

בטחון סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה ונטחון סוציאלי

- במלאות שישים שנה ל- ISSA : מהות הארגון ופעולתו
- מגמות בהתפתחות הביטוח הסוציאלי בישראל
- מגמות בהתפתחות השירותים הסוציאליים האישיים
- השימוש בשירותי רופאים ראשוניים בישראל : היבטים מבחינת תשלום עבור שירות
- פיתוח עצמאות, אחריות ושותפות אצל הפונה בתהליך הטיפול
- מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים
- העדפות של תחומים הקשורים לאיכות חיים
- הבטחת הכנסה — שינוי המדיניות ודרכי ביצועה
- תאונות בעת פעולות נלוות לעבודה
- ביטוח לאומי ופרישה של גברים מבוגרים מכוח העבודה.

בטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על-ידי
המוסד לביטוח לאומי

ירושלים * שבט תשמ"ח * פברואר 1988
חוברת 31

בחוברת זו

שישים שנה מלאו לאיסס"א, הארגון הבינלאומי לביטחון סוציאלי, ולרגל המאורע מתפרסמים בחוברת זו שני מאמרים המוקדשים, כל אחד על-פי דרכו, ליובלו של הארגון. יוסי תמיר סוקר במאמרו את מהותו של הארגון ואת פעולותיו השונות כפי שהתפתחו במשך השנים. פרופ' אברהם דורון נשא את ההרצאה המרכזית ביום העיון שנתקיים ביזמת המוסד לביטוח לאומי והאוניברסיטה העברית לציון חגו של הארגון ובה סקר את המגמות המסתמנות בהתפתחותו של הביטוח הסוציאלי בישראל והתרכז בשלושה נושאים: הישגי הביטוח הלאומי עד כה, הבעיות שהוא ניצב בפניהן היום והסכנות האורבות לו בעתיד.

במגמות ובתחזית לעתיד, אם גם מתוך זווית ראייה אחרת, עוסק יעקב קופ, הדין במאמרו בשני מישורים – זה של שירותי הרווחה בהקשר הרחב יותר ובתמורות שחלו בהם בסוף שנות ה-70 ובמחצית הראשונה של העשור הנוכחי, וזה של המבנה הדמוגרפי והכלכלי על תמורותיו וזיקותיהן לשינוי הצרכים בתחום הסוציאלי. מאמרם של דב צ'רניחובסקי ודניאלה פז עוסק בהיבט הכספי של השימוש ברופאים ראשוניים, בעיה המקבלת מימד אקטואלי כל אימת שמדובר בהטלת תשלום על ביקורים אצל רופא כאחד האמצעים להגדלת הכנסות המדינה.

היבט אחר של מילוי הצרכים שעליו מופקד המוסד לביטוח לאומי מתארים גור הדין, שרה אופיר ורחל גפתלי, המקדישים את מאמרם לנושא של פיתוח העצמאות והאחריות ושיתוף המטופל בתהליך השיקום שלו. לכאן משתלב ניסיון חדש שנעשה בארץ לסייע לאוכלוסייה נוספת הזקוקה לעזרה – הקשישים, ובמיוחד אלה מהם הסובלים מפגיעה אורגנית במוח; ברנדה מורגנשטיין, שרית בייץ ופרופ' ארנולד רוזין סוקרים את המועדונים הפסיכוגריאטריים ובודקים את הניסיון שנרכש בארבעה מועדונים כאלה הפועלים בירושלים זה שנים אחדות. להשלמת התמונה תורם מאמרם של ד"ר אלי פרנקל וד"ר יוסי מלר, שמחקר החלוץ שלהם עסק באינדיקטורים הסובייקטיביים – היינו הרגשת האדם המטופל עצמו – ככלי נוסף לקביעת מדיניות רווחה.

הנושא של הבטחת הכנסה אינו יורד מסדר היום מאז נחקק חוק הבטחת הכנסה בשנת 1980. הפעם ממקדים פרופ' אברהם דורון וד"ר אורי ינאי את תשומת לבם בבעיות אחדות שנתעוררו מאז הופעל החוק בשנת 1982 ובהשלכותיהן על רווחתה של אוכלוסייה הנתונה במצוקה.

שני המאמרים הסוגרים את הרשימה עוסקים בשתי סוגיות שונות זו מזו. בתאונות הנגרמות שלא תוך-כדי עבודה ממש, אלא הן נלוות לה ומתרחשות לכאורה מחוץ למקום העבודה, עוסק השופט ד"ר שאול קובובי, הסוקר מקרים שבהם אירעו תאונות "חריגות" כאלה ואת הפסיקה שהיתה בעניינן. נושא הפרישה מעבודה של גברים לאור השפעת הביטוח הלאומי וגורמים כלכליים אחרים עליה, עומד במרכז מאמרו של סולי פלג, החותם את מאמרי החוברת.

★

"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בחורף ובקיץ.

מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית של המאמר באנגלית, וכן את שם המחבר ואת שם המאמר באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

מען המערכת: "בטחון סוציאלי", האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.

הדעות וההערות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

המערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משה ליסק

מרדכי צפורי

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירה שמאי

יוסי תמיר

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

דפוס אחוה, ירושלים

תוכן העניינים

3	יוסי תמיר	במלאות שישים שנה ל-ISSA: מחות הארגון ופעולתו
13	פרופ' אברהם דורון	מגמות בהתפתחות הביטוח הסוציאלי בישראל
19	יעקב קופ	מגמות בהתפתחות השירותים הסוציאליים האישיים
29	ד"ר דב צירניחובסקי ודניאלה פז	השימוש בשירותי רופאים ראשוניים בישראל; היבטים מבחינת תשלום עבור שירות
41	גור הרן, שרה אופיר ורחל נפתלי	סיתוח עצמאות, אחריות ושותפות אצל הפונה בתהליך הטיפול
51	ברנדה מורגנשטיין, שרית ביוץ-מוראי ופרופ' ארנולד רוזין	מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים
65	ד"ר אלי פרנקל וד"ר יוסי מלר	העדפות של תחומים הקשורים לאיכות חיים
74	פרופ' אברהם דורון וד"ר אורי ינאי	הבטחת הכנסה – שינוי המדיניות ודרכי ביצועה
88	ד"ר שאול קובובי	תאונות בעת פעולות נלוות לעבודה
110	סולי פלג	ביטוח לאומי ופרישה של גברים מבוגרים מכוח העבודה
120	אריה וולף, עו"ד	חקיקה ופסיקה סוציאלית: מס על גימלאות חברי קיבוץ; חקירה במשטרה שגרמה התקף לב; הזכות לחופשת היריון
125		פרסומים חדשים
V-XV		Summaries of the Main Articles

במלאות שישים שנה ל-ISSA: מהות הארגון ופעולתו

מאת יוסי תמיר*

בשישים שנות קיומו רכש לעצמו הארגון השפעה רבה ביותר על פיתוח וקידום הביטחון הסוציאלי ברחבי העולם, והוא ממלא תפקיד מרכזי ומשמש כוח מניע בחילופי מידע וניסיון ומעודד שיתוף פעולה בינלאומי בין העוסקים בתחום זה. ISSA הוא ארגון א-פוליטי, משוחרר מקונפליקטים אידיאולוגיים ומוויכוחים בינלאומיים. בהתאם לכך, חברים בו ארגונים העוסקים בביטוח סוציאלי ולא מדינות.

מחזור פעולותיו של הארגון הוא תלת-שנתי, והוא מגיע לשיאו באסיפה הכללית שהיא הגוף העליון של הארגון. באסיפה הכללית משתתפים נציגי כל המוסדות החברים בארגון והיא למעשה פרלמנט עולמי לביטחון סוציאלי. כדי להדגיש את האופי האוניברסאלי של הארגון די אם נזכיר שהחל משנת 1964 נתכנסה האסיפה הכללית ביבשות שונות ובמדינות שונות, כגון: וושינגטון, לנינגרד, קולון, אבידג'אן, מדריד, מנילה, ג'נבה, ולאחרונה, בספטמבר 1986, במונטריאול. האסיפה הכללית האחרונה נערכה בהשתתפות כ-700 נציגים.

1. פעילות טכנית
בפעילות ISSA ניתן להבחין בשלוש קטגוריות עיקריות: הראשונה מאלה מכונה

הביטחון הסוציאלי הוא כיום חלק בלתי נפרד מחיינו היומ-יומיים, ומלווה אותנו בכל אשר נפנה. בהיותו מבוסס על סולידריות לאומית הביטחון הסוציאלי הוא גורם נכבד להגברת הצדק החברתי. שיתוף פעולה בינלאומי בתחום זה תורם רבות ללימוד הדדי ולשכלול הכלים והשיטות ליישום הביטחון הסוציאלי. לשם כך קיים הארגון הבינלאומי לביטחון סוציאלי ISSA¹, שנוסד באוקטובר 1927. מטרתיו של הארגון להגן, לקדם ולפתח את הביטוח הסוציאלי ברחבי העולם.²

אופיו ועבודתו של הארגון כיום

ב-ISSA חברים כיום 316 ארגונים מ-129 מדינות העוסקים בביטחון סוציאלי. הארגון מקיים מדי שנה עשרות פגישות וכנסים, שבחלק מהם משתתפים מאות מומחים מתחום הביטוח הסוציאלי ברחבי העולם. פעולותיו של הארגון בתחום המחקר זוכות ליחס של כבוד והערכה; היקף הפעילות בתחום ההדרכה וההכשרה למדינות העולם השלישי הולך וגדל; פרסומיו של הארגון זוכים לתפוצה נרחבת, ויש בו מרכז לתיעוד בינלאומי שהוא המוביל בעולם בתחום הביטחון הסוציאלי.

* סמנכ"ל למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

1 International Social Security Association.

2 מאמר זה נכתב לקראת החגיגות ליוכל השישים של הארגון והוא מבוסס, בין השאר, על סיכום שהוכן במחלקה ליחסי ציבור של ISSA לרגל אירוע זה.

בעקבות השינויים שחלו בתעסוקת נשים ובסטטוס התעסוקתי שלהן; בבעיות הקשורות בסיעוד לקשישים, תוך הדגשת מימד המימון של מערכות ביטוח סוציאלי בתחום זה. כתגובה לצרכים של ארגונים שונים החברים ב־ISSA נבחן הנושא של הרחבת תוכניות לביטוח בריאות בארצות מתפתחות. כמו כן נדון בהרחבה הנושא של מימון תוכניות ביטוח זקנה בעקבות ירידת גיל הפרישה. הוועדות המתמידות המתמחות בתחומי מניעת סיכונים בתעסוקה עסקו במחקר על הצרכים למניעה ולשיפור ההתגוננות בפני סיכונים בחיי היום-יום, כגון תאונות דרכים, התחשמלות, היפגעות מחומרים כימיים. כל זאת על בסיס הניסיון שהצטבר בתחום זה במישור התעסוקה. אחת הוועדות המתמידות אחראית לאיסוף ולפרסום מידע על פעילות המחקר השוטפת בתחום המניעה.

2. פעילות אזורית

הקטגוריה השנייה של פעילות הארגון מתבטאת בפעילות האזורית. לאור הדמיון הרב במצבן הכלכלי והחברתי של מדינות שכנות, באזורים שונים של העולם, הוכיחו חילופי המידע והניסיון בתחום הביטחון הסוציאלי את יעילותם. במטה הארגון בגינבה הוקמה ועדה לתכנון הפעילות האזורית, שתפקידה לבחון את הצרכים של הארגונים החברים בכל איזור, לתאם את פעילותם ולייעץ בקביעת סדרי עדיפויות ובבחירת נושאים לדיון ולביצוע. הפעילות האזורית עצמה מתבטאת בשלושה תחומים עיקריים: פגישות טכניות, קורסים להכשרה מקצועית ופעילות מחקר ותיעוד.

על מנת להבטיח קשר רצוף עם הארגונים והמוסדות החברים ב־ISSA הוקמו במקומות שונים בעולם משרדים אזוריים: באמריקה הלטינית (בואנוס איירס), באסיה (ניו דלהי) ובאפריקה (לוֹמָה, במדינת טוגו). המשרדים האזוריים עורכים כנסים אזוריים, סמינרים לניהול בכיר, "שולחנות עגולים" וקבוצות עבודה נבחרות לדיון בבעיות מיוחדות של הביטחון הסוציאלי באיזור. למשל, בשנים

"פעילות טכנית". בקטגוריה זו נכללים הדיונים והבחינות של בעיות ספציפיות העומדות בפני הענפים השונים של הביטחון הסוציאלי, לרבות ביטוח מחלה, ביטוח זקנה, ביטוח כפני תאונות עבודה ומחלות מקצוע, ביטוח אבטלה וקצבות משפחה. הפעילות הטכנית מתמקדת גם בבעיות המשותפות לכלל הענפים הללו בתחומי הארגון, שיטות הניהול ושאלות של חוק ומשפט.

לשם טיפול בנושאים אלה הוקמו במסגרת הארגון עשר "ועדות טכניות מתמידות" המורכבות ממומחים מכל פינות העולם. הוועדות מחולקות לתחומים כדלקמן:

- ועדה לביטוח מחלה וטיפול רפואי.
- ועדה לקצבות ילדים ומשפחה.
- ועדה לביטוח אבטלה ולהכטחת תעסוקה.
- ועדה לביטוח בפני תאונות עבודה ומחלות מקצוע.
- ועדה לביטוח זקנה ושאיירים ונכות.
- ועדה לקרנות גמל ולעזרה הדדית.
- ועדה לאקטואריה וסטטיסטיקה.
- ועדה לארגון, שיטות וניהול.
- ועדה לאספקטים של חוק ומשפט.
- ועדה למניעת סיכוני מקצוע.

בנוסף לכך קיימים שני גופים נוספים: קבוצות עבודה לנושא השיקום וועדה מייעצת למחקר.

פעילות הוועדות, המתכנסות מדי שנה, נעשית בעיקר בדרך של משלוח שאלונים לכל הארגונים החברים על מנת לאסוף נתונים ולבחון את השיטות השונות הנהוגות בכל נושא שנחקר. לעתים קרובות הוועדות משלבות בעבודתן מומחים בינלאומיים מתחום האקדמיה ומתחומים אחרים, המתבקשים להכין דו"ח בנושא ספציפי המעניין את הוועדה.

עיון ברשימת הנושאים שנחקרו ונדונו בוועדות אלה בשנים האחרונות מגלה פעילות מגוונת. כך, למשל, עסקו הוועדות המתמידות בבעיות הקשורות בתוכניות פנסיה לנשים

1N7/e

/e"jy n

670 id er

121781 p7em /y

1IN2N

משמש בסיס לדו"ח התלת-שנתי של המזכיר הכללי של הארגון המוגש לאסיפה הכללית. דו"ח זה הוא עדיין המסמך היחיד המספק תיאור מלא וניתוח מפורט של ההתפתחויות בתחום הביטחון הסוציאלי בעולם.

בנוסף לכך, הארגון עורך פגישות מומחים וכנסי מחקר על מנת לאפשר לחוקרים להציג את ממצאיהם על נושאים שעוסקים בהם מוסדות הביטחון הסוציאלי במדינות השונות. חלק מפגישות ומכנסים אלה מוקדש לבחינת נושא ספציפי שעורר התעניינות כללית. למשל, פגישת מומחים בשנת 1986 בבולטימור התמקדה בנושא היחס שבין תוכניות פנסיה ממלכתית ובין מערכות פנסיה פרטיות, נושא בעל חשיבות רבה לאור הוויכוח הקיים על עתידה של מדינת הרווחה. בשנת 1987 התקיים, בקרקוב שבפולין, כנס בנושא תפקיד המחקר בביטוח הסוציאלי. בכנס זה נדונו לא רק האוריינטציה של המחקר, תכנונו ויישומו בביטוח הסוציאלי, אלא גם בעיות הקשורות בארגון המחקר ובמימונו במסגרת מוסדות לביטוח סוציאלי. בשנת 1988 ידון כנס המחקר בווינה בנושא של שוויון בין המינים בביטוח הסוציאלי.

תחום פעילות נוסף הקשור לנושא המחקר הוא פרסום והפצת קשת רחבה של מסמכים, פרסומים וספרות בנושא הביטחון הסוציאלי. הפרסום המוכר והחשוב ביותר של ISSA הוא ה-*International Social Security Review*. פרסום זה הוא הרבעון הבינלאומי היחיד המוקדש כולו באופן בלעדי לביטחון הסוציאלי. הוא יוצא לאור בארבע שפות: אנגלית, צרפתית, גרמנית וספרדית. מתפרסמים בו מאמרים של מומחים מן השורה הראשונה בתחום הביטחון הסוציאלי, מחקרים המתבצעים במערכות הביטוח הסוציאלי במדינות שונות ותמציות והערות על חתיקה חדשה בתחום זה.

הפרסום *World Bibliography of Social Security*, היוצא אחת לשנתיים, הוא מקור חשוב ביותר למידע על הפרסומים השונים הרואים אור בתחום הביטחון הסוציאלי.

האחרונות עסק המשרד האזורי בדרום אמריקה בשאלות הביטחון הסוציאלי של עצמאיים, בהגנה סוציאלית לאוכלוסיות כפריות, ובבעיות הקשורות לשימוש בעיבוד נתונים לצורכי ארגון של הביטוח הסוציאלי. בארצות דוברות אנגלית באיזור הים הקאריבי עסקו בעיקר בתוכניות להכשרת צוותי עבודה לביטוח סוציאלי. באפריקה עוסק המשרד האזורי בבחינת האפשרות להרחיב את הכיסוי של הביטוח הסוציאלי גם למגזרים "לא-פורמליים" וכמו-כן בהכשרת התפקוד במוסדות השונים בנושא העברת מידע לציבור. באסיה ובאוקיאניה מתמקדים בשאלות של אספקת מוצרי רפואה ותרופות על-ידי מערכות הביטחון הסוציאלי כמו גם בבעיות הקשורות במחלות מקצוע ובמימון תוכניות לביטוח רפואי.

3. מחקר ותיעוד

תחום הפעילות השלישי הוא המחקר, הכולל גם את הפרסומים ואת עבודת המרכז לתיעוד של הארגון, והתופס מקום רחב ונכבד בעבודת ISSA.

הארגון אינו עוסק רק בבעיות מעשיות יום-יומיות של ניהול הביטחון הסוציאלי, אלא גם בשאלות של התאמה מתמדת של מערכות הביטוח הסוציאלי למציאות החברתית, המשתנה דרך קבע מבחינה דמוגרפית, כלכלית וחברתית. עניין מיוחד יש במעקב אחר המגמות בקביעת המדיניות בתחום הביטחון הסוציאלי. לפיכך, הארגון מקדם ומאפשר הפצת מידע על מחקרים וניסויים שנעשו בתחום הביטוח הסוציאלי במדינות השונות. חברי הארגון מדווחים באופן מתמיד ושוטף על פעילויות המחקר בארצותיהם, וכאשר מחגלות בעיות משותפות למספר מדינות, הארגון יוזם התייעצויות בינלאומיות.

למרות שהארגון אינו עוסק במחקר במישרין, נערך במסגרת עבודת המטה בארגון סקר שנתי על מגמות התפתחות הביטחון הסוציאלי ברחבי העולם (*Developments and Trends in Social Security*). סקר זה

בעולם בדרך של חילופי מידע, בעיקר על הצד הארגוני-מינהלי ועל עבודת החקיקה. בכך קרם עור וגידים שיתוף פעולה בינלאומי, שכבר צבר זה שנים אחדות תגופה וזכה לתמיכה רבה. ILO, ארגון העבודה הבינלאומי, קיבל בברכה את הרעיון להקמת ארגון מקצועי בינלאומי לנושא ביטוח כריאות. בשנים 1927-1936 נערכו שמונה כינוסים של האסיפה הכללית של הארגון. אחדים מן הנושאים שנדונו בכנסים ראשונים אלה נשאו אקטואליים עד היום, למשל: תפקיד קרנות ביטוח הבריאות בתחום הרפואה המונעת, ותפקיד הרופא המטפל בביטוח מחלה.

בשנת הקמתו היו חברות בארגון תשע מדינות, אולם בהדרגה הצטרפו לארגון מדינות נוספות, בעיקר מאירופה. ב־1936 הורחבה יריעת הנושאים שהעסיקו את הארגון ואלה כללו מעתה גם נכות, ביטוח זקנה ושאיירים וכיו"ב. בעקבות שינוי זה נקבע גם שם הארגון CIMAS (Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales). אולם, מאחר שמוסדות לביטוח פנסיה פעלו בהיקף לאומי והמדינה מילאה תפקיד חשוב בניהולם, לא נראה היה שאפשר להציב כתנאי לחברות בארגון שהניהול יופקד בידי הנוגעים בדבר.

פרוץ מלחמת העולם השנייה עיכב את הצטרפותן של ארצות הברית ושל מדינות שונות בדרום-אמריקה לארגון. ב־1940, כשהעתיק ארגון העבודה הבינלאומי את מקום מושבו למונטריאול, שבתה עבודת הארגון. בשנות המלחמה המשיך ארגון העבודה הבינלאומי לשקוד על הרחבת הביטחון הסוציאלי. דו"ח בוורידג' (Beveridge), שהוכן ואומץ על-ידי בריטניה הגדולה, ושהפך להיות אחד היעדים המרכזיים בתחום החברתי לאחר המלחמה, הדגיש את עקרון הזכות השווה של כל האזרחים, ללא הבדל מעמד

הפרסום *Current Research in Social Security* מציג תמציות של פרויקטים מחקריים ומספק מידע מפורט על פעילות המחקר בכל נושא. ה־*Studies and Research* הוא פרסום שנתי של דו"חות המחקר שיוזם ISSA והנובע ממאמרים שהוצגו בכנסים המחקר השונים.

מדי שלוש שנים הארגון מוציא לאור כעשרים דו"חות טכניים, שמכינות הוועדות המתמידות. פרסומים אחרים כוללים דו"חות על הכנסים הבינלאומיים בתחומי האקטואריה, עיבוד נתונים ומניעת סיכוני עבודה, וכן עלונים אינפורמטיביים ומחקרים ספציפיים שהוכנו עבור הכנסים האזוריים.

לבסוף, כדי לענות על צורכי מומחים ועל צורכי הקהל ברחבי העולם הארגון מאפשר לכל דורש להשתמש במרכז לתייעוד המצוי בג'נבה. במרכז זה מצויה ספרייה המכילה אלפי פרסומים בכל תחומי הביטחון הסוציאלי. הספרייה מקבלת כיום כ־500 כתבי עת העוסקים בביטחון סוציאלי משישים מדינות. זהו למעשה המרכז הבינלאומי הגדול ביותר לביבליוגראפיה בתחום הביטחון הסוציאלי.

תיאור תמציתי של תולדות ISSA³

בשנת 1927 נכלל בסדר היום של המושב העשירי של כנס העבודה הבינלאומי (International Labour Conference) סעיף בעניין ארגון בינלאומי של ביטוח מחלה. נציגי ארגונים לאומיים שונים, חברות לעזרה הדדית וקופות חולים, השתתפו בכנס כיועציהן של משלחות ממשלתיות ממדינות שונות. אלה החליטו להקים ארגון בינלאומי ולשתף פעולה כדי לשפר, להרחיב ולחזק את ביטוח הבריאות

3 לתיאור מקיף יותר ראה: *In the Service of Social Security: The History of the International Social Security Organization, 1927-1987*, ISSA, Geneva, 1986.

האיזור ה"חוץ-אירופי" הראשון שהצטרף לארגון היה אמריקה הלטינית. מספר המדינות המיוצגות מאיזור זה גדל בהתמדה, מחמש מדינות ב-1947 לשמונה-עשרה ב-1957. הצטרפות המדינות האסיאניות היתה איטית יותר, בגלל הסיבה הפשוטה שמערכות ביטחון סוציאלי הונהגו בהן כעבור עשר שנים. באשר למדינות אפריקה, בעיקר אלה הדוברות צרפתית, הן החלו להצטרף לארגון מיד לאחר שקיבלו את עצמאותן בשנות השישים.

הנתונים שלהלן על מספר הארגונים החברים ב-ISSA בשנים שונות מעידים על קצב גידולו המהיר של הארגון: ב-1947 — 39 חברים, ב-1957 — 139 חברים, ב-1967 — 219 חברים וב-1977 — 246 חברים. כיום הארגון מונה 316 חברים.

הארגונים החברים ב-ISSA שונים מאוד זה מזה במעמד החוקי, במבנה, בהיקף האוכלוסיה סייח המבוטחת ובמספר הסיכונים שהם מכסים. אחדים מהם שייכים למדינות, שיש בהן רק ארגון ממשלתי או ציבורי-למחצה אחד ויחיד המבטיח את כלל האוכלוסיה כנגד כל הסיכונים. אחרים שייכים לארצות שבהן האחריות המינהלית לטיפול בסיכונים שונים בקשר עם קבוצות שונות מתחלקת בין גופים בלתי תלויים שונים, שכל אחד מהם אחראי לכיסוי בהיקף לאומי בתחום מוגדר. קטיגוריה שלישית של חברי ISSA הן פדראציות לאומיות של קרנות מקומיות הומוגניות, המצויות בדרך כלל במדינות שהיו חברות ב-CIMAS בראשית ימי הארגון. ריבוי סוגים זה מבטיח ייצוג לנקודות מבט ולגישות שונות, הבאות לידי ביטוי בפגישות וכינוסים השונים של הארגון.

מבנהו המינהלי של הארגון עבר לא מעט שינויים בעקבות גידולו וכפועל יוצא מהתפתחותו. שלוש תוכניות מרכזיות של ISSA התפתחו עם השנים כתשובה לצרכים ייחודיים של מספר גופים החברים בו. תוכנית הפעילות הטכנית, המבוצעת על-ידי הוועדות המתמידות, צמחה בראשית שנות ה-50 מן הדיונים שנערכו בעקבות הדו"חות שהוגשו

חברתי וכלכלי, לביטוח סוציאלי. בעקבות הדו"ח יצא ארגון העבודה הבינלאומי ב-1944 ב"הצהרת פילדלפיה" (Declaration of Philadelphia), שנועדה לשוב ולחזק את התפיסה שצדק חברתי הוא תנאי הכרחי לשלום בר-קיימא לאחר המלחמה. רעיון זה ממשיך לשמש מוטו לגישתה של ISSA גם כיום: אין שלום בר-קיימא ללא צדק סוציאלי, ואין צדק סוציאלי ללא ביטחון סוציאלי.

ב-1946, לאחר שהתאוששה אירופה מן המלחמה, התגבשה הפעילות של CIMAS. ועדת הארגון כונסה ונתבקשה לבדוק את המושג החדש של "ביטחון סוציאלי", וכיצד יוכל CIMAS להיות כלי-שרת בינלאומי בנושא. תחום המחויבות הרחב יותר של CIMAS זכה להכרה בשם החדש שניתן לארגון: International Social Security Association, ובקיצור ISSA. יש לציין, שהאסיפה התייחסה בדיוניה להצעה להקים גוף בין-ממשלתי בעל מטרות זהות לאלה של ISSA, שיעבוד בשיתוף פעולה הדוק עם ארגון העבודה הבינלאומי והאו"ם, אך ההצעה נדחתה עקב דבקותם של חברי ISSA ברעיון המקורי, לפיו חברי הארגון הם אך ורק מוסדות המטפלים בפועל בביטחון הסוציאלי ולא הממשלות עצמן.

משנת 1947 ואילך התפתח הארגון בצעדי ענק לכיוון של אוניברסאליות, הן מבחינת הגופים החברים בו והן מבחינת שטחי ההתמחות שעסק בהם. המבנה המיוחד של הארגון, שהוא יוצא-דופן בשורת הארגונים הבינלאומיים, מילא תפקיד חשוב בהתפתחות זו. שיתוף הפעולה בין רשויות ממשלתיות ובין חברות לעזרה הדדית וארגונים בלתי תלויים למחצה הוכיח את עצמו כחסון וכיעיל.

בשנים הראשונות שלאחר המלחמה גדל מאוד מספרם של הגופים החברים בארגון. באמצע שנות החמישים הצטרפו לארגון ארצות הברית וברית המועצות, עובדה שהבטיחה לארגון מעמד כלל עולמי. בשנים אלה החלו להצטרף לארגון גם המוסדות לביטחון סוציאלי שבמדינות המתפתחות.

שהטילה עליו המדינה המקור היחיד שאליו יכול לפנות גוף אחראי זה בבקשת הדרכה או עצה לפתרון בעיותיו הם עמיתיו במערכות הביטחון הסוציאלי במדינות אחרות.

כמו כן, יש להבין שההגנה הסוציאלית נשענת על שני סוגי שיטות: האחת, המייצגת גישה בסיסית, היא כבחינת "טכנולוגיה חברתית" ומתייחסת לכיסויים של מספר צרכים (למשל, אפשר לסייע למשפחות גדולות בדרך של הענקת גמלאות או באמצעות הקלות במס). השיטה השנייה קשורה במישרין להתקדמות טכנולוגית, שדוגמה לה היא עיבוד הנתונים שהונהג בתחום הקומוניקציה. מאחר שהפצת שיטות טכנולוגיות מחוץ לגבולות הלאומיים נתקלה בעולם התעשייתי בקשיים חמורים, אין ספק שהנהגת טכנולוגיה חדשה בתחום החברתי תיתקל בקשיים חמורים אף יותר. הכעיה אינה נובעת רק מן הצורך להתגבר על מחיצות לשוניות, אלא גם מהבדלים חברתיים-תרבותיים הקובעים את תפקוד מערכות הביטחון הסוציאלי. דבר זה מחייב לארגן את תהליכי השיתוף בניסיון המצטבר באורח שיטתי ובאופן המאפשר להחליף רעיונות ומידע במהירות.

ייתכן שתעלה פה או שם השאלה, מדוע הוכר הצורך בפורום העוסק בחילופי מידע והתקבל ברוח כה אוהדת מאז קיומה של ISSA? אחת הסיבות היא ללא ספק הקשר ההדוק בין הביטחון הסוציאלי ובין זכויות האדם. מאחר שאוניברסאליות היא אחת התכונות היסודיות של מושג זה, מדינות אינדיבידואליות אינן יכולות להישאר אדישות להתפתחויות החשובות המתרחשות מעבר לגבולותיהן הגיאוגרפיים. לכן ממשלות שאינן עוקבות אחר מגמות ההתפתחות הסוציאליות מסתכנות בעימות עם האוכלוסיות הנתונות למרותן.

נימוק נוסף לטובת חילופי מידע ברמה הבינלאומית על הניסיון המצטבר הוא נימוק מעשי יותר ומתייחס לעלות ההגנה הסוציאלית. ההיסטוריה הוכיחה, שתוצאותיהם של משגים עלולות להיות הרוות-אסון, וזאת לאור

לאסיפה הכללית. בתחילת שנות ה-70 הוחל בפעילות מחקר, בעיקר בלחצן של רשויות ממשלתיות שהיו מעוניינות לא רק בשאלות של ניהול, אלא בעיקר בשאלות של קביעת מדיניות סוציאלית.

ISSA פעלה מאז ומתמיד כקואופרטיב בינלאומי לביצוע הביטחון הסוציאלי. כל ארגון החבר בו משלם דמי חברות שנתיים צנועים, שגובהם נקבע על-פי מספר המבוטחים אצלו כנגד סיכונים ספציפיים. מיסים אלה איפשרו למזכיר הכללי של הארגון להקים את התשתית הדרושה לביצוע תוכניות הפעילות של הארגון. אולם הפיתוח הדינמי לא התאפשר בזכות כספים אלה בלבד, אלא בעיקר הודות למאמצים הוולונטאריים של חברי הארגון, שהיו מוכנים מאז ומתמיד לשאת לא רק בהוצאותיהם של המומחים שניהלו מחקרים בתחום התמחותם, אלא גם בעלות המשאבים הדרושים לתכנון ולעריכת פגישות טכניות ולפרסום תוצאות עבודתם. רק נכונות זו היא שאיפשרה לארגון להתגבר על קשייו הכספיים בשנים האחרונות.

שיתוף פעולה בינלאומי בתחום הביטחון הסוציאלי – רציונאל ויתרונות

כל ההתפתחויות שחלו ב-ISSA מאז היווסדה השתלשלו מתפיסת יסוד, לפיה קידום הביטחון הסוציאלי מחייב שיתוף פעולה בינלאומי בעבודה ובניסיון המצטבר.

את כוחה של תפיסה זו ואת הצלחתה יש לתלות במספר גורמים. גורם מכריע הוא טבעו המיוחד של ניהול הביטחון הסוציאלי. מאחר שהמטרה הסוציאלית העומדת בפני הגוף האחראי לביטחון הסוציאלי היא פועל-יוצא מן התנאים הקיימים בחברה, עליו להשתמש בשיטות שאין להן מקבילות בענפים אחרים של המינהל הציבורי או במגזרי התעשייה והמסחר. לאור טבעה המיוחד של המטלה

ניתן להוסיף נימוקים ויתרונות נוספים לשיתוף הפעולה הבינלאומי בתחום הביטחון הסוציאלי, אך כמדומני שדי באמור לעיל כדי להצביע על חשיבותו של נושא זה.

תפקידו של הארגון בשנים הבאות

ISSA מתכננת את פעולותיה בעתיד בדרך מקורית, שאינה דומה כלל לשיטות הנהוגות בארגונים בינלאומיים אחרים. ההצעות לעריכת פעילויות כלשהן אינן מוגדרות על-ידי מזכירות הארגון או על-ידי הגופים הסטאטוטוריים שלו, אלא על-ידי קומת המסד שלו – המוסדות החברים בו. יתרונה של שיטה זו בכך, שהפעילויות תמיד משקפות את הנושאים, שמוסדות הביטחון הסוציאלי מקצים להם את העדיפות העליונה, ושלדעתם הם ראויים לחילופי דעות בינלאומיים.

כל מאמץ לנסות ולהגדיר את יעדי הארגון העיקריים לשנים הבאות חייב לנבוע ולהתחיל מניתוח של מגמות ההתפתחות בביטחון הסוציאלי הרווחות בעולם – מלאכה שאינה קלה. לפיכך, אין זה מקרי שהארגון מעורב במאמצים הנמשכים לחקור ולנתח מגמות אלה, ואחת לשלוש שנים המזכיר הכללי של הארגון מציג בפני האסיפה הכללית דו"ח מפורט על מגמות ההתפתחות בביטחון הסוציאלי בעולם. אין זה קל לחזות מראש התפתחות של מערכות לביטחון סוציאלי במדינות שונות, אולם ניתן להצביע ולהגדיר מספר נקודות רלוונטיות. המזכיר הכללי של ISSA ציין בדו"ח שהגיש לאסיפה הכללית, שהתכנסה ב-1986 במונטריאול, כי "מוסדות הביטחון הסוציאלי ברחבי העולם גילו יכולת להתגבר על תקופות קשות מבחינה כלכלית ולהסתגל לזרמים, איטיים אך עמוקים, שבסופו של דבר משנים את חברותינו". בשנים האחרונות הושמעו קריאות לשינוי ולרפורמות, אך טרם ניצפו שינויים של ממש. למעשה,

גודל תשלומי ההעברה שמדובר בהם ולאור השלכותיהם הפוליטיות. חילופי ניסיון בינלאומיים מאפשרים להקטין את גובה "המס", אשר מחקר וניסוי חברתי, שהתבצעו ללא הדרכה מוקדמת נאותה, היו בוודאי גובים אותו אילולא היתה קיימת האפשרות לחילופי מידע מסוג זה.

יתרונות נוספים של חילופי מידע ולקחי התנסות בתחום הביטחון הסוציאלי ברמה הבינלאומית הם האפשרות הנפתחת בפני כל מוסד המטפל בביטחון סוציאלי להעריך את טיב ביצועיו באמצעות השוואה עם מה שבוצע במדינות אחרות, והאפשרות ללמוד מהשוואה זו כיצד לשפר את הטיפול בקידום מטרותיו. גם כאשר במדינה כלשהי חסרים המשאבים המספיקים הדרושים לקידום הביטחון הסוציאלי, חשוב ביותר לגורמים המופקדים על הנושא לדעת האם הם אכן מתקדמים בתחום זה ברוח המגמות המתפתחות ברחבי העולם.

יתר על כן, ההשתתפות בפעולותיו הבינלאומיות של ISSA מעניקה לגופים האחראיים על הביטחון הסוציאלי הזדמנות לפקח על התפתחותן של שיטות מתקדמות. הידיעה אילו אתגרים מצפים להם בעתיד הקרוב או הרחוק עשויה להקטין את ההשקעה החברתית והכלכלית העצומה הכרוכה בחיפוש אחר פתרונות נאותים. לחילופי מידע בינלאומיים אין מתחרה בכל הכרוך בהפקת תועלת מן המחקרים ומן הניסיונות שנעשו במקום כלשהו בתחום הביטחון הסוציאלי.

ואחרון אחרון – יתרון שבדרך כלל אין מבחינים בו: מאחר שברוב הארצות עוצבו מערכות הביטחון הסוציאלי על-ידי כוחות חברתיים וכלכליים ספציפיים, חשוב שהמפקדים על הנושא יזכרו, שהצעדים הננקטים ברוח כוונותיהם ומכוח האילוצים שהם כופים, אינם בהכרח המענה הנאות ביותר לבעיות ולהתמודדות עמן. חילופי מידע בינלאומיים גם מאירים באור אובייקטיבי יותר את הנטיות ואת ההטיות של המערכות הלאומיות ומקלים על הנהגת חידושים במדיניות הסוציאלית ובשיטות הארגוניות הנקוטות כאמצעי ביצוע.

שונים של ביטחון סוציאלי, הודות לניסיון הקולקטיבי של הארגון בניהול, ומכוח ההכנה של האתגרים הניצבים בפני יישום חוקי הביטוח הסוציאלי, יוכל ארגון ISSA למלא תפקיד מרכזי בעתיד בהכוונתה ובהדרכתה של קביעת המדיניות בתחום הביטחון הסוציאלי.

ISSA וישראל

כיום חברים ב-ISSA ארבעה מוסדות מישראל: קופת חולים לאומית וקופת חולים כללית בתוקף עיסוקן בתחום הבריאות, ההסתדרות הכללית באמצעות האגף לביטחון סוציאלי והמוסד לביטוח לאומי. בראש הנציגות הישראלית לארגון עומד ד"ר קבע מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, וכממלא מקומו משמש יושב-ראש האגף לביטחון סוציאלי בהסתדרות.

מעורבותה של ישראל בארגון הבינלאומי קדמה בשנים רבות להקמת המדינה. למעשה שותף המשק הישראלי בפעילות הארגון כמעט מיום היווסדו של האחרון. בתחילת דרכו של הארגון, ב-1927, היו חברות בו תשע מדינות שונות מאירופה. שנה לאחר שנוסד הארגון, ב-1928, הוכפל מספר המדינות המשתתפות ובין חשע המדינות הנוספות נכללה גם פלשתינה, שיוצגה על-ידי קופת החולים דאז, שכבר פעלה במשק הישראלי. למעשה, המשק הישראלי היה המשק הראשון מחוץ לאירופה שהצטרף לארגון.

עוד בתקופת כהונתה של הממשלה הזמנית העלה מר יצחק קנב, ממניחי היסוד לביטוח הסוציאלי בישראל, לפני שר האוצר הראשון של מדינת ישראל, אליעזר קפלן, את הצורך בתכנון הביטוח הסוציאלי במדינת ישראל. יצחק קנב היה למעשה החלוץ בקשירת הקשרים הפורמליים של המדינה עם ISSA. לצורך הכנת התוכנית לביטוח הסוציאלי במסגרת עבודת הוועדה הבינמשרדית שהוקמה לעניין זה נפגש מר קנב עם נציגי הארגון ונעזר

הדבר מעיד על כך שממשלות, שהן ערות לרצון הציבור, בודקות כשבע עיניים כל רעיון חדש לפני שהן מבצעות את השינויים בפועל, כדי להימנע מכל פגיעה בביטחון הסוציאלי. הדיון על רפורמות נערך עד כה בדרג הפוליטי בלבד, וכצדק, שכן החלטות בדבר חלוקה מחדש של משאבים בחברה כלשהי חייבות להתבסס על מדיניות ספציפית המתחשבת בהרבה גורמים אובייקטיביים. בהקשר זה נועד ל-ISSA תפקידו העתידי העיקרי – לספק לקובעי המדיניות מידע רציני ואובייקטיבי, כדי שקובעי המדיניות יהיו ערים ככל האפשר לתוצאות האפשריות של החלטותיהם ויוכלו להימנע ממשגים.

מערכות של ביטחון סוציאלי אינן פועלות בחלל ריק. הן מושפעות ממגמות שונות החלות בחברה, ומשינויים דמוגרפיים וכלכליים. הביטחון הסוציאלי מושפע, למשל, משיעור הילודה הנמוך והשפעתו על מבנים דמוגרפיים, מן הנטייה לכיוון שוויון רב יותר בין המינים ומהגברת המודעות לחלוקת האחריות למשפחה בין שני ההורים. ISSA, כארגון בינלאומי, ימשיך בתפקידו כמאיץ וכמעודד לאימוץ שינויים המתחייבים בביטחון הסוציאלי בשל המגמות דלעיל.

תפקיד הארגון בעתיד בתחום זה יהיה קשה יותר מבעבר, במיוחד כשמדובר בשינויים הנובעים מאילוצים כלכליים. בשנים הבאות תושפעה מערכות הביטחון הסוציאלי במדינות רבות במידה רבה משינויים מבניים בתחום כוח העבודה והתעסוקה, וזאת בדרכים שטרם ניתן להבחין בהן ולהגדירן בבירור. שינויים אלה ישפיעו בוודאי על גישת המוסדות השונים בעולם בכל הקשור למימון הביטוח הסוציאלי ולמבנה ההעברות החברתיות המופקד בידיהם. תקוות ISSA היא, שיד הדמיון ורוח החידושים יזכו למקום נכבד בתהליך ההסתגלות הרציונלית לשינויים הצפויים. בהקשר זה מועיד לעצמו הארגון תפקיד מרכזי: לשמור ולהבטיח פיתוח מסודר של תוכניות הביטוח הסוציאלי. הודות לניתוח המתמיד של הבעיות המשפיעות על מודלים

מעבר להשתתפות בעצרות הכלליות ובכנסים האזוריים שותפה ישראל לפעילות הטכנית של הארגון באמצעות הוועדות המתמידות השונות. זאת בעיקר על-ידי מילוי השאלונים המופצים מעת לעת על-ידי ועדות אלה לצורך עריכת מחקר או בחינת היבטים בתחומים שונים של ענפי הביטוח הסוציאלי. בכל דיווח של הוועדות המתמידות למליאת האסיפה הכללית נמצא ביטוי לנתונים הישראליים ולתיאור מערכות הביטחון הסוציאלי בישראל.

מעבר למילוי שאלונים אלה ישראל משתתפת באורח מתמיד בסקר הכללי של מזכיר הארגון בנושא מגמות ההתפתחות בביטוח הסוציאלי בעולם. סקר מקביל על מערך הביטוח הסוציאלי בישראל נערך מדי שנה בשנה ותוצאותיו מועברות ל-ISSA לשימוש בדו"ח המזכיר הכללי כאמור.

אולם, עיקר הפעילות המשותפת של ישראל ו-ISSA מוצאת את ביטויה בחמש-עשרה השנים האחרונות בתחום המחקר. ישראל השתתפה באופן פעיל בדרך של כתיבת מאמרים והצגת מחקרים כמעט בכל כנס המחקר של ISSA בשנים האחרונות. ב-1979 נערך כנס המחקר של הארגון בנושא "יחסי הגומלין בין מערכת המיסוי הישיר והביטוח הסוציאלי" בירושלים, ומאמר הרקע הבסיסי לכנס זה נכתב והוצג על-ידי האגף למחקר ותכנון של המוסד לביטוח לאומי. מאז השתתפה ישראל כאמור במרבית כנסי המחקר ודי אם נזכיר את השתתפותנו בכנסים שנערכו בשנים האחרונות: באוסלו בנושא הסיעוד, בבולטימור בנושא היחסים בין מערכת הפנסיה הציבורית והפרטית, ובקרקוב בנושא תפקיד המחקר בביטוח הסוציאלי. כדי לחזק את הקשרים עם הארגון בתחום זה ייערך שוב כנס המחקר של הארגון, שנועד להתכנס ב-1989 ושיוקדש לנושא "השירותים לאוכלוסייה המבוגרת שבתוך האוכלוסייה הקשישה", בירושלים.

לסיכום, שיתוף פעולה בין ישראל ובין הארגון מביא תועלת לשני הצדדים. אין ספק,

במידע ובהכוונה שנתקבלו מן הארגון לשם תכנון הביטוח הסוציאלי בישראל. מאז ועד היום לא נותקה מערכת קשרים זו.

ארגון העבודה הבינלאומי, ו-ISSA כארגון שלו, העניקו למוסד לביטוח לאומי סיוע טכני רב בעיקר על-ידי מתן מלגות לעובדיו הבכירים של המוסד לצורך השתלמות בחוץ-לארץ. המוסד מצדו לא נשאר "חייב" וסייע פעמים רבות בהדרכת משתלמים מחוץ-לארץ, בעיקר מארצות אסיה ואפריקה, ואף העמיד אחד מעובדיו הבכירים לרשות ממשלה זרה על מנת לייעץ לה בהנהגת ביטוח לאומי בארצה.

ישראל השתייכה מאז ומתמיד לפעילות האזורית של אסיה בארגון. במסגרת זו השתתפה ישראל, באמצעות נציגי הארגונים החברים ב-ISSA, במרבית הכינוסים האזוריים באסיה, ובכלל זה גם בברית המועצות. בשנים האחרונות הוכנסה נימה פוליטית לפעילות הארגון, שמצאה את ביטויה בדרישה שהעלו חלק ממדינות ערב החברות בארגון להעביר את המוסדות הישראליים החברים בארגון מן הפעילות באיזור האסיאני לאיזור האירופי, כפי שאירע במסגרת ארגונים בינלאומיים אחרים. ישראל עמדה על כך שחישאר באיזור האסיאני מתוך ראיית התרומה שביכולתה להגיש למדינות אסיה, ומתוך רצון כן להישאר במסגרת היבשת שהיא שייכת לה ומרצונה לנסות ולתרום גם בתחום זה של הביטחון הסוציאלי למען קידום השלום באיזור. הארגון מצדו נשאר נאמן לעקרון האוניברסאליות ושוויון החברים בו ונמנע עד כה מלהיגרר למחלוקות פוליטיות ולפוליטיזציה של דיוניו והחלטותיו. בהתאם לעיקרון זה נשארה עד כה ישראל באיזור האסיאני וניסיונותיהן של מדינות ערב להכניס שינוי בתחום זה נכשלו לעת עתה.

נציגי המוסדות הישראליים החברים בארגון הקפידו גם להשתתף בעצרות הכלליות השונות של הארגון הנערכות אחת לשלוש שנים. בעצרת הכללית האחרונה שהתקיימה במונטריאל ב-1986 השתתפה ישראל במשלחת רחבה שכללה 9 חברים.

— לקדם ולפתח את הביטחון הסוציאלי בעולם בדרך של שיתוף פעולה בינלאומי ושל למידה משותפת מן הניסיון הכללי של המדינות השונות.

תקוותנו היא, שתרומה הדדית זו תימשך גם בעתיד ותגביר את הצדק הסוציאלי, שהוא תנאי הכרחי לשלום ברי-קיימא בעולם.

שישראל הפיקה תועלת רבה מהשתתפותה בפעילות הארגון, וניסיוןן של מדינות אחרות אכן תרם רבות לפיחוח הענפים השונים של הביטוח הסוציאלי בישראל. ישראל גם תורמת לארגון, בעיקר באמצעות המחקר, ובהפצת הידע והניסיון הישראלי בתחום זה למדינות האחרות בארגון. בכך באה לידי ביטוי הגשמת המטרה העיקרית של ISSA כארגון בינלאומי

מגמות בהתפתחות הביטוח הסוציאלי בישראל*

מאת פרופ' אברהם דורון**

כראוי את תפקידיה בשמירה על הביטחון
הסוציאלי שלנו.

לאחר דברי הפתיחה האלה אני רוצה
להקדיש את דבריי לשלושה נושאים עיקריים:
ההישגים של הביטוח הלאומי בעבר; הבעיות
שלו כפי שהן משתקפות בהווה; והסכנות
האורבות לו בעתיד.

1. הישגיו של הביטוח הלאומי

כשאני מעלה את הנושא הזה בוונתי איננה
לעסוק בגלוריפיקציה של העבר, אלא לנסות
ולהראות באופן מוחשי כיצד שינתה מערכת
הביטוח הלאומי את פני החברה שלנו בהווה.
ואני מתכוון כאן לתכניות הגבייתיות ולתכניות
הלא-גבייתיות המופעלות על-ידי הביטוח
הלאומי, השינוי הזה לא בא בבת אחת. היה זה
תהליך ממושך שהשתרע על-פני 30 שנה
בערך. היום, בשלב שהגענו אליו בתהליך הזה,
תכניות הביטוח הלאומי הקיימות מכסות את
כל האוכלוסייה בישראל מפני מרבית הסיכונים
של אובדן הכנסה. הן מגינות על כל אדם
בישראל מפני מצוקה כלכלית חמורה,
ומבטיחות לו גימלאות כספיות כדי להבטיח
את הקיום, או כדי למנוע ירידה תלולה ברמת

מבוא

הביטוח הלאומי משמש במדינת ישראל, כמו
במדינות אחרות בעולם המתועש, אבן היסוד
של כל מערכת הביטחון הסוציאלי. זוהי אותה
מערכת השומרת על רמת החיים שלנו ומונעת
מאתנו מצוקה כלכלית בכל מקרה שאנו איננו
יכולים לעשות זאת בכוחות עצמנו. והיא
דואגת לנו לאורך כל מסלול החיים, מן
העריסה ועד הקבר! פעם היתה זאת סיסמה
ששאפנו להגשים אותה. היום זוהי מציאות
חיים וקשה לתאר את החברה שלנו בלעדיתה.
אדם צעיר החי היום במדינת ישראל רואה את
הביטוח הלאומי, ואת הגימלאות והשירותים
שהביטוח הלאומי מגיש לו ולבני משפחתו,
כדבר מובן מאליו. ברוב המקרים הוא איננו
מכיר את המאבקים הקשים שהתנהלו בעולם
ואצלנו עד שהוקמה והתפתחה המערכת כפי
שאנו מכירים אותה היום, וכפי שהוא מתנסה
בה ונהנה ממנה בחיי היום יום שלו. וחשוב
להדגיש, המאבקים האלה לא תמו. העובדה
שהצלחנו להקים ולפתח במשך השנים מערכת
מקיפה של ביטוח לאומי איננה ערובה לכך
שהמערכת הזאת המשיך ותתקיים גם בעתיד,
אם אנחנו, והדור הצעיר שלנו, לא נראה בה
נכס שכדאי לשמור עליה ולדאוג שהיא תמלא

* הרצאה שניתנה בכינוס חגיגי לציון 60 שנה לאיסס"א, ארגון הביטחון הסוציאלי הבינלאומי, שנערך מטעם המוסד
לביטוח לאומי, באוניברסיטה העברית בירושלים ביום 5 באוקטובר 1987.
** בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

ולכלול אותם בתכניות הגבייתיות והלא-גבייתיות של הביטוח הלאומי.

המאבק להבטיח באמצעות הביטוח הלאומי הכנסה מספקת למשפחות עם ילדים נמשך עד המחצית השנייה של שנות ה-70. התכנית הראשונה לביטוח משפחות מרובות ילדים הוקמה אמנם כבר בשנת 1959 (וצריך להזכיר — סמוך מאוד למאורעות ואדי סליב). ובשנות השישים הונהגה גם תכנית ביטוח של ילדי עובדים, ובמשך שנות ה-60 וה-70 הופעלו גם תכניות שונות של תשלום מענקים, כמו מענקי לחב, מענקי התייקרות לעובדים בשכר נמוך ועוד — הכל כדי להבטיח רצפת הכנסה מסוימת למשפחות עם ילדים בכלל ולמשפחות עם הרבה ילדים בפרט. אבל רק בשנת 1975, ברפורמה המקיפה של קצבאות הילדים שבוצעה אז, ואשר כללה אוניברסליזציה שלהם וקביעת הקצבאות האלה ברמה מתקבלת על הדעת, הצלחנו להביא לידי כך שמשפחות עם ילדים, משום שיש להם ילדים, אינן צריכות להיקלע למצבי מצוקה כלכלית ולהזדקק לסעד.

מאבק חריף עוד יותר התנהל לגבי המובטלים. בשנות ה-50 וה-60 סבלנו בישראל משיעורי אבטלה גבוהים מאוד. אני אומר "סבלנו", אבל למעשה היו הסובלים העיקריים המובטלים עצמם, כי מערכת הביטחון הסוציאלי שלנו לא היתה ערוכה כלל לסייע להם במצוקתם. אמנם דאגנו למובטלים בעזרת תכניות שונות של עבודות יזומות ועבודות דחק, אבל כל אלה היו למעשה תכניות סעד שניתנו באמצעות עבודה. עוד בשנת 1967, ערב מלחמת ששת הימים, כאשר היו כארץ יותר מ-60 אלף מובטלים, הוחלט להנהיג תכנית של מענקי אבטלה בלבד. זאת היתה תכנית סיוע עם כללים מחמירים מאוד והיא הצליחה להבטיח תשלום מענקים כאלה רק ל-3,000 מובטלים בערך. רק אחרי ויכוחים ממושכים התווספה בשנת 1973 לביטוח הלאומי שלנו גם תכנית ביטוח אבטלה. אדם מובטל במדינת ישראל כיום שוב אינו נאלץ להזדקק לסעד והוא זכאי לדמי ביטוח אבטלה,

החיים, וזאת לא כמעשה חסד של השלטון, אלא כזכות חברתית של אזרחות.

אם נסתכל אחורנית לשנות ה-50 נמצא, שכל תכניות הביטוח הלאומי האלה לא היו קיימות. למעשה, לא היו קיימות שום תכניות ביטחון סוציאלי מטעם המדינה שיכלו למנוע מאנשים נפילה למצבי מצוקה כלכלית. אם איתרע מזלו של אדם והוא נקלע למצב של מצוקה, המענה היחיד שהיה פתוח לפניו היה לבקש תמיכת סעד. ותמיכה זו הוגשה על-פי תנאים לא קלים: היא הוגשה רק למי שהוכיח שהוא עני למעשה, רק על-פי מבחני אמצעים קפדניים; שיעורי התמיכה היו זעומים ביותר והתמיכה ניתנה רק לפי שיפוט ושיקול דעת של מגישי השירות, שיכלו להחליט אם האדם אמנם ראוי לקבל תמיכה. שום דבר לא היה מעוגן בחוק ואדם במצוקה היה תלוי באמצעים הנחוצים לקיומו ברצונם הטוב של השלטון ובשיקול הדעת של פקידי הרשות. קבלת התמיכה, כשזו כבר ניתנה, היתה קשורה בבושה, הרגשת נחיתות וסטיגמה. כך היה המצב לפני שפיתחנו את מערכת הביטוח הלאומי הקיימת.

לאט לאט שינה הביטוח הלאומי את פני הדברים האלה. תכניות ביטוח לאומי שהוקמו במשך השנים הוציאו בהדרגה קבוצות אוכלוסייה שונות — שהיו נתונות לסיכון של כניסה למצבי מצוקה — מן הצורך להזדקק לסעד. הראשונים שהוצאו מן הסעד היו הקשישים, אחר כך באו משפחות עם ילדים, ולבסוף הצטרפו אליהם גם המובטלים והנכים. תכנית ביטוח זיקנה התחילה לשלם את הקצבאות הראשונות כבר בשנת 1957 ובכך היא שיחררה את האוכלוסייה הקשישה מן התלות בסעד. אבל אסור לנו לשכוח, שקבוצות די גדולות של קשישים, כמו אלה שהיו מעל גיל הביטוח, עולים חרשים ואחרים, עדיין נשארו בלתי מכוסות ונזקקו למענקי זיקנה למיניהם, שניתנו להן על-פי מבחני אמצעים ובחנאים קשים מאוד. נדרשו לנו עוד כ-12 שנים, עד סוף שנות השישים, עד שהצלחנו להוציא את כל אוכלוסיית הקשישים מן הסעד

ובין הנהוג בארצות אחרות, נמצא שאנו הרבה פחות נדיבי לב כלפי מקבלי הגימלאות שלנו מאשר ארצות מתועשות אחרות. זאת היא אחת הבעיות החשובות שהביטוח הלאומי עדיין חייב להתמודד אתה.

2. בעיות ההווה

אני רוצה להתייחס בנקודה זו לטיב השירות שהמוסד לביטוח לאומי מגיש ללקוחותיו. סוגיה זו של ה"איך" ולא רק ה"מה" חשובה אולי במידה לא פחותה מאשר סוגיות אחרות הנוגעות לפעולתו של הביטוח הלאומי. הן חשובות במיוחד במקרה זה משום שאין עוד רשות מבין רשויות המדינה המקיימת קשר יום-יומי עם מספר כה רב של אזרחים; אין עוד מוסד שכל אדם מוכרח להזדקק לשירותיו בשלבים שונים במסלול חייו כמו הביטוח הלאומי; ואין עוד מוסד שהשירות שלו כל כך חיוני לחייו של האדם כמו הגימלאות שהביטוח הלאומי מגיש. ברוב המקרים הן מהוות, כידוע, את משענת הקיום היחידה של בני אדם רבים.

הסוגיה הזאת של טיב השירות היא עקב אכילס של רבים מן המוסדות של מדינת הרווחה בת זמננו. אחת מן הביקורות העיקריות הנמתחות על מוסדות אלה היא הקשיחות הביורוקרטית שהם מגלים כלפי אוכלוסיית הפונים אליהם. ביורוקרטיזציה מופרזת זו היא אחת המכות שאנו סובלים ממנה בישראל. דווקא בתחום זה רשם המוסד לביטוח הלאומי לזכותו במשך שנות קיומו הישגים רבים מאוד. הביטוח הלאומי היה החלוץ שיזם וחיידש מראשית קיומו הרבה כדי לשפר את הקשר בינו ובין ציבור הלקוחות. הדבר בא לידי ביטוי בטיפוח הצד המהותי וגם הצד האסתטי של המפגש עם הלקוחות מבקשי השירות. מבחינה אסתטית הדבר התבטא באופיים של בנייני המוסד, באולמות וחדרי ההמתנה שהקצה המוסד לקבלת קהל, בהכשרה מיוחדת הניתנת לעובדים המקבלים קהל, בצורתן הנאה

לפחות לתקופת זמן קצרה, עד שימצא מקום עבודה אחר.

הנכים היו הקבוצה הגדולה האחרונה שהביטוח הלאומי פרס עליהם את אחריותו באמצע שנות ה-70. הם היו במשך כל השנים קרוב למחצית מכלל נתמכי הסעד. תכנית ביטוח נכות שהונהגה בשנת 1974 סגרה את המעגל של הכללת קבוצות אוכלוסייה הנתונות לסיכון של מצוקה כלכלית בתוך מערכת הביטוח הלאומי.

השינוי הגדול שהביאו תכניות הביטוח הלאומי שהזכרתי לחברה הישראלית הוא בכך, שהן מונעות ממרבית האוכלוסייה שלנו נפילה למצבי מצוקה כלכלית. הזכות לגימלאות הביטוח הלאומי אינה מותנית בכך שאדם חייב להיות עני למעשה, כפי שנהוג בתכניות הסעד; היינו, אדם אינו צריך להצהיר על עצמו שהוא עני, וגם אינו צריך להיראות כזה בעיני הציבור בולו, כדי לקבל אותן. מתן הגימלאות אינו תלוי בשיפוט אישי או בשיקול דעת של מגישי השירות. שיעורי הגימלאות קבועים כחוק והם ניתנים לשינוי רק על-פי החלטת הכנסת. והעיקר, קבלת גימלאות הביטוח הלאומי אינה קשורה בבושה, הרגשת נחיתות וסטיגמה. משמעות השינוי בחברה שלנו הוא בכך, שהביטוח הלאומי הפך חלקים גדולים של האוכלוסייה שלנו מהמון עניים הנזקקים לתמיכת סעד הניתנת כמעשה חסד של השלטון לאזרחים זקופי קומה הזכאים לגימלאות כספיות המונעות מהם עוני ומצוקה והגימלאות האלה מוגשות כזכות חברתית של אזרחות.

ככל שההישגים האלה של הביטוח הלאומי — בהקניית הרגשה לאדם שמדובר בזכות ולא בחסד, בהגברת תחושת הביטחון הסוציאלי שלו ובזקיפת קומתו — הם חשובים, אל לנו להתעלם מכך שבמובן אחר נשארו הישגי הביטוח הלאומי צנועים מאוד. רמת הגימלאות במרבית התכניות של הביטוח הלאומי נשארה נמוכה למדי והיא מספיקה בקושי לקיום ברמה מינימלית אפילו לפי אמות המידה של הביטוח הלאומי עצמו. ככל המחקרים שנערכו בשנים האחרונות, שבהם משווים בין הנהוג אצלנו

הסכנות בעתיד

אנסה להתרכז עתה בקצרה בסכנות האורכות לביטוח הלאומי מן ההתקפות האלה בשני תחומים: בתחום של מתן הגימלאות כזכות חברתית של אזרחות ובתחום של הבטחת המשאבים שיעמדו לרשותו של הביטוח הלאומי לשם מילוי המשימות המוטלות עליו.

בתחום הראשון, המתקיים את הביטוח הלאומי דורשים לבטל את מתן הגימלאות שלו כזכות של אזרחות או אפילו כזכות ביטוחית, ומציעים לנו לחזור ולהגיש את הגימלאות האלה על-פי מבחני אמצעים, היינו לאלה שהם נזקקים בלבד. לעתים קרובות מציגים דרישה זאת במסווה של רדיקליזם, היינו של רצון לעשות את מערך הגימלאות מתקדם יותר. אינני יכול ואינני רוצה למנות את כל המגבלות של השימוש בכלי מכשיל זה הקרוי מבחני אמצעים. אבל אין ספק, שהוא נועד להחזיר אותנו לאותה תקופה קודמת בהתפתחות המדיניות החברתית שלנו, שבה היו חלקים ניכרים של האוכלוסייה המון של עניים נתמכי סעד, מצב שעברנו כברת דרך ארוכה כדי להימלט ממנו. דברים אלה צריכים להיות די ברורים, אבל חשוב שנבהיר לנו עוד פעם את משמעותם.

ראשית, הרחבת השימוש במבחני אמצעים איננו בא למנוע עוני ונזקקות, כמו שנועד לעשות זאת הביטוח הלאומי, אלא הוא נועד בעיקרו למסד ולתת לגיטימציה לדפוסים הקיימים של אי-שוויון בהתחלקות ההכנסות. הוא איננו בא להוציא אנשים ומשפחות ממעגל הנזקקות והעוני, אלא הוא עצמו מביא לעתים קרובות לסגירתם בתוך מלכוד של עוני שקשה להם לצאת מתוכו. במקום לצמצם את התופעה של נזקקות אנו עלולים אף להגביר אותה.

שנית, המעבר לשימוש במבחני אמצעים פירושו לא רק הפרדה מחדש בין האוכלוסייה החלשה והענייה ובין כלל האוכלוסייה, אלא גם הפליה לרעה במכוון של קבוצות האוכלוסייה החלשות. הפליה נעשית בדרך

ובסגנון של ההודעות ושל פרסומי ההסברה שלו וביחס הכבוד שהמוסד נוהג בפונים אליו. מבחינה מהותית הדבר התבטא בקביעת נורמות של טיפול מהיר בתביעות שהוגשו, בפישוט התהליכים של קבלת גימלאות רבות, כהנהגת חידושים בצורת תשלום הגימלאות ועוד. השאלה כיום היא, האם הביטוח הלאומי ממשיך בשמירת המסורת הזאת?

אני חושש, שהמסורת הזאת נחלשה במקצת בשנים האחרונות. לצורך הכנת הרצאה זו עיינתי קצת בפרסומי המוסד של שנים שונות. בפרסומים משנות החמישים והשישים מצאתי עדויות רבות לדיונים שהתקיימו בתוך המוסד על שיפור הקשר בין המוסד ובין ציבור המבוטחים, על צורות טובות יותר של קבלת קהל, על דרכי ההתכתבות עם המבוטחים, על הטיפול בתלונות וכיוצא באלה. בפרסומי המוסד מן השנים האחרונות לא מצאתי זכר לדיונים בנושאים אלה. והרי אנו יודעים, אם מקריאה בעיתונים ואם מתוך התנסות אישית, או מהתנסות של מכרינו, שאזרח הפונה היום למוסד ביטוח לאומי עלול להיתקל לפעמים במחסומים ביורוקרטיים לא מעטים. נראה לי, שחשוב מאוד שהביטוח הלאומי יחזור למסורת הישנה שלו ויקדיש יותר תשומת לב למניעת המחסומים בנקודת המפגש של האוכלוסייה אתו.

בסיכום הדיון על הישגי הביטוח הלאומי בעבר ועל הבעיות שמעורר תפקולו בהווה אינני יכול שלא להצביע על המצב הפרדוקסלי שאנו נמצאים בו בהקשר זה. במקום להעריך בפרספקטיבה נכונה את היתרונות שהביא הביטוח הלאומי לחברה שלנו ואת המגבלות שעדיין נותרו בו, הביטוח הלאומי בישדאל נמצא בימים אלה תחת התקפות הולכות וגוברות, וההתקפות מכוונות דווקא לאותן נקודות שבהן הביטוח הלאומי יכול לרשום לזכותו, לדעתי, את ההישגים הגדולים ביותר. ההתקפות האלה, אם לא נתייחס אליהן ברצינות הדרושה ואם לא נדע להדוף אותן בעוד מועד, הן הסכנה הגדולה האורכת לעתידו של הביטוח הלאומי במדינת ישראל.

התחום השני שאני רוצה לגעת בו הוא התחום של הבטחת המשאבים למימון הפעולות של הביטוח הלאומי. מאז הונהגו בעולם לראשונה תכניות הביטוח הסוציאלי, לפני 100 שנה בערך, היה ברור לגמרי למתכנניהן שהן תוכלנה למלא את תפקידיהן רק אם יעמדו לרשותן מקורות מימון עצמאיים והן לא תהיינה תלויות בהקצבות של אוצר המדינה. דבר זה היה ברור לכיסמרק, שהגה את רעיון הביטוח הסוציאלי, והוא היה ברור גם למתכנני הביטוח הלאומי שלנו בשנות ה-50. ואכן, הם תכננו אותו כך שהוא לא יהיה תלוי במרבית המשאבים שלו באוצר המדינה. חוק הביטוח הלאומי הראשון התקבל בשנת 1953 רק לאחר ששיכנעו את שר האוצר דאז לוי אשכול, שהדבר לא יעלה לאוצר המדינה כסף. גם הבטיחו לו שהביטוח הלאומי אפילו ישקיע כל שנה את הרזרבות שלו, 20 מיליון לירות בערך, באוצר המדינה. העיקרון הזה של עצמאותו הפיננסית של הביטוח הלאומי נשמר פחות או יותר עד לשנה האחרונה. השנה נעשתה בעיקרון הזה פריצה ואני חושש שהיא עלולה לסכן את עתידו של הביטוח הלאומי.

השנה החליטה הממשלה, במסגרת מדינת-יחה הכלכלית, להפחית את תשלומי דמי הביטוח של המעסיקים לביטוח הלאומי בסדר גודל של כמיליארד שקל לשנה. היא גם החליטה לפצות את הביטוח הלאומי על אובדן הכנסה זו ולשלם לו מקופת האוצר את סכומי דמי הביטוח שהופחתו. להלכה הביטוח הלאומי לא יצא ניוזק מן העניין. המשאבים שיועמדו לרשותו לא יקטנו. במקום לקבל אותם כדמי ביטוח הוא יקבל אותם מאוצר המדינה. אבל זה רק להלכה. למעשה, הביטוח הלאומי הפך להיות תלוי בחלק גדול של המשאבים שלו באוצר המדינה. וזוהי, לדעתי, פצצת זמן העלולה להביא, בעתיד הקרוב ביותר, לפגיעה קשה בביטוח הלאומי כפי שאנו מכירים אותו היום. הדבר עלול לקרות משום שאנשי האוצר לא ישרימו בטוח ארוך עם ההקצאה של הסכומים האלה לביטוח הלאומי, ואין זה חשוב אם הדבר הובטח בחוק

של העלאת שיעורי המס השולי האפקטיביים על העניים, שלא היו קבילים כלל אילו ניסינו להטיל אותם על כלל האוכלוסייה. אותם החוגים המטיפים לחזרה למבחני האמצעים טוענים, ששיעורי המס הנהוגים כיום במס הכנסה — 50-60 אחוזים — הם גבוהים מדי משום שהם פוגעים בתמריץ לעבודה ולכן יש להורידם ל-45% או ל-40%. והנה, בעלי טיעון זה מתעלמים מכך ששימוש במבחני אמצעים יטיל בהכרח על העניים שיעורי מס שולי אפקטיביים של 80%-90%, ואולי אף גבוהים יותר. אין זאת המצאה שלי. הדבר קורה כבר היום בגימלאות על-פי חוק הבטחת הכנסה המותגות במבחני אמצעים. עד כאן מגיע הרדיקליזם של הדורשים לחזור למבחני האמצעים.

שלישית, המעבר לשימוש במבחני אמצעים יש לו גם השלכות רציניות לנושא של איכות השירות לאזרח. הבסיס המינהלי שעליו אנו משתיתים את בדיקות האמצעים, והנסיבות שבהן בדיקות אלה נערכות, מוכרחים להביא להתייחסות בלתי הוגנת לפונים המבקשים גימלה כספית המותנית בבדיקה כזו. בדיקת האמצעים יוצרת בהכרח סוג של יחסי עוצמה בין אלה המחליטים על מתן הגימלה ובין אלה התובעים אותה, יחסים שבמהלכם זכויות האדם נפגעות ונשחקות באופן בלתי נמנע. ואסור לנו להתעלם גם מנקודה זו.

הוויכוח בנושא זה של שימוש במבחני אמצעים איננו חדש כמובן. אבל, הסכנות הטמונות בו לעתידו של הביטוח הלאומי נראות לי קשות במיוחד בימינו. כאשר הועלתה, בשנות ה-70, הצעה כזאת להשתמש במבחני אמצעים בפני פרופ' ברונר, שהוא היום נגיד בנק ישראל, הוא דחה אותה לחלוטין ואמר: "הסדר כזה מסוכן... מבחינה ארגונית, והוא אף מדביק... תו של מתן סעד". היום מסופר שפרופ' ששינסקי, יו"ר הוועדה לרפורמה במסים, הצהיר בגלוי שהוא מעדיף את השימוש במבחני אמצעים. כולנו מבינים איזו עוצמה טמונה בדוקטרינות כלכליות אופנתיות כאלה בחברה שלנו.

כמבחני אמצעים, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

דברי סיום

אני מקווה שהצלחתי להבהיר בדברי, מה שאמרתי בהתחלה, שהמאבקים על הביטוח הלאומי עדיין לא תמו. המאבקים האלה נכנסו כעת אולי לשלב מכריע לא פחות מאשר בעבר. המאבק אינו רק על הביטוח הלאומי בלבד, אלא על דמותה של החברה הישראלית כולה. השאלה העומדת לפנינו, כאשר אנו דנים על עתידו של הביטוח הלאומי היא, האם תהיה החברה הישראלית חברה סולידרית יותר, שאדם ערב בה לרעהו; האם נהיה חברה שהפערים הכלכליים יהיו בה קטנים יותר; האם נהיה חברה שאין בה המוני עניים הזקוקים לסעד, שהחוקרים למיניהם רודפים אחריהם ובודקים יום יום את הכנסותיהם הזעומות. אלה הן הסוגיות שנידרש להכריע בהן בימים הבאים. אני רוצה רק לקוות, שנדע לעמוד על הרצוי לחברה שלנו בהכרעות האלה.

או לאו. הם לא ישלימו לכך משני טעמים: א. מימון חלק גדול של משאבי הביטוח הלאומי מקופת האוצר מכניסה את הנושא של הביטוח הלאומי למרכז הזירה הפוליטית, שבתוכה נערך מדי שנה המאבק על תקציב המדינה. בתחרות החריפה על משאבים הכרוכה במאבק הזה, הנערך בין כוחות איתנים, יש לביטוח הלאומי סיכוי קטן מאוד לזכות בנתח הנחוץ לו למילוי משימותיו. ההכרעה במאבק הזה עשויה להיות בין הקצאת משאבים לשמירה על ביטחון המדינה ובין הקצאת משאבים לביטוח הסוציאלי. לא יוכל להיות לנו ספק מי עשוי לזכות בתחרות הזאת על המשאבים.

ב. המחשבה הכלכלית הדומיננטית השולטת היום באוצר המדינה היא שיש לצמצם את היקפו של תקציב המדינה כדי להביא להכראת המשק. מבלי להיכנס לוויכוח אם עמדה זו נכונה או לאו, ברור שזוהי המדיניות שהאוצר עומד לנקוט ושהצמצום העיקרי המתוכנן בהוצאה הציבורית ייעשה בהוצאה לשירותי הרווחה. לפיכך אין, לדעתי, סיכוי רב לכך שהאוצר ימשיך להקצות את הסכומים הנחוצים לביטוח הלאומי בלי שידרוש – וגם ישיג במשך הזמן – הכנסת שינויים דרסטיים בדרכי פעולתו, למשל, התניית מתן הגימלאות

מגמות בהתפתחות השירותים הסוציאליים האישיים*

מאת יעקב קופ**

מציינים חשובים ביותר לענייננו הם: (1) צמצום התופעה של משפחות מרובות ילדים; (2) הגידול במספר הקשישים. השינוי במצוין הראשון — היינו גודל המשפחה — אינו בא, לידי ביטוי מלא במשחנה כמו "ממוצע נפשות למשפחה"; זה עומד עתה על רמה של 3.6 לעומת 3.8 ב-1970, היינו ירידה של 5 אחוזים בלבד. השינוי הוא נמרץ יותר בהתפלגות המשפחות לפי גודלן. עיקר השינוי התרחש במשקלן של המשפחות מרובות הילדים; במשפחות בנות 7 נפשות ויותר, היינו 5 ילדים ומעלה, חלה ירידה מ-11.4 אחוזים מכלל המשפחות ל-7.8 אחוזים; באוכלוסייה היהודית בנפרד הירידה היא כמעט לכדי מחצית — מ-8.3 אחוזים ל-4.5 אחוזים. זאת ועוד: במפקד 1972 היו 14 אלף משפחות יהודיות עם 10 נפשות ויותר (8 ילדים ומעלה). במפקד שנערך כעבור עשר שנים לא היו אלא חמשת אלפים משפחות עם מספר כזה של ילדים.

התמורה השנייה במבנה הדמוגרפי מתבטאת, כאמור, בהזדקנות האוכלוסייה. אחוז הקשישים גדל מפחות מ-7% ב-1970 ל-9% בערך, והדברים כבר ידועים למדי. אולם הפעם רצוני להציג את עליית חשיבותה של ההזדקנות במימד פחות שגור, תוך התייחסות לשינוי במספר המשפחות שלגביהן יש רלוונטיות מידית לנושא ההזדקנות. בין 1970 ל-1985

1. הרקע הדמוגרפי והכלכלי

יום העיון עוסק ברפורמה בלשכות הרווחה המקומיות, ובהתהוותה על-פני סוף שנות השבעים והמחצית הראשונה של העשור הנוכחי. המטרה שהצבתי לעצמי כאן היא לסקור את ההתפתחות בשירותים בתקופה הנדונה ולהציגה על בסיס השוואתי בשני מישורים: המישור האחד להשוואה הוא בהקשר הרחב יותר של שירותי חברה ורווחה. המישור האחר הוא מישור הצרכים, או כקירוב להם — תמורות במבנה הדמוגרפי והכלכלי שיש להן זיקה לשינוי בצרכים בתחום הסוציאלי. אשר למימד הזמן — מן הראוי לברוק לא רק את ההתפתחות בין שתי נקודות הקצה של התקופה הנסקרת, אלא גם בין התקופה הזאת בשלמותה ובין התקופה שקדמה לה, למשל — המחצית הראשונה של שנות השבעים.

בתהליכים הדמוגרפיים של ישראל, התקופה שאנו עוסקים בה היא תקופה של מפנה רציני: יש לכך ביטוי בהאטת גידול האוכלוסייה, בעליית משקלו של הריבוי הטבעי בתוך הגידול הכולל של האוכלוסייה, בהתבססות הוותק של מרבית תושבי המדינה, בעליית רמת ההשכלה הממוצעת שלהם ועוד. אולם שני

* על-פי הרצאה ביום עיון שהוקדש לרפורמה בלשכות לשירותים חברתיים. יום העיון התקיים בבית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד של האוניברסיטה העברית בירושלים, ביום 17.3.87.

** מנהל החקר, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

למצבים קשים. מדובר בעיקר במשחררי צה"ל, ביושבי עיירות פיתוח ועוד. במישור כללי יותר יש לציין, שהשנים 1977-1985 היו שנים של תהפוכות נמרצות במשטר הכלכלי: המהפך של ארליך, בעקבותיו מדיניות מרסנת של הורוביץ, ושוב היפוך הכיוון בתקופת ארידור, חזרה למסלול הורוביץ בימי כהונתו הקצרה של כהן-אורגד, ומכאן והלאה שרשרת של עיסקות חבילה שהמשכן ב"מדיניות הכלכלית החדשה".

2. שירותי חברה ורווחה

על רקע ההתפתחות הדמוגרפית והכלכלית התרחשו תהליכים חשובים בשירותים החברתיים. השירותים הסוציאליים האישיים הם חלק מ"משפחה" רחבה יותר של שירותים חברתיים — חינוך, בריאות, הבטחת הכנסה, שיכון וכו'. ההתפתחות בכל אחד מהם היא בעלת השלכות — לפעמים ישירות לעתים עקיפות — על הצרכים הייחודיים של האוכלוסיות החלשות. תעסוקה מלאה ומניעת אבטלה עשויות לצמצם את התהוותן של בעיות סוציאליות; חינוך מתאים עשוי לפעול באותו כיוון וכדומה. בכל מקרה, תיתכן רוויה יחסית בתחום הרחב של שירותי חברה, ואין משמעה בהכרח שהמצב נאות גם בתחום הייחודי-הסוציאלי.

בהזדמנויות שונות עמדתי על הצמיחה המהירה של השירותים החברתיים בשנות השבעים. היתה זו תוצאה משולבת של הבשלת תכניות שעוצבו עוד לפני כן, ושל הגברת המודעות החברתית לשאלות כאלה — במיוחד בתקופה שלפני מלחמת יום כיפור, ועדיין זכורה הסיסמה של "הנפת שני דגלים, דגל ביטחון ודגל חברתי, בעת ובעונה אחת". במחצית השנייה של שנות השבעים השתנתה המציאות הכלכלית, ובהדרגה נבלמה הצמיחה של השירותים. סביר להניח, שההאצה בפיתוח השירותים בתקופה הקודמת אכן הביאה לרוויה מסוימת, לפחות זמנית; אבל אין ספק

גדל מספר הקשישים כמעט כפליים, וליתר דיוק פי 1.8. באותה תקופה גדל מספר משקי הבית פחות מפי 1.5. פירוש הדבר, שנפוצות התופעה של משפחות שיש להן אחריות לאדם קשיש גדלה במידה רבה מאוד בעשור הקודם. העמקה נוספת בנתונים מתבססת על נתוני מפקד 1983. במפקד זה נפקדו 360 אלף קשישים ב-260 אלף משקי בית, מרביתם משקי בית נפרדים לקשישים — בסך הכל 190 אלף משקי בית כאלה. הקשישים האחרים גרו יחד עם בני משפחה נוספים ב-70 אלף משקי בית. הנתונים מן המפקד אינם מאפשרים קביעה מדויקת, אבל יש בהם אינדיקציה, שלפחות שליש ממשקי הבית בישראל קשורים קשר משפחתי לאדם קשיש, וזהו כמובן אומדן סף בלבד.

שתי התמורות העיקריות שעמדתי עליהן מסתכמות יחדיו במעבר הדגש מהלחץ הנובע מהתופעה של משפחות מרובות ילדים — שעדיין היתה שכיחה למדי בראשית העשור הקודם — אל לחץ הנובע מהכיוון הבין-דורי המנוגד. אפשר לראות בדברים הללו צילום מהימן של מעבר הדגש, מבחינת הנטל המשפחתי והחברתי בישראל.

במישור הכלכלי חלו מאז 1970 תמורות משמעותיות ביותר. אם לאזכר רק את המרכזיות שבהן: מעבר ממשק צומח במהירות למשק שהוא כמעט קופא על שמריו. היתה לכך כמובן השפעה ישירה ועקיפה על פיתוח השירותים החברתיים במסגרת השינויים בפיתוח כלל השירותים הציבוריים. התפתחות שנייה, שחלה בעיקר במחצית הראשונה של העשור הקודם, היתה בתחום המסים ותשלומי ההעברה, וזו בוודאי נתנה את אותותיה בשירותים החברתיים, ובפרט בתחום של הבטחת הכנסה. החלק השני של התקופה אופיין בשיעורי אינפלציה שהלכו וגאו משנה לשנה. בהמשך הזמן, עם הפעלת תכניות כלכליות מצמצמות, גדלה האבטלה, ואף-על-פי שממדיה מעולם לא דמו לאלה שנוצרו במצבים דומים בארצות המערב, הרי כיסים מקומיים חשפו קבוצות שונות באוכלוסייה

לפירוט טכני של ההבדלים בין שתי סדרות המספרים המוצגות בלוח אציין, שהטור השני אינו מסתפק בהסתמכות על מדד סטנדרטי מקובל – מדד המחירים לצרכן – אלא נעזר במדד ספציפי המציין את כמות המשאבים שניתן היה לגייס "לטובת" השירותים בעזרת התקציב שהועמד לרשותם.¹

נראה בבירור, שבשנות השמונים נעצה תהליך הפיתוח והחלה תקופה של דריכה במקום. כפי שכבר נרמז קודם, ייתכן שהדבר התאפשר לא מעט עקב עודף גידול בתקופה שקדמה לכך. אבל עוד מתגלה בנתונים, שיש קשיחות מסוימת כלפי מטה, ואף בשנים

שהבעיות הכלכליות כפו את המעבר ממדיניות מרחיבה למדיניות של האטה, אם לא מצמצמת.

לוח 1 מתאר את התפתחות התקציב החברתי בשנות השמונים, על רקע הגידול המהיר שאיפייין את מרבית שנות השבעים, עד שנת 1977 בערך, שהיא נקודת הפתיחה של תקופת הרפורמה בלשכות הרווחה שאנו עוסקים בה כאן היום, 1977–1985. נתונים על ההוצאה במונחים נומינליים הם כמובן חסרי משמעות בתנאים האינפלציוניים הקשים של ישראל, ויש להתבסס על תיקון מתאים של הנתונים למונחים ריאליים. מבלי להיכנס

לוח 1. התפתחות סך כל ההוצאה על שירותים חברתיים (מחירים קבועים, אוגוסט 1985, מיליארד ש"ח)

מנוכה במדד משולב	מנוכה במדד מחירים לצרכן	
2.1	1.7	1970
3.9	3.3	1975
4.5	4.1	1977
4.7	4.4	1978
4.8	4.6	1979
5.0	4.8	1980
5.3	5.3	1981
5.5	5.5	1982
5.4	5.3	1983
5.3	5.5	1984
5.4	5.1	1985
5.7	5.4	1986

המקור: הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 87–1986, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, אפריל 1987.

1 הכוונה למדד הצריכה הציבורית אשר מיטיב למדוד את עלות התשומות המייצרות את השירותים הישירים (חינוך, בריאות וכו'). שילבנו מדד זה במדד המחירים, שהוא רלוונטי לשימוש הנעשה בתשלומי הבטחת הכנסה. לכן המדד המשולב מבטא את ההיקף הריאלי של התשומות שהופנו לשירותים החברתיים, על שני חלקיהם.

מסוימת; ואם מתייחסים להוצאה לנפש, נמצא שהיתה ירידה של 10 אחוזים בערך. בחלק משירותי חינוך ובריאות הירידה הזאת קווצה במידת מה בהתרחבות ההוצאה במגזר הפרטי וכמגזר המלכ"ר.

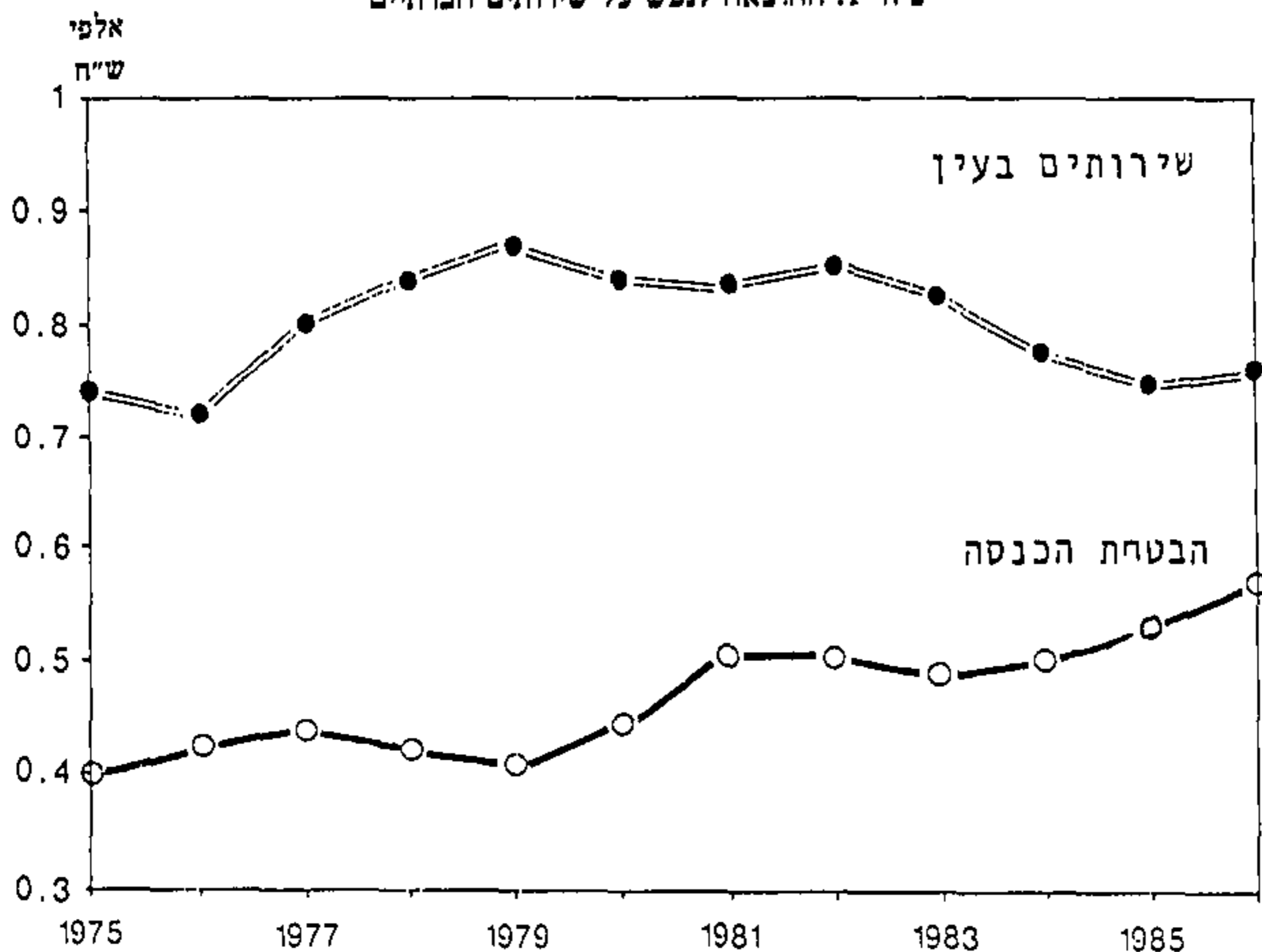
3. שירותים סוציאליים מול שירותים סלקטיביים בהבטחת הכנסה

נתונים אלה מובילים באופן טבעי לשאלה המרכזית בדיוננו — באיזו מידה חלה התמונה הכללית הזאת שתוארה כאן גם על הגיזרה המצומצמת יותר, של שירותים סוציאליים. יש כאן, אמנם, בעיות של זיהוי והגדרה של התחום, אך כדי להימלט מהן אנסה לאפיין את הנושא תוך התייחסות לשירותים המסופקים

האחרונות, שבהן ננקטה מדיניות של קיצוצים, שמרה ההוצאה הריאלית על רמה יציבה למדי. הרמה היציבה הזאת במונחים מוחלטים, כאשר היא מתקיימת במשק שיש בו צמיחה כלשהי — ואפילו איטית — גוררת באופן אוטומטי ירידה במונחים יחסיים, כאשר ההשוואה היא מול התוצר הלאומי, למשל. ואכן, מאז הרביע האחרון של שנות השבעים יש ירידה במה ברמת ההוצאה בהשוואה לתוצר.

היציבות ברמת ההוצאה במונחים מוחלטים אינה חלה על כל מרכיבי השירותים במידה שווה. במיוחד יש לתת את הדעת להבחנה בין שירותים בכסף — היינו תשלום קיצבות במסגרות שונות של הבטחת הכנסה — ובין שירותים בעין, כגון חינוך, בריאות, שירותים סוציאליים שונים ועוד. מצויר וניתן לראות, שבעוד שתשלומי הבטחת הכנסה הוסיפו לגדול, ובקצב מהיר למדי, גם בשנות השמונים, בשירותים בעין יש אפילו ירידה

ציור 1. ההוצאה לנפש על שירותים חברתיים



המקור: המרכז לחקר המדיניות החברתית, הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1986-87, חוברת מאוירת, ירושלים, ינואר 1987 (אנגלית בלבד).

אט-אט חלה ירידה לסדר גודל של 190 מיליון ש"ח בשנתיים האחרונות. הסעיף הגדול ביותר בהוצאה נמצא בתחום הטיפול בילדים ובני נוער (כולל שירותי התיקון). לתחום זה מוקדש השנה סכום של 67 מיליון ש"ח, במסגרות שונות, והם כמעט שליש מכלל "התקציב הסוציאלי". יחד עם זאת, בתהליך רב-שנתי אפשר להבחין בהאטה שחלה בשני שלבים: בשלב הראשון ירד משקלו של תחום זה מ-42 אחוזים (מסך-כל השירותים האישיים) בשנת 1977 ל-38 אחוזים בשנת 1981, ובשלב הבא חלה ירידה נוספת לכדי 32 אחוזים. מבחינה זו ניתן לראות כאן התאמה של ההוצאה להתפתחות הדמוגרפית שהוזכרה בראשית הדברים. אין בכוונתי לומר,

במסגרות שונות של משרד הרווחה ובחסותו. זה כולל את השירותים לזקן, השירות לאנשים הלוקים במוגבלות גופנית או אחרת, משפחות במצוקה ושירותים אחרים כיוצא-באלה. לוח 2 מציג את התפתחות ההוצאה במקבץ השירותים האישיים, עם פירוט לרכיבים הראשיים שבהם. טור הסך-הכל מראה, כי הדפוס הכללי של גידול מואץ עד 1977 ובלימה לאחר מכן חל גם על השירותים הסוציאליים. במונחים מוחלטים הוכפלה ההוצאה, במהלך שנות השבעים, עד 1977, מסדר גודל של 100 מיליון ש"ח (נתונים שקליים של 1985), ל-200 מיליון ש"ח, ולאחר גידול נוסף, תוך תנודות מסוימות, נפתח עשור השמונים ברמת הוצאות של 210 מיליון ש"ח.

לוח 2. ההוצאה על שירותים אישיים, לפי מרכיבים עיקריים (מחירים קבועים, אוגוסט 1985, מיליוני ש"ח)
ניכוי במדר צריכה ציבורית

שירותים לילדים ונוער	השירות למפגר	השירות לזקן	שירותי השיקום	שירותים קהילתיים ועבודת הלשכות	פעולות כלליות	סך-הכל	השנה
26	14	2	11	13	20	86	1970
33	15	3	10	10	25	95	1971
45	16	4	10	17	21	113	1972
49	20	6	10	23	23	132	1973
50	24	10	13	28	31	155	1974
51	26	9	12	31	25	153	1975
59	27	12	14	40	21	173	1976
83	29	10	14	40	24	200	1977
81	32	10	13	48	34	218	1978
85	32	10	17	32	30	207	1979
78	34	12	14	42	30	210	1980
78	35	14	15	35	28	205	1981
64	31	13	17	42	26	194	1982
68	32	16	14	46	26	203	1983
68	32	14	13	34	27	188	1984
63	30	14	15	36	27	184	1985
67	31	15	15	40	21	188	*1986

* שנת 1986 — תקציב מקורי, כולל פיצול רזרבה, לפי סעיפים.
המקור: ראה לוח 1.

שני הציורים, 2 א ו-2ב, מציגים את ההתפתחות של שני סוגי השירותים. הציור הראשון (2א) מבליט את שני האיפיונים המרכזיים: (1) שירותים בכסף הם בהיקף גדול יותר משירותים בעין; (2) הפער ביניהם הלך והתרחב באופן דרמטי בתקופה הנסקרת.

מצאתי לנכון להציג את תשלומי הבטחת הכנסה גם בגירסה השנייה (ציור 2ב), שאינה כוללת את קיצבת הנכות. הסיבה העיקרית היא, שבתחום זה חלה התפתחות רבה מאוד בתקופה שאנו דנים בה, והכללתה עשויה לערפל את התמונה הכללית. נתמקד אפוא בציור השני, שבו מוצגים כאמור תשלומי הבטחת הכנסה סלקטיביים, ללא קיצבת נכות. הדפוס הכללי תקף גם כאן, אם כי עליונותם של תשלומי הבטחת הכנסה בסכומם הכולל מתחילה רק בראשית שנות השמונים. האיפיון הכללי של הציור הוא: יציבות בשירותים בעין, עם תנודות קלות לאורך התקופה הנידונה, לעומת גידול מתמיד, ומואץ בשני שלבים, בשירותים בכסף.

עלי להדגיש, שאין בתמונה הזאת הטיה הקשורה ברפורמה. כלומר – ייתכן שהתוצאה שקיבלנו מושפעת בצורה זו או אחרת מן הרפורמה שהוציאה מטיפולם של עובדי הרווחה את תשלומי הבטחת הכנסה והעבירה אותם לביטוח הלאומי. אבל בעצם הסיווג של סעיפי ההוצאה בין שירותים בעין לשירותים בכסף נהגנו באופן עקיב, בלי להתייחס לצד הארגוני. כלומר, תשלומים להבטחת הכנסה לפני 1977 סווגו ככאלה גם כאשר היו בטיפולם של עובדי הרווחה.

ממצא מרכזי זה בסקירת ההתפתחות בשירותים הסוציאליים מעלה את השאלה, באיזו מידה זוהי תוצאה של מדיניות יזומה, ובאיזו מידה זוהי תוצאה ("מקרית" הייתי אומר, אבל זה לא לגמרי מדויק) של הברדל בין ההסדרים המוסדיים הקיימים בכל אחד משני סוגי השירות הללו. שהרי יש לזכור, שרוב ההוצאה בתשלומי הבטחת הכנסה מוכתבת על-ידי הסדרים שלפיהם רמת הקיצבה הבסיסית נקבעת, ברוב המקרים, בחקיקה או

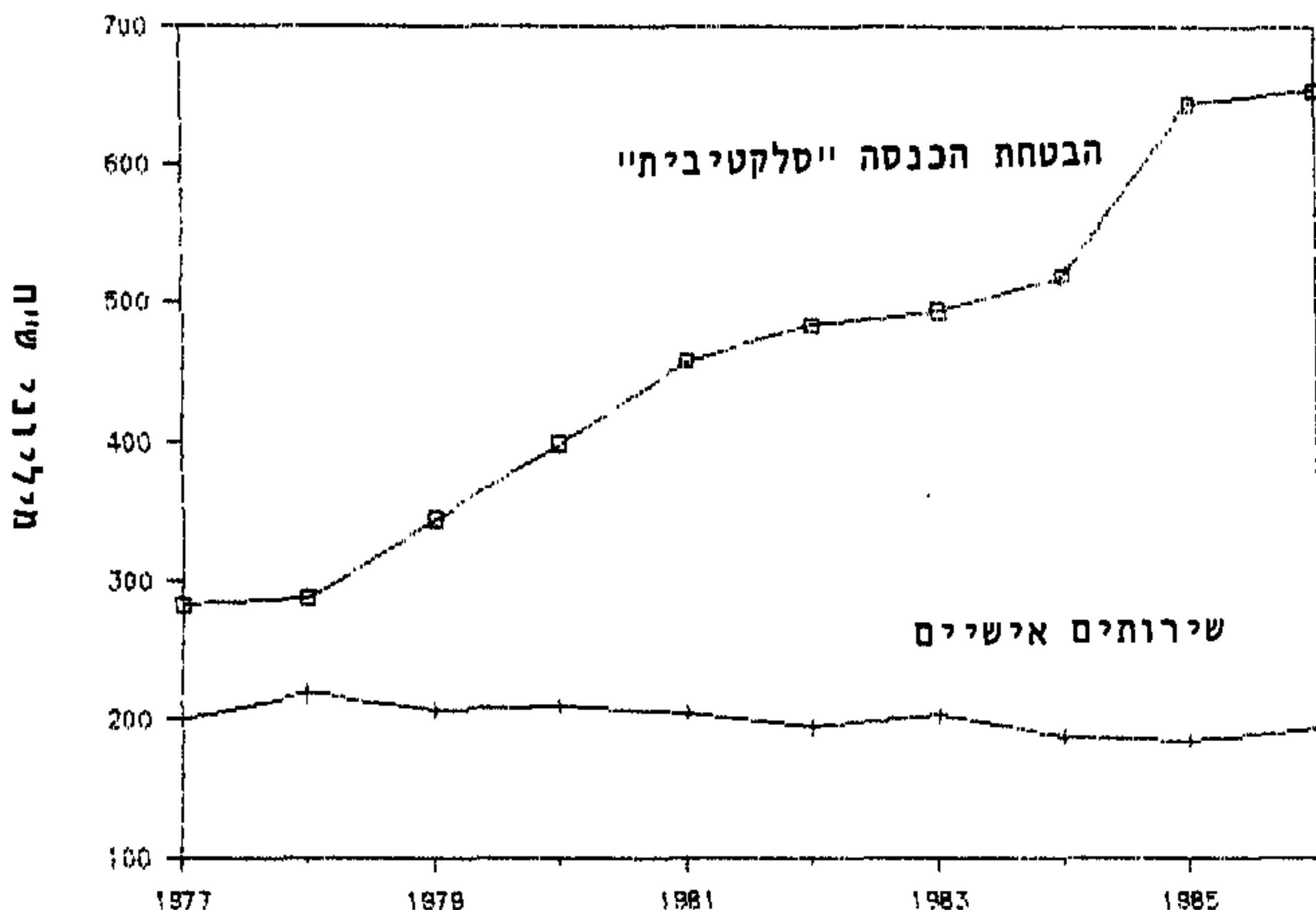
שהבעיות הסוציאליות מתואמות לשינויים בגודל המשפחות מבחינת מספר הילדים. אבל אפשר לראות כאן קשר מסוים שאינו בלתי עקיב בין ההתפתחות הדמוגרפית ובין תקציבי השירותים לילד ונוער.

קשר כזה, עם תוצאה הפוכה, מתגלה גם בקצה המנוגד של רצף הגילים – השירות לזקן. בתחום זה היה גידול מ-10 מיליון ש"ח בערך בסוף שנות השבעים ל-15 מיליון ש"ח בערך בשנים האחרונות. התפתחות זו חושפת רק חלק מן הגידול בהוצאות המופנות לשירותים לאוכלוסייה הקשישה. במיוחד יש לזכור, שהקשישים הסיעודיים במוסדות לטיפול ממושך מטופלים במסגרת משרד הבריאות. מצד שני, ראוי לשים לב לכך, שהרמה של 10 מיליון ש"ח התקיימה כבר מאז 1974, ונתון זה רק מחזק את המידע על הפיגור בפיתוח שירותים לזקנים, אשר ההתמודדות עמו החלה רק בשנים האחרונות.

בשירות למפגר ובאגף השיקום ניכרת יציבות ממושכת עם תנודות קלות. הוצאה ברמה של 13–15 מיליון ש"ח מאפיינת את שירותי השיקום מאז אמצע שנות השבעים ואולי אף לפני כן. בשירות למפגר ההוצאה היא ברמה של 30–32 מיליון ש"ח לשנה (עם שתי חריגות) מאז 1977.

בחיבה השנייה של השירותים הסוציאליים – שירותים בכסף – התמונה שונה במידה רבה. לפני שאציג את נתוני ההוצאה רצוני להדגיש, שההתייחסות בחלק זה איננה לסך-כל תשלומי ההעברה – אשר הוזכרו בראשית המאמר, ורובם אוניברסליים-דמוגרפיים (כגון קיצבות ילדים, קיצבות זיקנה, דמי לידה) – אלא לתשלומים ייחודיים, הניתנים על בסיס של מבחן הכנסה או מבחן אחר. כך, למשל, נכללו כאן ההשלמה לקיצבת זיקנה ושאיירים הניתנת למקבלי קיצבה שזו הכנסתם הבלעדית או המכרעת; וקיצבות האבטלה, הסעד וכן התשלומים השונים בגין נכות כללית. לכן ניתן לראות בכך את המשלים לשירותים הסוציאליים הבאים לידי ביטוי בהבטחת הכנסה.

ציור 2א. ההוצאה החברתית על הבטחת הכנסה "סלקטיבית" ועל שירותים אישיים



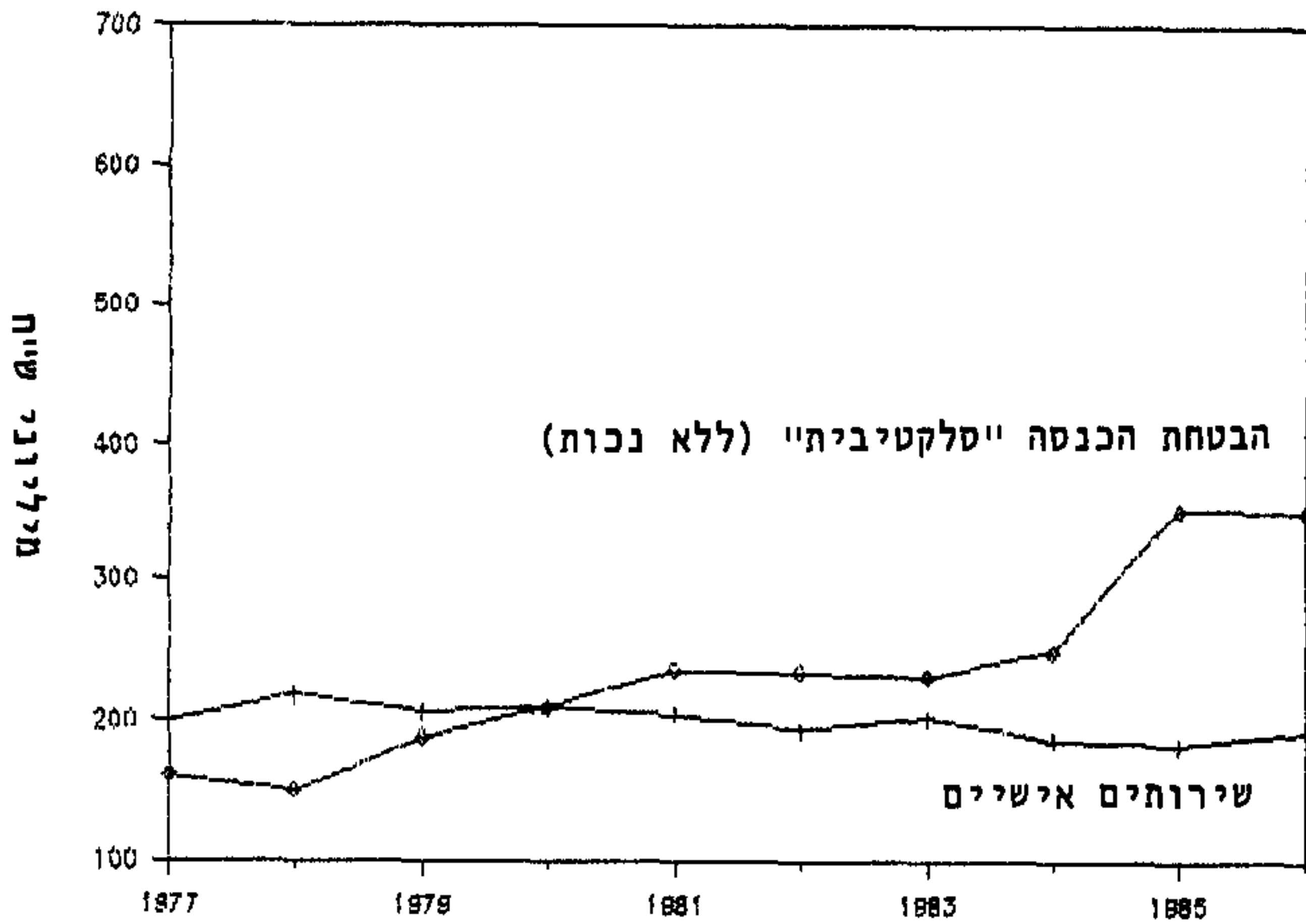
המקור: מבוסס על לוחות עבודה של המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

איי-השוויון הכולל וכן בחלקם היחסי של העשירונים הנמוכים. יחד עם זאת, ההיבט של עוני יחסי — שהוא מודד חשוב ביותר במדיניות חברתית — אינו מגלה את כל התמונה. כמונחים של רמת הכנסה מוחלטת נראה, שמאז 1970 עלתה הכנסתם הריאלית של שני העשירונים הנמוכים בשיעור שבין 10 ל-20 אחוזים (ויש לחזור ולהדגיש, באופן ריאלי, היינו במובן של כוח הקנייה של הכנסתם). מבחינה זו, אם תשלומי הבטחת הכנסה באו להפחית לחצים חברתיים הנובעים מקשיי קיום, עוצמת הלחץ החברתי בחזית זו פחתה ב-15 השנים הללו. לעומת זאת, הוחרפה בינתיים מצוקת המשפחות בקבלת שירותים למצבים טראומטיים: מפגרים, זקנים סיעודיים וכדומה. הבעיה כאן אינה בעיה של מימון, אלא של זמינות השירותים ורמתם. מי שהנושא של מוסדות סיעודיים מסוגים שונים

בדרך בלתי-גמישה אחרת. לכן, במקרים אלה די בכך שיגדל מספר המקבלים — שהוא למעשה משתנה אקסוגני — כדי שההוצאה הכוללת באותו סעיף תגדל באופן ריאלי. מבחינת האסטרטגיה של תומכי השירותים החברתיים הדבר מלמד, שהדרך של הדגשת השירותים בכסף היא אסטרטגיה נכונה, המביאה בחשבון את כל הגורמים, כולל הגורמים הפוליטיים.

בהיבט אחר, ועל סמך משתני רקע מתאימים, נראה שהשתנו הנסיבות שהביאו להעדפה הזאת, אשר כוחה היה יפה אולי לשעתה. בראשית שנות השבעים היו הבעיות בתחום של הבטחת הכנסה בעלות חומרה גדולה יותר מבימינו. לא שהתמונה הכוללת של שוויוניות בחברה הישראלית השתפרה בחקופה זו. להיפך — הנתונים מלמדים על הרעה בהתחלקות ההכנסות, המתבטאת במדד

ציור 2. ההוצאה החברתית על הבטחת הכנסה "סלקטיבית" (ללא נכות) ועל שירותים אישיים



המקור: ראה ציור 2א.

4. ההתפתחות בהסדרים קהילתיים מול הסדרים מוסדיים

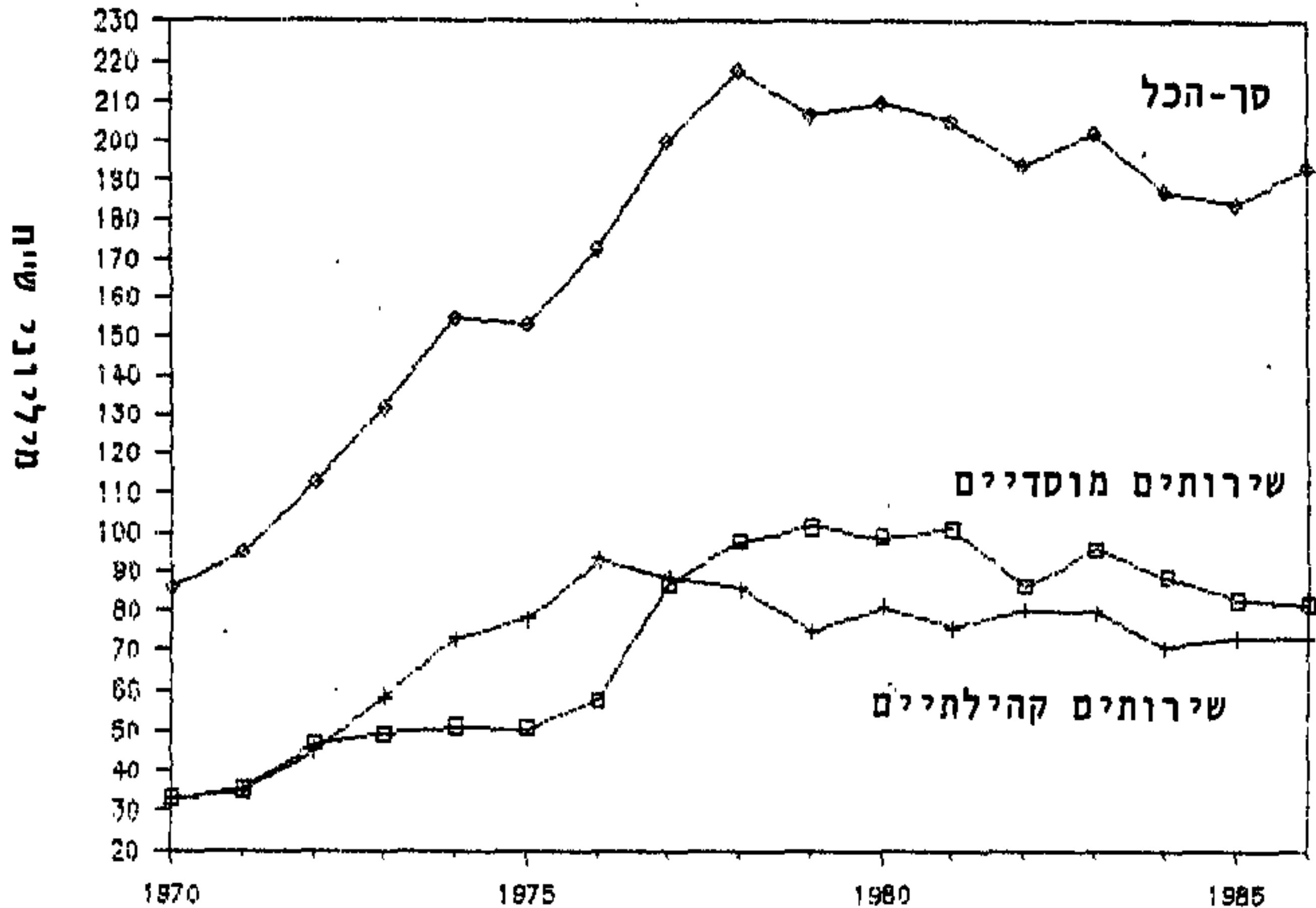
עניין זה של תחליפיות והשלמה בין סוגים שונים של שירותים מביא אותי להיבט האחרון של הצגת הנושא: התחלופה בין שירותים מוסדיים לקהילתיים. ציור 3 מראה העדפה של הטיפול המוסדי לאורך התקופה שאנו דנים בה היום. ממצא דומה גילה מחקרנו מן השנה שעברה² ושם הועלה הדבר בהתייחס לשירותים הנפרדים. כאן חוברו יחד שלושת השירותים הראשיים שהוצגו בעבר, וכל השירותים הסוציאליים האחרים. הנתון המוצג כאן הוא נתון אמפירי, הנובע

קרוב ללבן — או לסביבתו — יודע, שהבעיה קשה ביותר, וגם הכסף לא תמיד עוזר במקרים כאלה.

מנקודת ראות זו, הלחץ החברתי העיקרי — גם אם טרם הגיע לידי ביטוי ציבורי נרחב — קיים, לפחות בפוטנציה, כחזית של השירותים בעין ולא בזו של השירותים בכסף. ייתכן, כמובן, שאין תחליפיות מוסדית בין שתי קבוצות השירותים הללו; כלומר, גם אם נקטין את ההוצאה בתשלומי הבטחת הכנסה, לא יופנו המשאבים הנחסכים אל תחום השירותים הישירים. במקרה כזה, קטנה הרלוונטיות של הניתוח שהצגתי, אבל קשה להאמין שיש ניתוק מוחלט — או שצריך להיות ניתוק כזה — בין שתי המערכות.

2 יעקב קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1985-86, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, דצמבר 1985.

ציור 3. ההוצאה על שירותים אישיים, סך-הכל, שירותים מוסדיים, שירותים קהילתיים



המקור: ראה ציור 2א.

קהילתיים, משום שהתקציב המוסדי הוא קשיח יותר. אבל ייתכן שהדבר נובע בחלקו גם מכך, שהמעבר כביצוע אינו קל כמו המעבר במחשבה, ועל כל פנים יש צורך בפיתוח הכלים הארגוניים הדרושים. מסגרות שונות שהופעלו בשנים האחרונות יש בהן פוטנציאל להפעלתם של שירותים מוסדיים גם כשירותים קהילתיים, היינו פנימיה המקצה חלק מן המבנה להחזקתו של מעון יום.

יש להדגיש, שבנידון זה השיקול המקצועי-הטיפולי הולך בד-בבד עם השיקול הכלכלי. בתקציב נתון אפשר לספק שירותים קהילתיים למספר גדול יותר של צרכנים, לעומת מספר הצרכנים היכול להיקלט בשירותים מוסדיים תמורת אותו סכום. ואני חייב גם להזכיר שיש האומרים ששירותים קהילתיים הם בסופו של דבר יקרים יותר: זמינותם של מעונות היום והפעילויות הקהילתיות מגדילה את נפוצות השימוש בהם. אבל מכך נובע שיש צרכים

ממדידת יעדי ההוצאה התקציבית. אבל ברור שאין הדבר מייצג מיון טכני גרידא, אלא הוא נוגע לסוגיה שהיא מרכזית למדי בספרות של השירותים האישיים. הרעה הרווחת היא, שיש סיבות טיפוליות חשובות להעדיף טיפול בנזקק במסגרת משפחתו, בסביבתו הרגילה, על-פני סידור פנימייתי-מוסדי. והמצאים בשטח מורים על מציאות מנוגדת לזו הנחשבת מומלצת. לא נראה לי שהמצב בתחום זה הוא תוצאה של שרירות לב או של חוסר עקיבות במחשבה ובגישה. אני מאמין שיש לכך הסבר הנעוץ בעיקר בתהליך קבלת ההחלטות: החזקתם של אנשים הנמצאים במוסד בתקופה מסוימת מחייבת הוצאה בגודל נתון. בדרך כלל גם לא ניתן להוציא את האנשים הללו משם, ובמיוחד מדובר במטופלים הסובלים מבעיה כרונית. בעידן של מגבלות תקציביות, הגורמים המופקדים על השירותים השונים נותרים עם תקציב פנוי קטן, יחסית, להפעלת שירותים

התחדש הגידול, אם כי עדיין לא הושגה הרמה שהיתה בראשית העשור. מבחינה זו דומים השירותים הסוציאליים לשאר השירותים החברתיים הישירים, זאת – להכריל מן השירותים המתבטאים בתשלומי העברה למשפחות.

בהבחנה הזאת – בין שירותים בכסף ובין שירותים בעין – יש העדפה ברורה של השירותים בכסף (הן במישור הרחב של השירותים החברתיים והן במישור המצומצם של השירותים הסוציאליים). ונראה, שתהליך זה טומן בחובו, בתחום השירותים הישירים, המשך ההדגשה (מבחינת העדיפויות בהקצאה) של שירותים מוסדיים-פנימייתיים. בהתחשב במגמות הדמוגרפיות והכלכליות הרלוונטיות לנושא יש מקום לבחינה מחדש של ההעדפות הקיימות. נראה, שהמגמה המאופיינת ברפורמה של הלשכות היא בכיוון זה והציפייה היא אך לחיזוקה.

שאינם מקבלים מענה במערכת הקיימת. למה הדבר דומה? למי שירצה לקמץ בהוצאות חינוך על-ידי כך שלא יקלוט את כל התלמידים. ואם בחינוך ניתן לקמץ בהוצאות הציבוריות בדרך של הפניית תלמידים למסגרות פרטיות, בשירותים הסוציאליים אין הדבר כך, ומעטים מאוד הסיכויים שיתפתח בעתיד שוק של שירותים סוציאליים פרטיים.

5. סיכום

ההתפתחות בשירותים הסוציאליים האישיים בתקופת השנים 1977–1985 מצביעה על האטת הגידול המהיר שאיפיינה את התקופה שקדמה לכך (1970–1977), ולבסוף אף ירדת-מה ברמת הפעילות; בשנה האחרונה

השימוש בשירותי רופאים ראשוניים בישראל; היבטים מבחינת תשלום עבור שירות

מאת ד"ר דב צ'רניחובסקי* ודניאלה פז**

של השירותים. לעומתם. גורסים המתנגדים, שתשלום יפגע בשוויוניות או בגישה השווה שיש לקבוצות סוציו-כלכליות שונות לשירותים ובשוויוניות הצריכה בכלל, לרעת משפחות מעוטות יכולת. הנימוקים לכאן ולכאן הם בעיקר תיאורטיים. בגלל סיבות מתודולוגיות קשה להאיר את הנושא מבחינה כמותית. לפיכך, הוויכוח בתחום זה הוא לעתים קרובות יותר אידיאולוגי מאשר עובדתי.

מטרתה של עבודה זו ללמוד מתיאוריה כלכלית ומניתוח סקר השימושים בשירותי הבריאות של 1977 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980) לאור תיאוריה זו, על השאלות וההשלכות האפשריות שיש לתשלום עבור שירותי רופאים ראשוניים בישראל.

המאמר מחולק לארבעה חלקים. תחילה, מוצגת המסגרת המושגית לדיון. אחריו מוצגים הנתונים ושיטת ניתוחם וכן התוצאות. בחלק השלישי נדונות התוצאות הסטטיסטיות ואילו משמעותן מתוארת בחלק הרביעי.

מבוא

בשנת 1984 נקטה קופת חולים "מכבי" צעד מהפכני בשירותי הרפואה הראשוניים בישראל. היא הנהיגה תשלום חלקי עבור שירותי רופאיה.

בשנים האחרונות, עם עליית ההוצאה לנפש בשירותי רפואה ועקב התעוררות בעיות מימון ושאלות בדבר יעילותם של השירותים, הפך התשלום עבור שירות ברפואה להיות נושא מדיניות מרכזי במדינות רווחה שונות. ההצעה לגבות תשלום עבור שירות נעשתה הצעה מושכת בישראל בעיקר נוכח מספר הביקורים הגבוה בה יחסית למדינות אחרות, התורים הקיימים בשירותים והמצב הכלכלי בכלל, שיש לו השלכות על מימון השירותים¹.

המצדדים בגביית תשלום טוענים, שהוא אמצעי יעיל לפיקוח על "שימוש והוצאות יתר" בשירותים, להקצאה יעילה יותר של משאבים ויש בו משום פתרון לבעיות מימוןם

* אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע.

** חברת "אלסינט", חיפה.

1 מספר הביקורים הגבוה במיוחד בישראל נובע ממספר גורמים רב, ביניהם גורמים מוסדיים, תרבותיים ופסיכולוגיים (אלנצוויג, 1982; Antonovsky, 1972).

בלוח 1 מסוכמות באופן כללי תגובות אפשריות של צרכנים שונים להעלאה בתשלום עבור שירות ומשמעותן לגבי מטרות המדיניות השונות. מהצגה זו עולים מספר חלופות או תסריטים. מבחינת נותני השירות, קיימת תחלופה בין הפוטנציאל של גביית הכנסות ובין הפוטנציאל של שיפור ביעילות. כאשר האחד גבוה יחסית, השני נמוך – כפי שניתן לראות מתוך שורות 3 ו-4 בלוח. היינו, כאשר צרכנים אינם נוטים לצמצם את רמת הביקוש לשירותים כתוצאה מתשלום עבור שירות (עמודות 1 ו-2), הכנסות נותני השירות עולות אך הצמצום בתורים ויעילות בכלל יהיה מינימלי. כאשר היעילות עולה עקב הצמצום בכמות השירותים המבוקשת, ההכנסות מן השירותים עלולות ליפול (עמודות 3 ו-4). אין אפוא אפשרות למצות את הפוטנציאל המלא של שתי המטרות, גידול ביעילות ובהכנסות, בכל תסריט.

מסגרת לדיון: מטרות מדיניות השערות

ארבע מטרות מדיניות בעלות משמעות סוציו-כלכליות נוגעות באופן ישיר לתשלום עבור שירות בשירותי רפואה:

- א. שוויוניות השימוש בשירותים של קבוצות סוציו-כלכליות שונות (Equity).
- ב. שוויוניות בצריכה אחרת.
- ג. יעילות (Efficiency)².
- ד. גביית הכנסות למימון השירותים (Cost Recovery).

לא לה מתקשרות השפעות אפשריות על בריאות הציבור ושביעות רצונו מן השירותים. השפעות אלה יידונו בהמשך. ככלל, השאיפה היא להגיע בכל אחת מן המטרות הללו לרמות גבוהות יותר.

לוח 1. השפעות תיאורטיות של השירותים על הכמות המבוקשת ומשמעותן לגבי מטרות מדיניות שונות

השפעות אפשריות	חוסר השפעה	השפעה מוחלטת	השפעה בינונית	השפעה רכה
מטרות מדיניות	$(E =0)^*$ (1)	$(E <1)$ (2)	$(E =1)$ (3)	$(E >1)$ (4)
1. שוויוניות בשימוש בשירותי רפואה	0	-	--	---
2. שוויוניות בצריכה (אחרת מרפואה)	----	---	0	+
3. מימון שירותים	++++	+++	0	-
4. יעילות ובקרת שימוש יתר	0	+	++	+++

מפתח: חוסר השפעה (0), השפעה שלילית (-), השפעה חיובית (+) מבחינת הרצוי לפי קריטריונים מקובלים של מדיניות. מספר הסימנים מציינ את מידת ההשפעה יחסית לטור הקודם.
* גמישות ביקוש.

2 בדיון זה, הגדלת יעילות וירידה בביקוש או בשימוש בשירותים הם מושגים זהים. גישה זו נובעת מן ההנחה שתשלום עבור שירות יביא לצמצום "שימוש יתר" בשירותים ולהקצאה יעילה של מקורות על-ידי ספקי שירות וצרכנים כאחד.

מושכת יותר עבור אלה שזמנם יקר להם. ברוב המקרים אלה הם בעלי השכלה והכנסה גבוהים יחסית. אלה, הנוטים לשלם עבור שירות ראשוני בכל מקרה, עשויים אף לחסוך כסף עם הטלת תשלום במערכת ציבורית.³

מבחינת כריאות הציבור, בהנחה ששימוש בשירותי רפואה אכן תורם לשיפור ברמת הבריאות, כל שינוי ברמת השימוש בשירותים יביא עמו שינוי ברמת הבריאות של האוכלוסייה בכיוון השינוי ברמת השימוש. מכאן, שככל שהרגישות לתשלום עבור שירות תהיה גדולה יותר, בשכבות חלשות מבחינה כלכלית, כן רב הסיכוי לפגיעה ברמת הבריאות של האוכלוסייה. לנימוק זה מתלווה השפעה אפשרית נוספת. יש להניח, שתשלום עבור שירות (או הגדלת תשלום) יביא לדחייה בבקשה לסעד רפואי מצד חולים עד שמצבם יהיה חמור יותר. היינו, ירידה בביקוש לשירותי רפואה או במספר מטופלים עלולה להיות מלווה בגידול יחסי בטיפול במקרים חריפים. השפעה זו עלולה להעמיד בספק את היתרונות הכלכליים שיביא עמו צמצום הביקוש, שכן עלות הטיפול לחולה עלולה לעלות במקביל לירידה במספר מטופלים.

אם אכן ידחו צרכנים חולים את קבלת הסעד הרפואי עד שתחול החמרה במצבם, המערכת תהיה "נשלטת" יותר בידי רופאים; כיום, הקשר עם הרופאים הדוק יותר עקב זימונים חוזרים שיוזמים הרופאים ופחות בשל יוזמתם של החולים. תופעה זו עלולה לצמצם

מבחינת הצרכנים מקבלי השירות קיימת תחלופה בין שוויוניות בצריכת שירותי רפואה ובין צריכה אחרת. כפי שניתן לראות בשורות 1 ו-2 בלוח, כאשר השוויוניות בצריכת שירותי רפואה נפגעת פחות כתוצאה מגידול בתשלום עבור שירות, הפגיעה בשוויוניות בצריכה כללית תהיה גבוהה ביותר ולהפך. היינו, בתסריט שבו הצרכנים "מגוננים" על רמת הצריכה של שירותי רפואה בעטיו של תשלום (עמודות 1 ו-2) הם מוותרים על צריכה אחרת ולהפך (עמודות 3 ו-4). אין אפוא אפשרות לשמור על שתי מטרות המדיניות הנוגעות לשוויוניות במלואן בתסריטים השונים.

יש לציין, שככל ששכבות האוכלוסייה חלשות יותר מבחינה כלכלית, כן הן מסוגלות פחות "להחליף" בין צריכת שירותי רפואה לצריכה אחרת (כפי שמבטאות העמודות הימניות). לפיכך, בשכבות אלה תשלום יביא לפגיעה בשוויוניות לפחות בצריכת שירותי רפואה.⁴ יתר על כן, ככלל, ככל שפוטנציאל גביית הכנסות גבוה יותר כן גבוה פוטנציאל הפגיעה בשוויוניות (עמודות 2 ו-3). באופן דומה, ככל שפוטנציאל השיפור ביעילות גבוה יותר, כן גבוה יותר פוטנציאל הפגיעה בשוויוניות צריכת שירותי רפואה.⁵ בהקשר זה יש להדגיש מנגנון התורם לשוויוניות אשר מובנה במערכת שבה אין תשלום או שהתשלום נמוך יחסית. במערכת כזו נוצרים בדרך כלל תורים אשר עשויים להתקצר עם גביית או העלאת תשלום. על-ידי כך המערכת נעשית

3 ככלל, ככל שהאוכלוסייה חלשה יותר מבחינה כלכלית, תסריט לפי העמודה השמאלית בלוח 1 סביר יותר. במקרה כזה, פוטנציאל גביית הכנסות אמצעות תשלום הוא נמוך ביותר והפגיעה בשוויוניות והגידול ביעילות הם הגבוהים ביותר.

4 עבור המשק בכלל, תסריט כמוצג בעמודה הימנית בלוח 1 אינו סביר מאחר שתמיד יהיו צרכנים, בייחוד מקרב שכבות חלשות, שיצמצמו ביקושים עקב ירידה בהכנסה ריאלית גם כאשר התשלום עבור שירות יהיה נמוך יחסית.

5 הבסיס התיאורטי לטענה זו מצוי בעבודתו של Becker (1965); ליישומים בשירותי רפואה ראה Grossman (1972); Acton (1976); Newhouse & Phelps (1975). הטענה מתבססת על הגדרת "מחיר מלא" לשירות, הכולל הוצאות נסיעה בחוספת עלות הזמן המתבזבז על נסיעה, המתנה וכו' לצורך קבלת שירות. כאשר אין תשלום עבור שירות, התשלום המלא מורכב בעיקר מעלות הזמן. עלות זו גבוהה לאנשים ששכרם גבוה ושיש להם אלטרנטיבות פרודוקטיביות יחסית לשימוש בזמנם. קבוצה זו כוללת אימהות מטופלות בילדים. אנשים אלה "ימירו" שירותים עתירי זמן (המתנה) בשירותים חוסכי זמן, גם אם הם כרוכים בתשלום, אם הם יכולים להרשות זאת לעצמם.

ביקושים. תשלום עבור שירות יפגע בשוויון-ניות. קבלת ההשערה פירושה שהצרכנים ישתמשו פחות בשירותים מיוזמתם, כפי שמוצג בעמודה 2. מידת ההשפעה תלויה בעיקר בהשפעת ההכנסה על השימוש בשירות. ככל שזו גבוהה יותר כן תהיה השפעת המחיר חזקה יותר.

לפיכך נבחנת ההשערה השנייה – בהעדר תשלום עבור שירות, להכנסה אין השפעה (נצפית) על מידת השימוש בשירותי רפואה בישראל – מאחר שהשירותים הם זמינים וכוללים. קבלת ההשערה פירושה סבירות גבוהה יותר לתסריט קרוב לעמודה 1 (עבור תשלום נמוך יחסית). דחייתה פירושה נטייה חזקה יותר לתסריט לפי עמודה 2. יש לציין, שעצם קביעת תשלום תהפוך הכנסה לגורם משפיע על השימוש בשירותים בגלל שני נימוקים. ראשית, השירות יהיה זמין יותר לבעלי הכנסות גבוהות; שנית, תהיה פגיעה ב"מנגנון" התורם לשוויוניות בשימוש בשירותים ובמידה מסוימת לשוויוניות בכלל. בעלי הכנסות גבוהות יחסית נוטים לשלם עבור רפואה ראשונית ממילא (מכנס, 1980). התנהגות זו נוטה "להשוות" במידת מה צריכת שירותי רפואה ומוצרים ושירותים אחרים. עם תשלום בשירות רפואה, תהיה פגיעה במנגנון זה, כפי שהוזכר לעיל.

שלוש ההשערות הבאות נוגעות לאופי הפגיעה בשוויוניות עקב תשלום עבור שירות. ההשערה השלישית גורסת, שכאשר כל התנאים האחרים שווים, בלתי מועסקים ובעלי השכלה נמוכה יחסית משתמשים יותר בשירותי רפואה מאשר מועסקים ומשכילים. השערה זו מתבססת על ההנחה, שמחיר הזמן (המתנה) גבוה יותר לקבוצה הראשונה ולפיכך תיטה הקבוצה להשתמש פחות בשירות הציבורי. קבלת ההשערה תקל מבחינה פוליטית על מדיניות של תשלום עבור שירות מאחר

את שביעות הרצון הכללית של מרבית האוכלוסייה משירותי הרפואה⁶.

מאחר שבישראל, במערכת הציבורית (למחצה), אין תשלום עבור שירות, המחיר יעלה במערכת זו מאפס לערך חיובי מסוים. כרפואה הפרטית המחירים אינם נתונים להשפעה ישירה של מדיניות המחירים הציבורית, אך הם נתונים להשפעה עקיפה – כפי שנראה בהמשך. השאלות הן: א. איזה תסריט הוא סביר ביותר? וב. האם ניתן להעניק מימד כמותי מסוים לתסריטים האפשריים? תסריטים לפי עמודות 3 ו-4 אינם רלוונטיים למערכת הציבורית מאחר שגביית ההכנסות משירותים במערכת זו תעלה ובמקביל לכך תהיה ירידה בהכנסות צרכנים.

נשארים אפוא תסריטים הקרובים ל-1 ול-2 המצביעים על פגיעה בשוויוניות, בעיקר בצריכה כללית, לטובת מימון השירותים, עם סיכוי נמוך לשיפורים ביעילות. באשר למימד הכמותי, התוצאה תלויה בגובה התשלום, בהשפעת המחיר (תחלופה) ובהשפעת ההכנסה על השימוש בשירותים. ככלל, ככל שהתשלום יהיה גבוה יותר, הסיכוי לתסריט 2 ועוצמתו יהיו חזקים יותר. כן הדבר גם ברמת תשלום נמוכה יחסית, אם קיימות השפעות של מחיר והכנסה על מידת השימוש בשירותים וצורתו. ננסה להאיר את אלה באמצעות הנתונים על-ידי בחינת חמש השערות הנובעות מתיאוריה כלכלית רלוונטית.

ההשערה הראשונה – למחיר עבור שירות יש השפעה שלילית על רמת השימוש בשירות – היא מרכזית לדיון. דחיית ההשערה פירושה, בעיקר עבור תשלום נמוך יחסית, תסריט לפי עמודה 1 בלוח 1. היינו, צרכנים הזקוקים לסעד רפואי יעשו זאת על חשבון צריכת מוצרים ושירותים אחרים וחסכון. לא תהיה פגיעה בשוויוניות בצריכת שירותי רפואה וכן לא יחול שינוי ביעילות עקב צמצום

6 כהקשר זה יש לציין, שביקורים חוזרים, הפניות, לרבות אשפוז בתשלום, תהיה להם השפעה כמוצג בעמודה 1 בלוח 1. זוהי השפעה הדומה למס גולגולת.

בין גברים לנשים באוכלוסיית המדגם. מרבית הנבדקים הם ילידי הארץ. באופן כללי, נשים משכילות פחות מגברים. מספרן בקרב חסרי השכלה כפול מזה של הגברים. הן גם פחות פעילות מגברים בכוח העבודה.

התכונות האפידמיולוגיות הטמונות בנתונים מסוכמות בלוח 3. כמצופה, מכוונים סובלים יותר מצעירים ממחלות כרוניות. נשים סובלות יותר מגברים מסכרת ויתר לחץ דם. לעומתן סובלים גברים יותר ממחלות לב.

הנתונים בדבר מגעים עם רופאים מסוכמים בלוח 4. אך חשוב להגדיר את המונח "נטייה ליצור מגע" עם רופא לפני שדנים בנתונים אלה מאחר שהגדרה זו היא מהותית להמשך הדיון. ממוצע של שנים-עשר ביקורים שנתיים, למשל, יכול לנבוע משנים-עשר ביקורים רצופים במשך שבועיים או, במקרה אחר, מביקור חודשי אחד בממוצע במשך כל השנה. המקרה השני מבטא נטייה (והסתברות) גבוהה למגע עם רופא בצורה מסודרת יותר, לעומת המקרה הראשון אשר קרוב לוודאי קשור לאירוע בריאותי מסוים. יתרה מזו, סביר גם שמגעים מסודרים על-פי השנה נעשים יותר ביוזמת הצרכן מאשר מגעים אינטנסיביים בתקופת זמן קצרה, שקרוב לוודאי שחלקם הגדול הם מגעים חוזרים ביוזמת הרופא. כלומר, לאור תקופת הסקר הקצרה, שבועיים, תוגדרנה קבוצות עם ביקור אחד או שניים במשך התקופה כקבוצות עם נטייה גבוהה יותר ליצור מגע שוטף עם רופאים שנעשה ביוזמת הצרכן.

לעצם הנתונים, מספר מגעים גבוה יחסית הוא אופייני לילדים (0-4) ולקשישים (מעל גיל 65). לנשים יש נטייה גבוהה יותר מאשר לגברים ליצור מגע שוטף עם רופאים ולקיים מספר ביקורים גבוה יותר. יחד עם זאת, הנתונים מצביעים על כך שמספר מגעים מעל לשלושה (בתקופת הסקר) שכיח דווקא בקבוצה שאין לה נטייה ליצור מגע שוטף עם רופאים: גברים בני 25-39.

בחינת ההשערות מתבססת על אוכלוסיית המדגם מגיל עשרים ומעלה, שתי משוואות

שתשלום יפגע באלה ש"אין להם דברים אחרים לעשות". לא כן יהיו הדברים אם תתקבל ההשערה הרביעית, שהמשתמשים הכבדים יחסית בשירות הם חולים הזקוקים לתשומת לב רפואית על-פי קריטריון אובייקטיבי מסוים.

ההשערה החמישית והאחרונה גורסת, שמשתנים כלכליים, כולל מחיר עבור שירות, חשובים למגע הראשון עם רופא ולא למגעים מסדר גבוה יותר. במגע הראשון מקבל ההחלטה העיקרי הוא אכן הצרכן או החולה. לא כן לגבי המגעים האחרים, כאשר מקבל ההחלטה העיקרי הוא הרופא. קבלת השערה זו תתמוך בטיעון שתשלום, במידה שיצמצם ביקושים, יביא למערכת מקרים קשים יותר.

נתונים, שיטת בדיקת ההשערות ותוצאות

הנתונים לקוחים מסקר השימושים בשירותי הבריאות 1977 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980); ששת אלפים שלושים וחמש משפחות (6,035), הכוללות כעשרים אלף נפש, נסקרו בין החודשים אוקטובר-דצמבר 1977. המידע לעבודה זו מתייחס למספר המגעים בין כל בן משפחה ובין רופא כללי, רופא ילדים, או רופא משפחה בשבועיים שלפני יום הסקר. מגעים אלה יכולים היו להתקיים במרפאה, בבית החולה או במרפאת חוץ של בית חולים. בנוסף, נאספו נתונים לגבי כל בן משפחה על גיל, מין, מקום לידה, דת, השכלה, תעסוקה וקיומה של מחלה כרונית (יתר לחץ דם, לב, סכרת). כמו כן נאספו נתונים ביחס לגודל הבית ומספר החדרים בו. לענייננו חסר מידע חשוב: האם היה הביקור אצל רופא פרטי או אצל רופא במסגרת קופת חולים, וכן מה היה גובה התשלום במקרה שהביקור היה אצל רופא פרטי.

התכונות הסוציו-כלכליות של משתתפי הסקר מסוכמות בלוח 2. קיימת חלוקה שווה

לוח 2. החפלגות אוכלוסייה לפי גיל, מקום לידה, שנות לימוד
ומצב תעסוקה (באחוזים)

סך הכל	נשים	גברים	
			קבוצת גיל
12	12	12	4-0
21	20	22	14-5
9	9	10	19-15
28	28	28	39-20
21	22	20	64-40
8	8	8	65 ומעלה
100	100	100	סך הכל
			מקום לידה
61	30	31	ישראל
18	9	9	אסיה-אפריקה
21	11	10	אירופה-אמריקה
100	50	50	סך הכל
			שנות לימוד*
13	9	4	0'
29	15	14	8-1
41	20	21	12-9
17	8	9	13 ויותר
100	51	49	סך הכל
			מצב תעסוקה*
38	14	24	שכיר
9	2	7	עצמאי
53	35	18	מובטל
100	51	49	סך הכל

* מגיל 20 ומעלה.

לאור ההשערה החמישית, המבחינה בין "נטייה לקיים מגע" או "מגע ראשון" שהוא יותר ביוזמת הצרכן, ובין "מספר מגעים" שהם יותר ביוזמת הרופא – שתי קבוצות של משתנים בלתי תלויים או מסבירי התנהגות הקשורים להשערות השונות. קבוצה שלישית

נאמדו באמצעות רגרסיה ליניארית בשיטת ריבועים פתוחים⁷. במשוואה הראשונה המשתנה התלוי הוא "קיום מגע עם רופא, או לא". במשוואה השנייה המשתנה התלוי הוא "מספר המגעים" של אותם נבדקים שדיווחו על מגע. ההפרדה לשתי משוואות נעשתה

7 אומדן בשיטת "ריבועים פתוחים" אינה לגיטימית לגמרי כאשר המשתנה התלוי דיכוטומי (ביקר/ולא ביקר). השיטה ננקטה מסיבות טכניות. כתוצאה מכך האומדנים במשוואה הראשונה מוטים כלפי מטה. הטיה זו תובא חשבון בעת הדיון בתוצאות.

לוח 3. חולים במחלות כרוניות, לפי מחלה ומין
(השיעור ל-1,000 מעל גיל 25 נפש מתוקננים לפי גיל)

המחלה	זכרים	נקבות	סך הכל
סכרת	47.8	66.1	57.5
י.ל.ה.	87.4	136.4	112.5
מחלות לב	61.3	58.7	59.7
סך הכל	148.5	192.4	171.1

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980, לוח 7, עמ' 9.

לוח 4. התפלגות אוכלוסייה לפי גיל, מין ומספר מגעים
עם רופא ראשוני (באחוזים)

קבוצת הגיל	מספר המגעים				סך הכל
	0	1	2	3+	
גברים					
5-0	67.2	25.1	7.1	0.6	100.0
14-5	86.6	10.5	1.3	1.5	100.0
19-15	93.5	3.8	0.8	1.9	100.0
39-20	88.8	6.9	1.2	3.1	100.0
64-40	79.9	14.8	4.7	0.6	100.0
64 ומעלה	82.8	22.4	8.2	1.6	100.0
סך הכל	82.7	12.4	3.1	1.8	100.0
נשים					
4-0	62.1	25.6	9.5	2.8	100.0
14-5	85.1	12.4	1.9	0.6	100.0
19-15	90.4	7.8	1.5	0.4	100.0
39-20	84.4	12.3	2.6	0.8	100.0
64-40	72.8	19.1	6.3	1.7	100.0
64 ומעלה	62.6	28.2	7.0	2.2	100.0
סך הכל	78.0	16.4	4.4	1.3	100.0

אפשרית של תשלום מהתנהגותם של מחוסרי ביטוח בריאות בהנחה שהם משלמים עבור שירות. בנוסף, נבדקת השפעתם של משתנים אחרים הקשורים לעלות הזמן, בעיקר השכלה ותעסוקה, אשר מהווה מרכיב במחיר הכולל של שימוש בשירות. על השפעת הכנסה אנו מנסים ללמוד מתוך

היא של משתני בקרה שלגביהם אין לנו השערות אך ברור שהם מכתיבים התנהגות רלוונטית. הקבוצה הראשונה מכילה משתנים סוציו-כלכליים. כאמור, אין מידע חשוב בנתוני הסקר על תשלום עבור שירותי רופאים (פרטיים) ועל הכנסה. לפיכך אנו מנסים ללמוד על השפעה

עקיב עם ההשערה הראשונה, אלה שאינם מבוטחים המשלמים עבור שירות נוטים ליצור מגע עם רופא פחות מאשר מבוטחים. יחד עם זאת, המקדם על העדר ביטוח במשוואה השנייה מרמז, שכאשר אלה שאינם מבוטחים מחליטים על ביקור הם עלולים לבקר אצל רופא יותר פעמים מאשר מבוטחים¹⁰. ממצא זה, שאינו מובהק מבחינה סטטיסטית אך מוטה כלפי מטה, תומך בהשערה החמישית, הגורסת שתשלום עבור שירות עלול לתרום לדחיית ביקורים, אך לא בהכרח למספר ביקורים נמוך יותר בדיעבד.

המקדם על "מספר נפשות בחדר" מצביע על כך שצפיפות גדולה יותר או רמת רווחה משפחתית נמוכה יותר, לפי הגדרתנו, גורם נטייה פחותה ליצור מגע עם רופא ראשוני, מצב העלול להביא למספר ביקורים גבוה יותר בדיעבד, כפי שמשמע מאומדני המשוואה השנייה¹¹. אומדנים אלה אינם מתיישבים עם ההשערה השנייה, הגורסת שלהכנסה אין כלל השפעה על שימוש בשירותים בישראל. גם במצב העניינים הנוכחי, בהעדר תשלום עבור שירות במערכת הציבורית, מסתמנת אפוא נטייה דבה יותר בקרב השכבות האמידות יותר מבחינה כלכלית להשתמש בצורה מסודרת בשירותי רפואה מאשר בקרב השכבות החלשות.

המקדמים של "רמת השכלה" מצביעים על נטייה לקשר שלילי בין שנות לימוד ובין מגעים עם רופאים. ממצא זה מתיישב עם שתי השפעות עיקריות: האחת, השפעה דומיננטית

"מספר נפשות לחדר" ורמת ההשכלה. יש לזכור, ששני המשתנים מתואמים בצורה חיובית עם עלות הזמן. צפיפות דיור גדולה יכולה לבטא מספר גבוה יחסית של ילדים קטנים הגורמים עלות גבוהה יחסית של זמן המתנה, בייחוד אצל אימהות. השכלה גבוהה יחסית מבטאת סיכוי רב יותר להשתתפות בכוח העבודה ושכר גבוה יותר המשפיעים על עלות (זמן) גבוהה יותר לביקור אצל רופאים⁸. הקבוצה השנייה מכילה שני משתנים הקשורים למצב הבריאות: קיומה של מחלה כרונית וגיל. במקביל לגישה אפידמיולוגית מקובל גם במחקרים כלכליים להשתמש בגיל כבאומדן כללי למצב בריאות ולביקוש לשירותי רפואה הנגזר מכך (Grossman, 1972). יחד עם זאת, התיאוריה הכלכלית אינה גורסת שהביקוש לשירותי רפואה יעלה בהכרח עם הגיל.

הקבוצה השלישית כוללת משתני בקרה: מין, ארץ מוצא ודת. כאמור, איננו קושרים משתנים אלה להשערות השונות.

מקדמי הרגרסיה הליניארית מפורטים בלוח 5. התוצאה המשמעותית ביותר נוגעת לשונות המועטה יחסית המוסברת על-ידי המשוואות בכלל ועל-ידי קבוצת המשחנים הסוציו-כלכליים בפרט, למרות גודלו של המדגם (כפי שניתן להסיק במידה רבה מערכי הסטטיסטי "T")⁹.

המשתנה היחיד המייצג תשלום ישיר עבור שירות – "העדר ביטוח" – נושא את המקדם הצפוי במשוואה הראשונה. באופן

8 "מספר נפשות לחדר" הוא אומדן גם לרמתה הכלכלית של המשפחה לפחות בשל הבדלים בערך דירות בין איזור לאיזור. יש גם לזכור, שאלה המעדיפים "שטח" לעומת "מיקום" עשויים להיות גם המעדיפים רמת בריאות גבוהה יותר. הם גם עלולים להיות מרוחקים יחסית משירותים. יתרה מזו, משפחות אמידות גם נוטות לשלם עבור שירות. לאפשרויות אלה הגורסות פחות שימוש בשירותים, כאשר כל הדברים האחרים שווים, יש השפעה אשר תטה כלפי מטה את הקשר הנמדד כאן בין השפעת הכנסה או רווחה על רמת השימוש בשירותים.

9 חשוב להדגיש, שלמרות גודל המדגם, השונות המוסברת על-ידי האומדנים היא קטנה ביותר. יתרה מזו, כל ניסיון לאומדן בקבוצות גיל או מין הביא לתוצאות טובות פחות.

10 במקרה זה יש גם לזכור את התמריץ הכלכלי של רופאים לראות בביקורים חוזרים חולים משלמים.

11 על הקורא לזכור, שאומדני המשוואה השנייה מוטים כלפי מטה (ראה הערה 7). הטיה זו מחזקת את המסקנות ביחס להשפעת ביטוח ורמת רווחה על מספר הביקורים. היינו, מספר הביקורים בדיעבד (לאחר "ביקור ראשון") של חסרי ביטוח וקבוצות חלשות עלול להיות גדול מזה המשתמע מהשוואה.

לוח 5. מקדמי רגרסיה "ביקר/לא ביקר" ו"מספר ביקורים"

מספר ביקורים		האם ביקר/לא ביקר		משתנה בלתי תלוי
סטטיסטי T	מקדם	סטטיסטי T	מקדם	
				משתני בקרה מין (נקבה = 1) (זכר = 0)
-2.687	-0.109	5.871	0.044	
				מקום לידה (ישראל = 1) (אחר = 0)
1.620	0.098	-2.783	-0.028	
				(אסיה-אפריקה = 1, אחר = 0)
2.715	0.129	*	*	
				(אירופה-אמריקה = 1, אחר = 0)
*	*	0.679	-0.006	
				דת (לא יהודי = 1, יהודי = 0)
-1.918	-0.194	-4.066	-0.056	
				משתני בריאות קיום של: (כן = 1, לא = 0)
3.019	0.167	5.430	0.087	סכרת
0.095	0.004	17.491	0.217	י.ל.ד.
4.829	0.249	13.673	0.218	מחלת לב
1.177	0.007	3.520	0.004	גיל
-2.687	-0.9+E5	-1.875	-0.2-E4	גיל בריבוע
				משתנים פוציו-כלכליים
				מבוטח
-1.535	-0.226	5.762	0.092	(כן = 1, לא = 0)
1.475	0.040	-2.912	-0.014	מספר נפשות לחדר
-1.630	-0.018	0.034	0.002	שנות לימוד
0.282	0.1-E4	-1.630	-0.018	שנות לימוד בריבוע
				מועסק
-2.649	-0.117	-1.057	-0.008	(כן = 1, לא = 0)
6.464	1.607	-0.697	-0.250	קבוע
	0.039		(לא ישים)	R ²

* חוסר השפעה נמדדת.

שירות, באוכלוסייה שאינה מבוטחת, וקיימת עלות גבוהה יחסית של זמן, באוכלוסיית המועסקים והמשכילים, הנטייה להשתמש בשירות היא נמוכה יחסית. יחד עם זאת, לא ברור מה עלול לקרות למספר הביקורים הכללי מאחר שנטייה נמוכה להשתמש בשירות עולה בקנה אחד עם מספר ביקורים גבוה יותר בדיעבד. יתרה מזו, רמת הרווחה של המשפחה, הנאמדת בצפיפות דיור, מהווה גורם בשימוש בשירותים; הנתונים מורים על כך שלמרות שחלקם משלם בוודאי עבור שירות, לבעלי הכנסות גבוהות יש נטייה גבוהה יחסית ליצור מגע מיוזמתם עם רופאים ראשוניים.

תשלום עבור שירות בישראל, גם נמוך יחסית, יתבטא אפוא בתסריט לפי עמודה 2 בלוח 1. תהיה ירידת מה בשימוש בשירות, בעיקר בקרב קבוצות ההכנסה החלשות. לעומת זאת, מאחר שעלות הזמן היא גורם בשימוש בשירות, ירידה אפשרית בצפיות בשירותים עשויה להגדיל את כוח המשיכה שלהם בעיני בעלי הכנסות גבוהות יחסית. היינו, לתשלום עבור שירות תהיה השפעה דומה לזה של מס רגרסיבי בצריכה בכלל, ושירותי הרפואה ייעשו שוויוניים פחות לטובת בעלי הכנסות גבוהות יחסית.

מבחינת הכנסות ומימון המערכת, מאחר שכיום אין תשלום, ברור שגביית תשלום תביא להכנסות במסגרת שירותי הרפואה. רמת ההכנסות (נטו) תלויה בגובה התשלום (ובעלות הגבייה). נושא זה טעון מחקר ובדיקה. מאחר שלא יהיה ממילא כיסוי בתשלום עבור עלותם המלאה של השירותים והשפעתו תהיה דומה למס עם נטייה לרגרסיביות רבה, אין לנתק את מערכת הבריאות משיקולי מיסוי כלליים שבהם ניתן לשמור על פרוגרסיביות המס יותר מאשר בגבייתו משירותי רפואה ומן הסתם לחסוך בהוצאות גבייה.

מבחינת יעילות המערכת, תשלום עבור שירות ישפיע על הורדת הביקוש לשירותים

על השפעת הכנסה אפשרית של עלות זמן (המתנה), שהוא גבוה יותר בקרב משכילים; השנייה, רמת הבריאות גבוהה יותר יחסית בקרב האוכלוסייה המשכילה. ההשפעה השלילית של עלות הזמן על השימוש בשירות נתמכת במקדמי שתי המשוואות ביחס לתעסוקה. המשתתפים בכוח העבודה נוטים לבקר פחות אצל רופאים מאשר אחרים, כאשר כל הדברים האחרים שווים¹².

דיון ומסקנות

קשה לקבוע על-פי הנתונים הקיימים או על-פי נתונים בלתי ניסיוניים אחרים מה בדיוק תהיה השפעתו של תשלום (בגובה מסוים) עבור שירות על מספר המגעים של האוכלוסייה עם רופאים ראשוניים בישראל. יחד עם זאת, ניתן להסיק מספר מסקנות כלליות על בסיס תיאוריה כלכלית והנתונים (החסרים) העומדים לרשותנו.

הממצא העיקרי בעבודה זו הוא, שמבחינה סטטיסטית מספר המגעים עם רופאים ראשוניים קשור במידה מועטה מאוד למצב סוציו-כלכלי; רמת ההסבר של משתנים סוציו-כלכליים נמוכה ביותר לעומת רמת ההסבר של משתני מצב בריאות. ממצא זה מצביע על האופי השוויוני של שירותי הבריאות הראשוניים בישראל. הוא נובע, מן הסתם, מן האופי הכוללני של השירותים, זמינותם, והעובדה שבעלי הכנסות גבוהות משלמים עבור שירות מחוץ למסגרות קופות החולים.

כמגבלת רמת ההסבר הנמוכה ואיכות הנתונים, הממצאים כפשוטותם מצביעים על כך שהמחיר והעלות של שירות (לדבות עלות במונחי זמן המתנה וכו') משפיעים על הנטייה להשתמש בשירות. כאשר קיים תשלום עבור

12 ממצא זה עקיב עם הטענה שמועסקים יוצרים מגע עם רופאים לצורך "חופשת מחלה".

קופת חולים "מכבי", הנהנית מציבור חברים אמיד יחסית, כדין כלל האוכלוסייה. אם בעלי הכנסות גבוהות מוכנים לשלם עבור חיסכון בזמן המתנה בקופות החולים, יש לאפשר להם לעשות כן עבור רפואה ראשונית ולהשאיר את הביטוח הקיים עבורם כביטוח עבור אשפוז או מה שקרוי "ביטוח קטסטרופי" אולי במחיר ביטוח ריאלי יותר עבור שירותים אלה במסגרת ההסדרים הקיימים.

מאחר שתשלום עבור שירות פירושו שינוי מדיניות בסיסי בשירותי הרפואה בישראל, יש לבדוק שינויים מינהליים העשויים לשפר את ההכנסות במערכת ואת יעילותה לפני הטלת תשלום עבור שירות. צעדים בכיוון זה אכן נעשו במערכת הישראלית, אך לא מוצו עקב עלויות של הטווח הקצר. צעדים אלה כוללים: פתיחת מרפאות לאחר שעות העבודה, שחרור המערכת מהענקת "חופשות מחלה" למיניהן ותשלומים עבור ביקור שלא בהפניה (או מקרי חירום) לחדרי מיון. כמו כן יש למצוא דרכים לניצול המערכת בשעות שאינן מקובלות ואולי אף כמקור לגביית הכנסות. יש לבדוק אפשרויות לשילוב מערכת הרפואה הפרטית במערכת הציבורית על-ידי העמדה, בתשלום, של המערכת הציבורית, בצידוד ובמתקנים, לרשות הרפואה הפרטית הראשונית. לכך עשויות להיות כמה השפעות חיוביות. ראשית, הרוצים לשלם, ישלמו; שנית, הדבר עשוי להפחית את הלחץ המוטל על המערכת הציבורית ולהביא לה הכנסות; שלישית, שינויים בכיוונים אלה עשויים אף לחסל את "הרפואה האפורה" הקיימת במערכת הציבורית.

את המשמעות המלאה של תשלום עבור שירות ניתן לקבוע רק באמצעות מחקר ניסיוני מתאים. מדיון ראשוני זה ניתן לקבוע, שהמחיר הרפואי והחברתי-פוליטי של תשלום עבור שירות לכלל האוכלוסייה בישראל, המבוסס על דיון תיאורטי ונתונים חסרים, ברור יותר מן הרווח העשוי לצמוח ממנו.

של נשים ואלה שאינם כלולים בכוח העבודה. מאידך גיסא, כמידה שתדך הצפיפות בשירותים, הם ייעשו מושכים יותר בעיני המשכילים יחסית ובעיני אלה הכלולים בכוח העבודה. מכך עשויה לצמוח ברכה בכל הנוגע ליעילות הכלכלית הכללית: אלה המשתמשים בשירותים "יותר מדי" ישתמשו בהם פחות ואלה המשתמשים בהם "פחות מדי" ישתמשו בהם יותר.

יחד עם זאת, ככלל, הנתונים תומכים בהשערה שתשלום עבור שירות עלול ליצור תמריץ שלילי למגעים ראשוניים ושוטפים עם רופאים, בעיקר של חולים כרוניים, קשישים ומעוטי הכנסה (כולם בדרך כלל קבוצה אחת). בעיות היעילות הכרוכות בדחיית ביקורים היא חמורה במיוחד. אם אכן עקב דחיות יגיעו לשירותי הרפואה מקרים קשים יותר מאשר היום, כל חיסכון בשירותים ראשוניים כתוצאה מצמצום ביקושים עלול להימחק עקב הוצאה גבוהה יותר בשירותים שניים ושלישיים, שהם יקרים יותר. יתרה מזו, תשלום עבור ביקורים חוזרים והפניות (לרבות אשפוז), בדומה למס גולגולת, יהיה גרסיבי ביותר (עמורה 1 בלוח 1).

מבחינת אופי המערכת, תשלום יביא למערכת מבוקרת יותר בידי רופאים מאשר המערכת הנוכחית. יותר אנשים, יחסית, יבקרו במרפאות עקב זימון חוזר ופחות מיוזמה עצמית. לא ברור כלל ועיקר אם דבר זה יעלה את שביעות הרצון של כלל הציבור מן המערכת. המערכת אינה יכולה להשביע את רצון הכל, בפרט בעלי הכנסות גבוהות הדורשים שירות (ולא בהכרח טיפול) טוב יותר. ניסיון להביא לשביעות רצון גבוה יותר של בעלי הכנסות אלה באמצעות תשלום קרוב לוודאי שלא יביא לרפואה טובה יותר ולשביעות רצון גבוהה יותר בציבור בכלל. מן הסתם יש מקום לסגמנטציה מסוימת בשירותים. הסדרים שונים עשויים להיות מתאימים לקבוצות הכנסה שונות. אין דין

ביבליוגרפיה

- אלנצויג, אבייקר, "דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל בארצות אחרות: מגעי תולה-רופא", בטחון סוציאלי 23 (יוני 1982), עמ' 90-99.
- Acton, Jan Paul, "Demand for Health Care When Time Prices Vary More Than Money Prices", No. R-1189-OEO/ NYC, Rand Corp., Santa Monica, 1973.
- Antonovsky, Aaron, "A Model to Explain Visits to the Doctor: With Specific Reference to the Case of Israel", *Journal of Health and Social Behavior* No. 13 (December 1972), pp. 436-454.
- Central Bureau of Statistics, "A Survey of Use of Health Services in Israel 1976", Jerusalem, 1977.
- Grossman, Michael, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, National Bureau of Economic Research, N.Y., 1972.
- Machnes, Jaffa, "Consumption of Private Medical Services by Israeli Households with Full Coverage Health Insurance", *Public Health Journal* (1980), pp. 3-35.
- Phelps, Charles E. & Joseph P. Newhouse, "Coinsurance and the Demand for Medical Services", *Review of Economics and Statistics* No. 56 (1974), pp. 334-342.

פיתוח עצמאות, אחריות ושותפות אצל הפונה בתהליך הטיפול

מאת גור הרץ*, שרה אופיר** ורחל נפתלי***

מבוא

הסוציאלית הנכה הוא שותף מלא בתהליך השיקום. למרות זאת מצאנו, שאצל המשתקם מתפתחת במקרים רבים תלות בעובד המטפל ואצל העובד המטפל מתגלים סימנים של פטרוניות כלפי המשתקם, אשר נובעים לפחות בחלקם מן הסמכות שיש למטפל – פקיד השיקום – מבחינה חוקית ומקצועית. הנטייה לפטרוניות מתבטאת לעתים בניסיון שעושים עובדי השיקום לכפות את דעתם, לפקח, או לשלוט, על התנהגות המטופלים שלהם או לכוונה, גם אם אינם ערים תמיד לנטייה זו. מצב דברים זה הוא שדחף את עובדי מחלקת השיקום להשקיע מאמץ בפיתוח דרכי טיפול שמטרתן להביא לחיזוק עצמאותו של הנכה ולהביאו לכך שיקבל על עצמו אחריות רבה יותר לחייו תוך-כדי תהליך השיקום. תהליך זה של העברת יתר עצמאות ואחריות לידי הנכים עצמם החל בארצות אחרות כבר לפני שנים מספר.

בארצות הברית החלה המגמה לקדם את עצמאותם של נכים כבר לפני עשרים שנה בערך. התוכנית לסטודנטים נכים של אוניברסיטת אילינוי היתה בין התוכניות שנועדו לשלב בקהילה אנשים בעלי נכויות פיזיות קשות. בשנת 1962 הועברו סטודנטים בעלי נכויות קשות ממגורים מבודדים ורחוקים,

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי מופקדת על-פי החוק על הטיפול בשיקומן של אוכלוסיות שונות של נכים ואלמנות. תהליך השיקום המסורתי כולל איתור, אבחון, עיבוד וביצוע תוכניות שיקום (הכשרה) מקצועית, סיוע להשמה בעבודה וליווי ומעקב אחר השתלבותו של המשתקם בעבודה. מטרת הטיפול במחלקה, כפי שסוכם בתוכנית פיתוח עבודת מחלקת השיקום על פי מטרות ויעדים (יוני 1982, עמ' 15), מדגישות את השיקום המקצועי (הכנה לעבודה, עבודה מוגנת וסיוע בהשמה) כאשר פקיד השיקום אחראי על-פי החוק לתוכנית השיקום, החל מקבלת ההחלטה בדבר זכאותו של הפונה לשיקום דרך אישור תוכנית השיקום ועד למעקב אחר השתלבות הנכה בעבודה. בין הפונים למחלקת השיקום יש נכים קשים שמידת עצמאותם בחיי היום-יום מוגבלת מאוד, אך לא תמיד נמצא קשר בין חומרת הפגיעה ובין יכולתם להשתלב בחיי העבודה והקהילה. לכן חיפשו עובדי מחלקת השיקום דרכים נוספות על תהליך השיקום המסורתי להשגת המטרות של קליטה בעולם העבודה והשתלבות בחיי הקהילה.

על-פי הגישה המקובלת במקצוע העבודה

* מפקח ארצי במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי.

** מרכזת יחידת השיקום בסניף פתח-חקה של המוסד לביטוח לאומי.

*** מרכזת יחידת השיקום בסניף כפר-סבא של המוסד לביטוח לאומי.

בחברות השונות (Tate & Chadderdon, 1982, p. 161). המאמצים בכיוון של מתן עצמאות גדולה יותר לנכים מתרחשים בסביבה המורכבת ממשתנים מסובכים, הכוללת משתנים כלכליים, חברתיים, תרבותיים ופוליטיים.

בספרות המקצועית ניתן למצוא הגדרות לחיי עצמאות לנכים. אלה נעשו משתי זוויות ראייה – זו של הנכים, צרכני השירותים, מרגישה את היכולת להשתתף באופן פעיל בחיי קהילה. רייס וקלארק, למשל, מגדירים עצמאות לנכים כ"יכולת של נכים קשים להשתתף באופן פעיל בחברה, לעבוד, להיות בעלי רכוש (בעיקר בית), לגדל משפחה ובאופן כללי להשתתף במידה מירבית בפעילויות יום-יומיות נורמליות" (Rice & Clark, 1980, p. 6). רייט (Wright, 1980, p. 733) כותב, שחיי עצמאות לנכים פירושה היכולת שיש לנכה לשלוט בחייו והקטנת חלוחותו באחרים עד למינימום כך שיוכל לקבל באופן עצמאי החלטות לגבי חיי היום-יום שלו. רובין ורסלר (1983, עמ' 206) מביאים הגדרות של מחברים שונים המדגישים בהגדרותיהם היבטים שונים של חיים עצמאיים של נכים. למשל: קול ועמיתיו (Cole et al., 1979) מדגישים את הצורך להשיג זכויות ופריווילגיות של מבוגרים; סטודארד-פליגר (Stoddard-Pflueger, 1977) מציין את הצורך לקחת חלק פעיל בחברה. קאסאט-דון (Cassat-Dunn, 1979) כותב על הצורך לבחור ולקיים צורת חיים הכוללת את השאיפות האישיות, האמצעים והציפיות של הנכים.

זווית ראייה אחרת היא זו של נותני השירותים – עובדי השיקום הרואים בתנועה לחיי עצמאות מתן שירותים נוספים, כוללניים יותר, לנכים. כלומר, שירותי שיקום שהם מעבר לאלה הניתנים באופן מסורתי באמצעות השיקום המקצועי, שירותים המיועדים לשפר את איכות החיים, או במלים אחרות להתיל שירותי שיקום של תחומי חיים רבים יותר כמו דיור, ניידות, שעות הפנאי ועוד, בנוסף לשיקום המקצועי.

שבהם היתה להם השגחה סיעודית, לבית מותאם לצורכיהם במרכז הקמפוס. מאז התפתחה התוכנית לסטודנטים עם נכויות קשות כמאמץ משמעותי של עזרה עצמית והביאה לכך שאוניברסיטה זו היא אחד המוסדות בעלי הנגישות הטובה ביותר מבחינה ארכיטקטונית (Crewe & Zola, 1983, p. 8). אולם, את הדחיפה העיקרית לתנועה לחיי עצמאות לנכים (Independent living movement) נתנה הקמתו של המרכז לחיים עצמאיים לנכים באוניברסיטת ברקלי שבקליפורניה, בתחילת שנות ה-70 (Vash, 1981, p. 211). מספר נכים קשים, מוסמים של אוניברסיטת ברקלי, גילו שהתואר האקדמי לא הספיק על מנת שיוכלו להיקלט בעבודה ולנהל חיים עצמאיים. כתוצאה מכך הם הקימו את המרכז, שמטרתו היתה לאפשר להם להתקיים באופן עצמאי בקהילה ולא לחזור למוסדות פנימייתיים ולא להיות תלויים שוב בהוריהם לאחר סיום לימודיהם האקדמיים. התופעה התרחבה ולדברי ואש (Vash, 1981) הוקמו באותה תקופה במקומות רבים מרכזים לחיים עצמאיים לנכים. מדינות נוספות כמו טקסס, אוהיו, מסצ'וסטס ועוד, החלו לפתח מרכזים, או תוכניות, לחיי עצמאות לנכים.

לדעתם של רובין ורסלר (Rubin & Roessler, 1983, p. 205), שורשיה של רעיון החיים העצמאיים לנכים מקורו בחוק השיקום הראשון שנחקק בארצות הברית בשנת 1902. חוק זה קבע, שהכשרה לתעסוקת בית נחשבת תכנית הכשרה מתאימה ומטרה תעסוקתית לגיטימית. למרות שכבר בשנות ה-60 נעשו ניסיונות חקיקה על מנת לאפשר שירותים לחיי עצמאות לנכים, נעשתה זו מטרה ריאלית רק בשנות ה-70.

המשמעות של קידום עצמאות הנכים שונה מחברה לחברה והבעיות הקשורות לכך נושאות אופי שונה בכל מקום. בגלל השוני בהתפתחויות ההיסטוריות, מערכת החוקים, הערכים והנורמות החברתיות וכדומה, יש הבדלים במצבם של הנכים ובגישות לבעיותיהם

(ראה אצל Crewe & Zola, 1983, עמ' 88-112) וטייט וצ'אדרדון (Tate & Chadderdon, 1982). המטרה של המאבק ליתר עצמאות של נכים לפי ואש (Vash, 1981) (p. 48) היא חיים פחות או יותר נורמליים בסביבה פחות או יותר נורמלית, תוך פריצת מעגל העוני והמוגבלות, יציאה אל מחוץ למוסדות וכניסה לזרם המרכזי בכל התחומים החל מחינוך, דרך עבודה, חיי חברה וקהילה ועד לחיי משפחה. במלים אחרות, מטרת התנועה לחיי עצמאות היא נורמליזציה של חיי הנכים.

הרעיונות והטכניקות שהתפתחו בארצות שונות, כמו גם התפתחויות חברתיות וכלכליות בארץ, תרמו לפעילות רבה במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ולפיתוח מגמות טיפול חדשות. מגמות אלה מיועדות לחזק את הכיוון של יתר עצמאות ולקיימת אחריות בידי לקוחות המחלקה כמו גם בחירה וקבלת אחריות על הבחירה בנקודות מפתח של תהליך השיקום המקצועי. הן מצאו ביטוי בתוכניות שפירושן הפחתת גישת הפטרונות והגברת עצמאותם של הנכים והאחריות שהם לוקחים על עצמם. בנוסף לכך חיפשנו דרכים לצמצם את הנשירה מתהליך הטיפול השיקומי ולפתח אצל הפונה מודעות רבה לצרכיו. יצאנו מן השלב של הגדרת מטרות ברורות ואיתרנו טכניקות שיקום ברורות ויעילות הגזרות ממטרות אלה. במלים אחרות, נקודת המוצא שלנו היתה שונה מזו שבארצות הברית, אולם במגמה לקראת יתר עצמאות, אחריות ושיחוף הפונה בתהליך הטיפול, כמו גם במטרות והטכניקות להשגת מטרות אלה, יש דמיון ניכר למתרחש בארצות אחרות.

ייחד עם זה יש לזכור, שתוכניות אלה אינן מתאימות לכל סוג של אוכלוסייה המצויה בטיפול של מחלקת השיקום. יש פונים שאינם משתלבים בעבודה עם קבוצה ויש כאלה הזקוקים ליוזמה רבה יותר של פקיד השיקום. יש גם נכים שאין להם הכוחות הנדרשים על מנת לקבל על עצמם אחריות לחיים עצמאיים בקהילה, ובכל זאת הם זכאים

אחת המטרות של התנועה לחיים עצמאיים, שצמחה בארצות הברית על רקע תנועות חברתיות קודמות כמו התנועה לשוויון זכויות האזרח, התנועה לצרכנות ועוד, היתה להבטיח את זכויותיהם של הנכים באמצעות החוק. רובין ורסלר (1983, עמ' 217) מדגישים, שהתפיסה של חיים עצמאיים משקפת התפתחות בהכרה שאנשים אם נכויות קשות יכולים להשיג יותר שליטה על חייהם בעזרת שירותים תומכים והסרת מכשולים סביבתיים. דהיינוג טוען, שמעבר למטרה של הבטחת זכויות לנכים התנועה לחיים עצמאיים מייצגת ניסיון לשנות את הגישות לנכות ולנכים ולעודד שיטות התערבות חדשות (ראה אצל Crewe & Zola, 1983, עמ' 11-20). עידוד הקמתן של קבוצות לעזרה עצמית, ייעוץ על-ידי שווים (Peer counseling) וכדומה, הם הבסיס של הפרויקטים הרבים לעצמאות הנכים הנערכים לפי שלושת המודלים המקובלים בארצות הברית. המודלים שמתארים רייס וקלארק (1980, עמ' 14-15) ורובין ורסלר (1983, עמ' 210) כוללים את המודל הקהילתי, המודל הפנימייתי ואת מודל המעבר.

לדעתה של ואש (1981, עמ' 52), התפתחותה של התנועה לחיים עצמאיים כתנועת צרכנות של נכים היא אולי המאורע הדרמטי ביותר בהיסטוריה של השיקום. אחרי מאות שנים של בידוד, התעלמות, שליטה והשגחה מצד אחרים, סוף סוף קמו האנשים בעלי הבעיות ואמרו שהם "מעריפים לעשות את זה בעצמם". והם אומרים גם "עד עכשיו נתתם לנו את כספכם, עכשיו תנו לנו זכויות". אלה הם ביטויים משמעותיים ועמוקים של הכיוון החדש, שעיקרו שהנכים מעוניינים לקבל לידיהם את האחריות לחייהם ולעשות מאמץ להכניס נורמליזציה לאורח חייהם.

ההתפתחות לכיוון של יתר עצמאות לנכים קיבלה כאמור דגש חזק ומיוחד בארצות הברית וזאת בשני העשורים האחרונים. אולם, גם בארצות אחרות שהן בעלות שירותי שיקום מפותחים נעשים מאמצים רבים לקידום עצמאותם של הנכים, כפי שמתארים טייט וליי

עבור עצמם. אחר כך מראים להם שהמטרות, הציפיות ורצונם שלהם ושל המטפלים אינם שונים אלה מאלה.

קיימת מעט מאוד דינמיקה קבוצתית בסדנאות ולעומת זאת עובדים בקבוצות יותר על משימות ועזרה הדדית תוך תלות קטנה יותר במנחים ורבה יותר בקבוצה. ההתייחסות היא בעיקר למישורים קוגניטיביים והתנהגותיים תיים ולכן גם הטכניקות הן ביסודן קוגניטיביות והתנהגותיות. הסיטואציות בקבוצה יוצרות אווירה של קבלת אחריות אישית כלפי השיקום. התכנים בקבוצה (ולא הדינמיקה) מאפשרים לראות את המבחר של אפשרויות השיקום ופותחים פתח לבחירה. זהו מעין "סופר-מרקט" שיש בו דבר מה שיתאים לכל משתקם ולכן כדאי לכל משתתף לבחור את הדרך המתאימה לו. הבחירה גודרת אחריה תחושת מחויבות של המשתקם כלפי שיקומו, ביחד עם ההרגשה שכדאי וחשוב לו להשקיע בכך מאמצים. אווירת הקבלה הקיימת בסדנה גם מאפשרת למשתקם לצאת ממעגל הרתיעה וההימנעות (גבעולי ואחרים, 1986, עמ' 5-6). אחרי שקוימו מספר סדנאות לאוריינטציה בסניפים שונים של הביטוח הלאומי נראה לנו, שבנוסף לכך שהן משיגות את המטרות שהוצבו מלכתחילה הושגו בעזרתן גם תוצאות נלוות כמו:

1. הפחתת חרדה על-ידי כניסה "רכה" למערכת יותר "מוכרת".
2. התהליך הקבוצתי עצמו יוצר תוך זמן קצר מחויבות והתקדמות בתהליך השיקום.
3. הקבוצה השפיעה על כל אחד מחברי הקבוצה לראות את הצדדים החזקים והבריאים שלו, לעומת המפגש הפרטני שבו הדגש הוא על הקשיים וההגבלות סביב הנכות.
4. הקבוצה הביאה להזדהות וחיזוק את תחושת הביטחון העצמי של כל המשתתפים.
5. גפילת מחיצות פורמליות-ביורוקרטיות בין עובדי שיקום לפונים ופיתוח שותפות ביניהם.

לשירותי מחלקת השיקום. לפיכך אין כוונה לבטל את שיטות הטיפול המסורתיות הנהוגות במחלקת השיקום, והתוכניות שיתוארו בהמשך הן תוספת שאיננה גורעת מן הגישות והטכניקות שהיו מקובלות במחלקה.

סדנאות אוריינטציה לפונים

סדנאות האוריינטציה הותאמו לאוכלוסייה רחבה של פונים הנמצאים בתחילתו של תהליך השיקום. אוכלוסיית המשתתפים בסדנאות אלה היא הטרוגנית מהרבה בחינות כמו גיל, מין, סוג הנכות, רקע מקצועי, השכלה ועוד. יעדי הסדנאות הם לספק מידע על המחלקה ועל תהליך השיקום; לאפשר לפונה שותפות ואחריות בבחירת אלטרנטיבה שיקומית; לגרות את המוטיבציה של הפונה על-ידי הבהרת ציפיותיו ועמדותיו כלפי תהליך השיקום כמו גם יכולתו להשתלב במערכת, ומה יוכל להפיק ממנה; לספק תמיכה ועידוד על מנת לפתח בפונה אמונה ביכולתו לנהל את ענייניו ובסיכום לאפשר לו להתחיל את הקשר עם פקיד שיקום מנקודת זינוק טובה יותר, כאשר הוא מכין יותר את מהות תהליך השיקום. באופן זה הוא יהיה מסוגל לבחור את דרכו באופן טוב יותר ולקבל על עצמו יותר אחריות אישית ומחויבות להשקיע בתהליך השיקום.

הסדנאות נמשכות 3 עד 5 ימים, לפעמים ברציפות ולפעמים הימים מפוזרים על-פני שבועיים בערך. התוכנית כוללת עשיית היכרות, העברת מידע באמצעות הרצאות ועזרים כמו שקפים, הבהרת מושג השיקום, דיון בתהליכי פתרון בעיות וקבלת החלטות, דיון על ציפיות ופרידה, וכל זאת בעזרת הרבה סימולציות, דינמיקה קבוצתית, שימוש במשתקים ואמצעי המחשה שונים. במסגרת הסדנאות לאוריינטציה יש רק מעט הרצאות או הגשת חומר בצורה פרוזנטלית. לעומת זאת מאפשרים למשתתפים להגדיר מה פירושו של שיקום

ישירה מכך היא יצירת שביעות רצון אצל הנכה עצמו ואצל הסובבים אותו.

במחלקת השיקום מטפלים בנושא זה בכמה אופנים. מרבית העבודה מתמקדת בטיפול הפרטני. אולם יש יחידות שיקום שהחלו לפתח בשלב זה סדנאות או עבודה קבוצתית לעיבוד הנכות. קבוצות אלה מתוחמות בזמן ומתמקדות בעיקר בשינוי תפיסת הנכה את עצמו כאדם בעל יכולת, וכמי שמסוגל לקחת על עצמו אחריות, לנקוט יוזמה ולפתח תהליך שיקום עבור עצמו.

בקבוצות אלה השתמשו בטכניקות ובעזרים שונים, כגון: מלל, ציור, כתיבה, משחקי תפקידים במטרה לעזור לפונים לראות היכן הם עומדים, אחרי ההכרה בנכות, במעגל המשפחתי, במעגל החברתי ובמעגל התעסוקה. בקבוצות אלה התמודדו עם השאלות שלהלן: "איך אני באמת רואה את עצמי? את המוגבלות שלי? האם אני רואה את עצמי כחולה, מוגבל או נכה? כמה אני מרגיש את מה שאבד לי? כמה אני מעריך את מה שאני יכול לעשות ולא מוגבל לעשות?" המטרה היתה ליצור בקבוצות אווירה של יכולת, אחריות והדגשה שמה שהנכה יכול לעשות הוא נכס. יש קבוצות שאפילו חיברו סיסמה: "אני מכיר במוגבלות שלי אבל אני שווה ויכול לעשות הרבה דברים שיביאו לי ולאחרים שביעות רצון".

קבוצות לעזרה עצמית

פן נוסף ביישום העצמאות והאחריות בידי הפונה במסגרת תהליך השיקום הן הקבוצות לעזרה עצמית. הרקע להקמת קבוצות אלה היו תנועות חברתיות כמו הדה-אינסטיטיונליזציה, זכויות האזרח ועוד והמודל להתארגנותן היה "אגודת האלכוהוליסטים האנונימיים". כאמור, קבוצות כאלה החלו להתמסד בארצות הברית כבר לפני עשרים שנה בערך. בישראל הרקע מבחינה היסטורית, חברתית, כלכלית וערכית

עבודה בקבוצות לעיבוד הנכות

לאחר השלב של כניסת הפונה למערכת השיקום השלב הבא שבו הנכה עלול לפתח תלות או להימנע מפיתוח תחושת אחריות הוא השלב של עיבוד הנכות. בשלב זה מתגלים קשיים בהסתגלות לנכות ולאובדן. בעקבות האובדן והנכות בא תהליך האבל הכולל כאב, צער וגעגועים למה שהיה, ופרידה המשולבת בתוכו של האבל, ולבסוף ההסתגלות וההתארגנות מחדש. על מנת להפחית תלות ולקדם עצמאות ואחריות של המשתקם חשוב לשתפו בשלב זה בחינוך תהליך השיקום. הנכות עצמה היא אירוע אובייקטיבי, אולם תוצאותיה סובייקטיביות ואישיות מאוד. אצל כל אדם יש לנכות משמעות אחרת ולכל אחד יש דרך משלו להתמודד עם הדברים.

רייט (1983) מציגה בספרה שתי אפשרויות העומדות בפני הנכה — להיכנע לנכות או לקבלה. נכה שנכנע לנכות מדגיש את מה שאיבד ומחפש "פתרונות" בתרופות ובהליכה מרובה לרופאים. "הנכה הנכנע" מצמצם את פעילותו במשפחה ובחברה, וכמשך הזמן מוגבלותו מתפשטת לגבי כל תחומי החיים. לעומת זאת, נכה המשלים עם הנכות חייב לעבור תהליך שיש בו ארבעה שלבים:

1. בלימת התפשטות המגבלה לשטחים אחרים בחיים.
2. ניווט מערכת הערכים מהתמקדות בערכים פיזיים לערכים אחרים.
3. הימנעות מהשוואת מצבו כנכה למצבו בעבר ומהשוואת עצמו לאחרים.
4. הכרה מה הוא יכול ומסוגל לעשות כנכה ופיתוחו של נכס זה.

השיקום הוא תהליך שבאמצעותו ניתן לעזור למוגבל ללמוד להשתמש ביכולתו ולנצלה לבניית תשתית לעתיד, דבר שיביא לצמצום היקף מוגבלותו וירחיב את אפשרויות הפעילות במשפחה, בחברה, בעבודה. תוצאה

מטרת הקבוצות השונות לעזרה עצמית שהוקמו בעזרת פקידי השיקום היא לפתח קבוצת פעילים מקרב המשתקמים שבטיפול המחלקה. תוך-כדי ההשתתפות בקבוצה המשתתף עובר תהליך של סוציאליזציה המביא לגדילה ולצמיחה. הקבוצה עוברת תהליך המורכב מכמה שלבים:

1. יצירת בסיס ראשון – אישור והבלטת הצורך הקיים.
2. גיבוש חברי הקבוצה וקביעת זהות ראשונית.
3. מיסוד פנימי ותכנון הפעולות, חלוקת תפקידים, גיבוש נהלים ונורמות.
4. פעילות הקבוצה תוך קיום קשר עם גורמים בקהילה והתמודדות עם אובייקטים מאיימים.
5. שלב של חשבון נפש – להיות או לחדול לאחר השגת היעד.

מסגרת קבוצתית זו מכינה את חבריה ליתר עצמאות ואחריות, ותביא לשינוי בחייהם של חברי הקבוצה.

עד עתה הוקמו שתי-עשרה קבוצות לעזרה עצמית ביחידות שיקום שונות בארץ. ההנחיה האינטנסיבית שניתנה לקבוצות נמשכה בדרך כלל שלושה עד שישה חודשים. קבוצות שהמשיכו לפעול לאחר מכן בכוחות עצמן המשיכו לקבל תמיכה וייעוץ מן המנחים. בערך מחצית מן הקבוצות התארגנו להקמת מועדון חברתי הפועל במסגרת המתנ"סים או במסגרת קהילתית אחרת. התארגנות הקבוצות לעזרה עצמית נושאת בכל מקום אופי מיוחד לפי יחידת השיקום, חברי הקבוצה ותנאי המקום. דוגמה בולטת לכך היא קבוצת הנכים שהקימה מועדון לנכים בראשון לציון (רינגולד והרשקוביץ, 1986).

כאמור, פיתוח מגמות טיפול חדשות, כפי שתוארו, אינן תחליף אלא תוספת לתהליכי השיקום המסורתי. כלומר, עובדי השיקום ממשיכים לטפל כשיקום באמצעות תוכניות הכשרה מקצועית בקורסים שונים, או תוכניות לימודים והכשרה אינדיווידואלית ועוד. הם

שונה מזה בארצות הברית (ראה: Tate & Chadderdon, 1982 וראה גם טייט וליי אצל Crewe & Zola, 1983) ומשום כך הקבוצות לעזרה עצמית המתפתחות בישראל שונות מאלה שהתפתחו בארצות הברית. אמנם גם קבוצות אלה באות לענות על בעיות של המשתקמים בתחומים רגשיים, פסיכולוגיים וחברתיים, או שהן מספקות צרכים אחרים של הנכים, אולם הן שונות מן הקבוצות לעזרה עצמית שהתפתחו בארצות הברית בכך שהיוזמה להתארגנותן באה מצד בעלי מקצועות המייצגים מערכת ביזוקרטית. יוזמה זו מתבטאת בכך שפקידי השיקום מנחים את הקבוצה במפגשים הראשוניים. על-פי הנחייתם הקבוצה צריכה להגדיר את מטרותיה והיא תהיה לקבוצה לעזרה עצמית לאחר שיסיימו המנחים את הנחייתם. כבר בשלבי ההתארגנות הראשוניים המנחים מאפשרים לקבוצה לבחור את יעדיה והם מסייעים רק בהתארגנות. לאחר עשר פגישות בערך הם מפסיקים להנחות את הקבוצה באופן פעיל, אך ממשיכים ללוות אותה כיועצים.

מאפייני הקבוצות הם: השתתפות אישית, קביעת מטרה ודרכי פעולה, יחסי גומלין של פונים עם פונים, מעבר ממצב של חוסר כוח למתן תמיכה וחיזוקים הדדיים של חברי הקבוצה. המנחים העומדים מאחורי התארגנות הקבוצות לעזרה עצמית מייחסים חשיבות לכך שדווקא בעלי הבעיה הם אלה העשויים לדעת כיצד להתמודד אתה בצורה הטובה ביותר וזאת מפני שהם ערים לבעיה, מפני שיש להם היכרות ישירה עמה ומפני שיש להם עניין רב בפתרונה. פתרון בעיות שונות של המשתקמים בכוחות עצמם עשוי לשמש תוספת והשלמה בתהליך השיקום הכולל. המנחים מבין פקדי השיקום קיבלו הכשרה מיוחדת בהשתלמות שאורגנה במסגרת מחלקת השיקום. המנחים משתדלים להדגיש את העקרונות של הקבוצות לעזרה עצמית, שבהן כל משתתף עוזר ונעזר; לכל קבוצה צריכות להיות מטרות מוגדרות; זוהי קבוצה של שווים; על הקבוצה לטפח את היכולת לקחת אחריות ולהגיע למימוש עצמי.

באוכלוסיית המשתקמים המגיעה לשלב ההשמה אפשר להבחין בקבוצות שונות. חלקם הסתדר בעבודה בכוחות עצמו (חוץ הפעלת קשרים חברתיים והיכרויות ואחרות); אחרים מסתדרים בעבודה בעזרת שירות התעסוקה ואילו חלק אחר נכשל במציאת עבודה למרות כל אמצעי העזר שהועמדו לרשותם. זוהי למעשה האוכלוסייה המגיעה לשלב הרגרסיה וחוסר האונים, אף-על-פי שעברה תהליך שיקום דומה לזה שעברו שאר הפונים.

לגבי אוכלוסייה זו, המביעה רצון להיקלט בעבודה אך מביאה על עצמה כישלונות בתחום זה, הוחלט במחלקת השיקום לאמץ את טכניקת ה-Job club. אלה הן סדנאות לחיפוש עבודה שהוכנסו בהן שינויים כמתחייב מן התנאים השוררים בישראל (ראה: המוסד לביטוח לאומי, 1983; גורדון, מועדון חיפוש עבודה). כאמור, טכניקה זו מתאימה לסוג אחד של אוכלוסייה, בעיקר לנפגעים ברמות שונות המעוניינים לשוב ולעבוד לאחר שאובחנו והחליטו על יעדיהם המקצועיים או שהוכשרו למקצוע חדש, או אלה המסוגלים להשתלב בעבודה לא מקצועית. השיטה שפותחה והופעלה בעיקר בארצות הברית (Azrin & Beselel, 1980) מיועדת לפתח מיומנויות של מציאת עבודה בקרב מובטלים ובמיוחד כאלה השייכים לקבוצות פגיעות שעמן נמנים גם הנכים. השיטה מבוססת על הגישה הביהייביוריסטית, הדוגלת בשינוי עמדות ודרכי התנהגות בעזרת חיזוקים, מודלים לחיקוי ועוד, ביחס לבעיות של "כאן ועכשיו", בלי להיכנס להקשרים המוקדמים של הבעיות הללו. השיטה המופעלת בסדנאות לחיפוש עבודה מתמקדת בקטע אחד מתוך הרצף של תהליך השיקום. זהו הקטע של ההכנה הניתנת למשתקם — דהיינו בחיפוש ובמציאת מקום עבודה ממשי. הסדנה לחיפוש עבודה כוללת:

1. פיתוח הכישורים בתחום התקשורת, כולל לימוד מיומנויות ל"הצגה עצמית" הולמת של הפונה בפני מעבידים פוטנציאליים.

ממשיכים לטפל גם ברווחת הנכים הזכאים להטבות שונות, כמו למשל פתרון בעיות נידות ודיור לנפגעי פעולות איבה וכדומה. אולם, לפונים שאינם משיגים את המטרה העיקרית של השתלבות בעבודה, לאחר השלמת הכשרתם המקצועית בתהליך השיקום המסורתי, ניתנת הזדמנות נוספת בתהליך ההשמה.

תהליך ההשמה

השלב האחרון, שהוא גולת הכותרת בתהליך השיקום, הוא שלב ההשמה בעבודה. זהו שלב שבו מצפים מן המשתקם ליישם ולהוציא מן הכוח אל הפועל את מה שלמד, הפנים והבין בתהליך השיקום, כדי להשתלב בעבודה מתאימה. בעקבות ציפייה זו, האומרת שהפונה "כבר בוגר", עלולה לבוא רגרסיה, תחושת חוסר אונים וחרדה מפני העשייה ומפני הכניסה לשלב המראה בבירור שכרוב יבוא ניתוק מן הגורם המשקם ואשר פירושו שהפונה "הצליח או לא הצליח בתהליך השיקום". זהו שוב שלב שעולות בו שאלות בדבר העצמאות וקבלת האחריות של המשתקם.

בתהליך ההשמה צריך הפונה לגייס כוחות רבים של יוזמה, אחריות ויכולת שכנוע ולכן לא פעם אנו עדים לכך שמשתקמים רבים נתקעים בחוויית הכישלון והם מבטאים אמנם במלים את רצונם לעבוד אך נכשלים בסידור בעבודה בפועל. לא פעם פקיד שיקום שומע את המשפטים האלה: "לא מוכנים לקבל אותי לעבודה כי אני נכה"; "הבוס לא היה, אלך בשבוע הבא" וכדומה. גורם חדש שלא היה קיים בתהליך השיקום עד שלב ההשמה הוא הצורך העומד בפני המשתקם להוכיח את כוחותיו בפני גורמים אובייקטיביים שמחוץ למחלקת השיקום, שאין להם עמדה טיפולית מקבלת, תומכת ומבינה כלפי אדם עם נכות. גורמים אלה מקבלים את החלטותיהם בהתאם לכדאיות כלכלית ותפוקה.

9) השיג המועדון לחיפוש עבודה הישגים חשובים מאוד ו"נראה היה שגם אלה שלא השתלבו עדיין בעבודה וודאי אלה שכן – רכשו נכונות לקבלת אחריות, השתחררות מהתלות בזולת וכיטחון עצמי. הם למדו להימנע מלהסביר כל כשלון על-ידי הנכות וכן למדו על כיווני תעסוקה שלא חשבו עליהם קודם.

סיכום

המגמה לעודד נכים לקבל על עצמם יותר אחריות לניהול חיים עצמאיים קיבלה ביטוי מקיף בתוכנית חדשנית לטיפול שיקומי מידי ונמרץ (גבעולי ואחרים, 1986). במסגרת תוכנית זו התקיימה סדנה מרוכזת שהתייחסה להיבטים שונים של תהליך השיקום מתחילתו (אבחון), דרך שלבים שונים (עיבוד הנכות, נטיות מקצועיות, בילוי חברתי וכד') ועד לסיום התהליך (שיטות לחיפוש עבודה). תוכנית זו מייצגת נאמנה, כפי שנכתב במבוא לתיאור הסדנה, את תוכניות העבודה במחלקת השיקום ומשתלבת יפה במטרה שהציבה לה המחלקה לעבור בשיטתיות להפעלת משתק-מים, במקום "לעשות למענם" ולהשאירם כשהם פסיביים. לפיכך נעשה בסדנה זו שימוש בשיטות שנוכרו לעיל בצירוף עם רעיונות חדשניים נוספים. לסדנה היו הישגים בתחום הפעלתם של נכים למען עצמם, השיפתם של כוחות חבויים אצל הנכים ופיתוח פעילויות שונות (ראה: גבעולי ואחרים, 1986). לדעת המבצעים, הסדנה לטיפול שיקומי מידי ונמרץ חסכה שעות עבודה רבות. גם העלות הכספית הממשית והשוטפת היתה נמוכה ביותר. לפיכך אפשר לסכם, שבהשוואה לתהליך הרגיל של השיקום, הסדנה הוכיחה את עצמה הן מבחינת תוצאות השיקום והן מבחינת העלות הנמוכה של שעות טיפול. במישור של המטפלים הפקנו את הלקח שכאשר מגדירים מטרות בצורה ברורה ובהירה קל יותר ליצור טכניקות

2. פיתוח היכולת לאתר מידע על שוק העבודה בדרכים מגוונות.
3. כניסה רכה לתחום חיפוש העבודה בעזרת הנחיה וחונכות.
4. הבאת המשתקם לתפקוד מירבי בתחום של חיפוש עבודה.

הסדנה בנויה במתכונת של הפעלת אנשים, המביאה לעשייה. הפעילות היא אינטנסיבית ומעוררת אנשים לדבר, לבצע דברים באופן ענייני, להיפגש באופן חיובי עם עולם העבודה, להתמקד בחלקים הבריאים שלהם ולהדגיש כישורים ותכונות חיוביות המצויות אצלם. הגישה של "מועדון חיפוש עבודה" מעוררת את הגדלת רפרטואר העיסוקים האפשריים לגבי כל משתקם.

הדגש העיקרי בסדנאות לחיפוש עבודה מושם בקבלת אחריות מצד המשתקם להתהליך ההשמה בעבודה. כלומר, איתור מקום עבודה מתאים וכיצוע הצעדים המתחייבים על מנת לקבל עבודה זו. בסדנאות לחיפוש עבודה מלמדים את הנכים איך הם יכולים "למכור" את עצמם בהצלחה למעביד, למרות מגבלותיהם; כיצד הם יכולים להציג את כישוריהם ויתרונותיהם על מנת שיהיה כדאי להעסיק אותם; כיצד לעמוד על שלהם בשעת הראיון עם מעביד פוטנציאלי; איך לאתר מקום עבודה אפשרי ואיך להגיע לראיון ולקבל את המשרה. מכל אלה משתמע בבירור, שמלמדים את המשתקם שהוא האחראי למציאת עבודה, בעזרת הכלים שהוא מקבל בסדנה. מכאן גם ברור שזוהי דוגמה משמעותית לפיתוח אחריות ועצמאות אצל הפונה, דוגמה המדגימה באופן מעשי את הגישה הרוגלת במתן עזרה לפונה כדי שיעזור לעצמו.

ההישגים של הסדנאות לחיפוש עבודה התבטאו קודם כל במספר גדול יותר של השמות בעבודה. עובדי השיקום שהוכשרו להנחות סדנאות אלה גילו התלהבות מן הטכניקה החדשה (ראה: המוסד לביטוח לאומי, 1983). לדעתה של דליה גורדון (גורדון, עמ'

לטיפול הפרטני המסורתי, ששותפים לו עובד השיקום והמשתקם בלבד. בנוסף לכך, המפגשים הקבוצתיים לצורחיהם השונות הדגישו את חשיבות חלקו של המטופל בתהליך השיקום, לעומת האחריות הרבה יותר שלוקח על עצמו "מומחה השיקום" במסגרת הפרטנית של יחסי מטפל ומטופל. אולם, גם בכל אחת מן הקבוצות השונות יש חידושים נוספים לעומת תהליך הטיפול הפרטני. למשל, בסדנאות האוריינטציה איפשרו למשתתפים להגדיר לעצמם מה פירושו של שיקום, במקום שהמטפל יסביר זאת. בקבוצות לעזרה עצמית המשתתפים, ולא המנחה, מגדירים את הבעיה (מאבחנים). הם גם הקובעים כיצד להתמודד בצורה הטובה ביותר עם הבעיה שהוגדרה. בסדנאות לחיפוש עבודה מקנים למשתתפים מיומנויות למציאת עבודה ולהיקלט בה, במקום להפנותם לפקיד השמה. הדוגמאות לחידושים במגמות הטיפול החדשות הן רבות והן בלטו בעיקר בסדנה לטיפול שיקומי מידי ונמרץ, שבה השתמשו במשולב בטכניקות שנלמדו בפעילות הקבוצות השונות. אך נראה, שהחשיבות העיקרית של המגמות האלה טמונה בהגברת משקל האחריות, העצמאות ושיתופו של הפונה. יחד עם זאת, נראה שהמגמות האלה משפרות את הישגי השיקום המקצועי המסורתי בנוסף לרציונל הערכי שיש להן בחברה דמוקרטית. לפיכך אנו סבורים שמן הראוי להמשיך במאמצים לפיתוחן ולקידומן של מגמות אלה.

טיפוליות-שיקומיות הקשורות למטרות או נגזרות מהן. תהליכי הטיפול שהתגבשו כמחלקת השיקום מעידים גם על כך שאנו ערים ומחפשים יותר ויותר את הקשר בין התשומה הטיפולית ובין התפוקה. במלים אחרות, מטרות ברורות גוררות טכנולוגיה טיפולית ברורה המאפשרת להעריך אם הביאו שיטות הטיפול להשגת המטרות שהוצבו.

מכיוון שהסדנה לטיפול שיקומי מידי ונמרץ הקיפה את מרבית העקרונות והטכניקות שהתפתחו כמחלקת השיקום לשם פיתוח וקידום העצמאות והאחריות אצל הנכים, גם אם בצורה ממוקדת וקצרה, נראה שאפשר להכליל מתוצאות סדנה זו לגבי כל הגישות והטכניקות של אותה מגמה. כלומר, שהגברת אחריות ועצמאות אצל הנכים תשפר ותייעל את תהליכי השיקום גם מבחינת עלותם. אמנם קיימות עדיין שאלות רבות לגבי המשך המגמה של קידום האחריות והעצמאות אצל הנכים, כגון: איזה אוכלוסיות של מוגבלים יכולות להפיק תועלת ממגמה זו? האם ואיך אפשר ליישם מגמה זו בעבודה הפרטנית בנוסף למישור של העבודה עם קבוצות? איך צריך להיערך מבחינה ארגונית על מנת לחזק את מגמת האחריות והעצמאות? האם צריך לתת למגמה זו ביטוי בחוק?

השילוב של עבודה עם קבוצות במסגרות שונות כמו סדנאות אוריינטציה, עזרה עצמית, חיפוש עבודה, בתוכניות הטיפול של מחלקת השיקום היה חידוש כשלעצמו, בהשוואה

ביבליוגרפיה

- גבעולי, צ', ספקטור, פ', חנוך, מ' ומאירי, ע', סדנה לטיפול שיקומי מידי ונמרץ, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי — מחלקת השיקום, 1985.
- גורדון, ד', מועדון חיפוש עבודה, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי — האגף למחקר ותכנון.
- המוסד לביטוח לאומי, סיפורו של תיק, המוסד לביטוח לאומי — מחלקת השיקום, ירושלים, נובמבר 1983.
- המוסד לביטוח לאומי, פיתוח עבודת מחלקת השיקום על פי מטרות ויעדים, המוסד לביטוח לאומי — מחלקת השיקום, ירושלים, 1982.
- רינגולד, ט' והרשקוביץ, א', "הקמת מועדון לנכים בראשון לציון לפי מודל של קבוצות לעזרה עצמית", סיפורו של תיק, המוסד לביטוח לאומי — המחלקה לשיקום, ירושלים, 1986, עמ' 1-6.

- Azrin, N. & Beselel, V., *Job Club Counselor's Manual: A Behavioral Approach to Vocational Counselling*, Baltimore, University Park Press, 1980.
- Cassat-Dunn, M., "The Organization and Development of Independent Living Services: Reorganized!", *Impact* 2 (1) (1979), pp. 1-2.
- Clark, W.P. & Rice, B.D., *Implementation of Independent Living Programs in Rehabilitation*, Arkansas Rehabilitation Research and Training Center, University of Arkansas, Hot Springs, 1980.
- Cole, J., Sperry, J., Board, M. & Frieden, *New Options*, The Institute for Rehabilitation and Research, Houston, Texas, 1979.
- Crewe, N. & Zola, I.K., *Independent Living for Physically Disabled People*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1983.
- Rubin, S.E. & Roesler, R.T., *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process*, Baltimore, University Park Press, 1983.
- Stoddard-Pflueger, S., *Emerging Issues in Rehabilitation*, Institute for Research Utilization, Washington D.C., 1977.
- Tate, D.G. & Chadderdon, L.M., *Independent Living*, University Center for International Rehabilitation, Michigan State University, East Lansing, 1982.
- Vash, C.L., *The Psychology of Disability*, New York, Springer Publishing Company, 1981.
- Wright, B.A., *Physical Disability. Psychological Approach*, New York, Harper and Row, 1983.
- Wright, G.N., *Total Rehabilitation*, Boston, Little, Brown and Company, 1980.

מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים

מאת ברנדה מורגנשטיין, שרית בייץ-מוראי ופרופ' ארנולד רוזין**

הקדמה

10% ל-40% סובלים מדמנטיה הניתנת לטיפול, אולם רק במקרים מעטים ניתן להביא לשיפור ניכר במצב (הבר-שיים, 1985). אחד האמצעים העיקריים הוא עדיין הטיפול בסימפטומים, הווי אומר ניסיון לטפל באמצעות שינויים פסיכולוגיים-חברתיים. בשנים האחרונות פותחו שיטות טיפול מיוחדות (לדוגמה הכוונה למציאות) כדי לטפל בחולים דמנטיים (Holden, 1982). יישום שיטות אלה נעשה במסגרות מוסדיות וקהילתיות. בתחום זה כולטים הצורך בכלי אבחון, והחיפוש אחר שיטות התערבות חדשות. בסקירה על תכנית טיפול (Haugen, 1983) מודגש, שעיקרון טיפול "מציאותי" לגבי חולים אלה הוא לאבחן את המצב ולקוות לתפקוד בגבולות סבירים. נראה, שבתחום זה השיפור המשמעותי ביותר בעקבות ההתערבות מתגלה באיכות חייו של החולה ובשביעות הרצון הכללית שלו.

רבים מחולי הדמנטיה חיים בקהילה. מעריכים שבין 65% ל-90% מן החולים הסובלים מפגיעה אורגנית חמויה חיים בקהילה. בארץ מגיע שיעור זה לכדי 78% בקהילה. מבין השאר, 17% מאושפזים במוסדות ו-5% בבתי חולים פסיכיאטריים (הבר-שיים, 1985). בשנים האחרונות, עם גידול מספר הקשישים באוכלוסייה וגידול שיעור הקשישים הדמנטיים בקהילה, גבר הלחץ על מיטות מוסדיות. ההערכה היא, שבין השנים 1981-1985 חל

בשנים האחרונות גדלה המודעות למצבם של אנשים מבוגרים הסובלים מסיבות שונות מפגיעה אורגנית במוח. מודעות זו נובעת מכמה סיבות. ראשית, חל גידול בממדי הבעיה של פגיעה אורגנית. גידול זה נובע מן הגידול בהיקפה של האוכלוסייה הקשישה. אם שיעור הסינדרום האורגני מגיל 65 הוא 2.1%, מגיל 75 מגיע שיעור זה ל-8% ומגיל 85 ומעלה הוא מגיע ל-17.7% (Royal College, 1981). הערכה כללית היא, שבערך 6% מן הקשישים בגיל 65 ומעלה סובלים מפגיעה אורגנית בינונית או חמורה (הבר-שיים, 1985). חומרת הבעיה נובעת לא רק מעלייה במספר החולים, אלא גם מחומרת הסימפטומים המרכיבים את התמונה הקלינית של פגיעה אורגנית במוח, או בשמה הכללי דמנטיה. מאופיינת בירידה תפקודית בתחומים הקוגניטיביים הרגשיים ולעמים בשינויים באישיות עצמה (Holden, 1982). לשינויים אלה יש השלכות חמורות על תפקודו של הפרט בחיי היומיום ומביאות להזדקקותו לעזרת אחרים, ובמיוחד לעזרתם של בני המשפחה, בתחומי חיים רבים. למרות ההתקדמות הרבה שחלה בזיהוי הסיבות לדמנטיה, הטיפול הפרמקולוגי והביוכימי בגורמים אלה עדיין נמצא בחיתוליו (Royal College, 1981). מעריכים, שבין

* האגף לתכנון ומחקר, המוסד לביטוח לאומי.

** מנהל המחלקה הגריאטרית, בית החולים שערי צדק, ירושלים.

רכזת ועוזרת לרכזת, פיזיותרפיסטית, מרפאה בריקוד ומרפאה באומנות. המטרות העיקריות של התוכנית הן:

1. להוציא את האדם מביתו ולהביאו אל סביבה חברתית.
2. להגביר את התקשורת המילולית והבלתי מילולית בין המבקרים.
3. לעורר את הפעילות הפוטנציאלית של כל אחד.
4. להעניק לאדם תחושת זהות ולתת לו להרגיש שהוא חלק חיוני מחברה מוגדרת.
5. לתת לאדם מספר מוקדי מטרה בשבוע, שהוא יכול לצפות להם ולתכנן לקראתם את השבוע.
6. לאפשר למטפלים בבית מספר שעות מנוחה לשחררם כדי שיוכלו להתפנות לעניינים אחרים.
7. להבטיח הסעה כדי לחסוך מן המטפלים את הקושי הכרוך בשכנוע החולה ובהסעתו למועדון.

בפעולות השונות המתקיימות במועדונים נעשה ניסיון ליישם את העיקרון של "הכוונה למציאות" (reality orientation) בדרך של הכוונת המבקרים להכרה ולקשר עם המציאות העכשווית במועדון. הפעולות הן מגוונות וכוללות: שיחות על נושאים שוטפים, פעילות חברתית, אומנות, פיזיותרפיה והתעמלות, ריפוי בריקוד, טיולים. בנוסף לכך, במועדונים מופעלת הסעה מן הבית למועדון ובחזרה, ביקורת רפואית וכן מתקיימות פגישות קבועות עם בני ובנות הזוג של המבקרים.

מחקר הערכה של המועדונים

המאמר שלפנינו מבוסס על מחקר הערכה שבדק את פעילותם של ארבעת המועדונים

גידול של 71% במספר המיטות לתשושי-נפש. לפי התחזית, בין השנים 1985-1995 יהיה צורך להגדיל את מספר המיטות לתשושי-נפש ב-226% (חביב, פקטור, באר, 1985). ייתכן, שלפחות חלק מן הלחץ על המוסדות נובע מכך שהשירותים הקהילתיים אינם מפותחים די. לפי חביב (1985), כמחצית מן הקשישים הממתינים למוסד יכלו להישאר בקהילה ולהיעזר בשירותים קהילתיים מתאימים. נתונים אלה מדגישים עוד יותר את הצורך הרחוק בפיתוח השירותים בקהילה.

המשפחה ממשיכה למלא תפקיד חשוב בטיפול בחולה הכרוני. המטפלים העיקריים הם בני זוגם ובנות זוגם של החולים ובניהם ובנותיהם (Treas, 1977). בספרות הגרונטולוגית מודגש במיוחד המחיר הנפשי והכלכלי שבני המשפחה המטפלים בחולה הדמנטי משלמים. המטפלים מדווחים על מצב רוח ירוד, בדידות, רגשי אשמה, ירידה ביכולת פיסית ויאוש לגבי העתיד. תמונה זו מחזקת את הגישה, שאוכלוסיית היעד של כל מסגרת התערבות טיפולית למען החולים הדמנטיים צריכה לכלול גם את המטפלים העיקריים שלהם.

תיאור המועדונים

בין השנים 1980-1982 הוקמו בירושלים ארבעה מועדונים פסיכוגריאטריים, שלושה במסגרת המתנ"סים ואחד במסגרת בית חולים תל-חי.¹ המועדונים מופעלים שלוש פעמים בשבוע, במשך ארבע שעות בכל פעם ובכל אחד מהם מבקרים בין 10 ל-15 קשישים. כוח האדם המקצועי כולל עובדים בשכר ומתנדבים. כל העובדים בשכר הם בעלי הכשרה מקצועית מתאימה. בכל מועדון יש

1 המועדונים הוקמו תחילה על בסיס של התנדבות ובעזרת תרומות מגורמים שונים ומימון של המוסד לביטוח לאומי מתקציב מפעלים מיוחדים. כיום המימון העיקרי בא מאש"ל (בערך 75%) ומעיריית ירושלים (בערך 20%).

חיו בתנאי מגורים סבירים, אולם רבים מהם היו זכאים להשלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי. אוכלוסיית המבקרים נמצאה הטרוגנית מבחינת ארץ מוצא, רקע מקצועי ורמת השכלה. אולם שיעור ילידי אירופה-אמריקה היה גבוה יותר משיעור ילידי ישראל או אסיה-אפריקה. בין מבקרים גברים לנשים (60% ו-40% ממבקרי המועדון בהתאמה) נמצאו הבדלים בולטים. רוב-רובם של הגברים היו נשואים – 90% לעומת 31% בלבד מן הנשים. בשל ההבדל במצב המשפחתי היה הבדל בין גברים ונשים גם מבחינת המטפל העיקרי. בעוד שאצל שלושה רבעים מן הגברים היתה המטפלת העיקרית בת הזוג ואצל רבע מהם – ילדים ואחרים, אצל מחצית מן הנשים היו המטפלים הילדים או קרובים רחוקים. לגברים שביקרו במועדונים היה גם מספר ילדים גדול יותר מאשר לנשים. מסך כל הנתונים עולה, שלגברים מבין המבקרים במועדונים היה מערך תמיכה רחב יותר מאשר לנשים.

על-פי הנתונים נראה שלמועדונים מגיעה אוכלוסייה "מיוחדת" מכמה בחינות. מגיעים יותר גברים, למרות ששיעורם באוכלוסיית הקשישים נמוך מזה של נשים, ומגיעים יותר גברים נשואים, שיש להם כפוטנציה מערך תמיכה רחב יותר מזה של הנשים, שחלק ניכר מהן בודדות או עם מספר קטן יותר של ילדים. כיצד ניתן להסביר את משקלם הגבוה יחסית של הגברים באוכלוסיית המבקרים? ייתכן, שההבדל בין שיעור הגברים והנשים במועדונים נובע משיעור אשפוז גבוה יותר של נשים, שרובן אלמנות, עקב העדר מטפלים ומסגרת משפחתית תומכת, ולכן, יש בקהילה, יחסית, פחות נשים עם פגיעה אורגנית.

2. מצב בריאות ותפקוד פיזי וקוגניטיבי
הבעיה הרפואית העיקרית של רוב המבקרים

הפועלים כאמור בירושלים.² מחקר ההערכה עסק בתחומים אלה:

1. העומס הטיפולי המוטל על המטפלים העיקריים.
2. הקשיים העיקריים בטיפול במועדונים.
3. היקף העזרה הניתנת למטפלים.
4. הקשרים בין המטפלים לצוות המועדון.
5. הערכת תרומתם של המועדונים למבקרים ולמטפלים העיקריים שלהם.

אוכלוסיית המחקר כללה 46 מבקרים ו-46 מטפלים עיקריים. הנתונים נאספו על מבקרים שביקרו בארבעת המועדונים באופן קבוע מנובמבר 1983 עד פברואר 1984. רשימות המבקרים נתקבלו מידי הרכזות. כמטפל עיקרי הוגדר מי שלהערכת רכזות המועדונים נושא בנטל העיקרי של הטיפול במבקר והנמצא בקשר שוטף עם המועדון. שישה מטפלים עיקריים לא רואיניו בגלל קשיי שפה או סירוב להתראיין.

בשל תפקודם המנטלי הנמוך של המבקרים הוחלט לא לראיין אותם אלא להסתמך על הנתונים שנאספו מן המטפלים העיקריים בבית ומן הרכזות במועדונים. כלי המחקר כללו ראיון מובנה למטפלים העיקריים, שבו הם התבקשו להתייחס לשאלות על המבקר ועל עצמם. הרכזות במועדונים התבקשו למלא שאלון על כל אחד מן המבקרים. בנוסף לכך מילאו הרכזות ואנשי צוות המועדון גם שאלון אישי.

הממצאים על המבקרים במועדונים

1. נתונים דמוגרפיים
הגיל הממוצע של המבקרים היה 73; טווח הגילים השתרע בין 55 ל-92. רוב המבקרים

2 ראה: ש' בייץ, ב' מורגנשטיין ומ' כרמלי, "מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים", המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים, דו"ח מס' 21, 1985. המחברים מבקשים להודות לאנשי צוות המועדונים על יוזמתם המבורכת בפיתוח שירות חשוב זה ועל שיתוף הפעולה שלהם בביצוע המחקר.

3. יכולת תפקוד קוגניטיבית

בשלב הראשון של הפגיעה האורגנית נפגע בדרך כלל הזיכרון, וכחוצאה מכך נפגעת מאוד היכולת ללמוד דברים חדשים, בעוד שזכרונות מהעבר הרחוק או מנהגים ישנים נשמרים יותר. בשלב מאוחר יותר חלה ירידה ביכולת ההפשטה, ביכולת לפתור בעיות ולהחליט החלטות. בשלב השלישי בולטים שינויים חריפים באישיות, ביכולת הפרט לדאוג לעצמו (גם כאשר הוא מסוגל לכך באופן פיסי) ומתגלה שיפוט לקוי ביחס להתנהגות חברתית.

על מנת להעריך את התפקוד הקוגניטיבי של המבקרים במועדונים נחקשו המטפלים לדווח על מידת היכולת של המבקרים בתחומים הללו, שהם אינדיקטיביים לתהליך של פגיעה קוגניטיבית. הנתונים התקבלו באמצעות מטפלים. לא נעשה ניסיון להשתמש במבחנים הקוגניטיביים המקובלים להערכת אוכלוסייה דמנטית. התחומים שנבדקו הם:

א. זיכרון לטווח ארוך

- האם המבקר זוכר שמות בני משפחה?
- האם המבקר זוכר שמות חברים או שכנים ותיקים?

נמצאה קשורה לפגיעה במערכת העצבים המרכזית, כמו אירוע מוחי (C.V.I), פרקינסון או דמנטיה מסוג אלצהיימר. מלבד בעיות אלה נמצאו המבקרים סובלים ממחלות כרוניות נוספות, בעיקר ממחלות כלי דם וסכרת.

כצפוי, רמת התפקוד הפיסי והקוגניטיבי של המבקרים נמצאה נמוכה ביותר בהשוואה לתפקוד של כלל האוכלוסייה בגילאים דומים. לדוגמה, בתחום של תפקוד אישי בפעולות יום-יום, רמת התלות הגבוהה ביותר לעזרת אחרים היתה ברחיצה: 74% מן המבקרים נזקקו לעזרה מלאה, 28% מן המבקרים נזקקו לעזרה מלאה בניידות ויותר ממחציתם לא היו מסוגלים להכין לעצמם אפילו כוס תה. יש לציין, שבכל מועדון ניתן היה להבחין באנשים המתפקדים ברמות עצמאות שונות. מן הנתונים עולה, שתפקודם של מבקרים לא נשואים שהתגוררו לכד, או עם ילדים וקרובים אחרים, היה טוב יותר מאלה שהתגוררו עם בת או בן זוג. נתון זה תואם את ההשערה המקובלת, שהעובדה שיש לקשיש המוגבל בן או בת זוג מגדילה את סיכויו להישאר בקהילה, בעוד שקשישים בודדים, גם אם מוגבלים פחות, רבים יותר הסיכויים שיועברו למוסד (ראה לוח 1).

לוח 1. מידות התלות של המבקרים לפי תחומי תפקוד פיסיים

תחום תפקודי/מידת התלות	סך הכל במספרים	סך הכל באחוזים	זקוק לעזרה מלאה	זקוק לעזרה חלקית	עצמאי לחלוטין
הלבשה	46	100	35	37	28
רחיצת ידיים ופנים	46	100	18	17	65
רחצה במקלחת או באמבטיה	46	100	74	4	22
אכילה ושתייה	46	100	9	19	72
שימוש בשירותים	46	100	15	18	67
נכנס ויוצא מהמיטה	46	100	11	30	59
עולה ויורד במדרגות	46	100	28	18	54
יוצא לסביבה הקרובה	*38	100	39	18	43
מכין תה, קפה	45	100	53	14	33
עושה עבודות ניקיון קלות	*38	100	63	8	29

* לגבי חלק מפעולות אלה אין מידע עבור כל המבקרים.

וחברים ותיקים, זיכרון לכתובת וכן התנהגות חברתית. כאן נמצאו שיעורי המבקרים בעלי תפקוד תקין גבוהים יחסית (56%-75%). שיעור תפקוד גבוה יחסית נמצא גם במעורבות בנעשה מסביב (29%). לצורך ההשוואה יצוין, שבמחקר על כלל אוכלוסיית הקשישים שנערך בבני-ברק (זילברשטיין, 1981) נמצא, שרק 6% מן הקשישים שהשתתפו במדגם היו בעלי ליקוי קוגניטיבי קשה.

מימד נוסף בפגיעה הוא הקושי ליצור קשר עם הסביבה. בתשובה לשאלה האם המבקר מדבר עם אנשים בבית ומחוץ לבית אמרו המטפלים, שבערך שליש מן המבקרים מנהלים שיחות מיוזמתם עם אנשים בבית ומחוץ לבית, 39% מגיבים רק כאשר פונים אליהם, 14% מגיבים לעתים רחוקות או אינם מדברים כלל. יתר על כן, בערך 70% מן הקשישים אינם מסוגלים לטלפן בעצמם עקב מוגבלות פיסית וקוגניטיבית וכמחציתם אינם מזהים את התרופות ואינם מסוגלים לקחתן בכוחות עצמם. כאמור, גם בתחום של מעורבות בסביבה המשפחתית או הרחבה יותר היו שיעורי ההתנהגות התקינה נמוכים.

אחד הקשיים הטיפוליים באוכלוסייה זו קשור לעובדה, שמוגבלות גבוהה בתחום הקוגניטיבי נמצאה קשורה לעתים קרובות למוגבלות גבוהה בתחום הפיסי. על מנת לבדוק את הקשר בין שני תחומים אלה גבנו שני אינדקסים המחלקים את המבקרים על-פי שלוש רמות של מוגבלות בכל תחום (ראה לוח 2).

- ב. זיכרון לטווח קצר
- האם המבקר זוכר שמות של אנשים חדשים?
 - האם המבקר מסוגל לספר מה עשה אתמול?
 - האם המבקר זוכר היכן שם דברים בבית?
- ג. התמצאות
- האם המבקר זוכר את כתובת מגוריו?
- ד. התנהגות
- האם המבקר מתנהג בחברה כיאות?
- ה. מעורבות ועניין בסביבה
- האם המבקר מתעניין בבית ובמשפחה?
 - האם המבקר מתעניין בחדשות?
 - האם המבקר מדבר עם אנשים בבית ומחוץ לבית?
- ו. תחומי תפקוד קוגניטיבי נוספים
- יכולת לטלפן בכוחות עצמו (פיסי וקוגניטיבי).
 - יכולת לזהות ולקחת תרופות בכוחות עצמו.

מן הממצאים שהעלה המחקר מתברר, שאכן בתחום התפקוד הקוגניטיבי התפקוד הנמוך ביותר היה במשתנים שבדקו זיכרון לטווח קצר או מעורבות בנעשה מסביב; ותפקוד טוב יותר היה במשתנים שבדקו זיכרון לטווח ארוך, כגון זיכרון לשמות בני משפחה

לוח 2. התפלגות המבקרים לפי רמות התפקוד הפיסי והקוגניטיבי (במספרים).

רמת תפקוד קוגניטיבי			רמת תפקוד פיסי	
גבוהה	בינונית	נמוכה		
15	14	15	44	סך הכל
2	5	9	16	נמוכה
5	5	5	15	בינונית
8	4	1	13	גבוהה

$$X^2 = 10.04 \quad P = 0.04$$

המטפלים מייחסים את המצב לדמנטיה ולא לדיכאון.

תיאור אוכלוסיית המטפלים העיקריים ובעיותיהם

אוכלוסיית המטפלים העיקריים היתה מורכבת מ-80% נשים והיתר גברים. מאלה היו 20 בנות-זוג ו-6 בני-זוג, 15 ילדים (מתוכם 13 בנות), 5 קרובות משפחה רחוקות ועובדת סוציאלית.

רוב רובם של המטפלים היו נשואים. כשני שלישים מן הילדים המטפלים ומחצית מבני-הזוג הגברים עבדו בתקופת הראיון. רק 20% מבנות-הזוג עבדו. הנתונים מצביעים על כך שקרב המטפלים בנות-הזוג הן הקבוצה הפגיעה יותר מבחינת מצב הבריאות והמצב הכלכלי. בנות-הזוג מטפלות גם במבקרים בעלי התפקוד היום-יומי הנמוך ביותר.

בין הקשיים העיקריים שאותם הדגישו המטפלים ניתן לזהות שלושה תחומים. הקושי הראשון היה הקושי הפיסי הכרוך בטיפול עצמו. התחום השני הוא הקושי הנפשי הנוצר עקב מצבו של המבקר. הביטויים לכך היו הרגשות של מתח, דיכאון, דאגה או עייפות נפשית עקב תלות היתר של המבקר. תחום הקושי השלישי קשור להעדר זמן פנוי משום שזמן רב מוקדש לטיפול במבקר על חשבון קשרים חברתיים, זמן לסידורים או לעצמם. ככל שהתפקוד הפיסי-קוגניטיבי של המבקרים היה נמוך יותר כך גדל שיעור המטפלים שהזכירו קשיים בטיפול. דווח על הרגשת ניתוק חברתי והעדר זמן פנוי גם כאשר המבקר היה מוגבל פחות. העומס הטיפולי הוא גם פונקציה של זמן הטיפול.

כשני שלישים של המטפלים אמרו שהטיפול גוזל לפחות 9 שעות ביממה והיתר העריכו את הטיפול בפחות זמן. העובדה ששליש מן המבקרים אינם יכולים להישאר לבדם בבית ללא השגחה קשור לעומס

מלוח 2 עולה, שבקרב המבקרים קיים קשר מובהק בין שני התחומים. יש מעט מבקרים בעלי פגיעה חמורה בתחום הפיסי ופגיעה קלה בתחום הקוגניטיבי או להיפך. בהגדרת תפקוד פיסי-קוגניטיבי, המשלב את שני התחומים הללו, נמצא שרמת התפקוד הפיסי-קוגניטיבי יורדת ככל שגיל המבקר עולה, ושיעור בנות הזוג והילדים המטפלים במבקרים מוגבלים מאוד גבוה יחסית לשיעור המטפלים האחרים.

4. מצב נפשי

לפגיעה אורגנית יש השפעות ישירות, פיסיות ושכליות, כחלק מן הפגיעה, וכן השפעות עקיפות, המתבטאות במצב הנפשי של המבקר. בדיקת המצב הנפשי של המבקר היתה חשובה עקב השפעתו על סוג ועומס הטיפול בבית ועל הסיוע הדרוש במועדון.

מחשבות המטפלים לשאלה סגורה –

באיזה מצב נפשי (או מצב רוח) נמצא בדרך כלל המבקר – ניתן להבחין במספר קבוצות במועדונים: מבקרים שמצב רוחם טוב בדרך כלל (37%), מבקרים מדוכאים ועצובים (20%) וכאלה שבדרך כלל אדישים או שקועים בעצמם (22%). שיעורי המבקרים המאופיינים באי-שקט ובחשדנות נמוכים יותר.

כאשר נבדק הקשר בין מצב נפשי ובין התפקוד הפיסי, נמצא, כצפוי, שליכולת תפקוד פיסי טובה אופייני מצב רוח טוב. יכולת תפקוד פיסי לא היתה קשורה למצבים הנפשיים האחרים. לעומת זאת חשוב לציין, שבקרב המבקרים שאופיינו במצב של דיכאון נמצא שיעור גבוה דווקא של בעלי תפקוד קוגניטיבי טוב יותר. ייתכן מאוד שתגובה דכאונית היא תגובה אופיינית לאנשים הנמצאים בשלבים הראשונים של ירידה קוגניטיבית ושעדיין מבינים את מצבם וערים לעצם ההתדרדרות. בשלבים מאוחרים יותר של המחלה אין מודעות לחומרת המצב, והתגובה הנפשית האופיינית יותר היא של אפאתיה או הינתקות. על כך יש להוסיף, שכאשר החולה דמנטי, קשה להבחין בין דיכאון לדמנטיה וייתכן שכאשר התפקוד נמוך

לוח 3. קשיים בטיפול על-פי דיווחי מטפלים (באחוזים)

אחוז המזכירים קושי זה*	תיאור הקושי בטיפול
59	1. קשיים פסיים (לההים, לרחוץ)
35	2. הרגשת מתח וריכאון עקב המצב
33	3. דאגה וחוסר אונים לגבי המצב
30	4. ניתוק חברתי ובדידות של המטפל עקב הטיפול
24	5. העדר זמן לעצמם ולסידורים
15	6. תלות יתר של המבקר

* כל מטפל יכול היה לציין מספר קשישים.

לוח 4. שיעור המטפלים המציינים קשיים בטיפול לפי רמת תפקוד פסי-קוגניטיבי של המבקר (באחוזים)

*N = 39

סוג הקשיים	סך הכל של אחוז המציינים קושי זה	רמת תפקוד				P
		גבוהה	בינונית גבוהה	בינונית נמוכה	נמוכה ביותר	
סך הכל במספרים שיעור המטפלים שציינו קשיים פסיים	50	25	67	54	100	0.01
שיעור המטפלים שציינו דאגה וחוסר אונים	33	0	11	62	44	0.01
שיעור המטפלים שציינו תלות יתר של המבקר במטפל	15	0	11	8	56	.008

* השיעורים בלוח הם מתוך סך כל האוכלוסייה בכל קבוצה תפקודית.

אחת השאלות המעניינות בהבנת עומס טיפולי היא, אילו משתנים קשורים להרגשת העומס כקרב אנשים המטפלים בקשישים דמנטיים. בלוח 4 ניתן לראות, שכל שהתפקוד הפסי-קוגניטיבי נמוך יותר, כן גדלים שיעורי המטפלים המזכירים קשיים בטיפול. הקשיים שלא נמצאו קשורים לרמת התפקוד הם הרגשת ניתוק חברתי והעדר זמן פנוי. ייתכן שההסבר לכך הוא שקושי של ניתוק חברתי והעדר זמן פנוי קיימים גם כאשר המבקר עצמאי יחסית בתפקודו. הרגשת דיכאון ומתח נמצאה קשורה רק לרמת התפקוד

הטיפול. המטפלים ביטאו בעיקר רגשות של בדידות המלווה את ההתמודדות בטיפול ואת הדאגה מפני התדרדרות במצבו של המבקר. למרות העומס הרב, כמחצית מן המטפלים הביעו נכונות להמשיך ולטפל במבקר ללא הגבלת זמן בכל התנאים, ויותר ממחצית לא התעניינו בהעברה למוסד כפתרון לקשיים שלהם בטיפול. מידת הנכונות להמשיך בטיפול וההתייחסות לסידור מוסדי לא נמצאו קשורים לרמת המוגבלות של המבקר. רק הרגשת העו- מס עקב תלות היתר של המבקר נמצאה קשור- ה לאי-הנכונות להמשיך בטיפול ($p=0.03$).

- משימות בתחומים שהמבקרים מכירים, מסוגלים ואוהבים לעשות.
2. הפעלה באמצעות מינוי מבקרים לתפקידים קבועים כמועדון, כגון אחראי לסידור שולחנות, הכנת תה וכו'.
3. ניסיון להפעלה אקטיבית בדרך של שכנוע להשתתף בחוגים שונים, עידוד לעשות דברים, הצגת אלטרנטיבות שונות (לצייר, לרקוע בנחישות או לרקום) והרבה תשומת לב אישית.

השימוש בקבוצה הוא אחד האמצעים המקובלים ביותר על הרכזות כדי להתמודד עם בעיית ההתנתקות. השימוש בקבוצה נעשה באופן שלהלן:

1. הרכזות מעודדות שיחות בין אנשים בקבוצה.
2. הרכזות מנסות לשלב מבקרים מנותקים בקבוצה, או מחזקות את הקבוצה כדי שתשלב את הפרט בתוכה.
3. הרכזות מנסות להשאיר את המבקר במצב של עירנות ולא לאפשר לו להירדם, מספקות לו גירויים ומעודדות אותו להתבטא.

תחום בעייתי נוסף שצינו הרכזות קשור להתנהגות במצב של בלבול ושכחה (33%).

הקוגניטיבי. במחקר אחר (Zarit & Reeve, 1982) לא נמצא קשר בין ההרגשה הסובייקטיבית של עומס הטיפול ובין דמת התפקוד הפיסיקוגניטיבי.

קשיים התנהגותיים ודרכי התמודדות עם הטיפול

במסגרת מחקר זה נעשה ניסיון ראשוני לתאר באופן שיטתי את הקשיים שאתם מתמודד הצוות הטיפולי במועדונים (לוח 5). לאור הערכת הרכזות בולט, שהקשיים השכיחים ביותר בהתנהגות המבקר קשורים להתנהגות פאסיבית (50%) ולהתנתקות מן הנעשה בזמן הפעולה (37%). סימפטום של פאסיביות והתנתקות יכול לשמש ביטוי לירידה בתפקוד, או הגנה בפני דרישות שאתן קשה למבקרים להתמודד. ברור, שהתנהגויות אלה מקשות מאוד על עצם הפעילות במועדונים ומפריעות ליצירת קשר עם האנשים וכינם לכין עצמם. הרכזות התבקשו לציין כיצד הן מתמודדות עם קשיים אלה, וניתוח תוכן התשובות מכליט מספר אמצעים עיקריים:

1. ניסיון להפעלה אקטיבית על-ידי מתן

לוח 5. הקשיים ההתנהגותיים של המבקרים במועדונים (כאחוזים)

תיאור הקושי ההתנהגותי	אחוז המבקרים עם קושי בתחום זה*
1. אפאזיה (חוסר יכולת לדבר)	28
2. מצב של בלבול	33
3. פאסיביות	50
4. חוסר שקט	24
5. בעיה בשפה	24
6. מצב של חרדה	15
7. חוסר התאמה לקבוצה	27
8. ניתוק מהסביבה	37
9. הלוצינציות	15

* סך כל האחוזים אינו מסתכם במאה מאחר שכל רכות יכלה לציין מספר קשיים לגבי כל מבקר.

3. דיכור איטי תוך מתן תשומת לב לכך שהמבקר יבין את הנאמר.

אם לסכם את הגישות הטיפוליות והאמצעים שנעשה בהם שימוש במועדון נוכל לומר, שהמבקרים מציבים בפני המטפלים קשיים שונים, ולעתים צירופים של קשיים. הטיפול נעשה בשתי רמות: רמה של טיפול אישי ורמה של טיפול קבוצתי, כאשר הנקודות המשותפות הן:

1. מושקע מאמץ רב ליצור במועדונים אווירה של קבלה ותמיכה, ללא יצירת לחצים וציפיות מן המבקרים.
2. נעשה ניסיון ליצור מסגרת מוכרת ובטוחה ככל האפשר.
3. נעשה ניסיון להימנע מיצירת מצבי חרדה וחוסר ודאות, כגון שאלות קשות מדי.
4. המבקרים מופעלים בגבולות יכולתם, תוך ניסיון לשמר או להחזיר יכולת בדרך של חזרה ותרגול של פעולות בסיסיות חיוניות.
5. תשומת לב רבה ניתנת לשילוב הפרט בתוך הקבוצה ולשימוש בקבוצה על מנת לעזור לפרט להשתנות או להשתפר.

המערכת התומכת במטפל העיקרי

על מנת לברר מהי הרשת התומכת והעוזרת למטפלים העיקריים התבקשו המטפלים לדווח האם אחיות, עובדים סוציאליים, מתנדבים שכנים ובני משפחה עוזרים בטיפול, ואם כן באיזה היקף ובמה מתבטאת העזרה. מן הנתונים מתברר, שהקשרים עם בעלי מקצועות רפואיים ופרה-רפואיים אינם קבועים ומתקיימים אך ורק לפי הצורך. המעורבות של שכנים מתנדבים או של בני-משפחה רחוקים יותר נמוכה או כמעט אפסית. למעשה, עזרה משמעותית מקבל המטפל משלושה מקורות: מטפלות בית (מט"ביות), עוזרות בית, וילדים שאינם המטפלים העיקריים.

ההתמודדות עם קשיים אלה במועדונים היא בעיקר באמצעים קוגניטיביים ולימודיים:

1. תרגילים לחיזוק הזיכרון באמצעות משחקי זיכרון שונים, שינון חוזר של שמות, תאריכים, מאורעות ושיחות רבות על עברם של המבקרים ועל חייהם.
2. ניסיונות חוזרים להבהיר ולהסביר את המציאות שבה הם חיים, כגון המקום והזמן.
3. ניסיונות ללמד מחדש דברים שהמבקרים ידעו לעשות בעבר, כגון בישול וסריגה.

תחום נוסף של קשיים בטיפול קשור להתנהגות המתבטאת בחרדה, חוסר שקט והלוצינציות. קשיים אלה איפיינו פחות מאשר פאסיביות או בלכול, אך הפריעו מאוד למהלך הפעילות, גרמו חוסר שקט ואיימו מאוד על שאר המבקרים.

הגישה הטיפולית הנקוטה במצבים אלה מכוונת להפחית את החרדה או את חוסר השקט. הרכוזות ציינו את דרכי ההתמודדות האלה:

1. גישה אישית ומרגיעה – מגע פיסי, ליטוף, החזקת ידיים.
 2. הסחת הדעת ממקור החרדה בעזרת שיחות על נושאים אחרים או ניסיון להעסיק את המבקר.
 3. שימוש באמצעים מרגיעים אחרים ובעיקר במוסיקה.
 4. ניסיון להתמודד עם החרדות והפחדים באמצעות שיחה על הדברים שהאיש חרד מהם, או שיחה על הנושא שמטריד וגורם אי-שקט.
- תחום קשיים נוסף קשור לבעיות בתקשורת על רקע של אפאזיה או איידיעת שפה. הרכוזות ציינו את הדרכים שלהלן להתמודד עם קשיים אלה:

1. שימוש באמצעים לא מילוליים או שימוש במתרגמים, כדי לשפר את התקשורת.
2. שימוש בחברי הקבוצה כמתרגמים וכשותפים לתהליך של יצירת התקשורת.

הקשר עם המועדונים

המבקרים הופנו למועדונים על-ידי קשת רחבה של גורמים בקהילה. העובדים הסוציאליים היו המקור למספר ההפניות הגדול ביותר (31%). ציפיות המטפלים בבית לגבי מטרות ההפניה למועדונים היו בעיקר חברתיות (על מנת שיהיה בחברת אנשים, על מנת שייצא מהבית) ושיעור נמוך (17%) ציפו שהמבקר יקבל טיפול שיקומי.

הקשרים בין צוות המועדונים ובין המטפלים היו אינטנסיביים למדי. בערך 70% מן המטפלים דיווחו, ששוחחו עם הרכזות בשבוע-שבועיים שקדמו לראיון. לגבי חלק ניכר מן המקרים באה היוזמה לשיחות ולקשר מצד הרכזות. בולט, שקיימת מעורבות ויש העברת אינפורמציה שוטפת ודו-כיוונית בין המטפלים בבית למטפלים במועדון.

תרומות המועדונים למבקרים

התרומות העיקריות למבקרים על-פי הערכת המטפלים בבית היו בתחומים המפורטים בלוח 6.

שני התחומים שבהם היתה התרומה משמעותית ביותר היו בתחום החברתי והשיקומי. שיפור קוגניטיבי אצל המבקר לא הוזכר כתרומה עיקרית, אך היו 9 מבקרים (20%) שלגביהם צוינה תרומה בתחום זה כתרומה נוספת. הרכזות במועדונים העריכו את התרומה למבקרים בתחומים זהים לאלה של המטפלים, אולם נוסף גם שיפור בדימוי העצמי של המבקרים. להערכתן, הפעילות במועדונים גורמת למבקרים להרגיש שווים יותר, מאחר שמתאפשר להם למלא תפקידים, להביא מתנות מעשה ידיהם וכו'.

למרות שניתן לכלול את תחומי התרומה תחת מכנה משותף של שיפור באיכות החיים יש להדגיש, שהמטפלים דיווחו גם על תרומות

ל-60% מן המבקרים יש עזרה של מט"בית. ל-25% מן המבקרים היתה עזרה במשך 9 שעות בשבוע ויותר, ול-35% מן המבקרים היתה עזרה במשך 6 שעות בשבוע או פחות. התפקידים של המט"בית כללו השגחה או טיולים עם המבקרים, עזרה ברחצה או באכילה. 43% מן המבקרים לא שילמו עבור עזרה זו והיא מומנה על-ידי שירותי הרווחה או קופת חולים. ל-31% מן המטפלים היתה עזרה של עוזרת בית. עזרה זו ניתנה רק מספר שעות בשבוע (עד 4 שעות), ולא כללה טיפול ישיר במבקר. המימון היה של המטפלים.

54% מן המטפלים קיבלו גם עזרה של בני משפחה, על-פי רוב מילדים. עזרה זו איננה קבועה בהיקפה וניתנת בדרך כלל לפי הצורך. היא כללה ביקורים חברתיים, עזרה בהסעה למרפאת קופת חולים או למקום אחר ועזרה בסידורים שונים שיש לבצע מחוץ לבית.

עשרה מטפלים עיקריים לא קיבלו כל עזרה מן הגורמים שנמנו למעלה. עזרה של מטפלת בית נמצאה בשכיחות גבוהה יותר כאשר התפקוד הפיסי והקוגניטיבי של המבקרים היה נמוך, במצבי דיכאון ועם הצורך בהשגחה. עזרה של ילדים נמצאה בשכיחות גבוהה יותר כאשר המטפל העיקרי היה בן-זוג (גבר) או כאשר דיווח על הרעה במצב הבריאות של המטפל העיקרי. בדומה לעזרה של מט"ב, גם עזרה של ילדים קשורה לרמת תפקוד פיסיית נמוכה של המבקר. חשוב לציין, שקבלת עזרה מן המקורות העיקריים אינה מפחיתה את ההרגשה הסובייקטיבית של המטפלים שבסופו של דבר הם מתמודדים לבד עם הטיפול.

שיעור גבוה יותר של אלה שקיבלו עזרה ממשית ציינו שהיו מוכנים להמשיך ולטפל בחולה בבית ולא שקלו סידור במוסד. הנתונים מעידים על כן, שגם אם מבחינה סובייקטיבית המטפל מרגיש שהוא מתמודד לבד, בפועל יש למתן עזרה על-ידי אחרים חשיבות רבה מבחינת הנכונות להמשיך ולטפל בחולה בבית ולא להעבירו למוסד.

לוח 6. התרומות למבקרים לפי תחומי תרומה, על-פי מטפלים (באחוזים)

סך הכל האחוז שציינו תרומה זו	אחוז שציינו כתרומה עיקרית	סוג התרומה למבקר
45	45	סך הכל במספרים
100	100	סך הכל באחוזים
	9	1. לא היתה תרומה
59	28	2. תרומה חברתית — מפגש עם אנשים
24	24	3. שיפור באיכות חיים — מסגרת ומטרה
26	13	4. שיפור במצב הרגשי ובמצב הרוח
20	—	5. שיפור בתפקוד קוגניטיבי — זיכרון התמצאות
50	26	6. תרומה בתחום שיקומי — תפקוד פיסי יום-יומי

מועמד טוב לשיקום, ומבחינה זו האוכלוסייה במועדונים הפסיכוגריאטריים דומה לאוכלוסיית נכות אחרות.

התרומות למבקרים נמצאו קשורות גם להרגשת העומס שהרגישו המטפלים. כצפוי, מטפלים שדיווחו על תרומות למבקרים, היו אלה שגם דיווחו על פחות עומס וקשיים בטיפול, בעיקר פחות קשיים פיסיים, והביעו יותר נכונות להמשיך בטיפול.

תרומת המועדונים למטפלים העיקריים

רוב-רובם של המטפלים העיקריים העריכו שהמועדונים תורמים להם באופן ישיר (84%).

בתפקוד יום-יומי מעבר לשהייה במועדון, כגון יותר פעילות בבית, יותר תקשורת, יותר התעניינות בסביבה וכו'. אולם, המטפלים בבית והרכוזת במועדון לא ציינו שינויים רבים במצב הרוח, ברמת המוטיבציה, בהתנהגות וכו'.

את התרומות ניתן לאפיין גם על-פי משתני המבקרים. תרומות חברתיות בלטו יותר בקרב המבוגרים שבין המבקרים, ואילו אצל המבקרים הצעירים בלטה בעיקר התרומה השיקומית. כמצופה, תפקוד פיסי וקוגניטיבי טוב יותר קשור לתרומה שיקומית. בקרב מבקרים שמצבם הנפשי טוב יותר, או אפילו אלה שסבלו מדיכאון, היו יותר שינויים בתחומי התנהגות לעומת אלה שסבלו מאי-שקט או מאדישות והתנתקות. יש לציין, שהתכונות שצוינו לעיל מגדירות בדרך כלל

לוח 7. התפלגות המטפלים לפי התרומה העיקרית וסך כל שיעור המטפלים שהזכירו תרומות אלה (באחוזים)

סך הכל האחוז שציינו תרומה זו	אחוז שציינו כתרומה עיקרית	סוג התרומה
—	46	סך הכל במספרים
100	100	סך הכל באחוזים
—	4	לא היתה תרומה
22	12	תרומה לא ישירה — רק למבקרים
37	28	הקלה נפשית — שקט נפשי
33	17	גורם נוסף משתתף בטיפול
55	39	משחרר זמן

כגון הרצאות או פעילות חברתית. חלק קטן מן המטפלים מתחו ביקורת על הצוות, על הפעולות הנערכות במועדונים או על מיקומם. ככל שהמטפל היה מוכן יותר להמשיך בטיפול הוא גם הביע עניין רב יותר בהגדלת מספר השעות של פעולת המועדונים. ההמלצה להגיש ארוחה במועדון ולהרחיב את הפעילות נמצאה קשורה למצב כלכלי נמוך של המטפל ולהיותו אדם עובד. מצב של דיכאון או התנתקות אצל המבקר נמצא גם בין הגורמים שהשפיעו על הנטייה של המטפלים להמליץ על הרחבת פעילות או על קיום פגישות קבוצתיות למטפלים.

סיכום והמלצות

הממצאים וההתרשמויות הכלליות שנמסרו במהלך ביצוע המחקר מצביעים על החשיבות שיש לשירות מיוחד זה ועל המאמצים והמסירות של צוות המועדונים ליצור מסגרת טיפולית מקצועית בשביל הקשישים המבקרים במועדונים ובשביל המטפלים בבית.

ביצוע המחקר איפשר הערכה מפורטת יותר של קשיי טיפול באוכלוסייה ספציפית מאוד ושל תחומי התרומה לאוכלוסייה זו. הבנה מפורטת יותר של צורכי טיפול ושיטות התערבות מתאימות מזמינות המשך של המחקר במטרה לפתח כלי אבחון שבעזרתו ניתן יהיה לעמוד על המגבלות, לקבוע את המטרה הטיפולית ולהעריך את אפקטיביות הטיפול.

מספר שאלות אשר התעוררו במהלך המחקר מזמינות התייחסות נוספת ומחקר נוסף:

א. פיתוח כלי אבחון

הנתונים במחקר זה התבססו על הערכותיהם של המטפלים העיקריים בבית ושל הרכזות והמדריכות במועדונים, ולא על בדיקה ישירה של המבקרים. כמו כן לא נערכה בדיקה לגבי מצבם של המבקרים או בני משפחותיהם

המטפלים הבחינו בין תרומה נפשית, כלומר הקלה נפשית ושקט נפשי הנובעים מעצם הידיעה שהמבקר נמצא במקום שבו הוא מקבל טיפול אחראי מקצועי, ובין הקלה הנובעת מכך שגורם נוסף משתתף ומתחלק בטיפול בפועל. התרומה שהוזכרה בשיעור הגבוה ביותר היתה בתחום של זמן פנוי לעצמם, המאפשר להם לעשות דברים שהתקשו לעשות קודם (לכצע קניות, לשלם תשלומים וכו') (לוח 7). השפעה פחותה היתה על האפשרות לנוח או להיות יותר בקשר עם אנשים אחרים. המועדונים לא הביאו לשינוי מהותי בהבנת הסימפטומים המאפיינים את הירידה הנפשית והקוגניטיבית של רוב המבקרים.

את התרומות למטפלים ניתן לאפיין גם על-פי משתני המטפלים. התרומה למטפלים עובדים בלטה יותר בתחום של זמן פנוי והקלה בכך שגורם נוסף משתתף בטיפול. מאידך גיסא, מטפלים שלא עבדו ציינו יותר את האפשרות להיפגש עם אנשים אחרים. תרומות לבני או לבנות הזוג נמצאו גבוהות יותר מאשר לילדים ולקרובים אחרים ברוב התחומים, זולת האפשרות לצאת לעבודה.

המלצות המטפלים לשיפורים במועדונים

השינויים העיקריים שהמליצו עליהם המטפלים התייחסו להרחבה של פעילות המועדונים. רוב המטפלים מעוניינים בתוספת של ימים בשבוע שבהם המועדונים פועלים. 52% המליצו שהמועדונים יפעלו יום יום ו-30% נוספים המליצו על תוספת של יום או יומיים בשבוע. 45% מן המטפלים המליצו גם להגדיל לפחות בשעתיים ביום את מספר השעות שבהם המועדונים פועלים. המלצה נוספת נוגעת גם להגשת ארוחה במועדונים. 37% הביעו עניין בהגשת ארוחה במועדון, בעיקר ארוחה חמה. כמעט מחצית מן המטפלים התעניינו גם בפעילות מאורגנת למשפחות,

ג. מקומם של המועדונים הפסיכוגריאטריים במסגרת הרחבה של השירותים הקהילתיים מתוך הנתונים עולה, שהמועדון מוכר ומקובל כשירות מתאים בקהילה וההפניה למועדונים נעשית על-ידי גופים שונים. אולם נראה, שאין גורם מוגדר אחד בקהילה המופקד על שמירת הקשר עם הקשיש ומשפחתו ועל המעקב השוטף. ייתכן שיש להטיל על גוף אחד בקהילה (השירות לזקן במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים של הרשות המקומית, או משרד הבריאות וכו') את האחריות לקיום הקשר השוטף עם המועדונים ועם המטפלים העיקריים במבקר. אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסייה זו מציינים, שלעתים הטיפול "נופל בין הכיסאות" של הרשויות השונות.

ד. הרחבת מערכת ההדרכה והייעוץ לבני משפחה

הממצאים מצביעים על רמת שביעות רצון גבוהה של בני המשפחה ממסגרת המועדון ומן התרומות שהם חשים בתחומים שונים. יחד עם זאת, נראה שהמועדון לא הפך להיות עבורם מקום לקבלת מידע נוסף, הדרכה או ייעוץ בנושאים שונים הקשורים למצבו של המבקר ולטיפול היומיומי בו. וזאת למרות שיש קשר עם צוות המועדון ואף נערכו מספר פגישות קבוצתיות לבני המשפחה. לאור הקשיים הרבים הכרוכים בטיפול בחולים אלה והעומס הרב, הן הפיסי והן הנפשי, שהמטפלים חשים, נראה שיש להרחיב ולפתח שירות זה של הדרכה וייעוץ, הן במסגרת קבוצתית והן במסגרת פרטנית במידת הצורך.

בנקודות זמן שונות יש חשיבות לפיתוח כלי אבחון המתאימים לאוכלוסייה זו, כדי שבעזרתם יוכל צוות המועדונים לקבל מידע מדויק יותר על מגבלותיו של כל מבקר ועל התחומים שבהם רצוי למקד את הטיפול בו. בעזרת כלים שיטתיים ניתן יהיה לשוב ולברוק את מצבו של המבקר לאחר זמן ולראות באיזו מידה חלו שינויים. כלומר, תתאפשר הערכה מדויקת יותר ולאורך זמן של התוצאות שהושגו ושל תרומת המועדונים למבקר בתחומים שונים.

ב. תכנון מערך טיפול

במקביל לפיתוח כלי אבחון יש מקום כיום לנסות ולבחון מה הן השיטות והדרכים המשמשות כיום את אנשי המקצוע בהתמודדותם כמצבים שונים עם אנשים בעלי ירידה שכלית. תיעוד השיטות הטיפוליות כיום חלקי בלבד ואינו מקשר בין האבחון או המצב הנתון של המבקר ובין שיטת הטיפול המומלצת. לכן, יש חשיבות רבה לפיתוח אחידות ושיטתיות בתיעוד מסוג זה ולריכוז הניסיון המקצועי הרב שכבר שצטבר במועדונים כאלה וככך לתרום לפיתוח מועדונים דומים במקומות נוספים. כמו כן יאפשר הדבר גישה שיטתית יותר למעקב בעתיד אחר אפקטיביות הטיפול.

כפי שהודגש במחקר הנוכחי, אין לראות את המטופל, מצבו הנפשי-השכלי ושיטות הטיפול במועדון כנפרדים מבני משפחתו ומצורת ההתמודדות שלהם עם הטיפול בבית. לכן רצוי לעקוב אחר המטופל ובני משפחתו מיום קבלתו במועדון ובמהלך הביקורים כדי לבחון את ההשפעה המשולבת על שניהם.

ביבליוגרפיה

- גולדברג, א', "פרוייקט קהילתי ניסיוני לטיפול קבוצתי בחולי דמנציה", גרנטולוגיה 29-30 (1985).
 הבר-שיים, ג', "דמנטיה סגילית בישראל: הערכה ראשונית", דפי דיון, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה, ירושלים, 1985.
 זילברשטיין, י', "סקר על צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים בבני-ברק — שירותים נחוצים ועלותם", המוסד לביטוח לאומי, יולי 1981.

חביב, ג', פקטור, ח' ובאר, ש', "צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום ובשנים הבאות", ידיעון האגודה הישראלית לגרונטולוגיה (חורף 1985/86).

Haugen, P.K., "Treatment of Dementia in Old Age in Institutional Environment", paper presented to: Scientific Group in Senile Dementia, Paris, 1983.

Holden, U., *Approaches to the Confused Elderly*, Churchill Livingstone Press, 1982.

Royal College of Physicians, "Organic Mental Impairment in the Elderly: A report of the Royal College of Physicians, *Journal of the Royal College of Physicians of London*, Vol. 15, No. 3 (July 1981).

Sheldon, F., "Supporting the Supporters: Working with the Relatives of Patients with Dementia", *Age and Ageing*, 11 (1982), pp. 184-188.

Treas, A., "Family Support System for the Aged", *Journal of Gerontology*, Vol. 6, No. 17 (1977).

Zarit, S.H. & Reever, K.H., "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden", *The Gerontologist*, Vol. 20, No. 6 (1982).

העדפות של תחומים הקשורים לאיכות חיים

מאת ד"ר אלי פרנקל וד"ר יוסי מלר*

מבוא

שהוא מצב אינדיווידואלי סובייקטיבי, עסקה תנועת האינדיקטורים החברתיים מראשיתה כאיסוף אינפורמציה אובייקטיבית בלבד על מצב החברה. העיסוק הבלעדי באינדיקטורים אובייקטיביים התבסס על ההנחה, שהרגשת האושר של בני אדם קשורה במישרין בנסיבות החיצוניות שבהן הם חיים. אך מחברר, שהקשר בין הנסיבות החיצוניות, המצב האובייקטיבי, ובין ההרגשה הסובייקטיבית אינו מובן מאליו (Kennedy et al., 1978). נמצא, לדוגמה, שאין כמעט קשר בין מספר אינטראקציות ופעילויות חברתיות ובין "הרגשת אושר" חברתית (Donald & Ware, 1982), או בין גובה הכנסה ובין "הרגשת אושר" כללית (Campbell, 1981). הרגשת האושר של בני אדם נובעת משילוב של נסיבות חיצוניות אובייקטיביות שבהן הם חיים, כגון גובה הכנסה, צפיפות דיור, ושל הרגשתם, או תפיסתם הסובייקטיבית, את הנסיבות החיצוניות האלה. ממצאים אלה ואחרים מצביעים על כך שההנחה שעליה מתבססים קובעי המדיניות החברתית בדבר הקשר בין נסיבות חיצוניות ובין "הרגשת האושר" של בני אדם אינה תואמת את המציאות. לא די לקבוע מדיניות חברתית על-פי אינדיקטורים אובייקטיביים בלבד. בקבלת החלטות חברתיות יש להביא בחשבון גם אינדיקטורים סובייקטיביים. בשנים האחרונות התפתח מחקר על איכות חיים באוכלוסייה שעיקרו איסוף מידע על הרגשות, או תפיסות סובייקטיביות, הבא

אינדיקטורים חברתיים מתארים את מצבה הכלכלי והחברתי של אוכלוסייה ובכך הם משמשים מכשיר עזר העשוי להנחות קובעי מדיניות בהחלטותיהם בנושאים של כלכלה וחברה. מזה עשרות שנים אוספות ממשלות נתונים על מצבן הכלכלי והחברתי של אוכלוסיותיהן. עד לשנות השישים נאספו בעיקר נתונים הקשורים לאינדיקטורים כלכליים, כגון תל"ג לנפש. בשנות השישים קמה תנועת האינדיקטורים החברתיים, שטענה שאין די באינדיקטורים כלכליים כדי לתאר את מצבה החברתי של אוכלוסייה ויש להוסיף עליהם איסוף שיטתי של נתונים חברתיים, שהם אינדיקטורים חברתיים. מאז מנסות ממשלות להגיע למערכת של אינדיקטורים שתשקף בצורה נאמנה את הנעשה בחברה כדי לאפשר שיפור ברווחתם של פרטים (OECD, 1982). אך כדי לשמש מכשיר לקביעת מדיניות לא די בתיאור של מצב חברתי נתון. ואכן, תנועת האינדיקטורים החברתיים רואה כאחת ממטרותיה החשובות בניית כלים אנליטיים, שהם בעיקרם קריטריונים להעדפות חברתיות, שיהיו לעזר בתכנון חברתי, בהנדסה חברתית (UNESCO, 1974).

למרות שמדיניות חברתית שואפת למקסימיזציה של רווחה חברתית, לשיפור "הרגשת האושר" (well-being) של פרטים,

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

(Andrews 1980) וסוגיית היציבות, או התוקף (Atkinson, 1982; Larsen *et. al.*, 1985). סוגיית האוניברסליות עוסקת בשאלה מה מידת הדמיון או השוני בהרגשת האושר, או הרגשת ה-well-being של בני אדם, בכלל או בתחומים ספציפיים של חייהם, באוכלוסיות שונות או בתת-קבוצות של אוכלוסייה אחת, כגון קבוצות גיל שונות או קבוצות אתניות שונות. מחקרים שונים מצאו הבדלים בדיווח על הרגשת האושר של קבוצות שונות, הבדלים הקשורים במידה רבה לנסיבות החיצוניות של קבוצות אלה (Campbell, 1981; Szalai & Andrews, 1980). אנו מניחים, שקביעת העדפות קשורה יותר לצרכים בסיסיים של בני אדם מאשר לנסיבות חיצוניות שבהן הם חיים ולכן ניתן לשער שבקביעת העדפות תהיה אוניברסליות רבה יותר. דמיון רב בקביעת העדיפויות אצל קבוצות שונות יצביע על האוניברסליות של תחומים התורמים להרגשת אושר כללית.

סוגיית היציבות מתייחסת לשאלה באיזו מידה הדיווח על הרגשה סובייקטיבית משקף מצב יציב לאורך זמן או שהוא מושפע מנסיבות מידיות, מקריות ומשתנות, כגון מזג האוויר, מצב של עייפות רגעית, אירוע דומיננטי בעת הדיווח וכדומה. גם כאן ניתן לשער שקביעת העדפות בתחומים הקשורים להרגשת האושר תלויה פחות בנסיבות חיצוניות מידיות. דמיון בהעדפות של תחומים התורמים להרגשת אושר בקבוצות הנמצאות בנסיבות חיצוניות קונקרטיות שונות יצביע על מידת היציבות שבה נתפסים תחומים אלה כתורמים להרגשת אושר כללית.

לבדיקת העדפות סובייקטיביות יש תרומה נוספת הקשורה לקביעת מדיניות חברתית והיא זיהוי סדר העדפותיהם של בני אדם ביחס לתחומי חיים שונים. אינדיקטורים חברתיים מתארים במידה רבה מצב קונקרטי בזמן נתון. אם כי תיאור מצב נתון, לדוגמה שיעורי פשיעה, שטח גנים ציבוריים לנפש באזורים עירוניים, יש בו כדי להנחות קובעי מדיניות בהחלטותיהם, העדפותיהם, ההקצאות הדיפ-

להשלים את המידע האובייקטיבי של האינדיקטורים החברתיים, כדי להצביע על מצב רווחתה של אוכלוסייה (Allardt, 1976; Andrews & Withey, 1976; Campbell *et. al.*, 1976; Szalai & Andrews, 1980). דוגמה לשילוב של אינדיקטורים אובייקטיביים וסובייקטיביים נמצאת ב-Social Indicators III. זהו פרסום של ממשלת ארצות הברית על אינדיקטורים חברתיים במדינה זו (U.S., 1980). בפרסום זה, נוסף על הקדמה כללית המתחייחת לנתונים על הרגשות בדבר איכות החיים בארצות הברית, פותח כל תחום שמפורטים בו אינדיקטורים, כגון משפחה, בריאות, דיור וכן הלאה, בתפיסות סובייקטיביות של הציבור כלפי התחום הנידון.

נראה, שאי השימוש של קובעי מדיניות חברתית באינדיקטורים סובייקטיביים נובע בעיקר משתי סיבות. האחת היא הקושי למדוד הרגשות סובייקטיביות, והשנייה היא חוסר האחידות שבאינדיקטורים הסובייקטיביים. מכשירי המדידה לבדיקת אינדיקטורים סובייקטיביים מתפתחים ומשתפרים בשנים האחרונות (לדוגמה, Larsen *et. al.*, 1985). טענתם של קובעי המדיניות היא, שגם אם נגיע ליתר דיוק במדידת האינדיקטורים הסובייקטיביים אין בכך כדי לפתור את הבעיה של חוסר אחידות. אנו מציעים לעשות הבחנה בחקר האינדיקטורים הסובייקטיביים בין בדיקה סובייקטיבית של מצבים קונקרטיים ובין בדיקה של העדפות סובייקטיביות. טענתנו היא, שבהעדפות סובייקטיביות קיימת מידה רבה של אחידות למרות השונות במצבים קונקרטיים של יחידים. מחקר זה בא לבדוק את הטענה בדבר האחידות שבהעדפות סובייקטיביות, אחידות המתבטאת במידת האוניברסליות ובמידת היציבות שבהעדפות.

שאלה על העדפות, לעומת שאלה על מצב קונקרטי, מתייחסת לשתי סוגיות הקשורות בחקר אינדיקטורים סובייקטיביים: סוגיית האוניברסליות, או היחסיות התרבותית (cultural relativism). ראה: Kennedy *et. al.*, 1978; Szalai &

U.S. 1980, *Social Indicators III*. שאלה זו הועברה לקבוצות שונות שהיו בנסיבות מידיות שונות. ההשוואה בין קבוצות אלה לבין עצמן, וכן בין קבוצות אלה שכולן מישראל ובין הממצאים מן האוכלוסייה בארצות הברית בדבר העדפותיהם לגבי תחומים שונים התורמים להרגשת אושר כללית תצביע על התחומים המועדפים, וכן על מידת האוניברסליות והיציבות בהעדפות אלה.

קבוצות ההשוואה

קבוצת המוצא היא הקבוצה שעליה דווח בפרסום הנזכר לעיל (U.S., 1980), המייצגת את אוכלוסיית ארצות הברית. להשוואה נבחרו שלוש קבוצות של סטודנטים בשתי אוניברסיטאות בישראל בשנה האקדמית 1984/85. בחרנו בישראל במדגם מכוון (purposive sample), כדי לבדוק אם גם בקבוצות קיצוניות מבחינת תנאים חיצוניים תהינה העדפות סובייקטיביות דומות לאלה שבאוכ' לוס'יה כללית החיה בתנאים שונים. מבחינה זו קבוצות הסטודנטים אינן מייצגות את האוכלוסייה הכללית בישראל, אך דמיון בין קבוצות קיצוניות אלה ובין האוכלוסייה הכללית בארצות הברית יתן תוקף רב יותר לבדיקת ההשערות בדבר האוניברסליות והיציבות של ההעדפות. הקבוצות הן: 1. תלמידי השנה הראשונה בבית-הספר לעבודה סוציאלית; 2. תלמידי השנה הראשונה בפקולטה למשפטים. שתי קבוצות אלה הן מן האוניברסיטה העברית בירושלים; 3. תלמידי השנה הראשונה בבית-הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה. בקבוצה הראשונה היו 87 סטודנטים; בקבוצה השנייה היו 64 סטודנטים; בקבוצה השלישית היו 71 סטודנטים. בסך הכל 222 סטודנטים. הסטודנטים בקבוצות אלה, בהשוואה לאוכלוסיית ארצות הברית, הם צעירים יותר בגילם, רובם לא נשואים, הם בעלי השכלה גבוהה יותר והם חיים בנסיבות חיצוניות קונקרטיות שונות מבחינת התנאים הכלכליים והחברתיים בישראל, לעומת תנאים אלה בארצות הברית.

רנציאליות לתחומים השונים, אינן נובעות ישירות ובאופן בלעדי מתיאור זה, אלא גם מדרגת החשיבות החברתית המתלווה לתחומים השונים. הדבר נכון גם לגבי האינדיקטורים הסובייקטיביים. המידע על העדפות, על מידת החשיבות המיוחסת לתחומים השונים, משלים את המידע על המצב הקונקרטי הקיים בתחומים אלה בדרך העשויה להנחות החלטות הקשורות במדיניות חברתית. תיאור מידת נתונה של הרגשת אושר של בני אדם בתחומים שונים עדיין אין בו כדי לענות על השאלה אילו תחומים חשובים להם יותר בהרגשת האושר שלהם. מידע זה על מידת החשיבות היחסית של כל תחום לאושר הכללי אפשר לקבל משאלה על העדפותיהם של בני אדם לגבי תחומים שונים. בשאלה זו על העדפות אין, מאידך גיסא, תיאור של מצב קונקרטי קיים. ייחוס מידת חשיבות לתחום אחד עדיין אין בו תיאור של הרגשתו הקונקרטית של המייחס חשיבות זו כלפי התחום האמור. את ההבדל בין שני סוגי מידע אלה, תיאור ההרגשה במצב נתון של תחום אחד ודירוג ההעדפה של תחום זה בהרגשת אושר כללית, אפשר לראות בדיווח ב-*Social Indicators III*, שבו מוצגים שני סוגי המידע. תחום הבריאות, לדוגמה, נמצא במקום החמישי מבחינת ההרגשה הקונקרטית ובמקום הראשון מבחינת חשיבותו להרגשת אושר כללית (U.S., 1980, Table A, p. LV).

מטרותיו של מחקר זה הן: 1. לבדוק את שתי ההשערות על אוניברסליות ויציבות, כפי שפורטו לעיל; 2. לברר את מידת החשיבות היחסית, שהיא דירוג העדפות, של תחומים שונים התורמים להרגשת אושר כללית.

שיטת המחקר

כדי לבדוק שאלות אלה בחרנו בשאלה מקיפה ומסכמת בדבר העדפות של בני אדם ביחס לתחומים שונים של איכות חיים מתוך

הנבדקים "חשוב מאוד" לגבי כל אחד מן הפריטים. אך מאחר שאנו מעוניינים להשוות את הדירוג של מידת החשיבות של התחומים השונים להרגשת אושר כללית, נתבקשו הנבדקים כאן לדרג את הפריטים. דירוג הפריטים על-פי סדר חשיבותם באוכלוסיית ארצות הברית, כפי שהוא מובא בלוח 1, נקבע בידי עורכי הפרסום *Social Indicators III* בארצות הברית על-פי האחוז שבו צוין הפריט כחשוב מאוד.

ניתוח הנתונים

כגלל גודלן הקטן, יחסית, של קבוצות הסטודנטים, וההבדלים הקטנים בין תתי-קבוצות בייחוס החשיבות של הפריטים אנו מציגים את דרגות החשיבות של הפריטים לפי החציונים, דהיינו, בסולם שהטווח שלו הוא מ-1 עד 11 (מספר הפריטים), כאשר 1 פירושו החשוב ביותר ו-11 מציין את הפחות חשוב, החציון הוא הערך ש-50% מן הסטודנטים בקבוצה ייחסו לו חשיבות רבה יותר. ככל שערכו של החציון נמוך יותר כן רבה יותר חשיבותו של הפריט. לגבי כל פריט שדירוגו הסטודנטים חושב החציון לכל קבוצה בנפרד ולסך כל הסטודנטים.

ממצאים

בלוח 1 מובא דירוג הפריטים על-פי החציונים לסך כל הסטודנטים ולכל קבוצה בנפרד, וכך הדירוג של פריטים אלה בארצות הברית.

הדמיון בדירוג הפריטים בין קבוצות הסטודנטים הוא רב מאוד, בעיקר בשלושת הפריטים הראשונים, בריאות, שלווה נפש וחיי משפחה, ובשניים האחרונים, כסף ודת. כמו כן רב מאוד הדמיון בין כל הסטודנטים ובין אוכלוסיית ארצות הברית, ובעיקר בשלושת

גם בין שלוש קבוצות הסטודנטים בישראל היו הבדלים: היה הבדל גיאוגרפי — שתיים מן הקבוצות הן מירושלים, כלומר במרכז הארץ, ואחת היא מחיפה, דהיינו בצפון הארץ; כמו כן היה הבדל בשאיפות המקצועיות, וכנראה בהשקפת עולם: שתי קבוצות הן של לומדים עבודה סוציאלית ואחת של לומדי משפטים; והבדל נוסף, הנראה לנו בעל חשיבות רבה מבחינת ההרגשה הסובייקטיבית, הוא שקבוצה אחת נשאלה לפני בחינות הטרימסטר (קבוצת תלמידי עבודה סוציאלית בירושלים) וקבוצה אחת נשאלה לאחר בחינות הטרימסטר (קבוצת תלמידי משפטים בירושלים). הקבוצה השלישית נשאלה באמצע הסמסטר (תלמידי עבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה).

ככל שיימצא דמיון רב יותר בין הקבוצות בדבר העדפותיהן ביחס לאיכות חיים בתוך שונות זו במשתנים דמוגרפיים, בהשכלה, בהשקפת עולם ובנסיבות חיצוניות קונקרטיות, כך יצביע הדבר על האוניברסליות והיציבות של התחומים הנחפסים כבעלי משקל גבוה יותר בהרגשת האושר הכללית של בני אדם.

איסוף הנתונים

לשלושת קבוצות הסטודנטים ניתן שאלון שבו פורטו 11 פריטים, לפי סדר האלף בית, שהם תחומים התורמים להרגשת אושר כללית. פריטים אלה הם אותם הפריטים המופיעים בדיווח על הממצאים בדבר חשיבות התחומים השונים להרגשת אושר כללית בארצות הברית. הפריטים הם: אהבה רומנטית, בריאות, דת, השכלה, חברים, חיי משפחה, יחס של כבוד, כסף, מין, עבודה ושלווה נפש. הסטודנטים נתבקשו לדרג את הפריטים על-פי המידה שהם נראים להם חשובים לחיים מאושרים. מן הראוי לציין שהשאלה שנשאלה בארצות הברית, אף-על-פי שהתייחסה לאותם פריטים, היתה שונה במעט מזו שנשאלה כאן. שם נתבקשו הנבדקים לומר כמה חשוב להם כל פריט מרשימת הפריטים להרגשה של חיים מאושרים והדיווח הוא על האחוז שבו ענו

לוח 1. דירוג פרטים על-פי חשיבותם להדגשת אושר כללית בישראל ובארצות הברית

ארצות הברית	ישראל									
	עבודה סוציאלית				עבודה סוציאלית					
	חופה	מספטים יהושלים	ירושלים	כל הסטודנטים	משיבים	דרגה	חציין	דרגה		
97	1	2.2	1	2.2	1	2.2	1	2.2	1	בריאות
91	3	3.0	3	3.2	2	2.8	2	3.0	2	שלוחות נפש
92	2	2.9	2	3.8	3	3.3	3	3.2	3	חי" משפחה
71	5	4.9	4-5	5.2	5	5.0	4	5.1	4	חברים
33	11	6.7	6	4.2	4	6.1	6	5.6	5	אהבה רומנטית
69	6	4.9	4-5	6.2	6	5.6	5	5.7	6	השכלה
60	7	6.8	7	7.1	8	7.5	8	7.1	7	עבודה
76	4	7.2	8	8.0	9	6.7	7	7.3	8	יחס של כבוד
38	10	7.3	9	6.6	7	8.3	9	7.7	9	מיץ
47	9	8.7	10	8.4	10	8.9	10	8.7	10	כסף
58	8	10.6	11	10.7	11	10.4	11	10.6	11	דת

הערפות של תחומים הקשורים לאיכות חיים

האוניברסליות הרבה שיש לתחום זה כמשפיע על אושרו של האדם.

אחרי בריאות באים שני תחומים שגם הם מועדפים בעיני כל הקבוצות, בישראל ובארצות הברית: שלווה נפש וחיי משפחה. לגבי שני תחומים אלה יש הבדלים בדירוג בין הקבוצות: תלמידי עבודה סוציאלית בירושלים ומשפטים בירושלים דירגו שלווה נפש במקום שני וחיי משפחה בשלישי, ואילו תלמידי עבודה סוציאלית בחיפה והנבדקים בארצות הברית דירגו חיי משפחה במקום השני ושלווה נפש במקום השלישי. אך ההבדלים בין המקום השני למקום השלישי, הן לגבי כל הסטודנטים בישראל והן לגבי אוכלוסיית ארצות הברית, הם קטנים מאוד: הבדל בחציון מ-3.0 ל-3.2 בישראל ובאחוזים מ-92 ל-91 בארצות הברית. למעשה אפשר לראות שני תחומים אלה, הן בישראל והן בארצות הברית, כצמודים זה לזה מבחינת חשיבותם.

מעניין הדירוג הדומה שניתן בשתי הקבוצות הלומדות בירושלים, עבודה סוציאלית ומשפטים, לפריט שלווה נפש, שקיבל את המקום השני. כפי שנאמר לעיל, אחד ההבדלים בין שתי קבוצות אלה הוא שהסטודנטים לעבודה סוציאלית בירושלים נשאלו לפני בחינות הטרימסטר, ואילו הסטודנטים למשפטים נשאלו לאחר בחינות הטרימסטר. אפשר היה להניח, שהסטודנטים שניצבו לפני הבחינות ידרגו שלווה נפש במקום גבוה יותר מאשר הסטודנטים שהיו כבר לאחר הבחינות.

הפריטים הראשונים. הפריט החריג ביותר בהשוואה בין הסטודנטים בישראל ובין אוכלוסיית ארצות הברית הוא אהבה רומנטית, התופסת מקום חמישי אצל הסטודנטים בארץ ומקום אחרון, אחת-עשרה, בארצות הברית. פריט זה יותר מכל פריט אחר מצביע כנראה על הבדלי הגיל בין הקבוצות. אהבה רומנטית מעסיקה במיוחד את קבוצת הגיל של תחילת שנות העשרים, שהוא גיל הסטודנטים בישראל, ויותר מאשר את הגילאים המבוגרים יותר. בלוח 2 מוצגים מתאמי דרגות לפי ספירמן בין קבוצות הסטודנטים לבין עצמן וכן בין כל הסטודנטים ובין אוכלוסיית ארצות הברית, פעם אחת כולל הפריט אהבה רומנטית ופעם ללא פריט זה.

הדמיון בין קבוצות הסטודנטים הוא כמעט מלא. הדמיון בין כל הסטודנטים ובין אוכלוסיית ארצות הברית הוא גבוה מאוד (0.70) וללא אהבה רומנטית הוא אף מתקרב לדמיון מלא (0.87).

התחום המועדף ביותר, החשוב ביותר להרגשת אושר כללית, הוא בריאות. כל הקבוצות, בישראל ובארצות הברית, קבעו תחום זה כראשון בחשיבותו, ללא יוצא מן הכלל, על אף ההבדלים בגיל ובתנאים הכלכליים החברתיים. כל קבוצת הסטודנטים, אנשים צעירים שרובם הגדול נמצאים בתחילת שנות העשרים לחייהם, בדומה לאוכלוסייה הכללית בארצות הברית, ציינו תחום זה כראשון בחשיבותו. דבר זה מצביע בבירור על

לוח 2. מתאם דרגות (ספירמן) בין קבוצות הסטודנטים ובין כל הסטודנטים ובין אוכלוסיית ארצות הברית

הקבוצות	r.spr
עבודה סוציאלית ירושלים – עבודה סוציאלית חיפה	.98
עבודה סוציאלית ירושלים – משפטים ירושלים	.94
עבודה סוציאלית חיפה – משפטים ירושלים	.93
כל הסטודנטים – ארצות הברית (כולל אהבה רומנטית)	.70
כל הסטודנטים – ארצות הברית (לא כולל אהבה רומנטית)	.87

הם בתחום של אהבה רומנטית, כאמור לעיל, וכן בתחומים יחס של כבוד, שקיבל מקום רביעי בארצות הברית ואת המקום השמיני בישראל, ודת, שקיבל את המקום השמיני בארצות הברית ואת המקום האחרון, האחד-עשר, בכל הקבוצות בישראל. נראה, ששני תחומים אלה קשורים לערכים תרבותיים יותר מאשר התחומים האחרים, הקשורים יותר לצרכים הבסיסיים של בני אדם, בין שהם צרכים טבעיים (בריאות, שלווה נפש, חיי משפחה, חברים ומין) ובין שהם צרכים אינסטרומנטליים (השכלה, עבודה וכסף). ההבדלים בין שני תחומים אלה, יחס של כבוד ודת, משקפים לפי זה את השונות התרבותית בין הסטודנטים בישראל ובין אוכלוסיית ארצות הברית, כלומר את היחסיות התרבותית. ייתכן שיש בכך הסבר מה לאי ההתאמה בין הנסיבות החיצוניות שבהן חיים בני אדם ובין הרגשתם הסובייקטיבית כלפי נסיבות אלה, כפי שנאמר לעיל. ההרגשה הסובייקטיבית קשורה יותר, כפי שרואה זאת מסלאו (Maslow, 1970), לצרכים הבסיסיים של בני אדם, שהם יותר אוניברסליים ויציבים, כפי שהדבר מחבטא כאן בדמיון הרב בהעדפת תחומים הקשורים בצרכים אלה, ואילו הנסיבות החיצוניות, שהן פוטנציאל למענה לצורכי בני אדם, קשורות יותר למסגרת תרבותית חברתית שיש בה שונות רבה יותר, כלומר אוניברסליות נמוכה יותר. לפי זה, הדמיון בצרכים לעומת השונות במענים הוא אחד המקורות לאי ההתאמה בין נסיבות חיצוניות ובין הרגשות סובייקטיביות כלפי אותן נסיבות.

כדי לעמוד על קשרים בין התחומים הרצונו מתאמי דרגות של ספירמן בין התחומים השונים בתוך קבוצת כל הסטודנטים. התוצאות ברובן אינן מפתיעות, ובכך מחזקות למעשה את התוקף של ההעדפות. המתאם הגבוה ביותר הוא מתאם שלילי בין דת למין, בין "הרוח לבשר", $r.spr = -.42$. מתאם שלילי אחר, שאינו בלתי צפוי עבור סטודנטים, הוא בין השכלה לשלוות נפש, $r.spr = -.31$. מתאם חיובי, צפוי אף הוא, נמצא בין אהבה רומנטית

הדמיון בדירוג בין שתי הקבוצות מצביע על כך שבקביעת העדפות נוטים בני אדם להיות לא מושפעים מנסיבות חיצוניות מידיות, כלומר על היציבות הגבוהה בקביעת עדיפויות. הדירוג הגבוה והדמיון בהעדפה של חיי משפחה ושלוות נפש, למרות הנסיבות החיצוניות השונות, וכן הדמיון בהעדפת תחום הבריאות, מצביעים הן על חשיבותם של תחומים אלה והן על האוניברסליות והיציבות הרבה בקביעת חשיבות התחומים התורמים להרגשת אושר כללית.

העדפתם של שלושת התחומים הנזכרים עד כה, בריאות, חיי משפחה ושלוות נפש, בולטת במיוחד. הם נקבעו בבירור בידי כל הקבוצות בדירוג 1 עד 3, ונוסף על כך בכל הקבוצות, מלבד זו של תלמידי המשפטים בירושלים, יש קפיצה גדולה, בחציונים בישראל ובאחוזים בארצות הברית, בין התחום שזכה לעדיפות שלישית ובין התחום שנקבע בעדיפות רביעית. יותר מאשר ההבדלים בין שלושת התחומים הראשונים לבין עצמם.

גם בשאר התחומים יש דמיון רב. ראוי להזכיר את הדמיון הרב בין הקבוצות השונות, ולמעשה את העדיפות הזוהה בין כל הסטודנטים ובין אוכלוסיית ארצות הברית, בתחומים השכלה, שקיבל את המקום השישי, ועבודה, שקיבל את המקום השביעי. הסטודנטים, שהם לא רק בעלי השכלה גבוהה מן הממוצע אלא אף בחרו להשקיע מאמץ ניכר ברכישת השכלה נוספת, ושטרם התנסו בחיי עבודה, מדרגים השכלה ועבודה בעדיפות דומה לזו שמדרגת אותן הקבוצה בארצות הברית. יש גם דמיון רב בכל הקבוצות, בישראל ובארצות הברית, בשני פריטים שדורגו בתחתית סולם העדיפויות, מין וכסף. למרות השונות בין קבוצת הסטודנטים ובין הקבוצה בארצות הברית. כל אלה יש בהם אישור נוסף לאוניברסליות וליציבות בהעדפת תחומים התורמים להרגשת אושר כללית.

בשלוש קבוצות הסטודנטים בישראל יש אחדות רבה מאוד בקביעת סדרי העדיפויות. ההבדלים העיקריים בין ישראל לארצות הברית

אינדיקטורים סובייקטיביים. במחקר זה אושרה במידה רבה ההשערה שיש אחדות בהרגשות סובייקטיביות הקשורות בהעדפות, לעומת הרגשות לגבי מצב קונקרטי נתון. אלה מחלישים את הטענות שבגללן הוזנח המחקר באינדיקטורים סובייקטיביים, דהיינו קשיי מדידה וחוסר אחדות.

לסיכום, לא ניתן לגזור מממצאי מחקר זה מסקנות אופרטיביות מידיות לקביעת מדיניות חברתית. מחקר חלוץ זה עיקר תרומתו היא קונצפטואלית. המחקר מצביע על כיוון חקירה שהוזנח במידה רבה ואשר יש לו חשיבות לקביעת מדיניות חברתית. גראה לנו, שיש מקום לעודד ולהרחיב את המחקר והפיתוח של אינדיקטורים סובייקטיביים. אי הכללתם של אלה יש בו משום גריעה משלמות התכנון של שירותים חברתיים. הדבר בולט בעיקר במגזר השירותים החברתיים האישיים, שבהם חשוב לכלול את המימד הסובייקטיבי של הפרט כדי לפתח ולבסס שירותים רלוונטיים ומועילים לאוכלוסיות היעד. דוגמה לאפיקי חקירה בכיוון זה היא מחקר שנעשה לאחרונה על אינדיקטורים סובייקטיביים בשכונות מצוקה שבעקבותיו הומלץ על דרכי פעולה לשיפור רווחתם של תושבי שכונות אלה (אנוש ואחרים, 1981).

ובין מין $r.spr = +.29$. מתאם שלילי, שהוא מפתיע יותר, נמצא בין אהבה רומנטית ובין יחס של כבוד. $r.spr = -.31$. כל המתאמים הנזכרים מובהקים ברמה של $p < 0.01$. שאר המתאמים הם נמוכים מאוד או שאינם מובהקים.

דיון וסיכום

קובעי מדיניות חברתית נשענים על אינדיקטורים אובייקטיביים כדי לתכנן ולפתח שירותים חברתיים שמטרתם לשפר את רווחתם של פרטים. רווחת הפרט היא שילוב של נסיבות חיצוניות ושל הרגשתו כלפי נסיבות אלה. האינדיקטורים האובייקטיביים מתייחסים לנסיבות החיצוניות וההישענות עליהם בלבד, מתוך הנחה מוטעית שיש התאמה בין נסיבות חיצוניות ובין הרגשות בני אדם כלפיהן, גורעת משלמות התכנון של שירותי הרווחה, ועלולה להביא לאי ניצול מקסימלי של משאבים כדי לשפר את רווחתם של בני אדם. הנטייה לא לעסוק באינדיקטורים סובייקטיביים נובעת מן הטענות בדבר קשיי מדידה ובדבר חוסר אחדות בחקר הרגשותיהם של בני אדם. בשנים האחרונות שוכללו כלי המדידה לבדיקת

ביבליוגרפיה

- אנוש נ', שחם י' ולסלאו א', איכות חיים בשכונות מצוקה, המכון לחקר עבודה ורווחה, האוניברסיטה העברית בירושלים ומשרד העבודה והרווחה, 1981.
- Allardt, E., "Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study", *Acta Sociologica*, 19 (1976), p. 227-239.
- Andrews, F.M. & Withey S.B., *Social Indicators of Well-Being*, New York, Plenum Press, 1976.
- Atkinson, T., "The Stability and Validity of Quality of Life Measures", *Social Indicators Research*, 10 (1982), p. 113-132.
- Campbell, A., *The Sense of Well-Being in America*, McGraw-Hill, 1981.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L., *The Quality of American Life*, New York, Russell Sage Foundation, 1976.

- Donald, C.A. & Ware, J.E., Jr., *The Quantification of Social Contacts and Resources*, Santa Monica, Rand, October 1982.
- Kennedy, L.W., Northcott, H. & Kinzel C., "Subjective Evaluation of Well-Being: Problems and Prospects", *Social Indicators Research*, 5 (1978), pp. 457-474.
- Larsen, R.J., Diener, E. & Emmons, R.A., "An Evaluation of Subjective Well-Being Measures", *Social Indicators Research*, 17 (1985), pp. 1-17.
- Maslow, A.H., *Motivation and Personality* (2nd ed.), Harper and Row, 1970.
- OECD, *The OECD List of Social Indicators*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 1982.
- Szalai, A. & Andrews, F.M., *The Quality of Life*, Sage, 1980.
- UNESCO, *Social Indicators: Problems of Definition and of Selection*, Paris, Unesco Press, 1974.
- U.S., *Social Indicators III*, U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1980.

הבטחת הכנסה – שינוי המדיניות ודרכי הביצוע

מאת פרופ' אברהם דורון וד"ר אורי ינאי*

א. מבוא

ה־30. לשכות הסעד, אשר כונו בתקופת הקמתן לשכות לעזרה סוציאלית, עסקו לא רק בהגשת סיוע כלכלי לאוכלוסייה נזקקת, אלא גם הגשת שירותים לטיפול סוציאלי-אישי. לשכות אלה הופעלו על-ידי צוותים של עובדים סוציאליים מקצועיים.

ההנחה הבסיסית שהנחתה את לשכות הסעד מראשית פעולתן היתה, שאדם או משפחה הנמצאים במצוקה וזקוקים לסיוע כלכלי זקוקים גם לטיפול סוציאלי.² שילוב שני היבטים אלה של מצוקת האדם מצא לו ביטוי במסגרת פעולות לשכות הסעד. שילוב זה קיבל את מיסודו הפורמאלי במדינת ישראל במסגרת חוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958, שקבע את המסגרת המוסדית והעניק את הגושפנקא החוקית לפעולתן של לשכות הסעד בחוץ מתן הסעד והגשת הטיפול הסוציאלי במדינת ישראל.³

מדיניות זו של מתן סיוע כלכלי במשולב עם הטיפול הסוציאלי-אישי נמצאה במשך השנים בלתי משביעה רצון. בהדרגה התגבשה

חוק הבטחת הכנסה, החשמ"א-1980, נכנס לחוקפו בינואר 1982. החוק הביא עמו שינוי מרחיק-לכת באחת מן הגזרות החשובות של מערכת שירותי הרווחה במדינת ישראל. עם הפעלת החוק הועברה האחריות להבטחת הקיום, או מה שכונה קודם הגשת סעד לקבוצות אוכלוסייה נזקקות, מידי הלשכות לשירותים חברתיים של הרשויות המקומיות לידי השלטון המרכזי באמצעות המוסד לביטוח לאומי. כתוצאה משינוי זה נוצרה במכוון הפרדה מלאה, פונקציונלית וארגונית, בין הגשת שירותי הטיפול הסוציאלי-אישי לאוכלוסייה במצוקה ובין מתן הגימלאות להבטחת הכנסה שמטרתן לספק את צורכי הקיום הכלכלי של קבוצת אוכלוסייה זו.¹

בהפרדה שנוצרה יש ביטוי למפנה בדפוסי הפעולה של שירותי הרווחה כפי שאלה התגבשו מאז הקמתם בתקופת היישוב, בראשית שנות

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

תודתנו נתונה לעובדי אגף המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי, למנהל השירות להבטחת הכנסה ולעובדים בסניפי המוסד לביטוח לאומי והלשכות לשירותים חברתיים ביישובים שבהם נערך המחקר על הסיוע הרב שהגישו בעריכת מחקר זה. ממצאי המחקר והמסקנות הם באחריותם הבלעדית של המחברים.

1 ראה על כך "חוק הבטחת הכנסה": לאה אחדות ומנחם כרמי (עורכים), סקירה שנתית 1980, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, 1981.

2 ראה: הועד הלאומי לכנסת ישראל, העבודה הסוציאלית בכנסת ישראל, עקרונות ויסודות, ירושלים, המחלקה הסוציאלית של הועד הלאומי, מרס 1935.

3 ראה: משרד הסעד, סעד בישראל, סקירה על בעיות הסעד ודרכי הטיפול בהן, ירושלים, אפריל 1965; וכן אברהם דורון, "מערכת הסעד במדינת ישראל: סוגיות של מדיניות ומינהל", מדינה, ממשל ויחסים בינלאומיים, מס' 11 (חורף 1977).

לשירותים החברתיים, עליה לפנות כעת לשני מוסדות נפרדים: כדי לקבל סיוע כלכלי, היינו את גימלת הבטחת ההכנסה, עליה לפנות לסניף המוסד לביטוח לאומי, ובקשר לקבלת השירותים לטיפול סוציאלי-אישי, על אוכלוסיה זו להמשיך ולפנות כבעבר לשכונת המקומיות לשירותים חברתיים. ההנחה ביסוד השינוי היתה כאמור שלא כל האוכלוסייה הזקוקה להבטחת הכנסה זקוקה גם לטיפול סוציאלי. אבל אותם האנשים הזקוקים לשני סוגי השירותים נדרשים כיום לפנות לשם קבלתם לשני מוסדות נפרדים.

יתר על כן, האחריות לשני סוגי השירותים חולקה לא רק מבחינה ארגונית ופונקציונלית; אף לגביה חל שינוי מבחינת האחריות הפרופסיונלית. לפני ההפרדה היתה האחריות על כל השירותים שהוגשו בלשכות לשירותים החברתיים בידי גורם מקצועי אחד, קרי בידי העובדים הסוציאליים. בהסדר החדש רק שירותי הטיפול האישיים נותרו באחריותם של העובדים הסוציאליים בשעה שמתן גימלאות הבטחת הכנסה הועבר לאחריותו הבלעדית של המנגנון המינהלי הרגיל במוסד לביטוח לאומי, אותו מנגנון המופקד גם על מתן גימלאות כספיות אחרות. אין ספק, שגם לשינוי זה יש משמעות חשובה עבור האוכלוסייה הנזקקת לשירות.

באשר למערכת שירותי הרווחה, עיקר השינוי הוא בכך שההסדר החוקי החדש הוציא מידי 180 הלשכות המקומיות לשירותים חברתיים את האחריות לדאוג להבטחת הקיום של האוכלוסייה הנזקקת בישראל. מבחינה עקרונית, הבטחת קיום שהיתה לפני ההעברה בתחום אחריותה של כל רשות מקומית הפכה להיות אחריות ארצית, של השלטון המרכזי.

ההכרה, שלא כל פונה המבקש תמיכת סעד זקוק גם לטיפול סוציאלי וכי אין זה נכון להשתמש בכוח האדם המקצועי של עובדים סוציאליים לצורך מתן סיוע כלכלי כאשר מטלה זו אינה תחום מיומנות שלהם. בעקבות ההפרדה שנקבעה בין שני תחומי התערבות אלה בארצות אחרות בעולם נעשו בישראל, כבר בתחילת שנות ה-70, ניסיונות ראשונים להפריד בין הגשת טיפול סוציאלי ובין מתן סיוע כלכלי.⁴

הצעדים האלה כללו בעיקר הפרדה פונקציונלית פנימית בלבד בתוך לשכות הסעד. לשם כך אושרו בחלק מן הלשכות תקנים ונשכרו עובדי זכאות מיוחדים שהופקדו על מתן הסיוע הכלכלי. יחד עם זאת, נותרו שני הנושאים, הטיפול הסוציאלי והענקת התמיכה הכלכלית, בתחום אחריותן של הלשכות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. השירות המשולב בלשכות אלה ניתן באחריות אנשי מקצוע העבודה הסוציאלית.⁵

תהליך ההפרדה שהוחל בו בראשית שנות ה-70 הושלם עם הפעלת חוק הבטחת הכנסה ב-1982. משמעותה המעשית של ה"הפרדה" היתה הבדלה וניתוק של מתן הסיוע הכלכלי, ובמינוח החדש — של גימלאות הבטחת הכנסה, ממתן שירותי הטיפול הסוציאלי-אישי. הפרדה זו נועדה להביא עמה תיקון של הפגמים הכולטים שהיו קיימים במערכת המשולבת.⁶ אולם, היא גם צפנה בחובה משמעויות נוספות הן ליחידים ולמשפחות במצוקה והן למערכת שירותי הרווחה במדינת ישראל. המשמעות לאוכלוסייה הנזקקת, המתבטאת ב"העברה", היא בכך שכדי לקבל את כל סוגי השירותים שהוגשו לה עד להפעלת ההסדר החדש בתוך הלשכות

4 על הדיונים בסוגיה זו ראה הדו"חות של שתי הוועדות שעסקו בנושא: דו"ח ועדת זלצברג ודו"ח ועדת קטן, המלצות הוועדות לבדיקת ארגון שירותי הסעד המקומיים, משרד הסעד, האגף למחקר לתכנון ולהכשרה, דצמבר 1975.

5 ראה אליעזר יפה, "הפרדת כח אדם לפני ואחרי הפרדת תפקידים בלשכות הסעד", מגמות, כ"א (3) (אייר תשל"ה).

6 על הפגמים של המערכת המשולבת ראה: אברהם דורון, "מערכת הסעד במדינת ישראל: סוגיות של מדיניות ומינהל", שם; וכן, אברהם דורון וציפי זיסקינד, גימלאות להבטחת קיום — הצעת תכנית, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ולתכנון, 1978.

להפניית הנזקים לשירותים לטיפול סוציאלי האמורים לתת להם מענה.

השינויים שחלו בעקבות הפעלת חוק הבטחת הכנסה שתוארו לעיל יש להם על כן משמעות רבה הן לקבוצות אוכלוסייה במצוקה והן לציבור בכללו. כך, למשל, הכוונה היא, שמי שלא פנו בעבר לקבלת סיוע מחשש לתיוג כ"נתמכי סעד" יכולים כעת, לאחר הפעלת החוק, לפנות למוסד לביטוח לאומי בעניינם ללא חשש כזה. ומי שמעוניינים לקבל טיפול סוציאלי אישי יכולים לפנות ללשכת הסעד המקומית ששוב אינה עוסקת במתן סיוע כספי לנזקקים. מעקב אחר שינויים אלה הוא לפיכך חשוב כדי שניתן יהיה לעמוד על ההשפעה שלהם בתחומים אלה של חיי החברה הישראלית.

במאמר זה ננסה לכן לבחון כמה מן ההשלכות שהיו הלכה למעשה להפרדה הפונקציונלית ולהעברה הארגונית שתוארה לעיל על הרווחה של האוכלוסייה במצוקה ועל שתי מערכות השירות — הלשכות לשירותים חברתיים והמוסד לביטוח לאומי — המופקדות על הגשת שירותים לאוכלוסייה זו. המאמר יעסוק בכמה מן הסוגיות המרכזיות של ההפרדה הארגונית והפונקציונלית, כפי שאלה באו לידי ביטוי בעקבות הפעלת החוק החדש להבטחת הכנסה. הסוגיות הללו הן:

א. דפוסי הפעולה של שתי מערכות השירות. השאלות כאן נוגעות להשלכות של השינוי על דרכי הפעולה של שתי מערכות השירות עליהן עצמן ועל היחס שלהן לאוכלוסיית הפונים אליהן.

ב. תהליך ההפרדה וההעברה עצמו. השאלה כאן עוסקת בבחינת הנהלים הארגוניים שהופעלו בשתי מערכות השירות לביצוע ההעברה וכיצד אלה בוצעו הלכה למעשה כדי לאפשר לאוכלוסיות נזקקות

מבחינה מעשית המטלה של מתן גימלאות כספיות היתה מרכיב חשוב של פעולת הלשכות לשירותים חברתיים. הוצאת תפקיד חשוב זה מידי הלשכות יש בו בוודאי כדי להשפיע על אופי פעילותן. הציפיות היו, שהלשכות לשירותים חברתיים אכן תמקדנה מחדש את דרכי פעולתן כדי למלא את המשימה העיקרית שלהן, שהפכה להיות — לאחר ההעברה — בתחום הבלעדי של הגשת טיפול סוציאלי אישי לכל קבוצות האוכלוסייה.⁷

המשמעות הנוספת היא, שהמוסד לביטוח לאומי קיבל על עצמו, על-פי חוק הבטחת הכנסה החדש, את הדאגה להושיט את הסיוע הכלכלי לקיומן של קבוצות האוכלוסייה הנזקקות. אמנם לרשות המוסד עומדים הניסיון והתשתית הארגונית והמינהלית הנחוצים למילוי מטלה זו, אבל אין כל ספק שמילוייה באופן משביע רצון העמיד בפניו אתגר רציני. המטלה שהוטלה עליו היא לטפל באוכלוסייה המאופיינת לעתים לא רק בנזקקות כלכלית, אלא גם כך שבחלקים ממנה הנזקקות הכלכלית נובעת גם מהתנהגות שיש בה משום סטייה מן הנורמות החברתיות המקובלות. האתגר הכפול של המוסד הוא לכן להבטיח את הקיום הכלכלי של האוכלוסייה הנזקקת, התלויה לקיומה בקבלת גימלאות הבטחת הכנסה. אולם בנוסף על כך על פקידי המוסד גם להבטיח שאותם חלקי האוכלוסייה הנתונה במצוקה, והזקוקה להתערבות טיפולית של השירותים לטיפול סוציאלי-אישי שהמוסד אינו מופקד לספקם, אכן יופנו לקבלם בסוכנויות אחרות, המתמחות בהגשת טיפול כזה. המוסד הפך להיות הכתובת הראשונה שאליה פונים יחידים ומשפחות הנקלעים למצוקה כלכלית. במפגש זה בין האדם שנקלע למצוקה ובין שירות רווחה מרכזי של המדינה, חיוני הוא שהשירות יהיה ערוך ומוכן לזיהוי ואיתור של צרכים ומצוקות ויעשה

7 ראה: יצחק בריק, "המחלקה לשירותים חברתיים כמערכת שירותים טיפוליים", עבודה ורווחה וביטוח לאומי ל"ד (3) (מרס 1982), עמ' 54-57.

ובמוסד לביטוח לאומי. יש לזכור, שמדובר כאן בשתי מערכות שירות בעלות אופי ומסורת מינהלית שונים וכן במסגרת חוקית שחלו בה שינויים חשובים. השאלה היא מה היו ההשלכות של העברת הטיפול בהבטחת הקיום מבחינת רפואי הפעולה של שתי מערכות שירות אלה.

תהליך הטיפול בבקשות לקבלת תמיכת סעד בלשכות לשירותים חברתיים נקבע באופן מפורט למדי בהוראות התע"ס ועובדי לשכות הסעד היו אמורים לפעול על-פי כללים אלה. אולם, חשוב לזכור שהלשכות לשירותים חברתיים פעלו (וממשיכות לפעול) כחלק בלתי נפרד של הרשויות המקומיות. לפיכך, דרכי הטיפול נקבעו באופן מעשי בכל מקום לפי הכללים שאימצו לעצמן הרשויות המקומיות שבתוכן הן פעלו. בכל לשכה התגבשה לכן מסורת של דרכי טיפול ששיקפה את הגישה של הרשות המקומית ושל עובדי אותה לשכה; הוראות התע"ס והוראות אחרות של משרד העבודה והרווחה שימשו כהנחיה כללית בלבד.

כשנים האחרונות העסיקו הלשכות לשירותים חברתיים עובדי זכאות שתפקידם היה לפעול בביצוע בדיקות הזכאות לתמיכת סעד ולגימלאות אחרות בכסף ובעין. עיקר התפקיד של עובדי הזכאות היה לבדוק את מידת הזדקקותו של האדם מבחינה כלכלית, היינו עריכת בדיקת האמצעים, בדיקת המשאבים הכלכליים שעמדו לרשותו וקביעת הזכאות לגימלאות לפי משאבים אלה ובעיקר בהעדרם. אולם, האחריות המירבית הכוללת להפעלת השירות הייתה בידי העובדים הסוציאליים, שהיו מופקדים על מתן השירות בהתבסס על שיקול דעת מקצועי.

דרכי הטיפול שהתגבשו היו אפוא מעין שילוב של גישה טיפולית, שייצגו אותה עובדים סוציאליים, עם גישה מינהלית של

להמשיך ולקבל את הגימלאות והשירותים שהן נזקקו להן.

ג. האפקט של ההעברה. להעברה היו בוודאי השלכות שונות על רווחתה של האוכלוסייה הנזקקת לסיוע ציבורי לשם הבטחת קיומה. הכוונה כאן לנסות לבחון כמה השלכות במישור הכלכלי, הפסיכולוגי והחברתי שהיו לתהליך זה.

ד. השינוי באוכלוסיות הפונים. הכוונה לבחון כאן את השינויים שחלו במאפייני אוכלוסיית הפונים לשתי מערכות השירות בעקבות השינוי הארגוני והמשמעות של שינוי זה בקונטקסט של מדיניות הרווחה הקיימת.

המידע והנתונים שנציג במאמר זה לקוחים ממחקר רחב יותר על הפעלת חוק הבטחת הכנסה שבוצע בשנים 1983–1984.⁸ במסגרת מחקר זה נבדקו סוגיות אלה בשלושה יישובים בארץ, ביניהם עיר גדולה, עיר בגודל בינוני ועיירת עולים. מבחינה כמותית הנתונים מבוססים על מדגם של 467 תיקי פונים שנבדקו ביישובים האלה. מלבד איסוף החומר הנ"ל מתיקי הפונים נבחר בצורה אקראית גם מדגם קטן של פונים 'מועברים' ועמם נערך ראיון כדי להשוות את ההתנסויות האישיות שלהם בקבלת השירות בשתי מערכות השירות. חשוב להדגיש, שמדגם זה מייצג את שלושת היישובים שנכללו במחקר ואין ביטחון עד כמה הוא משקף את המצב בארץ כולה, למרות ששלושת היישובים אופייניים לדעתנו ליישובים נוספים מסוג זה בארץ.

ב. רפואי הפעולה של שתי מערכות השירות

כוונתנו כאן להתייחס לדרכי הטיפול בבקשות ובתביעות הפונים בלשכות לשירותים חברתיים

8 בדבר פרטים על המחקר ראה: אברהם דורון ואורי ינאי, הפעלת חוק הבטחת הכנסה — דו"ח מחקר, ירושלים, האוניברסיטה העברית, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, ספטמבר 1985.

הסופית בדבר אישורה או דחייתה של התביעה. המאפיין את נוהלי הטיפול כתביעות בכיטוח הלאומי היא מידה גבוהה של פורמליות, הקפדה על כללים והוראות ודרגה קטנה יחסית של חופש בידי פקידי התביעות בטיפול בתביעות של הפונים. החוק וההוראות אינם מקנים לפקידי התביעות שיקול דעת מהותי, זולת במקרים בודדים. הם גם אינם נדרשים לגלות התייחסות טיפולית כלשהי ללקוחותיהם מעבר לטיפול המינהלי כתביעה. יחד עם זאת, ההוראות ודפוסי הטיפול שהתגבשו מותרים לפקידי התביעות מספיק גמישות בעת הטיפול בתביעות ואפשרות של הפעלת שיקול דעת בתחומי הנוהל, אם כי לא בתוכן המהותי של התביעות עצמן.

במסגרת שיקול דעת זה פקידי התביעות יכולים לחסום למעשה את דרכו של הפונה להגיש תביעה כאשר לפי דעתם אין לתביעה כזו מלכתחילה סיכוי להתקבל. החלטה כזו פירושה דחייה על הסף של תביעת הפונה. לאחר שהוגשה התביעה יש לפקידי התביעה מידה רחבה למדי של שיקול דעת בדבר היקף התיעוד וסוג המסמכים שעל התובע להציג בפניהם. להחלטות מסוג זה יש השפעה על משך זמן הטיפול בתביעה, העומס המוטל על האדם בכל הנוגע להוכחת תביעתו ובסופו של דבר על עצם ההחלטה בדבר מתן הגימלה וגובהה. ההוראות הקיימות כוללות אמנם הנחיות נוהל לגבי הנושאים האלה, אבל הן מותרות כר נרחב לשיקול דעת אינדיווידואלי של פקידי התביעות. השוני שנמצא בדפוסי הטיפול בתביעות בשלושת היישובים שבהם נערך המחקר אכן מצביע על הפעלת שיקול הדעת באופן שונה בידי פקידי תביעה שונים.

השוני שתואר כאן בדרכי הפעולה של המוסד לביטוח לאומי בטיפול בתביעות להבטחת הכנסה לעומת הטיפול בבקשות לתמיכות סעד בלשכות לשירותים חברתיים מצביע כמובן על השינוי החשוב שחל בעניין זה לגבי האוכלוסייה הנזקקת. הפורמליות הקפדנית שהמוסד לביטוח לאומי נוקט בטיפולו בתביעות האנשים להבטחת הכנסה

עובדי זכאות. הפעלת הנהלים אופיינה לעתים במידה רבה של העדר פורמליות, שימוש גמיש בכללים ודרגה גבוהה של חופש בטיפול בתביעות השונות של הפונים. על רקע כללי זה ניתן להבין את תהליך ההעברה בשלוש הלשכות שנבדקו במסגרת המחקר.

הגמישות והחופש ממגבלות של כללים נוקשים ומחייבים הקנו ללשכות השירותים החברתיים אי אלה יתרונות, אבל היו לכך גם מגבלות. מצד אחד, הדבר הבטיח את האפשרות לעשות "צדק אישי" והתחשבות בנסיבות אינדיווידואליות של המקרה. מצד שני, הדבר מנע אחידות, צמידות להוראות מדיניות והבטחת שוויוניות של טיפול דומה באנשים שונים הנתונים במצב דומה. קשה כמובן לומר אם היתרונות עלו על המגרעות. מכל מקום, הדבר היה בוודאי בעייתי גם מנקודת ראות כללית של קובעי המדיניות החברתית וגם מנקודת הראות של האוכלוסייה הנזקקת.

תהליך הטיפול בתביעות לגימלה להבטחת הכנסה במוסד לביטוח לאומי מוסדר בהוראות, הקובעות באופן מפורט את כל השלבים שהטיפול בתביעה כזו צריך לעבור. הטיפול בתביעה נעשה כולו על-ידי פקידי תביעות שהם עובדים מינהליים בעלי הכשרה מתאימה, שהתמחו בנושא והוסמכו לטפל בו על-פי החוק. שלב חשוב של הטיפול בתביעה כולל ריאיון התובע ובירור אתו אם אמנם גימלאות הבטחת הכנסה הן המענה הבלעדי לצרכיו או האם ניתן למצוא מענה מתאים במסגרת תכניות אחרות של הביטוח הלאומי. הטיפול בתביעה כולל גם בדיקת הפרטים האישיים ופרטים אחרים שמסר התובע, עריכת בדיקת אמצעים על-מנת לוודא שקיימת נזקקות, החלטה בדבר הצורך לערוך חקירה על-ידי חוקר המוסד או העברת ביצועה לחברת חקירות מחוצה לו, בעיקר כאשר מתעורר ספק בדבר נכונות פרטי התביעה. לעתים קרובות כולל הטיפול בתביעה גם הפניית התובע לשירות התעסוקה בעניין מבחן עבודה. רק בסופו של התהליך הזה מתקבלת ההחלטה

הגימלאות לאוכלוסייה שהועברה ממערכת שירות אחת לאחרת. ההסדרים הארגוניים שהפעילו שתי המערכות במסגרת "תכנית ניסוי"⁹ שהוחל בה לפני ההעברה הרשמית, הבטיחו לרוב מקבלי תמיכת הסעד מן הלשכות לשירותים חברתיים את המשך קבלת הסיוע בתכנית גימלאות הבטחת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי. זאת ועוד, תוך-כדי תהליך ההעברה נתאפשר, כפי שעוד נראה בהמשך, לחלק ממקבלי תמיכות הסעד לממש לראשונה את זכויותיהם באחת מתכניות הביטוח הלאומי, זכות שהם לא מימשו קודם לכן. ניצול הזכות לגימלאות במסגרת הביטוח הלאומי והוצאתם ממעגל מקבלי הסעד תרמו בוודאי לשיפור נוסף במעמד החברתי ואולי אף במצבם הכלכלי של אנשים אלה.

מבחינתן של הלשכות לשירותים חברתיים והמוסד לביטוח לאומי, תהליך ההעברה הוכתר אף הוא במידה רבה של הצלחה, למרות שנתגלו במהלכו קשיים וחיכוכים בין שתי מערכות השירות. במוסד לביטוח לאומי הוכנה תשתית ארגונית ומינהלית יסודית לביצוע ההעברה. השירות להבטחת הכנסה הוקם במוסד מבעוד מועד ובמסגרת "תכנית הניסוי" הוכנו הכלים המתאימים ונעשו פעולות להכשרת כוח האדם הדרוש לקליטתם של אוכלוסיית המועברים ושל תובעים חדשים לגימלאות הבטחת הכנסה. צוותי העובדים בסניפי המוסד לביטוח לאומי שנכללו במסגרת המחקר קיבלו על-פי רוב את המשימה של ביצוע ההעברה וקליטת התכנית החדשה במערכת שלהם והם ראו בה אתגר חשוב ונרתמו לפעול למען הצלחתו. למרות זאת לא תמיד יצרו עובדי המוסד לביטוח לאומי ועובדי הלשכות לשירותים חברתיים קשרי גומלין נאותים, קשרים שהיו נחוצים לחקינות התהליך. ביישוב אחד נתחולל משבר וכמשך

הוסיפו בלי ספק מימד חדש שאין בו כדי להקל על האוכלוסייה הנזקקת לגימלאות אלה להבטחת קיומה. הקושי בא לידי ביטוי בהיקף התיעוד שהם נדרשים להמציא, בדרכי האימות שהמוסד נזקק להן ובשימוש נרחב בחקירות הנערכות לגבי תביעות אלה. כל אלה יצרו מעין מחסום ביורוקרטי חדש ושונה באופיו מזה שהיה קיים בלשכות לשירותים חברתיים. על האוכלוסייה הנזקקת להתגבר על מחסום זה כדי לזכות בגימלה להבטחת קיום.

המשמעות של שינוי זה לגבי האוכלוסייה למצוקה ברורה למדי. לעומת האפקטיביות והיעילות של המוסד לביטוח לאומי בהבטחת גימלאות אחידות ובשיעורים קבועים לאוכלוסייה הנזקקת הוא גם העמיד בפני אוכלוסייה זו שורה של קשיים ביורוקרטיים בדרך לקבלת גימלאות אלה. האנשים עצמם הרגישו היטב שינוי זה וביטאו זאת בדאיונות שנערכו אתם. הם אמרו על קשיים אלה כי "היה תהליך של משטרה, חקרו אותי כמו במשטרה", "מחטטים", "הפקידה יותר בלשית מאשר עוזרת" וכו'. למרות זאת, המרואיינים ביטאו את רצונם להמשיך ולקבל את הגימלאות להבטחת הקיום מאת המוסד לביטוח לאומי. דבר זה אינו משחרר כמובן את המוסד מלבחון את דרכו ולבדוק באיזה מידה יש מקום להגמיש את הגישה הקפדנית בטיפול בתביעות להבטחת הכנסה על מנת להקל על הנגישות של האוכלוסייה הנזקקת.

ג. תהליך ההפרדה וההעברה

ממצאי המחקר בנושא זה מראים, שבאופן כללי התבצעה ההעברה בדרך משביעה רצון ובמהלכה הובטחה רציפות מירבית בקבלת

⁹ לקראת קבלתו של חוק הבטחת הכנסה הופעלה התכנית שבה קיבלו על עצמם סניפי המוסד לביטוח לאומי לכצע בדרך של ניסוי ובאופן הדרגתי את תשלומי תמיכות הסעד לאוכלוסייה הנזקקת. הניסוי נערך לפי כללי הזכאות שעל-פיהם פעלו הלשכות לשירותים חברתיים.

את הגימלאות הכספיות הדרושות להבטחת קיומם; השני – מה יקרה לאנשים ולמשפחות הזקוקים מלבד זאת גם לשירותים טיפוליים אחרים. האומנם יפנו אנשים אלה ויגיעו ללשכות לשירותים חברתיים? אפשר גם להניח, שהחששות האלה נבעו לא רק מטעמים אלטרואיסטיים בלבד, אלא גם מן החשש לאובדן חלק מן הקליינטורה ומתחום הפעולה של הלשכות. תהליך ההעברה ההדרגתי במסגרת הניסוי ולאחריו הורידו במשך הזמן את עוצמת החששות הללו, אבל משקעים מהם נשארו קיימים בשטח. כל שכן לאחר שלחלק מן החששות הללו היה, כפי שממצאי המחקר מראים, כסיס כלשהו.

חשוב לציין, שההפרדה עצמה לא בוצעה למעשה עד תומה. גם לאחר הפעלת החוק הלשכות ממשיכות להגיש לאוכלוסייה הנתונה במצוקה שבטיפולה סיוע חומרי במסגרת צרכים מיוחדים, סיוע הכולל לפעמים גם מתן סיוע כספי, אף-על-פי שהוא זעיר בהיקפו. במסגרת המחקר נמצא גם שבמקרים אחדים העניקו הלשכות בשלושת היישובים מדי פעם לפונים אליהם סיוע כספי חד-פעמי כדי לעזור להם להתגבר על תקופות משבר ומצוקה כלכלית.

כסיכומו של הדבר, תהליך ההפרדה וההעברה עצמה, כפי שהתנהל במשך תקופת הזמן שנקבעה לכך ביישובים השונים, לא הפך להיות מכשול וכל התהליך בוצע כלי שפגע במטרות המרכזיות שהיו מונחות ביסוד הרפורמה ואף סייע להשיגן.

ד. האפקט של ההעברה

במישור הכלכלי בולטות לעין שתי תוצאות חשובות שהיו להעברת האחריות להגשת הסיוע הכלכלי לאוכלוסייה הנזקקת למוסד לביטוח הלאומי, שיש בהן משום שיפור ברווחתה של אוכלוסייה זו. תוצאה אחת שהוזכרה כבר היא, שלקבוצה נכבדה למדי של נתמכי

תקופה ממושכת למדי נותקו למעשה הקשרים בין שתי המערכות. ביישוב שני היו משברים חולפים. משברים אלה נבעו בחלקם מן המסורות והגישות השונות של שתי מערכות השירות. הם גם נבעו בחלקם מתקלות ביחסים אישיים שנוצרו במקום. בסופו של דבר מצאו קשיים אלה את פתרונם כלי שתהיה להם השפעה רעה מדי על התהליך עצמו.

המצב בלשכות לשירותים חברתיים היה מורכב יותר בהקשר זה של ההעברה. העמדות כלפי ההעברה עצמה בתוך מערכת שירות זו היו חלוקות ואף אמביוואלנטיות. מצד אחד קיבלו רבים מבין העובדים הסוציאליים בתוך הלשכות כרצון את רעיון ההעברה וההפרדה הארגונית והפונקציונלית בין גימלת הבטחת הכנסה למתן השירותים לטיפול סוציאלי-אישי. קבוצה זו יצאה מנקודת הראות שמתן סיוע כספי חורג מתחום התפקיד והמיומנות המקצועית שלהם והם ראו בהעברה אפשרות לניצול טוב ויעיל יותר של הפוטנציאל המקצועי שלהם. חלק אחר חשש מעצם תהליך ההפרדה הארגונית וראה בהעברה אובדן קטע חשוב של המטלה והאחריות שהיתה בידי הלשכות. חשוב גם לזכור, שהמדיניות כלפי ההעברה נתקבלה במוסד לביטוח לאומי כמדיניות שחייבה באופן אחיד את סניפי המוסד, בעוד שהלשכות לשירותים חברתיים הן זרועות של רשויות מקומיות אוטונומיות וכל אחת מהן יכלה להביע ולנקוט עמדה שונה, למרות שהמדיניות הכללית הוכתבה בידי משרד העבודה והרווחה. ההכנה המינהלית-ארגונית וכן האידיאולוגית בלשכות השונות היתה לכן שונה, דבר שהשפיע על תהליך ההעברה ומידת סדירותו.

אמביוואלנטיות זו באה לידי ביטוי בשיחות שהתנהלו עם עובדי משרד העבודה והרווחה ועם עובדי הלשכות לשירותים חברתיים. החששות שהעלו העובדים האלה היו משני סוגים: האחד – האם עובדי המוסד לביטוח הלאומי יהיו מספיק רגישים לצורכי האוכלוסיות הנתונה במצוקה וידאגו להבטיח לנזקקים

לשירותים חברתיים כתמיכת סעד. גם התנאים המזכים לגימלאות אלה נשארו פחות או יותר דומים. בדיקה משווה של שיעורי הגימלה להבטחת קיום (כאחוז מתוך שיעור הגימלה המלאה לחודש ליחידה משפחתית בגודל נתון), שקיבלו אנשים בלשכות לשירותים החברתיים בחודש שקדם להעברה לעומת שיעורי הגימלה שניתנה להם במוסד לביטוח לאומי לאחר אישור התביעה הראשונה שלהם מראה, שהמוסד לביטוח לאומי אישר ברוב המקרים גימלאות ששיעורן היה גבוה יותר מן הגימלאות שזכו להן האנשים בלשכות לשירותים חברתיים.

ממצאי המחקר מראים, ש-73% מן המועברים זכו בשיעורי גימלה גבוהים (לפחות ב-10%) מאלה שניתנו להם בסעד, 16.5% מן המועברים זכו בשיעורי גימלה זהים לאלה של הסעד ורק ל-10% בערך מן המועברים אישר המוסד לביטוח לאומי גימלה נמוכה יותר מזו שניתנה להם בסעד.

הממצאים הללו מצביעים על השינוי שחל בהתייחסות לאוכלוסייה הנתונה במצוקה כלכלית בעקבות הפעלת החוק. דרכי הפעולה וצורת ההתייחסות של הלשכות לשירותים חברתיים היתה אינדיווידואליסטית ופרטיקול-ריסטית. אדם הנמצא במצוקה, אף-על-פי שמילא את תנאי הזכאות לסיוע כלכלי, היה עשוי לקבל — על-פי שיקול דעתו של העובד המטפל — גימלה בשיעור שלא תמיד תאם את שיעור הגימלה שהגיעה לו לפי ההוראות. יותר מזה, אדם שזכאותו לגימלה לפי ההוראות היתה נתונה אולי בספק, עובדי הלשכות היו עשויים לאשר לו גימלה כלשהי משום שלפי שיקול דעתם הוא אכן נזקק לסיוע כזה. ההחלטה בדבר עצם מתן הגימלה וגודלה היתה אפוא גמישה מאוד וקשורה בשיקול דעת אינדיווידואלי.

גישתו של המוסד לביטוח לאומי בעניין זה שונה מאוד. אדם שנמצא זכאי לגימלה לפי הכללים שבחוק ניתנת לו הגימלה המלאה לפי הכללים הללו ללא כל שיקול דעת או התייחסות אינדיווידואליים. אנשים שאינם

סעד ניתנה האפשרות המעשית למצות את זכויותיהם בתכניות ביטוח לאומי. מבין מקבלי תמיכות סעד בלשכות לשירותים חברתיים נמצאו כ-20% של מקרים שהיו יכולים למצוא כבר בעבר מענה לבעיות המצוקה הכלכלית שלהם במסגרת הביטוח הלאומי. משום מה אנשים אלה לא מיצו את זכויותיהם והלשכות לא היו ערות לכך ולא מילאו את תפקידי התיווך המצופים מהם כדי ליצור את הקשר בין האדם הנזקק ובין המשאבים שיכלו לעמוד לרשותו במסגרת תכניות הביטוח הלאומי. רק עם ביצוע ההעברה וריכוז האחריות לגימלאות ביטחון סוציאלי למיניהן במוסד אחד התאפשר לאנשים אלה למצות את זכויותיהם בביטוח הלאומי. צריך לומר כאן, שייתכן מאוד שהמוסד לביטוח לאומי היה מוכן להגמיש את טיפולו בתביעות אלה על מנת לסייע למועברים להיקלט בתכניות גבייתיות רק כאשר הפך להיות האחראי הישיר להבטחת קיומם.

תוצאה זו של ההעברה תופסת לא רק לגבי האנשים שהיו בעבר בטיפול הלשכות לשירותים החברתיים, אלא היא בעלת תוקף גם לגבי אנשים הנתונים במצוקה והפונים כעת למוסד לביטוח לאומי. השלב הראשון בכל טיפול בתביעה לגימלת הבטחת הכנסה בתוך המוסד לביטוח הלאומי כולל בירור אם ניתן למצוא מענה למצוקת האדם במסגרת תכניות אחרות שהמוסד מפעיל, בין שאלה תכניות גבייתיות ובין שהן תכניות אחרות. במידה שפקיד התביעות בסניף המוסד חושב שאכן ניתן למצוא מענה כזה הוא מפנה את האדם לאותה תכנית בביטוח לאומי. בכוחו של ההסדר החדש אפוא להבטיח, שלא ימצאו בעתיד אנשים במצוקה המבקשים סיוע כלכלי שלא ימצו את זכויותיהם בתכניות הקיימות של הביטוח הלאומי.

תוצאה אחרת נוגעת לשיעורי הגימלה להבטחת קיום שניתנו לפונים בשתי המערכות המוסדיות. חוק הבטחת הכנסה לא כלל בתוכו שינוי מהותי בשיעורים הבסיסיים של הגימלאות שניתנו קודם על-ידי הלשכות

המרואיינים מצביע על הגישה השלילית החזקה שעדיין קיימת בקרב כלל האוכלוסייה בארץ כלפי אדם הנמצא במצוקה והנאלץ להזדקק לסעד. אין ספק, שמקבלי תמיכות הפנימו גם הם, ככלל האוכלוסייה, את תחושת הבושה והנחיתות שהיתה קשורה בקבלת סעד ולכן היו שבעי רצון כל כך מן המעבר לביטוח לאומי. תחושת שביעות הרצון התגלתה בלשון המרואיינים כדלקמן: "בביטוח לאומי כולם מקבלים, סעד זה בושה"; "כל האנשים מקבלים ביטוח לאומי"; "בביטוח לאומי אנשים לא יודעים איזו גימלה ולכן אין מה להתבייש"; "שילמתי להם וזו זכותי לקבל"; "בביטוח לאומי מרגיש הרבה יותר נוח וכו'". לעומת זאת, הביטויים השליליים לגבי קבלת סעד היו "היתה בושה (לקבל סעד), כמו לקבל נדבות"; "לסעד הולכים כשאין ברירה". בין המרואיינים היו גם כאלה שסיפרו שהסתירו מילדיהם את העובדה שהם גוזקים לסעד.

מן הפרטים שמסרו המרואיינים ניתן ללמוד שתחושת הבושה והנחיתות בעקבות ההזדקק קות לסעד היתה כה גדולה אצלם שחלק מהם ניסו להעלים בשעת הראיון את העובדה שהם היו בטיפול בלשכות לשירותים חברתיים. הם טענו "לא פנינו" או "פנו בשמנו", ורק תוך כדי הראיון היו מגלים שאכן היו בטיפול בלשכות. תחושה זו ממשיכה להתקיים בקרב האוכלוסייה והיא מהווה כנראה מעצור בפני אנשים לפנות ללשכות כדי שהללו יסייעו להן במצוקותיהם. אחת המרואיינות אמרה בגלוי: "הייתי רוצה קשר (עם לשכות השירותים החברתיים), אבל מתביישת שמא אפגוש שמה מישהו מוכר".

ממצא זה מגלה בבהירות את המשמעות החברתית העמוקה שיש להעברת גימלאות הבטחת הכנסה למוסד לביטוח לאומי בעיני האוכלוסייה הנזקקת עצמה. נראה לנו חשוב להדגיש ממצא זה, כי בנושא זה רווחו דעות שתחושת הבושה והסטיגמטיזציה לקבלת סעד היא בעיקרה פרי מחשבה מופשטת של אנשים שלא התנסו בכך ושאינן לה בסיס איתן במציאות. ממצא זה מפרך דעה זו.

ממלאים אחר תנאי הזכאות אינם זוכים בגימלה כלשהי. ההתייחסות המנחה את פקיד המוסד לביטוח לאומי היא אוניברסליסטית וכל אדם אמור לזכות על-פיה בגימלה ללא סטייה מן הכללים שנקבעו בחוק וללא התייחסות אינדיווידואלית או פרטיקולרית.

מטרת החקיקה של חוק הבטחת הכנסה היתה מכוונת במידה רבה להשיג יעד זה של השוואת סיכוי של אדם לקבל גימלה להבטחת קיומו בכל מקום ומקום בארץ ולמנוע את ההתייחסות השונה שהיו נתונים לה אנשים, המצויים במצבים דומים במקומות שונים בארץ, בלשכות לשירותים החברתיים. נתוני המחקר שהוצגו לעיל מראים, שיעד זה הושג ולגבי מרבית הנזקקים לגימלה להבטחת קיום הביא הישג זה לשיפור מה במצבם הכלכלי מאחר שהם זוכים לשיעורי גימלה גבוהים מאלה שקיבלו בלשכות לשירותים החברתיים. במישור הפסיכולוגי ממצאי המחקר מראים, שאנשים הנזקקים לסיוע כלכלי, בין שהיו קודם בטיפול בלשכות לשירותים החברתיים ובין שפנו לראשונה למוסד לביטוח לאומי כדי לקבל סיוע כזה, הרגישו שחל שיפור ניכר במעמדם האישי והחברתי משום ששוב אינם צריכים להזדקק לסעד והם מקבלים את הגימלאות להבטחת קיומם מן המוסד לביטוח לאומי שהוא המוסד הממלכתי המופקד על הבטחת הביטחון הסוציאלי של כלל האוכלוסייה ואיננו מיועד לטפל בעניים בלבד. ההשתחררות מתחושת הנחיתות ומן הסטיגמטיזציה של אדם הנזקק לסעד היא תוצאה ישירה של הפעלת החוק. תוצאה זו היא בעלת ערך ומשמעות רבים עבור האוכלוסייה הנזקקת.

קבוצת נחקרים, שאתם נערך ראיון אישי על מנת לבדוק את תגובותיהם לגבי ההתנסות שלהם בשתי מערכות השירות ואת עמדותיהם לגבי השינוי שחל עם הפעלת החוק, הדגישו במפורש ובמידה רבה של עוצמה את שביעות הרצון שלהם מן העובדה שאין הם צריכים להזדקק עוד לסעד כדי להבטיח את קיומם הכלכלי. ביטוי חזק לתחושה זו בקרב

ברעיון ההפרדה נמצאו בעלות תוקף במידה רבה. נמצא, שחלק גדול של האוכלוסייה שהיתה בטיפול הלשכות לפני ההעברה כנראה לא נזקק וגם לא קיבל שירותי טיפול אישיים. החשש שהעברה תנתק את האוכלוסייה הזקוקה לשירותי הטיפול האישיים ממקור הגשתם לא התאמתה. רובם המכריע של הפונים ממשיכים לקבל אותם וכפי שמראים ממצאי המחקר הם ממשיכים לקבל אותם ביתר אינטנסיביות גם מבחינת היקף נושאי הטיפול וגם מבחינת טיב ההתייחסות של עובדי הלשכות לבעיותיהם. נראה לכן, שהבסיס הארגוני להגשת שירותי הטיפול האישיים לא נפגע מן ההעברה ואולי אף התחזק בגלל שיפור יכולתן של הלשכות להקדיש את המאמץ והמשאבים. המקצועיים והאחרים שלהן למטרה זו.

הבעיה הקיימת היא זו של איתור וזיהוי אנשים היכולים להיעזר בשירותי הטיפול האישיים כאשר הכתובת הראשונה לבעיות המצוקה שלהם היא כיום המוסד לביטוח לאומי. איתור האנשים והפניתם ללשכות לשירותים חברתיים על-ידי פקידי המוסד לביטוח לאומי נשארו כנראה בעייתיים. כאן דרושים כוודאי מאמץ, רגישות ושיתוף פעולה רבים יותר בין שתי מערכות השירות במטרה להבטיח שירותי טיפול לכל מי שזקוקים להם.

ה. השינוי באוכלוסיית הפונים

בחלק זה נבחן את השינויים שחלו במאפייני האוכלוסייה הנזקקת בתקופה שקדמה להפעלת חוק הבטחת הכנסה וכפרק הזמן שבא מיד לאחריה. ברור, שהשינויים הללו באופי האוכלוסייה הנתונה במצוקה אינם רק תוצאה של הפעלת החוק החדש, אלא גם פרי השינויים החברתיים שעברו על המדינה, וההתפתחויות והתמורות שחלו במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל.

מה שבולט בממצאי המחקר בנושא זה הוא

כמישור הטיפול, היינו של הגשת שירותי הטיפול הסוציאלי-אישי, הסוגיה מורכבת יותר. סוגיה אחת נוגעת ל"מועברים", היינו אותם נזקקים שהיו בטיפול הלשכות לשירותים חברתיים לפני ההעברה למוסד לביטוח לאומי. סוגיה אחרת נוגעת לפונים "חדשים", היינו אלה שלאחר הפעלת החוק פנו ללשכות לשירותים חברתיים ואלה שפנו כבר ישירות למוסד לביטוח לאומי כדי לקבל גימלת הבטחת הכנסה.

כאשר למועברים, הממצאים לגביהם מראים, שלא חל שינוי מהותי בעקבות הפעלת החוק וההפרדה שנוצרה בין הגשת שירותי הטיפול האישיים ובין מתן הגימלאות הכספיות להבטחת הקיום. נמצא, שרק קצת יותר ממחצית (52.3%) המועברים קיבלו שירותי טיפול אישיים כלשהם לפני ההעברה. כשנה לאחר ההעברה פחת חלקם של אלה ורק ארבעה (42.6%) מתוך כל עשרה מועברים המשיכו לקבל שירותי טיפול אלה, לעומת חמישה שקיבלו זאת קודם. ובכלל, כ-40% מכלל הפונים ללשכות לשירותים חברתיים לא קיבלו שירותי טיפול אישיים לפני ההעברה וגם לא אחריה.

שינוי בהקשר זה חל לגבי האנשים שפנו לראשונה ללשכות השירותים החברתיים לאחר ביצוע ההעברה וביקשו מן הלשכות סיוע טיפולי בנושא אישי. נמצא, שלשניים מכל שלושה פונים כאלה (65.3%) אכן הוגשו שירותי טיפול סוציאלי-אישי. רק לשליש מן הפונים האלה לא הוגשו שירותי טיפול. המחקר אינו נותן תשובה ברורה על השאלה מה קרה בנושא זה לאנשים שפנו לאחר ההעברה ישירות למוסד לביטוח לאומי כדי לקבל גימלאות הבטחת הכנסה, אם אמנם אלה ביניהם שהיו יכולים להיעזר בשירותים טיפוליים אכן פנו או הופנו על-ידי פקידי התביעות של המוסד ללשכות לשירותים החברתיים, ואם הוגשו להם השירותים האלה על מנת לסייע להם במצוקותיהם.

מכל מקום, נראה לנו שעל סמך הממצאים ניתן לומר שההנחות הבסיסיות שהיו מונחות

מוסיפים לקבוצה זו של נשים גרושות ונפרדות גם את הנשים הכודדות האחרות, האלמנות והרווקות, נמצא שקבוצה זו מגיעה בגודלה למחצית בערך מן האוכלוסייה הנזקקת והיא משקפת בעיה חברתית חשובה.

קבוצות נוספות שחל שינוי באופי ההזדקקות שלהן לסיוע משתי מערכות השירות הן משפחות גדולות ומשפחות קטנות. בקרב אוכלוסיית המועברים קבוצת הפונים הגדולה, 33.6%, היתה זו של משפחות עם ארבעה ילדים ויותר. משקלה של קבוצה זו ירד באופן ברור בקרב התובעים החדשים לגימלאות הבטחת הכנסה מן הביטוח הלאומי והגיעה ל-7.5% בלבד. שינוי זה נובע מן השיפור שחל במערכת הביטחון הסוציאלי בהתייחסותה למשפחות עם ילדים רבים. לעומת זאת, חלה עלייה במספר התובעים גימלאות הבטחת הכנסה בקרב המשפחות הקטנות ללא ילדים, או עם מספר ילדים מועט. טיב השינוי הזה מצביע על העדר אפקטיביות אצל המערכת בהתייחסותה לבעיותיה של קבוצה זו באוכלוסייה.

השינויים הללו באופי האוכלוסייה הנזקקת לשתי מערכות השירות מראים בבירור את השינוי שחל בתקופה האחרונה בתפקיד ששתיהן ממלאות. בעוד שבעבר הגימלאות להבטחת הקיום דאגו בעיקר להבטחת הקיום של משפחות מרובות ילדים שמסיבות כלכליות מבניות היו זקוקות לסיוע כדי לשמור על קיומן, הרי בימינו, בעקבות השיפור שחל במערכת קצבאות הילדים, אין משפחות גדולות זקוקות עוד להשלמת ההכנסה שלהן מאת מערכת הסעד. השיפור במצבן הכלכלי של המשפחות הגדולות הוריד גם את מידת הזדקקותן לשירותי הטיפול האישיים מאת הלשכות לשירותים חברתיים, כפי שהראו זאת הנתונים דלעיל. לעומת זאת, שתי המערכות, של הבטחת קיום ושל טיפול סוציאלי, הפכו להיות נותן המענה העיקרי עבור אנשים בודדים ומשפחות קטנות שטרם פותחו למענם מענים נאותים אחרים לבעיות המצוקה שלהם.

הופעת קבוצות אוכלוסייה חדשות הפונות בתקופה האחרונה יותר מבעבר ומבקשות לקבל גימלאות הבטחת הכנסה כאמצעי יחיד או עיקרי לקיומן, או את עזרת שירותי הטיפול האישיים כדי להתגבר על מצוקותיהם. את הממצא הזה ניתן להסביר בחלקו בהתרבות מצבי נזקקות בקרב קבוצות אוכלוסייה אלה ובחלקו בהסרת מחסומי נגישות שהיו קיימים כנראה בעבר ומנעו מהם לפנות ולבקש עזרה.

קבוצה אחת כזו היא קבוצת צעירים רווקים אנראשי משפחה נשואים. קבוצה זו היא בעלת משקל ניכר בתוך האוכלוסייה הנזקקת שנמצאה במדגם המחקר, אולם היא כוללת במיוחד בתוך קבוצת הפונים החדשים ללשכות לשירותים חברתיים. קבוצת ראשי המשפחה הצעירים היוותה רק 39.1% מכלל הפונים ללשכות בתוך האוכלוסייה של המועברים, אך היא גדלה ל-71.7% בתוך האוכלוסייה החדשה של הפונים ללשכות. גידול זה של ראשי משפחה נשואים המבקשים את עזרת שירותי הטיפול האישיים מצביע על המצוקה של משפחות בישראל, הנובעת כנראה בחלקה ממצוקה כלכלית ובחלקה מן הקשיים השונים של החיים בארץ, המאלצים ראשי משפחות אלה לחפש מענה לבעיותיהם באמצעות הלשכות לשירותים חברתיים.

בין הפונים החדשים ללשכות לשירותים חברתיים חל גם גידול במספרם של ראשי משפחות קשישים. מובן כאן, שגידול זה מצביע על הזדקקות גדלה והולכת של האוכלוסייה הקשישה לשירותי טיפול אישיים בקהילה. הקשישים מתקשים יותר ויותר למצוא דרך כדי לפתור את מצוקותיהם בכוחות עצמם ובסיוע משפחותיהם ולכן הם פונים ללשכות לשירותים המופקדות על פיתוח השירותים האישיים בתוך הקהילה עבור קבוצות אוכלוסייה זו.

קבוצה כוללת אחרת היא זו של ראשי משפחות שהן נשים בודדות. בין הפונים החדשים שביקשו גימלאות הבטחת הכנסה מן הביטוח הלאומי נמצא משקל יחסי גבוה של נשים המוגדרות כ"נפרדות" ו"גרושות". אם

הופקדה בידי פקידי התביעות במוסד לביטוח לאומי מידה גבוהה של שיקול דעת פרוצדורלי, היינו שיקול דעת בכל הנוגע לנטל ההוכחות והמסמכים שהם יכולים לדרוש מתובע גימלה לצורך הדיון וקבלת ההחלטה בתביעתו. כפי שצוין לעיל, שיקול דעת זה יכול ליצור מחסומי נגישות של ממש לאנשים התובעים גימלה להבטחת הכנסה. ואכן, חלק מן האנשים המועברים עמדו על כך וציינו את הקושי שיצר שיקול דעת זה עבורם בעת שתבעו גימלה להבטחת הכנסה.

הסוגיה השנייה נגעה בתהליך ההעברה עצמו. ממצאי המחקר שהוצגו מראים, שמבחינתה של האוכלוסייה הנזקקת תהליך ההעברה התבצע, באופן כללי, בדרך משביעה רצון ובמהלכו הובטחה לאוכלוסייה רציפות בקבלת הגימלאות להבטחת הקיום. דבר זה נכון הן לגבי האוכלוסייה שהועברה מן הלשכות לשירותים החברתיים והן לגבי מי שפנו לראשונה ישירות למוסד לביטוח לאומי. ההסדרים שהפעילו שתי מערכות השירות הבטיחו לרוב מקבלי תמיכת סעד את המשך קבלת הסיוע בתכנית גימלאות הבטחת הכנסה בביטוח הלאומי כלי שיווצרו תקלות חמורות תוך-כדי ההעברה או בעקבותיה.

למרות החיכוכים הבין-מוסדיים והמשברים הבין-אישיים הקטנים שנתלו בהכרח להעברה, מנקודת ראותן של שתי מערכות השירות עבר התהליך עצמו במידה רבה של הצלחה. המוסד לביטוח לאומי הראה, שביכולתו להכין את התשתית הארגונית והמינהלית המתאימה שהיתה נחוצה לשם הפעלת החוק החדש. הוא גם הוכיח את יכולתו לבצע את משימת הקליטה של אוכלוסיית הנזקקים הוותיקה והחדשה במסגרת השירות להבטחת הכנסה שהוקם למטרה זו. גם הלשכות לשירותים חברתיים נטלו חלק פעיל בביצוע משימת ההעברה ותרמו בכך להצלחתה, וזאת למרות האמביוואלנטאט הרבה ששררה בתוכן לגבי רעיון ההעברה עצמו.

הסוגיה השלישית שנדונה התייחסה לתוצאות ההעברה. ההעברה השפיעה בכמה

ו. סיכום ומסקנות

מאמר זה דן בכמה סוגיות הכרוכות בהפעלת חוק הבטחת הכנסה שנכנס לתוקפו ב-1982, ובהשלכותיהן על הרווחה של האוכלוסייה הנתונה במצוקה, כפי שתואר בראשית המאמר. חוק הבטחת הכנסה הפריד למעשה בין הפונקציה החברתית של הבטחת מינימום לקיום לאנשים הנמצאים במצוקה כלכלית, שהועברה לטיפולו הבלעדי של המוסד לביטוח לאומי, ובין הפונקציה של הגשת שירותי טיפול סוציאלי-אישי, שנותרה בידי הלשכות לשירותים חברתיים הפועלות במסגרת הרשויות המקומיות ברחבי הארץ.

הסוגיה הראשונה התייחסה להבדלים בדפוסי הפעולה של שתי מערכות השירות, אלה של הלשכות לשירותים חברתיים ואלה של המוסד לביטוח לאומי, בגישתן לאנשים שמצבם הכלכלי או האישי מחייבם להזדקק לשירותים של שתי המערכות האלה. ממצאי המחקר שהוצגו במאמר זה מראים, שבתוך הלשכות לשירותים החברתיים מילא שיקול הדעת המקצועי של העובדים הסוציאליים תפקיד ראשון במעלה בקבלת החלטות על אישור בקשות לתמיכת סעד ועל גובה התמיכה שאושרה. שיקול הדעת הרחב הביא לכך שנוצרו הבדלים ניכרים בסוג ובהיקף הסיוע שהוגש לפונים במצבים דומים ביישובים השונים ולעתים אף באותו יישוב עצמו. אחת התוצאות החשובות של הפעלת החוק והעברת הטיפול בהגשת הסיוע הכספי להבטחת הקיום לסניפי המוסד לביטוח לאומי היתה, שצומצם עד למינימום שיקול הדעת המהותי שפקידי התביעות של המוסד יכולים להפעיל בהחלטותיהם בנוגע לאישור מתן גימלאות להבטחת הכנסה. בדרך זו מובטחת אחידות רבה יותר וגם מידת שוויוניות גבוהה יותר בקרב האוכלוסייה הנתונה במצוקה ונזקקת לסיוע לשם הבטחת קיומה.

אולם, הממצאים מראים גם שלמרות ששיקול הדעת המהותי צומצם עד מאוד,

מבחינה זו של הבטחת הנגישות, בעיקר לשירותי הטיפול האישיים, נמצא ההסדר עדיין לוקה בחסר.

לעומת הבעייתיות שיצרה הפרדה בתחום הנגישות חשוב לציין את השיפור שהיא הביאה באיכות השירותים הטיפוליים עצמם. הפרדה שיחררה, כפי שגם תוכנן שתעשה, את העובדים הסוציאליים בלשכות הסעד מעיקר הנטל של הטיפול בבעיות הכלכליות של לקוחותיהם. העובדים הסוציאליים בלשכות התפנו ויכלו להקדיש את רוב זמנם ואת כישוריהם המקצועיים להגשת שירותי הטיפול האישיים. ואכן, נמצא שחל שינוי בהתייחסות העובדים הסוציאליים בלשכות לאנשים שבטיפולם: גברו המתינות והסבלנות שהם מגלים בהקשיבם לבעיותיהם ולמשאלותיהם ובחיפוש אחר מענה מתאים למצוקות האישיות והחברתיות של לקוחותיהם.

הסוגיה הרביעית שנברקה מתייחסת לשינוי שחל באוכלוסייה הנזקקת הפונה לשתי מערכות השירות בקשר עם מצוקותיה בתחום הכלכלי או האישי. ממצאי המחקר משקפים הן את השינויים שחלו בעשור האחרון בחברה הישראלית והן את השינויים שחלו במערכת הביטחון הסוציאלי שלה. מה שבולט בתחום הבטחת ההכנסה הוא הירידה במספרן של משפחות מרובות ילדים הזקוקות למחייתן לסיוע מכספי גימלאות אלה. במקביל חלה עלייה במספרם של האנשים הבודדים, ביניהם בוגרים צעירים, התובעים גימלאות הבטחת הכנסה, וכן ראשי משפחה שהן נשים יחידות — לא נשואות, גרושות, אלמנות ונפרדות. אוכלוסייה חדשה זו המתדפקת, כפי שראינו, על דלתות התכנית לגימלאות הבטחת הכנסה מציגה בעיה חברתית חדשה שהחברה הישראלית תצטרך להתמודד אתה כבר בעתיד הנראה לעין.

בתחום הטיפול הסוציאלי-אישי בולט הגידול במספרם של פונים קשישים ושל בעלי משפחות צעירות עם ילדים, המבקשים את עזרת הלשכות לשירותים החברתיים בפתרון המצוקות שלהם. מגמה זו מצביעה על

תחומים של חיי האוכלוסייה הזקוקה לסיוע הכלכלי לשם הבטחת קיומה ותחומים אלה היו הכלכלי, הפסיכולוגי והטיפולי. בתחום הכלכלי והפסיכולוגי ניתן להצביע בבירור על שלוש תוצאות חיוביות חשובות. ראשית, נמצא שלקבוצה ניכרת של אנשים נזקקים התאפשר לצאת ממעגל נתמכי הסעד על-ידי מיצוי הזכויות שלהם בתכניות ביטוח לאומי גבייתיות רגילות. שנית, נמצא שבעקבות ההעברה הובטחו לאנשים נזקקים שיעורי גימלאות אחידים יותר וגבוהים יותר מאלה שניתנו להם קודם על-ידי הלשכות לשירותים חברתיים. שיעורי הגימלה הגבוהים יותר אינם נובעים משינוי כלשהו שקבע המחוקק, אלא משמירה קפדנית יותר של הוראות החוק עצמו בידי עובדי המוסד לביטוח לאומי, לעומת החופש היחסי שנהגו עובדי הלשכות לשירותים חברתיים בקביעת שיעורי הגימלה המגיעים ללקוחותיהם. שלישית, גימלאות הבטחת הכנסה שאושרו לנזקקים בביטוח הלאומי ניתנו לתקופות ארוכות יותר, שולמו באופן מסודר יותר ועודכנו באופן אוטומטי, כפי שהתחייב מן השינויים שחלו בשכר ובמחירים. כל אלה העניקו לאוכלוסייה הנזקקת לגימלאות הבטחת ההכנסה תחושה רבה יותר של ביטחון והמשכיות מכפי שהיתה להם בעת שקיבלו את הסיוע לקיומם מלשכות הסעד ותרמו בכך לשיפור הרווחה של קבוצת אוכלוסייה זו.

בתחום הטיפולי תוצאות ההעברה הן חד-משמעיות פחות. מבחינת הנגישות לשירותים, בעקבות הפרדה הארגונית שהתהוותה בין השירות המופקד על הבטחת הגימלאות הכספיות ובין השירות האחראי להגשת שירותי הטיפול האישיים, אנשים הזקוקים כעת לשני סוגי השירותים חייבים לפנות עם בקשותיהם לשני השירותים בנפרד. ברור, שיש בכך משום קושי נוסף ומעין מחסום נגישות, בחלקו מעשי ובחלקו פסיכולוגי, שעל האדם להתגבר עליו. כאמור, הקשר בין שני השירותים האלה נותר בעייתי והוא אף נחלש לאחר סיום ההעברה. הזיקה ההדדית ביניהם והסדרי ההפניה של מבקשי שירות נשארו רחוקים מלהשביע רצון.

הבטחת הכנסה. הממצאים מראים כמה מהישגי המדיניות החברתית שהיתה גלומה בחוק החדש ואת היתרונות שאלה הביאו אתן לאוכלוסייה הנזקקת. הממצאים גם מראים כמה מן הבעיות שעד כה לא נמצא להן פתרון נאות במסגרת השינויים הארגוניים והאחרים שהתהוו, חלקן בעקבות הפעלת החוק וחלקן בגלל שינויים אחרים שחלו בתקופה האחרונה בחברה הישראלית. כל אלה מצביעים מחדש על הצורך בבדיקה נמשכת של המדיניות החברתית הקיימת ובמאמץ מתמיד של התאמתה לנסיבות ולצרכים משתנים.

ההזדקקות הגדלה והולכת של הקשישים לשירותים טיפוליים על מנת לאפשר להם להמשיך ולחיות בקהילה, וכן של משפחות צעירות יחסית שלהן ילד אחד או שניים, הנוקקות כעת יותר מבעבר לעזרה בשלב זה של מסלול חייהן. שינוי זה בסוג הפונים, ובסוגי הבעיות שהם מציגים, מצביע על הצורך בבדיקת המדיניות החברתית בנושאים הנוגעים לאוכלוסיית הפונים החדשה על מנת לנסות ולמצוא להם מענה הולם.

בסיכום, במאמר זה הוצגו תוצאות מחקר ראשוני בכמה סוגיות חשובות של הפעלת חוק

תאונות בעת פעולות נלוות לעבודה

סוגיה בדיני תאונות בעבודה

מאת ד"ר שאול קובובי*

כתיוניות לעבודה" ובשים לב לתנאים שבהם עבדו באותו בית-מלאכה ולעובדה שבחצרות המפעל לא היו סידורים נאותים לפעילות נופש, "סביר להניח שהעובד יפנה למקום הקרוב ביותר המתאים לפעילות כזו".²

עניינה של רבקה סימני מכניס אותנו לפני ולפנים של סוגיית "הפעולות האינצידנטליות" ("הנלוות") לעבודה, שרואים אותן כחלק אינטגרלי מן העבודה, לעניין פיצוי נפגעי עבודה. ספק אם האבות המייסדים של משפט הפיצויים לעובדים היו מסוגלים לחזות את השינויים שהתחוללו, במשך מאה שנה, במשמעות המושג "תוך כדי עבודה". יש להניח, שהם עצמם התכוונו לפרש את המקרא כפשוטו, היינו שתאונת עבודה היא זו שאירעה תוך-כדי עשיית המלאכה בפועל. משעמדה הגדרת תאונת עבודה ("תוך כדי", "עקב") במבחן הפסיקה, התברר במהרה ש"פשוטו" של הכתוב אינו יכול לעמוד מול כורח המציאות. לדיבור "תוך כדי עבודה" המבטא מושג של זמן — בזמן העבודה — יש התחלה, אמצע וסוף. אימתי מתחיל העובד להיות "תוך כדי"? האם זה ברגע שהוא נוטל לידו את כלי העבודה — פטיש, משור, כף טייחים, פלס, מרצע — ברגע שהוא לוחץ על המתג המניע את המכונה? ואולי לפני כן —

מבוא

פועלת צעירה בבית-מלאכה לליטוש אבני-חן נפגעה בידה השמאלית בעת ששיחקה בכדור עם חברים לעבודה בהפסקת הצהריים. הם שיחקו ברחוב, סמוך למפעל, בשכונת בית-ישראל בירושלים. מלאכת הליטוש מחבצעת, לפי דברי העובדת בעדותה, "כשהמרפקים על השולחן והגב כפוף" ולכן סובלים רוב העובדים מכאבי גב ובהפסקת הצהריים "אנו רוצים קצת להתפרק בכדור, שהשרירים נוכל להרגיש בנוח. באותו יום הרגשתי ממש שבורה כזו".¹

בית הדין לעבודה הכיר בתאונה שאירעה "באותו יום" כתאונת עבודה, כמשמעות ההגדרה שבסעיף 35 לחוק הביטוח הלאומי, היינו "תאונה שאירעה (לעובד) תוך כדי עבודתו ועקב עבודתו אצל מעבידו".

היו ששאלו: הכיצד? הרי התאונה לא קרתה תוך-כדי עבודה — כי אם בעת הפסקת העבודה, לא עקב העבודה — כי אם עקב משחק בכדור ואף לא במקום העבודה — כי אם ברחוב, ברשות הרבים. תשובתו של בית הדין היתה, שבימינו יש פעולות "שרואים אותן לא רק כמתיישבות עם העבודה אלא אף

* סגן נשיא בית הדין הארצי לעבודה.

1 רב"ע לכ/69-0; פד"ע ג', 386, 390 (רבקה סימני).

2 שם, 392.

העובד בקומה השלישית של הבנין, אם מעדה רגלו באחד משלבי הסולם בהעלותו את האבנים, נפל ונפגע — הרי זו תאונה שבאה 'מתוך העבודה' ומעסיקו חייב לשלם פיצויים. כמו כן פועל החופר יסודות לבנין, אם נתקל במעדרו בדבר קשה ודפק בו בכוח, והדבר הזה נתפוצץ והזיק לו — נניח שזאת היתה פצצה שנשארה טמונה בקרקע מזמן המלחמה — זכאי הוא בפיצויים. הוא הדין בפועל העובד אצל צבע בצביעת קיר הבנין, אם נפל מהפיגום שעבד עליו ונהרג — הרי זו תאונה 'מתוך העבודה', ובני משפחתו של הנהרג שעליו היתה פרנסתם זכאים בפיצויים".

כפי שעולה משורות אלה, התפיסה והגישה היו שיש לפרש פירוש דווקני את הדיבור "תוך כדי עבודה" כמתייחס לזמן ביצוע העבודה בלבד.

תמונה שונה בתכלית מתקבלת מדברי הנשיא בר-ניב ז"ל, עשרים וחמש שנה לאחר מכן, סמוך לכניסת חוק הביטוח הלאומי, תשי"ד—1953, לתוקפו. כאילו נפתחו השערים לפרשנות רחבה ונפרשה יריעת הפעולות הנלוות לעבודה שיש לראותן כחלק מן העבודה:

"הפירוש המקובל למושג 'תוך כדי עבודה' הוא שחייב להיות קשר זמן בין התאונה לבין העבודה. בכלל אפשר לומר שיראו תאונה כתאונה תוך כדי העבודה, אם היא אירעה לעובד בעת עשותו פעולה שאדם המועסק לכך חייב לעשות, במסגרת הזמן שרואים אותו כזמן עבודתו ובמקום שמקובל שיימצא בו או שהוא רשאי להמצא בו. בדרך כלל רואים במסגרת הזמן את פרק הזמן מהרגע שהעובד הגיע למקום העבודה

כשהוא לובש את בגדי העבודה, כשהוא נכנס לסדנה או לבית-המלאכה או אפילו לבניין שבו מצוי המפעל, כשהוא צועד בתצר? או אולי מאותו רגע שבו הוא פותח את השער החיצוני? במקביל ניתן לשאול שאלות רבות בקשר למועד, לרגע, שבו חדל העובד להיות "תוך כדי עבודה" ובקשר לקורה אותו במשך יום העבודה. והוא הדין לעניין הקשר הסיבתי, "עקב" העבודה.

עינינו הרואות: משהועמדה הגדרת "תאונת עבודה" על כנה, צבאו עליה מחנה רב של מקרי-גבול. שהרי כל הגדרה — מלה שנגזרה מן המלה "גדר" — תוחמת תחום בין מה שכלול בה ובין מה שמחוצה לה ולעולם קיים לחץ של חלחול פנימה, להכרה במקרי-גבול שייכללו בתוככי ההגדרה. תהליך סיפוחם והתמזגותם של מקרים אלה כפעולות נלוות לעבודה, כחלק של ה"תוך כדי" — תהליך של אוסמוזה משפטית — התפתח בעצלתיים, פעם מהר, פעם לאט. קצב התהליך הוחש החל משנות הארבעים של המאה הנוכחית ברוב הארצות, כאשר הועברה סוגיית הפיצויים לנפגעי עבודה מתחום אחריותו האישית של המעביד לתחומו של הביטחון הסוציאלי.

בטרם ניגש לנושא סקירה זו — הפעולה הנלווית לעבודה בפסיקה ובחקיקה בארץ, כדאי להציץ לעולם המושגים מהימים דאז, כאשר נחקק החוק הראשון בנושא תאונות העבודה: פקודת הפיצויים לעובדים, 1927. בספרו ילקוט דיני עבודה ופועלים במשפט הארץ-ישראלי³ נותן בר-שירה ז"ל, חלוץ משפט העבודה בארץ, ביטוי לפרשנות שרווחת באותה עת באומרו:

"את המונח 'מתוך העבודה' צריך לפרש שהפועל ניזוק בשעת עבודתו על ידי סכנה הכרוכה במילוי העבודה, ואשר אלמלא היה עסוק בעבודה זו, לא היה ניזוק. למשל פועל המגיש אבנים לבנאי

3 דפוס "הספר", ירושלים, תרפ"ט, עמ' 26.

4 ס"ח 137, תשי"ד, עמ' 6.

הדברים שכתב בר-ניב בספרו באו לידי יישום, הלכה למעשה, בפסק הדין הראשון שיצא מאת בית הדין הארצי לעבודה בסוגיית הפעולות הנלוות לעבודה:

"עובד מצוי 'תוך כדי עבודתו' כאשר הוא עושה אותם דברים סבירים אשר החוזה בינו וכין מעבידו מרשה לו במפורש או מכללא לעשותם.

אין זה הכרחי שהעובד יהיה נתון בביצוע ממש של העבודה בדגע הפגיעה, על-מנת שיהא זכאי לפיצויים, מספיק אם הוא מעסיק עצמו באופן המתיישב עם חוזה העבודה שלו בדרך שהיא נלווית לעבודתו.

רציפות העבודה אינה נפסקת כאשר העובד עושה דבר שונה מאשר הוטל עליו במפורש, יכול ומכחינת הזמן והמקום לא יהא נתון עובד כדיוק לעבודה שהוטלה עליו, ובכל זאת אינה נפסקת רציפות עבודה, אלא אם פעולתו זרה לחלוטין לעבודתו או מהווה זניחת העבודה".⁵

הלכות אלה הן פתיחה נאותה לסקירה שלהלן, שבה ייעשה ניסיון לסווג ולקטלג מיני פעולות שרואים אותן כנלוות לעבודה. הפסיקה שעליה נסבה הסקירה ימיה כימי הביטוח הלאומי בארץ, ובית-היצור שממנו יצאה היא, במשך 15 שנה, בית הדין לביטוח לאומי והחל מה-1.9.1969 – בית הדין לעבודה.⁶

ועד הרגע שעזבו. לכלל זה כמה יוצאים מן הכלל. כך רואים ככלול בזמן העבודה את הזמן שלפני התחלת העבודה, שבו נמצא העובד במקום העבודה על מנת להתכונן לעבודה ואת הזמן שאחרי גמר העבודה, שבו נמצא העובד במקום העבודה על-מנת להתרחץ או להחליף בגדים. אף הפסקות קצרות תוך יום העבודה, שבהן נוהגים לשהות במקום העבודה, כלולות בזמן העבודה".⁵

למרות שגישה פתוחה זו היתה נחלת הכלל, כאשר נתקבל חוק הביטוח הלאומי, ראה המחוקק הישראלי להוציא מלכתחילה מתחום ויכוחי המפרשים שני מצבים שזיקתם לעבודה היתה עדיין שנויה במחלוקת במידה זו או אחרת. האחד צמוד באופן מוחלט ומתמיד לביצוע העבודה, ועניינו תאונה בדרך אל העבודה וחזרה ממנה. ואמנם, קשה לתאר פעולה "אינצידנטלית" יותר לעבודה מאשר עשיית הדרך כדי להגיע לעבודה ולחזור ממנה הביתה. העניין השני הוא תאונה אגב ביצוע פעולה להצלת רכוש או גוף. לשניים אלה הוקדשו הוראות חוק מיוחדות, הלא הן פסקאות (1) ו-(2) לסעיף 14(א) לחוק (כיום סעיף 36(1) ו-(2) לנוסח המשולב).⁶

במשך השנים נוספו לפסקאות אלה פסקאות נוספות, כל אימת שהמחוקק ראה לנכון להרחיב את תחולתה של הגדרת תאונת עבודה (סעיף 35 לחוק) על פעולות נוספות שיש לראותן, על דרך הפיקציה, כחלק מן העבודה.

5 צכי בר-ניב, חוק הביטוח הלאומי, הוצאת "יבנה", תל-אביב, 1954, עמ' 63.

6 ס"ח 530, תשכ"ח, עמ' 108.

7 דב"ע לא/22-0; פד"ע ב', 207 (פיקו שטרן).

8 להלן רשימת הקיצורים המשמשים במאמר:

דב"ע: דיון בבית הדין הארצי לעבודה.

תב"ע: תביעה בבית הדין האזורי לעבודה, בתוספת ראשי התיבות י"ם, ת"א, ח"י, ב"ש המציינת שמדובר בבית דין אזורי בירושלים, בתל-אביב, בחיפה או בבאר-שבע.

פד"ע: פסקי דין של בתי הדין לעבודה.

ע.ב.ל: ערעור בית הדין לביטוח לאומי.

פכ"ל: פסקי דין של ביטוח לאומי (15 כרכים 1954-1980; יצא לאור מטעם המוסד לביטוח לאומי).

לקט: לקט פסקי דין של ביטוח לאומי, יוצא לאור מטעם המוסד לביטוח לאומי.

ת.ב.ל: תביעה בבית הדין המקומי לביטוח לאומי, הוספת ראשי התיבות י"ם, ת"א, ח"י או ב"ש – כנ"ל.

יש לראות באכילה וסעודה פעולה אינצידנטית לית (נלווית) לעבודה. הפסיקה של אותם ימים — פסיקתו של בית הדין לביטוח לאומי — החלה את דרכה תוך הישענות בלעדית ומלאה על הפסיקה האנגלית, שתוקפה המחייב המשיך להתקיים, בנושא הפיצויים לעובדים כבנושאים רבים אחרים, גם אחרי קום המדינה. מאז שהוסדר נושא הפיצויים לעובדים בארץ לראשונה, בשנת 1927, ועד לתחילת תוקפו של חוק הביטוח הלאומי (1.4.1954) היתה התלות בפסיקה האנגלית מוחלטת. משבא חוק ישראלי מקורי וכיטל את תוקפה של הפקודה משנת 1947¹² ואת זיקת החובה למשפט האנגלי, לא העלה מישהו על הדעת שנוצר חלל ריק ויש ליצור יש מאין. כולם — המבוטחים, המוסד לביטוח לאומי, בית הדין לביטוח לאומי — ראו כחיוני וטבעי להמשיך להיתלות בפסקי הדין האנגליים. יחד עם זאת יש לציין אם הניסיון שנעשה לפרקים, בבתי הדין המקומיים לביטוח לאומי, לפלס לפסיקתם דרכים חדשות ומקוריות ואת נטייתם לשאוב השראה מן הפסיקה הצרפתית והאמריקנית. אלא שניסיונות אלה של תווה קדימה והרחבת האופק הושמו בדרך כלל לאל על-ידי בית הדין לערעורים, שהקפיד בדבקות על פרשנות דווקנית של הדיבור "תוך כדי עבודה" במשמעות של תוך-כדי עשיית פעולה במסגרת חובתו של העובד כלפי מעבידו.

שני הכללים שהנחו את בית הדין לביטוח לאומי בסוגיית התאונה אגב סעודה, אכילה, רכישת מצרכי מזון וכד' היו: (א) כי "הרחבת הפירוש של "תוך כדי עבודה" כמידה שיכלול גם אכילה בתוך שטח המפעל בזמן העבודה נעשה כבר מתוך פירוש דחוק של המושג הנ"ל. לפי פסקי הדין באנגליה "כל חריגה מגבולות המפעל מוצאת מתחום הכלל

סעודה ואכילה

בראש רשימת הפעולות הנלוות לעבודה יש להציב את האכילה, פעולה חוזרת ונשנית במשך יום העבודה והממוסדת בהוראות חוק, האחת מתחום משפט העבודה המגן (חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א-1951)⁹ והשנייה מתחום הביטחון הסוציאלי (חוק הביטוח הלאומי). סעיף 20 לחוק שעות עבודה ומנוחה מחייב שביום עבודה של שש שעות ומעלה תינתן הפסקת עבודה של 3/4 שעה לפחות, מזה הפסקה רצופה אחת של חצי שעה לפחות, שבה העובד רשאי לצאת ממקום העבודה. ההוראה השנייה, פסקה (3) לסעיף 36 לחוק הביטוח הלאומי, נוספה בתיקון החוק מסי^{10,11} לפיה רואים תאונה כתאונת עבודה גם אם —

"(3) אירעה למבוטח שהוא עובד, בהפסקה שנקבעה על דעת המעביד ושאינה עולה על שלוש שעות, במקום שבו המבוטח או העובדים במקום עבודתו סועדים (והתאונה אירעה בקשר לעבודה או עקב סיכוני המקום או תוך כדי סעודו באותו מקום ועקב כך), או תוך כדי נסיעתו או הליכתו למקום כאמור מהעבודה או בחזרה ממנו לעבודה ועקב נסיעתו או הליכתו זו".

הקטע בסוגריים הוסף בשנת 1973¹¹ בכוונה מוצהרת לצמצם ולסייג את היקף תחולתה של הפסקה המקורית.

כל מה שעשה המחוקק בהוסיפו פסקה (3) לסעיף 36 (ובאותה הזדמנות, גם הפיסקאות (4) ו-(5), שידובר עליהן להלן) היה לתת גושפנקא לתפיסה שהתגבשה בפסיקה, לפיה

9 ס"ח 76, תשי"א-1951, עמ' 204.

10 ס"ח 456, תשכ"ה (16.4.1965), עמ' 130.

11 ס"ח 695, תשל"ג (20.7.1973), עמ' 126.

12 סעיף 25(א) לחוק הביטוח הלאומי, תשי"ד-1953.

נטל על עצמו "סיכון נוסף": עלה על טרקטור המופעל בידי חבר כדי לשאול ממנו סכין לחתוך אכטיח ונפגע.²¹

פני הפסיקה שונו בעקבות תיקון החוק מס' 11, משנכנסה לתוקפה פסקה (3) לסעיף 36 שנתנה לגיטימציה מסוימת לתאונה בגין סעודה או אכילה כתאונת עבודה. כסנונית ראשונה באה הכרה שמדובר בתאונת עבודה כפגיעה שנפגע עובד בעינו מכפית שהחזיק ביד כאשר הכין לעצמו תה בעת הפסקה לארוחת בוקר.²² ברם אליה וקוץ בה: משנטל המחוקק את היוזמה לקבוע את תחום הזכאות, מחייבת האות הכתובה בחוק. לכן נדחתה תביעתה של עובדת שנפגעה בשובה ממסעדה לעבודה, משהוכח שהיתה זו הליכה חדר-פעמית לאותה מסעדה כך שהתאונה לא קרתה "בחזרה ממקום בו סועדים העובדים, לעבודה", כלשון פסקה (3).²³ ולהיפך: נתקבלה התביעה במקרה שבו אירעה התאונה תוך כדי נסיעה מן העבודה לחנות מכולת שבה נהגו העובדים לסעוד.²⁴

כמו כן הוכרה כנופלת לתחום פסקה (3) הליכה לקיוסק כשאינ בתחום העבודה סידורים העושים למיותרים הזדקקות לשירות חוץ²⁵ או הליכה לחנות מכולת בעת הפסקה כשאינ במפעל מזנון, קנטינה או קיוסק.²⁶ במקרה של שתיית מיץ וקניית דברי מאכל בקיוסק נפסק,

הנ"ל,¹³ וכן: (ב) פעולה שעובד רשאי לעשותה תוך כדי ועקב עבודתו אך אינו חייב לעשותה, אינה תאונת עבודה¹⁴ (ההדגשות הוספו).

לפיכך נדחתה התביעה, לפי הכלל הראשון, כאשר שומר לילה יצא משטח המפעל כדי לקנות דבר אוכל בקיוסק המרוחק 150 מטר ונפגע בדרך, ולפי הכלל השני, כאשר עובד נכווה מהתלקחות דלק בשעה שהכין קפה עבור קבוצת עובדים שעסקו בהכשרת קרקע באיזור מדברי.

כמו כן נדחתה תביעתו של עובד שנפגע בעת הפסקת צהריים, כאשר יצא משטח המפעל כדי לקנות לחמניות;¹⁵ לא הועילה לעובד, שנפגע בדרכו לחנות המכולת, הטענה שמעבידו מחייב את עובדיו לאכול,¹⁶ או שבמפעל אינ מזנון¹⁷ או — לעובד שנפגע בשובו למפעל ממסעדה — שהוא נוהג לאכול באותה מסעדה מדי יום ביומו, בעת הפסקת הצהריים;¹⁸ וכך נפסק בעניינו של עובד שנפגע ביום הראשון לעבודתו במפעל כשנסע על אופניים, בעת ההפסקה לארוחה, למסעדה השוכנת באותה חצר שבה מצוי משרדו של המעביד;¹⁹ ושל עובד עצמאי, שהתרחק לרגע קט מהקומפרסור שלו, באתר הבנייה, כדי לשתות כוס תה במסעדה סמוכה.²⁰

אף-על-פי שפעולת אכילה בשדה תיחשב אינצידנטלית לעבודה, לא כן כאשר העובד

13 ע.ב.ל 7/60; פב"ל ה', 37 (דוד פלצל).

14 ע.ב.ל 1/63; פב"ל ח', 163 (סלמאן עקבאני).

15 ע.ב.ל 15/56; פב"ל ב', 125 (הירש חיימוביץ).

16 ע.ב.ל 35/63; פב"ל ט', 1 (זכאי ששון).

17 ע.ב.ל 5/60; פב"ל ה', 38 (עמנואל רמות).

18 ע.ב.ל 11/56; פב"ל ב', 117 (יוסף צרי).

19 ת.ב.ל חי' 174/58; פב"ל ד', 117 (משה קלוס).

20 ת.ב.ל י"ם 59/69; פב"ל ה', 71 (יעקב בורוכוב).

21 ע.ב.ל 30/65; פב"ל י', 59 (פתחי מחמד, פאעור זרעוני).

22 ע.ב.ל 4/65; פב"ל ט', 236 (זאב גויפלד).

23 חב"ע ת"א לב/440-0; פר"ע ה', עמ' ה' (דליה אברהם).

24 ת.ב.ל ת"א 252/65; פב"ל י', 47 (סימה דהן).

25 דב"ע לב/27-0; פס"ע ג', 330 (חוסין מחמוד נימר).

26 תב"ע חי' לא/22-0; פר"ע ג', עמ' י"ג (ישראל רושני ואח').

הדין לעבודה חוצץ נגד תפיסת היסוד המוטעית לשיטתו, שהביאה לחקיקת הפיסקאות (3), (4) ו-(5) שבסעיף 36. וכה אמר:

"סעיף זה (קרי: סעיף 36(א2)) קסעיפים 36 פסקה (3), 36 פסקה (4) ו-36 פסקה (5), הוא תולדה ישירה של טענות ופסיקה המפרשים פירוש מצמצם ביותר את הגדרת 'תאונת עבודה'. אותן טענות ואותם פסקי-דין הביאו לתיקוני חוק... שהיו מיותרים לו ניתן למונח 'תאונת עבודה' הפירוש הדינמי והראוי להשגת מטרת החוק. מכאן שאין לראות באותו סעיף הרחבת המונח 'תאונת עבודה' אלא הרגמתה"³². (ההדגשה הוספה).

גם אם רואים בפסקאות הללו הדגמות בלבד, אין להתעלם מהן ואף אם קיבלו את מעמדן כפעולות גליות לעבודה מדי המחוקק, עדיין נותר לפסיקה כר נרחב דיו לפרשנות ראויה ותכליתית.

רחצה, עישון, שתייה, עזיבת המקום ועוד

הדיבור "פעולה אינצידנטלית" לעבודה הופיעה לראשונה בפסיקה הישראלית בקשר למקרה מקלחת. מבשלת בבית-הבראה החליקה במדרגות ונפגעה בשעת בוקר מוקדמת בלכתה להתקלח לפני תחילת העבודה.³³ משנדרש לברכה "שהחיינו" בסוגיה

כי "סעוד" כולל אכילה, ואכילה כוללת שתייה.²⁷

נסיעה של עובד עצמאי לרגל עסקו במשך שעות; במוצאי שבת, למקומות שונים בתוך העיר באר-שבע ובסביבתה מהווה עיסוק במשלח-ידו. והליכה, תוך-כדי מסע זה למקום אוכל, עם חברתו שישבה עמו במכונית, יש לראותה כפעולה הנלווית לעבודה. הטעם לכך הוא שכל עוד, באופן כללי, הוא עושה למען עסקו "אין הגנת החוק ניטלת ממנו כל אימת שנדמה כי הוא עוסק לרגע בענין בעל אופי פרטי יותר".²⁸

יש לציין, בשולי הפסיקה הנ"ל, שהיו מקרים שבהם ראה בית הדין לעבודה לנכון להתעלם במופגן ובמפורש מפסיקה (3), מפני שניתן היה למצות את הדין, על-פי פרשנות נכונה של סעיף 35 לחוק (הגדרת תאונת עבודה), בלא להזדקק ל"פתרונות" המוצעים בסעיף 36, פסקה (3). למשל: נהג שמקום עבודתו בשדה התעופה בן-גוריון קיבל הוראה לנסוע לסביון. לפני צאתו לשם נסע ללוד לסעוד במסעדה ובדרך מלוד לסביון נפגע בתאונת דרכים.²⁹ כמו כן נתקבלה, תוך הסתייגות מסעיף 36(3), תביעתו של עובד אשר בעת אכילה, בהפסקה לארוחת בוקר, הקדים קנה לוושט, איבד את הכרתו ונפל. נפסק, שאין להזדקק לפסיקה (3) הנ"ל מאחר שהמקרה צריך להידון במסגרת הדיבור "תאונת עבודה" כמוגדר בסעיף 35 ודיבור זה "כולל גם הפסקות מוסכמות להחלפת כוח או נוחיות אישית או הפסקות לארוחות".³⁰ בהזדמנות אחרת, בהליך שבו נידונה תובענה לפי פסקה (א2) לסעיף 36, יצא בית

27 תב"ע ת"א לב/47-0; פד"ע ה', עמ' ס' (בסמה עזאם ואח').

28 דב"ע לד/162-0 (מלכה ארמונד; לא פורסם).

29 דב"ע לב/1-0; פד"ע ג', 272 (אהרון רוזנבוים).

30 דב"ע לג/158-0; פד"ע ה', 51, 53 (משה רוסל).

31 לפי פסקה (4) רואים כתאונת עבודה תאונה אגב פעולה לקבלת שכר ולפי פסקה (5) אגב מילוי תפקיד כחבר ועד עובדים.

32 דב"ע לא/31-0; פד"ע ב', 292, 294 (יצחק גוטמן).

33 ע.ב.ל 7/56; פ.ב.ל ב', 129 (לאה עמק).

פגיעה בעת עזיבת מקום העבודה נגר בכית-אריזה סיים את משמרתו סמוך לחצות ונאלץ להמתין כשעה למשאית המסיעה את הפועלים לבתיהם. הוא נרדם כישיבה על ספסל, נפל ונחבל. נפסק, שתהליך העזיבה הוא חלק מן העבודה.³⁷ ועניין דומה: בתום העבודה המתינו פועלות למשאית שתחזירן הביתה ובעת ההמתנה שיחקו ב"חמש אבנים". משהגיעה המשאית מיהרה אחת מהן ליטול את תיקה מאולם העבודה, נפלה ונפגעה. נפסק, שהתאונה אירעה בעת המתנה שנכפתה עליה בשטח המפעל והיא תאונת עבודה.³⁸

עישון

עישון סיגריה תוך-כדי עבודה הוא מעשה סביר ומותר ובמיוחד אם העובד מרבה לעשן בשל הריכוז והמתח שבעבודה. כך נפסק בעניינו של עובד במלטשה שרצה להצית סיגריה בשיטה "עיוורת" בלא לנתק את מבטו מן היהלום שעל האופן המסתובב. הגפרור שהוצת הדליק את הקופסה כולה וידו נכוותה.³⁹ לעומת זאת, לא הוכר כתאונת עבודה מקרה שבו מצא פועל את מותו כאשר ניגש בעת הפסקה לצד האחורי של דחפור כדי להוציא מן הארגז חפיסת סיגריות. הדחפור נע ופצע אותו פצעי מוות. נפסק, שמדובר ב"פעולה רצונית" "שלא נבעה מעבודתו ולא היתה אינצידנטלית".⁴⁰

פעולה נלווית לשתייה

פועל עסק בצביעת עמודי חשמל, על שפת ימה של תל-אביב. בעת הפסקה לעישון ושתייה התכופף כדי לשטוף במי ים את בקבוק מי השתייה שלו, החליק, נפל ונפגע משברי

החדשה, ערך בית הדין לביטוח לאומי – אגב סקירת הפסיקה האנגלית – רשימה של סימני היכר אופייניים ל"פעולה הנלווית", כגון: שהמקרה אירע בעת הפסקת עבודה בשטח המפעל; או שהיה זה סמוך לפני או אחרי העבודה, כולל הכניסה והיציאה משטח המפעל; בעת רחצה או מקלחת, החלפת בגדים וכד'.

עניין המקלחת הופיע שוב, עשרים שנה מאוחר יותר, בנסיבות עובדתיות מורכבות יותר: שומר בבית-החולים ביילינסון סיים עבודתו בשעה 15.00 ונשאר במקום כדי להשתמש בסידורי רווחה שהועמדו לרשות העובדים – מקלחת וארוחה ואף צפייה בטלוויזיה עם עובדים אחרים. בצאתו בשעה 18.00 בדרך הביתה נפגע בתאונת דרכים. עלתה השאלה אם התאונה היתה בדרך "מן העבודה" למעונו, לצורך סעיף 36(1) לחוק; לשם כך חשוב היה לדעת אם "העבודה" כללה גם את השעות הנוספות בבית-החולים. נפסק שכן ושהשעות הנוספות היתה "פעולה נלווית" לעבודה.³⁴ כמו כן הוכרה כתאונת עבודה תאונה בעת רחצה בבריכת מים שנקוו סמוך לאתר העבודה שבה נהגו הפועלים להתרחץ בהעדר סידורים מתאימים באתר העבודה.³⁵ אך נדחתה תביעת דיילת אוויר, שהחליקה בעת רחצה בבית מלון בפריז בין שתי טיסות. הוכח, ששהתה בפריז למעלה מיממה והיתה אמורה להמשיך לניו-יורק כעבור 12 שעות. התאונה אירעה בחצות הליל בשוכה מבילוי חברתי. נפסק שהרחצה לא היתה קשורה בעבודה מבחינת הזמן, גם אם רואים את המלון כמקום עבודתם של דיילי אוויר.³⁶

34 דב"ע לר/0-27; פד"ע ח', 328 (יהושע יחזקאל).

35 תב"ע חי' לב/0-142; פד"ע ר', עמ' כ"ט (כמאל שרוף).

36 ת.ב.ל ת"א 290/69; פב"ל י"א, 350 (דורית סרליק).

37 ת.ב.ל ת"א 120/59; פב"ל ה', 93 (יעקב ג'מיל).

38 תב"ע חי' לג/0-63; פד"ע ה', עמ' ס"ו (עלי אשתיאק).

39 ת.ב.ל ת"א 429/61; פב"ל ז', 39; ע.ב.ל 27/62; פב"ל ח', 66 (אפרים קנדיוטי).

40 ת.ב.ל ת"א 288/62; פב"ל ט', 140 (לוטיפה דביר).

פעולתו זרה לחלוטין לעבודתו או מהווה זניחת העבודה⁴⁴ (ההדגשות הוספו).

הצלת גוף או רכוש

הוראה שהיתה קיימת מתחילת החוק – סעיף 14(א)(2), כיום 36(2) – מורה לראות תאונת עבודה כתאונה שנגרמה "תוך כדי עבודתו של המבוטח... בעשותו להצלת גוף או רכוש או למניעת נזק או סכנה לגוף או לרכוש". תוך זיקה וגם ללא זיקה לסעיף הנ"ל נתקבלו התביעות במקרים אלה: מזכיר אגודת כדורגל שנפגע כאשר נחלץ להגן על שופט המשחק מפני זעם הקהל;⁴⁵ נהג של עיריית באר-שבע, אשר בהיותו בתורנות החנה את רכב העירייה ליד ביתו וביקר אצל קרוב משפחה. משנודע לו שילדים רוקנו אוויר מגלגלי המכונית מיהר לביתו וכמהלך קטטה עם הילדים נפגע;⁴⁶ נהג משאית פגע בילד ערבי ליד מחנה פליטים, עצר את רכבו, התקרב לילד, הרימו מן האדמה ונפגע מידי תושבי המקום שהתנפלו עליו;⁴⁷ עובדת עצמאית הותקפה ונשדדה בשובה לביתה בשעות הערב, כשסכום הפדיון עמה. תוך ריצה אחרי השודד נפלה ונפצעה. נפסק, שנשיאת הכסף עמה כמוה כנשיאת סיכון העבודה אפילו אחרי שעות העבודה.⁴⁸

תאונה בדרך לקבלת טיפול רפואי

תאונה שנייה "בתוך" תאונת עבודה פועל נפגע בעינו. רופא המפעל (בית-חרושת

זכוכית. נפסק, ששטיפת כלי שתייה היא חלק טבעי מפעולת אכילה או שתייה, לאמור – פעולה נלווית לעבודה.⁴¹ אולם כאשר ניסה עובד לפתוח בקבוק סודה עבור חברתו לעבודה ונפגע בעינו מן הפקק שקפץ נקבע, שהמעשה לא היה "תוך מילוי חובה כלפי מעבידו" והתאונה אינה תאונת עבודה.⁴²

התגדבות למען קידום העבודה

לא הוכרה כתאונת עבודה תאונה שאירעה לעובד של קבלן-משנה שפעל כדי לקדם את ענייני מעבידו בהושיטו עזרה לקבלן הראשי ונפצע אגב כך.⁴³ הגישה המשתקפת באותו פסק דין גסתרה ונמחקה אחת ולתמיד בעקבות פסק דין מנחה של בית הדין לעבודה: מעשה בנהג משאית שנסיעתו הופסקה בגלל אוטובוס שנתקע וחסם את הכביש והוא נחלץ להסיר את המכשול ששיתק את האוטובוס ותוך-כדי כך נפגע. נפסק, ש:

"עובד מצוי 'תוך כדי עבודתו' כאשר הוא עושה אותם דברים סבירים אשר החוזה בינו לבין מעבידו מרשה לו במפורש או מכללא לעשותם ואין זה הכרחי שהעובד יהיה נתון בביצוע ממש של העבודה כרגע הפגיעה, על מנת שיהא זכאי לפיצויים. מספיק אם הוא מעסיק את עצמו באופן המתיישב עם חוזה העבודה שלו בדרך שהיא נלווית לעבודתו. רציפות העבודה אינה נפסקת כאשר העובד עושה דבר שונה מאשר הוטל עליו במפורש אלא אם

41 ע.ב.ל 51/61; פכ"ל ז', 164 (מרדכי מטודי).

42 ת.ב.ל י"ם 54/64; פכ"ל ט', 146 (שאל אפרתי).

43 ת.ב.ל ח"י 57/60; פכ"ל ו', 25 (פתחי חוטבא).

44 ע.ב.ל לא/22-0; פד"ע ב', 207 (פיקו שטרן).

45 ת.ב.ל ח"א ל/14-0; פד"ע א', עמ' ד' (דוד מרציאנו).

46 דב"ע לא/32-0; פד"ע ב', 338 (שלום סויסה).

47 תב"ע ת"א ל/67-0; פד"ע א', עמ' ד' (דוד סופר).

48 תב"ע ת"א לט/295-0; פד"ע י"א, עמ' קי"ג (ורוניקה אשר).

או מבחן "האלימינציה" (But for Test), שכן לולא העבודה לא היתה התאונה מתרחשת באותו מקום ובאותה עת. ברם, הלכה ואזהרה בצדה: לא כל תאונה בדרך לקבלת טיפול בגלל תאונה קודמת יראוה כתאונת עבודה: "יתכן ונסיבות וגורמים מסויימים יוציאוה מכלל 'תאונת עבודה'".⁵¹

מקרה אחר של הכרה בתאונה "כפולה" היה בעניינה של עובדת אשר עצם נתקעה בגרונה תוך-כדי אכילת חתיכת דג בעת הפסקת בוקר והיא נפגעה בתאונת דרכים בשעה שהוסעה לבית-חולים. משהוכרה התאונה הראשונה כתאונת עבודה, הוחל אותו הדין, ממילא, על התאונה השנייה.⁵²

תאונה בדרך למרפאה

עובד, חולה סכרת, נסע מדי יום ביומו מן העבודה למרפאת קופת-חולים לקבל זריקת אינסולין. באחד הימים נפגע בדרך למרפאה. נפסק, שהליכתו לקבל זריקה היא פעולה הנלווית באורח סביר לעבודה.⁵³

לא כך נפסק בעניינה של עובדת בהיריון שקיבלה רשות לגשת למרפאה לביצוע בדיקה. נפסק שלא היה כל קשר — ישיר או עקיף — בין העבודה ובין הטיפול הרפואי.⁵⁴ כמו כן נדחתה תביעתה של עובדת אשר בהיותה בחודש השביעי להיריונה חששה לגורל הוולד ובדרך לקופת-חולים נפגעה. משטענה שהליכתה לקופת-חולים היתה מעשה "להצלת גוף" במשמעות סעיף 36(2) לחוק, השיב בית הדין שמה שאירע לא היה "תוך כדי עבודה" כדרישת הסעיף הנ"ל, אלא בעת שהפסיקה את עבודתה למטרה שאינה קשורה לעבודה, לא במישרין ולא בעקיפין.⁵⁵

"פניציה" נעדר מפאת אָבֶל וניתנה לעובד רשות לנסוע העירה למרפאת קופת חולים ברכב של המפעל. בדרך גפתחה לפתע הדלת שנשען עליה והוא נפל ונחבל. בבית הדין המקומי בחיפה⁵⁶ זכה העובד ותביעתו נתקבלה מן הטעם שבהליכה לקבל טיפול רפואי בגין תאונת עבודה, בשעות העבודה ועל חשבון המעביד, יש משום מילוי חובה כלפי המעביד. זאת ועוד: בהיות מרפאת המפעל סגורה יש לראות במרפאה החיצונית חלק מתחום המפעל והנסיעה למרפאה כמוה כפעולה נלווית לעבודה. המאמץ המחשבתי שהושקע בערכאה הראשונה הושם לאל במחי קולמוס בידי בית הדין לערעורים,⁵⁷ אשר ראה לנכון לשייך את הסוגיה לתחום דיני הנזיקין ועל-ידי כך להחזיר את השעון עשרות שנים לאחור: הנסיעה למרפאה — כך פסק — לא היתה פעולה נלווית לעבודה כי אם לפגיעה בעין. הנפגע לא היה חייב כלפי מעבידו לגשת למרפאה החיצונית, אלא רק זכאי לכך מכוח חוק הביטוח הלאומי. והעיקר: השרשרת הסיבתית בין תאונת העבודה (הפגיעה בעין) ובין הפגיעה השנייה נותקה עקב מעשה הנפילה מן הרכב.

חלפו כתריסר שנים עד שהיה העקוב למישור.

בבוא לפניו לראשונה מקרה דומה הסתייג בין הדין לעבודה באורח מוחלט מן "ההלכה" הנ"ל ופסק שהתאונה השנייה שאירעה לעובד בדרך בין מרפאה למרפאה, כאשר בא לקבל טיפול רפואי במרפאת קופת-חולים בגין תאונת עבודה ונשלח למרפאה אחרת (לקבלת תרופות) — היא תאונת עבודה. המבחן המועיל בנסיבות אלה, אמר בית הדין, הוא מבחן "הקשר לעבודה" (Work connection)

49 ת.ב.ל ח"י 94/59; פב"ל ה', 148 (ראובן יורקביץ).

50 ע.ב.ל 34/60; פב"ל ז', 63 (ראובן יורקביץ).

51 דכ"ע לב/38-0; פד"ע ד', 29, 34 (פרץ מסעוד).

52 תב"ע ח"י לז/345-0; פד"ע י', עמ' ז' (דורה פרלמן).

53 תב"ע ח"י לה/40-0; פד"ע ז', עמ' ל"ב (אליעזר קרפ).

54 ע.ב.ל לח/73-0 (טובה ממן; לא פורסם).

55 ע.ב.ל לז/4-0; פד"ע ח', 332 (רחל ברזילי).

להיות אותה שעה באותו מקום והתאונה אינה תאונת עבודה.⁵⁸

כמו כן נדחו התביעות — והפעם בבית הדין לעבודה — במקרים אלה: עובדת עצמאית (סוכנת ביטוח) שנפגעה בעת אירוע חברתי (חתונה). לא הוכח שהסיבה היחידה להשתתפותה באירוע היתה העיסוק במשלוח היד ושעסקה בפועל במקצועה בעת האירוע.⁵⁹ עובד נפגע ברחבת הריקודים בעת מסיבה שארגנה חברת "דיור לעולה" לעובדיה במועדון. אמנם החברה היתה מעוניינת בהשתתפות עובדיה במסיבה לשם גיבוש חברתי והידוק היחסים ביניהם ובין ההנהלה ואף שילמה את חלק הארי של מחיר כרטיסי הכניסה, אך העובדים לא חויבו לבוא ולפיכך היה הקשר בין העבודה לתאונה רופף מדי.⁶⁰

לדיון נרחב זכתה הסוגיה במקרה של תאונה שקרתה במהלך "אירוע חברתי" שארגנה חברת "מקורות" בבית מלון. האירוע נמשך 30 שעות — מיום ו' אחרי הצהריים עד מוצאי שבת. העובדים נשאו ב-50% מהוצאות האירוח והותר להם להביא את בני משפחתם. אחד העובדים נפגע בעת ששיחק בקט-טניס. נפסק, שאין להעלות על הדעת שעובד "ייחשב" כמצוי תוך-כדי עבודה במשך 30 שעות שהותו בבית-מלון. מטבע הלשון "גיבוש חברתי" אינו מטבע העובר לסוחר בכל המצבים ובכל הנסיבות ויש להציב לו סייגים, שהרי אם אירוע "חברתי" מעין זה כמוהו כעבודה, מאי נפקא מינה במסיבה חברתית כגון חתונה, בר-מצווה ושאר השמחות שעובד מוזמן אליהן בידי חבריו לעבודה?⁶¹

אחרת נפסק כאשר הוכח שהנפגע, סגן-מנהל בבית-מלאכה בתעשייה האווירית,

נופש, ספורט, שירותי רווחה, נסיבות חברתיות, השתלמות

לפרק זה שייך המקרה שפתחנו בו את הסקירה, המשחק בכדור ברחוב, שלגביו נפסק שהוא "פעולת נופש" המתיישבת עם העבודה. ההכרה בפעולה מעין זו ובדומות לה כפעולות הנלוות לעבודה מקורה במודעות למציאות הנוצרת במהלך העבודה בצוותא, ולמערכת היחסים המתפתחת בין עובדים במישור האישי והחברתי. על רקע של הווי משותף וקרבת אנוש באים מפגשים, אירועים ופעילויות שונים — מחוץ לשעות העבודה — שלגביהם לא ניתן להבחין בכל מקרה בין ההיבט הוולונטרי ובין יסוד של "מחויבות" מעצם ההשתייכות למפעל.

פעילויות ומסיבות לשם "גיבוש חברתי" בית הדין לביטוח לאומי לא הכיר כתאונות עבודה במקרים אלה: תאונה שאירעה במהלך טיול שארגן המעביד אך ההשתתפות בו לא היתה חובה, וממילא — לא היתה חלק מן העבודה.⁵⁶ כאשר ארגנו בתי הזיקוק על חשבונם צעדת עובדים ברחובות חיפה ואחד האחראים לארגון נסע כדי להשיג משרוקית הדרושה לקביעת קצב ההליכה של הצועדים ונפגע בדרך, נפסק שלא היתה זו פעולה נלווית לעבודה באשר לא בוצעה כחלק מן החובות כלפי המעביד.⁵⁷ מפעל באשדוד שחרר את עובדיו מוקדם מן הרגיל כדי לאפשר להם להשתתף במצעד האחד במאי, וזאת בלי לנכות משכרם. במהלך המצעד נפגע עובד. נפסק, שמבחינתו של המעביד לא היה העובד חייב

56 ע.ב.ל 12/62; פב"ל ח', 80 (יעקב בן-יאש).

57 ת.ב.ל ח' 138/61; פב"ל ז', 150 (אהרון עוזרי).

58 ת.ב.ל אשקלון 12/66; פב"ל י', 186 (עיוש ויצמן).

59 חב"ע ח' לו/39-0; פר"ע ח', עמ' מ"ג (שושנה שבנק).

60 דב"ע מה/17-0; לקט 44.15 (בצלאל כהן).

61 דב"ע מו/85-0; פר"ע י"ח, 281 (אבנר זילברמן).

להנהלת המשרד במסגרת משחקים ב"ליגה של מקומות עבודה". נפסק, שפעילות ספורטיבית מעין זו יש לראותה כ"קשורה לעבודה, עת מפרשים את המלה 'עבודה' לא כפעולה, אלא כ'מפעל'. מפעל בימינו אינו רק מכונות, חומר גלם ובני אדם המשרתים את המכונה, אלא אורגניזם שלו חיים משלו". ניתן משקל גם לעובדה שמעביד גילה עניין בפעילות הספורטיבית והדבר בא לידי ביטוי בכך ש"סייע בארגון, השתתף במימון וזקף את הזמן לחשבון יציאות עבודה".⁶⁶ כמו כן הוכרה כתאונת עבודה תאונה שאירעה בעת פעילות ספורטיבית שהיתה חלק אינטגרלי של תכנית הכשרה מקצועית.⁶⁷

לעומת זאת, נדחתה התביעה בכל אחד מהמקרים שלהלן: תאונה שאירעה לעובד "אגד" בעת אימונים בכדורסל: האימונים והמשחקים נערכו בשעות הערב, בזמנם החופשי של החברים, ללא השתתפות "אגד" בפעילות ספורטיבית בקבוצה;⁶⁸ חניך בבית-ספר מקצועי נפגע תוך כדי משחק במסגרת תחרויות בין בתי-ספר שאורגנו מטעם משרד החינוך. פעילות ספורטיבית לא היתה כלולה במסגרת ההכשרה המעשית בלימוד מקצוע;⁶⁹ ב"אתר מרוחק" (מפרץ שלמה) נפגע עובד בעת שעסק בדיג בעזרת נפצים, כמנהג העובדים באותו מקום. נפסק, שפעילות זו היא בבחינת בידור וספורט ואינה נלווית לעבודה.⁷⁰

השתלמות מקצועית

עובדת בבנק נדרשה להשתתף בקורס להשתלמות על-פי הוראות ההסכם הקיבוצי שחייב אותה לעשות כמיטב יכולתה כדי "לרכוש ידיעות מקצועיות וכלליות לשם הכשרתה וקידומה בעבודה". נפסק, שהשתת-

הממונה על 70 עובדים, היה חייב בשל מעמדו להשתתף בנשף, שכן "לא יכול שלא להופיע בנשף של האגף".⁶² למסקנה דומה הגיעו בעניינו של חבר מועצת העובדים של חברת הפוספטים שנפגע בעת המסיבה השנתית של החברה כאשר חבריו הרימוהו על כתפיהם והוא נפל. נפסק, שתפקידו החברתי-ציבורי הטיל עליו מחויבות מיוחדת להיות נוכח במסיבה ובכך נתגלתה הזיקה לעבודה.⁶² גם תאונה שקרתה בעת טיול שארגן המעביד, על חשבוננו וללא ניכוי שכר עבודה, הוכרה כתאונת עבודה. נפסק, שהטיול היה חלק מתנאי העבודה במשמעותו הרחבה של המונח.⁶³

נופש וספורט

מלח ירד לחוף בנמל זר על מנת לבלות ובשובו לאנייה בשעה היעודה נפגע. הוחלט, שיציאתו מן הבסיס למטרת בילוי נופש לא רק שהיא פעולה נלווית לעבודה או המתיישבת עמה, אלא שהיא חיונית לעבודה והמעביד מפיק ממנה תועלת.⁶⁴

ומן הפרט אל הכלל: בשל העיקרון של "מילוי חובה כלפי המעביד" שהנחה אותו דחה בית הדין לביטוח לאומי לפני עשרים שנה את תביעתו של עובד שנפגע בשובו לעבודה מאימון בכדורגל, בתום הפסקת צהריים. אימונים אלה אמנם נערכו לקראת משחקים בין-משרדיים, אך התקיימו בזמנם החופשי של העובדים וכזמנים לא קבועים ועל כן נעדר מהם היסוד של "מילוי חובה", כאמור.⁶⁵ מורכבת ומקיפה יותר היתה גישתו של בית הדין לעבודה בבואו לפסוק בעניין דומה: תאונה שאירעה במהלך אימונים בכדורגל שנערכו על-פי הסדר בין ועד העובדים

66 דב"ע לד/281-0; פד"ע ד', 85, 90, 91 (מיכה לבנה).

67 ע.ב.ל 26/65; פכ"ל י', 32 (איזידור בן-זקן).

68 דב"ע מא/199-0; פד"ע י"ג, 364 (עודד גינזבורסקי).

69 דב"ע לו/69-0; פד"ע ח', 309 (יעקב פוני).

70 דב"ע לב/166-0; פד"ע ד', 197 (יצחק עזריה).

62 תב"ע ת"א לט/858-0; (לא סורסם).

62א דב"ע מז/99-0; פד"ע י"ט (פרוספר חדידה).

63 תב"ע ב"ש לה/2-0; פד"ע ו', עמ' ל"ח (יגאל דמרי).

64 תב"ע חי' לב/138-0; פד"ע ד', עמ' ד' (אברהם זילברמן).

65 ת.ב.ל י"ס 19/67; פכ"ל י', 191 (עזרא שבת).

שנתקבלה היתה, שהביקורים היו במסגרת הטיוול, ולא להיפך.⁷⁶ בעת השתלמות, כתנאי פנימיה בבית-מלון, רותקו העובדים שעות מרובות ללימודים אינטנסיביים. שלושה מהם יצאו בשעה מאוחרת לפונדק לאכול ארוחה קלה. אחד מהם, לאתר שרקד ריקוד מודרני סוער ("שייק"), צנח ומת. נפסק, שלא היתה זו פעילות הנלווית לעבודה.⁷⁷

תאונה אגב גביית השכר

לחווה העבודה — שקראו לו פעם "שכירות אדם"⁷⁸ — יש שני יסודות: עבודה ושכר עבודה. בעשותו לגביית השכר העובד עושה פעולה שלו ולמעבידו יש בה אינטרס משותף. פעולה זו היא בוודאי נלווית לעבודה.

מאחר שחוק לפיצוי נפגעי עבודה נועד לבטח את העובד נגד הסיכונים שבעבודה, ניתן היה לצפות שסיכון הכרוך בגביית השכר יכוסה אף הוא בתור סיכון הנובע מן הפן השני על חוזה העבודה. ולא היא. תאונות שאירעו אגב פעולה לגביית שכר לא זכו למעמד עדיף על פני כל תאונה אחרת אגב פעולה נלווית לעבודה, אלא מוינו וסווגו — לשבט או לחסד — על-פי מה שנקבע כמידת הזיקה לעבודה. כך מסתבר מדבר הפוסקים הן לפני והן אחרי שהשמיע המחוקק את דברו בנושא, כפי שיוכר להלן.

ראשית הפסיקה בעניין "גביית השכר" היתה בשנות החמישים. באותה עת עדיין היה זה דבר נפוץ לשלם את השכר במזומנים.

פות בהשתלמות היא פעולה נלווית לעבודה.⁷¹ כמו כן נתקבלה תביעתו של עובד עצמאי, מהנדס בנייה, שהבחין בלכתו ברחוב, שמיישמים באתר בנייה שיטה חדישה שהיה לו עניין בה. במהלך סקירת האתר הוא נפגע.⁷² כתאונת עבודה הוכרה הפגיעה שנפגעו שלושה אנשים שעסקו בפעולת הצלה משריפה בבית-מלון ששהו בו במסגרת שלושה ימי עיון. ימי עיון אלה אורגנו ביוזמת ועד העובדים והנהלת המפעל. ביום הרביעי לשהותם — יום שבת — הורשו בני משפחותיהם להצטרף אליהם כמחיר מוזל. אור לשבת פרצה השריפה שבה נפגעו השלושה. בית הדין האזורי פסק, שבית-המלון היה למקום עבודתם של המשתתפים במשך שלושת הימים והפגיעה באה בעת פעולה להצלת הגוף "במקום עבודה" כמשמעותו בסעיף 36(2) לחוק.⁷³

לא הוכרו כתאונת עבודה מקרים אלה: תאונה שאירעה תוך-כדי נסיעה להשתלמות מטעם המעביד (משרד האוצר) ועל חשבוננו. העובד לא היה חייב ליטול חלק בקורס ולכן לא היתה נסיעתו נסיעה לעבודה.⁷⁴ וכך נפסק בעניינו של עובד שהלך לשמוע הרצאה — אחרי שעות העבודה — בעידוד מעבידו, בתחום הקרוב לעיסוקו המקצועי. שמיעת ההרצאה לא נחשבה חלק מעבודתו, בתור פעולה הנלווית לעבודה.⁷⁵ ליחס דומה זכו ביקוריו במפעלים לטלקומוניקציה ותקשורת של מהנדס אלקטרוניקה בעת סיור-טיול באירופה. הייצור באותם מפעלים היה אמנם בתחום הקרוב לתחום עיסוקו, אך למעביד לא היה כל עניין בביקורים אלה. התמונה

71 ת.ב.ל ח"י 142/65; פב"ל י', 123 (פנינה פליגלמן).

72 ע.ב.ל 3/69; פב"ל י"א, 187 (אליהו סולל).

73 תב"ע ת"א לז/467-0; פד"ע ט', עמ' א' (זאב פרידמן ואח').

74 ת.ב.ל י"ם 26/66; פב"ל י', 92 (אהרון מזר).

75 ת.ב.ל ח"י 110/62; פב"ל ז', 58 (מנחם זלינגר).

76 תב"ע י"ם לה/134-0; פד"ע ח', עמ' כ"ט (גיזלה קורגל).

77 דב"ע לט/68-0; לקט 43.30 (צביה פוגל).

78 ממי שוכרים את העובד ולמי מחזירים אותו אחרי "השימוש" בו? או שמא קונים את כושרו לעבוד, האותו לא.

שנכנס לתוקפו ביום 1.4.1958.⁸² בראשית דרכו נודע החוק בציבור הרחב בשם חוק הלנת השכר. אין להכחיש, שאחת המטרות העיקריות היתה מלחמה בתופעה החמורה והמעיקה של הלנת שכרם של קשיי־יום, ואת זאת עשה החוק בהצלחה בעזרת ההוראה שבסעיף 17 המורה, שבעד כל שבוע של הלנת שכר יתוספו לו 10 אחוזים (בשבוע הראשון 5 אחוזים) ובסך הכל 515 אחוזים לשנה. אכן "קנס in terrorem" כדברי השופט לנדאו.⁸³ מעבר לכך שאף החוק "להעניק הגנה מקיפה לשכר העבודה"⁸⁴ גם בעניין השעות ומקום התשלום, איסור שכר כולל, עיקול השכר ושעבודו, ניכויים מותרים, וכן — החובה לשלם את השכר במזומנים והרשות, בכפוף לתנאים מסוימים, לשלמו בקֶשֶׁק. הוראה זו (סעיף 2 לחוק) מחזירה אותנו לנושא של פעולה לקבלת השכר כפעולה גלווית לעבודה.

נפסק, שהליכה לבנק בעת הפסקה, כדי לפדות את שֶׁק המשכורת, היא בבחינת סידור עניין פרטי ללא קשר לעבודה,⁸⁵ והוא הדין בהליכה לבנק לאותה מטרה אחרי שעות העבודה.⁸⁶ או בהליכה לבנק למשוך סכום כסף במזומנים, לאחר שהמשכורת הועברה לחשבון העובד בהוראת המעביד.⁸⁷ לעומת זאת נתקבלה תביעתו של עובד עירייה שהורו לו לבוא למשרד, לפני שעות העבודה, כדי לקבל את שכרו והוא נפגע בדרכו לשם.⁸⁸

*

איפיון נוסף לאותה תקופה — תקופת קיבוץ הגלויות, המעברות, הצריפים, "האזכסטונים", ה"בלוקונים" ועבודות הדחק (עבודות "יזר-מות") — היה הנגע של הלנת השכר שהיה מלווה בנגע הנוסף של תשלום השכר בתלושים, שניתן היה לרכוש תמורתם (בניכוי עמלה) מצרכים למחיה.

אין זה מקרה שעניינים רבים שהגיעו לערכאות בשנים אלה עסקו בתאונות שאירעו בדרך ללשכת התשלומים או בחזרה משם בשעות שלאחר העבודה, לאחר שפשטה השמועה ש"המשכורת הגיעה" והעובדים נהרו לקבל את שכרם המולן. בסוגיה זו, כברכות אחרות, צעדה הפסיקה את צעדיה הראשונים בעקבות הפסיקה האנגלית. מקרה בולט היה בעניינו של עובד הקרן הקיימת, שהדלת נטרקה על ידו מרוב לחץ וצפיפות בלשכת התשלומים ושלוש מאצבעותיו נשברו.⁷⁹ בית הדין סקר את פסקי הדין האנגליים שעסקו בכל ההבחנות האפשריות בין תשלום שכר בשעות העבודה או אחריה; במקום העבודה או מחוצה לו; בתשלום שכר ביום שאין עובדים בו; בחובתו של העובד לגשת למקום התשלום וכו'. המקרה הוכר כתאונת עבודה. לעומת זאת נדחתה תביעתו של "פועל דחק" אחר, שנפגע בלכתו מלשכת התשלומים לתחנת האוטובוס-סיס. נפסק, שבהיותו בדרך המלך לאחר שקיבל את שכרו, לא מילא עוד חובה כלפי מעבידו או מטעמו.⁸⁰

נוכח מציאות עגומה זו נחלצה הכנסת לחוקק את חוק הגנת השכר, תשי"ח-1958.⁸¹

79 ת.ב.ל י"ם 17/57; פכ"ל ד', 125 (מרדכי [מורדוך] זכריה).

80 ת.ב.ל י"ם 11/57; פכ"ל ג', 66 (יוסף ניקדיד).

81 סח' 247, תשי"ח (20.3.1958), 86.

82 סעיף 36 לחוק.

83 ע"א 384/66; פד"י כ' (4); 99, 104.

84 הצעות חוק 280; תשי"ז (13.11.1956) 64; 64.

85 ת.ב.ל ת"א 3/58; פכ"ל ג', 156 (אהרון כהן).

86 ת.ב.ל ת"א 87/68; פכ"ל י"א, 152 (זליכה פאוזי).

87 ת.ב.ל ת"א 60/61 (יעקב סלח; לא פורסם).

88 ת.ב.ל ת"א 62/61; פכ"ל ז', 103 (יהודה בנין).

המשכורת במזומנים בבנק המעביד אך לפני שוכו הביתה — ניגש למרכז קניות ובכך הוציא עצמו מהגנת החוק.⁸² דרך (משפטית) מפותלת עברו שני עובדים עד שהוכרה תאונתם כתאונת עבודה: בתום העבודה פנו לבנק שבקרבת מקום, פדו את שֶׁק המשכורת ונסעו למעונם ובדרך אירעה תאונה. נפסק, שאין ליישם על המקרה את סעיף 36(4) ותקנה 43א(1), שהרי עניינם הליכה או נסיעה לגבות שכר שלא ממקום העבודה, ואילו כאן אירע ההיפך. לעומת זאת נמצא שהמקרה נופל לתחומה של פסקה (1), שכן הסטייה מן הדרך המקובלת היתה למילוי חובה כלפי המעביד.⁸³ בית הדין האזורי בתל-אביב ראה בתאונה בדרך מן העבודה לבנק לגבות את שֶׁק המשכורת תאונת עבודה באשר לפי דיני שטרות, מתן שֶׁק מהווה תשלום על תנאי והעובד יזכה בו רק לאחר הצגת השֶׁק בבנק. משמע, שבמתן שֶׁק יש משום "קביעת מקום תשלום השכר והזמן לגביתו" כמשמעותו בתקנה 43א(1).⁸⁴

גישה זו נפסלה בבית הדין הארצי בהליך אחר שבו נקבע שמאחר שחוק הגנת השכר רואה במסירת שֶׁק את תשלום השכר עצמו, יש לפרש את הדיבור "תשלום השכר" בחוק הביטוח הלאומי בזיקה לאותו חוק מיוחד שעניינו שכר. מכאן שעובד ההולך או נוסע לבנק אינו עושה עוד את דרכו למקום שבו משתלם שכרו.⁸⁵

תשלום שכר בשֶׁק שבו נקבע "שלמו למוטב בלבד" ועל גבו העובד מאשר את קבלת הסכום "בהתאם לתשלום השכר המחובר אל ההמתאה" הוא תשלום שכר לכל דבר. צמצום

כבר נאמר, שבתיקון החוק מס' 11 (1965) נוספה לסעיף 36 לחוק, בין שאר פסקאות, גם פסקה (4) שעניינה תאונה אגב פעולה לקבלת שכר (ראה הערות 31 ו-32 דלעיל). וזו לשון הפסקה, הקובעת שיראו כתאונת עבודה גם תאונה אשר —

"(4) אירעה למבוטח שהוא עובד, במקום שבו משתלם שכרו, או תוך כדי נסיעתו או הליכתו למקום כאמור ועקב נסיעתו או הליכתו זו ונתקיימו התנאים שנקבעו לכך בתקנות".

תקנה 43א(1) לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה), תשי"ד-1954, קובעת "תנאים" אלה:

"43א(1)... מקום תשלום השכר והזמן לגבייתו נקבעו ע"י המעביד בדרך כלל או במיוחד לפני קרות התאונה".⁸⁶

מכוח הוראות אלה נתקבלה תביעתו של עובד "המשקם" שקיבל את שֶׁק המשכורת במשרדי החברה כשהוא ערוך "למוטב בלבד" וניגש לסניף הבנק שאליו הופנה. לאחר שהמיר את השֶׁק במזומנים, שם העובד את פעמיו למעונו ובדרך פגע. נפסק שפסקה (4) באה להרחיב את זכויות המבוטח על-פי פסקה (1) שעניינה תאונה בדרך אל העבודה ומן המעון ובחזרה.⁸⁷ כמו כן הוכרה כתאונת עבודה פגיעה של עובדת שבאה — בעת חופשה שנתית — לגבות את שכרה ותשלום אחר שהגיע לה על-פי הסכם קיבוצי.⁸⁸ לא הוכרה כתאונת עבודה תאונה שאירעה לעובד אחר אשר — לאחר שהמיר את שֶׁק

89 ק"ת 1777, תשכ"ה (23.9.65), עמ' 2790; ק"ת 3184, תשל"ד (13.6.74), עמ' 1322.

90 ע.ב.ל 36/68; פב"ל י"א, 75 (מרדכי ביטוח).

91 תב"ע ת"א לא/17-0; פד"ע ב', עמ' ל"ה (גולדה קירשטיין).

92 תב"ע חי' ל/5-0; פד"ע א', עמ' י' (סעדיה שואפי).

93 תב"ע חי' לד/39-0; פד"ע ו', עמ' לב (אמין סלמה נג'אר ואח').

94 תב"ע ת"א לב/84-0; פד"ע ד', עמ' כ"ט (אבנר קהילה).

95 דב"ע לה/43-0 (דוד סויסה; לא פורסם).

בדרך לעבודה. לא ייתכן עוד שתידחה תביעה מפני שהנסיעה של חבר ועד לשיבת ועד היתה לא במילוי תפקידו כחבר ועד, אלא תוך-כדי נסיעה "אל התחלת מילוי תפקידו".⁹⁹
תקנה 43א.2) בנוסח המתוקן¹⁰⁰ מפרטת מגוון של נסיבות ("תנאים") שבהן יש להכיר בתאונה כתאונת עבודה:

"אם התאונה אירעה בשעות העבודה של המבוטח או אף לאחר מכן — אם מילוי התפקיד נמשך ברציפות לאחר שעות העבודה הרגילות. אולם אם התאונה אירעה תוך כדי ועקב השתתפות בשיבת ועד העובדים או האיגוד המקצועי וכן תוך כדי ועקב השתתפות בימי עיון מטעם האיגוד המקצועי הקשורים במילוי תפקידו של המבוטח כחבר ועד עובדים — גם אם אירע בזמן אחר או במקום אחר".

כאשר עלתה באחד ההליכים השאלה, מהו "ועד עובדים" לעניין סעיף 36(5), השיב בית הדין שמאחר שהמושג קיים אמנם במספר חוקים אך לא הוגדר באף אחד מהם, אין סיבה שלא להכיר כתאונת עבודה שאירעה למי שלא היתה חברה לא בוועד המקומי ולא בוועד הארצי של מקום עבודתה (המוסד לביטוח לאומי!), אך הוזמנה לשיבת הוועד הארצי כנציגת פקידי התביעות שהיו, כאותה עת, בשלבי התארגנות כחטיבה נפרדת.¹⁰¹ תאונת דרכים שאירעה לכבאי בעת נסיעתו אל התחנה, כדי לשוחח עם מפקדו על הבחירות לוועד העובדים של איגוד הערים לכבאות, אינה תאונה במשמעות סעיף 36(5) כי הנפגע לא היה חבר ועד העובדים.¹⁰²

מספר האפשרויות לגבות או להסב את השק אינו גורע "מטיבו של השיק כתחליף מלא לתשלום במזומנים".⁹⁶

פעילות "מטעם הוועד"

חיי העבודה התקינים אינם נתפסים בימינו בלא שתהא לעובדים נציגות (ועד העובדים, ועד הפועלים) המשמשת להם יועץ, מדריך ופה וכו' זמנית בר-פלוגתא או בן-שיח למעביד, ומכל מקום כשותף לו בניהול מערכת יחסי העבודה במפעל. מאחר שפעילות חברי הוועד נעשית בהתנדבות ולרוב שלא במסגרת שעות העבודה, עולה השאלה באילו נסיבות יכירו בתאונה בעת מילוי תפקיד בוועד כתאונת עבודה.

גישתה הראשונית של הפסיקה היתה מסויגת ובמשפט הראשון שבו עמדה הסוגיה במבחן נפסק, שהנפגע פעל לא מטעם המעביד כי אם מטעם הוועד ועל כן לא היתה התאונה, מלכתחילה, תוך-כדי עבודה.⁹⁷

ושוב חוזרים לתיקון החוק מס' 11 (1965) לפיו נוספה לסעיף 36 לחוק הפיסקה (5), שעניינה הכרה כתאונת עבודה בתאונה שאירעה אגב מילוי תפקיד כחבר ועד עובדים (וגם "חבר ועד מושב עובדים") (ראה הערות 31 ו-32 דלעיל). פיסקה (5) תוקנה מספר פעמים⁹⁸ וכעקבותיה גם תקנה 43א.2) לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח בפני פגיעה בעבודה), תשי"ד-1954, שבה נקבעו התנאים ליישום הפיסקה. לפי הנוסח העכשווי, תאונה בדרך למילוי תפקיד כחבר ועד כמוה כתאונה

96 דב"ע לו/26-0; פד"ע ט', 3, 7 (עזרא ציון).

97 ת.ב.ל חי' 69/58; פב"ל ג', 257 (יפת דמארי).

98 ס"ח 569, תשכ"ט (25.7.1969), 206; ס"ח 695, תשל"ג (20.4.1973), 126.

99 ע.ב.ל 40/68; פב"ל י"א, 183 (ויליאם זכידה).

100 ק"ח 2850, תשל"ב, 1185.

101 תב"ע נצרת לא/52-0; פד"ע ר', עמ' ל"ה (שרה בט).

102 דב"ע לו/30-0; פב"ל י"ד, 6 (שלמה ליברמן).

או עובד אחר, למען השליחות העסקית — ואפילו במועד אחר.¹¹⁰

בפרק על השתלמות מקצועית שנידון לעיל (ראה הערה 76) דובר בסיור-טיול של מהנדס אלקטרוניקה באירופה ששולבו בו ביקורים במפעלי טלקומוניקציה ותקשורת. מבחינתו של העובד אפשר שהיה זה צירוף של "המועיל לנעים", אך אין לדבר על נסיעה דו-תכליתית במשמעות של פעולה נלווית לעבודה, מן הטעם הפשוט שלמעביד לא היה כל עניין בביקורי העובד במפעלים הללו ולא היתה לנסיעה תכלית "עסקית" במקביל למטרה הפרטית.

אין זה מן הנמנע, שנסיעת עובד עצמאי תוכר כנסיעה דו-תכליתית אם התקיימה בה מטרה כפולה, אך לא כך היה בעניינו של בעל תחנת דלק, שבילה 12 יום בחוץ-לארץ ואגב כך ביקר ב-2-3 תחנות דלק.¹¹¹

חברות בקרן הסיוע לעובדים ("מוסד לחסכון ולעזרה הדדית") איננה בבחינת חברות בוועד העובדים¹⁰³ והוא הדין בחברות בוועד ארגון של עובדים עצמאיים,¹⁰⁴ או בוועד קלפי.¹⁰⁵ הליכה והצבעה בקלפי לבחירות ההסתדרות אינה פעולה אינצידנטלית לעבודה.¹⁰⁶ השתתפות בוועידת ההסתדרות כציר מטעם מפלגה היא בגדר פעילות ציבורית כללית ואינה קשורה ל"מקום העבודה" כלשון סעיף 36(5)¹⁰⁷ והוא הדין בהשתלמות בבית-ספר לפעילי ההסתדרות שנועדה גם לפעילים שאינם חברי ועד עובדים. הנפגע לא היה חבר ועד, ולמעביד לא היה עניין בהשתלמותו.¹⁰⁸ לעומת זאת: מעשה חבלה שכוון נגד חבר ועד במושב עובדים בשל היוחו מכהן באותו תפקיד הוא פגיעה "עקב" תפקידו וממילא גם "תוך כדי מילוי תפקידו".¹⁰⁹

נסיעה דו-תכליתית

אימתי תיחשב לתאונת עבודה תאונה שקרתה בעת נסיעה לתכלית כפולה — הן לצורכי עבודה והן למטרה פרטית? על כך השיב בית הדין לעבודה, שהמבחן להיות הנסיעה נסיעה בתפקיד אינו בכך שהמטרה הקשורה בעבודה היא העיקרית. די בה שתשמש סיבה מקבילה, היינו סיבה המצדיקה לכשעצמה שהנסיעה תצא לפועל, כך שגם אם סוכלה המטרה הפרטית לנסיעה, היו בכל זאת שולחים אותו,

מבחן האלימינציה — "אלמלא לא" (But for Test)

מבחן ה"אלמלא לא" נדון לראשונה, על היבטיו השונים בהליך שבו דובר על תאונה "תוך תאונה", ונפסק שבין "המבחנים השונים שבהם נעזרים עת באים לפרש את הדיבור 'עקב ותוך העבודה', המבחן המועיל הוא 'מבחן הקשר לעבודה' — Work — connection — וליתר דיוק 'מבחן האלימינציה

- 103 דב"ע לה/7-0; לקט 42.23 (עובד המנוח יעקב יעבץ).
 104 ת.ב.ל חי' 187/67; פב"ל י', 279 (מיכאל ברלין).
 105 דב"ע לח/86-0; לקט 42.37 (נסים ברבי).
 106 דב"ע לח/142-0; לקט 42.53 (טוביה הלר).
 107 דב"ע מא/61-0; פד"ע י"ב, 332 (שמואל ספרן).
 108 דב"ע מד/127-0; פד"ע ט"ז, 232 (סעדיה מרסיאנו).
 109 דב"ע מד/46-0; לקט 42.83 (צבי אבנשפנגר).
 110 דב"ע לח/36-0; פד"ע ט', 332 (רפאל טלמוד).
 111 תב"ע י"ם לו/791-0; פד"ע י"א, עמ' פ"ה (מרדכי כהן).

רפואית, נתגלה, שהוא לקה בסכרת ונדרשו בדיקות נוספות שהיה צורך לעשותן באיזור מישורי (לה פאז שוכנת בגובה של 4,000 מטר). למטרת הבדיקות נסע העובד לבואנוס איירס ונפגע שם בתאונת דרכים. נפסק, שנגזר עליו כנראה לחלות במחלת הסכרת במועד שבו חלה, אך אלמלא נסיבות העבודה – שירותו בלה פאז – לא היה נקלע לשם בדיקות לבואנוס איירס ולא היה נפגע באותו מקום באותו מועד.¹¹⁶

הודות למבחן האמור נתקבלה עתירתה לקיצבת תלויים של אלמנה אשר בעלה, עובד מאפייה, נהרג מכדור תועה תוך-כדי נסיעה לעבודה בשעה 02.00 אחרי חצות. מסלול נסיעתו הקבוע עבר ליד "פרדס שניר". באותו לילה נערך חיסול חשבונות בין האחים שניר והמנוח – שעבר בקרבת מקום – נהרג. צורכי העבודה הם שזימנו אותו לזירת הפורענות ואלמלא העבודה לא היה מוצא שם את מותו.¹¹⁷

על-פי אותו מבחן נתקבלה תביעתו של סטודנט אשר עבד בעת חופשתו בקיבוץ ונפגע בלכתו מחדר האוכל למקום המגורים שהוקצה לו בקיבוץ. נפסק, שאלמלא העבודה והתנאים הנלווים לה, לא היה נפגע באותה עת באותו מקום.¹¹⁸

פועל בניין, אזרח מצרים, נהרג כאתר בנייה בחולון שבו עבד. הוא נפל מקומה גבוהה, בבניין שהוא לן בו. בשל חוסר אפשרות לנסוע מדי יום הלך ושוב למעונו באל-עריש נהג האיש ללון בקומה התשיעית או העשירית מפני ששם קלושים הסיכויים שהמטרה תאתר אותו ותעצרו בגין לינה בלתי חוקית בישראל. אמר בית הדין: "אין זה קל להעלות על הדעת

ציה' – But for Test. לפי זה יש, במקרים הראויים, לראות תאונה כ'תאונת עבודה', אם ניתן לקבוע כי לולא העבודה לא היתה התאונה קורית במקום ובזמן שקרתה."¹¹²

למבחן הנ"ל יש חסרון אחד והוא היותו נוח מדי ורחב מדי. אין כמעט תאונה שאי אפשר – במאמץ דיאלקטי קל – למצוא בה משהו הקשור לעבודה. על כן ראה בית הדין לעבודה להציב גבול בפני פרשנים נלהבים בהזהירו שאין "להרחיב את מבחן האלימינציה – But for Test – מעבר לכל היגיון שבביטוח בפני תאונת עבודה."¹¹³ בית הדין היה ער לכך שמבחן זה הוא "המרחיק לכת ביותר לטובת המבוטחים... כמבחן המתיישב עם הנחת הסיבתיות שבסעיף 39 לחוק – (אך) עדיין... עומדת השאלה, אם התקיים הדרוש לפי אותו מבחן או לפי מבחן אחר, שאף הוא מיטיב עם הנפגעים – המבחן שלפיו הקובע הוא, אם כשל העבודה נתון היה העובד במצב שהביא לתאונה – positional risk theory."¹¹⁴

בהליך אחר חזר בית הדין והטעים ש"מבחן האלימינציה אינו שמיש בכל עת ובכל מצב וישומו מותנה בצירוף נסיבות אותן יש לבחון בכל מקרה ומקרה לפי המיוחד שבו", וכי "הדרוש למבחן הוא, שהעובד נפגע תוך כדי עשיית דבר שהיה צריך או חייב לעשותו". לכן נדחתה טענת ה"אלמלא לא" שהושמעה בעניינו של עובד שנפגע במהלך השתלמות שלא נשלח אליה בידי מעבידו, השתלמות שנועדה לחברי ועד עובדים שהנפגע לא היה חבר בו.¹¹⁵

מבחן האלימינציה נמצא הולם ומתאים בעניינו של עובד משרד החוץ בשגרירות ישראל בלה פאז בירת בוליביה. בבדיקה

112 ראה הערה 51 דלעיל, דב"ע לב/38-0; פד"ע ד', 33 (פרץ מסעוד).

113 דב"ע מא/108-0; פד"ע י"ג, 69, 73 (שלום חדש).

114 דב"ע לט/67-0; פד"ע י"א, 113, 117 (מיכאל דרקסלר).

115 ראה הערה 108 דלעיל; דב"ע מד/127-0; פד"ע ט"ז, 232, 234 (סעדיה מרסיאנו).

116 דב"ע מד/132-0; לקט 44.6 (נסים דנון).

117 דב"ע מא/63-0; פד"ע י"ב, 281 (שושנה בניטה).

118 חב"ע ת"א לז/455-0; פד"ע ט', עמ' כ"ט (יגאל אליאסי).

פעולות הקשורות לעבודה (Work connected)

לצדו של הדיבור "פעולות נלוות לעבודה" יש דיבור אחר: "פעולות הקשורות לעבודה" (Work connected) ספק כשם נרדף לראשון, ספק כעומד ברשות עצמו. ואכן, הדיבור "קשור" לעבודה רחב וגמיש דיו כדי שיוכל לסוכך על מיני פעולות שלא תמיד ניתן — כמבט ראשון או שני — לסווגן כנלוות לעבודה. שכן אלה האחרונות סמוכות עד כדי כך לעבודה, שרואים אותן כלולות כ"תוך כדי" ואילו לגבי אלה ה"קשורות" לעבודה עדיין ניתן לקבוע שאם תקרה תאונה במהלכן היא תוכל להיחשב תאונת עבודה. הכל כמובן לפי שיקול דעתו של בית הדין. ועוד ייאמר שלא מדובר בהבחנה דוקטרינרית נוקשה בין סוגי פעולות.

הדיבור "קשור לעבודה" עלה בהליכים כגון אלה: כאשר נפצע עובד עצמאי בעת ששיפץ ותיקן אופנוע שנועד להחליף אופנוע קודם ושטרם השתמש בו. ולא הוציא רישיון לגביו נפסק, שרוב מדי המרחק בין פעולות השיפוץ והעבודה.¹²⁴ אך כאשר היתה הפגיעה אגב טיפול ברכב פרטי ששימש לצורכי עבודה הוכרה התאונה כתאונת עבודה.¹²⁵ כך היה גם כאשר נפצע עובד בעת שהתיר בחצר ביתו את חמורו מן העגלה ששימשה לו להובלת מטענים עבור מעבידו.¹²⁶

על תאונה בעת סטייה מן הדרך המקובלת כדי למלא את מיכל הדלק בקטנוע המשמש כלי תחבורה לעבודה אמר בית הדין, שזו

נסיבות מיוחדות אשר תצדקנה יותר ישום 'מבחן האלימינציה' ממכלול הנסיבות והעובדות שעלו בערעור זה.¹¹⁹

ושוב ראה בית הדין להזהיר (ראה הערה 113 דלעיל) בפני ניצול מבחן האלימינציה עד כדי הבאתו לתחום הנלעג (ad absurdum) כאשר דן בעניינו של פועל ערבי שהעליב את חברו, על רקע אישי, בעת שהמתינו יחד למונית שתביאם לעבודה. המתיתות בין השניים התפתחה לקטטה בעת העבודה. נפסק, שמבחן ה"אלמלא לא" אינו תואם את המקרה והוא נועד "למקרה בו כורח נסיבות העבודה מעמיד את העובד, במועד מסויים, במקום מסויים בפני סיכון שלולא העבודה, לא היה עומד לפניו".¹²⁰

מאותו טעם נדחתה עתירה להכיר כתאונת עבודה בתאונה שאירעה בעת ריקוד במועדון ביפו שבו התקיימה מסיבה שארגן המעביד. כדי שהשתתפות במסיבה תיחשב נלווית לעבודה היתה דרושה "מעין זיקת חובה" בין העבודה ובין הימצאו של העובד במקום ובזמן הפגיעה.¹²¹

לתוצאה דומה הגיעו במקרה אחר שכבר הוזכר (בפרק "נופש וספורט") שלא נמצאה בו זיקת חובה בין העבודה ובין שהיית העובד עם משפחתו בבית-מלון לרגל "אירוע חברתי" שארגנו ההנהלה וועד העובדים.¹²² וכך נפסק גם בעניינו של עובד שזומן לבירור במשטרה בשל החשש שהרכב שהעמיד מעבידו לרשותו — ואשר שימש אותו גם לצרכיו הפרטיים — היה מעורב באירוע ביטחוני (בשבת). בצאתו מתחנת המשטרה התעלף העובד משנתברר שנפלה טעות בויהוי הרכב.¹²³

119 דב"ע מא/70-0; פד"ע י"ג 29, 43 (סמירה מוחמד אסמעיל ואח').

120 דב"ע מד/163-0; לקט 44.10 (פטום סלאח).

121 דב"ע מה/17-0; לקט 44.15 (כהן בצלאל).

122 ראה הערה 61 דלעיל, דב"ע מו/85-0 (אבנר זילברמן).

123 דב"ע מו/105-0 (יעקב פילצדורף; לא סורסם).

124 ת.ב.ל י"ם 18/58; פב"ל ג', 93 (משה שיביץ).

125 ע.ב.ל 55/69; פב"ל י"א, 279 (אלחנן לגרובר).

126 ת.ב.ל ת"א 198/62; פב"ל ז', 213 (סלים עידה).

את הדרך ומשנחלצו נוסעי האוטובוס להסרת המכשול נפגע אחד מהם;¹³⁰ נהג משאית, שניסה לחלץ אוטובוס שעמד על הכביש באלכסון וחסם את התנועה, נפגע בעת החילוץ;¹³¹ בעת לימוד רכיבה על אופניים נפגע הגנן הראשי באשדוד בתאונה; כדי לייעל את העבודה נדרש העובד לנסוע ב"טילון" ולשם לימוד רכיבה על טילון היה עליו ללמוד קודם רכיבה על אופניים;¹³² עובד מדינה, "פקיד נדרש", נפגע בשעה שטיפל בחידוש רישיון הרכב. נפסק, ש"בדיקת המכונת היא חלק מתפקידו בעבודה";¹³³ רחיצת מכונת פרטית בשטח המפעל — אף-על-פי שנמשכה שעתים וחצי — לא ניתקה את הקשר עם העבודה והיתה פעולה נלווית לעבודה, מפני שראו בה שימוש בשירותי רווחה שהעמיד המעביד לרשות עובדיו;¹³⁴ עובד שיצא בשליחות לחוץ-לארץ הוזמן בידי מארחיו לסיור באתר היסטורי. הוא לא ראה אפשרות לסרב, ובעקבות מאמץ שהיה מעבר לכוחותיו לקה באוטם שריר הלב. המקרה הוזכר כתאונת עבודה.¹³⁵ כאשר עובד שוהה בשליחות מעבידו בעיר אחרת מספר ימים ונוסע ללון ביישוב סמוך זוהי פעולה נלווית לעבודה.¹³⁶

לעומת זאת נפסק, שתאונה שאירעה אגב מסירת מכונת לצביעה, ערב יציאה לחופשה שנתית, אינה פעולה נלווית לעבודה, שהרי אינה מתחייבת מחוזה העבודה.¹³⁷ גם תאונה בשעת הליכה למקום סמוך לעבודה כדי

"פעולה נלווית בעלת אופי רגיל וסביר", שכן נעשתה למען הנסיעה ולמען הפעלתו התקינה של כלי הנסיעה.¹²⁷ ודוק: המדובר אמנם בפעולה "נלווית", אך לא "נלווית לעבודה" כי אם לדרך אל (ומן) העבודה, כאילו "דילג" בית הדין מעל הוראות פסקה (1) לסעיף 36 (שעניינה תאונה בדרך) וראה את התאונה כקשורה ישירות להגדרה המקורית של תאונת עבודה שבסעיף 35 ("תוך כדי ועקב עבודה"). "דילוג" דומה אירע בעניין אחר, שבו אירעה הפגיעה עקב קטטה על הכביש, שבמהלכה הוכה ונפגע עובר עצמאי. הלה נסע עם שותפו מבורסת היהלומים שכרמת-גן למעונו שבירושלים ובדרך עקף אותם נהג חס-מזג, עצר את רכבם והפליא בו את מכותיו. נפסק, שהנסיעה היתה "תוך-כדי" עיסוקו של הנתקף במשלח-ידו. הנוסע לרגל עסקיו "צפוי להקלע לתגרות פראיות שבין נהגים" כעניין נלווה לעבודתו.¹²⁸

בעניינה של עובדת, שנפגעה כאשר הניסה גנב שלקח כסף מארנקה, נפסק, שניתן לדלג מעל פסקה (ב) לסעיף 36 (תאונה אגב פעולה להצלת גוף או רכוש) ולחרוץ את הדין על-פי סעיף 35 מאחר שספק אם היה עולה בידי המוסד להוכיח שהמקרה לא היה קשור לעבודה (חזקת הסיבתיות); סעיף 39, חזקה הפועלת רק לגבי תאונת עבודה לפי סעיף 35.¹²⁹

כתאונת עבודה הכיר בית הדין בפגיעה שאירעה בעת סיור במרכזי הכשרה מקצועית שנערך באוטובוס. מכונת תקועה בבוץ חסמה

127 דב"ע לד/89-0; פד"ע ה', 347 (רחמים אהרון).

128 דב"ע שם/95-0 (ראובן בצלאל; לא פורסם).

129 ת.ב.ל י"ם 32/63; פב"ל ח', 152 (אסתר קובי).

130 ת.ב.ל ת"א 377/68; פב"ל י"א, 225 (ישראל גרינברג).

131 ראה הערה (7) דלעיל; דב"ע לא/22-0; פד"ע ב', 207 (פיקו שטרן).

132 ע.ב.ל 37/65; פב"ל י', 56 (אכרהם בונה).

133 דב"ע ל/9-0; פד"ע א', 166 (דב חן).

134 תב"ע חי' מא/278-0; פד"ע י"ד, עמ' ל"ד (מחלוף עייש).

135 דב"ע לד/87-0; פד"ע ה', 323 (יצחק אלוני).

136 ת.ב.ל חי' 197/67; 196/67; פב"ל י"א, 122 (אלי הרסקו ואח').

137 דב"ע לב/7-0; פד"ע ג', 203 (יוסף ארוט).

עובד שקיבל הודעת פיטורים בביתו ניגש למחרת היום למקום עבודתו כדי למחות ולברר את ענייניו. בעת הבירור חש ברע (לטענתו לקה בלבו). טענת המוסד לביטוח לאומי שבעת הבירור היה העובד מפוטר ולא עוד מבוטח ביטוח נפגעי עבודה כ"עובד" נדחתה, ונפסק שבהיות הבירור פעולה נלווית לעבודה יש לראות במבוטח, באותה עת, עובד.¹⁴⁴ "עובד" נחשב גם חבר אגודה שיתופית "העובד במפעל האגודה". משום כך השתתפותו של חבר באספה כללית של האגודה היא פעולה נלווית לחברותו באגודה המתחייבת מעבודתו במפעל האגודה.¹⁴⁵ פעולה שנועדה כל-כולה להבטיח את המשך קיומו של חוזה העבודה, ואשר לשמה עזב העובד את מקום העבודה, ותוך-כדי כך נפגע בתאונת דרכים, היא פעולה הנלווית לעבודה.¹⁴⁶

חגיכים

בעת ניסיון להשליט משמעת על חבריו נפגע תלמיד בבית-ספר ימי. באותה עת שימש מ"כ משמעת. נפסק, שהפעולה היתה במסגרת תפקידו וחלק מהכשרתו המקצועית.¹⁴⁷ אך לא הוכרו מקרים אלה: פגיעה בעת תורנות מטבח בפנימיה בכפר הנוער הדתי. נפסק, שתורנות מטבח אינה כלולה במסגרת לימוד והכשרה מקצועית ומקומה במישור החינוכי של עשיית הפרט למען הכלל, מישור העומד כערך בפני עצמו.¹⁴⁸

להחליף כרטיס חניה לרכב פרטי אינה תאונת עבודה:¹³⁸

תאונה בבית כתאונת עבודה

בית הדין לעבודה הכיר במקרים שלהלן כתאונות עבודה: עובד עצמאי נפגע בביתו בעת החלפת מנורה שרופה מעל שולחן שעליו נהג לנהל את עסקיו.¹³⁹ עובד שכיר נפגע אף הוא בביתו בפעולה דומה, בעת שעסק בתיקון מחברות תלמידיו ליד שולחן עבודתו.¹⁴⁰ מנהל בית-אבות נפגע, כאשר נכנס בשעות העבודה לדירתו; דירת שירות, שבשטח המוסד למטרה לא ברורה. הוכח, שנהג לעבוד בביתו והחזיק בו מסמכי עבודה.¹⁴¹

אך פגיעתו של רופא שנפגע בעת תורנות בביתו תוך מאבק עם פורצים. לא הוכרה כתאונת עבודה משלא הוכח שהשורדים התכוונו לשדוד תרופות נרקוטיות ולפיכך לא הוכח קשר — ולו אינצידנטלי — עם העבודה.¹⁴²

מימוש זכויות בעובד

בירור חילוקי דעות בין עובד ובין ההנהלה היא פעולה הקשורה לעבודה ואם גרר הבירור לקטטה ואגב כך נפגע העובד, רואים את הפגיעה כקשורה מבחינה סיבתית לעבודה.¹⁴³

- 138 תב"ע ת"א שם/246-0; פד"ע י"ב, עמ' א' (איזו בלוס).
 139 דב"ע שם/117-0; פד"ע י"ב, 130 (אברהם ישראל).
 140 דב"ע לז/45-0; (דוד לב; לא פורסם).
 141 ע.כ.ל 8/68; פכ"ל י"א, 43 (דיאנה רוטנברג).
 142 דב"ע לט/49-0; פד"ע י', 331 (ר"ר אברהם גדליהו).
 143 דב"ע לד/250-0; פד"ע ו', 92 (אלקסי עלי).
 144 דב"ע מג/50-0; פד"ע ט"ו, 57 (נורי גולה).
 145 דב"ע לו/70-0; פד"ע ח', 371 (יעקב מירמי).
 146 תב"ע ת"א לה/25-0; פד"ע ח', עמ' ל"ט (סנדק הירש).
 147 דב"ע לו/76-0; פד"ע ט', 164 (אליהו סזבון).
 148 דב"ע מד/138-0; פד"ע ט"ז, 274 (ברכה סידוקה).

מבצע שארגן ועד העובדים בהסכמת ההנהלה. המקרה אירע אמנם בין כתלי המפעל ובשעות העבודה, אך הפעולה לא נכללה במסגרת יחסי העבודה, ולא היתה נלווית לעבודה.¹⁵⁴ פגיעה תוך-כדי שחיטת חרנגול הודו לצורכי בית אינה תאונה אגב פעולה נלווית לעיסוקו של הנפגע (חקלאי) כי אם פעולה מתחום הפרט.¹⁵⁵

דברי אזהרה לבל ירחיבו את היריעה מעבר לסביר השמיע בית הדין הארצי לעבודה במקרה של עובד שטען שמן הדגע שבו קיים בביתו, בשעה 7.00 בבוקר, שיחה טלפונית עם ספק המפעל שבו עבד ועד שנפגע, תוך-כדי נסיעה למפעל, הוא לא חדל להיות "תוך-כדי עבודה". ומה היו מעשיו? בשעה 8.00 יצא את ביתו וסר לבית המפד"ל כדי להסדיר עניין פרטי (הלוואה), שהה שם 40 דקה והתקשר בטלפון עם המפעל. לאחר מכן שם את פעמיו למפעל ואז אירעה התאונה. שאל בית הדין משל למה הדבר דומה והשיב — למקרה שבו:

"פלוני התעורר בלילה משנתו, תשב על עבודתו והחליט שלמחרת עליו לבצע פעולות מסויימות ורשם אותן פעולות ביומנו — עובדה זו עדיין אינה מביאה לכך שמאותו רגע החל יום עבודתו של העובד, כך שכל פרק הזמן שמאותו רגע ועד סופו של היום הוא בגדר הזמן העונה על התנאי 'תוך-כדי עבודה'".¹⁵⁶

סוף דבר

הדיבור "תוך-כדי העבודה" ו"עקב העבודה"

צעיר מתלמד הקדים לבוא למקום לימודיו ומצא את הדלת נעולה. הוא ניסה להיכנס דרך החלון ונפל. נפסק, שנטל על עצמו "סיכון נוסף" שניתק אותו מן הקשר לעבודה.¹⁴⁹

שונות

הירצחו של אדם בהתפוצצות פצצה שהוטמנה ברכבו הוא פגיעה בעבודה לא מפני שנרצח בשעה שנסע לעבודה, אלא מפני שהסיבה לרצח היתה בכך שניהל את עסקיו בבניין שעמד על מקרקעין שבקשר אליהם היה מסוכסך עם אחר. המנוח נשא את סיכון העבודה (סכסוך המקרקעין) לאן שפנה ולכן היה המקרה קשור לעבודתו. ליריבו (הנאשם) היה מניע אפשרי לרצח ומכאן הקשר הסיבתי לעבודה.¹⁵⁰

עובד נפל ברדתו בגרם מדרגות חסר מעקה בשעה שנשבה רוח עזה. הדבר היה לאחר שנסתיימה התכנסות עובדים אחרי שעות העבודה. המקרה אירע באופירה, מקום מרוחק ומבודד שהיה הכרח לשהות בו גם לאחר שעות העבודה. בית הדין ראה בנסיבות אלה נסיבות הקשורות "ללא ספק" לעבודה.¹⁵¹

לא כן היה במקרים אלה: פגיעה בעין בעת פתיחת מטרייה לקראת יציאה לדרך הביתה, ביום גשום; נקבע שהמעשה היה עשיית אדם לעצמו ולא פעולה נלווית לעבודה או לדרך;¹⁵² בדרכו לשרה נכנס חקלאי למשק שכנו כדי לנוח ולשתות מים ונושך בפי כלב שמירה;¹⁵³ עובד התעלף ושנפגע לאחר שתרום דם במסגרת

149 ת.ב.ל ת"א 216/67; פב"ל י"א, 88 (חיים קלוש).

150 תב"ע ת"א מב/1085-0; פד"ע ט"ז, עמ' ל"ט (רחל שולמן).

151 תב"ע ת"א לח/144-0; פד"ע ט', עמ' ע' (יוסף ציון).

152 ת.ב.ל ת"א 284/66; פב"ל י', 193 (אביבה דיין).

153 ע.ב.ל 67/67; פב"ל י', 293 (פנחס לוי).

154 ת.ב.ל ת"א 383/68; פב"ל י"א, 253 (שלמה אולינבאום).

155 תב"ע י"ם מא/3-0; פד"ע י"ב, עמ' קי"א (מיכאל מדויניס).

156 ראה הערה 114 דלעיל; דב"ע לט/67-0; פד"ע י"א, 113 (מיכאל דרקסלה).

להרחבת התחום, לפריצת המסגרת ומכאן התפתחה הקאזואיסטיקה המשפטית סביב האינצידנטליות לעבודה — אולם לא סגי בכך — ואף בדרכי החקיקה, קיימת הנטייה הברורה להרחבת המסגרת של המושג 'פגיעה בעבודה' גם אם אינה קשורה במישרין בסיכוני העבודה... איזה קשר קיים בין הורה המלווה את ילדיו לגן ילדים לבין תאונות הקשורות בסיכוני עבודה? ¹⁵⁹

כנגד נימת ההסתייגות הנשמעת בדברים אלה יש לומר, שזו דרכו של הביטחון הסוציאלי, להתרחב ולהתקדם אך יש גם להוסיף: ובלבד שהעושים במלאכה לא יביאו לטשטוש הגבולות בין ענפי הביטוח השונים, ושיעמוד לנגד עיניהם תמיד תמרור המזהירם לבל יחצו את גבול השכל הישר, משל יגידו שפלוגי שנדדה שנתו, חשב על עבודתו, רשם מה שרשם ביומנו נפל ממיטתו ונפגע — זוהי תאונת עבודה. ¹⁶⁰

זכה בערכאות השיפוט לפירוש דינמי שאפשר לו לשרת במשך שנים כה רבות את מטרת החוק "מבלי שיזדקקו חדשות לבקרים לתיקוני חוק, כדי לענות על צרכים חדשים ומתחדשים". ¹⁵⁷

מדי פעם ראה המחוקק לנכון לומר גם הוא את דברו, בין על מנת לסייג את התפתחות הפסיקה ובין כדי להסיטה לאפיק שונה מזה שהלכה בו. עקב כך נוספו הפיסקאות (א2) עד (6) לסעיף 36 לחוק. ¹⁵⁸ אך יש גם שמעשה חקיקה ביטל פירוש שנתנו הערכאות ובעשותו כן התיר מה שנאסר או אסר מה שהותר — בבחינת שמאל דוחה וימין מקרבת — דוגמת סעיף 37(ב) (1) ו-(2), שאיפשר לראות בתאונה שקרתה בעת ליווי ילד לגן או למעון או כדי "לקיים מצוות תפילת בוקר בציבור תאונת עבודה". על הרחבות אלה התבטא היועץ המשפטי דאז של המוסד לביטוח לאומי בזו הלשון:

"קיימת מאז ומתמיד... החתירה המתמדת

157 דב"ע ל/10-0; פד"ע ב', 3, 8 (יוסף דוידיאן).

158 ראה הערות 10, 31, 32 ו-89 דלעיל.

159 עו"ד מ' לוי, ירחון העבודה והביטוח הלאומי מס' 9 (15.9.1965), עמ' 302, 303.

160 ראה הערה 156 (שם, בעמ' 117).

ביטוח לאומי ופרישה של גברים מבוגרים מכוח העבודה

מאת סולי פלג*

ל-14% (ב-1965). ב-1974 התחיל הביטוח הלאומי לשלם קצבת נכות כללית בגובה של עד 24% מן השכר הממוצע במשק. בשנים שאחרי 1975 היתה יציבות ובחלק מן השנים אף היתה שחיקה בגובה הקצבאות. אך שיעור מקבלי הקצבאות מתוך האוכלוסייה המשיך לעלות, כפי שקרה במשך כל השנים (ראה איור 1).

לאור התפתחות זו נראה, שייתכן שקצבת ביטוח לאומי כמקור הכנסה אלטרנטיבי היא גורם המשפיע על השתתפות בכוח העבודה, אם כי לא הגורם היחיד, משום שההשתתפות בכוח העבודה המשיכה לרדת בשנים שבהן לא השתנה גובה הקצבאות. מחקרים רבים שנערכו בארצות אחרות אכן הראו, שקיימת השפעה של ביטוח לאומי על ההשתתפות בכוח העבודה.

כאן נבחנה ההשפעה של הביטוח הלאומי על השתתפות בכוח העבודה בקרב גברים בגיל 55 ומעלה בשנים 1982 ו-1983, כאשר מובאות בחשבון גם ההשפעות של גורמים אחרים על ההשתתפות בכוח העבודה. הבדיקה מתמקדת בביטוח נכות כללית עבור גברים בגיל 55-64 ועל ביטוח זקנה עבור גברים בגיל 65 ומעלה, והיא דומה לבדיקות שערכו בארצות הברית Parsons, Pellechio, Hurd ו-Boskin ואחרים.

1. מבוא

הנתונים הקיימים על השתתפות בכוח העבודה על-פני 20 השנים האחרונות מראים ירידה מתמדת בהשתתפות גברים מבוגרים בכוח העבודה. בין השנים 1965-1985 ירד שיעור ההשתתפות של גברים בגילים 55-64 מ-91% עד ל-78% לאחר עלייה בשיעור ההשתתפות שלהם בין השנים 1955-1965 מ-82% עד ל-91%; שיעור ההשתתפות של גברים בגיל 65 ומעלה ירד בין 1965 ל-1975 מ-40% עד ל-23% אחרי שהיה בסביבות 40% בשנים 1955 עד 1965.

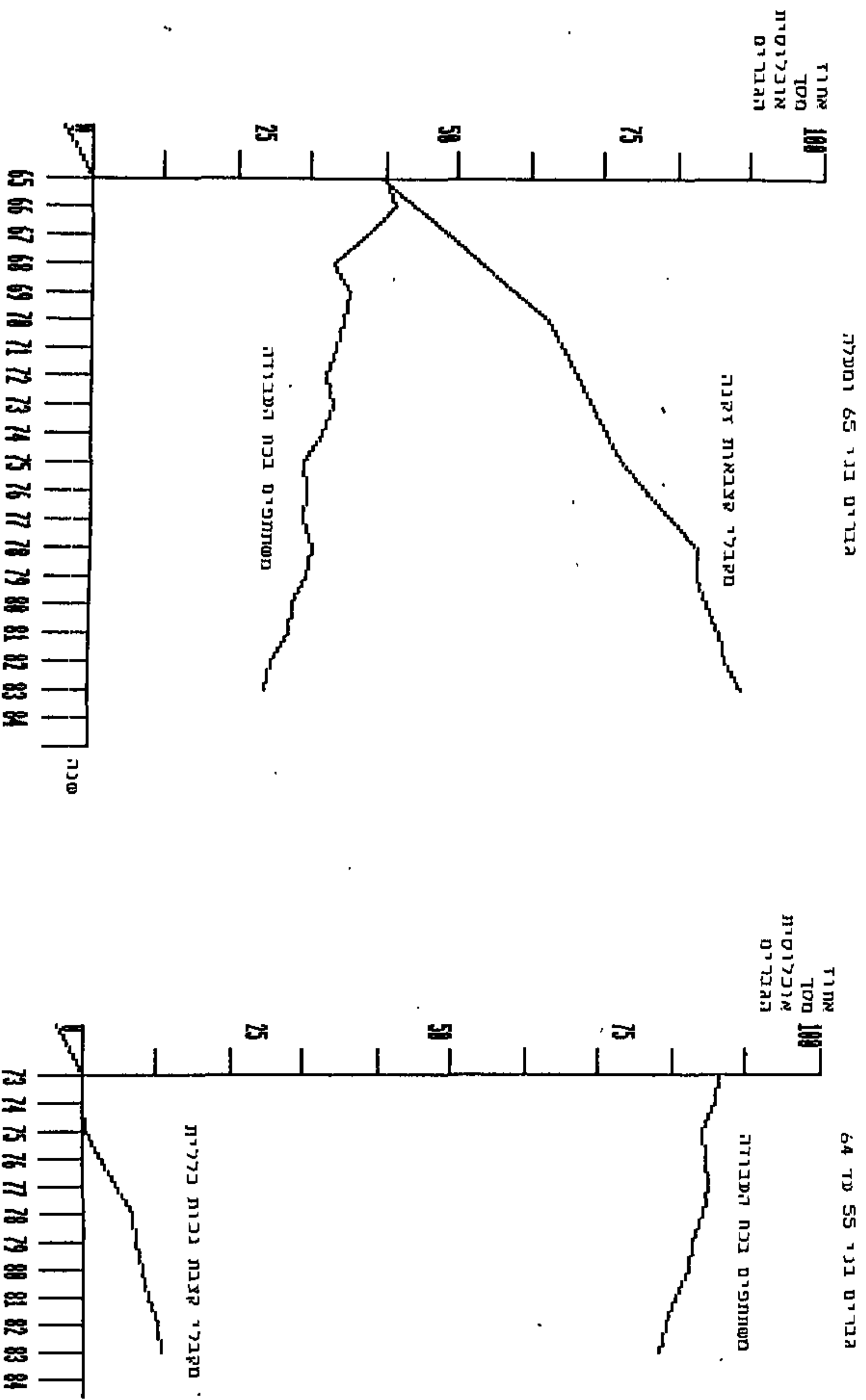
בדיקת שיעורי ההשתתפות בקבוצות השכלה שונות מראה, שהירידה הגדולה ביותר בהשתתפות חלה בקרב גברים בעלי השכלה נמוכה. מאחר שהשכר המוצע בשוק העבודה לבעלי השכלה נמוכה כנראה נמוך יותר, נראה שסביר לחפש סיבה כלכלית לפרישה הגוברת של גברים מבוגרים משוק העבודה.

בחינה של נתונים על תשלום קצבאות ביטוח לאומי מצביעה על שיפור ניכר בקצבאות המוצעות בין השנים 1965 ל-1975. גובה קצבת הזקנה ליחיד, כולל הטבות סוציאליות, עלה מ-14% מן השכר הממוצע במשק ב-1965 עד ל-26% ב-1975 (לאחר שחיקה מ-20% ב-1955 ל-16% ב-1960 ועד

* הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

המאמר הוא נוסח מקוצר של עבודת-גמר שהוגשה לאוניברסיטת חל-אביב בנובמבר 1985.

איור 1. השתתפות גברים בכוח העבודה ומספר מקבלי קצבאות זקנה ונכות כללית



לוח 1. השתתפות גברים מבוגרים בכוח העבודה (באחוזים, אם לא צוין אחרת)

גברים בגיל 55-64

שיעור השתתפות לפי קבוצת השכלה

השנה	אלפים בכוח העבודה	השתתפות סך הכל	מספר שנות לימוד					
			0	1-4	5-8	9-10	11-12	13-15
1966	99.9	90.3	79.0	90.9	91.1	93.2	94.0	
1970	111.7	89.0	70.5	86.3	89.6	93.6	89.5	94.0
1975	106.1	84.3	65.1	74.8	83.9	88.4	92.6	89.2
1978	107.9	84.1	60.4	82.7	83.1	84.3	90.6	95.3
1979	107.4	82.7	56.9	75.2	82.5	84.0	89.0	93.2
1980	108.7	82.4	61.2	68.4	82.7	85.4	89.8	90.7
1981	108.5	80.7	56.6	73.5	78.5	87.7	88.9	90.4
1982	109.1	79.4	54.2	71.6	76.7	86.4	91.8	87.6
1983	109.9	78.3	52.9	63.2	76.0	86.8	90.6	89.2

גברים בגיל 65 ומעלה

שיעור השתתפות לפי קבוצת השכלה

השנה	אלפים בכוח העבודה	השתתפות סך הכל	מספר שנות לימוד					
			0	1-4	5-8	9-10	11-12	13-15
1966	33.9	41.1	27.3	39.9	43.5	45.8	61.1	
1970	33.9	35.0	20.4	31.8	31.6	46.8	40.4	46.2
1975	38.4	29.2	9.5	19.2	28.6	34.1	39.8	43.1
1978	45.1	30.6	10.2	16.7	31.0	35.0	42.9	43.9
1979	45.3	29.5	10.5	18.9	27.5	33.5	40.2	44.0
1980	44.1	27.9	8.5	16.9	25.4	35.6	39.3	42.1
1981	43.6	27.3	6.4	16.7	25.8	32.2	40.8	44.0
1982	39.9	25.0	7.3	11.3	23.3	25.2	34.5	38.6
1983	38.5	24.1	7.5	9.9	23.0	24.0	37.1	36.1

- (1) לעבוד במשרה מלאה ולקבל שכר נתון בניכוי דמי ביטוח לאומי.
 - (2) לפרוש מן העבודה ולקבל קצבת ביטוח לאומי בגובה הנקבע לפי המצב המשפחתי שלו ולפי גובה הכנסותיו שלא מעבודה.
- הונח, שהפרט שוקל באופן רציונלי את

2. המודל

המודל המונח ביסוד העבודה מתבסס על מודל שהציג Pellechio ב-1981. ההנחה הבסיסית שלו היא, שלפני הפרט עומדות שתי אפשרויות:

כדלקמן:

$$Sh = a_1 + b_1 PVB + c_1 PVP + d_1 HAC + e_1 NEF + f_1 ET + g_1 GIL + \varepsilon_1$$

כאשר:

PVB — הערך הנוכחי של הקצבאות החודשיות שיקבל הפרט לאורך החיים שלו.

PVP — הערך הנוכחי של התשלומים לביטוח לאומי בכל שנות העבודה. הונח, שהפרט שילם דמי ביטוח לאומי החל מגיל 21.

HAC — הכנסות אחרות של הפרט שלא מעבודה. הונח, שגובה הכנסות אלה קשורות לגובה הנכסים של הפרט.

ET — מוצא האב של הפרט. משתנה דמי השווה ל-1 אם מוצא האב מאירופה, אמריקה או ישראל ול-0 אם מוצא האב מאסיה או אפריקה.

NEF — מספר הנפשות במשפחה.

GIL — גיל הפרט, כביטוי לבריאות (הונח, שכלל שהגיל עולה הבריאות פחות טובה).

ε_1 — גורם סטוכסטי, שהונח מתפלג Weibull.

את המחיר, שמציעים לפרט עבור הפנאי שלו, אפשר לבטא בצורה דלקמן:

$$w = a_2 + b_2 w_1 + c_2 PVT + d_2 B + \varepsilon_2$$

כאשר:

w_1 — שכר נטו שמציעים לפרט בשוק העבודה בשנה הנחקרת.

PVT — הערך הנוכחי של התוספות לקצבאות ביטוח לאומי, אם הפרט עובד שנה נוספת.

B — קצבת ביטוח לאומי, שהפרט מפסיד אם הוא עובד בשנה הנחקרת.

לגבי פרטים מעל גיל 69, הזכאים לקבל

השלכות הבחירה שלו על רווחת כל בני המשפחה התלויים בו לאורך כל שנות החיים שנותרו לו. לפרט ידוע מצד אחד גובה השכר שמציעים לו בשוק העבודה ומצד שני ההערכה שלו על שווי הפנאי שלו כהתחשב בגודל הנכסים שלו, גודל המשפחה שלו ותכונות אישיות אחרות (הערכה זו תלויה בגודל התועלת השולית שתהיה לו מפנאי נוסף לעומת גודל התועלת השולית מרכישת מוצרים נוספים). רק אם ערך הפנאי עבור הפרט קטן או שווה לשכר שמציעים לו, הוא יבחר לעבוד. הביטוח הלאומי עשוי להשפיע הן על ערך הפנאי עבור הפרט והן על השכר שלמעשה מציעים לפרט עבור הפנאי שלו:

(1) אם הערך הנוכחי של התשלומים לאורך החיים של הפרט לביטוח הלאומי אינו שווה לערך הנוכחי של הקצבאות שיקבל הפרט לאורך החיים, הביטוח הלאומי לא רק מחליף היסכון אחר של הפרט, אלא משנה את ערך הנכסים של הפרט. מכיוון שערך הנכסים של הפרט קובע את כמות המוצרים, שהוא יכול לקנות מבלי לעבוד, ולכן את התועלת השולית מרכישת מוצרים נוספים, תשתנה הערכת הפרט את שווי הפנאי שלו. מאחר שבארץ אין קשר בין גובה התשלומים לביטוח לאומי ובין גובה הקצבאות שיקבל הפרט (להוציא תוספת הוותק, הקשורה למספר השנים ששולמו תשלומים), יש להניח שעבור חלק גדול מן הפרטים שינה הביטוח הלאומי את ערך הנכסים.

(2) אם גובה הקיצבה, שפרט יכול לקבל מן הביטוח הלאומי, תלוי במספר השנים שהוא עובד, משתנה גם המחיר שמציעים לו עבור הפנאי שלו. בנוסף לשכר נטו (שכר בניכוי דמי ביטוח לאומי) מציעים לו את הערך הנוכחי של התוספות לקצבאות לאורך חייו פחות הקיצבה שהוא מפסיד בשנה שהוא ממשיך לעבוד. תוספת ותק ביטוח ותוספת דחיית קיצבה לקיצבת הזקנה בארץ מהוות תוספות לשכר מסוג זה.

לסיכום, אפשר לבטא את שווי הפנאי ("מחיר הצל של פנאי") עבור הפרט

קצבה לא מותנית, הונח, שהם ידחו את קבלת הקצבה על-מנת לקבל תוספת דחייה. ε_2 — גורם סטוכסטי, שהונח מתפלג Weibull ובלתי תלוי ב- ε_1 .

אם $w < Sh$ הפרט כאמור יפרוש מהעבודה. משום ש- ε_1 ו- ε_2 הונחו בלתי תלויים ומתפלגים Weibull ההסתברות שהפרט יפרוש מהעבודה:

$$\Pr(Sh > w) = \frac{e^{-(a_1 + b_1 PVB + c_1 PVP + d_1 HAC + e_1 NEF + f_1 ET + g_1 GIL)} (a_2 + b_2 w + c_2 PVT + d_2 B)^{e_2}}{1 + e^{-(a_1 + b_1 PVB + c_1 PVP + d_1 HAC + e_1 NEF + f_1 ET + g_1 GIL - a_2 - b_2 w - c_2 PVT - d_2 B)}}$$

3. הבדיקה האמפירית

כאן נבחנו החלטות ההשתתפות בכוח העבודה של גברים, ראשי משפחה, בני 55 ומעלה בסקרי ההכנסות שנערכו מטעם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-1982 וב-1983.* ב-1982 נכללו בסקר 1,667 גברים בגיל 55 ומעלה, שהיו ראשי משפחה; ב-1983 היה מספרם 1,595. גברים אלה עבדו כשכירים או לא עבדו. בנוסף לכך היו בסקר של 1982 188 גברים, ראשי משפחה בגיל 55+, שהיו עצמאיים. בסקר של 1983 היה מספרם 184. משום שהנתונים על גברים אלה ככל הנראה אינם מהימנים, הם לא מתפרסמים, ולא ניתן לכלול נתונים על גברים אלה.

מכיוון שלא היו נתונים על השכר הפוטנציאלי עבור גברים שכבר פרשו מן העבודה, היה צורך בשלב ראשון לאמוד את הקשר בין שכר למשתנים ידועים כמו השכלה וגיל במשוואת שכר המבוססת על מודל שהציג Mincer ב-1974. נאמדו משוואות שכר על

ההסתברות שישתתף בכוח העבודה היא $1 - \Pr(Sh > w)$.

נצפה לכך, שככל ש- GIL, HAC, PVB , ו- B גדולים יותר כן תגדל ההסתברות שהפרט יפרוש מהעבודה. מצד שני, ככל ש- PVP, W_1 ו- PVT גדולים יותר נצפה שההסתברות להשתתפות בכוח העבודה תגדל. לא ברור מראש, כיצד ישפיע NEF על ההסתברות להשתתפות: מחד גיסא, תגדל התועלת השולית מרכישת מוצרים ככל שהמשפחה גדולה יותר ולכן ההסתברות להשתתפות בכוח העבודה תגדל. מאידך גיסא, עשויה התועלת מפנאי לגדול ככל שהמשפחה גדלה, משום שדרושה יותר עזרה בכית או שהפנאי במשפחה גדולה פשוט מהנה יותר, ואז תקטן ההסתברות להשתתפות בכוח העבודה.

זהו מודל מסוג לוגיט ואת ההשפעה של כל אחד מן הגורמים על ההשתתפות בכוח העבודה (את המקדמים

$$((a_1 - a_2), b_1, b_2, c_1, c_2, d_1, d_2, e_1, f_1, g_1)$$

ניתן לאמוד בשיטת הנראות המקסימלית.

* הנתונים נלקחו מסרטים עם נתוני משפחות שהופקו מסקרי הכנסות 1982 ו-1983 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בירושלים. כמו כן נעשה שימוש בפרסומים מיוחדים על סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובפרסומי המוסד לביטוח לאומי.

0.3. לא היתה אפשרות לאמוד את ההסתברות של כל פרט ופרט לקבל קצבה מסוג זה. המשקל התקבל בדרך של חישוב היחס בין מספר הגברים בגיל 55-64 שקיבלו קצבת נכות כללית בשנים 1982 ו-1983 ובין המספר הכולל של גברים בגילים אלה שפרשו בתוספת מספר הגברים שבקשתם לקצבה נדחתה (עובדה נוספת המרמזת על סיכוי כזה היא, ששיעור התשלום לביטוח נכות עמד בשנים אלה על קרוב ל-30% משיעור התשלום לביטוח זקנה).

ברור, שבמציאות אין אותה הסתברות לכל אדם לקבל קצבת נכות כללית וההסתברות לסך כל האוכלוסייה אולי אינה מדויקת, מפני שייתכן שיש גברים שאינם פורשים מן העבודה, משום שידוע להם מראש שלא יהיה להם סיכוי לקבל קצבה כזו. כלומר, במציאות תהיה כנראה הפרשיות נוספת בקצבאות העשויה להסביר השתתפות בכוח העבודה.

עבור אותם הפרטים שיהיו זכאים לתוספות עבור דחיית הפרישה חושב גם PVT: הערך הנוכחי של התוספות לקצבאות לאורך החיים כתוצאה מדחיית הפרישה. בכל החישובים של ערך נוכחי הונחה התשואה השנתית להון של 0.02. הונח גם, שהפרט מצפה לחיות מספר השנים המשתמע מלוחות תוחלת החיים שהתפרסמו בשנת 1982. נוסף לכך היו נתונים על מספר הנפשות במשפחה - NEF, על ארץ לידת האב של ראש המשפחה - ET וגיל ראש המשפחה - GIL.

בממוצע יש לראשי המשפחה הכנסות חודשיות שלא מעבודה בגודל 1/3 מהשכר הפוטנציאלי. הקצבה B (הממוצעת לראש המשפחה והתלויים בו) קטנה ככל שהמשפחה גדולה יותר: סך הקצבה הממוצעת (B כפול הגורם המתאים) קרובה ל-1/3 מן השכר הפוטנציאלי. התמריץ לדחיית פרישה PVT ערכו הממוצע כ-5% מהשכר הפוטנציאלי. מתברר גם, שבממוצע PVB גדול מ-PVP: כלומר, בממוצע הגדיל הביטוח הלאומי את נכסי הפרטים.

סמך נתונים על גברים שכירים שעבדו לפחות שבוע בשנת הסקר. משוואות השכר שנאמדו שימשו לחישוב שכר פוטנציאלי עבור כל הפרטים וכן לחישוב PVP - הערך הנוכחי של דמי ביטוח הלאומי ששילם הפרט לאורך שנות העבודה (השכר בכל גין חושב בעזרת משוואות השכר ונכללה גם הפרשת המעביד).

ההכנסות החודשיות האחרות שלא מעבודה HAC הן ההכנסות המשפחתיות שלא מעבודה ולא מקצבת ביטוח לאומי.

השכר של בת הזוג לא נכלל במשוואות (כלומר, למעשה הונח שהחלטה על השתתפות מתקבלת בלי להתחשב בשכר בת הזוג). בדיקות מוקדמות הראו, שתוספת המשתנה מביאה לתוצאות בלתי סבירות. הסיבה היא כנראה שקיים קשר חיובי בין רמת השכר של שני בני הזוג (שני בני הזוג באים כנראה מאותה קבוצת השכלה), ולא ניתן להפריד בין השפעת גובה השכר של ראש המשפחה ובין השפעת גובה השכר של בת הזוג.

עבור כל פרט ופרט חושבה הקצבה B (קצבת זקנה או נכות כללית), שהוא צופה לקבל אם יפרוש מן העבודה באותה שנה, והערך הנוכחי של הקצבאות שיקבל עד סוף החיים שלו - PVB. חישוב הקצבאות נעשה על סמך נתונים על גיל, מספר ילדים במשפחה (שהתקבל בעזרת נתונים על קצבאות ילדים שקיבלה המשפחה), שכר האשה והכנסות אחרות שלא מעבודה. B חושב כקצבה הממוצעת לראש המשפחה ובני המשפחה התלויים בו, כאשר מספר התלויים זהה למספר התלויים לפי הגדרתו של ביטוח לאומי. לכל נפש ניתן משקל כפי שניתן בביטוח הלאומי - 1.0 לנפש אחת, 1.5 ל-2 נפשות, 1.82 ל-3 נפשות ו-2.25 ל-4 נפשות ויותר.

משום שלא כל אדם יכול לקבל קצבת נכות כללית הונח, שפרט מצפה שהוא יכול לקבל קצבה כזו בהסתברות 0.3 ולקצבה ניתן משקל

4. התוצאות

אמידה של פונקציה אחת עבור כל ראשי המשפחה שהם בני 55 ומעלה הראתה כצפוי, שגודל המשפחה משפיע באופן מובהק על ההשתתפות בכוח העבודה. כדי לנטרל השפעת משתנה זה נאמדו גם משוואות נפרדות עבור משפחות בגודל שונה. נוסף על כך הוצאו המשתנים PVB ו-PVP מן המשוואות הסופיות שנאמדו, משום שהתברר שהמקדמים למשתנים אלה קיבלו ערכים לא סבירים. זאת, ככל הנראה משום שהן PVB והן PVP תלויות במשתנים אחרים. גובה PVB נגזר לאמיתו של דבר מן הגיל ומגובה B, ובגיל נתון גודל B מבטא את גודלו של PVP או להפך: עבור אנשים עם B זהה, השוני בגיל מבטא שוני ב-PVB. PVP תלוי ב- W_1 ובגיל ולא ניתן לבדוד את השפעת כל אחד מן הגורמים בצורה טובה. כאמור, אין קשר בין גובה B ובין גובה PVP והבדלים בערך הנוכחי של הביטוח הלאומי (PVB—PVP) לפרטים עם שכר וגיל זהים נובעים רק מהבדלים ב-B.

מתוצאות הבדיקה האמפירית בשני הסקרים מתברר, שכל אחד מן המשתנים בפונקציה שנאמדה עבור כלל ראשי המשפחה היה מובהק וההשפעה של המשתנים היתה בכיוון הצפוי: לגובה הקצבה, שראש המשפחה מצפה לקבל, ולגובה ההכנסות שלא מעבודה יש כצפוי השפעה שלילית על ההשתתפות בכוח העבודה. גם לגיל יש השפעה שלילית מובהקת על ההשתתפות. מצד שני, נמצאה כמצופה השפעה חיובית של השכר נטו הפוטנציאלי ושל גובה התמריץ לדחיית פרישה PVT על ההשתתפות. מן הבדיקה מתברר, שהשפעת גודל המשפחה על ההשתתפות היא חיובית — כלומר, השפעת השינוי במספר הנפשות על התועלת המופקת מצריכת מוצרים חזקה יותר מן ההשפעה על התועלת המופקת מפנאי. לבסוף, נמצאה השפעה מובהקת של המוצא על ההשתתפות. מתברר, שלגבי ראשי משפחה

שמוצא אביהם מאירופה, אמריקה או ישראל יש הסתברות גדולה יותר להשתתף בכוח העבודה. הסבר אפשרי הוא, שלאנשים ממוצא זה יש תועלת חיובית מעבודה בעוד שלאנשים שמוצאם מאסיה או מאפריקה יש תועלת חיובית גבוהה מפנאי — ייתכן שלאנשים שמוצאם מאסיה ומאפריקה יש קשרי משפחה מורחבים יותר ושהם זוכים להערכה גדולה יותר בהיותם מבוגרים.

בחינת התוצאות של הבדיקה הנפרדת למשפחות בגודל שונה מראה, שבקבוצה הגדולה ביותר — קבוצת המשפחות בנות 2 נפשות — השפעת קצבאות ביטוח לאומי, השכר, ההכנסות האחרות ומוצא האב היא מובהקת ובכיוון הצפוי. לעומת זאת, השפעת הגיל אינה מובהקת בקבוצה זו וב-1982 היתה השפעת הגיל אף לכיוון לא סביר.

בקבוצות הקטנות יותר נמצאה בדרך כלל השפעה של כל המשתנים לכיוון שצפינו אותו מראש, אך לא כל המשתנים השפיעו באופן מובהק על ההשתתפות בכוח העבודה.

השוואה בין התוצאות עבור משפחות בגודל שונה מגלה, שככל שהמשפחה גדולה יותר כן נחלשת ההשפעה של המשתנים הכלכליים B, PVT, ו- W_1 (עד כמה שאפשר להסתמך על מקדמים אלה שכאמור לא כולם מובהקים). כלומר, קיימת כנראה גם השפעה משולבת של המשתנים הכלכליים וגודל המשפחה. ייתכן, שככל שהמשפחה גדלה ראש המשפחה רואה את עצמו יותר כ"מפרנס" והוא יעבוד כמעט בכל מקרה — יש לו תועלת חיובית מן העבודה, הוא זוכה להערכה כמפרנס משפחה, והשפעת המשתנים הכלכליים על החלטה שלו לגבי השתתפות בכוח העבודה נחלשת.

כאשר בוחנים תוצאות אלה צריך לזכור, שגובה השכר נקבע בין השאר לפי גיל ומוצא. כלומר, קיימת תלות בין משתנים אלה, וייתכן שלא ניתן להפריד בצורה טובה בין ההשפעות של כל אחד מן המשתנים.

כמו כן, גובה B תלוי בגיל ובחלקו בגובה ההכנסות האחרות שלא מעבודה HAC:

השפעה שלילית לא מבוטלת על ההשתתפות של גברים מבוגרים בכוח העבודה. הכנסות אחרות שלא מעבודה משפיעות אף הן לשלילה על ההשתתפות בכוח העבודה. מצד שני, קיימת השפעה חיובית ברורה של גובה השכר הפוטנציאלי על ההשתתפות.

מכיוון שהמודל הנאמד אינו מודל ליניארי, המקדמים אינם מאפשרים להבחין מיד בסדר הגודל של ההשפעה של שינוי באחד הגורמים. דרך לבדוק את ההשפעה של שינויים במשתנים הכלולים בפונקציה היא: לחשב את ההסתברות המתקבלת כאשר מציבים את הערך החדש של המשתנה בפונקציה עבור כל אחד מן הפרטים הכלולים בסקר. לאחר מכן אפשר לחשב את ההסתברות הממוצעת להשתתפות בעקבות השינוי במשתנה הרלוונטי. בלוח 2 הוצגו תוצאות החישוב של ההשפעה שתהיה לעלייה של 10% בקצבאות המוצעות, של השפעה שתהיה לגידול של 10% בתמריץ הדחייה וכן של ההשפעה שתהיה לעלייה של 10% בשכר. לבסוף, חושבה ההשפעה של הורדת הקצבאות עד לרמה שהיתה להן בשנת 1965 – כלומר, קצבת הזקנה המירבית ליחיד

כלומר, צריך להתייחס בזהירות לגודל המקדמים של משתנים אלה.

סיבות נוספות להסתייגות מן התוצאות היא העובדה, שלא כללו בבדיקה נתונים על גברים שהיו עצמאיים, וגם לא נתונים על משתנים חשובים כמו בריאות ראש המשפחה, בריאות בני המשפחה או נתונים על נכסים (ולא רק על הכנסות שלא מעבודה). גם לא נבדקה השפעת הפנסיה ממקום העבודה, משום שלא היו נתונים על פנסיה כזו עבור פרטים שעדיין לא פרשו.

חישוב השכר בעזרת משוואות השכר עשוי להיות מוטעה, בייחוד בהתחשב בהסבר הנמוך של המשתנים הבלתי תלויים במשוואות.

לבסוף, ייתכן שחלק מן ההנחות אינן נכונות. לדוגמה, ההנחה על המשקל שהפרטים מייחסים לקצבת הנכות הכללית או ההנחה שפרט שעובד אחרי גיל 70 מעדיף לדחות את קבלת הקצבה.

אולם יחד עם הסתייגויות אלה אין ספק שהתוצאות אכן תומכות בהשערה שגורמים כלכליים משפיעים על החלטה לפרוש מכוח העבודה. לקצבאות הביטוח הלאומי יש

לוח 2. אומדן שיעור ההשתתפות כאשר B , TVP , או W_1 משתנים

אומדן עם B כפי שהיה ב-1965	אומדן עם W_1 גבוה ב-10%	אומדן עם PVT גבוה ב-10%	אומדן עם B גבוה ב-10%	אומדן עם B PVT ו- W_1 מקוריים	השתתפות במציאות	
1982						
0.69	0.52	0.51	0.47	0.50	0.49	סך הכל
0.51	0.32	0.31	0.28	0.30	0.26	יחידים
0.62	0.42	0.41	0.37	0.40	0.38	משפחות בנות 2 נפשות
0.88	0.78	0.77	0.74	0.76	0.83	משפחות בנות 3 נפשות
0.96	0.92	0.91	0.89	0.91	0.85	משפחות בנות 4 נפשות ויותר
1983						
0.58	0.51	0.50	0.47	0.49	0.48	סך הכל
0.32	0.22	0.22	0.20	0.21	0.20	יחידים
0.50	0.41	0.39	0.36	0.38	0.37	משפחות בנות 2 נפשות
0.85	0.82	0.81	0.79	0.80	0.81	משפחות בנות 3 נפשות
0.95	0.93	0.92	0.91	0.92	0.88	משפחות בנות 4 נפשות ויותר

2. אם גובה הקצבאות תלוי בהכנסות מעבודה, הביטוח הלאומי פועל כמו מס או כמו סובסידיה על עבודה ומשנה את מחיר הפנאי שמציעים לפרט. כתוצאה מכך תיתכן השפעה על השתתפות בכוח העבודה.

ההשפעה של גובה קצבאות ביטוח לאומי

שנאמדה כאן היתה קטנה מן ההשפעה

שנאמדה בארצות הברית בידי Pellechio. אך

יש לזכור, שהסדרי הביטוח הלאומי בארצות הברית שונים מאלה שבישראל; בארצות הברית גובה הקצבאות קשור לגובה התשלומים והקצבאות מחליפות, אולי במידה גדולה יותר מאשר בישראל, את הפנסיה מעבודה. כמו כן, ההשפעה של הערך הנוכחי של הביטוח הלאומי (סך קצבאות פחות סך דמי ביטוח לאומי) לא ניתנת לאמידה בצורה טובה — כנראה בשל תלות עם משתנים אחרים. ההשפעה של גובה שכר וגובה הכנסות אחרות שנמדדה כאן היתה דומה לזו שנמצאה בארצות הברית.

באופן כללי תמכו התוצאות בהשערה שגורמים כלכליים משפיעים על ההחלטה לפרוש מכוח העבודה. נמצא קשר שלילי בין גודל קצבת הביטוח הלאומי, שאדם יכול לקבל אם הוא פורש מכוח העבודה, ובין ההשתתפות בכוח העבודה. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין ההכנסות האחרות שלא מעבודה של הפרט ובין ההשתתפות. לעומת זאת, התוצאות מצביעות על קשר חיובי בין גובה השכר הפוטנציאלי ובין ההשתתפות בכוח העבודה וקשר חיובי בין גובה התוספות לקצבת ביטוח לאומי שיקבל הפרט אם ידחה את הפרישה מכוח העבודה ובין ההשתתפות.

בעבודה זו הובחנו הנתונים בחתך וניתן הסבר להשתתפות בכוח העבודה בנקודת זמן בלבד. יחד עם זאת, איתור הגורמים להשתתפות בכוח העבודה בנקודת זמן מאפשר העלאת הסברים אפשריים לשינויים שחלו בהשתתפות בכוח העבודה לאורך הזמן.

ככל הנראה היתה הירידה בהשתתפות גברים מבוגרים בכוח העבודה בשנים 1965–1975 מושפעת מן העלייה בגובה

תהיה בגובה 14.2% מן השכר הממוצע במשק וקצבת הנכות הכללית שווה ל-0.

כפי שניתן לראות, השפעת השינוי בביטוח לאומי אינה זהה בשני הסקרים — ב-1982 נאמדה השפעה גדולה יותר של שינוי בביטוח לאומי. השפעת השינוי של השכר ושל PVT דומה בשני הסקרים. מתברר, ששינוי בקצבאות ישפיע יותר על ההשתתפות בכוח העבודה מאשר שינוי בשכר הפוטנציאלי.

עלייה של 10% בקצבאות תביא לירידה בהשתתפות בכוח העבודה של בין 4% ל-6%. לעומת זאת, עלייה של 10% בתוספת הדחייה PVT תביא לעלייה של 2% השתתפות בכוח העבודה: גידול של 10% בשכר הפוטנציאלי יביא לגידול של 4% בשיעור ההשתתפות. לבסוף, ניתן לראות שירידה בגובה קצבאות הביטוח הלאומי עד לרמה של 1965 תביא לעלייה בהשתתפות בכוח העבודה של בין 16% ל-24%.

5. סיכום ומסקנות

בעבודה זו נבחנה ההשפעה של הביטוח הלאומי וגורמים כלכליים אחרים על ההשתתפות בכוח העבודה של גברים מבוגרים. על סמך נתונים על משפחות בסקרי ההכנסות מ-1982 ו-1983 נאמדו פונקציות הסתברות להשתתפות בכוח העבודה לגברים בגיל 55 ומעלה בעלי משפחות בגודל שונה. הפונקציות שנאמדו התבססו על מודל של Pellechio, המניח שהפרט בוחר את ההשלכות של החלטה על השתתפות בכוח העבודה לאורך כל חייו. לפי מודל זה הביטוח הלאומי משפיע על הפרישה מכוח העבודה בשתי דרכים:

1. במידה שהערך הנוכחי של קצבאות הביטוח הלאומי שיקבל הפרט לאורך חייו אינו שווה לערך הנוכחי של דמי הביטוח הלאומי שהוא משלם, הביטוח הלאומי משנה את ערך הנכסים של הפרט ומשפיע על ההחלטה על השתתפות בכוח העבודה.

לחלק מן הגברים המבוגרים וקיומן של קצבאות הביטוח הלאומי כמקור הכנסה אלטרנטיבי איפשר לגברים אלה לפרוש מכוח העבודה.

הסברים אחרים לפרישה גוברת הקשורים למחיר הצל של פנאי עבור הפרט כמו שינויים לאורך הזמן בבריאות, אורך חיים ומחירי מוצרים לא נבדקו כאן. אף-על-פי שגורמים אלה חשובים, יש לשער שהשינויים בהם איטיים יחסית וחלקם בהסבר הירידה קטן. כדי לברוק אם ההסברים האפשריים האלה אמנם נכונים, רצוי בעתיד להרחיב את העבודה ולברוק את ההשערות בסדרה עתידית ובמערכת נתונים מושלמת יותר.

קצבאות הביטוח הלאומי בשנים אלה. לפי החישוב דלעיל הביאה עלייה זו בקצבאות לירידה של בין 16% ל-24% בשיעור ההשתתפות של גברים בני 55 ומעלה; בפועל ירד שיעור ההשתתפות של גברים אלה ב-0.13 בערך, או כ-20%.

בשנים שלאחר מכן רואים, כאמור, המשך של גידול במספר מקבלי קצבאות ביטוח לאומי, למרות שגודלן של הקצבאות לא השתנה או אף קטן. נתונים על התפתחות רמת ההשכלה בקרב גברים מבוגרים לעומת התפתחות רמת ההשכלה בכלל האוכלוסייה ונתונים על השכר הממוצע של גברים מבוגרים בשנים אלה בהשוואה לשכר הממוצע במשק מראים, שהיתה כנראה ירידה בשכר המוצע

ביבליוגרפיה

- ✓ Michael J. Boskin, "Social Security and Retirement Decisions", *Economic Enquiry* Vol. XV (Jan. 1977).
- ✓ M.J. Boskin & M.D. Hurd, "The Effect of Social Security on Early Retirement", *Journal of Public Economics* 10, No. 3 (1978).
- John B. Burbidge & A. Leslie Robb, "Pensions and Retirement Behaviour", *Canadian Journal of Economics* (1980).
- Gary S. Fields & Olivia S. Mitchell, "Economic Determinants of the Optimal Retirement Age: An Empirical Investigation", *Journal of Human Resources* XIX (1984).
- G.R. Ghez & Gary S. Becker, "The Allocation of Time and Goods over the Life Cycle", N.B.E.R., New York, 1975.
- R. Gordon & A.S. Blinder, "Market Wages, Reservation Wages and Retirement Decisions", *Journal of Public Economics* (1980), pp. 227-308.
- Michael D. Hurd & M.J. Boskin, "The Effect of Social Security on Retirement in the Early 1970's", N.B.E.R. Working Paper No. 659, 1981.
- G.S. Maddala, *Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics*, Cambridge University Press, New York, 1983.
- J. Mincer, "Schooling Experience and Earnings", N.B.E.R., New York, 1974.
- J. Mincer & S. Pollachek, "Family Investment in Human Capital: Earnings of Women", *Journal of Political Economy* Vol. 82, Supplement S76-S108 (April 1974).
- Olivia S. Mitchell & Gary S. Fields, "The Effects of Pensions and Earnings on Retirement: A Review Essay", *Research in Labor Economics*, Vol. 5 (1982).
- Donald O. Parsons, "The Decline in Male Labor Force Participation", *Journal of Political Economy* Vol. 88 (1980).
- Anthony J. Pellechio, "Social Security and the Decision to Retire", N.B.E.R. Working Paper No. 734, August 1981.

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עו"ד

מס על גימלאות חברי קיבוץ

הקיבוצים גבים, געתון ויבנה וכן התקים, הקיבוץ הארצי, הקיבוץ הדתי וברית התנועה הקיבוצית, עתרו בצוותא לבית המשפט הגבוה לצדק נגד שר העבודה והרווחה. שר העבודה והרווחה פרסם ב-21 לנובמבר 1985, תקנות הקרויות תקנות הביטוח הלאומי (גביית דמי ביטוח) (תיקון מס' 4), תשמ"ו-1985. תקנות אלה באו להחליף את תקנה 5 לתקנות הביטוח הלאומי (גביית דמי ביטוח), תשי"ד-1954, שעניינה הערכת הכנסתו של חבר קיבוץ לצורך תשלום דמי ביטוח. החידוש העיקרי מצוי בתקנת משנה (ד) שזו לשונה:

נוכח פקיד גבייה כי רכיב המשמש לחישוב הכנסתו של חבר קיבוץ לפי תקנה זו, כולו או חלקו, לרבות הגימלאות שהמוסד משלם לקיבוץ (ההדגשה הוספה) לפי סעיף 136ב לחוק, אינו כלול בשומה או במאזן לשנה פלונית, יקבע פקיד גבייה את שווי של מרכיב זה, והוראות תקנות משנה (ב) ו-(ג) יחולו, כאילו הסכום שקבע פקיד הגבייה נקבע בשומה או במאזן, לפי העניין.

עיקר העתירה מופנה כנגד המלים "לרבות גימלאות שהמוסד משלם לקיבוץ לפי סעיף 136ב לחוק".
סעיף 136ב האמור קובע:

היה הזכאי לגימלה, או האדם שבערו היא משתלמת, חבר קיבוץ או חבר מושב שיתופי, תשלום הגימלה, לפי בקשתו, לידי מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי, לפי העניין.

הווי אומר – מס על גימלאות הביטוח הלאומי, או תשלום דמי ביטוח על הכנסה הכוללת את הגימלאות שמשלם הביטוח הלאומי לחברי קיבוצים ומושבים שיתופיים.
העותרים מתרעמים גם על תקנה 2 לתקנות החדשות, הקובעת, ש"תחולתן של תקנות אלה לגבי שנת הכספים 1985 ואילך".
שלוש הן הטענות שבפי העותרים:

א. ההוראה שבמחלוקת (תקנת משנה (ד)) היא חסרת תוקף משפטי ויש בה חריגה מסמכויות חקיקת המשנה שניתנו לשר העבודה והרווחה, באשר היא נוגדת הוראה מפורשת של החוק עצמו, הוראת סעיף 168(א), הקובע: לענין תשלום דמי ביטוח לא יראו בהכנסה – (ו) גימלה לפי חוק זה...

ב. התוראה שבמחלוקת פסולה מעיקרה בהיותה בלתי סבירה. חוסר הסבירות הוא בכך, שהיא גורמת אפליה בין המבוטחים שהם חברי קיבוצים ומושבים שיתופיים ובין שאר המבוטחים. הראשונים חייבים בתשלום דמי ביטוח על הגימלאות בעוד שהאחרונים פטורים מכך.

ג. לתקנות ניתן תוקף רטרואקטיבי. בכך חרג שר העבודה והרווחה מסמכותו.

המפתח לחישוב דמי הביטוח של מבוטחי המוסד לביטוח לאומי הוא אחוז מן ההכנסה של המבוטח – הכנסה חודשית לגבי שכירים והכנסה שנתית לגבי עצמאיים. מפתח זה אינו ישים לגבי מבוטחים חברי קיבוץ, בגלל האופי המיוחד של היחסים בין קיבוץ לחבריו. הקיבוץ אינו משלם שכר כמעביד, והחבר אינו מקבל שכר כעובד, שכר שיכול היה לשמש מפתח לעניין חישוב דמי הביטוח. כדי לפתור בעיה זו נקבע בסעיף 163(א1) לחוק הביטוח הלאומי, ש"אם הוא חבר אגודה שיתופית העובד במפעל האגודה, תוערך הכנסתו בהתאם להוראות השר בתקנות".

ואכן, שר העבודה והרווחה התקין תקנות אלה (תקנה 5ב). בתקנות נקבע מפתח מיוחד לחישוב הבסיס שלפיו ישולמו דמי הביטוח, כך שהכנסתו של חבר קיבוץ, לצורך חישוב דמי הביטוח, היא צירופם של שלושה רכיבים:

א. שוויה של "אספקת המחיה" ושאר הנאות שנותן הקיבוץ לחבריו, מחולקת במספר כלל חברי הקיבוץ;

ב. סכום, שהיה המעביד מנכה מהכנסת העובד לזכות קופת גמל, אילו היה חבר הקיבוץ עובד אצל מעביד;

ג. סכום, שהיה המעביד מנכה מהכנסת העובד לפי דיני מס הכנסה, אילו היה חבר הקיבוץ עובד אצל מעביד.

"אספקת המחיה", לפי התקנות, היא כלל ההוצאות שהקיבוץ מוציא להוצאות החיים השוטפות של כל חבר מחבריו,

המחלוקת היא בשאלת הגימלאות השונות שהקיבוצים מקבלים מן המוסד לביטוח לאומי עבור חבריהם, כגון קיצבאות ילדים, זיקנה, שאירים ונכות כללית.

השקפת המוסד היא, שיש לראות בגימלאות אלה חלק מהכנסתו של חבר קיבוץ, שעליה מחשבים את דמי הביטוח. השקפת העותרים היא, שהמדובר בהוצאות מחיה הממומנות מתקבולי הגימלאות שהמוסד משלם ולפיכך אין הן חלק ממה שהקיבוץ נותן לחבריו כ"אספקת מחיה".

למחלוקת זו יש היסטוריה. באחד באפריל 1981 הסכימו שני הצדדים להקים ועדה משותפת שתדון בנושא כולו, לרבות השאלה הבסיסית, אם ימשיך חבר קיבוץ להיחשב כשכיר או שמא יש לשנות את מעמדו לזה של עצמאי. כפתרון זמני (למשך שנתיים) הוסכם, שהקיבוצים ינכו את הגימלאות מ"הוצאות המחיה". הוועדה האמורה לא סיימה את מלאכתה ולא הגישה המלצות עד עצם היום הזה.

ההתפתחות הבאה, באותה מחלוקת, היתה התקנתן של התקנות שעליהן נסבה העתירה. נציגו של שר העבודה והרווחה גורס, שאין סתירה בין התקנות ובין הוראת חוק הביטוח הלאומי הקובע, שלצורך חישוב דמי הביטוח אין רואים גימלאה כהכנסה. וכל כך על שום מה? כיוון שלדעתו, במקרה של חברי קיבוץ, לא הכנסה היא המפתח לחישוב דמי הביטוח, אלא הוצאה, היינו אותה "אספקת מחיה" שהקיבוץ מוציא על כל אחד מחבריו. לגבי הוצאה לא נאמר בשום חיקוק שגימלאות אינן יכולות לשמש רכיב מרכיביו. לפיכך, אין ההוראה שבמחלוקת עומדת בניגוד לחוק כלשהו.

השופט מלץ אינו מקבל טענה זו. לפי חוק הביטוח הלאומי קיבל שר העבודה והרווחה סמכות לקבוע דרכים לחישוב הכנסתו של חבר קיבוץ, לצורך קביעת דמי הביטוח. העובדה, שהשר ראה לנכון לקבוע שהוצאה כלשהי תהיה אחד המרכיבים לחישוב אינה משנה את עובדת היסוד, שהמנדט, שניתן לשר, הוא להעריך את הכנסתו של העובד. הכנסתו ולא הוצאותיו. ההכנסה היתה ונשארה הבסיס לחישוב דמי הביטוח. המס (דמי הביטוח) שהוטל על הכנסה הוטל, ולא על הוצאה. ההוצאה, במקרה זה, אינה אלא אחד המספרים שעל-פיהם מחושבת ההכנסה החייבת באותו מס. ואם בהכנסה מדובר, הרי שאין מנוס מן המסקנה, שההוראה שבמחלוקת עומדת בסתירה להוראות סעיף 168 (א) (1) לחוק הביטוח הלאומי, הקובע בצורה חד-משמעית שאין לראות בגימלאה הכנסה.

השופט ברנזון ציין בשעתו שאחד מכללי הפרשנות המנחים את בית המשפט הגבוה לצדק מאז

ומעולם הוא שזכותו של אדם "...אין להפקיעה או להגבילה אלא על-פי הוראת חוק ברורה וחד-משמעית. לא-בל-שכן, כשזה נעשה על-ידי מחוקק-משנה שאין בכוחו לעשות אלא מה שהמחוקק הריבוני הסמיכו לעשותו, והסמכה כזו צריכה להיות במלים ברורות ומפורשות...".

לחברי קיבוץ היתה זכות קבועה בחוק, שגימלאות שהם מקבלים לא ייחשבו כהכנסה ולא יוטל עליהן מס. זכות זו הופקעה והוגבלה על-ידי ההוראה הנתונה במחלוקת של שר העבודה והרווחה (מחוקק המשנה).

בסיכום קובע השופט מלץ, וסמכו ידיהם על קביעתו השופטים ברק ולוין, שבהוראה שהיא נשוא המחלוקת, חרג שר העבודה והרווחה מסמכותו.

חקירה במשטרה שגרמה התקף לב

יעקב עובד כפקיד בכיר בחברת כלל לביטוח בע"מ. כחלק מתנאי עבודתו מעמידה החברה לרשותו כלי רכב צמוד, המשמש אותו הן לצורכי העבודה והן לצרכיו הפרטיים. יום אחד, בשעות הערב, הוזמן יעקב טלפונית למשטרת ישראל, מטה מרתב הירקון. באותה שיחה נאמר לו, שקיימת בעיה ביטחונית ועליו להתייצב מיד בתחנה.

יעקב נבחל, נכנס לרכבו ונסע במהירות לתחנת המשטרה. בדרכו לתחנת המשטרה קיננו בלבו חששות והסבו לו מועקה נפשית חזקה. אמנם הוא ידע אל נכון שהוא חף מאשם, אך חשש פן יוחשד לשוא ופן ייעצר. בהגיעו לתחנת המשטרה נחקר חקירה קצרה, הוחתם על הודעה ושוחרר. החקירה נסבה על תנועות כלי הרכב שהעמידה החברה לשימושו ובסופה הסתבר שאירעה טעות ושהוא הוזמן למשטרה לשוא, שכן הרכב שלו לא היה כלל מעורב בעבירה. בהיות יעקב בפתח תחנת המשטרה, בדרכו החוצה, התעלף, פונה לבית-החולים ואובחן אצלו אוטם שריר הלב. עתה הוא תובע בבית הדין האזורי לעבודה בתל-אביב להכיר באוטם שריר הלב כ"תאונת עבודה" לפי חוק הביטוח הלאומי. סעיף 35 לחוק הביטוח הלאומי קובע, שהפגיעה תיראה כ"פגיעה בעבודה", אם אירעה תוך-כדי ועקב העבודה.

אין מחלוקת על כך, שהפגיעה לא אירעה תוך-כדי העבודה; גם האירועים שיעקב רואה בהם את גורמי מחלתו (הנסיעה למשטרה והחקירה) וגם ההתמוטטות שפקדה אותו אירעו מחוץ לשעות העבודה והרחק מאתר העבודה. המחלוקת בין התובע למוסד לביטוח לאומי מתמקדת, אם כן, אך ורק בשאלה אם היתה הפגיעה "עקב" העבודה.

פרקליטו של יעקב טוען, שאלמלא העבודה על מכלול תנאיה – והעמדת כלי רכב צמוד הוא אחד מהם – לא היה יעקב נחשד ומוזמן למשטרה והפורענות לא היתה מתרחשת. העובדה, שהרכב האמור היה בבעלות החברה המעבידה יש בה, לגירסת הפרקליט, כדי ליצור את "הקשר לעבודה" הנדרש לקיום התנאי של היות הפגיעה "עקב העבודה". לגירסתו שאלת המבחן היא, האם היתה התאונה מתרחשת אלמלא העבודה ותנאיה.

מנגד טוען בא-כוח המוסד לביטוח לאומי, שאין די בזימונו של יעקב למשטרה מפאת חשד שנתבדה הקשור בעקיפין לרכב שהוצמד לו, אף לא בשייכותו של הרכב לחברה המעבידה, על מנת ליצור "קשר עבודה" שבו מותנית "פגיעה בעבודה". שהרי לא יעלה על הדעת לכלול כל אירוע הנובע מן השימוש בכלי הרכב, שנועד גם לשימושו האישי של יעקב, במסגרת האירועים "עקב העבודה".

בית-הדין האזורי לעבודה סבור, שה"קשר לעבודה" במקרה שלנו מתמצה בשניים:

- (א) היות הרכב שהוצמד ליעקב נשוא החשד שבגינו הוצעק למשטרה והוסבה לו מועקה נפשית.
- (ב) היות הרכב האמור בבעלות החברה המעבידה.

"קשר" זה הוא קלוש מדי מכדי ליצור את "הקשר לעבודה" הנדרש להכרת הפגיעה כ"פגיעה בעבודה". שלא לדבר על הגורם העיקרי לתקרית המצערת, הלא היא הטעות המשטרית, גורם שהוא זר לחלוטין לעבודה ויוצר ריחוק נוסף בינה ובין הפגיעה ביעקב.

בית-הדין מביא דוגמאות קיצוניות: עובד הסר לחנות קרובה למקום העבודה ונפגע בהיותו בתוכה. אלמלא עבודתו היה נוקק מן הסתם לחנות הקרובה למקום מגוריו, ולא למקום עבודתו, והתאונה לא היתה מתרחשת. או עובד הנזקק לרופא לאחר תום שעות עבודתו ונפגע בתאונת דרכים בדרך אליו. אלמלא העבודה היה סר לרופא בשעה אחרת והתאונה היתה נמנעת. ועוד כהנה וכהנה דוגמאות של פגיעות, שאלמלא העבודה על מכלול תנאיה, לא היו מתרחשות כלל, שהרי העבודה היא ציר מרכזי בחיי האדם העובד, סביבו ועל-פיה נקבעים מרבית סדרי-חיו ומנותבות פעילויותיו במישור הזמן והמקום.

על כן, קובע בית-הדין האזורי לעבודה, בהערר המידה המינימלית של "הקשר לעבודה" שבו מותנית "פגיעה בעבודה" – דין תביעתו של יעקב להיראות.

הזכות לחופשת היריון

כשעזבה את עבודתה כמרכזנית במוסד בנקאי בלוס אנג'לס, בשנת 1982, כדי ללדת את ילדה הראשון, סברה ליליאן גרלנד, צעירה לא-נשואה, שהיא תיטול חופשת מחלה ותחזור לעבודתה לאחר מכן, כפי זכותה שהובטחה בחוק של מדינת קליפורניה. אך לא הכל פעל כשורה. התינוקת נולדה בניחוח קיסרי מסובך והרופא ציווה על ליליאן לצאת לחופשה של שלושה חודשים. כשחזרה למקום עבודתה, לאחר החופשה, גילתה שמשרתה תפוסה. מובטלת וחסרת יכולת לשלם דמי שכירות היא סולקה מדירתה ועברה לגור בחדר האורחים של אחד מידידיה. לאחר מכן הסכימה להעביר את התינוקת לידי האב עד אשר תמצא עבודה. האב תבע זוכה בהחזקת הילדה.

ליליאן, נזעמת על אובדן ילדתה, משרתה ודירתה, הגישה תביעה נגד המוסד הבנקאי שעבדה בו בהסתמך על חוק של מדינת קליפורניה משנת 1978, הדורש מכל מעביד, המעסיק מעל לחמישה-עשר עובדים, להציע לעובדות בהיריון עד ארבעה חודשי חופשה ללא תשלום, תוך הבטחת משרתם, או משרה מקבילה, עם שובם מהחופשה. המוסד הבנקאי טען, שהחוק הקליפורני מפלה לרעה גברים בכך שהוא מעניק הטבות מיוחדות הניתנות אך ורק לנשים...

במחצית ינואר 1987 פסק בית המשפט הפדרלי העליון, שהחוק של קליפורניה שריר וקיים, וזאת ברוב של שישה נגד שלושה. נקבע, שמדינה רשאית לתבוע ממעביד להעניק ביטחון במשרה לעובדות שאינן מסוגלות, זמנית, לעבוד מחמת היריון.

לפסק הדין תהיה השפעה רבה על הגידול העצום באחוז הנשים בכוח-העבודה האמריקני. עד כה היתה הבעיה כיצד לשמור על משרה וללדת ילדים בעת ובעונה אחת. אחת מן הנודעות שבמנהיגות הפמיניסטיות, בטי פריידן, שאיבדה את משרתה הראשונה כאשר נכנסה להיריון, אמרה: "זוהו ניצחון נפלא. משמעותו היא ששוויון אין פירושו שהנשים חייבות להתאים למודל הגברי". פסק הדין, לדעת חוגים כלכליים, יגביר את עומס ההוצאות של המעבידים.

את דעת הרוב בבית המשפט הפדרלי העליון, היטיב לבטא השופט הישיש טורגוד מרשל: החוק של קליפורניה אינו מפלה את הגברים לרעה. הוא רק דואג לשוויון באפשרויות התעסוקה עלידי כך שהוא מאפשר לנשים, כמו לגברים, לגדל משפחה בלי לאבד את מקום העבודה. החוק של קליפורניה אינו מכריח מעבידים לנהוג בעובדות הרות טוב יותר מאשר בעובדים "מוגבלים" אחרים. החוק רק

קובע הטבות מינימליות שעל מעביד לספק לעובדות הרות. המעביד רשאי כמובן להעניק הטבות רבות לעובדים "מוגבלים" אחרים.

ארצות הברית היא המעצמה התעשייתית המתקדמת היחידה שאין בה מדיניות לאומית לגבי חופשת לידה. לאחרונה השתנה מצב זה, אך ברמה של מדינות הברית בלבד, ולא כהוראה פדרלית. צורה זו או אחרת של חופשת-היריון מצויה בספר החוקים של תשע מדינות. כשישים וחמישה אחוז מן הנשים שבגיל לידה מצויות עתה בכוח העבודה האמריקני, וכתשעים אחוז מהן ילדו או יילדו בעתיד, במשך שנות עבודתן. אך רק כשני שלישים מהן זכאיות, מכוח חוק מדינתי או הסכם עבודה עם המעביד, לחופשת היריון שתבטיח להן ביטחון במקום העבודה. בדרך כלל חברות ומעבידים גדולים מסוגלים ומעניקים חופשות היריון יותר מאשר מעבידים קטנים.

הנושא עורר גם מחלוקת בקרב הפמיניסטיות. חלק מהן טוענות, שחופשת היריון מהווה סכנה לתעסוקת-נשים כיוון שכל הטבה ופריווילגיה שניתנו לנשים הביאו תמיד להפליה נגדן. אחרות טוענות, שחופשת היריון רק מכירה בתפקיד הלידה של הנשים ומנטרלת את השפעתה על ביטחון וקידום בעבודה. חלק מן הפמיניסטיות תובעות חופשות לידה גם לגברים. צירת קונגרס דמוקרטית ממדינת קולורדו, פט שרדר, עומדת להגיש, יחד עם חברי קונגרס אחרים, הצעת-חוק שתחייב לתת עד שמונה-עשר שבועות חופשה ללא תשלום, תוך הבטחת מקום העבודה, הן לאימהות והן לאבות עובדים. לשכת המסחר האמריקנית החלה במאבק נגד החוק בשל היותו מעמסה כלכלית, במיוחד על מעבידים "קטנים". חוק זה יגרום לכך שלא ישכרו נשים לעבודה, טוענים דוברי הלשכה.

אך יש מעבידים הסוברים אחרת. חברת תרופות מניו-גיירסי מעניקה שישה שבועות חופשת היריון בתשלום, ועד שישה חודשי חופשה ללא תשלום. לגירסת המנהל יש להסתגל למציאות שחלק נכבד מכוח העבודה הן נשים בגיל לידה. אין זה בא בחשבון לאבד מאגר גדול וגדל זה של כשרון.

ליליאן גרלנד זכתה במשפט. המוסד הבנקאי החזירה לעבודה, אך היא התפטרה ועובדת כעת כסוכנת נכסידל-אינדי. אומרת ליליאן: "היו אלה חמש שנות גיהנום. אך הייתי חוזרת ועושה זאת גם לו נמשכו עשרים שנה. נלחמתי עבור כל הנשים העובדות. אסור לכפות על נשים בחירה בין אימהות לעבודה"

פרסומים חדשים

אחדות, 'לאה ודוד ביגמן, מדידת העוני: גישות תיאורטיות ומגמות בישראל בשנים 1979-1984, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, מחקר מס' 40, ספטמבר 1987. 27 עמ' (גם מהדורה באנגלית: Achdut, Lea & David Bigman, *The Anatomy of Changes in Poverty and Income Inequality Under Rapid Inflation: Israel 1979-1984*, National Security Institute, Bureau of Research and Planning, September 1987. 45 pp.

"מטרת מאמר זה", כותבים המחברים, "להציג מספר מדדי עוני אלטרנטיביים, שהוצעו בשנים האחרונות בספרות הכלכלית ולהדגים את ההבדלים ביניהם באמצעות ניתוח אמפירי של מגמות השנוי שחלו בעוני בישראל בשנים 1979-1984." חלקו הראשון של המאמר דן במדדי העוני המקובלים (תחולת העוני ופער העוני); בחלק השני נסקרים מדדי העוני האלטרנטיביים ומובהרות הגישות התיאורטיות שעליהן מבוססים המדדים; בחלק השלישי מובאים ממצאים אמפיריים על התפתחות העוני בישראל בתקופה הנסקרת.

Birren James E. & Judy Livingston (eds.), *Cognition, Stress and Aging*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall Inc., 1985. 212 pp.

בקובץ זה נעשה ניסיון להציג גישה אינטר-דיסציפלינרית לנושא של בריאות קשישים. הנושאים שבהם עוסקים מחברי המאמרים הם: מושגי הבריאות, ההתנהגות וההזדקנות; גורמים פסיכולוגיים, חולי והזדקנות; לקראת מודל הוליסטי (כוללני) של בריאות; התנהגות והזדקנות; קשר של חיבה והקשיש המתאבל; שליטה קוגניטיבית ואנדרופינים במנגנוני הבריאות; מוות של ודו אצל קשישים אמריקניים; אופטימיות אישית ובריאות גופנית ונפשית; שליטה נתפסת, חוסר אונים וחופש בחירה.

Borgatta, Edgar F. & Rhonda J. V. Montgomery (eds.), *Critical Issues in Aging Policy*, Newbury Park, Beverly Hills, London, New York: Sage Publications Inc., 1987. 308 pp.

הספר מקשר את המחקר עם הערכים והוא מכיל בתוכו עשרה מאמרים פרי עטם של מחברים שונים, שכולם עוסקים בהיבט זה או אחר של המדיניות כלפי הקשישים וההזדקנות. בין המאמרים: מדיניות לגבי ההזדקנות והערכים החברתיים; מנהיגות מקומית של בני אדם קשישים; התנאים לפרישה מן ההיבט הסייעודי; המדיניות בתחום הבריאות ועוד.

Brown, Roy I. (ed.), *Integrated Programmes for Handicapped Adolescents and Adults*, Croom-Helm, 1984. 259 pp.

הספר עוסק בעיקר בצורך להגדיר ולפתח תוכניות אינטגרטיביות עבור מתבגרים ומבוגרים המוגבלים בהתפתחותם. תשומת לב מרובה מוקדשת למיומנויות החברתיות, כולל ניהול משק הבית, תקציב המשפחה, הכנת ארוחות ומיתוח יחסים חיוביים בין בני המשפחה. בספר מוצגות מספר תוכניות מהלקים שונים של העולם. כמו-כן מודגש הקשר בין המחקר למעשה.

Cohen, Shlomo & Yossi Tamir, *The Role of Research in Social Security Policy Making: Theory and Application in the Israeli Experience*, Jerusalem: The National Insurance Institute, The Bureau of Research and Planning, September 1987. 21 pp.

ברוח זה נבחן התפקיד שממלא המחקר הנעשה באגף למחקר ותכנון בקביעת המדיניות במסגרת המוסד לביטוח לאומי, על שני צדדיו: עיבוד נתונים וממצאים המורמים מן המוסד ואליו, והמחקר הבסיסי שמטרתו להפרות את החשיבה כמו גם לעקוב אחרי ביצוע ההחלטות והפעולות שלשמן הוקם המוסד.

Coni, Nicholas, William Davison & Stephen Webster, *Ageing: The Facts*, Oxford: Oxford University Press, 1984. 205 pp.

זהו ספר בסדרת facts (עובדות) שמציאה לאור אוניברסיטת אוקספורד באנגליה. המחברים ניגשים לזיקנה מתוך נקודת-ראות אופטימית ומקדישים פרקים לנושאים כגון: הפוטנציאל היוצר אצל האדם הקשיש; כיצד לשמור על הכושר הגופני ולהמשיך להיות פעיל בגיל הפרישה מעבודה ובגיל גבוה; כיצד לשמור על העצמאות. נידונות גם הבעיות הרפואיות (שלושת המחברים הם רופאים המתמחים ברפואה גריאטרית) וכיצד להתמודד עם המוות ועם האבל. פרק הסיום מוקדש לרפואה מונעת, המאפשרת לקשיש להישאר פעיל ובריא עד זמן קצר לפני "התלות שבטרם מוות".

Dixon, John, *Social Security Traditions and Their Global Applications*, International Fellowship for Social and Economic Development, 1986. 155 pp.

המחבר מתאר את התחומים שאותם מקיף הביטחון הסוציאלי ואת המסורת שהיתה נהוגה בהם במשך שנים. ואלה התחומים הנסקרים: ביטוח סוציאלי, תמיכה סוציאלית, הקצאות סוציאליות, זכויות עובדים וקרנות סיוע.

Falbo, Toni (ed.), *The Single-Child Family*, New York: The Guilford Press, 1984. 304 pp.

קובץ המחקרים הזה עוסק במשפחה שיש בה ילד יחיד. מחקר שנעשה בשנת 1956 העלה, שהסיבה העיקרית להולדת ילד שני במשפחה היתה שהילד הראשון לא יישאר "בן יחיד" (או "בת יחידה"), אשר המאפיינים הסטריאוטיפיים שלו נתפסו כ"בודד", "מרוכז בעצמו" ו"לא מסתגל". למרות השינוי שחל בתפקיד האשה, עדיין נשארו הסטריאוטיפים כשהיו. בקובץ שלפנינו נעשה ניסיון להפריך סטריאוטיפים אלה. במרכזו עומדים 7 מחקרים לאורך זמן שבהם מתוויים ילדים יחידים עם ילדים שיש להם אחאים (אחים או אחיות) במונחים של תפקיד לפי המין, פיתוח האגו, כושר אינטלקטואלי, העדפות אישיות, הכנסה, הישגים מקצועיים וחינוכיים, יציבות הנישואין ופוריות.

Henderson, George & Willie V. Bryan, *Psychological Aspects of Disability*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, Publisher, 1984. 317 pp.

בצאתם מתוך נקודת-מבט הומניסטית טוענים המחברים, שרוב בני האדם הסובלים ממוגבלויות גופניות מקופחים מבחינה ריגושית, חברתית ומקצועית יותר משהם מוגבלים באמת מבחינה גופנית. הספר מבקש לערער את הסטריאוטיפים הקשורים למוגבלות הגופנית הלא-קשה ולסלק את התפיסות השליליות של המוגבל בגופו. כמו-כן נדונות הגישות השליליות המשפיעות על היחס למגוון רחב של בני אדם, כולל קשישים ומיעוטים אתניים, והדרכים שבהן בני אדם מוגבלים מתמודדים עם מצבם ומובאות הצעות מעשיות לשיפור הטיפול והתקשורת של כל אלה החיים או העובדים עם מוגבלים.

Laird, Joan & Ann Hartman (eds.), *A Textbook of Child Welfare — Context, Knowledge and Practice*, New York: The Free Press, 1985. 864 pp.

בקובץ זה מובאים 38 מאמרים פרי עטם של מומחים בתחום של רווחת הילד. נקודת המוצא הן הבעיות שמעוררת המגמה של "העמדת המשפחה במרכז". מאמרי הקובץ סודרו בשבעה מדורים: 1. ההקשר של רווחת הילד; 2. הידע הקשור בטיפול ברווחת הילד; 3. הטיפול ברווחת הילד למען המשפחות והילדים; 4. השמירה על שלמות המשפחה: עבודה עם משפחות וילדים בבתייהם; 5. בני נוער כמטופלים: נושאים מיוחדים של עבודה עם מתבגרים כיום; 6. שירותים להשמה קבועה וזמנית של ילדים; 7. רווחת הילד בתור קריירה. בסוף כל מדור מובאות "הדגמות" ובהן מתואר טיפול לעומק ומובאים רעיונות חדשניים.

Lesnoff-Caravaglia, Gari (ed.), *Values, Ethics and Aging*, New York: Human Sciences Press, Inc., 1985. 207 pp.

אופני החיים הפתוחים לפני הקשישים בחברה בת זמננו (באמריקה, לפחות) נקבעים פחות על-פי

גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים והרבה יותר על-פי הגישות והערכים שפיתחו בני אדם לאורך חייהם. בכרך זה מודגשים במיוחד הצדדים הרוחניים של החיים. התחומים הנסקרים הם: המימד האסתטי של החיים, מעורבות פוליטית, תחושת ההיסטוריה, נחרצות בשמירת הבריאות ונושאים הקשורים בחיים ובמוות.

Mean, Robin & Randall Smith, *The Development of Welfare Services for Elderly People*, Croom-Helm.

על רקע המגמות הדמוגרפיות וצמצום ההוצאה הציבורית לשירותים חברתיים – ובתקופה שבה גוברת חשיבותה של המשפחה – נידונות הבעיות העיקריות שיעמדו בפני הספקת שירותי הבריאות והשירותים הסוציאליים לקשישים. מטרת הספר להעמיד את הבעיות הללו בתוך ההקשר של הצמיחה ההיסטורית של השירותים החברתיים האישיים המיועדים לקשישים. נידונות התפיסות המשתנות של צורכי הקשישים ובאיזו מידה הקשישים אכן זוכים לעדיפות נמוכה לאור צמצום תפקידי היצירה וההולדה שלהם בחברה. כמו-כן נידונות האפשרויות לגבש מדיניות שתשלב כיבוד של הקשיש עם הימנעות מניצול קרובי המשפחה.

Mitchell, Lynda K., *Behavioral Interpretation in the Sexual Problems of Mentally Handicapped Individuals, in Residential and Home Settings*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, Publisher, 1985. 106 pp.

ספר-מדריך זה נועד לספק למטפלים באוכלוסיית המוגבלים בנפשם תוכניות ועצות מעשיות לטיפול בכל סוגי המטופלים. נידונים העקרונות שלפיהם נלמדות התנהגויות וכיצד הן משתנות. המחברת מראה כיצד ניתן ליישם עקרונות אלה כדי לסלק התנהגויות לא רצויות כגון אוננות בפרהסיה, התערטלות בפומבי, גילוי חיבה מוגזמת כלפי זרים והתנהגות מינית תוקפנית מוגזמת. כמו-כן מוסברות שיטות לאייעודוד יחסים הומוסקסואליים ולעידוד יחסים הטרוסקסואליים. הספר מסתיים בתיאור דרכים שמטרתן לסייע למטפלים לגבש גישה לכידה ואחידה לשינוי התנהגויות לא רצויות.

Parkinson, J. R. (ed.), *Poverty and Aid*, New York: St. Martin's Press, 1983. 264 pp.

המאמרים הכלולים בקובץ עוסקים במטרות אלטרנטיביות ובקריטריונים אחרים של מדיניות הסיוע למדינות עניות ודנים בהשפעת הסיוע על ההתפתחות. בין היתר נבחנים: הסיבות לעוני וגידול האוכלוסייה; האיזון העדין בין המטרות של המדינה המעניקה את הסיוע ובין אלה של מקבליו; האם השפיעה הגברת הסחר לרעת על המדינות המתפתחות, המקבלות מעט עבור חומרי הגלם שהן מייצאות ונאלצות לשלם מחירים גבוהים תמורת המוצרים שהן מייבאות? אימוץ רעיונות חדשים לשימוש בסיוע עשוי לחרום תרומה רבת משמעות לעזרה המוגשת לעניים.

Rasch, John D., *Rehabilitation of Workers' Compensation and Other Insurance Claimants: Case Management, Forensic, and Business Aspects*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, Publisher, 1985. 213 pp.

בספר זה נבחן השיקום שמעניק המגזר הפרטי, על יחסו לתוכניות הן של המדינות והן של הממשל הפרדלי, בהקשר של תעשיית הביטוח. כמו-כן נסקרים טיפול פרטני, כולל שירותים ראשוניים, פיתוח תוכניות שיקום מקצועי והשמה מקצועית. המחבר בוחן, הן מבחינה תיאורטית והן מבחינה מעשית, כמה נושאים שיש בהם עניין מיוחד בשיקום במגזר הפרטי: כאב כרוני ופגיעה בגב התחתון, עדות מומחים, אתיקה, ניהול רפואי והיבטים עסקיים.

Rose, Richard & Rei Shirator (eds.), *The Welfare State East and West*, Oxford University Press, 1986. 213 pp.

המחברים כינסו בספר זה את עבודתם של מומחים מן המדרגה הראשונה משלוש יבשות במטרה להשוות את הדרכים שבהן חברות דמוקרטיות בעלות כלכלות מתקדמות מספקות רווחה ביום. המאמרים "מכסים" את ארצות הברית, בריטניה, סקנדינביה וגרמניה וגם את יפאן וישראל.

Seabrook, Jeremy, *Landscapes of Poverty*, Oxford, England: Basil Blackwell, 1985. 175 pp.

כיצד נוכל אנו, בארצות המערב, החיים בחברה הדבקה באמונה שצריך לשאוף תמיד ליותר, לחסל אי פעם את העוני? המחבר סבור, שקיים קשר דינמי בין השאיפה ליותר במערב ובין התרוששותם של העניים. רק אם נגדיר מחדש את הנופים הנפשיים של המערב ונתנתק מן הדחף המתמיד של הקפיטליזם להשיג עוד ועוד נוכל לצמצם אי פעם באמת את ייסוריהם של העניים. הבעיה אינה מצויה במגרשם של העניים, כי אם בזה של העשירים.

Smith, Brian Abel & Kay Titmus, *The Philosophy of Welfare*, Allen & Unwin, 1987. 277 pp.

בספר זה קובצו 18 חיבורים ממיטב כתביו של ריצ'רד מ' טיטמוס. המבחר מאפשר להציג את הפילוסופיה האישית שלו על הרווחה ומראה כיצד הגן עליה והצדיק אותה במשך יותר מעשרים שנה. מבחר זה יש בו ערך רב לכל אלה שיש להם עניין בערכים המונחים בבסיס מדינת הרווחה ועתידה.

United Nations, *Developmental Social Welfare*, New York: U.N., 1986. 57 pp.

סקר כלל-עולמי על נושאי רווחה וסולם העדיפויות שלהם מאז 1968. הסקר הזה נועד לקובעי מדיניות, למתכננים ומנהלים ברמה הלאומית. המטרה היא לעזור להם בתרגום רווחה סוציאלית התפתחותית לתכניות דינמיות ואפקטיביות.

Zigler, Edward F., Sharon Lynn Kagan & Edgar Klugman (eds), *Children, Families and Government: Perspectives on American Social Policy*, Cambridge University Press, 1983. 460 pp.

כל הממשלות, במדינות השונות, משפיעות במידה גדולה ביותר, באמצעות המדיניות שהן נוקטות, על הרווחה החברתית ועל החינוך של אזרחיהן ועל האופן שבו גדלים הילדים. חוקרים ומלומדים, פוליטיקאים והעוסקים בשירותים הסוציאליים מפנים היום יותר ויותר את תשומת לבם למטרות, להתאמה ולתהליך של מעורבות הציבור בחיי המשפחה. קובץ זה בודק את הנעשה בתחום זה בארצות הברית של אמריקה.