה מתערב (מתווך) בין המשתנים השתתפות בתהליכי קבלת החלטות ואמון. להלן נבחן אם הממצאים במדגם קופות החולים מעלים מגמות דומות.

עיבודים סטטיסטיים – קופות החולים

אף במדגם זה, בין המשתנים העיקריים שנמדדו היה מידת השיתוף בתהליך קבלת ההחלטות כמו שהיא נתפסת בעיני המבוטח. בתוך כך נבחנו איכות השיתוף של המבוטח ורמתו, הערכת המבוטח את המשקל שמייחסים לדעתו או לטובתו בתהליך קבלת ההחלטות המוביל להספקת השירות, כמו גם בחינת האופן שבו נתפסים ערוצי השיתוף על ידי המבוטח – קרי, האם הם אמתיים או מדומים. משתנה עיקרי נוסף היה רמת שביעות הרצון מתהליך השירות ומהתוצאה. בהקשר זה נבחנו מידת שביעות רצון הלקוח מביצועי הקופה מבחינת אופן השירות שקיבל וכן מ"מבחן התוצאה" הסופי, במטרה לבחון אם השגת תוצאה מסוימת בהתאם לציפיותיו של הלקוח תגדיל את האמון שלו בקופה ואת הערכתו את הארגון כאיכותי יותר, או שמא התהליך הוא החשוב בהערכתו אלה. עוד נבדק משתנה השוויוניות של המערכת הרפואית כמשפיע

על מידת האמון של המבוטח בקופה. בהקשר זה, נשאל המבוטח לדעתו על שוויוניות הקופה בהספקת השירותים למבוטחים ובהעסקת עובדים בקופה ללא קשר לדת, גזע, מוצא ומין. משתנה נוסף שנבדק הוא מידת האוטונומיה של הארגון מספק שירותי הבריאות בקביעת המדיניות. כאן נבדק אם הלקוח מזהה את עובדי הקופה כקובעי המדיניות וכספקי השירות או שהם נתפסים בעיניו כעושי דברה של הכנסת/הממשלה, כלומר, האם המבוטחים מעריכים כי עובדי הקופה ומנהליה הם המחליטים על אופי שירותי הבריאות המסופקים או רק פועלים על פי הנחיות "מלמעלה". אף כאן, כמובן, נבחנו מידת האמון של המבוטח בקופה והערכת הביצועים של הקופה בעיניו. שני אלה פורטו לעיל וכן פורטה כוונתנו לבצע בחינה של הקשרים בין המשתנים השונים לבין משתנה האמון.

■ מערך המחקר ואוכלוסיית היעד

נתוני מדגם זה נאספו בסקר עמדות של מבוטחי קופות החולים על בסיס מדגם אקראי של האוכלוסייה הבוגרת. בשאלון נבחנו עמדות, תפיסות ונטיות התנהגות של הציבור ביחס לשירותי בריאות בכלל וביחס לקופות החולים בפרט והופך לנבדקים מאזורים גיאוגרפיים שונים, באמצעות מראיינים. השאלונים הועברו למבוטחים במקומות שונים ברחבי הארץ במטרה להגיע למדגם מייצג ככל האפשר. המדגם מייצג גם את פילוח המבוטחים לפי קופות, ומספר הנשאלים מכל קופה יחסי לגודלה בקרב האוכלוסייה הכללית. הוסבר למשתתפים שהשאלון אנונימי וכי המידע שימסרו באמצעותו יישמר בסודיות וישמש למטרות סטטיסטיות בלבד. ניתוח הנתונים נעשה באופן זהה למדגם הקודם, כמתואר לעיל.

■ מאפייני המדגם

במדגם השתתפו 656 נשאלים. מתוכם 392 מבוטחי "שירותי בריאות כללית", 145 מבוטחי "מכבי שירותי בריאות", 62 מבוטחי "קופת חולים מאוחדת", ו-55 מבוטחי "קופת חולים לאומית". שאר הנשאלים לא הצהירו על הקופה שבה הם מבוטחים. ההתפלגות המגדרית של הנשאלים התחלקה ל-289 גברים (44.33%) ו-363 נשים (55.67%). מתוך 639 נשאלים שהצהירו על מצבם המשפחתי, 371 הצהירו כי הם נשואים ו-268 הצהירו שלא. ממוצע הגילים של הנשאלים עמד על 37.94 עם סטיית תקן של 14.67, וממוצע שנות הלימוד של הנשאלים במדגם עמד על 13.95 שנים עם סטיית תקן של 2.56 שנים. שיעור היהודים בקרב המשיבים עמד על 87.29% (563). 7.91% הגדירו את עצמם מוסלמים (51 נשאלים), פחות מאחוז – נוצרים (4 נשאלים), 2.95% דרוזים (19 נשאלים) והיתר (8 נשאלים) הגדירו את עצמם בני דת אחרת. מבין המשיבים, 3.1% הגדירו את עצמם דתיים מאוד, 12.56% דתיים, 32.14% מסורתיים ו-52.2% חילוניים. 85.37% מהנשאלים במדגם הגדירו את עצמם ישראלים, 3.82% ערבים, 1.59% פלסטינאים, 1.91% אשכנזים, 1.91% מזרחיים ו-4.61% – "אחר".

30.6% מהמשיבים דיווחו על הכנסה של עד 4000 ש"ח נטו לחודש, 14.06% בעלי הכנסה בין 4001 ל-5000 ש"ח נטו לחודש, 12.63% בעלי הכנסה שבין 5001 עד 6000 ש"ח נטו לחודש, 13.88% בעלי הכנסה שבין 6001 עד 7000 ש"ח נטו לחודש, 9.96% בעלי הכנסה שבין 7001 עד 8000 ש"ח נטו לחודש ו-18.86% טענו שהם מרוויחים מעל 8000 ₪ נטו לחודש. מתוך המשיבים, 40.67% (240 מתוך 590 שהצהירו על מקום עבודתם) הגדירו את עצמם עובדים במגזר הציבורי. מבין 552 הנשאלים שהצהירו על מקום מגוריהם 24.82% הצהירו כי הם מתגוררים באזור הצפון, 51.09% מתגוררים באזור המרכז ו-24.09% תושבי הדרום. רוב המאפיינים קרובים מאוד לחתך האוכלוסייה בישראל. ממוצע רמת הבריאות של הנשאלים במדגם בטווח של 1 עד 4 (= רמת בריאות טובה מאוד, 1 = רמת בריאות כלל לא טובה), על פי הגדרתם, עמד על 3.32 עם סטיית תקן של 0.66. מספר הביקורים הממוצע לשנה שקדמה ליום התשאל, כשם שהצהירו עליו הנשאלים, עמד על 3.67 ביקורים בשנה עם סטיית תקן של 1.18. מתוך 642 נשאלים שהצהירו על השאלה כמה פעמים ביקרו בקופת החולים שלהם בשנה האחרונה, 29 נשאלים טענו כי לא ביקרו כלל בקופת חולים בשנה שחלפה קודם ליום מילוי השאלון, 77 נשאלים ביקרו פעם אחת, 185 נשאלים ביקרו עד שלוש פעמים במשך השנה שחלפה, 137 בין ארבע לחמש פעמים ו-214 נשאלים הצהירו שביקרו בקופת חולים יותר מחמש פעמים במשך השנה שחלפה. לבסוף, הוותק הממוצע של החברות בקופה הנוכחית, כמו שהצהירו על כך הנשאלים, עמד על 2.88 שנים בממוצע עם סטיית תקן של 0.39 שנים.

■ כלי המחקר: עמדות ותפיסות כלפי מערכות מנהל ציבורי בישראל

מסגרתו התאורטית של מחקר זה פורטה לעיל בהרחבה. נציין כאן רק, כי במסגרת מדגם זה התרכזנו באותן שבעה אשכולות ניתוח ("משתנים מורכבים") אשר שימשו אותנו במדגם הקודם. כאמור, ביצענו התאמה של עולם התוכן – בריאות – עם מודל המחקר הבסיסי. כך, המשתנים שנבחנו כאן היו: מידת שיתוף המבוטח בתהליך קבלת ההחלטות, נגישות וקשר עם הציבור, מידת האוטונומיה של הקופה בקביעת המדיניות, רמת שביעות הרצון מתהליך השירות ומהתוצאה, הערכת הביצועים של המוסדות מספקי שירותי הבריאות, רמת השוויוניות של המוסד מספק שירותי הבריאות כלפי מבוטחיו ואמון המבוטח במוסדות מספקי שירותי הבריאות.

ממצאים ועיבודים סטטיסטיים

משתנה מידת השיתוף בתהליכי קבלת ההחלטות (בסולם של: 1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד) עמד על ממוצע 2.5 (סטיית התקן: 0.72). משתנה נגישות וקשר עם הציבור עמד על ממוצע 2.743 (0.88). משתנה מידת האוטונומיה בקבלת ההחלטות של המוסדות מספקי שירותי הבריאות עמד במדגם הכללי על ממוצע 3.425 (1.242). משתנה רמת שביעות הרצון משירותי הבריאות שהמבוטחים צורכים עמד במדגם הכללי על ממוצע 3.337 (0.789). משתנה הערכת הביצועים, כמו שנמדד במדגם הכללי, עמד על

ממוצע 3.197 (0.78). משתנה רמת השוויוניות של המוסדות מספקי שירותי הבריאות בעיני המבוטחים עמד במדגם הכללי על ממוצע 3.368 (0.784). לבסוף, משתנה רמת האמון של המבוטחים במוסדות המספקים להם שירותי בריאות עמד במדגם הכללי על ממוצע 3.152 (0.865). באופן כללי, נמצא במדגם כי הערכת הביצועים של המוסדות מספקי שירותי הבריאות וכן שביעות הרצון מהם, אינן נמוכות אך גם אינן גבוהות מאוד בערכים מוחלטים. כך גם עולה, כי בעיני המבוטחים רמת שיתופם בתהליכי קבלת ההחלטות היא לדעתנו נמוכה מאוד. אמון המבוטחים במוסדות מספקי שירותי הבריאות נמצא נמוך אף הוא. גם אם בדיון מצומצם זה אין בכוונתנו לרדת לרמות השונות של אמון בבעלי תפקידים שונים (כמו גם הערכת ביצועים או שביעות רצון מתחומים ספציפיים), חשוב לציין כי האמון ברופאים אף הוא לא היה גבוה במיוחד, אם כי הם זכו למידת האמון הגבוהה ביותר. המבוטחים העריכו את רמת השוויוניות של הקופות כבינונית עד גבוהה, את הקשר והנגישות למוסדות הבריאות כנמוך והעריכו את מידת האוטונומיה של הקופות בהחלטות מדיניות כגבוהה לדעתנו.

■ מתאם בין המשתנים – מדגם קופות החולים

הקשר בין משתני השונים של המחקר מסופק בטבלה מספר 3 להלן.

טבלה 3:

“מתאם בין משתני המחקר – מדגם קופות החולים”

6	5	4	3	2	1	
						השתתפות – 1
					.53***	שביעות רצון – 2
				.31***	.41***	נגישות וקשר – 3
			NS	.13***	NS	אוטונומיה – 4
		.16***	.37***	.76***	.55***	הערכת ביצועים – 5
	.74***	.08***	.40***	.72***	.49***	אמון – 6
.41***	.35***	NS	.15***	.37***	.25***	שוויון וייצוגיות – 7

NS=Not Significant

P≤001***

P≤01**

P≤05*

בקרב הנשאלים נמצא קשר בינוני (0.489) בין משתנה מידת השיתוף בקבלת החלטות למשתנה האמון, ואילו בין משתנה שביעות הרצון למשתנה האמון נמצא קשר חזק (0.718). הקשר בין משתנה נגישות וקשר ובין משתנה האמון נמצא בינוני (0.396). קשר חזק מאוד נמצא גם בין הערכת ביצועי מוסדות הבריאות לאמון המבוטחים בהם (0.734). הקשר בין משתנה השוויוניות לבין משתנה האמון נמצא אף הוא בינוני (0.407). מבין כלל המשתנים המורכבים של מחקר זה, לא התגלה קשר בין אוטונומיה בקבלת ההחלטות ובין משתני התוצאה. כלומר, נראה כי לא קיים קשר כלשהו בין התפיסות של המבוטחים בכל הקשור לסוג אוטונומיה של המוסד מספק השירותים ורמתה ובין מידת האמון שהם רוחשים לו. במחקר זה נמצאו אף קשרים נוספים בין שאר המשתנים. כך למשל, נמצא קשר בינוני בין השתתפות המבוטח בתהליכי קבלת החלטות לשביעות רצונו משירותי הבריאות שהוא צורך (0.534). כן נמצא קשר בינוני בין נגישות וקשר עם הציבור לבין משתנה ההשתתפות (0.412). במחקר נמצא קשר בינוני בין משתנה ההשתתפות לבין משתנה הערכת ביצועים (0.552). קשר חלש נמצא בין משתנה ההשתתפות לבין משתנה השוויוניות של המוסד מספק שירותי הבריאות. כך גם נמצא כי קיים קשר בינוני-חלש בין משתנה שביעות רצון ומשתנה שוויוניות (0.373). בין משתנה שוויוניות למשתנה הערכת איכות הניהול נמצא גם כן קשר בינוני-חלש (0.349). בין משתנה שביעות הרצון ונגישות וקשר עם הציבור נמצא קשר בינוני-חלש (0.312). כך גם בין שביעות רצון לבין אוטונומיה בקבלת החלטות נמצא קשר חלש (0.128). בין שביעות רצון להערכת ביצועי המוסד מספק השירותים נמצא קשר חזק (0.758). כך גם נמצא קשר בינוני-חלש בין משתנה נגישות וקשר עם הציבור לבין משתנה הערכת הביצועים (0.368). וקשר חלש בין משתנה נגישות וקשר לבין משתנה השוויוניות (0.150).

■ רגרסיות ושונות – מדגם קופות החולים

אף במדגם זה, כחלק מהניסיון לאשש את מודל המחקר, נבחנו רגרסיות אחדות על מנת לנתח את השונות המוסברת ולבחון עד כמה מסבירים משתנים אלה את מידת האמון של מבוטחי הקופות. כמו שאפשר להתרשם בטבלה מספר 4, תקנון השונות המוסברת בהתאם למשתנים וגודל המדגם (Adjusted R Square) מראה כי המשתנים הבלתי-תלויים של המחקר מסבירים 62.5% מכלל המשתנה המוסבר - שונות מוסברת די גבוהה. היחס בין השונות המוסברת לשונות שאינה מוסברת היה גבוה ($F = 175.635$) ומובהק באופן שדחה את השערת האפס. היינו, אף כאן התוצאות שנתקבלו אינן מקריות ואי אפשר לדחות את כלל המודל. בבחינת עוצמות הקשר של המשתנים הבלתי-תלויים למשתנה האמון, נמצא כי משתנה הערכת ביצועים הוא בעל הקשר המשמעותי ביותר לאמון המבוטחים ($\text{Beta} = -0.369$). אחריו, משתנה שביעות רצון ($\text{Beta} = 0.346$), משתנה שוויון ($\text{Beta} = 0.128$) ומשתנה נגישות וקשר עם הציבור ($\text{Beta} = 0.117$). משתני ההשתתפות והאוטונומיה לא נמצאו מובהקים. גם במדגם זה עולה שוב, כי משתנה ההשתתפות ככל הנראה אינו מנבא טוב של אמון.

טבלה 4:

“רגרסיה מרובת משתנים של מודל המחקר – מדרגם קופות החולים”

המשתנה	אמון β (t)	הערכת ביצועים β (t)
(Constant)	(-1.71)	(.725)
השתתפות	.03 (.83)	.188 (5.94)***
שביעות רצון	.35 (8.9)***	.604 (20.03)***
נגישות וקשר	.12 (4.28)***	.0.23 (3.54)***
אוטונומיה	-.03 (-1.06)	.0.52 (3.4)***
הערכת ביצועים	.37 (9.15)***	–
שוויון וייצוגיות	.13 (4.8)***	.075 (2.86)***
R ²	.63	.64
Adjusted R ²	.62	.63
F	175.63***	218.97

P≤.001***

P≤.01**

P≤.05*

כמו במדגם הקודם, ניסינו לבחון את האפשרות לשימוש במשתנה הערכת ביצועים כמתווך בין השתתפות ואמון. כאן, כאשר ביצענו את הרגרסיה מול משתנה הערכת הביצועים קיבלנו תוצאות שונות מאלה שהתקבלו במדגם הקודם. מתוך הניתוח הסטטיסטי שהתבצע כאן עולה כי המשתנים הבלתי-תלויים של המחקר מסבירים 60.33% מכלל משתנה הערכת הביצועים ($P < 0.001$), שונות מוסברת גבוהה יחסית. כאן ניסינונו לטעון כי ייתכן שמשנתנה הערכת הביצועים משמש כמשתנה מתווך בין אמון להשתתפות אכן מקבל תימוכין מהנתונים הסטטיסטיים. בתוך המודל, אף כאן ניבא משנתנה שביעות הרצון את משנתנה הערכת הביצועים יותר מכל שאר המשתנים ($\beta = .604$; $p < .001$). אולם, כנלמד מהטבלה, גם ההשתתפות נמצאה בצורה מובהקת כמנבאת (גם אם לא ברמה גבוהה) את הערכת הביצועים ($\beta = .188$; $p < .001$).

מסקנות

יחסי אמון בין אזרחים למוסדות וארגונים המספקים ביטוח סוציאלי ובריאות חשובים מאוד לניתוח ביצועים ולניהול של ארגונים אלה, המאופיינים לרוב בסביבה של אי-ודאות וסיכון. בהגדירנו אמון כאמונה של פרט ברצונם הטוב של אחרים ושל כוונות פעולותיהם, אמון יכול לסייע לאנשים לפעול בסביבה זו של אי-ודאות ושל סיכון; זאת בייחוד כאשר הוא קשור לשביעות רצון ולהערכת ביצועים. לא זו בלבד, אלא שאמון אף עשוי לשמש כמשתנה חשוב מאוד לגבי חיזוי פעולותיהם של אזרחים. בעוד שביעות רצון, למשל, נשענת על התרשמותו של הפרט בנוגע למה שהיה בעבר או בהווה, אמון מרמז במידה רבה יותר על תפיסת העתיד שהפרטים מייחסים לנשוא האמון. ממצאינו בחיבור זה מצביעים כי לאזרחי ישראל אין רמה גבוהה של אמון במוסדות המספקים שירותי הביטוח הסוציאלי והבריאות שעליהם נשאלו. באופן כללי, נמצא גם כי הערכת הביצועים של המוסדות המספקים שירותי ביטוח סוציאלי ובריאות, וכן שביעות הרצון מהם – אינן נמוכות אך גם אינן גבוהות מאוד בערכים מוחלטים. זאת במקביל לתחושתם של הנשאלים כי הם אינם מעורבים כלל בתהליכי קבלת ההחלטות בארגונים אלה, או מעורבים במידה מועטה. אזרחי ישראל העריכו את רמת השוויוניות של ארגונים אלה כבינונית עד גבוהה, את משתנה הקשר והנגישות למוסדות אלה כנמוך, ואת מידת האוטונומיה שלהם בהחלטות מדיניות כגבוהה. אמון נמצא קשור באופן חיובי עם הערכת ביצועים ועם שביעות רצון, הרבה יותר מהקשר שעלה בינו לבין השתתפות בתהליכי קבלת החלטות. השתתפות בתהליכי קבלת החלטות נמצאה גם קשורה באופן חיובי עם הערכת ביצועים. העובדה שלא נמצא ניבוי מובהק של אמון על ידי משתנה ההשתתפות (בצורה ישירה, אך בחלק מהדגימה גם בצורה שאינה ישירה, דרך משתנה מתערב) מרמז כי ייתכן שהשתתפות אינה תמיד משפיעה על אמון. מסקנה זו מתנגשת עם תאוריות שונות של השתתפות ומעלה את האפשרות שכאשר מדובר בארגונים מורכבים, העוסקים במגוון תחומים ונושאים, מנגנוני שיתוף של הארגונים יימצאו לא אפקטיביים. לחלופין, היו שהציעו כי ייתכן שביזור בתהליכי קבלת החלטות הכרחי על מנת לפתוח דלתות להשתתפות אזרחים (Fung and Wright, 2001); ואולם אנו רוצים להציע כאן הסבר אפשרי אחר לתופעה מעניינת זו, המבוסס על ניתוח תלוי תרבות.

תרבות פוליטית המאופיינת בהשתתפות פוליטית עשויה להניע יחסים חיוביים בין השתתפות זו ובין הערכת ביצועים ושביעות רצון, בעוד תרבות פוליטית המאופיינת באי-השתתפות תוביל לקשרים הפוכים או לחוסר קשרים בין תופעות אלה. כמו שכבר נצפה (מזרחי ומידיני, 2006; Ben-Poart and Mizrahi, 2005), שלל גורמים מבניים ותהליכיים חברתיים מובילים חלקים נרחבים בחברה הישראלית לאמץ דפוס פעילות של קביעת עובדות בשטח בכל הקשור להספקת שירותים שהממשלה אינה מספקת בכמות או באיכות המבוקשת. דפוס פעילות זה, המכונה "פוליטיקה אלטרנטיבית", כולל פנייה מוגברת לערוצים אלטרנטיביים, בדרך כלל בשוק הפרטי, להספקת שירותים

באופן מידי, כמו לדוגמה בתחום שירותי הבריאות, החינוך, ביטחון פנים ורווחה. כאשר תהליך מסוג זה, שנועד להשיג מטרות נקודתיות לטווח הקצר, מקיף מגוון גדול של תחומי מדיניות ונמשך עשרות שנים – הוא יוצר (בין היתר) השפעה מצטברת של הפנמה בקרב הציבור הישראלי כי השתתפות בערוצים הרגילים לא תספק בעבורו את השירות או המוצר הציבורי המבוקש, ולפיכך יש לנקוט יוזמות חד-צדדיות על מנת לספק לעצמו מוצרים ושירותים ציבוריים. כך, ההשתתפות של רבים מאזרחי ישראל מבוססת על "פוליטיקה אלטרנטיבית" במקום על השתתפות פוליטית מקובלת.

"פוליטיקה אלטרנטיבית" היא לאמתו של דבר טקטיקה שנועדה לספק פתרון קצר טווח, מקומי בדרך כלל, לחוסר במוצרים ציבוריים שונים (Ben-Poart and Mizrahi, 2005). בין היתר, היא מאומצת בעיקר על ידי פרטים בציבור וקבוצות אינטרס שונות כתגובה לחוסר שביעות הרצון שלהם מהזמינות והאיכות הפוחתת של שירותים ממשלתיים ומתחושתם הסובייקטיבית כי לא ניתן בידם להשתתף ולהשפיע על תהליך המדיניות ועל תוצאותיו. פעמים רבות אפשר לראות בתופעה התנהגות חד-צדדית של אותם קבוצות ופרטים במטרה "לקבוע עובדות בשטח" ולעקוף את גורמי הממשל. לעתים, היא אף נעשית בניגוד למוסכמות של אותה החברה. תופעה זו הלכה וגברה בעיקר על רקע בעיית אי-המשילות, המבנה המוסדי, נסיגתה של מדינת הרווחה, השחיתויות במערכת הפוליטית והמנהלית, השסעים הרבים בחברה הישראלית ובעיותיה המדיניות-ביטחוניות של המדינה. שנות ה-80 וה-90 של המאה העשרים בישראל אופיינו כשנים שחל בהן גידול משמעותי בתופעה זו, אשר באה לידי ביטוי בין היתר בכלכלה שחורה, בחינוך אפור, ברפואה שחורה ובהתחברות לכבלים פיראטיים. כל אלה היו סוגים של יצירת אלטרנטיבות לא חוקיות או על גבול החוקיות, כתגובה לשירותים לא מספקים מצד המדינה (Lehman-Wilzig, 1992). ההתנהגות האנושית מוכוונת בעיקרה ניסיון לפתרון בעיות קיימות בהתבסס על ניסיון העבר ועל תהליכי למידה מתמשכים. אמון, לפיכך, יכול להיבנות על ניסיונות מתמשכים של השתתפות ואף לתרום לחיזוק פעולות של השתתפות בערוצים המסורתיים של השתתפות דמוקרטית. אולם, כאשר פרטים וקבוצות מפנימים את העובדה כי השתתפות דמוקרטית, כמו שהיא קיימת במתכונתה הרגילה, אינה "מספקת את הסחורה", גם פעולות של שיתוף מצד ארגונים לא יחזקו אצל הפרטים את האמון בהם. נהפוך הוא. בתנאים שבהם פרטים בחברה מפנימים כי השתתפות דמוקרטית אינה אפקטיבית, כל יוזמה מסוג זה עשויה רק לערער אמון נמוך ממילא.

תהליכים אלה של למידה חברתית מסייעים להבין את הופעתן של יוזמות חד-צדדיות ושל פוליטיקה אלטרנטיבית כמאפיין מרכזי בדפוסי ההתנהגות של החברה הישראלית. הם שונים בצורה משמעותית ממה שמכונה התנהגות דמוקרטית-השתתפותית. זאת, הואיל ופרטים וקבוצות בחברה הישראלית עוקפים בצורה זו את הערוצים או המוסדות הקיימים, באופן המאופיין כבלתי-חוקי או על סף החוקיות. לא

מן הנמנע אפוא כי תרבות פוליטית זו משפיעה גם על האינטראקציה שבין אזרחי ישראל לארגונים המספקים להם שירותי ביטוח סוציאלי ובריאות. כאשר דפוס התנהגות זה נעשה חלק מהתרבות הפוליטית בישראל, הוא מחלחל לאטו לכלל שכבות החברה ומכתיב למרבית השחקנים התנהגות המונחית בהשגת יוזמות ויעדים קצרי טווח. תחת תנאים אלה, אזרחי ישראל חשים כי אין להם השפעה ממשית דרך ערוצי ההשתתפות הרגילים ואינם מקשרים השתתפות מסוג זה עם אמון.

חוקרים ותאורטיקנים של מנהל ציבורי ושל "ניהול ציבורי חדש" נוטים להניח כי בחברות דמוקרטיות, אזרחים מפנימים את האתוס הדמוקרטי בכללותו. היינו, הם מאמצים את הדמוקרטיה במתכונתה הכוללת כדמוקרטיה מהותית, על מאפייניה השונים. יתרה מכך, לא פעם מניחים אלה כי את אבני היסוד בדמוקרטיה – כגון הפנמה של היתרונות הגלומים בהתנהגות השתתפותית - אפשר להשליך בצורה אוניברסלית על כלל החברות הדמוקרטיות. הנחה זו משמשת לא פעם אף יזמים של רפורמות בארגונים שונים של המנהל הציבורי. אולם, דומה כי אין הלימה בין חזון זה לבין המציאות הנתונה כ־60 שנה לאחר הקמת מדינת ישראל. מחקר זה מצביע על האפשרות שהבנת היתרונות והחשיבות שבהשתתפות אינה אוניברסלית לכלל החברות הדמוקרטיות. חרף זאת, יש להבין כי התנהגות השתתפותית עשויה להיות שונה בין חברה דמוקרטית אחת לאחרת. לפיכך, חובה להבין תחילה את ההקשר ההיסטורי-תרבותי של החברה המנותחת ואת אופי התרבות הפוליטית הנתונה בה.

תובנה זו עשויה לספק בעבור מקבלי החלטות בישראל את העצה שלפיה יש לתכנן כל רפורמה בניהול הציבורי בצורה זהירה אשר תשלב בתוכה את התרבות וההתנהגות הנתונה של מרבית הפרטים והקבוצות בה; שכן, סביר להניח כי רפורמות שמטרתן שיפור הניהול הציבורי דרך הצעת ערוצי השתתפות רגילים לא תשגנה את מטרתם של מקבלי ההחלטות הואיל ואזרחים לא יזהו את היתרונות הגלומים בהשתתפות המוצעת. לשון אחר, כאשר פוליטיקה אלטרנטיבית היא מאפיין בולט של חברה נתונה, לחימה בתופעה עשויה להיות פתרון לא אפקטיבי. לפיכך, על מקבלי החלטות לנסות ולמנף יוזמות חד-צדדיות אלה דרך יצירת מנגנון המערב אותן בקבלת ההחלטות.

- Anderson, C. (1995). *Blaming the Government: Citizens and the Economy in Five European Democracies*. Armonk, New York: ME Sharpe.
- Arian, A. (1998). *The Second Republic – Politics in Israel*. Chatham, New Jersey: Chatham House.
- Arnstein, S R. (1969). "A Ladder of Citizen Participation." *Journal of the American Institute of Planners* (35): pp. 216-224.
- Arrow, K J. (1963). *Social Choice and Individual Values*. New York: John Wiley.
- Ben-Porat, Guy and Shlomo Mizrahi (2005). "Political culture, alternative politics and foreign policy: The case of Israel". *Policy Sciences* 38 (2): pp. 177-194.
- Bhattacharya, R, T M Devinney and M. M. Pillutla (1998). "A Formal Model of Trust Based on Outcomes." *Academy of Management Review* 23(3): pp. 459-472.
- Borre, O. (2000). "Critical Issues and Political Alienation in Denmark." *Scandinavian Political Studies* 23: pp. 285-309.
- Bouckaert, G and S. Van de Walle (2002). "Quality of Public Service Delivery and Trust in Government." In: *Governing networks: EGPA Yearbook*. A, Salminen (Ed.) Amsterdam: IOS Press. pp. 299-318.
- Bouckaert, G et al. (2002). *Identity VS. Performance: An Overview of Theories Explaining Trust in Government*. Leuven: Public Management Institute.
- Box, R C. (1999). "Running Governments Like a Business: Implications for Public Administration Theory and Practice". *American Review of Public Administration* (29): pp. 19-43.
- Calnan, M, and R Rowe (2006). "Researching Trust Relations in Health Care: Conceptual and Methodological Challenges – an Introduction". *Journal of Health Organization and Management* 20(5): pp. 349-358.
- Chernew, M. (2001). "General Equilibrium and Marketability in the Health Care Industry". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5): pp. 885-897.
- Church, J et al. (2002). "Citizen Participation in Health Decision-Making: Past Experience and Future Prospects". *Journal of Public Health Policy* (23): pp. 12-32.

Cohen, Nissim and Guy Ben-Porat (2008). "Business Communities and Peace: The Cost Benefit Calculations of Political Involvement". *Peace and Change* 33(3): pp. 426-446.

Cooper, T.L and T.A Bryer (2007). "William Robertson: Exemplar of Politics and Public Management Rightly Understood". *Public Administration Review* 67: pp. 816-823.

Couch, L.L and W.H Jones (1997). "Measuring Levels of Trust". *Journal of Research in Personality* 31: pp. 319-336.

Dahl, R A. (1971). *Polyarchy, Participation and Opposition*. New Haven: Yale University Press.

Deutsch, M. (1973). *The Resolution of Conflict*. New Haven and London: Yale University Press.

Dunleavy, P et al. (2006). *Digital Era Governance*. Oxford : Oxford University Press.

Dunleavy, P et al. (2005). "New Public Management is Dead - Long Live Digital-Era Governance". *Journal of Public Administration Research and Theory* 8: pp. 1-28.

Ebdon, C. (2002). "Beyond Public Hearing: Citizen Participation in the Local Government Budget Process". *Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management* (14): pp. 273-294.

Ferlie, E et al. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.

Fornell, C et al. (1996). "The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose and Findings". *Journal of Marketing* (60): pp. 7-18.

Frederickson, G.H. (1982). "The Recovery of Civism in Public Administration". *Public Administration Review* 42: pp. 501-509.

Frederickson, G.H. (1997). *The Spirit of Public Administration*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fung, A. (2006). "Varieties of Participation in Complex Governance". *Public Administration Review* 66: pp. 66-75.

Fung, A and E.O. Wright (2001). "Deepening Democracy: Innovations in Empowered Participatory Governance". *Politics and Society* 29: pp. 5-41.

- Gambetta, Diego and Diego, Gambetta (1988). "Mafia: The Price of Distrust". In: *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, Oxford: Blackwell. pp. 158-175.
- Gilson, L. (2003). "Trust and the Development of Health Care as a Social Institution." *Social Science and Medicine* 56: pp. 1453-1468.
- Glaser, M.A. and B.W. Hildreth (1999). "Service Delivery Satisfaction and Willingness to Pay Taxes". *Public Productivity and Management Review* 23: pp. 48-67.
- Glied, S.A. (2001). "Health Insurance and Market Failure since Arrow". *Journal of Health Politics Policy and Law* 26 (5): pp. 957-965.
- Hacker, Jacob S. (2004). "Privatizing Risk Without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States". *American Political Science Review* 98 (02): pp. 243-260.
- Hacker, Jacob S. (2002). *The Divided Welfare State: The Battle Over Public and Private Social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardin, R. (1998). "Trust in Government". In: *Trust and Governance*. Valerie Braithwaite and Margaret Levi (Eds.). New York: Russell Sage Foundation, pp. 9-27.
- Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hood, C. (1991). "A Public Management for all Seasons?" *Public Administration* (69): pp. 3-19.
- Hood, C. (1995). "Contemporary Public Management: A New Global Paradigm?" *Public Policy and Administration* 10: pp. 104-117.
- Horev, Tuvia and Yair M. Babad (2005). "Healthcare reform implementation: stakeholders and their roles-the Israeli experience." *Health Policy* 71(1): pp. 1-21.
- Horowitz, D. and M. Lissak (1978). *Origins of the Israeli Polity*. Chicago: Chicago University Press.
- Horowitz, D. and M. Lissak (1989). *Trouble in Utopia*. Albany: SUNY Press.
- Hosmer, L T. (1995). "Trust: The Connecting Link Between Organizational Theory and Philosophical Ethics". *Academy of Management Review* 20 (2): pp. 379-403.

Hughes, O. E. (2003). *Public Management and Administration: An Introduction*. 3rd Edition. London: Palgrave.

Irvin, R. A. and J. Stanbury (2004). "Citizen Participation in Decision-Making: Is it Worth the Effort?" *Public Administration Review* (64): pp. 55-65.

King, C. M and C. Stivers (1998). *Government is us: Public Administration in An Anti-Government Era*. Thousand Oaks, CA: Sage.

King, C.S, K.M. Feltey and B.O, Susel (1998). "The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration". *Public Administration Review* (58): pp. 317-326.

Lane, J E. (2000). *New Public Management*. London: Routledge.

Lehman-Wilzig, Samuel N. (1991). "Loyalty, Voice, and Quasi-Exit: Israel as a Case Study of Proliferating Alternative Politics". *Comparative Politics* 24(1): pp. 97-108.

Lehman-Wilzig, Samuel N. (1992). *Wildfire: Grassroots Revolts in Israel in the Post-Socialist Era*. Albany: SUNY Press.

Levi, M. (2001). "Trust, Sociology of". In: *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Amsterdam: Elsevier.

Lincoln, J. and A. Kalleberg (1990). *Culture, Control, and Commitment: A Study of Work Organization and Work Artifacts in the United States and Japan*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lyons, William E. and David Lowery (1986). "The Organization of Political Space and Citizen Responses to Dissatisfaction in Urban Communities: An Integrative Model". *The Journal of Politics* 48(2): pp. 321-346.

Maman, Daniel (2002). "The Emergence of Business Groups: Israel and South Korea Compared". *Organization Studies* 23(5): pp. 737-758.

Mishra, A. (1996). "Organizational Responses to Crisis: The Centrality of Trust". In: *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. R.M. Kramer and T.R. Tyler (Eds.). Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 261-288.

Mizrahi, Shlomo and Asaf Meydani (2003). "Political Participation via the Judicial System: Exit, Voice and Quasi-Exit in Israeli Society". *Israel Studies* (8): pp. 118-136.

Pierson, Christopher (1991). *Beyond The Welfare State?* Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

- Pierson, Paul (1995). *Dismantling the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, Paul (2004). *Politics in Time: History, Institutions, and Political Analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- Pierson, Paul (Ed.) (2001). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Rimmerman, C.A. (1997). *The New Citizenship: Unconventional Politics, Activism, and Service*. Boulder, CO: Westview Press.
- Rose, L. (1999). "Citizen (re)Orientations in the Welfare State?: From Private to Public Citizens". In: *Citizenship and Welfare State Reform in Europe*. J Bussemaker (Ed.) London: Routledge. pp. 131-148.
- Rusbult, Caryl and David Lowery (1985). "When Bureaucrats Get the Blues: Responses to Dissatisfaction Among Federal Employees". *Journal of Applied Social Psychology* 15(1): pp. 80-103.
- Schee, E.V.D, P.P. Groenewegen and R.D. Friele (2006). "Public Trust in Health Care: A Performance Indicator?" *Journal of Health Organization and Management* 5(20): pp. 468-476.
- Shapiro, S. (1987a). "Social Control of Impersonal Trust". *The American Journal of Sociology* 93 (3): pp. 623-658.
- Shapiro, S. (1987b). "Social Control of Impersonal Trust". *The American Journal of Sociology* 93 (3): pp. 623-658.
- Sprinzak, Ehud (1995). "Right-Wing Terrorism in a Comparative Perspective: The Case of Split Delegitimization". *Terrorism and Political Violence* 7 (1): pp. 17-43.
- Thom, D.M. Hall and L. Pawlson (2004). "Measuring Patients Trust in their Physicians when Assessing Quality of Care". *Health Affairs* 23 (4): pp. 124-132.
- Van Ryzin, G.G. et al. (2004). "Drivers and Consequences of Citizen Satisfaction: An Application of the American Customer Satisfaction Index Model to New York City". *Public Administration Review* 64: pp. 331-341.
- Vigoda, Eran (2002). "Administrative Agents of Democracy? A Structural Equation Modeling (SEM) of the Relationship between Public Sector Performance and Citizenship Involvement". *Journal of Public Administration Research and Theory* 12: pp. 241-272.

Vigoda-Gadot, Eran and Shlomo Mizrahi (2008). "Public Sector Management and the Democratic Ethos: A 5-Year Study of Key Relationships in Israel". *Journal of Public Administration Research and Theory* 18 (1): pp. 79-107.

Wang, X. (2001). "Assessing Public Participation in U.S. Cities". *Public Performance and Management Review* 24: pp. 322-336.

Warren, Mark E. (1999). "Democratic Theory and Trust". In *Democracy and Trust*, Mark E Warren (Ed.) Cambridge: Cambridge University Press.

Webster, C. (1985). "Health, Welfare and Unemployment during the Depression". *Past and Present* 109: pp. 204-230.

Weeks, E.C. (2000). "The Practice of Deliberative Democracy: Results from Four Large-Scale Trials". *Public Administration Review* (60): pp. 360-371.

Yang, K. and M. Holzer (2006). "The Performance-Trust Link: Implication for Preference Measurement". *Public Administration Review* 66: pp. 114-126.

Yankelovich, D. (1991). *Coming to Public Judgment: Making a Democracy Work in a Complex World*. Syracuse, New York: Syracuse University

אריאן, א. (1997). הרפובליקה הישראלית השנייה. חיפה: אוניברסיטת חיפה וזמורה ביתן.

גל-נור, י. (2007). מינהל ציבורי בישראל: התפתחות, מבנה, תפקוד ורפורמות. ירושלים: אקדמון.

גרוס, ר., ברמלי – גרינברג, ש. ומצליח, ר. (2005). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים הקודמות. ירושלים: גיוינט - מכון ברוקדייל.

גרוס, ר., ברמלי – גרינברג, ש. ומצליח, ר. (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: גיוינט - מכון ברוקדייל.

דורון, א. (1997). בזכות האוניברסאליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל. ירושלים: מאגנס.

דורון, א. (1999). "מדיניות הרווחה בישראל – ההתפתחויות בשנות ה-80 וה-90". בתוך: נחמיאס, ד. ומנחם, ג. (עורכים). המדיניות הציבורית בישראל. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

דורון, א. (2003). "מדינת הרווחה בעידן של צנע וצמצומים: מבט מתחילת המאה ה-21". חברה ורווחה כ"ג: עמ' 275-294.

דורון, א. (2007). "עיצוב מדיניות הרווחה בישראל, 2000-2005", בתוך: אבירם, א., גל, ג. וקטן, י. (עורכים). עיצוב מדיניות חברתית בישראל, מגמות וסוגיות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007). השנתון הסטטיסטי לישראל 2007. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מספר 58.

ויגודה-גדות, ע. ומזרחי, שלמה (2007). ביצועי המגזר הציבורי בישראל. חיפה: המרכז לניהול ומדיניות ציבורית, נייר עבודה מספר 7.

כהן, נ., מזרחי, ש. ויובל, פ. (2008). מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ודעת הקהל: ישראל 2008. באר שבע: אוניברסיטת באר שבע, נייר מחקר מספר 3 של המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית.

מזרחי, ש. ומידני, א. (2006). מדיניות ציבורית בין חברה למשפט. ירושלים: כרמל.