

בטוח סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

לקראת הפעלתו של חוק ביטוח סיעוד בישראל

- דבר מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי
- חוק ביטוח סיעוד — רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה
- הזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד
- הצבר שהודקן: האוכלוסייה הקשישה בהיבט דמוגרפי
- הגישות הקשורות לפיתוח חוק ביטוח סיעוד והשלכותיהן הכספיות
- חוק ביטוח סיעוד — ההיבט המשפטי
- היענות מערכות הסיוע הפורמלי לשינויים החברתיים ולדפוסי הטיפול הממושך בקשישים
- פיתוח שירותים בעקבות חוק ביטוח הסיעוד
- צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום ובשנים הבאות
- איכות הטיפול המוסדי בקשישים בישראל: מחקר ויישומו
- ניהול הטיפול בשירותים לקשישים: הליכים ארגוניים
- נספח: חוקי ביטוח סיעוד.

אין 5 נק"ו

בטחון סוציאלי

כתביעת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על-ידי

המוסד לביטוח לאומי

ירושלים * סיוון תשמ"ז * יוני 1987

חוברת 30

בחוברת זו

פותחים חוברת זו של "בטחון סוציאלי", שיחזרה כולה לחוק ביטוח סיעוד, דברי המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי מרדכי צפורי שנכתבו במיוחד לחוברת זו. ברקע ובדרכי ההתארגנות לקראת הפעלת החוק דן שלמה כהן, הרואה את הגורם המרכזי להצלחתו או לאי הצלחתו של ביצוע החוק בקימו של שיתוף פעולה פורה ונאמן בין כל הגורמים הממלכתיים והציבוריים הפועלים בשטח. שיתוף פעולה זה מותנה בראש ובראשונה בחלוקת תפקידים מוגדרת ומוסכמת בין כל הגורמים השותפים להפעלת החוק.

פרופ' ק"י מן, שעמד בראש הוועדה לקביעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, מציג במאמרו את חילוקי הדעות המקצועיים ואת הבדלי הגישות שהיו בין חברי הוועדה ומצביע על ההבדלים בין העקרונות שגיבשה הוועדה ובין אלה שנתקבלו בסופו של דבר בחוק, שהוא למעשה פשרה בין הגישות השונות. בסוגיות שלובנו במהלך דיוני הוועדה עוסק מאמרן של ברנדה מורגנשטיין ונירה שמאי, המעלות שאלות נוקבות לגבי ביצוע הלכה למעשה של החוק.

בהיבט הדמוגרפי של אוכלוסיית היעד של החוק עוסק מאמרו של יעקב קופ, הרואה בהזדקנות במדינת ישראל תהליך ולא תופעה, והעומד על מהירותו של שינוי זה (ובעיקר בשיעור השישים בני 75 ומעלה) ביחס לגילה של המדינה, על המתחייב מכך לגבי היערכות מערך השירותים.

בהשלכות הכספיות שיהיו להפעלתו של החוק החדש לאורן של הגישות השונות שהשפיעו על עיצובו דנים ג'ק חביב וחיים סקטור. את ההיבט המשפטי של החוק מנתח ד"ר דן שניט, העומד גם הוא על היותו פרי פשרות ועל כן מצויים בו פגמים וליקויים לא מעטים, העלולים לשים לאל את כוונת מתוקקיו. גם מחבר זה חושש מ"בריחה תקציבית", שאין בחוק הוראות למניעתה ואשר בתוצאותיה יצטרכו לשאת חלק מאלה שהחוק נועד לסייע להם.

כיצד ייענו השירותים הפורמליים לדפוסי הטיפול הממשך, תוך השוואה עם המצב השורר בארצות אחרות — בכך עוסקת ברנדה מורגנשטיין במאמרה. גם כאן מודגשת החשיבות הרבה של המשפחה בכל הנוגע לטיפול בקשיש ומומלץ שהשירותים הפורמליים יעודדו את הטיפול במסגרת הקהילה ויסייעו לה. על פיתוח השירותים שיידרשו לטיפול בקשישים לאור הפעלת החוק, מבחינת כוח אדם, עומד אורי לאור. אין ספק, קובע מחבר זה, שצפויה מהפכה זוטא בכל הנוגע למערך הארגוני והמקצועי על מנת לבצע את החוק ככתבו וכלשונו. בצורכי הקשישים המוגבלים בשירותים למיניהם, היום ובעתיד, עוסקים ג'ק חביב, חיים סקטור ושמאל באר. איכות הטיפול המוסדי בקשישים נידונה במאמרם של רזל פליישמן ועמיתיה, ואילו ג'ני ברודסקי ועמיתיה עוסקים בהליכים הארגוניים של ניהול הטיפול בקשישים לאור תפקוד המערכת כולה. בנספח מובא נוסח החוק הגדון.



"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 מעברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

מען המערכת: "בטחון סוציאלי", האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13, ירושלים 91 909. הדעות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

המערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

נסים ברוך

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

5	מרדכי צפורי	דבר המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי לקראת הפעלתו של חוק ביטוח סיעוד
7	שלמה כהן	חוק ביטוח סיעוד — רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה
20	פרופ' קלמן י' מן	חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד
25	ברנדה מורגנשטיין ונירה שמאי	סוגיות בתכנון חוק ביטוח סיעוד במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל
40	יעקב קופ	הצבר שהודקן: האוכלוסייה הקשישה בחיבט דמוגרפי
54	ג'ק חביב וחיים פקטור	הגישות הקשורות לפיתוח חוק ביטוח סיעוד והשלכותיהן הכספיות
65	ד"ר דן שניט	חוק ביטוח סיעוד — החיבט המשפטי
78	ברנדה מורגנשטיין	היענות מערכות הסיוע הפורמלי לשינויים החברתיים ולדפוסי הטיפול הממושך בקשישים
98	אורי לאור	פיתוח שירותים בעקבות חוק ביטוח הסיעוד
103	ג'ק חביב, חיים פקטור ושמואל באר	צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום ובשנים הבאות
120	רחל פליישמן, מרים ברגיורא, ג'ני מנדלסון, אדריאן תומר, ראובן שוורץ ורויטל רונן	איכות הטיפול המוסדי בקשישים בישראל: מחקר ויישום
128	ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב, מרק כהן ותמר חרון	ניחול הטיפול בשירותים לקשישים: הליכים ארגוניים
153		נספח: חוקי ביטוח סיעוד
161		רשימת המאמרים שהופיעו בחוברות "בטחון סוציאלי" 24—30
III-XV		Summaries of the Main Articles

דבר המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי לקראת הפעלתו של חוק ביטוח סיעוד

"אל תבואו ללוותני בדרכי האחרונה —
בואו לבקרני בביתי הישן, כבראשונה.
אל תספידוני לאחר מותי —
בואו תסעדוני עוד בי נשמת".

י' אביצוק

עם השלמת חקיקת חוק ביטוח סיעוד וראשית הפעלתו מתכבד המוסד לביטוח לאומי להקדיש חוברת מיוחדת של הביטאון "בטחון סוציאלי" לנושא הסיעוד. החוברת כוללת שורה של מאמרים המכסים סוגיות נבחרות בתחום הטיפול הממושך בקשיש בכלל ובתחום חוק ביטוח סיעוד בפרט, החל מסקירת השתלשלות תהליך הסנת החוק, דרך הצגת עיקרי החוק וניתוח משפטי של היבטים שונים בו, היערכות המוסד לביטוח לאומי להפעלת החוק על שלביו השונים, הצגה תיאורטית וחציונית של מודלים חלופיים אפשריים להנהגת מערכת סיעוד וכלה בסיכום תמציתי של מבחר מחקרים בתחום הסיעוד שנערכו במהלך השנים האחרונות, תוך כדי עבודתה של הוועדה הציבורית להנהגת מערכת סיעוד בארץ בראשותו של פרופ' ק"י מן האחרית. המאמרים נכתבו כולם בידי מומחים בתחום הטיפול הממושך בקשיש וחוקרים בשטח הנרונטולוגיה, שהיו מעורבים בצורה זו או אחרת בתהליך גיבוש ההמלצות להנהגת מערכת הסיעוד בארץ או בשלבי החקיקה השונים.

כידוע נמשך תהליך הסנתו של חוק ביטוח סיעוד שש שנים רצופות והיה מלווה דיננים קשים ונוקבים לגבי מתכנתו ודמותו של החוק לאור הגישות המקצועיות השונות והמנוגדות של הגופים הקהילתיים והמערבים בכך. כל אחת מגישות אלה היא לגיטימית כשלעצמה ויש לה בסיס רעיוני ופרגמטי איתן. החוק שהתקבל בסופו של דבר הוא מעין פשרה, המאמצת את המשותף המוסכם על כל הגורמים, תוך ויתור חלקי מצד כל משרד על מרכיבים חשובים של הקטנצפציות הבסיסיות שלו.

החוק בעיקרו הוא חוק קהילתי, ועל כך לא היו חולקין. זכאות לגימלה תמנתן בצורת שירותים רק לקשיש החי בקהילה, בביתו ובסביבתו הטבעית, ולא תוענק למי שחי במוסד סיעודי. החלטת בסיסית זו מרשתת על התפיסה שאין לנתק את האדם בערוב ימיו מסביבתו, אם אין רצונו בכך, ויש לאפשר לו חיים מלאים בביתו בסיוע השירותים הקהילתיים. גישה זו מקבלת חיזוק גם מן ההיבט התקציבי, שהרי הוצאות החזקתו של האדם בבית, תוך אספקת שירותים קהילתיים משלימים לשירותים הניתנים לו מידי משפחתו, נמוכה בדרך כלל מעלות החזקתו במוסד סיעודי. תפיסה זו הציבה בפני השירותים הקהילתיים אתגר גדול בפיתוח מואץ של שירותים סיעודיים קהילתיים. להרחבת היצע השירותים שיאפשר החזקת האדם בקהילה, ובכך תכובד רוח החוק למתן הגימלה באמצעות אספקת שירותים לטיפול אישי ולעזרה בגיהול משק הבית.

הניסיון שהצטבר בשנה הראשונה לקיום החוק מצביע על הכפלת היקף השירותים הישירים שניתנו לאוכלוסייה הקשישה כתוצאה מהקצאה מאסיבית של משאבים מכספי החוק. מכאן, שגם

אם עדיין קיים מחסור גדול בכוח אדם טיפולי לכיסוי הצרכים הצפויים עם ההפעלה המלאה של החוק באפריל 1988, ועדיין קיים במשק פוטנציאל טיפולי שלא נוצל עד תום. בימים אלה נעשים מאמצים גדולים לפיתוח ולהרחבה של כוח האדם הטיפולי במסגרת התקציבים הקיימים לפיתוח שירותים.

חוק ביטוח-סיעוד, בניגוד למערכות אחרות בביטוח הלאומי, יבוצע באחריות משותפת של כל הרשויות הממלכתיות המפקדות על מערך הסיעוד בארץ, ובמיוחד משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי. אבל האחריות הכוללת כלפי הקשיש התובע את הזכות מוטלת על המוסד לביטוח לאומי, שעליו הוטלה האחריות החוקית לביצוע החוק. רק שיתוף מלא, פורה ואמיתי בין כל הגופים האלה עשוי להבטיח ביצוע נאות של החוק, כלשונו וכרחוק. העבודה המשותפת בשנה הראשונה במסגרת הצוות הבינמשרדי שהוקם לגיבוש הכללים והנהלים להפעלת החוק, גוטעת את התקווה שאמנם ציפיות אלה יתממשו, וניתן יהיה להבטיח ביצוע נאות ויעיל של החוק. במיוחד חשוב להבטיח, שטובת הקשיש הנוקט תעמוד כשיקול מרכזי בכל החלטה, מתוך מגמה להבטיח לו את השירותים בצורה מכובדת, תוך התחשבות ברצונו ובהעדפותיו, ובעיקר הבטחת מיצוי הזכות תוך פרק זמן קצר ככל האפשר מבלי לשחוק אותו בין גלגלי בירוקרטיה מיותרת.

המוסד לביטוח לאומי רואה בהפעלה נאותה של החוק את אחת המשימות המרכזיות שלו בשנים הקרובות, ונותן לו עדיפות גבוהה בהקצאת כל המשאבים הדרושים בתחום המקצועי והמינהלי, מתוך אמונה שהפעלה יעילה של חוק זה מהווה אבן בוחן ליחסה של החברה לאזרחיה הבוגרים, שנדחקו עד כה לשוליים בסדר העדיפויות הממלכתי. במטרה להבטיח הפעלה נקייה ככל האפשר של החוק, הוחל בראשית חודש מאי 1987 בהפעלה ניסיונית של החוק ב-4 ישובים נבחרים בארץ. הכוונה היא לבחון בשטח, בתנאים אותנטיים ככל האפשר, את כל התהליכים הכליים והמערכות שיפעלו במסגרת החוק. הניסוי ילווה במחקר שוטף, שייעשה באגף למחקר ותכנון בראשותו של יוסי תמיד. הכלים והאמצעים השונים יותאמו וישופרו במידת הצורך, על-פי הניסיון שיצטבר במהלך הניסוי.

בהודמנות זו אני רואה חובה נעימה לעצמי להודות לכל מחברי המאמרים על תרומתם לפיתוח מערך הסיעוד, כל אחד בתחמו ובדרכו, ועל המאמצים שהשקיעו בהכנת העבודות שאיפשרו הוצאה של חוברת זו לאור.

יבואו ועל הברכה גם עובדי המוסד לביטוח לאומי שליוו את תהליך הכנת החוק בכל שלביו, והשוקדים על המלאכה גם בשלב הביצוע, ובמיוחד למר שלמה כהן וגב' ברנחה מורגנשטיין מאגף מחקר ותכנון, עו"ד שמואל בריצמן, היועץ המשפטי, עו"ד שמחה קפיטקובסקי מאגף הגימלאות וגב' ברכה בן-צבי מנהלת ענף הסיעוד, הממונה על הפעלת החוק.

תודה מיוחדת נתונה לגב' נירה שמאי, מנהלת האגף למחקר ותכנון בעבר, שנמנתה עם יוזמי חוק ביטוח סיעוד, והיתה הרוח החיה בוועדה הציבורית לסיעוד בראשותו של פרופ' ק"י מן. ואחרון חביב, ד"ר אריה ניצן שריכזו הערך את החוברת ואשר בזכות שקדנותו ומסירותו ניתן היום לברך על המוגמר.

יבואו על התודה ועל הברכה כל העובדים האחרים בתוך המוסד ומחוצה לו, שמקוצר היריעה לא יפירוטו בשמם, על חלקם ותרומתם בהכנת החוק ובביצועו השוטף. הצלחת הפעלתו המלאה של החוק תהיה שכרם.

מרדכי צפורי

המנהל הכללי

חוק ביטוח סיעוד – רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה

מאת שלמה כהן *

בתחילת מאי 1983 וצורף דו"ח של חלק קטן מתכרי הוועדה (בעיקר נציגי הממשלה), שלא הסכימו עם המלצות הרוב במספר נקודות מרכזיות.

במהלך התקופה שחלפה מאז הגשת התמי לצות נעשו מאמצים גדולים להגיע לגיבוש מערך מוסכם, שיהווה את הבסיס לגיטוח המתכנת הסופית של החוק. באפריל 1986, לאחר אינסוף שאילתות והצעות חוק מעל במת הכנסת, לחץ ציבורי רצוף ועבודה מאומצת של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת בראשותה של ח"כ אורה נמיר. הגיעה החקיקה לידי סיום, ובכך נכנס חוק ביטוח סיעוד לתוקף.

ניתן לומר באופן כללי, שהחוק שהתקבל בסופו של דבר נותר נאמן בקווים כלליים לגישות ולתפיסות הבסיסיות שהמליץ עליהן רוב חברי הוועדה הציבורית, אך הוא כולל גם שינויים משמעותיים מבחינת היקף האוכלוסייה שתהיה זכאית לגמלה, צורת מתן הגמלה ועוד, שאינם מתיישבים במלואם עם הדפוסיים המקובלים של מערך הביטוח הלאומי. אלה נבעו במידה רבה מן המצב הכלכלי של המשק הישראלי ומן הרצון להגיע לכלל הבנה והסכמה בין הגופים הממשלתיים הציבוריים השונים, האמורים כיום על מערך הסיעוד בארץ. מבחינה זו ניתן לומר, שחוק זה הוא מעין פשרה בין גישות ותפיסות אידיאולוגיות שונות ובין האפשרויות המעשיות של המשק הישראלי להפעיל מערך כזה מכות חוק מדינה.

1. כללי

באפריל 1980 קיבלה הכנסת חוק מסגרת להנהגת ביטוח סיעוד בישראל כפרק מיוחד בחוק הביטוח הלאומי. חוק המסגרת הגדיר בצורה כללית את כוונת המחוקק לגבי האוכי לוסייה המבוטחת. ואף נקבע שיעור דמי ביטוח שייגבה באופן שוטף מהכנסת המבוטח (0.2% מן ההכנסה המבוטחת), שנועד לצבור רזרבה לזמנית החוק, בדומה למצב שהונהג בענפים אחרים שהוקמו במסגרת הביטוח הלאומי. עוד נקבע בחוק המסגרת, שהכללים והמבחנים המפורטים להנהגת מערך הסיעוד בארץ ייקבעו במעמד מאוחר יותר בחוק עצמו. שר העבודה והרווחה דאג, ד"ר ישראל כץ, מינה ועדה ציבורית בראי שרתו של פרופ' ק"י מן, ובהשתתפות נציגי ציבור ומומחים בתחום הטיפול הממושך בקשישים, שנועדה להמליץ בפני השר על תוכנית מפורטת של מערך הזכיות והחובות להנהגת חוק ביטוח סיעוד בארץ. הוועדה ישרה על המדוכה במשך למעלה משנתיים. במהלך עבודתה היא נדרשה להתמודד עם גישות מקצועיות שונות, ובמיוחד עם מחסור חמור בנתונים בסיסיים, על הקיים והחזוי בארץ בתתום הטיפול בקשישים. מערך מת-קרי ענף, שבוצע במוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל, לזהה את דיוני הוועדה והיווה את הבסיס האמפירי המעשי לגיבוש המלצותיה. המלצות הוועדה הוגשו לשר

* מנהל המחלקה לגמלאות ארוכות מעוד, האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

חזיות הצפיות בעתיד בהיקף הקשישים ובהרכבם זכנ בהתחשב במצבן של מערכות השירותים לקשישים בארץ כיום, וביכולתו לשאת את העומס הנוסף הצפוי מכניסתם של אלפי זכאים חדשים מכוח החוק. אוכלוסיית הקשישים בארץ, מגיל 65 ומעלה, מגיעה כיום ל-9% בערך מכלל האוכלוסייה, לעומת כ-4% בלבד עם קום המדינה. עובדה זו מעידה על הודקנות האוכלוסייה בקצב מהיר. כיום מגיע מספר הקשישים לכדי 380 אלף איש. על-פי כל התחזיות ל-10 השנים הבאות לא יחול גידול משמעותי במשקלה היחסי של אוכלוסיית הקשישים, אך סגוד זה צפויים שיגורים דרמטיים בהרכב הפנימי שלה, שינויים שהם בעלי חשיבות רבה להתפתחות הצרכים הסיעודיים.

שיעור האוכלוסייה הישישה ביותר בתוך אוכלוסיית הקשישים (בני 75 ומעלה) יצמח בקצב מהיר ביותר. בשנת 1980 היה שיעורה של אוכלוסייה זו 28% בערך מכלל הקשישים (108 אלף איש), ואילו בשנת 1990 יש לצפות לכך שאוכלוסיית הישישים תגיע לכדי 40% מכלל הקשישים, כלומר כ-160 אלף נפש. גידול ריאלי יצומ זה של אוכלוסייה, ושהיא הצרכנית הפוטנציאלית העיקרית של שירותי סיעוד, מדגיש ביתר שאת את ההכרח למצוא פתרונות מהירים והוליים מים לבעיית הטיפול הממושך בקשיש בארץ.

חוק ביטוח סיעוד איננו פועל בחלל ריק, ואיננו מתחיל מנקודת אפס במחשבה ובמעשה. משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת החולים הכללית, פעלו רבות עד כה במתן פתרונות שירות לטיפול אישי בקשיש ולסייע בניהול משק ביתו במגבלות תקציביות קשות תוך גילוי מסירות ושקדנות ראויים לציח. אך, כאמור, האילוצים התקציביים הביאו לכך שמרבית האוכלוסייה הנזקקת נמצאת מחוץ למעגל הסייע. גם המעטים שזכו ליהנות ממערך הסייע הממשלתי קיבלו זאת במשורה, ובכמות שהיתה הנזקקת מלפס את הצרכים הבסיסיים. מספר הקשישים המוגבלים בתפקודם היומיומי והחיים

מרכיב מרכזי בחוק שהתקבל הוא הקשר והשילוב ההכרחי בביצוע החוק בין כל תגוריים הממלכתיים הפועלים בתחום הטיפול הממושך בקשיש בארץ, שבמרכזם עומדים משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות, ואשר אליהם יצטרף בעתיד המוסד לביטוח לאומי, בתור הגוף הממלכתי האחראי למימוש חוק ביטוח סיעוד. גם לקופת חולים, הפועלת היום במסגרת וולונטרית-למחצה בתחום הסיעוד, יהיה תפקיד חשוב ביישום החוק, הנראה שהפעלה באותה של החוק איננה אפשרית ללא מאמץ משותף ושיתוף פעולה פורה ויעיל בין כל הגופים האלה, שיראו את טובת הקשיש עיקר, ויתרמו למימוש זכאותו בדרך הקצרה, היעילה והמכובדת ביותר.

החוק יופעל בשני שלבים:

ש ל ב א' — הופעל מיד עם קבלת החוק באפריל 1986 ונועד לתת פתרונות לקשישים המצויים במצוקה תפקודית קשה, הזקוקים לשירותים קהילתיים או מוסדיים, וכן לפי תוח והרחבת תשתית שירותי הסיעוד הנפקה להן במוסדות.

ש ל ב ב' — שהוא עיקרו של החוק, העניינו הקביית הזכות האישית לגימלת סיעוד, יופעל במלואו החל באפריל 1988. במהלך השנתיים שבין קבלת החוק ועד להנהגת הגימלה האישית ועל המוסד לביטוח לאומי, ועל כל הגורמים הממלכתיים האחרים, להשלים את כל ההכנות המקצועיות, החוקיות והמנהליות שיבטיחו הפעלה נקייה ומדויקת של המערכת.

אסקור להלן בקצרה את עיקרי החוק, תוך החגשת ההיבטים המנהליים והארגוניים הכרוכים בהם וכן את דפוסי ההתארגנות של המערכת להפעלת החוק.

2. עיקרי חוק ביטוח סיעוד

העקרונות להנהגת חוק ביטוח סיעוד הוכתבו במילה רכה על-פי התחזיות לגבי ההתפת-

בתקציב. המסגרת התקציבית מוגדרת על-פי כללי הזכאות הנקבעים בחוק, אולם משי-נקבעו כללים אלה, כל מבטח זכאי לקבל את מלוא הגימלאות וההטבות המוקנות בחוק, גם אם היקף ההוצאה חורג מן העלות המשוערת ההמתכנסת. כל שינוי בתנאי הזכאות טעון תיקון חוק או תקנות. חוג המבטחים על-פי חוק ביטוח סיעוד הוא רחב ביותר. וכולל את עקרת הבית שאינה עובדת מחוץ למשק ביתה וגם עולים חד-שים שהגיעו ארצה כשהם מעל גיל 60. ניתן לומר ואפוא, שכל תושב מבטח למעשה בביטוח סיעוד. הזכאות לגימלה מכוח החוק תחול בשלב הראשון על מבטחים מגיל 60 ומעלה לאשה ומגיל 65 ומעלה לגבר.

ב. גימלה למוגבל בתפקוד. הגימלה נועדה לסייע לזכאי, שגועשה תלוי בעזרת הזולת בכל הנוגע לביצוע פעולות היומיום הבסיסיות שלו, לישפר את תפקודו האישי ולנהל את משק ביתו. כלומר, זכאותו של אדם לגימלה מותנית בכך שכושר תפקודו בביצוע פעולות בסיסיות כגון רחצה, הלבשה, אכילה, שליטה בסוגרים וכו' נפגע קשה, לכן המבחן היסודי לקביעת זכאותו של אדם הוא מבחן אישי-אובייקטיבי לגבי יכולתו לבצע פעולות אלה באופן עצמאי. החוק קובע שתי רמות גימלה בהתאם לחומרת מוגבלותו התפקודית של הזכאי:

1. גימלה בשיעור של קצבת נכות מלאה (319 ש"ח באפריל 1987) למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום או הנזקק להשגחה.
2. גימלה בשיעור של 150% מקצבת נכות מלאה (479 ש"ח באפריל 1987) למי שגועשה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום, או הנזקק להשגחה מתמדת.

גימלת הסיעוד המשולמת מכוח חוק זה נועדה להשתתף בכיסוי ההוצאות שיש לזכאי על רכישת שירותי סיעוד; היא אינה מתימרת לכסות את מלוא ההוצאה.

בקהילה נאמד כיום ב-30 אלף נפש. מהם מצויים במערכת הסיעוד הפורמלי הממלכתי והציבורי (לרבות קופת חולים) כ-5,500 איש בלבד (בשנת 1985). כלומר, פחות מ-20% מכלל הזכאים הפוטנציאליים בהנים כיום מסייע כלשהו, והנתונים שבידינו מצביעים על כך שמספר שעות העזרה הנגידות לזכאי מסתכם ב-6 שעות בלבד בממוצע שבועי, והוא נמוך בהרבה מרמת העזרה הדרושה. היקף ההוצאה השנתית לטיפול פול אישי שנותנים כל הגופים הציבוריים לא עלה בשנת 1985 על 5.5 מיליון דולר. לשם השוואה, חוק ביטוח סיעוד, כאשר יפעל במלואו, יעניק גמלאות אישיות (בעזרת שירותים ובכסף) בסכום שנתי של 20 עד 25 מיליון דולר בהבשלתו המלאה. לעומת ההקצאה הנועמה למשאבי סיעוד קהילתיים, טוב יותר יחסית המצב בתחום הטיפול הסיעודי המוסדי. בשנת 1985 התגוררו בערך 5,500 קשישים סיעודיים ותשושי נפש במוסדות. סיעודיים פרטיים וציבוריים; היקף ההוצאה הציבורית להתחזקתם נאמד ב-40 מיליון דולר לשנה. גם אם אין במשאבים אלה כדי לענות על הצרכים בתחום המוסדי, ברור שלמעשה ניתנה עדיפות לטיפול המוסדי היקר, תוך הזנחה יחסית של השי-רותים הקהילתיים, גם אם מגמה זו לא תינה סתם-ימצא של מדיניות מכוונת.

על רקע נתונים בסיסיים אלה, שהם תמיצית של מאגר נתונים עשיר שנצבר תוך כוד עבודת "ועדת מן", יש לבחון את עיקרי חוק ביטוח סיעוד כפי שאומצו בחוק שהם סדלקמן:

א. חוק ביטוחי שכל הזכויות והחובות של המבטחים מעוגנים בו. זהו למעשה ייחודה של מערכת הסיעוד החדשה בהשוואה למערכת הקיימת, המוגדרת מבחינה תקציבית בחוק התקציב. החוק יקנה זכאות אישית לכל אדם המקיים את הכללים הקבועים בו, ולא ניתן לשלול את זכותו של אדם בטענת מחסור

לא קיימים שירותים זמינים או שלא סופקו במועדים הנקובים בחוק.

סוגיה זו של צורת מתן הגימלה היתה שנויה במחלוקת בוועדת מן. מרבית חברי הוועדה היו סבורים, שיש להותיר בידי הזכאי ומשפתתו את הבחירה לגבי דרך קבלתה, באותם המקרים שהקשיש נתנה מטיפול יעיל ומסור של בן-משפחה על-פי הערכה מקצועית של עובדי השירותים, ושאינן לכפות עליו קבלת טיפול מגופים חיצוניים. כאמור, גישה זו לא אומצה בחוק. במקומה התקבלה הגישה שיש להציע לקשיש בכל מקרה קבלת שירותים. המבחן האמיתי לגבי אופיו ומתכונתו הסופיים של החוק יהיה מבחן הביצוע, עובדה המציבה אתגר גדול בפני הגופים המטפלים בקהילה. אם השירותים הקהילתיים הציבוריים, קרי משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופות החולים, ישכילו לפתח מערך שירותים רחב, יעיל וגמיש לסיפוק הצרכים הטיפוליים של האוכלוסיה הזכאית לגימלה, כי אז תכובד כוונתו המקורית של המחוקק והחוק ישא אופי שירותי-טיפול. אם לא יעמוד לה לקהילה הכוח לספק את הדרישות לשירותים, כי אז תעמוד לרשות הנכבדים החלופה הכספית, והחוק ישא אופי של תשלום גימלאות כספיות. רק ימים יגידו איזו דמות ישא החוק.

יודגש שוב, שאופיו הדו-מימדי של החוק, גימלה בעין וגימלה בכסף השזורות והמשולבות זו את זו, מחייב מאמץ משותף ומלא של כל השירותים הקהילתיים, תוך קבלת אחריות משותפת לביצוע החוק על-פי רוחו וכוונתו של המחוקק.

ה. מבחן הכנסות. הזכאות לגימלת סיעוד מותנית במבחן הכנסות. התניה זו איננה מתיישבת עם עקרונות חוק ביטוח-גביית, והיא חריג במערך הזכאות של הביטוח הלאומי. עמדתו של המוסד לביטוח לאומי, כמו גם עמדתם של רוב חברי הוועדה הציבורית בראשותו של פרופ' מן, היתה שאין להנהיג מבחן הכנסות בחוק ביטוח סיעוד, אך תאילוץ הסלכליים במשק, והי-

ג. חוק קהילתי ולא מוסדי. הגישה המקופלת בחוק היא גישה קהילתית מובהקת. הזכאות לגימלה מוקנית רק למבוטח שגר בקהילה, ואינה ניתנת למי שגר במוסד סיעודי. לעניין זה אדם שבחר לגור במסגרת מוסדית פתוחה, כמו בית אבות, החזקתו אינה משולמת מקופה ציבורית, נחשב כמי שמתגורר בקהילה העל כן הוא זכאי לגימלה. תאופי הקהילתי של החוק זכה להסכמה כללית בדיונים על החוק בכל המסיגרות, הן בוועדה הציבורית לחוק ביטוח סיעוד, הן בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת וכן בכל פורום ציבורי אחר. גישה זו התבססה על התפיסה העקרונית שאדם זכאי לחיות את שנותיו האחרונות במסגרת סביבתו הטבעית, ואין לנתקו בערוב ימיו מסביבתו המשפחתית והחברתית, ובוודאי שאין לכפות עליו להיכנס למוסד סיעודי.

גם מן הדיבט התקציבי ניתנה עדיפות לגישה הקהילתית, שכן עלות החזקתו של האדם בקהילה ובסביבתו נמוכה בדרך כלל מעלות החזקתו במוסד סיעודי, בשל נכונותה של המשפחה לשאת בחלק מן הנטל, כפי שמוכיחים כל המחקרים שנערכו בנושא זה. יחד עם זאת, מן הראוי לזכור שגם אם הגישה הבסיסית היא קהילתית, אין חולקין על התפקיד החשוב שימלאו המוסדות גם בעתיד בתור חוליה חיונית שתשמור על רצף השירותים לקשישים; לעתים הסידור המוסדי הוא הפתרון היחיד ועבור הקשיש.

ד. חוק של שירותים. בניגוד לענפי הביטוח האחרים בביטוח הלאומי, חוק ביטוח סיעוד הוא חוק של שירותים, ולא חוק של גימלאות כספיות. הזכאי לגימלה יקבל שירותים שיסייעו לו בביצוע פעולות היומיום או בהשגחה או בנייהול משק הבית. השירותים יכולים להינתן בביתו של הקשיש או במסגרת קהילתית, הכל בהתאם לקביעה מקצועית של הגופים האמאנים על הטיפול הסיעודי. גימלה כספית תשולם רק במקרה שהזכאי גר עם בן-משפחה המטפל בו, ואם

כניסת החוק לתוקפו עלולים להצטמצם התקציבים המוקדשים כיום לנושא הסיעוד במסגרת תקציב המדינה וגופים ציבוריים אחרים. סל הגורמים הממלכתיים והציבוריים הבטיחו באמנה שהתפתחות שלילית זו לא תרחש ושהם יוסיפו לשמור גם בעתיד על הערך הריאלי של הקצבותיהם, כך שתקציבי חוק ביטוח סיעוד יהיו תוספת גטו להרחבת שירותי הסיעוד. התחייבות זו לא באה לידי ביטוי בצורה מפורשת וחד משמעית, ורק העתיד יוכיח אם הצהרת כוונות זו אמנם תתממש הלכה למעשה.

3. שלבי הפעלת החוק

החוק יופעל בשני שלבים. השלב הראשון נועד לביצוע מידי, בסמוך לקבלת החוק מאפריל 1986; השלב השני יופעל החל באפריל 1988.

בשלב הראשון, לא תופעל מערכת הגימלאות האישיות, אך מתאפשרת העברת כספים למטרות המוגדרות בחוק, בסכומים ובתנאים שלהלן:

א. להרחבת היקף השירותים לטיפול אישי ולעזרת בית מוקצה בשנתיים הראשונות (בשנים 1986 ו-1987) סכום של 3 מיליון ש"ח, במחירי מרס 1986, לכל אחד משני המשרדים, עבור זה ורווחה ובריאות. סכומים אלה נועדו לסייע בפתרון בעיות של מצוקה תפקודית קשה של אוכלוסייה המצויה בטיפולם של משרדים אלה, על-פי הכללים ותנאי הסינוע הנהוגים בהם. ההקצבות למשרדים אלה תופסקנה באפריל 1988, עם הפעלת מערך הזכאות האישית על-פי החוק.

ב. להגדלת מספר האנשים המטופלים במוסדות סיעודיים מקצה החוק מדי שנה לכל אחד משני המשרדים, עבודה ורווחה ובריאות, משאבים בהיקף של 15% מכלל הגבייה השנתית לענף סיעוד.

רצון להשלים את החקיקה בתקופה של צמצומים ניכרים בשירותי הרווחה, כפי בסופו של דבר את מבחן התכנסות.

גובה המבחן וכלליו לא יקבעו בחוק עצמו, אלא הם ייקבעו בתקנות, אולם בכל הדימונים שקדמו לאישור החוק היה ברור, שמבחן זה יהיה רחב ונדיב, כך שרק מיעוט קטן מן המבוטחים לא יהיה זכאי לגימלה בשל מבחן התכנסות. בקשר לכך יצוין, שבמקרים שבהם יהיה המבוטח זכאי לגימלה כספית, תותנה הענקת גימלה זו בהכנסותו של בן המשפחה הגר עמו ומטפל בו, וזהו תקדים שאין לו אח ורע בחוקי הביטוח הלאומי, שזכות של מבוטח מותנית בהכנסות זולתו. גם אם מספר הזכאים שייפגעו מהוראה זו יהיה קטן ובלתי משמעותי, הנזק שייגרם לאידיאולוגיה ולעקרונות של הביטוח הלאומי קשה ומיותר לחלוטין.

ג. מימון המערכת. הגימלאות המשויות למות מכוח החוק ימומנו מן הגבייה השוטפת ומן הקרן הצבורה לענף זה מאז הוחל בתשלום דמי ביטוח באפריל 1980. הגבייה השוטפת, בשיעור של 0.2% מן התכנסות החייבת בדמי ביטוח, תסתכמה בשנת 1986 ב-33 מיליון שקלים חדשים, והרזרבה הצבורה של הענף תגיע בסוף שנת התקציב ב-1986 לכדי 270 מיליון שקלים חדשים. היקף ההוצאה במסגרת החוק לתשלום הגימלאות האישיות ולמטרות האחרות הקבועות בחוק יצמח בהדרגה מרמה של 23 מיליון ש"ח בערך בשנת 1986 לרמה שנתית ממוצעת של 55 מיליון ש"ח בערך (במחירי שנת 1986) בעת הפעלתו המלאה של החוק ובהנחה של מיצוי מלא של הזכויות. מכאן ניתן להניח, שהמשאבים הציבוריים כיום בתוספת הגבייה השוטפת הציפוי בעתיד יספיקו למימון כל ההוצאה לפחות ל-7 עד 8 השנים הקרובות, ולא יהיה צורך בהגדלת שיעור דמי הביטוח בתקופה זו מעל לשיעור של 0.2% הנגבה כיום. בקשר לכך התעוררו חששות כבדים בשלבי החקיקה של החוק, מפני שעם

האישית, ניתן לכאורה פרק זמן בן שנתיים להיערכות ולהתארגנות, אך כבר היום ברור שלאור מורכבותו הרבה של החוק והצורך להתמודד עם בעיות סבוכות ומגוונות, חד-שניות ברובן, שטרם נוסו ונבדקו בצורה אמפירית בארץ, יהיה צורך במאמץ גדול של כל המערכות במוסד לביטוח לאומי, ובגופים הממלכתיים האחרים השותפים להפי' עלת החוק, כדי לעמוד בלוח הזמנים שנקבע בחוק. המוסד לביטוח לאומי נותן עדיפות עליונה לנושא זה, והניסיון שהצטבר עד כה בעבודה משותפת עם משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת חולים נותן פתח לתקווה שמשימה זו אמנם תצליח. נפרט להלן את הפעולות העיקריות שהתבצעו עד כה והצפויות בעתיד כדי להבטיח השגת יעד חשוב זה.

א. הקמת ענף ביטוח סיעוד. בשלב זה הוקמה תשתית כוח האדם של ענף ביטוח סיעוד במוסד, הכולל צוות מצומצם ומיומן שרכש ניסיון בטיפול בנושאים דומים במוסד. תפקידו של צוות זה להכין את כל המערכת המקצועית והמנהלית להפעלת החוק במלואו באפריל 1988, תוך ריכוז כל הפעילות המשותפת המתחייבת עם יחידות אחרות במוסד ועם הגופים הנוגעים בדבר מתוך למוסד. ההיערכות הדרושה מקיפה למעשה את כל התחומים, החל מגיבוש הוראות אופרטיביות של סעיפי החוק השונים, הצעת התקנות המתחייבות מן החוק, בניית התהליך המנהלי לבדיקת הזכאות המימוש בכל הרמות ובכל השלבים, הכנת מערך הדרכה של הפונקציות השונות הנוטלות חלק בביצוע החוק, פיתוח תוכניות המחשב, הכנת מערך הטפסים שיונתגו בכל השלבים של התהליך, גיבוש מערך התשלומים של הגימלאות לצורותיהן השונות ועוד. בכל הפונקציות האלה האחריות הכוללת מאטלת על הענף, אך שותפים לה יחידות ייעודיות רבות בתוך המוסד לביטוח לאומי, וכן המשרדים הממשלתיים והגופים הציבוריים השונים,

בשנת 1986 הסתכם סכום ההקצבה לכל משרד למטרה זו ב-5 מיליון שקלים חדשים. הקצאה זו נועדה להקל על מצוקת האשפוז הקיימת כיום בהתחשב בעובדה שלמעלה מ-1,000 קשישים סיעודיים ממתנים ועתה לסידור מוסדי, ולא נמצא להם פתרון בגלל העדר תקציבים. הוא הדין לגבי קשישים תשושים הוקקים אף הם לאשפוז מוסדי.

ג. פיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים הוא יעד נוסף להשתתפות בהקצבות מכוח חוק ביטוח סיעוד מיד עם קבלתו. כאמור, חוק ביטוח סיעוד נותן עדיפות למתן שירותים לזכאי לגימלה, ויש חשיבות עליונה לפיתוח מואץ של שירותים קהילתיים לטיפול אישי ולעזרת בית במהלך השנתיים הראשונות לקבלת החוק, בטרם יופעל מערך הגימלאות האישיות. התקציב המוקדש למטרה זו בשלוש השנים הראשונות הוא 20% מסך הגבייה השנתית לענף סיעוד, ובשנים הבאות הוא יופחת לכדי 10% מן הגבייה השנתית. בשנת 1986 הסי' תכמה ההקצבה למטרה זו ב-6.6 מיליון שקלים חדשים. המלצות על תוכניות פיתוח וסדרי עדיפויות לפיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים נותנת ועדה ארצית סטטוטורית לענייני סיעוד, שהרכבה נקבע בחוק.

השלב השני, שלב הנהגת הגימלה האישית, שתוא לב-לבו של החוק, ייכנס לתוקף באפריל 1988.

4. שלבי ההיערכות וההתארגנות להפעלת החוק

החוק מופעל כאמור בתדרגה מיד עם קבלתו באפריל 1986. השינויים הרבים שהתווספו בו במהלך החקיקה, ואי-הוודאות לגבי מתכונתו הסופית עד סמוך להשלמת התהליך החקיקה, לא אפשרו למוסד להיערך להפעלתו בעוד מועד והיה צורך בגיזס משאבים ניכרים כדי לעמוד במועדים הקבועים בחוק לשלבים השונים. לגבי השלב העיקרי, הנהגת הגימלה

חולים, מומחים בתחום הטיפול הממושך בקשיש ונציגי גופים ציבוריים אחרים העוסקים בנושא. הסיעוד, התכנסה לראשונה בדצמבר 1986 וקבעה לעצמה את תקווים המנחים. והקריטריונים. לאישור פרויקטים. לפיתוח. עדיפות ניתנת לתוכניות פיתוח המיועדות להרחבת כוח אדם לטיפול בקשיש בביתו, כגון מטפלות בית, עוזרות בית, מטפלות בוקנים וכו', שהרד היעד העיקרי של החוק הוא מתן שירותים לקשישים. אם לא יוגדל, ובמהירות, היצע השירותים, עד להפעלה המלאה של הזכאות האישית, כי אז קיים חשש למימוש הזכאות בצורת גימלה בכסף, בניגוד לכוונת המחוקק. מעניין פיתוח שירותי סיעוד מוסדיים החליטה הוועדה להשתלב במסגרת התוכנית הלאומית הרב-שנתית לפיתוח מיטות סיעודיות, ולהימנע מפיתוח מקביל של מערכת מוסדית, העלולה לעוות את הצרכים הכוללים בתחום זה. עד כה נדוניה ואושרה בוועדה תוכנית להגדלה ניכרת של מספר מטפלות הבית המועסקות על-ידי ארגון "מט"ב", וכן אושרה הקצבה לפיתוח הדרגתי של מיטות סיעודיות על-פי תוסנית שהגישה אגודת "אש"ל", שהיא חלק מן התוכנית הלאומית בתחום זה.

ה. הקמת ועדת סיעוד של מועצת המוסד לביטוח לאומי. כנהוג לגבי כל ענפי הביטוח הלאומי, הוקמה גם לעניין חוק ביטוח סיעוד ועדה ענפית של המועצה, שתפקידה לייעץ לשר העבודה והרווחה בענייני חקיקה, תקנות, הסכמים, מפעלים וניסיוניים ועוד כיוצא באלה תפקידיים המתחייבים על-פי חוק הביטוח הלאומי. הוועדה התכנסה כבר מספר פעמים, ובאופן סללי נתנה את ברכתה לפעולות ההתארגנות וההיערכות הראשונות.

ו. גיבוש כללים ונוהלים להקצבות למשרדי ממשלה מכוח החוק. כאמור, ההקצבות להרחבת שירותים קהילתיים ומוסדיים מיועדות להפעלה מיידית. וקבע בחוק, שהקצבות אלה תהיינה כפופות לדיווח על ניצול הכספים שהוקצו.

המעורבים בביצוע החוק. כל פעולות התיאום, הריכוז, ויצירת המגעים והקשרים המחויבים. ונעשות על-ידי הענף על-פי תוכנית עבודה מפורטת שנקבעה במוסד לביטוח לאומי. ב. הקמת צוות ביגמשרדי לתיאום ולגיבוש המערך. תוקם צוות הכולל נציגים בכירים ומוסמכים של משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי, שעליו הוטל לגבש ועמדות לגבי כל הסעיפים המקצועיים של החוק ולגבי דרכי ביצועם, לתגייס להסכם על מושגים ולבנות תהליכים, בהלים דרכי פעולה. בעת הדיונים על נושאים ספציפיים, משתתפים בשיחות הצוות גם נציגים של גופים ציבוריים נוספים כמו קופת חולים ומרכז השלטון המקומי. הצוות מגיע בדרך כלל להצעות מוסכמות, לאחר שהן מקבלות גם את ברכת הנהלות המשרדים השונים. במקרה של חילוקי דעות מהותיים העניין מובא להסכמה בפני פורום משותף של הדרגים הבכירים ביותר של המשרדים השונים.

ג. ועדה מנחה במוסד לביטוח לאומי. את עבודתו של הענף מלווה באופן שוטף ועדה מנחה שהוקמה במוסד לביטוח לאומי ובראשות המנכ"ל והכוללת נציגים של כל הפונקציות במוסד שמעורבותן הכרחית להפעלה תקינה של החוק — המיכון, הסניף, המחקר, כספים, ארגון ושיטות, כמו גם הרפואה, הייעוץ לקשיש ועוד. העדה זו רואה בראייה כוללת את הפעילות המתבצעת, פותרת בעיות ושאלות השנויות במחלוקת והשענות הכרעה, ומכוונת את כל הפעילות בהתאם לסדרי העדיפויות הרצויים הלתוסנית העבודה. החלטות העדה זו מבטאות בדרך כלל את עמדתו הסופית של המוסד.

ד. הקמת הוועדה הארצית לפיתוח. כאמור, נקבע בחוק שההמלצות לגבי מימון תוכניות פיתוח מתקציבי הפיתוח של חוק ביטוח סיעוד יינתנו על-ידי ועדה ארצית שהרכבה נקבע בחוק. ועדה זו, הכוללת נציגים בכירים של משרדי הממשלה, קופות

שיות הממוצע הניתנות למטופל — גידול של כ־65% התפתחות דומה נמצאה גם בתחום הטיפול האישי בקהילה. המספר הכולל של שעות טיפול אישי שניתנו באח־ריות משרד העבודה והרווחה גדל מרמה חודשית ממוצעת של 12,700 שעות בשנת 1985 ל־20,500 בממוצע לחודש בתקופה אפריל־דצמבר 1986. זהו גידול של 60% בערך, וגם הוא נובע מגידול בשיעור של 20% בערך במספר המטופלים החדשים ומאגדלת מספר שעות הטיפול שסופקו לכל מטופל.

גם נתוני הביצוע של משרד הבריאות מצביעים על עלייה תלולה בהיקף השירותים לטיפול אישי. מספר שעות הטיפול שמימן המשרד עלה על־פי האומדן מרמה של 32 אלף לחדש בשנת 1985 לרמה של 80 אלף בערך, בממוצע לחדש, בתקופה אפריל־דצמבר 1986; זהו גידול של 150% בערך.

למעשה צפוי ניצול מלא של כל המשאבים שהוקצו מכוח החוק להרחבת שירותי הסייעוד בקהילה על־ידי שני המשרדים, המבטא את המאמצים שהשקיעו השירותים הקהילתיים במציאת פתרונות לצרכים הנוגעים והחלכים של האוכלוסייה הסייעודית המתגוררת בקהילה.

ובאשר להקצבות למטרת האשפוז הסייעודי. מספר ימי האשפוז שבמימון משרד הבריאות גדל מרמה חודשית ממוצעת של 95,500 בערך בשנת 1985 לרמה של 103,500 ימי אשפוז בממוצע לחודש בתקופה אפריל־דצמבר 1986. זהו גידול של 8.3% במספר ימי האשפוז. בתקופה זו נמצאו פתרונות מוסדיים ל־300 קשישים נוספים בעזרת כספי החוק, עובדה שסייעה לצמצם את רשימת ההמתנות לסידור מוסדי, העומד כיום על 1,000 קשישים בערך.

התמונה שונה לגבי סיפוק הצרכים המוסדיים של הקשישים התשושים המצויים באח־ריות משרד העבודה והרווחה. עד כה טרם נעשה שימוש כלשהו בכספים המיועדים

המוסד לביטוח לאומי, יחד עם משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות, גיבשו כללים ונהלים לדיווח על הרחבת הפעילויות בתחומים השונים ולמימון הרחבות אלה מתוך מגמה, שההקצבות הכספיות על־פי החוק יממנו תוספות ריאליות בהיקף השירותים, ולא יחליפו תקציבי מדינה קיימים. העיקרון הבסיסי במערך הדיווח הוא, שכספים מועבדים רק למימון תוספות של יחידות טיפול מעל לרמה שסופקה בשנת 1985, שהיא שנת הבסיס להשוואה. כך, למשל, הוקצבו כספים להרחבת שירותי טיפול אישי בשנת 1986 רק עבור הגידול במספר שעות הטיפול הישיר שסופקו על־ידי משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות בהשוואה למספר השעות שניתנו בשנת 1985. הוא הדין לגבי הרחבת שירותי האשפוז במוסדות סיעוד, כאשר יחידת המדידה היא "יום אשפוז", וכספים הוקצו אך ורק למימון ההגדלה בפועל של מספר ימי האשפוז.

נתוני הביצוע לתקופה אפריל־דצמבר 1986 מצביעים על הרחבה ניכרת בהיקף השירותים הקהילתיים והמוסדיים שסופקו לקשישים, הן במספר הקשישים שנהנו משירותי הסייעוד והן במספר שעות הטיפול שניתנו לקשיש. תופעה זו יש בה אולי כדי להשאיר פתח לתקווה, שלמרות המחסור הקיים בכוח אדם סיעודי עדיין לא מצוה במלואו כושר הטיפול של כוח האדם הקיים, והפניית משאבים לנושא זה, כאשר היא מלווה בנייה ופיתוח נאות של הגופים הקהילתיים, יכולה גם יכולה להניב תוצאות ממשיות בשטח.

נתוני הביצוע על הרחבת השירותים לעזרה בניהול משק הבית שבאחריות משרד העבודה והרווחה מראים, שבתקופה אפריל־דצמבר 1986 גדל מספר שעות העזרה מרמה חודשית ממוצעת של 43 אלף שעות ב־1985 לרמה חודשית ממוצעת של 79 אלף בשנת 1987. זהו גידול של 85% בערך. הגידול מתבטא הן בהרחבת מעגל הזכאים לקבלת העזרה, כ־13%, והן במספר השעות החד־

(ב) השלמת תהליך בדיקת הזכאות ומי-משה תוך פרק זמן קצר ככל האפשר. זוהי בהחלט בעיה לאור מורכבותו של החוק ושלבי הטיפול הקבועים בו.

(ג) מציאת פתרונות מהירים ודחופים לאוכלוסייה הנמצאת במצוקה, בחינת מתן "טיפול נמרץ" למקרים קשים במיוחד. אך זאת, בזהירות רבה ומבלי לשבש את התהליכים הרגילים.

(ד) ראייה כוללת של הצרכים הסיעודיים והאתרים של הקשיש, תוך מאמץ לקיים מידה מירבית של תיאום ושילוב בין כל הגורמים הקהילתיים, העוסקים בנושא, צמצום הפיצול הקיים היום ומניעת כפילויות.

(ה) חלוקת תפקידים מוגדרת ומסכמת בין הגופים השונים השותפים להפעלת החוק, תוך יצירת מיומנויות והתמחויות לכל פונקציה. נראה לי, שסוגיה זו היא המפתח להצליח בהפעלת החוק.

המערך התארגוני לביצוע החוק עומד במוקד הדיונים בוועדה המקצועית הבינמשרדית, הכוללת נציגים בכירים של משרדי הממשלה הייעודיים וגורמים ציבוריים אחרים בתחום הסיעוד. דיונים אלה גמשיים חודשים ארוכים והכוונה היא להגיע לנוסחה מסכמת שתהיה מקובלת על הנהלות המערכות השונות, ואשר תהווה את החוליה המרכזית בהפעלת החוק.

(ו) בגישות נוחה למערכות השונות לצורך מימוש הזכאות. יש חשיבות רבה לקרבת הגיאוגרפית בין מקום מגוריו של הקשיש ובין התחנות השונות בתהליך, לאור רמת גידותה הנמוכה של האוכלוסייה הזאת.

נראה לי, שההצעות שגובשו בהסכמת כל המשרדים, שעיקריהן יפורטו בקיצור בהמשך, יש בהן כדי לתת מענה גאות לבעיות שהוצגו למעלה.

1. מבחן אי-התלות. הושגה הסכמה לגבי מהות המבחן שייערך בביתו של הקשיש בידי אחות מוסמכת, שתתמקד ביכולתו של הקשיש לבצע את פעולות

למטרה זו בשל אי-הסכמה על עדכון תעריף יום האשפוז במוסדות הפרטיים, שבשל רמתו הנמוכה כיום מוסדות אלה אינם מגלים נכונות לקלוט את הקשישים שמפנה אליהם המשרד. נראה לנו, שבעיה זו חייבת למצוא את פתרונה לאלתר, שהרי אין הדעת סובלת שכספים המיועדים למטרה סה חשובה ישארו כ"אבן שאין לה הופכין" לאורך זמן.

5. תהליכי קביעת הזכאות ומימושה

האחריות הכוללת להפעלת החוק מוטלת על המוסד לביטוח לאומי, אולם אופיו המיוחד של החוק ויחסי הגומלין בין הגימלה הכספית ובין הגימלה בעין מכתיבים למעשה אחריות משותפת של כל הגורמים הממלכתיים, תוך חלוקת תפקידים מוגדרת ביניהם. מאידך גיסא, מעורבותם של גורמים רבים בתהליך עלולה להביא לסרבול מיותר, להתמשכות גדולה בטיפול בתביעות ולעינוי דין בלתי הכרחי. לכן יש חשיבות רבה לקביעת תהליך אחיד ומוגדר היטב, שלא יהיה נתון לפרשנויות ולשינויים מקומיים. זאת על רקע ההערכה שמצויים בערך 30 אלף קשישים בעלי מוגבלות תפקודית כלי-שהי ושאוכלוסייה זו כולה עלולה לתבוע את הזכות לגימלה. על המערכת להיערך לבדיקת האוכלוסייה כולה, גם אם כללי הזכאות הקבועים בחוק יעניקו גימלה רק לשליש בערך מתוכה, דהיינו ל-10,000 איש בערך. נראה לי, שהמערכת המנהלית שתיקבע חייבת להתיחס לסוגיות שלהלן:

(א) קביעת אמות מידה אחידות לטיפול בתביעות, תוך צמצום שיקול הדעת למינימום ההכרחי. זאת כדי להבטיח שוויון מלא בפני החוק לכל תושב ויהיה מקום מגוריו אשר יהיה.

התפקודי. "סל השירותים" המוסכם כולל טיפול אישי, עזרה בניהול משק הבית, השגחה, הסעות למקום שבו ניתנים שירותי סיעוד (לא כולל הסעות לצורך שירותים רפואיים), כביסה והספקת חיתולים לקשישים שאינם שולטים על הפרשותיהם. במסגרת סל שירותים זה יש מידת מה של גמישות, בהתאם למצבו הספציפי של הקשיש ומשפחתו, אך ברור שבעיקרון מרבית השיירות צריכים להיענות בדרך של שעות לטיפול אישי, עזרת בית והשגחה, בהתאם לרוח החוק. קביעת סל שירותים זה מתיישבת עם העיקרון הבסיסי שמערכת הזכויות תהיה אחידה, שווה לכל נפש, תוך צמצום שיקול החזקת המקומי למינימום ההכרחי.

3. תהליך הטיפול בתביעה לגימלה. בחוק נקבעו שני שלבים עיקריים בתהליך מיצוי הזכאות.

שלב א — קביעת עצם הזכאות לגימלה.
שלב ב — מימוש הזכאות — הכנת תוכנית הטיפול.

ההבחנה בין שלבים אלה מגדירה גם את הצורך בחלוקת התפקידים בין הגורמים השונים בתהליך הטיפול בתביעה, כפי שגם גובשה והוסכמה בידי הצוות הבינמשרדי כמוצג בתרשים המובא בעמוד הבא.

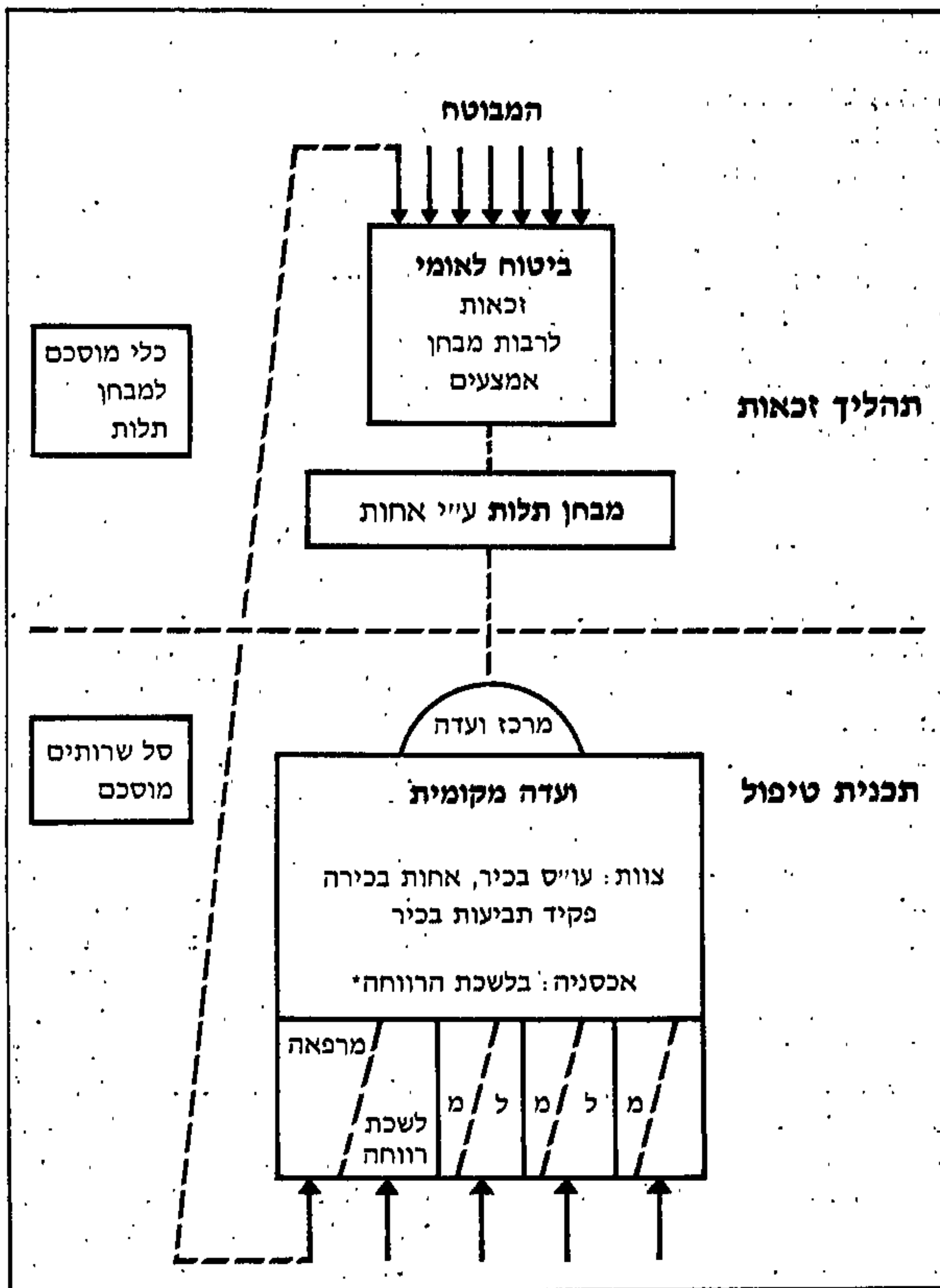
שלב א הוא באחריותו הבלעדית של המוסד לביטוח לאומי. כל תביעה שתוגש בסניף המוסד תיבדק מבחינת מילוי התנאים המקדמיים הקבועים בחוק (ביטוח, מבחן הסנסות, תקופת אכשרה וכו'). לאחר שתיבדק יכולתו התפקודית של הקשיש, ואם מידת תלותו בזולת עונה על הרמה שנקבעה, יחליט המוסד על עצם זכאותו ועל רמת הזכאות לגימלה (ברמה הנמוכה או ברמה הגבוהה). מבחן התלות, על-פי הכללי המוסכם, ייעשה על-ידי אחות, אולם אין כוונה להקים מערך חדש של אחיות במוסד לביטוח לאומי לביצוע מבחן זה, אלא ייעשה שימוש בשירותי האחיות הקיימים באמצעות משרד הבריאות. משרד זה יתיה אחראי

היזמיות המוגדרות בחוק (רחצה, אכילה, הלבשה, ניידות, שליטה ועל הסוגרים וכו') והודקקותו להשגחה, וכן לגבי סיכומם ותרגוםם לרמת זכאות לגימלה. המבחן שיונהג הוא מבחן ה-A.D.L. המקובל בעולם וגם בארץ, ומופעל בהצלחה במערך הגימלה לשירותים מיוחדים במסגרת חוק ביטוח נכות. יחדגש, שתפקידה של האחות בבדיקת יכולתו התפקודית של הקשיש הוא לערוך בדיקה אובייקטיבית ומקצועית של יכולתו האישית של הקשיש בביצוע פעולות היומיום, במנותק מן הסידורים והאמצעים הספציפיים שבהם הוא מסתייע, או בעזרה שהוא מקבל מבני משפחתו ומגורמים אחרים כדי לשפר את מצבו. הנהגת בדיקה אובייקטיבית בשיטה אחידה ומוגדרת תבטיח התייחסות שווה ובקנה מידה אחיד לכל תובע, ללא קשר עם מקום מגורים ספציפי.

2. שירותי הסיעוד. חוק ביטוח סיעוד איננו מיועד לכסות את מכלול הצרכים של האוכלוסייה הקשישה, ומתמקד בקטע אחד בלבד, חשוב ביותר כשלעצמו, המוגדר בחוק. שירותי הסיעוד על-פי החוק הם שירותים המיועדים לסייע בביצוע פעולות היומיום, או בהשגחה או בניהול משק הבית. החוק לא נכנס לפירוט השירותים הכלולים במסגרת הגדרה זו, מתוך כוונה לאפשר מרחב תמרון מסוים בהתאם לצרכים ולקביעה המקצועית של הגופים הקהילתיים. יחד עם זאת, לא ניתן להשאיר נושא זה פתוח לשיקול דעתם הבלעדי של אנשי המקצוע בכל ישוב או בכל איזור. לכן גובשה בצוות הבינמשרדי הגדרת "סל השירותים", שבמסגרתה ניתן חופש פעולה מסוים לגורמים המקומיים לקביעת סוג השירותים הסיעודיים המתאימים ביותר לקשיש, תוך התחשבות ברצונו, במערך השירותים שכבר ניתנים לו, בהעדרותיה של המשפחה וכו'. ברור, שכל השיירות האלה חייבים להיות בעלי זיקה חזקה למצבו התפקודי של הקשיש, ונועדו לסייע בטיפול הישיר בקשיש כנגזרה ממצבו

חוק ביטוח סיעוד – תהליך הטיפול בתביעה

(תאור סכמטי)



* במקומות קטנים שבהם מספר הזכאים מועט, אכסניית הצוות תהיה בסניף הביטוח הלאומי התרשים הוכן בענף סיעוד במוסד לביטוח לאומי.

מתקציבי הסיעוד העצמיים שלו. נראה לנו, שהמתכונת המינהלית המוצעת יש בה כדי להגדיר את תחומי האחריות בין הגופים השונים תוך מניעת חיכוכים מיותרים.

4. פריסת הוועדות המקומיות. אוכלוסיית המטרה מאופיינת ברמת מוגבלות גבוהה, עם כושר נידות מוגבל, ויש חשיבות רבה למציעת טלטולו של התובע למרחקים גדולים ובתדירות גבוהה. דהיינו, חשוב מאוד להבטיח נגישות קלה ונחה למערכות המטפלות בתביעה. בעיה זו עמדה לנגד עיניהם של חברי הוועדה הבינמשרדית, למי רות הקשיים שהיא מעוררת לאור העובדה שאין אחידות בתפוסת של יחידות השירות של המשרדים השונים. שירותי קופת חולים ניתנים ב-1,200 מרפאות המפוזרות ברחבי הארץ; מספר הלשכות לשירותים חברתיים עולה על 200, ואילו המוסד לביטוח לאומי נותן שירותים מלאים כ-17 סניפים ועוד כמספר הזה סניפי-משנה הנותנים שירותים חלקיים. כל ניסיון להקים ועדות מקומיות בפניור רחב כרוך גם בהוצאה כספית מינהלית גדולה, שתנגוס חלקים גדולים מן התקציב, ועל חשבון הכספים שצריכים להיות מיועדים בראש ובראשונה למתן שירותי סיעוד ישירים לאוכלוסייה.

הפשרה שנמצאה היא, שמספר הוועדות המקומיות בדגם הקלאסי המלא, הכולל מרכז ועדה מטעם הלשכה לשירותים חברתיים, אשר תקיימנה את ישיבותיהן בין כותלי הלשכה יהיה 33 בלבד ב-21 יישובים ואלה יכסו בערך 80% מכלל אוכלוסיית הקשישים. בכל היישובים האחרים, שבהם חיים כ-20% מן הקשישים, מתכונת הוועדה תהיה שונה במקצת. הכנת תוכנית הטיפול תיעשה בכל יישוב בידי העובדים המקצועיים המקומיים בתחום הרפואה והרווחה. בשל מספר התיקים הקטן הצפוי במקומות אלה תתכנס הוועדה באופן פורמלי בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב ליישוב.

לביצוע המבחן התפקודי באמצעות אחיות בריאות ציבור קיימות, או כאלה שיוכשרו במיוחד למטרה זו, בהנחיה ובהדרכה מקצועית של משרד הבריאות. ברור, שהמשרד רשאי, על-פי שיקול דעתו המקצועית, להשתמש גם בכוח אדם מקצועי מחוץ למערכת הארגונית שלו. בנקודה זו מן הראוי לציין, שבדיונים הממושכים שהתקיימו במסגרת הצוות הבינמשרדי רווחה והדעה, שמבחינה מקצועית עדיף להפריד בין הפונקציה העורכת את מבחן התלות ובין הפונקציה הנותנת את הטיפול הישיר בקשיש. דהיינו, לא רצוי שהאחות העורכת את מבחן התפקוד תהיה אחות המשפחה, המכירה את הקשיש ומטפלת בו באופן שוטף.

שלב ב הוא שלב מימוש הזכאות, הכנת תוכנית הטיפול והדאגה למתן השירות. בחוק נקבע, שוועדה מקומית מקצועית הכוללת נציגים של שירותי הבריאות, הרווחה והמוסד לביטוח לאומי במקום, היא אשר תקבע את תוכנית הטיפול הספציפית לכל קשיש וש-תדאג גם למימושה. תפקידה של הוועדה גם לקבוע שאין שירותי סיעוד במקום ואז שמורה לוסאי הזכות לקבל מן המוסד גימלה כספית בסיבות המוגדרות בחוק. מרכז הוועדה המקומית יהיה העובד הסוציאלי של לשכת הרווחה המקומית, שהוא גם האחראי להפעלת הוועדה ולהעברת החלטותיה למוסד לביטוח לאומי.

המערכת המוצעת נותנת פתרונות דחופים למקרים של מצוקה חריגה (החיצים בתחתית התרשים) שלפיהם, בנסיבות מיוחדות ועל-פי כללים שייקבעו, השאים הגופים המקומיים — לשכת הרווחה או המרפאה — להתחיל בטיפול בשטח בקשישים הזקוקים לעזרה מיידית עוד בטרם תושלם תהליך בדיקת הזכאות. בתום תהליך הבדיקה תשו-לם הגימלה רטרואקטיבית ממועד תחילת הזכאות אם יסתבר שהאיש זכאי לגימלה, ואם לאו — יישא הגוף הקהילתי בהוצאה

במקביל לעריכת הניסוי תושלם היערכות המוסד, לאור הממצאים שיתקבלו בניסוי מבחינת כוח האדם הדרוש להפעלה ארצית של החוק, הלוגיסטיקה הדרושה, הכנת המערכת הממוחשבת, גיבוש תוכנית הדרכה בשביל כוח האדם ברמות השונות, היערכות סניפי המוסד והלשכות לשירותים חברתיים לקליטה "חלקה" ונקייה של החוק וכו'. הניסוי מופעל החל בחודש מאי 1987.

7. סיכום

חוק ביטוח סיעוד מציב בפני התברה הישראלית אתגר חשוב לפתרון אחת הבעיות הקשות העומדות בפניה, בעיה שתלך ותגבר בשנים הבאות כפועל-יוצא של תודקנות האוכלוסייה וההתפתחויות הדמוגרפיות שלה. הצלחת הפעלתו של החוק מותנית בשיתוף פעולה פורה ונאמן בין כל הגורמים הממלכתיים והציבוריים הפועלים בשטח ובגיוס המשאבים האנושיים, המינהליים והמקצועיים הדרושים לכך. העבודה המשותפת של הגופים השונים במהלך השנה האחרונה נותנת מקום לתקווה לגבי סיכויי ההצלחה של הפעלת המערכת.

יחד עם זאת ברור, שחוק ביטוח סיעוד הוא התחלה של הטיפול הממלכתי הכולל בקשישים בקהילה, המתייחס לחוליה אחת בלבד, מכלל הצרכים של הקשישים ורצוי להימנע מטיפול האשליה שחוק זה יביא מזור לכל בעיותיה ומצוקותיה של האוכלוסייה הקשישה, הראויה להתייחסות הוגנת, אהדת וחמה של החברה על רשויותיה. זהו צוהר קטן המבטא במקומה שינוי חיצוני בגישה הממלכתית לטיפול בקשיש בעתיד.

6. הפעלה ניסיונית של חוק סיעוד ביישובים נבחרים

מורכבותו של החוק, ריבוי הגורמים הפועלים במסגרתו, ההיבטים החדשניים מבחינה מקצועית ומינהלית הכלולים בו, שלא נוסו ולא נבדקו בעבר, הביאו את המוסד לביטוח לאומי לכלל החלטה שהפעלה ארצית של המערכת המוצעת באפריל 1988, ללא התנסות ובחינה מוקדמת בשטח, עלולה לגרום שיבושים ו"חריקות" בביצוע, שיהיה קשה לתקנם. אי-לכך הוסכם על העת כל הגורמים להפעיל את כל רכיבי המערכת המוצעת באורח ניסיוני בארבעה מקומות ברחבי הארץ – רחובות, מועצה איזורית בארי טוביה, העיירה יהוד וכפר קאסם. הניסוי ייעשה בתנאים אותנטיים ככל האפשר, כולל הנהגת הגימלאות האישיות, בכסף או בעין. צוות החוקרים של האגף למחקר ותכנון של המוסד ילווה את הניסוי בכל שלביו.

המחקר יתייחס להיבטים המנהליים והמקצועיים של המערך המוצע, כגון: משך זמן הטיפול בתביעה בכל אחד משלבי התהליך, צורת פעולתה של הוועדה המקומית בשני הדגמים המוצעים, תרומתה של כל אחת מן הפונקציות המקצועיות לתהליך, בדיקת "סל השירותים" והאפשרויות למתן שירותים טיפוליים, דפוסי הסיוע המועדפים בעיני הקשיש ומשפחתו, מידת שביעות הרצון מן השירותים המסופקים, היקף הזכאים לגימלה בכתמים שונים של משתנים דמוגרפיים וכלכליים ועוד. הניסוי יהיה דינאמי, כך שכל התהליכים יתוקנו וישופרו תוך כדי ביצוע הניסוי, לאחר שוועדת היגוי מקצועית שתלווה את הניסוי תבחן את המשמעויות ותחליט על ההתאמות הדרושות.

חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד

מאת פרופ' קלמן יעקב מן *

צוותיה לשר העבודה והרווחה במאי 1983, היינו כשלוש שנים לאחר שמונתה. עם קבלת דו"ח הוועדה החלו משרדי הממשלה השונים — העבודה והרווחה, הבריאות, והאוצר והמוסד לביטוח לאומי — לדון בהמלצותיה. אבל רק לקראת סוף שנת 1985 גובשה הצעת החוק לביטוח סיעוד. החוק, שקיבל את תמיכת הממשלה, מתבסס על כמה עקרונות שחרגו מאלה שקבעה הוועדה. הצעת החוק הובאה בפני הכנסת בחודש ינואר 1986 ואשרה סופית ביום 7 באפריל 1986.

חוק ביטוח סיעוד הוא ללא כל ספק אחד מעמודי התווך של הביטחון הסוציאלי של מדינות הרווחה בכלל ומדינת ישראל בפרט. מן הראוי אפוא לנתח את תולדותיו של חוק זה על שלביו השונים. ברור, שדיוני הוועדה והמלצותיה הונחו בעיקר על-פי עקרונות מקצועיים, בעוד שדיוני הממשלה והמלצותיה תיה הסופיות גובשו על רקע המצוקה הכספית והחמורה שבה נתונה כיום מדינת ישראל. גיתוח תהליכים אלה יהיה תרגיל מאלף לתלמידים ולאנשי מפתח בביטחון הסוציאלי של מדינתנו. לפיכך נתבונן בעקרונות המקצועיים שהינחו את הוועדה בהמלצותיה ונשווה אותם עם התוצר הסופי שהוגש על-ידי הממשלה לכנסת בתחילת השנה שעברה, שנת 1986.

1. הקדמה

העלייה הגדולה שחלה במספרם של הזקנים במדינת ישראל, המהווים היום כעשרה אחוזים מכלל האוכלוסייה, והבעיות החברתיות, הכלכליות והרפואיות שפגעו באוכלוסייה זו, הניעו את שר העבודה והרווחה דאז — ד"ר ישראל כץ — להציע לסנסת להקים ועדה שתקבע עקרונות מנחים לביטוח חוק ביטוח סיעוד. קצו, שחוק זה יקל את המעמסה האורגנית, הנפשית והחברתית הרובצת כיום על אוכלוסיית הזקנים במדינתנו. בנוסף לכך הציע שר העבודה והרווחה להעביר, החל מן האחד באפריל 1980, 0.2% מהכנסות העובדים לקרן מיוחדת שתשמש בסיס להפעלת חוק ביטוח סיעוד — כאשר ייכנס לתוקפו.

הכנסת קיבלה הצעות אלה ובאוגוסט 1980 נתקבל חוק המסגרת לביטוח סיעוד כפרק מיוחד בחוק הביטוח הלאומי (חוק הביטוח הלאומי, תיקון מס' 42, תשמ"ג—1980). באותו מועד מינה שר העבודה והרווחה ועדה של 23 חברים — חלקם מומחים בשטח הגריאטרי וחלקם עובדים במוסדות ציבוריים וממשלתיים הפועלים בשטח זה. הוועדה — שנעזרה במחקרים ובסקרים שביצעו המוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל — הגישה את המל-

* יושב ראש הוועדה לקביעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד; לשעבר מנכ"ל של הסתדרות מדיצינית הדסה; יושב ראש המחלקה לארגון הטיפול הרפואי וניהולו בבית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה.

המחבר מודה לכל חברי הוועדה ולמוסד לביטוח לאומי על השעות המרובות שתרמו לדיונים ולהכנתו של דו"ח הוועדה, ולאחר מכן להכנת החוק כפי שנתקבל בכנסת ב-7 באפריל 1980.

המשפחתית. רק במקרה שהמשפחה לא תוכל לספק לזקן שירותים אלה הסכימה הוועדה להעביר את הגימלה הכספית לאחת הרשויות המספקות אותם לאוכ' לרשימה המקומית.

ז. הוועדה הציעה שמעמסת הביטוח לשי-רותים בעין ולגימלה הכספית תחולק בשלב הראשון בין העובד, המעביד והממשלה, וכל גורם יתרום 0.25% מהכנסתו החודשית של העובד המבוטח. בנוסף הציעה הוועדה, ש-25% מן הכספים האלה, שיתקבלו בצורה שוטפת מדי שנה בשנה, ו-50% מכספי הקרן שהצטברו מהעברת 0.2% מהכנסות העובדים והמעבידים מאז אפריל 1980, יופרשו לפיתוח מסגרות השי-רותים וכוח האדם של שירותי הקהילה ושל המוסדות המטפלים בקשישים. אחוזי הביטוח השוטפים והאחוזים שיופרשו לפיתוח השי-רותים יגובשו מחדש לאור הניסיון שיצטבר במרוצת שלוש השנים הראשונות להפעלת חוק ביטוח הסיעוד.

ח. העזרה שתינתן תקיף טיפול אישי ברחצה, הלבשה, האכלה וכדומה; וכן עזרה בהפעלת מערכות הבית השונות ופיתוח שירותי הקהילה והשירותים המוסדיים הנ"ל הן באשר למסגרתם הפיזית והן באשר לכוח האדם הפועל בהם.

ט. העזרה שתינתן לזקן או למשפחתו לא תהיה תלויה במבחני הכנסה — לא של הזקן ולא של בני משפחתו. הוועדה ראתה בעזרה זו עזרה הנמסעת ישירות מביטוח המבוטח והמגיעה לו ללא כל קשר להכנסותיו או להכנסות בני משפחתו.

י. הוועדה הציעה שהמוסד לביטוח לאומי יהיה המוסד שיקבע את זכאותו של המבוטח לקבלת גימלת שירותים או כסף. המוסד לביטוח לאומי יהיה גם המוסד שיעביר את הכסף לגימלה הכס-

2. העקרונות שהינחו את הוועדה בדיוניה והמלצותיה

הוועדה הציעה, שחוק ביטוח סיעוד יתבסס על העקרונות האלה:

- א. החובות והזכויות של הזקנים לקבלת שירותים בעין וגימלאות כספיות חייבות להיות מעוגנות בחוק ולא בתרבות לשי-פוטו של פקיד הפועל במסגרת הנחיות משרד ממשלתי זה או אחר.
- ב. המקורות הכספיים לביצוע השירותים בעין והגימלאות הכספיות יתקבלו מבי-טוח האוכלוסייה באחוזים מהכנסתה שיאפשרו את מתן הזכויות שתיקבענה.
- ג. השירותים בעין והגימלאות הכספיות לא יינתנו אלא לאותם זקנים הזקוקים לסיעוד ולעזרת הזולת מפני שתפקודם נפגם מסיבות אורגניות, נפשיות או חברתיות.
- ד. השירותים והגימלאות שיינתנו לזקנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד יינתנו בנוסף לשירותים המוגשים להם כבר היס על-ידי משרדי הגמילה השונים, הרשויות המקומיות וקופות החולים, ולא כתחליף לתקציביהם הנוכחיים.
- ה. השירותים והגימלאות יינתנו לזקנים כדי לאפשר להם להמשיך ולתפקד בביתם ובמסגרת משפחתם, שהיא המסגרת הטובה ביותר מבחינה נפשית וכלכלית. רק בשלב האחרון של חיי הקשיש, כאשר הוא לא יהיה מסוגל עוד לתפקד במסגרת המשפחה, תורחב עזרה זו ותכלול גם קבלה לבית אבות או לבית חולים, שהן מסגרות פעולה יקרות ומלאכותיות.
- ו. הגימלה שתינתן לזקן או למשפחתו תהיה בעיקרה גימלת כסף, כדי לדרבן את המשפחה להמשיך ולשאת בעול הטיפול בזקן תוך הפעלת העזרה באמצעות כוחות פנים-משפחתיים או על-ידי קניית שירותים מחוץ למסגרת

טוח האוכלוסיה למטרות סיעוד בערוב חייהם.

ג. הממשלה גם הסכימה שהשירותים בעין והגמלאות הכספיות יינתנו אך ורק לאותם זקנים הזקוקים לעזרת הזולת בתפקודם היום-יומי.

ד. הממשלה והסנסת אמנם קיבלו את העיקרון שכספי ביטוח סיעוד יתוספו לתקציבים הממשלתיים המוקצבים כבר היום לתחום הסיעוד. אך לדעתנו אין בחוק ביטחונות מוצקים שכוונה זו אכן תתממש וישלא תהיה "בריחת תקציבים" בעקבות הנהגת חוק ביטוח סיעוד. חששות אלה מוצאים את ביטויים בעובי-דה, שבמסגרת חוק ביטוח סיעוד מועד-ברים סכומי כסף גדולים למשרדי הממשלה למימון שירותים אחזקתיים ולתפעול שוטף, שבמהותם מן הדין לממנם מתקציב המדינה ולא מתקציב חוק ביטוח סיעוד. היקף ההוצאה למטרות אלה מסתכם ב-8 מיליון דולר בערך בשנתיים הראשונות להרחבת היקף השירותים לסיוע בטיפול אישי ובניהול משק הבית; ועוד 45 מיליון דולר יידרשו ב-10 השנים הבאות לצורך הגדלת מספר המטופלים במוסדות סיעוד. בנוסף לכך יוקצב במהלך 10 השנים הבאות סכום של 20 מיליון דולר בערך לפיתוח תשתית השירותים הקהילתיים והמוסדיים ההוצאה זו אמנם מתיישבת עם המלצות הוועדה הציבורית להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד.

ה. הממשלה קיבלה את העיקרון שהעזרה הניתנת לקשישים במסגרת חוק ביטוח סיעוד חייבת לאפשר להם להמשיך לחיות בביתם ונועדה לעודד את המשפחה להמשיך ולשאת בנטל הטיפול.

ו. למרות גישה עקרונית זו לא ראתה הממשלה בגימלה הכספית גורם היכול לעזור לזקן להישאר בביתו ושכוחו לעודד את המשפחה להמשיך ולשאת בעומס הטיפול בזקן ותוך כך למנוע מן

פית או לשירותים למבוטח, למשפחתו, או לנותן השירות.

יא. כדי להקל על הזקן ומשפחתו הוצע להקים בכל איזור ועדה שבה יהיו מייד-צגים נציגי הרשויות השונות הפועלות באיזור כאשר המוסד לביטוח לאומי קובע את זכאות ה"לקוח" לשירותים המופעלים אם על-ידי הזקן ומשפחתו ואם על-ידי אחת או יותר מן הרשויות הפועלות באיזור. הוועדה האזורית תעקוב אחר מתן העזרה שהובטחה ואם אכן ניתנה. הוועדה גם תאסוף נתונים על אוכלוסיית הזקנים שבאיזור שלה ועל צרכיה המיוחדים. אלה ימצאו את ביטויים בתקציב השנתי של האיזור שיועבר לוועדה הארצית העליונה לאיי-שורה. הוועדה הארצית תקבע את מדי-ניות העזרה לאוכלוסיית הזקנים במדי-נה, את אחוזי הביטוח הנדרשים להפ-עלת מדיניות זו, את הקצאת המדינה למטרה זו ואת חלוקת ההקצבה לאזורי הארץ השונים.

יב. נפח הגמלאות הכספיות והשירותים יורחב או יצומצם בהתאם לצורכי האוכ-לוסייה המבוטחת והמשאבים בכסף ובכוח אדם שהמדינה מוכנה להעמיד למטרות אלה. שינויים אלה יעוגנו בתי-קונים שיוכנסו בחוק ביטוח הסיעוד.

3. העקרונות שהינחו בגיבושו של "חוק ביטוח סיעוד"

נעיין עתה בעקרונות שהינחו את משרדי הממשלה השונים בניסוחו של חוק ביטוח סיעוד שהוגש לכנסת בינואר שנה זו ואשר ביום 7.4.86.

א. החובות והזכויות של הזקן יהיו מעוגנות בחוק. עיקרון זה נתקבל על-ידי הממ-שלה.

ב. כמו-כן נתקבל העיקרון שהמקורות הכספיים להפעלת החוק יתקבלו מבי-

של הפעלת הביטוח הסיעודי עזרה מיני-מלית ביותר. בתנאים אלה יש יסוד להתנחות, שצרכיה של אוכלוסיית הזקנים יהיו בעתיד כוח מדרבן להרחבת ולהעמקת העזרה שתינתן במסגרת החוק לביטוח סיעוד.

ט. חוק ביטוח סיעוד כפי שאושר בכנסת מתנה את העזרה לקשיש במבחן הכנסות של הזקן ובני משפחתו הקרובים לו. רוב חברי הוועדה הביעו את צערם על כך ש"מבחן הכנסות" יקבע את העזרה שתינתן לאותו זקן שביטוח עזרה זו בהפרשת כספים שברוב המקרים תשרע על מספר שנים לא מבוטל!

י. העיקרון שהמוסד לביטוח לאומי יהיה המוסד המוביל בביצועו של חוק ביטוח סיעוד נתקבל גם על-ידי הממשלה. הניסיון שהצטבר במוסד זה בביצועם של כמה נושאים הקשורים לביטחון הסוציאלי של האוכלוסייה מבטיח שאף ביטוח הסיעוד ייעשה כהלכה.

יא. הממשלה קיבלה בדרך כלל את הצעות הוועדה לארגון העזרה שתינתן לזקנים הן במישור האזורי והן במישור הארצי וזאת באמצעות ועדות מקומיות שתטפלנה בזקנים הזקוקים לעזרה באזור, ובאמצעות ועדה ארצית שתקבע את המדיניות, התקצוב והעדיפויות להקצאת כספים לפיתוח השירותים שיינתנו במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

יב. חוק ביטוח סיעוד כפי שאושר בכנסת קובע שלבים להפעלתו. בשלב הראשון, שיתמשך על שתי השנים הראשונות, יתמקדו עיקר המאמצים בחיזוק ובהרחבת הקיים וכן בפיתוח ובהרחבה של תשתית השירותים שיקלו בעתיד על הפעלה מלאה של הזכאות האישית. בשלב השני, שיחל באפריל 1988, יתמקדו הגימלאות האישיות על-פי החוק שבמסגרתו תינתן גימלה אישית לכל זכאי העונה על הכללים הקבועים בחוק והמיוזמים את עמוד השדרה של החוק. יחד

הזקן וממשפחתו להפעיל לחצים על המוסדות הציבוריים המקומיים והממלכתיים כדי שיקימו שירותים קהילתיים ומוסדיים נרחבים ויקרים שיספקו את העזרה שנותנת היום המשפחה. אין ספק, שגישה זו של הממשלה תביא להקמתן של מטרות שירותים קהילתיים ומוסדיים יקרים. במתקניהם הפיזיים ובכוח האדם שבהם שיפעיל מסגרות מלאכותיות ויקרות אלה מחוץ למסגרת הטבעית והזולה של הבית והמשפחה.

ז. הממשלה לא קיבלה את המלצת הוועדה שמעמסת הביטוח תתחלק בין העובד, המעביד והאוצר. בינתיים ימשיכו רק העובד והמעביד להפריש 0.2% מן ההכנסה לביטוח סיעוד.

הפרשה זו תכניס לקופת הביטוח בערך 15 מיליון דולר לשנה, סכום פעוט בהתחשב בצורכי אוכלוסייה המקיפה 10% מכלל אזרחי המדינה ושמדינה גבוהים לאין שיעור מצורכי האוכלוסייה הרגילה של מדינת ישראל. סכום זה מהווה 0.07% מכלל תקציב המדינה — סכום מזערי המיועד לרווחתם של אזרחים שנתנו את מיטב שנותיהם לקידומה של מדינת ישראל והגיעו לסוף דרכם בלי שהמדינה תגמול להם כראוי בתמורה למה שעשו הם למענה.

ח. בהצעת החוק שלה הכירה הממשלה בצורך לספק עזרה לקשיש בתפקודו האישי, בהפעלת משק בית ובפיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים הן במסגרתם הפיזית והן בכוח האדם שבהם. למעשה היא מרחיבה את מסגרת העזרה וכוללת בתוכה אף החזקה שוטפת של קשישים בקהילה ושל מיטות לקשישים ולחולים סיעודיים. היא מקווה לבצע עזרה מקיפה זו מתוך המקורות שהציגו טברו מאז אפריל 1980 ומתוך הסכומים השוטפים הזעומים שהקציבה למטרה זו. ברור לכן שהעזרה שיקבל הזקן הזקוק לעזרת תזלת תהיה בשלב זה

ולטפל בזקן.
ג. כספי הביטוח שנקבעו ל-0.2% מהכנסת העובדים הם מינימליים ואינם כוללים כל תרומה מצד הממשלה, ומשום כך הסך המתקבל — 15 מיליון דולר לשנה — הוא פשוט והעזרה שיכול להגיש תהיה מוגבלת.

ד. החוק מאשר את העזרה לזקן אם בגימלת כסף ואם בצורת שירותים בעין, אך זרק לאחר "מבחן הכנסה" וזאת למרות המסגרת הביטוחית של חוק הסיעוד. ספק אם מבחן הכנסה זה יתרום רבות לתורדת המעמסה הכספית המוטלת על הממשלה, להרחבת נושאי העזרה או להגדלת אוכלוסיית הנעזרים. למרות הבדלים אלה בעקרונות שהינחו את הוועדה בהמלצותיה מחד גיסא ואת הממשלה בגיבוש החוק מאידך גיסא, אישורו על-ידי הכנסת הוא צעד חשוב ביותר עבור אוכלוסיית הזקנים וציון דרך למדינת ישראל באשר לביטחונה ולחוסנה החברתי. אין ספק, שצרכיה של אוכלוסיית הזקנים יהיו כוח מדרבן להרחבת העזרה שתינתן לאוכלוסייה זו בהתאם לעקרונות המקצועיים שהיו נר לרגלי הוועדה.

עם זאת הותיר המתקק מידה רבה של גמישות להרחבת היקף השירותים וחוג הזכאים במסגרת התקנות שיוחקנו מכוח חוק ביטוח סיעוד.

4. סיכום

חוק ביטוח סיעוד שאושר בכנסת באפריל 1986 שונה בכמה מעקרונותיו מן העקרונות שעליהם התבססה הוועדה:

א. החוק כולל בקשת העזרה שהיא מגיש גם יעזרה בנושאים שהיו עד היום סעי- פים ברורים בתקציב השנתי של משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות. משום כך משוחררים משרדים אלה מלחפש מקורות להרחבת עבודתם ומש- תמשים בהכנסות ביטוח הסיעוד כמקור לכיסוף גידעונותיהם.

ב. החוק מדגיש את העזרה שתינתן על-ידי שירותים בעין ודוחק לפינה את הגימלה הכספית. תוך כך הוא מדרבן את הרחבת השירותים הציבוריים בקהילה ומחליש את המוטיבציה של הזקן להישאר בביתו ואת נכונותה של המשפחה להמשיך

ביבליוגרפיה

- דורון, אברהם, שירותי רווחה לאוכלוסייה הקשישה בשמונה ארצות, מכון ברוקדייל, ירושלים, 1979.
דין וחשבון הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, הוגש לשר העבודה והרווחה, סיוון תשמ"ג — מאי 1983.
זילברשטיין, יוסף ואחרים, צרכים רפואיים ופוציאליים של קשישים מוגבלים, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
מורגנשטיין, ברנדה, ורנר, סרלה, שירותים לטיפול ממושך לקשישים באנגליה, סקוטלנד, נורווגיה והולנד, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1982.
מורגנשטיין, ברנדה, היקף השירותים לטיפול אישי ולערוזה ביתית בבני ברק, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1982.
מורגנשטיין, ברנדה, שמאי, נירה וכהן, שלמה, "מגמות בתכנון ובהפעלת חוק ביטוח סיעוד", בפחון פוציאלי 24 (פברואר 1982).
פקטור, ח', גוטמן, מ' ושמואלי, ע', מיפוי מערך השירותים לטיפול בקשישים בישראל, מכון ברוקדייל, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1982.
Mann, Kalman J., "Recommendations for the Formulation of the Nursing Care Insurance Law", *Israel Journal of Medical Sciences*, Vol. 21 (1985).

סוגיות בתכנון חוק ביטוח סיעוד במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל

מאת ברנדה מורגנשטיין * ונירה שמאי **

וזאת בתנאים כלכליים משתנים וברמות אינפלציה שונות. התפיסה החברתית שלאורה התפתחה החקיקה היתה מבוססת על שלושה עקרונות בולטים: האחד — הבטחת מינימום הקיום לכל מי שאיבד מסיבות שונות את כושרו להשתכר ויצא ממעגל העבודה; השני — שמירה לאורך זמן על חלקו היחסי של קבוצות אלה "בעוגה הלאומית" כולה; שלישי — שאיפה לריכוזיות של מערכת הבטחת ההכנסה כולה בידי מוסד ממלכתי — הביטוח הלאומי — על מנת להבטיח אחדות בטיפול ומיצוי מקסימלי ללא משוא פנים של זכויות הפרט המקנות בחוק.

כך הובטח מינימום הקיום לקשישים, לנכים, לאימהות במשפחות חד-הוריות ולקבוצה שיוזית של אלה שאינם מצליחים בשל סיבות שונות, להבטיח לעצמם את מינימום הקיום בדרך של פעילות בשוק העבודה (נתמכי סעד לשעבר).

יחד עם יישומה ההדרגתי של מדיניות זו עלתה במלוא חריפותה סוגיה נוספת שדרשה גיבוש מדיניות החלמת. סוגיה זו היא שאלת הצרכים הנוספים של קבוצות באוכלוסייה מעבר להבטחת הכנסת המינימום הדרושה לקיומן השוטף; הכוונה במיוחד לתולים, לנכים או לקשישים הנעשים תלויים בעזרת הזולת בכל הנוגע לתפקוד נאות בחיי היום-יום ולקיום אורח חיים סדיר.

1. מבוא

חוק ביטוח סיעוד נחקק בכנסת ב-1980 כחוק מסגרת, בדומה לחוקי המסגרת בתחום הנכות הכללית והאבטלה שנחקקו עשר שנים לפניו. מטרת חוק זה, כקודמיו, היתה ליצור מחויבות של מערכת הביטוח הסוציאלי למתן זכויות בתחום הסיעוד (הטיפול הממשי-שך), אשר ייקבעו בידי המחוקק בעתיד. המחויבות נוצרה על-ידי בניית קרן או ענף במסגרת חוק הביטוח הלאומי, שבה יצטברו ממועד קבלת החוק הכספים שמפרישים המעביד והעובד, על-פי שיעורים שנקבעו בחוק המסגרת.

את חקיקת חוק המסגרת והצורך בו יש להבין על רקע התפתחות המערכת של הבטחת הכנסה וחקיקתה במהלך שנות השבעים. בשנים אלה נקבעו עקרונות ברורים בחוק שמטרתם היתה להבטיח לכל קבוצות האוכלוסייה, שייצאו ממעגל העבודה בגלל סיבות חברתיות שונות, רמת חיים מינימלית יחסית לרמת החיים של האוכלוסייה העובדת, על-פי שיעורים וכללי זכאות המוגדרים בחקיקה. תשומת לב מיוחדת ניתנה לשאלה של עדכון רמת חיים מינימלית זו, או רמת הבטחת ההכנסה, לאורך זמן בהתאם לשינויים ברמת החיים של כלל האוכלוסייה.

* סגן מנהל מחלקת מחקר לגמלאות ארוכות מצעד, המוסד לביטוח לאומי.
** מנהלת המכון למחקר כלכלי וחברתי, הוועד הפרעל — ההסתדרות הכללית של העובדים העברים בארץ-ישראל. עד אפריל 1986 סמנכ"ל למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי. בתוקף תפקידה זה ריכזה את ועדת מן להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד.

הגימלה לילד נכה התלד בזולת, היו נקודת מפנה בתפיסה החברתית וכפיתוח מערך הביטחון הסוציאלי. לא עוד הבטחת הכנסה בלבד, אלא ניסיון להתמודד, בעזרת כלים של תקיפה סוציאלית אוניברסלית, עם צרכים נוספים של קבוצות אוכלוסייה שלא נמצא עבורן פתרון הולם בכלים הממלכתיים.

פריצת הדרך בנושא זה כלפי הנכים העלתה במקביל ובחריפות רבה את שאלת השוויון בהתייחסות המחוקק לקבוצות אוכלוסייה אחרות; במיוחד ניתנה הדעת לאוכלוסיית הקשישים. כידוע, חוק ביטוח נכות חל עוד גיל זיקנה, ואילו קשיש או אלמנה קשישה המקבלים קצבת זיקנה על-פי חוק הביטוח הלאומי שנעשו תלויים ומוגבלים בתפקודם, אינם זכאים לגימלה נוספת ואין התייחסות בחוק לצורכיהם בתחום זה.

שאלות של מחסור בשירותים הקיימים ואיכותם, הצרכים התולכים וגדלים עם הגיל, יחד עם המגמות הדמוגרפיות של גידול צפוי בהיקף האוכלוסייה הקשישה הנזקקת לשירותים, היו בבסיס הדרישה הציבורית, שעלתה בדיחוי מחעצת הביטוח הלאומי, לחקיקה מקיפה בנושא. חקיקה זו צריכה להתמודד עם הסוגיות של היקף הצרכים, הממון הדרוש, הגופים האחראיים, דרכי הביצוע, מניעת כפילויות ובעיקר טיפול שוויוני ורצוף בכל קבוצות האוכלוסייה. חוק המסגרת של 1980 היה הנדבך הראשון שיצר את המחויבות הממלכתית לטיפול הולם בנושא הסיעוד — או "הטיפול הממו-שך" (Long Term Care). כדי לדון בו ובהשלכותיו הוקמה ועדה ציבורית בראשותו של פרופ' ק' מן. ריכוז הוועדה וליווי עבודתה מבחינה מקצועית הוטלו על אגף המחקר של המוסד לביטוח לאומי.

על הוועדה הציבורית הוטלו למעשה שתי מטלות עיקריות:

הצרכים הנוספים מתפרסים על-פני קשת רחבה — מצרכים רפואיים ופרי-רפואיים ועד צרכים חברתיים. בתוך מסלול זה קיימים גם צרכים אישיים בסיסיים, כגון טיפול אישי יומיומי (בידוח, רחצה, האכלה, הלבשה, השגחה) וטיפול במשק הבית. חלק מן הצרכים מצותבים לאחריות ארגונית ומוסדית של גופים ציבוריים או ממלכתיים המספקים שירותים, כגון שירותי הבריאות, קופות החולים ומשרד הבריאות ושירותי רווחה וחברה שונים — משרד הרווחה וארגונים וולונטריים שונים.

החסר הבולט מבחינת היקף השירותים הדרוש, מידת האוניברסליות בנתינתם, אייכותם והגורמים האחראים לאספקתם, מתמקד בצרכים ובשירותים הדרושים לטיפול אישי ועזרה ביתית לאדם המוגבל בתפקודו, החולה הנכה או הקשיש התלוי בעזרת זולתו כדי לתפקד ולקיים אורח חיים סדיר בביתו ובקהילתו. חוק ביטוח נכות העמיד את האתגר הטמון בסוגיה זו בפני המוסד לביטוח לאומי וזה התמודד אתה, במהלך המחצית השנייה של שנות השבעים, ויצר לשם כך דפוסי פעולה מוגדרים.

לאור ממצאי מחקר ולקחים שהופקו מגייסווי שדה מבוקרים שלוו במחקר התפתחה חקיקה שהכירה בצורך במתן עזרה נוספת — "גימלה לשירותים מיוחדים" לנכה, אשר בנוסף לאובדן כושרו להשתכר (שבגללה הוא זכאי לגימלה נכות להבטחת הכנסה), הוא מוגבל גם בתפקודו היומיומי חקוק לעזרת הזולת בכל הנוגע לטיפול אישי ולעזרה במשק הבית. הגימלה הנוספת, שנקבעה על-פי "מבחן תפקוד" מיוחד שפותח לצורך זה ועל-פי כללי זכאות ברורים, ניתנת לנכה ולמשפחתו בתנאי וכל עוד הוא מקבל את הטיפול בביתו ומסביבתו הקרובה. ההיינו, הגימלה הנוספת עוזרת למשפחה להתמודד עם מוגבלותו התפקודית של הנכה בכל הקשור לטיפול השוטף. הגימלה ל"שירותים מיוחדים", ובעקבותיה

ניים בקרב חברי הוועדה, שנבעו משתי גישות עיקריות: גישה אוניברסלית וראייה רחבה של מדיניות הביטחון הסוציאלי, המו-בילה ותומכת במתן זכאות אישית על-פי החוק לכל פרט העומד במבחנים אוניברסיטטיים לזכאות; גישה תקציבית צרה יותר, השואפת לחלק את משאבי החוק המצומצמים בצורה סלקטיבית ועל-פי סדרי עדיפויות של נזקקות לשירותים ושל העדר הכנסות. לפי גישה צרה זו יינתנו השירותים רק למי שאינו מצליח לקבלם במסגרת המשפחה, ואילו פרט שמשפחתו תומכת בו, מספקת לו את השירותים ונושאת בנטל הכבד והמחמיר בדרך כלל של עול הטיפול, לא יקבל כל סיוע, למרות המעמסה והעלות הכרוכים בכך לפרט ולמשפחתו. לחילוקי הדעות העקרוניים על יעדי החוק ועל דרך הקצאת המשאבים הצטרפו גם היבטים של אינטרסנטיות מוסדית באשר לחלוקת האח-ריות והרכיבי הביצוע. בין המשרדים השונים.

עבודת הוועדה נגמרה בחילוקי דעות; רוב חברי הוועדה, שבאו מתחומים וממוס-דות שונים וכללו אנשי רפואה, מומחים לגרונטולוגיה ולעבודה סוציאלית ואנשי תאקדמיה, תמכו בגישה הרחבה של מתן זכאות אישית בחוק והתאמת המשאבים והגדלתם בהתאם לצרכים המתפתחים. בגי-שה רחבה זו תמכו גם נציגי המוסד לביטוח לאומי. עם המיעוט בוועדה נמנו נציגי משרדי האוצר, הבריאות והרווחה; הם תמכו בגישה מצומצמת יותר להפעלת החוק. דו"ח הוועדה הוגש בחדש מאי 1983 לשר הע-בודה והרווחה מר אהרון אוזן.

בעקבות תגשת הדו"ח נערך הביטוח הלאומי לתרגומו על-פי המלצות רוב חברי הוועדה למתכונת של חוק מפורט. היות שחילוקי הדעות שבין משרדי הממשלה הנוגעים בדבר ובין המוסד לביטוח לאומי היו עקרוניים לא ניתן לגשר עליהם בקלות. החוק שהתקבל בסופו של דבר בכנסת באפ-ריל 1986 הוא אסוף חוק של פשרות.

(א) להגדיר את תוכנו הייחודי של ביטוח הסיעוד במונחים של קריטריוני זכאות לגמלאות, כדי לענות על צרכים שכיום אין להם כיסוי, וכן להרחיב ולשפר את איכות השירותים באמצעות פיתוח המערכת.

(ב) להעמיד מסגרת כללית לביצוע החוק, להגדיר את ערוצי שיתוף הפעולה והתיאום בין גמלאות לפי חוק ובין שירותים המסו-פקים על-ידי גופים ומסגרות אחרים. תיאום מסוג זה הוא גורם חשוב ביותר להתבטח היעילות הכללית של חלוקת המשאבים וסיפוק שירותים לפרט המוגבל והתלוי בעזרת הזולת ולמשפחתו.

בכתב המיני של הוועדה פורטו תחומי פעולתה סדלקמן:

(א) אוכלוסיית יעד וקריטריונים לזכאות בהתאם לצרכים בתחום הסיעוד, של קבוצות אוכלוסייה שונות;

(ב) סוגי הגמלאות והשירותים שיתבטחו, לפי ההצעה, לזכאים במסגרת החוק, אם גמלאות בכסף ואם שירותים בעין.

(ג) מקורות למימון הגמלאות והשירותים.

(ד) שלבי יישום החוק לפי סדר עדיפויות בהתבסס על נתונים שיטתיים לגבי צרכים ושירותים קיימים.

(ה) מסגרת מאורגנת ליישום החוק, שתקשר את שירותי הסיעוד המסופקים כיום במס-גרות סטטוטוריות וארגוניות אחרות, או במישרין על-ידי המשפחה, עם שירותי הסי-עוד שיוגדרו בחוק.

(ו) מנגנוני פיקוח ובקרה למעקב אחר איכות, זמינות, יעילות ועלות של אספקת השירותים לטיפול ממושך שיוענקו באמצעות החוק.

(ז) תיווי עלות שירותי הסיעוד שבמסגרת החוק בשנות הביצוע הראשונות.

עבודת הוועדה נתקלה בקשיים מרובים והתמשכה למעלה משנתיים. מעבר לקשיים האוניברסיטטיים וחיפוש הדרך הנכונה שה-נושא עצמו מעמיד, היו חילוקי דעות עקרו-

היום את מספר הנוקמים הגדול ביותר לשי-
רות סיעוד. בעוד שב-1955 היה השיעור
של בני 65 ומעלה 4.7% מכלל האוכלוסייה,
עלה שיעור זה ב-1970 ל-7.2% וב-1980
הגיע ל-9.7%. במונחים מוחלטים, מספרם
של בני 65 ומעלה עלה ב-70% —
מ-186,000 ב-1970 ל-319,000 ב-1980. לפי
התחזיות (Kop, 1980) מספר זה אמור
להגיע בשנת 1995 ל-415,000 נפש.

יתר על כן, שינוי הגודל והרכב של
האוכלוסייה הקשישה הצפויים בעשור הבא
יביאו בוודאי לצורך גדל והולך בשירותי
סיעוד. משמעות רבה נודעת לגידול המהיר
של גילאי +75. נתחני סקר מורים, ששיעור
הקשישים הנוקמים לעזרה בטיפול אישי
ובפעולות משק הבית עולה עם הגיל, וכן גם
רמת הטיפול הנדרש (Morginstin, 1984;
Silberstein, 1982). לפיכך, גילאי +75 הם
אוכלוסיית הסיכון העיקרית הדורשת שירותי
סיעוד שיש לתיתם בבית או במוסדות. לפי
התחזיות, קבוצה זו תגדל מ-30.8% מכלל
אוכלוסיית הקשישים ב-1980 ל-38.7%
ב-1995. במספרים מוחלטים הקבוצה תגדל
מ-98,000 ל-161,000.

מטרתה הראשונית של הצעת החוק שהוג-
שה לכנסת היתה להגדיר באורח פורמאלי
את ההתחייבות הסטטוטורית לספק גמלאות
ושירותי סיעוד לנכים קשים ולחולים כרו-
ניים, לרבות הקשישים, על-פי זכאות אישית
וקריטריוני זכאות אחידים מוגדרים כהלכה.
יש לשוב ולהדגיש, שחוק ביטוח סיעוד
נחקק כאחד מחוקי הביטוח הסוציאלי, ולכן
הוא בבחינת שלב נוסף בפיתוח מערכת
הביטחון הסוציאלי בישראל, אשר תפקידו
להגדיר את היקף וסוג הגמלאות שיינתנו
לזכאים שיאופיינו על-פי רמות מוגדרות של
מוגבלות תפקודית. החוק בא להוסיף ולא
לגרוע משירותים נבחרים המסופקים כיום

במאמר אחר המתפרסם בחוברת זו¹
גדונים תהבדלים בין העקרונות שהיו מקו-
בלים על רוב חברי הוועדה ובין החוק
שהתקבל בכנסת ושהמוסד לביטוח לאומי
יתר עם המשרדים האחרים הנוגעים בדבר
נערכים להפעלתו. משום כך לא נדון כאן
בהבדלים אלה, אלא נתמקד בראייה התבר-
תית הכוללת ובסוגיות שלובנו במהלך דיוני
ועדת מן. אלה עדיין תקפים ומשמשים גם
היום בהיערכות לקראת הפעלת החוק והע-
רכת השפעתו לטווח הארוך.

במסגרת הראייה החברתית הכוללת סברו
חברי הוועדה שניתן היה לתכנן חוק ביטוח
סיעוד שישתלב ביתר מערכות הביטוח הסו-
ציאלי וידוה מכשיר חשוב, אם כי לא
בלעדי, להתמודדות המשפתה, הקהילה
והמדינה בנושא הכאוב של התלות והצורך
במתן שירותים ממושכים לאנשים המוגבלים
בתפקודם, קשישים ברובם, במסגרת הקהי-
לה ובמסגרת המוסדות.

2. ביטוח סיעוד

השוואת תוכניות ביטוח הנהוגות בארצות
שונות העלתה, שבנוסף על גמלאות נכות
המוענקות לצורך הבטחת הכנסה, העניקו
95 מדינות בשנת 1981 קצבה מיחדת
לפרטים בעלי נכות חמורה במסגרת תוכ-
ניות נכות כללית, פגיעה בעבודה או יוצאי
צבא.

בישראל קצבת שירותים מיוחדים לטיפול
אישי ולעזרת בית הניתנת במסגרת נכות
כללית מכסה נכים בעלי זכאות לפני גיל
פרישה, אך אין סידורים סטטוטוריים לאנשים
הנעשים נכים בגיל זיקנה². כמו במדינות
מערביות אחרות, שהתנסו בעליית שיעור
הקשישים, גם בישראל קבוצה זו כוללת

1 ראה מאמרו של ק' מן, "חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד".

2 רק מי שקיבל קצבת שירותים מיחדת לפני גיל פרישה (אישה — 60, גבר — 65) זכאי להמשיך ולקבל גמלה זו לאחר הגיעו לגיל פרישה.

בתוך המערכת, דפוסי מתן שירות פור-מאליים ואי-פורמאליים, דרכי מימון בפועל, תקציבים, חלוקת אחריות וניגוד אינטרסים. גורמים אלה כשלעצמם משקפים צרכים הנובעים ממצב נתון. על הראייה הכוללת של מערכת הצרכים להתייחס למטרות קצרות-טווח וארוכות-טווח ולהשלכות הצפויות של התוכנית לכשתבשיל.

מודל הצרכים המוצג אינו מקיף הכול, וללא ספק יש מקום לשנות או לפרט פירוט יתר את תוכנו. אולם מספר נקודות בולטות מיד:

(1) לא די באיתור צורכי אוכלוסיית היעד, כפי שהם מתקבלים מנתוני סקר, עבור הסנת תוכנית כוללת.

(2) צורכי המערכת רבים. השלכות רצויות ומגבלות של המערכת, שלא בנקל אפשר למדוד אותם, חשובים עבור הכנת התוכנית ופיתוח המערכת לא פחות מאשר הצרכים הברורים והמוגדרים של האוכלוסייה.

(3) במודל קיימים לכאורה צרכים סותרים, בייחוד בתחום המטרות קצרות-הטווח וארוכות-הטווח. היה חשוב מאוד לתת את הדעת על גורמים אלה בתכנון המדיניות ובהצבת סדר עדיפויות וקביעת שלבי ביצוע, שכן המטרה היתה לתכנן תוכנית או פס-מאלי, העשויה לענות, בשלבים אחדים של ביצועה, על צרכים אחדים אפילו על השבון צרכים אחרים, היכולים למצוא מענה בצורה אחרת ובמסגרת אחרת.

להלן נבחן מספר היבטים של המודל והאת התייחסות תורעדה הציבורית אליהם.

ראשית, סוגי הצרכים האישיים שהוגדרו בתוכנית ללא ספק ישפיעו על סוגי הגמלאות, קריטריוני הזכאות תועלות של חוק ביטוח הסיעוד. תורעדה הגדירה את הצרכים האישיים לשירותי סיעוד במונחים של היקף העזרה הדרושה לפרט כתוצאה ממגבלות תפקודית הפוגעת בפעילותו היסודית וגורמת תלות ממושכת באחרים, כגון: היכולת להתלבש, להתרחק, לאכול וכיו"ב, והיכולת לבצע את השירותים הנדרשים לניהול משק הבית.

על-ידי משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה, אך שאין בהם כדי לענות במידה מספקת על הצורך הגובר. המשמעות המידית של הקמת ענף סיעוד במערכת הביטוח הסוציאלי בישראל היא יצירת תורמה של מקורות מימון חדשים לנושא, אף-על-פי שאין בהם כדי לענות על מלוא הצרכים של האוכלוסייה ברמה הקהילתית והמוסדית. לכן העיקרון המנחה, שהתקבל על דעת כל חברי הוועדה כבר בשלבי הדיון הראשונים, היה שאין כוונת החקיקה לממן שירותים פורמאליים קיימים, אלא להשלים את המערכת הנוכחית במגוון חים של היקף וכמות ולסייע בתפקוד המשפחה כמטפלת ומגישה את הטיפול הראשוני. על כן יש לראות בחוק ביטוח הסיעוד, לפחות בשלב הביצוע הראשון, גורם נוסף בקשת הרחבה של השירותים הסיעודיים — מוסדיים. כלא מוסדיים. מטרת-על היתה שבשלב השני ירוכזו המשאבים מכל המקורות, כדי לבנות מחדש וביעילות את הקצאת הכספים למערכת סיעוד כללית, שתספק שירותי טיפול ממושך ותמיכה לקשיש ולמשפחתו ותגשר בין מסגרות הטיפול השונות, הן בקהילה הן במוסדות.

3. גורמים הראויים להתייחסות בתכנון חוק ביטוח סיעוד

להלן תוצג מסגרת מחשבתית, שעמדה מאחורי תכנון חוק ביטוח סיעוד, המפרטת את צורכי האוכלוסייה — ולפיכך גם את התחומים שהחוק צריך לטפל בהם — את האילוצים הקיימים ואת התבדלים בין המצוי לרצוי.

במסגרת זו תובחנו שלושה ממדים: היקף הצרכים או פירוט הדרישות מהתוכנית, ההשלכות הרצויות של התוכנית ואפיוני המערכת או מגבלותיה. בכל ממד יש מספר גורמים, כגון הגדרה של צורכי הפרט, תנאים מקומיים וממלכתיים, וכן מגבלות הקיימות

מסגרת בפסיקה להבחנת חוק פישוח פיסוד

ג. איפיונים ואילווצים של המערכת
ב. השלמותה הרצויה של התוכנית
א. פירוט הודישות מן התוכנית,
סוג הצרכים והיקפם

1. אילווצים

א. הטיפול בחולה הכרוני ובאדם התלוי ניתן בעיקר על-ידי המשפחה, ורק אחוז נמוך של קשישים (1%-2%) מקבל שירותים מאורגנים מן המגזר הציבורי.

ב. פחות משני אחוזים מן הקשישים בני 65 ומעלה משתמשים במיטות סיעדיות במסודות לקשישים ובבתי חולים לחו-לים כרוניים הממוננות בחלקן הגדול בעזרת הקציבי הממשלה.

ג. חלוקת האחריות באספקת שירותים בין ארגונים ציבוריים וממשלתיים שונים, שלאעמים יש ביניהם כפילות, הפחדה מלאכותית, ניגודי אינטרסים, נטו: משרד הבריאות; משרד העבודה והרוו-חה; קופת חולים; רשויות עירוניות; ארגונים וולונטריים; המגזר הפרטי.

ד. הצטיינות הכספית הקיימת תוחלי מי-מום של שירותי הסיעד, ואבטחטיים על הקצבות ממשלתיות (להוציא קופות החולים וארגונים וולונטריים) במסגרת תקציב המדינה.

ה. האספקה הנכחית של שירותי הסיעד על-פי קריטריונים סלקטיביים וכלתי אחידים הנובעים מנגדלים בינ-אזריים והיעד קריטריונים אחידים לזכאות וריסוי כלתי מספיק של הצרכים.

1. השפעות פידייות, קצרות-טוח

א. מתן מענה לצרכים חריפים פידיים שאין להם כיסוי נאות, כגון: טיפול ביתי, עזרה ביתית, מרכזי יום לטיפול וכוסדות עבר החולה הכרוני התלוי בוולת.

ב. מתן טייע (כסף או בעין) למשפחות כדי לאפשר את המשכת הטיפול הנאות (נבית או במסדות שונים).

ג. הרחבת ומינותרם של השירותים הפדי-משליים המנוונים ושל כוח אדם מיומן. מתן מענה לביקוש הנכחי למיטות סיעדיות.

ה, שיפור איכות הטיפול המוסדי התכלתי מוסדי.

2. השפעות ארוכות-טוח

א. עידוד אספקת שירותים לאורך זמן באצ-צעות מסגרות. הטיפול הנלתי-פטרמאליות ופיתוחן של המגזר הוולונטרי כך שיהיה מוכן לסייע בתחום זה.

ב. מתן תמריץ לחולה הכרוני להישאר ובייתו ובקהילה, ככל רק שניתן, על-די חיזוק המשפחה ומתן אלטרנטיבות שונות של טיפול בקהילה.

ג. שיפור איכות תמינות הטיפול המסודי והבלתי-מוסדי.

ד. פיתוח תוכניות בהתאם לתחזיות ארוכות-טוח על העורך במיטות מס-דיות.

1. צרכים אישיים

א. החולה הכרוני — האדם התלוי: מדיי התלות באוכלוסייה במתונים של יכולת לתפקד וחלות (ADL/IADL) הגודדת הצרכים לשירותי סייעד בהתאם לכך.

ב. המשפחה: מדיי צרכים המנופדים במצגדים של משאבים משפחתיים (כס-פיים ולא כספיים) הגדשים כדי לספק את הטיפול הגדוש, בדרך של רכישת שירותים או על-ידי מתן הטיפול באופן ישיי.

2. צרכים קהילתיים מקומיים

א. ביזור וגייון של הגורמים המספקים את השירותים.

ב. פיתוח מערכת נאותה ומנוונת של טיפול במשרד ומאוזן באמצעות שירותי סייעד שיינתנו שירות לאנשים תזיים כבית, אספקת מגוון שירותים בקהילה, ואספקת טיפול מוסדי לחולים הכרוניים שאינם מסוגלים להישאר בביתם.

ג. פיתוח מנגנון מתואם לאבחון, הערכה כללית, הערכת צרכים ואספקת השירי-תים, גורמים שונים הפועלים תזיים בין ספקי השירות והבלתי-פטרמאליים וה-פטרמאליים.

ד. פיתוח שירותים מקומיים שייעו על צורכי הזכאים בחוק. פיתוח שנגנעים מנהליים שיעודו ניעול משאבים לשי-חת שירותים במישור המקומי.

2. פיתוח שירותים נלווים העשויים להשפיע על מערכת המיטוד

א. שירותים שהם כשלעצמם אינם מוגדרים כשירותי מיטוד לחלוקה הכרוג ולמגבל בהפקוד, אך השירותים להשפיע על הצורך בשירותי המיטוד ועל השימוש בהם, כולל: בתי מנודים, מסגרות שונות לדיור מוגן, מסגרות יום לטיפול, דפוסים ונהגלי קבלה ושחרור בטיפול אקוטי מבתי חולים, שיפול בריאותי מוגן, פיתוח יחידות גריאטריה ונתיח חולים ימניים ושירותי שיקום וכד.

3. מניקה

מניעת חוסר איוון בין המיטוד והמסודי ובין המיטוד והמקדלתי על-ידי יצירת המריצים כספיים והקציביים.

4. משרות המערכת לפוח הארדוק הקצאה מחדשת ומתחמת של כל הספיים לטיפול ממושך כדי שיביאו לפיתוח מערכת מקיפה ויעילה של שיפול ממושך, בבית, בקהילה ובמוסדות, בהתאם לצרכים המשיחיים של הקוק.

3. צרכים לאמניים

א. הגדרת הנכאות לגמלאות ולשירותים במסגרת החוק וכן קביעת תקנות ונהלים ברורים לעימוש זכויות אלה; פיקוח על יעילות האספקה בהתאם לחוק.

ב. הבטחת שוויון אישי ואזורי בחלוקת משאבים לטיפול במגושך.

ג. יצירת מערכת שתעודל והמייץ אספקת שירותים לאורך זמן באמצעות המגושרות הבלתי-פטרמאליזת (בעיקר המשיחיות), כדי למנוע את החלפתו הגלתי רצויה של מערכת מלתי-פטרמאליזת בשירותים שארונים יקרים.

ד. שימוש יעיל במשאבים ובכוח אדם בשירותי המיטוד, הפוחת והפיצול והיכפוליות באבחון, בהערכה ובאספקת השירותים הניתנים על-ידי הארגונים הציבוריים הממשלתיים השונים.

ה. הקצאת כספים לפיתוח בצורה מבורקת ומתוכננת.

ו. ריסוך העלות: מנגלה ומצמום המצאת על-פי כללים ונהלים כלליים חוד ראיה כללית של המצרכים המלאמניים.

(זילברשטיין, 1982; מורגנשטיין, 1984; שובל, 1982).

האם תוכנית המיועדת לענות רק על צורכיהם של אלה שאין להם תמיכה ושירותים סיעודיים ממשפחתם תשיג את התוצאות ארוכות הטווח דלעיל, דהיינו עידוד המשכת מתן סיעוד ממסגרות לא-פורמאליות המאפשרת לפרט להישאר בביתו ובקהילתו? האם יש לספק שירותים רק לקשישים שאינם מקבלים טיפול נאות מבני המשפחה? מהפוך הוא. לדעת מספר אנשי מקצוע, גישה צרה זו עלולה ליצור בטווח הארוך גורם שידכא את רצון המשפחה להמשיך ולשאת באחריות הדובר ייצור ביי-קוש לשירותים מאורגנים בקהילה ובמסגרות, שייעשו יקרים יותר מאשר השירות הלא-פורמאלי המסופק היום. יתר על כן, בטווח הארוך ייתכן שהענקת גמלאות בכסף לחלק מן הזכאים תהיה יקרה פחות מאשר פיתוחם ואספקתם של שירותים בעין בלבד.

בגלל נימוקים אלה הציעה הוועדה, שהזכיר אות לגמלאות מכוח חוק ביטוח סיעוד תיקבע בראש וראשונה לפי עקרון הזכאות האישית בהתאם לדרגת המוגבלות התפקודית ללא קשר לקבלת או לאי קבלת שירותי סיעוד מן המשפחה. זמינותה של משפחה כנותנת שירות ועשויה להשפיע רק על רמת הזכאות, על סוגי השירותים הדרושים ועל השאלה האם יש צורך בשירותים בעין. למשל, אנשים זגרים בגפם עשויים להיות זכאים לגמלה גדולה יותר, שתשקף את מחירם הגבוה יותר של השירותים שעליהם לקבל; אנשים שאינם זוכים לטיפול מספיק או המקבלים ממשפחתם טיפול בלתי נאות יהיו זכאים לשירותים בעין בלבד.

אנשים המקבלים את השירות הטיפולי ממשפחתם עדיין יהיו זכאים לגמלה, שבפועל פירושה פיצוי חלקי על שירותים שניתנים, ובדרך כלל יש להם מחיר משמעותי עבור המשפחה. הסברה היא, שבדרך של הענקת גמלה שתכסה חלק ממחיר השירות המסופק אפשר יהיה לעזור למשפחה למלא את הצר-

הוועדה הציעה, שבגמלאות שיכוסו ביי-טוח סיעוד ייכללו רק השירותים הנובעים במישרין ממוגבלות תפקודית זו: טיפול אישי ועזרה ביתית. הגדרה זו אינה כוללת צורכי בריאות ראשוניים ושירותים רפואיים הניתנים בבית, שרואים אותם כשייכים לתחום השירותים הרפואיים, והפרה-רפואיים, וכן אינה כוללת את כל קשת שירותי התמיכה החברתיים, שלמוגבלים בתפקודם עשוי להיות צורך בהם, אך שיישאר בתחום אחריותם של משרד הבריאות, קופות התולים ומשרד העבודה והרווחה.

איתור ומדידת הצרכים האישיים על בסיס המוגבלות התפקודית חייבים להתייחס לא רק לצרכיו של החולה התלוי, אלא גם לצורכי משפחתו, שהיא ספק הטיפול הראשי שוני. מדידת צורכי המשפחה מתייחסת לרמת הטיפול הניתן על-ידי המשפחה, ולפחות באופן חלקי למחיר המסתתר מאחורי טיפול זה. חשוב לציין, שגישה זו מכירה בעקרון הזכאות האישית ואינה מוציא אחריות מכלל זכאות את הפרט המקבל טיפול מספיק ממקורות לא פורמאליים. מרבית התוכניות גמולות בדרך כלל מהענקת גמלאות, בכסף או בעין, למוגבלים המקבלים טיפול נאות מבני משפחה, אם על-ידי הפניית המשאבים המוגבלים בעיקר לקשישים המתגוררים בגפם (Parker, 1980), ואם על-ידי העדפת דרכי מימון המפצות עבור הוצאות אחזקה במוסד (מורגנשטיין וורנר, 1982). לגישה קצרת ראות זו להגדרת צורך נרחבת השפעה מידית על הפחתת גודל האוכלוסייה הזכאית, ובטווח הקצר היא אולי חשובה כדי לענות על תביעה הממלכתית של צמצום העלות. אולם בשאלת השאלה, האם תוכנית מסוג זה תעוד את המשך מתן השירות הבלתי פורמאלי הניתן כיום על-ידי המשפחה בדרך כלל במחיר כבד של עול ונטל הטיפול? ממצאי מחקר מראים שבישראל נותן הטיפול העיקרי היא המשפחה והיא למעשה המשאב החשוב ביותר למתן שירותי סיעוד לקשיש

פחה (Sager, 1983). בטוח הארוך, גמלאות בכסף, המכסות רק חלק מעלות אספקת השירות, נחשבות יקרות פחות. מאשר הזו צאות הכרוכות בפיתוח מערכות שירותים יקרים. אכן, יש אנשי מקצוע הסבורים, שפי תוח מדיניות חברתית שתענה על צרכים בעיקר. במונחים של מתן שירותים בעין יקרים תגרוור בעקבותיה ביקוש גובר ועלייה מסחררת של מחירי השירותים. יתר על כן, אפשר להצביע על בעיות רציניות של אי-שוויון וקיפוח הקיימות בתוכנית שתגביל את מתן הגמלאות רק למי שאינו מקבל טי-פול ממשפחתו. פירושה של תוכנית כזו הוא שהמשפחות הנשאית תיום באחריות הכבדה של הטיפול עוד "ייעשור" על כך!

על-ידי מתן גמלה לזכאי החי בבית, בד-בד עם הרחבת הרשת והמגוון של השי-רותים הניתנים בקהילה, יאפשר חוק ביטוח סיעוד למוגבל להישאר בבית ובקהילה זמן רב ככל האפשר. המשפחה תמשיך לשאת באחריות הראשית לסיעוד ולרווחת הפרט. תגמלה אינה באה להחליף או לכסות באופן מלא את השקעת המשפחה. הגמלה שהקשיש יהיה זכאי לה, בכסף או בעין, היא חלק מן העלות הבסיסית הכרוכה בטיפול במוגבל בתפקודו; היא תהיה ובחינת תמריץ למש-פחה, ובקטי של הכרה והערכה לתרומתה.

לאור זאת קיבלה הוועדה החלטה בסיסית, שעל חוק ביטוח סיעוד לפעול בשתי דרכים: עליו לענות על צורכי הפרט והמשפחה ובמקביל עליו לתת עידוד לשירותים ולהמ-ריץ את פיתוחם.

א. החוק וצורכי הפרט ומשפחתו
גמלאות תוענקה בכסף או בעין לפרט הזכאי ולמשפחתו, לפי זכאות אישית, כדי לאפשר למשפחה לספק את שירותי הסיעוד הדרושים, בין-שאלה ניתנים על-ידי השירות ובין שהמשפחה תדאג לאספקתם באמצעות נותני שירות פורמאליים או בלתי פורמאליים בקהילה. הענקת הגמלאות תע-מיד, מצד אחד, סיוע פספי חשוב לרשות

כים. ואף לעודד את תחושת אחריותה. סוג תוכנית זה יאפשר לפרט ולמשפחתו לרכוש שירותים בקהילה אם ירצו בכך, ולהקל בדרך זו על חוליית הקשר בין מסגרות התמיכה הפורמאלית והלא-פורמאלית.

העקרונות של מדיניות חברתית שעמדו בבסיס עבודתה של הוועדה, האשר ניוונו גם מממצאי מחקר ועל תפקיד המשפחה בישראל בסיעודו של המוגבל, הובילו למסקנה שחוק ביטוח סיעוד חייב לסייע למשפחה ככל האפשר להמשיך ולמלא את תפקידיה החשו-בים. סיוע מעין זה אפשר לספק, כמובן, רק כאשר יש לפרט המוגבל גישה למשאבים משפחתיים, וכאשר המשפחה מיכנה ומסוגלת למלא את התפקיד הכפול של מתן שירות ישיר ודאגה לאספקה ולהשלמה של השי-רותים הדרושים כמי שמופקד על הנזקק התלוי בעזרתה ודואגת לכל צרכיו.

נגד מתן גמלה בכסף הועלה הטענה שתוכנית מסוג זה תהיה יקרה ולא תענה במידה מספקת על הצורך לפתח שירותים. מי שמקבל תיום טיפול מספיק מדי המש-פחה ללא כל, או עם מעט מאוד, תמיכה ציבורית, יהיה זכאי לגמלאות הממומנות מטעם הציבור. לפיכך, אם מספר גדול של קשישים אכן יפנה לקבל את הגמלה אין לצפות מראש מה יהיה המחיר הסופי של התוכנית הסטיחותית, וקשה יהיה לממן אותה לאורך זמן.

המרכיב של גמלה בכסף, כאלטרנטיבה אחת וכחלק מתוכנית מקיפה של שירותי סיעוד, מאפשר לתת תשובה בכלים של מדיניות חברתית כדי להקל מצב חברתי נתון, דהיינו להקל את הנטל הכבד המוטל היום בעיקר על כתפי המשפחות. על-פי גישה חברתית זו יש לחזק את המגמה הקיימת של תפקיד המשפחה ולשם כך יש לתת למשפחה אפשרות לנטל חלק בהחל-טות הנגעות לשימוש במשאבים הציבוריים שהיא זכאית לקבל, לפי העדפות אישיות של צרכי הטיפול וההתמודדות הרצויות למש-

הוועדה קיוותה, שסעיפים אלה, מתוך גישה זו לחוק ביטוח הסיעוד, יאפשרו ליש-ראל לענות על חלק מן המטרות שפורטו תוך הבטחת צדק אישי ואזורי בחלוקת משאבים ועידוד המשך מתן סיעוד על-ידי המשפחה ופיתוח שירותים.

4. סיעוד מוסדי ובלתי מוסדי

נושא נוסף קשור בקביעת סדרי עדיפויות בין פיתוח שירותי סיעוד במסגרת הקהילה לפיתוח שירותי סיעוד במוסדות, מתוך רצון לפתח מערכת רחבה ומגוונת של שירותים, החייבים לענות על הצף של צרכים משתנים. מצד אחד עומדת מטרת החוק לעזור למשפחה ולפתח שירותים שיאפשרו למוגבל להישאר בבית ובקהילה זמן רב ככל האפשר ולצמצם את השימוש במיטות במוסדות סיעוד למוגבלים ביותר. מצד שני קיים צורך בוער וברור ביותר בישראל, הוא הביקוש העכשווי והלוחץ למיטות במוסדות סיעוד. הבעיה המסתתרת מאחורי שתי מטרות סותרות כביכול אלה חשובה קודם כל במונחים של התפיסה העומדת בבסיס התוכנית, אבל בעיה זו הופכת להיות בעיה מעשית של קביעת סדרי עדיפויות בהקצאת המשאבים המוגבלים במערכת שבה קיימת מגבלת התקציב.

הוועדה הציעה, שבשלב הביצוע הראשון יעניק חוק ביטוח סיעוד עדיפות למערכת הבסיסית של שירותי הסיעוד באמצעות מתן תמיכה למשפחה עבור קשישים מוגבלים הגרים בבית ופיתוח שירותי קהילה. בשלב זה לא יחזקו גמלאות לכיסוי הוצאות אש-פוז במוסד. קבלה למוסד סיעודי תמשיך להתנהל על-פי התהליך הסלקטיבי שמפעיל היום משרד הבריאות. יחד עם זאת יסלול שלב הביצוע הראשון של החוק תקציב

המשפחות המטפלות באדם המוגבל, ומצד שני תשפיע במישרין על הביקוש לפיתוח שירותים בעין. באופן זה יחוללו הנמלאות האישיות עצמן תנופה לפיתוח שירותים פורמאליים ברמה המקומית, ויעודדו בדרך זו התפתחות דיפרנציאלית של דפוסי תמיכה פורמאליים ובלתי-פורמאליים לפי צרכים הועדפות של הפרטים והמשפחות ברמה המקומית.

ב. החוק ופיתוח שירותים לפי החוק יעמדו משאבים זמינים לפיתוח שירותים וכח אדם סיעודי, כולל שירותים עבור הפרט בבית, שירותים המסופקים באורח מאורגן בקהילה ושירותים המסופקים במסגרת מוסדית. המטרה המפורשת היתה להגדיל את המגוון והזמינות של השירותים ואף לשפר את איכות השירותים בקהילה ובמוסדות.

במלים אחרות, מאחר שהמשפחה היא ספק השירותים העיקרי, הוועדה הציעה, שגמלה כספית לפי חוק ביטוח סיעוד תהווה כלי סיוע יעיל לפרט ולמשפחתו לכיסוי חלק מן ההוצאות הכרוכות באספקתו ובהשגתו של השירות. בעת ובעונה אחת, יפותחו שירותים כמגמה להגדיל את הזמינות. גישה זו מכירה בזכותו של המוגבל ומשפחתו להשתמש בגמלה בכסף לפי צרכיו ולפי העדפותיו האישיות. כאשר תקום הערכה מקצועית, שמשפחה אינה מסוגלת לספק רמת סיעוד מקובלת ומספקת, תוענק הגמלה כשירות בעין באמצעות מוסדות קיימים. גישה זו שונה מעיקרה מתוכניות סיעוד במדינות אחרות, באירופה ובארצות הברית, שבהן הזכאות מוגדרת קודם כל במונחי שירותים מוסדיים סלא-מוסדיים, דבר שהוביל לעליית מחירים מסחררת עקב הביקוש הגדל לשירותים יקרים, שבהכרח הממשלה היא המממנת אותם.

3 לדיון מפורט בנושא ראה מאמרה של ב' מורגנשטיין המופיע בחוברת זו. לפיכך תוצג בסעיף זה רק עמדת הוועדה.

הסיעוד. להחלטה בכיוון זה או בכיוון האחר יש השלכות על תכנון מערך השירותים וארגונם. מערכת מרכזית חשובה לקביעת קריטריונים לזכאות המוגדרים ומיושמים באורח אחיד, שיטות אחידות להערכת הצרכנים, דרכי פיקוח בקרה וכיו"ב. ואילו מערכת מבוזרת חשובה במתן פתרונות מקומיים ואספקת השירותים בפועל.

באופן כללי, דומה שיש בארצות שונות שתי מגמות בהיערכות מחדש ובארגון שירותי הסיעוד. מצד אחד יש מגמה להגברת הביזור ברמת אספקת השירותים, בראש ובראשונה עקב ההכרה הגדלה והולכת, שאת צורכי האוכלוסייה וכן את הצורך בפיתוח שירותים אפשר ללמוד ולהבין טוב יותר ברמה המקצועית המקומית. אולם מצד שני הודגשה חשיבות ההגדרה האחידה של קריטריונים ושיטות לקביעת זכאות ולפיקוח, ועל מנת להבטיח התייחסות שוויונית ברמת הפרט וברמת המקום והאיזור באספקת רצף השירותים הנדרשים. על מנת להשיג את התייחסות שוויונית זו יש להבטיח בנפרד לקביעת קריטריונים לזכאות גם קווים מנחים אחדים לגבי תהליך הקצאת המשאבים, אשר יבטיחו שהמימון הניתן אכן ישרת את המטרות ועל-פי סדרי העדיפות שנקבעו לפיתוח השירותים.

בישראל עורר נושא חלוקת התפקידים בין המערכת המרכזית הארצית ובין נותני השירותים המקומיים ויכות נוקב, הסובב על הסעיפים דלעיל. כיצד אפשר לגשר בין מטרות כה שונות אך שוות בחשיבותן אלה כדי להבטיח צדק וביצוע אחיד של חוק ביטוח הסיעוד המרשתת על עקרון הזכאות האישית, בשעה שהאחריות לקבלת החלטה מקצועית מסורה בידי הדרג המקומי?

אמנם קיימת הסכמה כללית, שתכנון והקצאת משאבים לפיתוח הם תפקידים של מערכת מרכזית, היינו המוסד לביטוח לאומי, שעליו יהיה להבטיח שהמימון ינוצל למטרות המיועדות, אבל נחלקו הדעות באשר לאחריות הארגונית לקביעת רמת

פיתוח, כדי לתת מענה לצרכים חריפים שוטפים של תוספת מיטות ולשיפור רמת האיכות במוסדות הסיעודיים.

5. תיאום ושילוב בין המערכות — מסגרת ארגונית לביצוע החוק

מדינות רבות מדווחות על חוסר תיאום בין מערכות שונות בהערכת הצרכים ובמתן שירותי הסיעוד, אם בשלב הבדיקה והערכת הצרכים ואם בעת קבלת ההחלטות המקצועיות לגבי תוכנית הטיפול היקף השירותים, או אגב הליכי הפיקוח והבקרה על מתן השירותים והדיווח עליהם. מרבית הניסיונות ליצירת מערכת ארגונית מתואמת לשירותי סיעוד התמקדו ביצירת רצף של טיפול סיעודי באות בבית ובמוסדות על-פי תוכנית יעילה יותר מבחינה כספית.

להלן חלק מן הנושאים שיש להתייחס אליהם בבניית מערכת ארגונית מתואמת:

- תסגון חברתי, מטרות ויעדים של התוכנית לטווח הקצר ולטווח הארוך.
- יעילות בהקצאת משאבים על-פי הצרכים של האוכלוסייה האזורי המגורים.
- איתור צרכים כלליים על בסיס איסוף נתונים.
- הגדרה והערכה של זכאות אישית ורמת הגמלאות הנובעות מכך על-פי כללים אחידים.
- קביעת סוגי השירותים הנדרשים לקשיש ולמשפחה על-פי הערכה מקצועית של המצב הסוציאלי.
- גיהול ותיאום של אספקת השירותים לכל פרט זכאי.
- שימוש יעיל בכוח אדם.
- דיווח ופיקוח על מתן השירותים.

בשורש תפקידים אלה עומד הנרשא השנוי במחלוקת של מרכז לעומת ביזור שירותי

(1982), אבל דומה שאיש לא התייחס לאפ- שריות של שילוב גמלה כספית סטטו- טורית עם בקשה רחבה יותר של שירותי סיעוד. כל אחת משתי האפשרויות נחשבה תמיד אפשרות בלעדית, אולי מתוך הנחה שאי אפשר לארגן את שני סוגי הגמלאות בייעילות בתוכנית משותפת ומתואמת, תוך קבלת האחריות לתפקידים המסוננים בידי גופים שונים הקשורים לדבר.

למרות המלצות הנועדה, היו חילוקי דעות רבים בדבר חלוקת האחריות וביצוע חוק ביטוח הסיעוד בעתיד. הוצע, שתפקידים מרכזיים, ובעיקר הגדרת הזכאות לגמלאות, יבוצעו באורח אוניברסיטלי על-ידי סניפי המוסד לביטוח לאומי לפי הנחיות וכלים אחידים. החלטה על סוגי השירותים הדרו- שים, ואספקת השירותים בעין, המעקב, הפי- קוח והדיווח יישארו בתחום אחריותן של לשכות הרוחה המקומיות. רצף הטיפול בבית, בקהילה והטיפול המוסדי, יובטח על- פי המלצת הוועדה באמצעות הקמת ועדות אינטר-דיסציפלינריות מקומיות, שכבר יש כמותן באזורים אחדים, אשר בנוסף על תפקידן באספקת שירותים בעין יתאמו בין סניפים המתחייבים מן החוק ובין אלה שנקבעו במסגרת אחרות.

יצירת ועדות מקומיות היתה אמורה להיות בבחינת אתגר לאנשי מקצוע בקהילה, שעלי- הם להבטיח גמישות ובעבודת הוועדות ולהר- שות את קיומם של הבדלים בין קהילות שונות לפי אפיונם, צרכים ומשאבים מקו- מיים. בעוד שתפקיד קביעת הזכאות לגמי- לאות סיעוד לפי חוק יישאר התפקיד העיקרי שיבוצע בידי המוסד לביטוח לאומי, הוצע, שכאשר הזכאות תהיה לשירותים בעין, הגמלה מכוח החוק תהיה חלק ממכלול המשאבים שיצמדו לרשות הוועדה לשם השגת השירותים הדרושים לקשיש ולבני משפחתו.

ההערכה היתה, שברוב המקרים יהיה די בגמלאות כספיות על מנת לענות על הצד-

הזכאות וצורת הענקת הגמלה. האם הזכאות לגמלה תוערך ותיקבע בסניפים מקומיים של המוסד לביטוח לאומי או שמא יקבעו אותה הרשויות המקומיות השונות? גתייחס לסוגיה זו להלן.

תכנון מסגרת ארגונית גאותה הייב להת- חשב בשתי מגבלות מרכזיות במערכת היש- ראלית, שיש ליישב ביניהן אם אכן מתכוונים ליצור מערכת סיעוד אחידה ומתואמת:

(א) ביטוח סיעוד הוא תוכנית ביטוחית כמוגדר בחוק. בהיותה כזו הזכאות לגמלאות היא סטטוטורית. גמלאות אלה אינן בעלות אופי של החזר תשלום עבור שירותים, הניתנים על-פי שיקולים סלקטיביים, כפי שמקובל בארצות אחרות, אלא הן בבחינת תשלומי העברה לפרט הזכאי, בכסף או בעין.

(ב) בנוסף על תוכנית כללית של גמלאות על-פי חוק תמשיך להתקיים מערכת שירו- תים סלקטיביים, הפועלת על-פי תקציב סגור שמקצה משרד האוצר, באחריות שרי הבראות והעבודה והרווחה. שירותים אלה כוללים טיפול אישי ועזרה ביתית ברמה שהיא מעל לזו המובטחת במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ושירותים משלימים נוספים שדורש לעתים קרובות הקשיש התלוי החי בבית (שירותי טיפול רפואי, שירותי תמיכה חברתיים, מרכזי טיפול יומי, ציוד, שיפוצים בבית וכו'), וכן הפניה למוסדות והשתתפות במימון עלות השהייה במוסד.

השאלה העיקרית לצורך קביעת המדיניות ההתכנון של מסגרת ארגונית היא, כיצד אפשר לשלב גורמים רבים אלה, הכוללים גמלאות בעין ובכסף, בקהילה ובמוסדות במערכת כללית ועילה?

בספרות המקצועית נשקלו לאחרונה בכו- בד ראש היתרונות והחסרונות של תשלומי ההעברה בכסף ובעין, ואף אלה של תוכ- נית ביטוחיות לעומת תוכניות סלקטיביות (Callahan and Wallach 1981; Grana.)

הוועדה הציבורית הציעה להקים מערכת מרכזית כנ"ל, שיהיו בה נציגים של משרדי ממשלה ושל ארגונים ציבוריים, שתהיה אחראית:

(א) לקביעת סדרי עדיפויות והנחיות להקצאת כספים לפיתוח שירותים שיהיו זמינים מכוח חוק ביטוח סיעוד.

(ב) לאישור הצעות ופרויקטים לפיתוח שיוגשו על-ידי הוועדות המקומיות.

6. סיכום

גמלאות ושירותים שהצננו מכוח ביטוח סיעוד, כפי שצוּצבו בוועדה הציבורית, יתרמו להתפתחות שתחול בעתיד במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל, המושתתת על זכאות אישית המוגדרת באורח אחד ומתייב בחוק.

החוק במלואו שהתקבל אינו תואם את המלצות רוב חברי הוועדה, ובמיוחד לא את גישת חברי הוועדה כלפי המשפחה. לדעתם, על חוק ביטוח הסיעוד היה להבטיח את חופש הבחירה של הקשיש והמשפחה להשיג תמיכה בגמלת הסיעוד ולהבטיח שהמשפחה תישאר הסוכן העיקרי ומוקד הקצאת המשאבים, ומתן השירותים. וזאת, ללא הקמת מנגנונים מנהליים מסובכים ומיותרים, שהקשיש ובני משפחתו חייבים לעבור כדי למימש את זכאותם. העיקרון היה לספק סיוע הדרוש להתמודדות עם גטל הטיפול במערכת מגוונת וגמישה של גמלאות ושירותים, תוך שמירת ההתערבות המקצועית למקרים הקשים והמסובכים הזקוקים לניהול,

כיום⁴. חברי הוועדה סברו שהן יסייעו למשיג פתח לרכוש את העזרה הדרושה לה, על-פי החלטותיה של הפנייה לוועדות המקומיות וקבלת טיפול מהן יישמרו אפוא למקרים קשים ומורכבים יותר שבהם יהיה צורך במגוון שירותים בעין, בניהול אינטנסיבי של ארגון מתן השירותים, בהדרכה וכן בפיקוח צמוד ודינמי.

התפקידים העיקריים שיוטלו על הוועדות המקומיות הם כדלקמן:

(א) קביעת תוכנית טיפול כללית וסל שירותים לבזקקים למגוון שירותים בעין או להפניה למוסד סיעודי. תוכנית הטיפול וסל השירותים ייקבעו לאחר שהמוסד לביטוח לאומי יקבע את רמת הזכאות לגמלה, על-פי רמת המוגבלות התפקודית.

(ב) כשיחלט על מתן גמלאות בעין יקבעו הוועדות אילו שירותים יכוסו על-ידי הגמלה ואילו ימומנו ממקורות אחרים. המוסד לביטוח לאומי יעביר את הגמלה הכספית המגיעה לזכאי שירות לספקי השירות.

(ג) קביעת שיטות אחידות למתן שירות ולפיקוח וכן גם להערכת השינוי בצרכים ברמה המקומית.

(ד) קביעת הצורך במוסד סיעודי, כשיידרש הדבר.

(ה) הבטחת המשך זכאותו של הפרט לגמלאות שאינן ניתנות לו מכוח חוק ביטוח סיעוד.

(ו) איסוף נתונים, הצעות ובקשות למתן סיוע לפיתוח פרויקטים לשירותים מקומיים, שיועברו למערכת מרכזית להתחלטה ולקביעת סדרי עדיפויות של פיתוח השירותים.

⁴ למרות הערכות אלה הגישה שנקבעה בחקיקה, והמתחצרת במאמרים אחרים בחוברת זו, היתה גישה הפוכה ולפיה על הוועדה המקומית יהיה להחליט בכל מקרה ומקרה על סל השירותים הדרוש ועל שיטת אספקתם, רק במקרים ששירותים לא יהיו זמינים תחליט הוועדה על מתן גמלה כספית. יש לבחון האם הגישה שהתקבלה אינה פחות יעילה מבחינת הקצאת המשאבים, האם יש בה כדי לתת תמריץ למשפחה המטפלת, האם היא מעדיפה את מסירותה ומסירה בזכותה להשתמש כראות עיניה במשאבים העומדים לרשותה באמצעות החוק ולפי צרכיה והעדפותיה, והאם יש לה מנגנון אדמיניסטרטיבי מיותר ועלות אדמיניסטרטיבית גבוהה. רק לאור נתוני מעקב שוטף אחר ביצוע החוק ניתן יהיה להעריך את המחיר והתרומה של הגישה שנקט המחוקק.

יש לבחון את יישומן של החוק החדש ולהעריכו לאור המטרות והיעדים שעמדו בבסיס פיתוח מערכת ביטוח הסיעוד כחלק ממערך כולל של ביטחון סוציאלי ואגב כך חייבים להתייחס לשאלות שלהלן:

(א) מה יהיה מחירה של תוכנית זו?
 (ב) האם בעקבות חוק ביטוח הסיעוד יזניחו הממשלה ומוסדות הציבור האחרים את אחריותם לפיתוח שירותים, לפיקוח עליהם, וצמצמו את היקף התקציב ויורידו את רמת השירותים המוענקים כיום?

(ג) האם יתרחבו מערכת הסיעוד וכלל השירותים ויהיו זמינים יותר כתוצאה מביצוע החוק?

(ד) איזו השפעה תהיה לחוק החדש על התהליכים והנהלים הנהוגים כיום לגבי ההערכה המקצועית של הצרכים ותהליכי קבלת ההחלטות, וכן על הקצאת משאבים נוספים לשירותים סלקטיביים בקהילה או לטיפול מוסדי? האם יקיימו ביניהם המנגנונים שיוקמו לשם הפעלת החוק תיאום והאם ינצלו מנגנונים ותהליכים קיימים, בעיקר מקצועיים, או שמא יהיו נדרבך נוסף בתהליכים אלה?

(ה) האם ואיזה תיאום יתפתח בין חוק ביטוח סיעוד ובין מסגרות אחרות? האם תיווצר כפילות תפקידים, למשל בכל הנוגע להערכת הצרכים, קביעת תוכניות טיפול, התייעצויות בין מקצועיות, המעקב להעברת כספים?

(ו) האם גופים ממשלתיים וציבוריים אכן יהיו מסוגלים בפועל לפתח ולספק שירותים בעין תחת שירותים בכסף? מי יהיו הקשישים שיהיו זכאים לגמלאות כספיות? איך ייקבעו סדרי עדיפויות בהקצאת שירותים?
 (ז) ואחרון וחשוב מסל — האם ישפר חוק ביטוח סיעוד את רווחת החולה הסיעודי ויחזק את יכולת המשפחה להתמודד עם מעמסת הטיפול? האם ובאיזו מידה תענה

טיפול ומעקב אינטנסיביים ולא בכפוף למב-תגי הכנסות*.

יתר על כן, הוועדה הוהירה במיוחד מפני החלפת תקציבים קיימים, בריחת כספים מתוך תקציבים אלה, וצמצום אחריותם של גופים ציבוריים המספקים היום שירותים הודגש, שמטרת חוק ביטוח סיעוד להוסיף לקיים. לגבי המשך האחריות של משרדי הממשלה הקיימים ושל יתר הגופים, כל אחד מהם חייב להמשיך לספק ולפתח שירותים בתחום פעילותו. מימון זמין מכוח חוק ביטוח סיעוד יוקצה לגמלאות ולשירותים נוספים לזכאים, וכן לפיתוח שירותים חדשים וחד-שניים כדי להגדיל את הזמינות והנגישות של שירותים קיימים, להרחיב את היקפם, להכשיר כוח אדם ואף לשפר את איכות אספקתם.

מאתר שהגמלאות מכוח חוק ביטוח סיעוד יכסו רק חלק מעלות הצרכים של הזכאי ובני משפחתו חשוב ששירותים קיימים הניתנים בעין ימשיכו להינתן ולהתפתח כהשגמה לגמלאות הבסיסיות המוגדרות בחוק. לכן יהיה חשוב לתאם בין הזכאות לגמלאות על-פי החוק ובין קריטריוני זכאות לשירותים סלקטיביים אחרים. הן בתחום זה של אספקת שירותים וכיסוי עלות, והן בתהליכים מינהליים להערכת צרכים ואספקת שירותים ראתה הוועדה את החשיבות של תיאום ושי-לוב מערכות קיימות עם חוק ביטוח סיעוד ואי הקמת מנגנונים חדשים מיותרים.

למעשה, הצלחת חוק ביטוח סיעוד במתן מענה חברתי לצרכים הקיימים והצפויים בעתיד תלויה במידה רבה במידת התיאום והשיתוף בין הגופים השונים. מעבר להשגמת לכות המידות הרצויות בהקלת העטל החברתי באמצעות הענקת גמלאות לקשיש הזכאי ולמשפחתו השאלה המכרעת היא, האם גמלאות אלה תהיינה מערכת נפרדת או תתלכדנה כחלק אינטגרלי בתוכנית מקיפה, מתואמת ורחבה של שירותי סיעוד.

* בחוק קיים מבחן הכנסות.

שילוו את הפעלת החוק בשנותיו הראשונות
אפשר יהיה לענות על חלק משאלות אלה
ולחציע שינויים ותקיקה נוספת בעתיד.

הפעלת החוק על צורכיהם והעדפותיהם של
הקשיש והמשפחה לשירותים?
יש לקוות, שלאור ממצאי מחקר והערכה

ביבליוגרפיה

- זילברשטיין, י', קשישים כקלי מוגבלות תפקודית בבני ברק, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- מורגנשטיין, ברנדה, הצורך בסיוע אישי ובעזרה במשק הבית והספקתם על-ידי המשפחה והשירותים
הקהילתיים, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- מורגנשטיין, ברנדה, וורנר פרלה, שירותים לטיפול ממושך בקשישים באנגליה, סקוטלנד, הולנד, ונור-
ווגיה, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1982.
- סקטור, ח', גוטמן מיכל ושמואלי עמיר, מיפוי מערך השירותים לטיפול ממושך בקשישים בישראל,
מס' 82-15, ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, 1982.
- קופ, י', תמורות במבנה הגיל והשלכותיהן על הביקוש לשירותים ציבוריים, ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל
לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, 1980.
- Callahan, J. & S. Wallach (eds.), *Reforming the Long-Term Care System*, D. C. Heath and
Company, Lexington, 1981.
- Doron, A., *Social Services for the Aged in Eight Countries*, JDC-Brookdale Institute of
Gerontology, Jerusalem, 1977.
- Grana, J., *Disability Allowances for Long-Term Care in Western Europe and the United
States*, Project Hope, 1983 (mimeo).
- Habib, J., *Toward the Next Decade of Long-Term Care Services for the Aged*, Special
Series 3-80. JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1980.
- Morginstin, B. & N. Shamai, "Planning Long-Term Care Insurance in Israel", in: *Long-
Term Care and Social Security*, Studies and Research No. 21, International Social
Security Association, Geneva, 1984.
- Parker, R., *The State of Care*, Special Series 1-80, JDC-Brookdale Institute of Gerontology,
Jerusalem, 1980.
- Sager, A., *Planning Home Care with the Elderly*, Ballinger, Cambridge, 1983.
- Shual, J., R. Fleishman & A. Shmueli, *Informal Support for the Elderly*, JDC-Brookdale
Institute of Gerontology, Jerusalem, 1982.

הצבר שהזדקן

האוכלוסייה הקשישה בהיבט דמוגרפי*

מאת יעקב קופ*

הפרק האחרון מתמקד במבט אל העתיד, תוך התייחסות לתחזיות דמוגרפיות ולמידע שהן מספקות על תכונות האוכלוסייה החזויה וצרכיה המשתנים. תשומת לב מיוחדת מוקדשת לצורך בבחינה מחדשת של הגדרת הצרכים.

א. הדינמיקה של הזדקנות האוכלוסייה

1. מגמות במבנה הגיל אוכלוסיית ישראל גדלה בקצב משתנה בארבעת העשורים הראשונים לקיומה. הגידול המהיר בעשור הראשון, וליתר דיוק בשנים הראשונות של אותו עשור, נתן את אותותיו במעבר מיישוב יהודי קטן של כחצי מיליון נפש עם קום המדינה לאוכלוסייה בת שני מיליון נפש בסוף העשור הראשון. תמורה זו בממדים הבסיסיים של היישוב היתה התוצאה המידית של העלייה ההמונית; תמורות מתמשכות אחרות באו לידי ביטוי במחצדים מאוחרים יותר, ובעיקר בעשור השלישי והרביעי. אחת ההתפתחויות הללו — היא נשוא המאמר הזה — היא ההזדקנות המהירה, שהעבירה את החברה הישראלית מאיפיון של מדינות מתפתחות עם שיעור קשישים של פחות מחמישה אחוזים מסלל האוכלוסייה, לאיפיון של מדינה מערבית, הכוללת כעשרה אחוזים של קשישים ויותר.

מבוא

ישראל היא מדינה שחשה את ההזדקנות כתהליך ולא כתופעה. הכוונה לכך, ש"תקופת המעבר" — היינו, פרק הזמן שחלף בין היותה של המדינה צעירה בהרכב הגיל שלה ובין היותה למדינה עם אחוז קשישים ניכר — היתה קצרה למדי, והשינוי בהרכב הגיל היה מהיר ומרשים. התהליך הזה חייב התארגנות מתאימה של מערך השירותים. מאמר זה בא לבחון את אופיו של התהליך האמור, ואת משמעותו לגבי היערכות השירותים.

פרקו הראשון של המאמר עוסק בדינמיקה של הזדקנות האוכלוסייה, ומנתח בראשיתו את התמורות שחלו במספר הקשישים בארץ ובהרכבה של אוכלוסייה זו מבחינת הגיל והמין. בהמשך מוצג ההיבט של שיעור הקשישים באוכלוסייה באמצעות המחדד של יחס-יתלות, ומשם דגש במצבה המיוחד של ישראל ביחס למדינות מפותחות בעולם. מאפיינים דמוגרפיים אחרים, וזאת גיל, כגון שיעור האלמנות בקרב הקשישים, הרכב משק הבית ורמת ההשכלה בקרב אוכלוסייה זו משלימים את התמונה הכוללת, כהקדמה לדיון בביקוש לשירותים החברתיים השונים. הפרק השני עוסק בדפוסי שימוש נבדלים בשירותים השונים, ובייחוד נבחנים שירותי הבריאות, התעסוקה ומיזת ההנאה מתשלומי הבטחת הכנסה.

* מנהל תחקר, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים. תודה מיוחדת מובעת בזה לדלית שרון, שסייעה לי רבות בהכנת המאמר. אני מודה גם לאילה ביבר, שהפנתה את תשומת לבי למקורות שונים בספרות המחקר הנוגעת לעניין.

לוח 1. התפתחות חומשיו קשישים, באוכלוסייה היהודית

הגיל	השנה				
	1960	1970	1980	1990	2000
(א) מספרים מוחלטים, באלפים	95.9	186.7	318.0	386.8	428.1
(ב) מדד: 1960 = 100	100	195	332	403	446
65+	100	204	315	338	332
69-65	100	191	328	310	362
74-70	100	185	358	590	690

המקור: חישובים עצמיים, המבוססים על שנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים המתאימות, וכן "תחזיות אוכלוסייה עד שנת 2000", סדרת פרסומים מיוחדים מס' 666, ירושלים, תשמ"א.

למשל, היוו קבוצה שחלית של סארבעת אלפים נפש ב-1960; במרוצת שני עשורים גדלה הקבוצה לכדי 15 אלף נפש (גידול של פי ארבעה, כמעט), וגם בעשור הנוכחי הקצב הוא דומה בהשוואה לכל קבוצות הגיל האחרות, ובסוף העשור הנוכחי יהיו במדינה שלוש רבבות אנשים בגיל 85 ומעלה (ראה לוח 2).

לוח 2. שיעורם של הקשישים באוכלוסייה, לפי גיל (אחוזים)

הגיל	השנה				
	1960	1970	1980	1990	2000
שיעור באוכלוסייה	5.0	7.2	9.7	10.1	10.4
75+	1.5	2.0	3.1	4.3	4.7
שיעור בקרב הקשישים	39.8	41.8	37.8	33.4	29.7
74-65	29.3	27.9	31.6	42.9	45.3

המקור: ראה המקורות ללוח 1.

התגודות בעלייה לישחאל היו בדרך כלל קצרות-טווח, וכשם שהעלייה ההמונית בשלוש השנים הראשונות מיצתה את עיקר הזינוק של העשור הראשון, כך איפיינו גלי עלייה חולפים את העשורים שאחריה. בהיבט כולל ועל ארבעה עשורים של צמיחת האוכלוסייה היהודית בישראל ניתן להבחין בהאטת הגידול של האוכלוסייה היהודית מ-165 אחוזים בעשור הראשון (1948-1958) לכדי 35 אחוזים בעשור השני, ל-29 אחוזים בעשור השלישי, ול-16 אחוזים בעשור הרביעי (1978-1988). התרכוזות הגידול בפרקי זמן קצרים בתוך כל אחד מן העשורים הקודמים משמעה התפתחות במתכונת של זעזועים, אשר גוררים תנודות מחזוריות בילודה, עם השפעות מידיות והשפעות תהודה (השפעות תהודה משמען, שגיאות ילודה בשנה נתונה גוררת אחריה גיאות מחודשת כעבור 20 שנה, בהגיע דור הגיאות לגיל פריזן, וכן הלאה).

התמורות במספר הקשישים בארץ ובשיעורם היחסי הן תולדה של התנודות האמורות בממדי האוכלוסייה ובעיתוין. כך אפשר להצביע על גידול של עשרת מונים במספר הקשישים ויחד עם זאת לראות את היווצרות הגידול בתנועות מחזוריות, בעיתוי שאינו חופף את זה של קבוצות אחרות באוכלוסייה. שנות הגידול המואץ בקבוצות הגיל הצעיר היו שנות החמישים, ואילו הגידול הנמרץ במספר הקשישים התרחש בעיקר בעשורים השני והשלישי. בעשור הנוכחי הצמיחה מתמקדת בעיקר בקבוצת הגיל העליונה שבין הקשישים, ומתכונת זו צפויה להימשך גם בעשור הבא (ראה לוח 1).

הפרק החדש בהודקנות האוכלוסייה מאופיין אפוא בהאטת הגידול בסך-כל הקשישים תוך המשך הגידול המהיר באוכלוסייה הישירה (גילאי 75 ומעלה); פירוש הדבר, שאחוז הקשישים באוכלוסייה נשאר יציב למדי עד סוף המאה, אך בתוך כך גדל מאוד חלקם של הישישים. גם בתוך קבוצת הישישים מתרחשת הודקנות מהירה. גילאי 85 ומעלה,

המשלים לכך הוא בקצה המנוגד של סולם הגילים: הארצות המתפתחות הן עתירות ילדים, ואילו באחרות יש אחוז קטן של ילדים. ניתן לומר אפוא, שקיים מיתאם שלילי בין אחוז הילדים ובין אחוז הקשישים. אילו היתה מידת המיתאם השלילית בין שני קצותיה של פירמידת הגילים מקוזת באופן מלא, היינו מוצאים יחס-תלות קבוע בכל חברה. שהרי מיתאם מקוז כזה משמעו, שככל שגדל אחוז הזקנים בה במידה קטן אחוז הילדים. במציאות אין הדבר כך, ויש פער ניכר בין המידה שבה מצטמצם אחוז הילדים ובין השיעור שבו גדל אחוז הזקנים. כדי לעמוד באופן ברור יותר על הקשר הגידון ליקטנו נתונים על 50 ארצות בערך, שבהן מצויים 82% אחוזים מאוכלוסיית תבל, ופרסנו במערכת צירים את הארצות לפי השיעור המתאים של ילדים וקשישים בכל אחת מהן¹.

כל נקודה בציור 1 מייצגת מדינה, ומיקור מה במערכת הצירים מציין את אחוז הקשישים בציר האופקי ואת אחוז הילדים בציר האנכי. הציור מצביע, כמובן, בראש ובראשונה על המיתאם השלילי בין אחוז הילדים לאחוז הזקנים. זו הסיבה לכך שפריסת הנקודות מתווה עקומה היורדת משמאל לימין — אחוז הזקנים גדל ככל שאחוז הילדים קטן.

תכונה שנייה המתגלה בציור היא, שהפריסה איננה בקו ישר אלא בצורת עקומה בעלת תלילות משתנה. הפירוש של תכונה זו היא, שבתחומים אחדים יש גידול תלול באוכלוסייה הקשישה על חשבון הירידה באחוז הילדים, ובתחומים אחרים הגידול היחסי הוא הרבה יותר מתון. בקצה התחתון של העקומה ניתן אף לראות מדינות, שבהן אחוז הקשישים מוסיף ועולה, בו-בזמן

תהליך זה טרם בחובו שינוי באיזון המספרי בין שני המינים בקרב הקשישים. עד המחצית הראשונה של שנות השבעים נשמר איזון כמעט מוחלט בין שני המינים, והמדד של מספר נשים ל-100 גברים עמד על 102 במיפקד 1972. מכאן ואילך חלה הידרדרות ביחס זה, והנתון הנוכחי הוא בערך 115 נשים ל-100 גברים (1985). התהליך יתעצם ויילך לקראת סוף המאה והמדד יגיע ל-138.

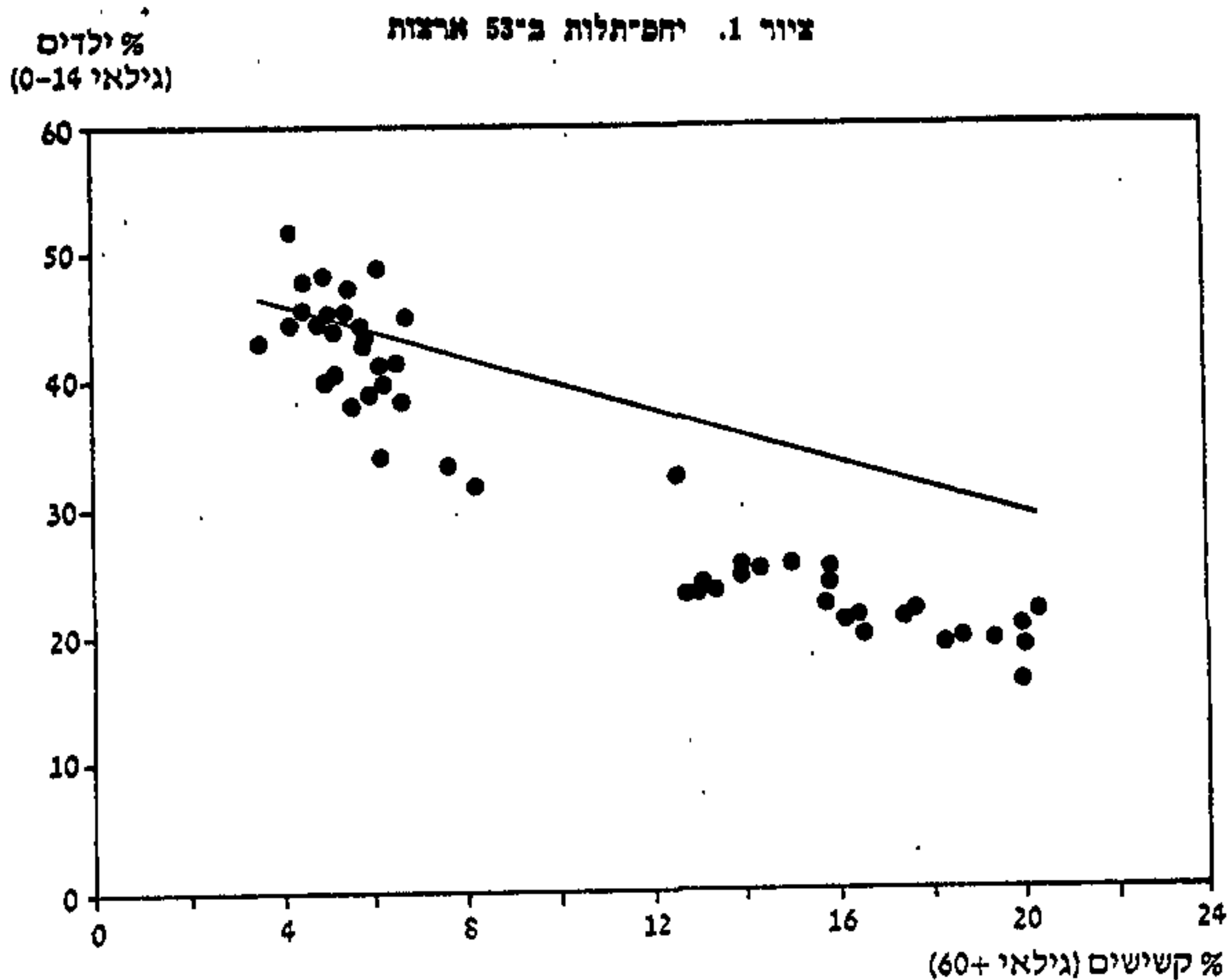
לוח 3. מדד של מספר הנשים למאה גברים

הגיל	השנה			
	1960	1970	1980	1990
65+	109	102	112	126
74-65	106	98	111	119
75+	118	113	116	137
80+			124	146

המקור: ראה המקורות ללוח 1.

2. יחס תלות בהשוואה בינלאומית
הספרות הכלכלית-דמוגרפית משתמשת במדד "יחס-תלות", כדי לבטא את היחס המספרי בין הגילאים הפעילים מבחינה כלכלית ובין קבוצות הגיל הצעירה והזקנה, התלויות מבחינה כלכלית בגילאים הפעילים. כבכל הגדרה מסוג זה גם כאן נקבעות באופן שרירותי אמות-מידה שונות לזיהוי הקבוצות התלויות. אחד המדדים השגורים הוא יחס-תלות כולל, של ילדים (גילאי 0-14) וזקנים (גילאי +65), לעומת בוגרים (15-64). יחס זה מופצל לעתים לשני מרכיבים: יחס-תלות-ילדים ויחס-תלות-זקנים. כבר הזכרנו, שאיפיון דמוגרפי של ארצות מפותחות לעומת מתפתחות הוא שיעור גבוה של קשישים בהשוואה ונמוך באחרות.

1 הנתונים לוקטו מחוך: Encyclopedia Britannica, Inc., *Britannica World data 1985*, "Comparative National Statistics", pp. 826-831 במרבית המדינות הנתונים הם לשנת 1983 או 1984. בשל מגבלות פירוט הנתונים אנו מציגים לגבי הקשישים את קבוצת בני +60. עובדה זו מטה את יחס-התלות של קשישים כלפי מעלה.



המרחק בין כל נקודה ובין הקו הישר מציין את המידה שבה יחס-תלות קטן מ־1. הציור מראה, שאשכול הארצות המפותחות מרוחק יותר מן הקו הישר, עובדה המבטאת יחס-תלות נמוך יותר עבור ארצות אלה. המידע האמור יכול גם להמחיש את מקורו של יחס-תלות, כלומר — באיזו מידה הוא נזקף לחשבון כל אחד משני מרכיבי יחס-תלות (תלות-ילדים ותלות-זקנים). הפרדה זו בין שני המרכיבים מאפשרת לשקלל באופן מתאים את ההשלכות החברתיות של השתנות הרכב הגיל באוכלוסייה. הדבר יזכה בפרק ב', הדן בהיזקקות לשירותים של האוכלוסייה הקשישה.

במערכת המציינת את מבנה יחס-תלות בארצות השונות בעולם, ישראל היא אחת המדינות המשטות שמיקומן נמצא במקום כלשהו בין העקומה ובין הקו הישר. פירוש הדבר, קירבה רבה יותר ליחס-תלות של 1 לעומת כל הארצות שבסביבתה. קירבה זו

שאחוז הילדים כבר אינו מצטמצם, אלא בשאר קבוע. בארצות אלה הגידול באחוז הקשישים הוא בעיקר ועל חשבון ירידה באחוז המפרנסים.

תכונה שלישית המתגלה בציור היא ריכוז הנקודות בשני אשכולות עיקריים. כלומר, מצאנו חלוקה דיכוטומית למדי בין ריכוז של ארצות עם צירוף של שיעור ילדים גבוה ושיעור ילדים נמוך, ובין ריכוז של מדינות עם צירוף הפוך.

קמירותה של העקומה "המרומזת" (היינו עקומה מדומה העוברת בין כל הנקודות שבציור), המבטאת את השתנות היחס של זקנים לילדים באוכלוסייה, שוללת את אפשרות קיומו של יחס-תלות קבוע. במטרה להוסיף ולבחון את טיבו המשתנה של יחס-תלות הוספנו לציור קו ישר היפותטי, המציין יחס-תלות של 1 (כלומר, מספר הילדים הזקנים יחדיו שווה בדיוק למספר גילאי הביניים).

להקדים ולהתאלמן; לכן, המצב המשפחתי "אלמן" אצל נשים שכיח יותר מאשר אצל גברים. יחד עם זאת נראה, שבמשך הזמן חל שינוי בעניין זה: הנתונים מראים, שהנרש הגילים התציוני בין איש לאשתו הוא 6.3 שנים בקרב גילאי +65, לעומת 3 שנים בקרב גילאי 30-34¹. כלומר, הפרש הגילים בין בני הזוג הלך והצטמצם במשך השנים, ועקב כך ניתן היה לצפות להקטנת הפער בשיעור האלמנות בין נשים וגברים. ואכן, השוואת המצב המשפחתי של קשישות בשלושה מפקדי אוכלוסין (1961, 1972, 1983) מראה ירידה מהירה באחוז האלמנות בפרק זמן של עשרים שנה: שיעור האלמנות בקבוצת הגיל 65-74 ירד ל-43 אחוזים, לעומת 55 אחוזים לפני שני עשורים (במסגרת קד 1961). הירידה בשיעור הנשים האלמנות לא קווצה על-ידי גידול מקביל באחוז הגברים האלמנים, ולכן ממוצע האלמנות לכלל הקשישים בגיל זה ירד גם הוא במידה רבה, מ-32.5 אחוזים בשנת 1961 ל-30 אחוזים בשנת 1972, ול-27.5 אחוזים בשנת 1983 (ראה לוח 4).

המגמה לצמצום פער הגילים בין בני זוג היא מגמה מתמשכת, שעדיין לא באה לביטוי מלא אצל הקשישים. ואם כך, יש לצפות להמשך הירידה בפער הגילים אצל הקשישים, ובהתאם לכך ניתן לקבוע שהירידה בשיעור האלמנות לא זו בלבד שאינה תר-פעוה חולפת, אלא היא תהליך שטרם הגיע לשיאו.

למאפיין "מצב משפחתי" יש מאפיין נלווה של "הרכב משק הבית". התבררה המסורתית ואופיינית בהרכב רב-דורי, והיינו במקרים רבים סב או סבת (או שניהם)

היא תולדה של העובדה שאחוז הקשישים בישראל הולכה למקובל בארצות מפותחות רבות (וביניהן ארצות הברית וקנדה), אך אחוז הילדים גבוה יותר מאשר בארצות אלה. תוצאה זו משקפת במידה רבה את העובדה, שהאוכלוסייה בישראל היא צירוף של שתי חברות — יהודית וערבית — בעלות מבנה גיל שונה: הראשונה עם שיעור זקנים גבוה והשנייה עם שיעור ילדים גבוה.

3. מאפיינים דמוגרפיים אחרים — זולת גיל

ההיוקקות של אוכלוסייה לשירותים אינה פונקציה של מבנה הגיל בלבד, אלא גם של תכונות אחרות, חלקן דמוגרפיות. אחת התכונות המרכזיות המקיימות קשר סטטיסטי וסיבתי עם ההיוקקות לשירותים היא המצב המשפחתי של הקשישים. מחקרים שנעשו מלמדים, שאלמנים ואלמנות נוטים יותר מתבריהם הנשואים להימצא בבתי אבות ולהיות מטופלים בשירותי בריאות ורווחה שונים². חשוב לראות אפוא אם בתהליך ההודקנות המצב המשפחתי הוא משתנה סטטי או דינמי.

שיעור האלמנות בין הנשים גבוה במידה רבה מן השיעור המקביל בקרב הגברים. הגורמים לכך הם שניים: האחד הוא התבדל בתוחלת החיים בין שני המינים (נשים מאריכות ימים, בממוצע, יותר מגברים), והשני הוא הפרש הגיל בנישואים בין גברים ונשים. ניתוח תרומתו של כל אחד משני הגורמים לתבדל שנמצא בשיעור האלמנות מלמד, שהגורם השני הוא הגורם הדומיננטי. העובדה, שגברים קשישים ונשואים לנשים צעירות מהם מגדילה את ההסתברות של האשה

2 ראה לדוגמה: Yaakov Kopy & Haim Factor, "Changing Characteristics of the Israeli Population and the Utilization of Health Care Services", *Israel Journal of Medical Sciences*, vol. 21, No. 3 (March 1985), pp. 205-211.

3 ראה: יעקב קופ, "על שיעורי האלמנות נבדלים בין גברים ונשים", מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, דפי דיון 71-81, ירושלים, 1981.

4 מקור הנתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "תכונות של זוגות בישראל, ממוצע 82-1980", הירחון הסטטיסטי לישראל, מוסף, כרך ל"ז, 1, שבט תשמ"ה, ינואר 1985.

מרתגית במגורים משותפים, ויכולה להינתן על ידי הצאצאים גם אם הם מתגוררים בנפרד מהוריהם⁵. לכן אין לראות את הנתונים על הירידה בשכיחות המגורים הרב-דוריים כמצביעים בהכרח על גידול פוטנציאלי בצורך בשירותים ציבוריים. אפשר לשער גם שהשכיחות הגוברת של מגורים ללא בני משפחה נוספים נובעת בחלקה מיכולת (או מנספחות) רבה יותר לתפקד באופן עצמאי. אבל אין להתעלם מכך שאחד הגורמים לכך הוא גורם חברתי-תרבותי.

מאפיין המוגרפי אחר בעל חשיבות רבה הוא רמת ההשכלה. משתנה זה משפיע גם על עצם ההיזקקות לשירותים, אבל הוא בוחאי מגדיר את טיב השירותים הנדרשים ואת אופן הגשתם. סל השירותים הנדרש לאוכלוסייה משכילה שונה בהרכבו — בנושאים של תרבות, תעסוקה ובנושאים אחרים — מזה הדרוש לאוכלוסייה פחות משכילה. אופן ההפעלה של הקשישים מושפע מרמת ההשכלה של האוכלוסייה, וכך הלאה.

במפקד 1961 נתחלקה אוכלוסיית הגברים הקשישים לשלוש קבוצות שוות בגודלן: שליש מהם היו חסרי השכלה (0—4 שנות לימוד), שליש היו בעלי השכלה יסודית (5—8 שנות לימוד), והשליש העליון היו בעלי השכלה על-יסודית חלקית, מלאה או גבוהה. הגילאים הצעירים יותר היו בדרך כלל משכילים יותר, וכאשר אלה הודקנו החל תהליך של עלייה ברמת ההשכלה של הקשישים, והדבר ניכר כבר במפקד 1972. עוצמת השינוי מתגלה בנתוני המפקד האחרון: חלקם של חסרי ההשכלה הצטמצם משליש לחמישית, ואילו חלקם של המשכילים (השכלה על-יסודית חלקית ומעלה) גדל כמעט למחצית האוכלוסייה הקשישה (ראה לוח 5).

לוח 4. שיעורי אלמנות בקרב קשישים, לפי גיל ומין (השיעורים הם מתוך האוכלוסיות הרלוונטיות)

שנות מפקד		שנות מפקד	
1983	1972	1961	
גילאי 65—74			
27.5	29.9	32.4	סך-הכל יהודים
9.4	10.6	10.3	מזה: גברים
43.2	49.5	55.4	נשים
גילאי +75			
49.2	55.5	56.4	סך-הכל יהודים
24.6	29.3	29.2	מזה: גברים
71.1	78.7	79.4	נשים

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פירסומי מפקד האוכלוסין החדור, לשנים 1961, 1972 ו-1983.

התגוררו יחד ועם בניהם ונכדיהם. שכיחות התופעה הלכה והצטמצמה במשך השנים⁶, וגם בעניין זה ניתן להצביע על הבדלים בולטים בין המיפקדים של ראשית העשורים השני, השלישי והרביעי: אחוז הקשישים הלא-נשואים המתגוררים כבודדים במשק ביתם גדל מ-11 אחוזים בראשית שנות השישים, ל-19 אחוזים בראשית עשור השבעים (מפקד 1972), ול-25 אחוז במפקד 1983. גם אצל זוגות קשישים מתגלה מגמה של גידול באחוז המתגוררים לבדם, ללא בני משפחה אחרים. הנתונים משלושת המיפקדים מצביעים על גידול מ-32 אחוזים ל-46 אחוזים ב-1972, והתייצבות על רמה זו של 46 אחוזים, עד מפקד 1983.

אין ספק שהמשפחה מהווה מערכת תמיכה לא פורמלית, חלוטית לשירותים ציבוריים, אולם תמיכת המשפחה בקשישים אינה

5 ראה בפרסום של חנה וייל ואילה בייבר, "סיבות לפניה למעונות לקשישים עצמאיים", מכון ברוק דייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, דפי דיון 24/78, ירושלים, 1978.

6 ראה: י. שובל, ר' פליישמן-וע' שמואלי, "תמיכה לא פורמלית בקשישים: רשתות בלתי פורמליות בשכונה בירושלים", מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1982.

אצל הנשים יהיה מיעוט קטן של כאלה שאינן יודעות קרוא וכתוב, לעומת קרוב ל-40 אחוזים בראשית שנות השישים.

גורם דמוגרפי בעל חשיבות מיוחדת במשק הישראלי הוא הוותק בארץ. ישראל היתה בעבר מדינה צעירה, ואף היום היא נחשבת בין הצעירות שבמדינות המפותחות. היא יוצאת דופן בכך שמרבית זקניה נולדו בארצות זרות והגיעו לארץ בגיל מבוגר למדי. גורם זה הקטין את מידת המשולבות החברתית של הזקנים, לעומת ארצות אחרות, ובעבר מנע מהם לצבור זכויות פנסיה גאו-תות בטרם פרישתם. יחד עם זאת, ברבות השנים גדל מאוד מספרם של הוותיקים שבקרב הזקנים, שמצבם הכלכלי-חברתי מבוסס יותר.

הצבענו כאן על מספר משתנים דמוגר-פיים שיש להם השפעה על הביקוש לשי-רותים שונים. על טיבו של הקשר בין המשי-תנים שגורנו ובין הדרישה למעורבות ציבורית נרחיב את הדיוור בסרק הבא, ושם גם נבחן את ההשלכות שיש לשינויים ברמת ההשכלה על ההשתתפות בכוח העבודה.

ב. ההישענות על שירותים ציבוריים והמעורבות בפעילות כלכלית

מידת ההנאה משירותים שונים אינה מתחלקת — ואינה אמורה להתחלק — בשווה בין כל הקשישים. כדי לעמוד על דפוסי השימוש הנבדלים בקבוצות אוכלוסייה שונות נבחן את הנושא בהתייחס לשירותי בריאות, לשי-רותי הבטחת הסנסה ולמשפיעי תעסוקה.⁷

1. שירותי בריאות

הגורם החשוב ביותר מבחינת השפעתו על ההיוקקות לשירותי בריאות הוא גורם הגיל.

לוח 5. קשישים יהודיים, לפי רמת השכלה (שנות לימוד) (אחוזים)

שנות לימוד	השנה		
	1983	1972	1961
ג ב ר י ם	100	100	100
4-0	20	28	32
8-5	34	35	33
12-9	30	26	23
13+	17	11	12
נ ש י ם	100	100	100
4-0	28	41	53
8-5	32	30	29
12-9	30	23	15
13+	10	6	4

המקור: ראה המקורות ללוח 4.

שינויים דומים, ואף מהירים יותר, נמצאו אצל הנשים הקשישות, למרות שהרמה המוחלטת הממוצעת שלהן נשארה נמוכה מזו של הגברים בגיל זה. חלקן של חסרות ההשכלה ירד ממחצית לרבע, וחלקן של המשכילות הוכפל ולמעלה מזה (40 אחוזים ב-1983 לעומת 18 אחוזים ב-1961). ההבדל במידת השיפור בין גברים לנשים הביא לצמצום הפער בין המינים, וכיום הוא מתקיים רק בשתי הרמות הקיצוניות: חסרות ההשכלה הן 28 אחוזים לעומת 20 אחוזים אצל גברים, ובעלות השכלה על-תיכנית (13 שנות לימוד ומעלה) הן 10 אחוזים לעומת 17 אחוזים אצל גברים.

ביטוי נוסף למימד התרבותי הוא המשתנה "ידיעת קרוא וכתוב", וגם הוא מלמד על שיפור מהיר שחל על-פני שני העשורים הקודמים. לפי התחזיות תימשך המגמה גם בעתיד, ובשנות התשעים כמעט לא יישארו גברים קשישים שאינם יודעי קרוא וכתוב;

7. ראה: ש' ברגמן ובר-צורי, "עמדות הקשישים ודעותיהם כלפי מערכת שירותי הרווחה", תועד הפועל, המכון למחקר כלכלי וחברתי, תל-אביב, 1976.

לוח 6. הקשישים כאחוז מהאוכלוסייה וכאחוז מהאוכלוסייה המשוקללת במרדי אשפוז, לפי גיל (אחוזים)

	קשישים כאחוז מאוכלוסייה משוקללת		קשישים כאחוז מאוכלוסייה משוקללת		
	75+	74-65	75+	74-65	
1970	7.7	14.4	1.9	4.8	
1975	10.0	16.5	2.4	5.5	
1980	15.6	19.6	2.8	5.9	
1985	19.1	17.3	3.4	5.2	
1990	21.0	16.8	3.8	5.1	

המקור: ראה המקורות ללוח 1, וגם: המרכז לחקר המדיניות החברתית, הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1985 (בעריכת יעקב קופ), עמ' 39-48.

גם מצד זה לגידול בהיזקקות לשירותי בריאות.

אמת-מדה נוספת לקשר בין גיל ובין הישוענות על שירותים ציבוריים היא תהי" מצאות במוסד לטיפול ממושך. במיפקד 1972 נמצא, ששיעור המיסוד לפי גיל — הנמדד ביחס שבין המתגוררים במוסדות, בגילים השונים, ובין מספרם הכולל של הגילאים הללו באוכלוסייה — הולך ועולה עם הגיל במכפלה גיאומטרית. ממצא דומה נשנה גם במיפקד 1983 וכן במיפקד מוסדות מיוחד¹⁰.

משתנה הגיל אינו הגורם הדמוגרפי היחיד הפועל על מידת המיסוד. משתנה בעל חשיבות רבה בהקשר זה הוא המשתנה "מצב משפחתי". אלמנים ואלמנות נוטים להימצא

בעניין זה אינם דומים ישישים. בגיל 75 ומעלה לקשישים צעירים יותר. הדבר מתגלה בשלושה תחומים לפחות: אשפוז, ביקורי רופאים והימצאות במוסדות לטיפול ממושך — בתי אבות ואחרים.

מחקרים קודמים⁸ הראו את ההבדל בין קבוצת גיל שונות באשר למידת האשפוז של חבריהן. נמצא, שחלקם של הזקנים בתוך כלל ימי האשפוז במדינה גדול במידה רבה מחלקם באוכלוסייה, והוא אף הולך וגדל באופן יחסי. על ההשפעה המידית של מאפיין זה ניתן ללמוד מצירוף הממצאים על מדד האשפוז הדיפרנציאלי והממצאים שהוצגו בפרק הקודם על המגמות בהודקנות. ראינו, שבשני העשורים הקודמים גדלה במידה ניכרת האוכלוסייה הקשישה, ובעשור הנוכחי חלה הודקנות פנימית של קבוצת הזקנים, עם עליית משקלם של גילאי 75 ומעלה. ניתן לשקלל את נתוני האוכלוסייה בעזרת מדד המבוסס על אינטנסיביות האשפוז לפי גיל⁹, וכך למדוד באופן ישיר את השלכות ההודקנות. בלוח 6 חרשבה ההשפעה המצורפת, וממנו ניתן ללמוד, שבו בזמן שחלקם של הקשישים באוכלוסייה גדל לגדול, צפוף המשך הגידול בחלקם בסך-כל ימי האשפוז. הנתון על סך-כל האוכלוסייה כשהוא משוקלל במדד האשפוז מצביע על גידול של 20 אחוזים בעשור הנוכחי, אך האוכלוסייה הקשישה המשוקללת באותו מדד תגדל פי 1.5, היינו ב-30 אחוזים.

שירותי מרפאה וביקורי רופאים ניתנים לקשישים במידה רבה יותר מאשר לשאר חלקי האוכלוסייה, אם כי הפער קטן מזה שדוּבַחַן בשירותי האשפוז. לכן אפשר לצפות

8 ראה במיוחד במאמר של יעקב קופ וחיים פקטור, הנזכר לעיל בהערה 2.
9 לכל קבוצת גיל חושב והיחס בין משקלה באשפוזים ובין משקלה באוכלוסייה. לפירוט ראה: הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1985, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, 1985, עמ' 43.

10 שמעון ברגמן, חיים פקטור ואיריס קפלן, מיפקד מוסדות לטיפול ממושך בישראל 1983: היקף האוכ"ל לופייה, רמה תיפקודית ומימון, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, מ"ב-86, ירושלים, ינואר 1986. וראה גם: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הקשישים בישראל, פרסומי מיפקד האוכלוסין והדיר 1983, מס' 11, ירושלים, תשמ"א, עמ' 234-238.

של המוסד לביטוח לאומי. קיצבות אלה נית-
נות לכל אשה שמלאו לה 65 שנה ולכל גבר
בישראל שמלאו לו 70 שנה. נשים וגברים
קשישים בגילים צעירים יותר זכאים לקיצבה
אם אין להם הכנסה מתאימה אחרת (החוק
מגדיר נוסחה מדויקת לכך). אלמנות זכאיות
לקיצבת שאירים אם בן-זוגן נפטר אף אם
לא הגיעו לגיל 65. מבוטחים שצברו שנות
ותק בביטוח הלאומי זכאים להגדלת קיצבתם
לפי מידת הוותק שלהם.

כל הגורמים הדמוגרפיים שהוזכרו בפרק
הקודם יש להם השפעה ישירה על הסכום
הכולל של קיצבות ויקנה השאירים ועל
הקיצבה כמקור לרווחה כלכלית של מש-
פחות קשישים. הגידול במספר הקשישים
מלווה באופן אנטומטי כמעט בהגדלת היקף
הקיצבות. עליית משקלם היחסי של הישישים
בגיל 75 ומעלה בתוך כלל הקשישים מגדילה
את מרכיב התוצאה בקיצבה (בשכבה הצעירה
יותר של הקשישים קבלת הקיצבה מותנית,
סאמור, במבחן הפנסה). גם התארכות הוותק
בארץ נוטה להגדיל את הערך הכספי הכולל
של קיצבות הווקנת. סנגד זאת, הירידה
בשיעור האלמנות פועלת כאמור בכיוון
המנוגד, ובין היתר משום שהקיצבה ליחיד
היא בסכום שהוא גדול יותר ממחצית הקיצ-
בה לזוג. השפעה משנית בכיוון זה קיימת
גם בצבירת ותק בארץ, ומשמעה שהפרט
עשוי היה להתבסס מבחינה כלכלית וכך
לאפשר לו לדחות את הפרישה ואת קבלת
הקיצבה.

3. תעפוקה

הפעילות הכלכלית של הקשישים, ותרומתה
לרווחתם, הרבה פנים לות. הפן האחד הוא הפן
החומרי האישי — היותה מקור הכנסה למש-
פחת הקשיש. פן אחר הוא ההיבט החומרי
מנקודת ראות המשק. ריבוי הקשישים המצ-
טיפים לעבוד מעבר לגיל הפרישה המקובל
תורם להגדלת כוח העבודה של המשק.¹¹ אך

במוסדות יותר מאשר קשישים נשואים. התס-
בר לכך הוא, שהימצאותם בבית של שני
בני הזוג מהווה יחידת תמיכה תודנית, הפו-
טרת במקרים רבים מן הצורך לעבור לבית
אבות. ההתפתחות שתלה בעשור האחרון
במשתנה זה — היינו ירידה בשכיחות האל-
מנות — מקוזת במידת מה את ההזדקנות
הגוברת של האוכלוסייה, ופועלת לצמצום
הלחץ על המוסדות לטיפול ממושך (ראה
לוח 7).

לוח 7. קשישים החיים במוסדות,

ושיעורם בקבוצות הגיל המתאימות (1983)

קבוצת הגיל	סך-הכל		יהודים	
	סך-הכל	נשים גברים	סך-הכל	נשים גברים
סך-הכל	3.1	3.2	2.2	4.0
59—55	0.8	0.7	0.8	0.7
64—60	1.0	0.9	0.8	0.7
69—65	1.6	1.5	1.1	1.9
74—70	3.0	3.0	1.9	4.0
79—75	6.0	6.1	3.8	8.4
84—80	12.5	13.3	8.3	17.3
85+	19.5	21.2	15.4	26.0
סך-הכל	3.1	3.2	2.2	4.0
65+	5.0	5.1	3.3	6.7
75+	9.9	10.4	6.6	13.8
85+	19.5	21.2	15.4	26.0

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הקשי-
שים בישראל, פירסומי מיסקד האוכי-
לוסין והדירור 1983, מס' 11, ירושלים,
תשמ"ו.

2. הבטחת הכנסה

קבוצת הקשישים היא הקבוצה הגדולה ביותר
תר של נהנים מתשלומי הבטחת הכנסה,
המועברים אליהם כקיצבות קשישים ושאירים

11. על דחיית גיל הפרישה מנקודת ראות המשק ראה גם: א' הלמן ומ' סוניס, 'הזדקנות האוכלוסייה,
תעסוקת קשישים ומדיניות פרישה', בפחון פוציאלי 17 (מרס 1979), עמ' 119—129.

קשישים ואינו יכול לשקף את התמונה כהלכה, ויש להסתכל על השיעורים הנבדלים בקבוצות גיל שונות.

וגתונים על השתתפות שנתית¹² בכוח העבודה, המתבססים על מפקד 1983 מראים, שנמוצע ההשתתפות לכל הקשישים הגברים (גילאי 65 ומעלה) הייתה באותה עת 33.5 אחוזים. שיעור כולל זה היה ממוצע בין 43.5 אחוזים — השיעור לשכבה הצעירה (גיל 65—74) — ובין 18 אחוזים — בקרב הישישים. ואפשר גם לחשב את שיעורי ההשתתפות תוך חלוקה לקבוצות-משנה נוספות, וכך נמצא שבקבוצה הצעירה יותר (גילאי 65—69) השיעור הוא 50 אחוזים, ובקבוצה הישישה ביותר (גילאי 85 ומעלה) השיעור הוא 8.4 אחוזים בלבד. השיעורים הספציפיים לכל קבוצת ביניים נעים בתחום האמור, שבין 50 ל-8 אחוזים בערך. הדרגה זו בשיעורי ההשתתפות לפי גיל, כאשר מיחסים אותה לתמורות בהרכב הגיל הפנימי של האוכלוסייה הקשישה, תורמת להבנת הירידה בשיעור התעסוקה הממוצע לכלל הקשישים. גורם אחר המבחיל בין קבוצות-משנה בתוך כלל הקשישים הוא גורם ההשכלה¹³. וגתונים מסקרי כוח האדם לשנת 1983 מלמדים על הבדלים גדולים בין שיעורי התעסוקה של זקנים בעלי השכלה שונה, ומצביעים על מתאם גבוה למדי בין רמת ההשכלה ובין ההשתתפות בכוח העבודה.

נראה, שבין כל ההיבטים הללו מתבלט בכל דיון הצד התברתי הרחב יותר¹⁴. השתתפות בכוח העבודה — אם אינה כפויה ועקב לחצים כלכליים ולחצים דומים אחרים — מונעת הידרדרות מוראלית ומקנה לקשיש את האפשרות שלא לשנות את אורח חייו בנקודת זמן שחירותית כלשהי¹⁵. פרישה הדרגתית מהתאם לכוח העבודה ולצרכים האישיים מונעת את הניתוק הפתאומי והסוגרנות ובבית, תופעות שאובחנו במכבידות על הפרט ועל סביבתו. איפיון האוכלוסייה הקשישה לפי מידת פעילותה הכלכלית הוא, לפיכך, גורם דמוגרפי בעל השלכות חברתיות מרחיקות לכת.

השתתפות הקשישים בכוח העבודה נמצאת בירידה מתמדת לאורך שלושת העשורים האחרונים. באמצע שנות השישים השתתפו 40 אחוזים מכלל הקשישים הגברים בכוח העבודה. באמצע עשור השבעים ירד השיעור עוד לכדי 30 אחוזים, והמצב הוסיף להתדרדר בעשור הנוכחי, עד ששיעור הקשישים הגברים ירד לכדי 25 אחוזים בשנת 1983¹⁶. האם יש לראות בכך שינוי בנכונות הקשישים לעבוד? האם יש כאן השתקפות של ההקעה בתנאי שוק העבודה? שאלות אלה מזמנות עיון מעמיק יותר באופי הדינמי של ההשתתפות בכוח העבודה.

גורם דינמי אחד הוא הרכב הגיל הפנימי של קבוצת הקשישים. נתון יחיד על תעסוקת

12 יעקב קופ, "מעורבות הקשיש בבחי העבודה ובפעילות התנדבותית — תהיקף התמגמות", גרונפולוגיה (סתיו-תורף 84—1983), עמ' 3—9.

13 על חשיבותה של העבודה לקשישים מבחינה מוראלית ראה גם: I. Rosow, "Status and Role Change Through the Life Span", in: R. H. Binstock & E. Shanas, (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 457-482.

14 מזכור בשיעורי השתתפות בכוח העבודה בשבוע הסקר, ספי שהם מוצגים בפרסומי סקרי כוח-אדם. השתתפות הגשים הקשישות הייתה ונשארה שולית בלבד והנתונים עליה אינם משנים את התמונה הכללית. שיעור ההשתתפות אצלן לא עלה על 6 אחוזים בסך-הכל.

15 הנתון של השתתפות שנתית המובא כאן גבוה מן הנתון הקודם של השתתפות בכוח העבודה בשבוע הסקר הנדון בפיסקה הקודמת.

16 ראה דיון ב" Moshe Siron, "Employment and Retirement of Older Persons in Israel", in: U. O. Schmelz & G. Nathan (eds.), *Studies in the Population of Israel in Honor of Roberto Bachi*, Jerusalem, 1986.

פיות, ובפרט בטווח הקצר והבינוני, הוא זה הנוגע לאוכלוסייה הקשישה. תנועות הגידה אינן משנות בהרבה את מספר הקשישים הצפוי סביב 5 או 10 שנים, ולכן ניתן לאמץ בוודאות גיכרת את מספר הקשישים הצפוי. ואולם, אחוז הקשישים אכן מושפע מטעויות באומדן ההגירה והריבוי הטבעי, מפני שנתון זה מתבסס לא רק על מספר הקשישים, אלא גם על ממדי האוכלוסייה האחרת, אשר כאמור מוכתבים לא מעט על ידי הגירה תיצוגית ופנימית.

תחזית דמוגרפית של האוכלוסייה הקשישה יכולה להיות שאמנה למדי לא רק לגבי מספר הקשישים, אלא גם לגבי תכונותיהם — את מבנה ההשכלה ניתן לאמץ בוודאות רבה מאוד, משום שהקשישים של העשור הבא הם בחלקם קשישים כבר היום וחלקם האחר מורכב בעיקרו מגילאי 55—64 של היום. רמת ההשכלה של אלה ידועה באופן מוחלט, ואינה צפויה להשתנות במרוצת העשור. דומה הדבר, אם כי במידה פחותה, לגבי ידיעת השפה העברית וידיעת קרוא וכתוב.

המשתנה הבא בדירוג המשתנים לפי יכולת החיזוי שלהם הוא "מצב משפחתי". ניתן להפעיל סידרה של שיטות חיזוי — סימוני לציות ועל גתוני פרט, תחזיות אנליטיות מקובצות, וכיצא באלה — ובאמצעותן לחזות את ההתפתחות בוודאות רבה, בהתבסס על הידוע לגבי הפרשי הגיל בין בני הווג אצל קשישי המחר ותוך שימוש בטבלות החיים (life tables) הידועות.

הצירוף של התפתחות המשתנים הנזכרים מאפשר חיזוי ברמת דיסק פחותה מכך, אך סבירה, לגבי משתנים כגון הרכב משק הבית, השתתפות בעבודה וכו'. נסקור אפוא בקצרה את ההתפתחויות העיקריות הצפויות באוכלוסיית הקשישים של העשור הבא.

גידולה המוחלט של אוכלוסיית הקשישים היהודיים מואט והולך עד סוף המאה הנוכחית. בחמש השנים הקרובות עדיין צפויה תוספת מוחלטת של כ-45 אלף זקנים, אולם

שיעור התעסוקה של 10 אחוזים נמצא אצל חסרי השכלה, והשיעור הולך ועולה ל-25 אחוזים בערך אצל בעלי השכלה יסודית ועל-יסודית חלקית (עד 10 שנות לימוד). מכאן והלאה עולה שיעור ההשתתפות באופן תלול ל-37 אחוזים אצל בעלי השכלה תיכונית, על-תיכונית וגבוהה. הממצא הזה אינו חריג, וניתן למצוא דפוסי תעסוקה דומים גם בסקרי כוח-אדם קודמים. המניעים לשיעור ההשתתפות המשתנה ועוצים בחלקם באופי התעסוקה של קבוצות ההשכלה השונות. ניתן לשער, שבעלי משלח-יד אקדמי — כגון רופאים, עורכי דין ובעלי מקצועות חופשיים אחרים — שואפים יותר מאחרים להתמיד בתעסוקה מעבר לגיל הפרישה הרגיל. גם תנאי העבודה במשלח-יד כאלה מגבילים פחות מאלה של עובדי כפיים. ואל כל זה עשוי להתברר ה"מעמד בעבודה", היינו היחית הקשיש שכיר או עצמאי. עובדים עצמאיים מטבע הדברים חופשיים להתחיל על המשך העבודה מעבר לגיל הפרישה, בעוד ששכירים נתונים למגבלות מוסדיות חזקות למדי. וגם בעניין זה יש מיתאם כל-שהו בין השכלה, משלח-יד ומעמד בעבודה. בהיבט האחרון ניתן היה לצפות למגמת עלייה בתעסוקה, ועם עליית רמת ההשכלה, אך ייתכן שהרכב המעמד בעבודה (שכיר מול עצמאי) השתנה לרעה בקבוצת הזקנים.

ג. מבט על העתיד

1. תחזית דמוגרפית

התפתחויות דמוגרפיות בדרך כלל אינן קלות לחיזוי. שני יסודות מרכזיים בתחזיות האוכלוסייה במדינת ישראל הם: (1) תחזית הגירה של תושבים; (2) תחזית שינויים בדפוסי ילודה. לפחות הראשון מבין שני היסודות הללו נושא אופי כמעט ספקולטיבי, וגם לגבי השני הקרקע אינה מוצקה ביותר. יחד עם זאת, החלק היותר מבוסס בתחזיות דמוגר-

2. התאמת השירותים לשינוי בצרכים הודקנות אוכלוסייה, ובמיוחד גידול בחלקם של הישישים, אמוחה להגדיל את הצרכים במגוון רב של שירותים, החל בפתרונות מוסדיים וכלה בפתרונות קהילתיים. נראה, שהתבססות על שירותים מוסדיים, כגון בתי אבות לצורותיהם השונות, תעמיד בפני החברה קשיים מרובים, ותצריך הפניית משאבים רבים מבעבר, מה עוד שבינתיים קיים גירעון ניכר בתחום זה. אולם יש להבהיר, שהנטייה להעדיף שירותים קהילתיים קיימת לאו דווקא אצל כלכלנים, אלא גם אצל מומחים בתחומי השירות השונים (רופאים, גריאטרים, ועובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועוד). במקרה זה, שיקולי העלות היחסית צועדים בד בבד עם שיקולים מקצועיים-טיפוליים. לכן, הכיוון החשוב ביותר בהתאמת השירותים הוא שימת דגש נאות בפיתוח שירותים שיאפשרו תמיכה בקשישים בביתם במקום הפנייתם לבתי אבות ולמוסדות דומים. אין ספק, שגם לאחר שיפותחו כראוי השירותים הללו, עדיין יישארו זקנים רבים שמצבם התפקודי והמשפחתי אינו מאפשר טיפול במסגרת קהילתית. עבורם יש להוסיף ולחשוב תור להשלמת רשת נאותה של מוסדות לטיפול ממושך אשר יענו על הצרכים.

במסגרת התאמת השירותים לצרכים המשתנים יש לתת את הדעת על השינויים המתרחשים במאפייניהם של הקשישים בכל הקשור לרמת השירות הנדרשת ולטיבה. מערכת שירותים קיימת, המותאמת לרמה חברתית-תרבותית נתונה, אינה זהה בהכרח לזו שתידרש לאוכלוסיית העתיד. אין הדבר מחייב תקציבים גדולים יותר, אלא הקצאה שונה של המשאבים, ויחיד נכון של הצרכים ותכנון המענה עליהם.

גישה זו משתלבת בלי ספק בגישה הנדושת להפעלת הקשישים עצמם באספקת השירות. מסגרת אחת החייבת לקבל ביטוי

בשנות התשעים תחול האטה רבה מאוד, כאשר על-פני העשור כולו יתווספו רק כ-40 אלף זקנים. בתקופה זו יגדל גם מספר הקשישים הלא-יהודיים, וכך יגיע שיעורם ל-8.1 אחוזים מכלל הקשישים (בשנת 2000), לעומת 6.5 אחוזים כיום.¹⁷

השינוי המספרי הבולט בעשור הנזכר וב-עשור הבא הוא השינוי בהרכב הקשישים לפי גיל. בשני העשורים הקודמים היו הישישים (גילאי 75 ומעלה) כ-30 אחוזים מכלל הקשישים. בסוף העשור הנזכר יגדל חלקם ל-40 אחוזים, ובסוף המאה תחול עלייה נוספת לכדי 45 אחוזים, היינו כמעט מחצית מן הזקנים יהיו בגיל 75 ומעלה. מגמה דומה מתגלה בכל אחת מקבוצות הגיל העליונות האחרות (למשל, גילאי 85 ומעלה). התפתחות אחרת בנתונים כמותיים היא הרעת היחס המספרי בין נשים לגברים. אחוז הנשים בכלל אוכלוסיית הקשישים יגדל בשנת 2000 ל-58 אחוזים, לעומת 53 אחוזים בימינו ולעומת 50 אחוזים בראשית העשור השני (בשנת 1961). למרבה המזל, התפתחות זו לא תלחץ בגידול מקביל של מספר האלמנות, וזאת — כמוסבר לעיל — בשל שינויים שחלו בעבר בדפוסי הנישואין, שהביאו לצמצום הבדל הגיל הממוצע בין בני הזוג. חתך החשכלה של האוכלוסייה הקשישה יילך וידמה לזה של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, ויהיה יותר שוויוני מבעבר וברמה ממוצעת גבוהה יותר.

בתחום הכלכלי ניתן לצפות לשיפור עקב הגידול בצבירת זכויות פנסיה מעבודה. רוב הזקנים יהיו בעלי ותק ישראלי גבוה מבעבר, ומידת ההתבססות על פנסיה מעבודה תהיה בוודאי רבה יותר. גם תנאים כלכליים אחרים, המשתקפים למשל בבעלות על נכסי צריכה בני קיימא, הלכו והשתפרו בעבר בקצב מהיר, ויש לצפות להמשך ההתקדמות בעשור הבא.

17 נתוני התחזית השונים המוצגים להלן מבוססים על: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "תחזית תאוכלוסייה ומשקי הבית בישראל עד שנת 2000", סידרת פירסומים מיוחדים מס' 666, ירושלים, תשמ"א.

תגיל הממוצע הננקט בהשוואות בין-תקופתיות ובמגלואומיות של זיקנה. הגישה המקובלת היא בדרך כלל גישה סטטית ביסודית. היא מאמצת את תחום הגילים הרל-וונטי בתחום נתון שאינו בר-שינוי. אבל האם המציאות היא אכן כזאת? האם הארכת תוחלת החיים בעשורים האחרונים פירושה רק הארכת תקופת הזיקנה? הרי ייתכן באותה מידה, שהארכת תוחלת החיים משמעותה האמיתית היא דחיית הזיקנה, ולא רק דחיית המוות. ולפי גישה זו יש לבחון מחדש את הנורמות שנקבעו בעבר לגיל פרישה מעבודתה העוד.

יש חשש, שהתמדה בנקיטת גיל הפרישה המסורתי מדווחה "ציבוי המגשים את עצמו" (self-fulfilling prophecy). אדם המניע לגיל פרישה מסגל לעצמו דפוסי התנהגות הנראים לו תואמים את הציפיות לגבי גיל פרישה¹⁹. ברור מדוע הנזק התפקודי הכרוך בכך.

ואמת, הדברים עדיין טעונים בדיקה והוא כחוק, ואבל השערה סבירה למחקר היא ההשערה, שהגדלת תוחלת החיים ב- $X\%$ קשורה בדחיית גיל הזיקנה (והצורך בפרישה) ב- $X\%$, או באחוז קרוב לכך.

הדברים שלהלן אינם בגדר הערכה עובדתית, אלא תרגיל מחשבתי להבהרת ההשלכות של העמדת התפיסה הסטטית מזל זו הדינמית. אם נביח, שגיל הזיקנה זו בשלושת העשורים האחרונים ביחס דומה לשינוי שהתרחש בתוחלת החיים²⁰, אזי נמצא שגילאי "65" הנכונים הם תיזום גילאי 67.5; לפי נתון זה, איתנו הקשישים גדל רק במעט בתקופה האמורה.

מרכזי היא מסגרת ההתנהבות. המשק היש-האלי צובר משאבי אנוש מובטלים או מבוזבזים, שדי בהם כדי לענות על חלק גדול מן הצרכים הגדלים. קשישים רבים שפרשו מעבודתם, שלפעמים אינם יכולים להמשיך לעבוד מחשש שייפגעו זכויות הפנסיה שלהם, עשויים למלא תפקיד חיוני בסיוע לקשישים אחרים הזקוקים להתערבות סביבתית. יתרה מזו, ועצם התעסקות של קשישים כאלה (במסגרות התנדבותיות ואחרות) מהווה מעין טיפול מונע ובשביל הקשיש עצמו. מעורבות פעילה של קשיש מונעת הידרדרות מוראלית ותפקודית שנצפתה במקרים רבים בעת הפרישה מעבודה ובעקבותיה. הפגשתו של קשיש הנזקק לעזרה עם קשיש שיש ביכולתו לספק את העזרה המבוקשת עושה שירות מחייל וחשוב לשינוי הקשישים כאחד.

3. תפיסות חדשות של הזיקנה פיתוח הגישה האמורה, של עזרה הדדית ויתר מעורבות של קשישים באספקת השירות, מתקשר לצורך בבחינה מחודשת של הגדרת הצרכים. סיבות מוסדיות, דמוגרפיות, מחקריות וכדומה, מחייבות קביעת תחום שרי-רותי להגדרת "זיקנה", "קשיש", "קשיש" וכדומה. ואף לא אחד מן המשתמשים במושגים הללו תופס אותם כפשוטם בזיקה לגיל ונתון, או לנקודת זמן שהירותית בחייו של הקשיש¹⁸. נחות מוסדית היא העומדת מאחורי הנתהג הקיים להגדיר גיל נתון כגיל קשיש, אך לכולם ברור שמדובר בממוצע, ובכל ממוצע יש חריגים כלפי מעלה וחריגים כלפי מטה. עד כאן — הדברים מקובלים ואינם צריכים ראייה. טענה חזקה יותר נוגעת לעצם קביעת

18 לעניין הגדרת גיל הזיקנה והשונויות התרבותיות המאפיינות אותה ראה: J. B. Kessler, "Aging in Different Ways", *Human Behavior* 5 (6), (1976), pp. 56-60.

19 ראה בנושא זה: R.H. Binstock & G. O. Hagestad, "Age and Life-Course", in: Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1976.

20 חישוב השינוי בתוחלת החיים לגברים יהודיים מאז ראשית שנות ה-60 ועד ימינו מלמד, שחל בת שינוי של 3.7 אחוזים. הפעלת שיעור שינוי זה על גיל 65 מביאה אותנו לגיל של 67.5 שנים.

עברה את שיאה בתלקיה העיקריים. חוליות שונות של התהליך עדין פוקדות אותנו בהווה ויפקודנו בעתיד, אך עד לעשור השני של המאה הבאה, צפויה האטה גדולה בגידול הצרכים המיוחדים הנובעים מן ההזדקנות. עיקר המאמץ מכון לסגירת פער קיים בין גידול האוכלוסייה הקשישה בעבר ובין פיתוח השירותים הדרושים לה. סגירת הפער הנה ראוי שתיעשה מתוך תשומת לב לשינויים במאפייני האוכלוסייה ודרישותיה, ומתוך תפיסה חדשנית של יחס החברה לזיקנה. גישה מושכלת כזאת לא רק תמנע היווצרות מערכת שירותים מסורבלת ויקרה, אלא גם תסייע בגיבוש תברה שתשאר בידי תוקנים שלה אפשרות למלא תפקיד פעיל הן עבור עצמם והן עבור האוכלוסייה הסללית.

הדברים הללו אמורים לשמש תמריץ למחקר, אך גם לרפורמה בהסדרים מוסדיים שונים. ראש והאשון בהם הוא מעבר מפרישה כפויה לפרישה מרצון (תוך הפעלת בלמים מתאימים); מעבר מפרישה סופית ותדיר פעמית לפרישה הדרגתית; מעבר מאי-שוויון (בכיוון הפוך מן המתחייב) בין המינים לשוויון מלא ביניהם. החברה המודרנית צריכה להיות מסוגלת להפנן את מחשבתה ואת יחסה לזיקנה ולזקנים.

קשה לרכז את כל העובדות שהוצגו לעיל לקביעה מסכמת אחת, אבל ניתן להפנות את הזרקור אל אחד המוקדים העיקריים הנגזרים ממאמר זה: ישראל התנסתה בתהליך של הזדקנות מהירה, שתרם תוך פרק-זמן קצר של שני עשורים לשינוי פניה של החברה. יחד עם זאת, ההזדקנות כתהליך כבר

הגישות הקשורות לפיתוח חוק ביטוח סיעוד והשלכותיהן הכספיות

מאת ג'ק חביב * וחיים פקטור **

באה לידי ביטוי בתוק שהתקבל, ובגורמים
שהשפיעו על עלות החוק בפועל.

מבוא

סקירת הגישות השונות

הסוגיות העיקריות שעמדו בפני מעצבי חוק
ביטוח סיעוד הן: (א) איך לשלב את הסייח
הפורמלי, שמספקת המדינה, ועם הסייח הלא-
פורמלי, שניתן לקשיש באמצעות המשפחה;
(ב) האם לספק את העזרה החסרה באמצעות
שירותים בעין, או באמצעות גימלה כספית.
שתי סוגיות אלה כרוכות זו בזו והדיון בהן
יהיה משולב.

בעלי הגישות השונות הסכימו ביניהם,
שהאחריות למילוי צורכי הקשיש אינה יכולה
להיות מוטלת רק עליו העל משפחתו
ושהמדינה צריכה לסייע להם. לסייח זה יש
כמה מטרות: להבטיח מענה הולם לצורכי
הקשיש; למנוע עול כספי כבד מן הקשיש
ולתקל את עומס הטיפול המוטל על המש-
פחה; למנוע עד כמה שניתן מיסוד של
קשישים ולעודד את הישארותם בקהילה,
סמוך למשפחתם.

אך הדעות נחלקו לגבי אופן חלוקת האח-
ריות בין המדינה ובין הפרט ולגבי מידת

חוק ביטוח סיעוד¹ הוא אחד החוקים
המורכבים ביותר במסגרת החקיקה הסוציא-
לית בארץ. החוק בא על רקע הצורך הדחוק
לתת מענה הולם לצרכים של קשישים מוג-
בלים ושל משפחותיהם.

לכאורה, המטרה פשוטה — מימון שירו-
תים לעזרה בתפקוד אישי וביתי יומיומי של
הקשיש. בפועל הבעיה מסובכת מאוד.

הקשיים שליוו את תהליך הכנת החוק,
ושעשויים ללוות גם את יישומו, נובעים מן
הגישות השונות הקיימות, והסתירות לעתים,
לסיפוק צורכי הקשישים, ומן המשמעות
הכספית שיש להן לגבי תקציב המדינה.

תרומתו העיקרית של החוק במתכונתו
הנוכחית היא:

א. בהקצאת משאבים נוספים לסייע לקשי-
שים מוגבלים.

ב. בהחלטה להרחיב את הסייח לעידוד
הישארותם של הקשישים בקהילה.

מאמר זה יתמקד בסקירת הגישות העי-
קריות שהשפיעו על עיצובו של החוק, ומש-
מעותן הכספית של הגישות השונות; כמו
כן נדון בפשרה בין גישות אלה, כפי שהיא

* מנהל מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל.

** מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל.

המחברים רוצים להודות למספר אנשים שהיו מעורבים בגיבוש החוק ואשר אתם דגו רבות בנושאים
אלה: משה הבא, שלמה כהן, אורי לאור, ברנדה מורגנשטיין, שמואל פרידמן ודן שגיט.

1 חוק הביטוח הלאומי (תיקון מספר 61), התשמ"ז-1986, ספר החוקים 1178, ט"ז בניסן התשמ"ו,
25.4.1986.

שהמשפחה נותנת בפועל. ניתן מיד להבין, שגישה זו מחייבת מתן עזרה כספית, ולא מתן זכאות לשירותים. רק בצורה זו ניתן לספק סיוע ציבורי שווה למשפחה הנותנת עזרה בעצמה ולמשפחה המעוניינת בעזרה פורמלית. מסאן ניתן גם להבין, למה כינינו גישה זו בשם גישת הפיצוי — הכסף מפצה את המשפחה על העזרה שהיא מעניקה בכוחות עצמה. יש מי שדוגל בכך מטעמי צדק, בטענה שאין להעניש משפחה על שהיא מספקת בעצמה את העזרה, ויש מי שדוגל בכך כדי לתמרץ את המשפחות לסייע לקשיש בעצמן.

מעבר לבחירה בין שתי הגישות הללו יש עוד קביעה המשפיעה רבות על מהות המחויבות הציבורית — מידת המחויבות לענות על מלוא הצרכים. בגישת הנכונות: האם המדינה מוכנה לספק את כל העזרה הדרושה כדי לענות על מלוא הצרכים של הקשיש, באשר אין משפחה המסוגלת או המוכנה לטפל בו? בגישת הפיצוי: האם היא מוכנה לפצות את המשפחה על כל העזרה שהיא נותנת? במערכות ציבוריות קיימות לעתים הגבלות על היקף העזרה. הגבלות אלה משקפות, בחלקן, קביעה לגבי הסכום המקסימלי שסביר להוציא כדי לאפשר לקשיש להישאר בקהילה. הסיבה לכך היא, בחלקה, שבנקודה מסוימת עלות זו עולה על העלות של מיסוד (אף-על-פי שיש המעדיפים לאפשר לקשיש להישאר בקהילה, אפילו בעלות גבוהה יותר, אם דבר זה תואם את העדפותיו). אך לעתים הגבלות אלה נקבעות ברמות שהן נמוכות מן העלות המוסדית ומשקפות את הרצון לחסוך בהוצאה הציבורית.

להגבלות אלה יש משמעות רבה לגבי העקרונות שהצגנו לעיל. הן מכניסות יסוד של כפייה, שכן המשפחה חייבת לבחור בין הענקת העזרה לקשיש ובין הסיכון שצרכיו יישארו ללא מענה.

כדי להמחיש את שתי הגישות, ולעמוד על ההבדל בעלותן, אנו מציגים להלן דוגמה

המשאבים הציבוריים שיש להקצות, כדי לעמוד את המשפחה להמשיך לתמוך בקשיש. מימד נוסף, אשר יכול להבחין בין הגישות השונות, הוא ההתייחסות למטרות התברתיות והכלכליות הקשורות בעזרת המשפחה. יש הרואים בעזרה זו בעיקר אמצעי לצמצום ההוצאה הציבורית; יש מי שרואה בה פתרון לקושי במציאת כוח אדם מתאים בחיקף הדרוש; אך יש גם גישה הרואה באספקת העזרה מטעם המשפחה ערך בפני עצמו, סידור שהוא עדיף מבחינת רווחת הקשיש. גישה זו מצדיקה מתן תמריצים לאספקת שירותים על-ידי המשפחה. התמריצים המוצעים, כמו כל מערכת תמריצים, ניתנים גם למשפחות שבין סף וכה היו מספקות את העזרה, ולכן הם עלולים להעלות את סך העלות הציבורית. אך מי שמחשיב מאוד את הערך של תמיכת המשפחה מוכן לשאת גם בעלות נוספת לשם כך.

בהמשך מתוארות שתי הגישות העיקריות, שעמדו זו מול זו בדיונים על החוק — גישת ה"נכונות" וגישת ה"פיצוי" — ומוצג ניתוח העלות היחסית שלהן. עלינו לציין, שבחרנו להכתיר את הגישות הנידונות בשמות אלה לשם נוחותנו שלנו, אין אלה השמות המקובלים בדיון הציבורי.

גישת הנכונות

על-פי גישה זו המדינה רואה את תפקידה בהשלמת העזרה שהמשפחה מוכנה לספק. אחד התפקידים החשובים של ועבודה מקצועית עם הקשיש ומשפחתו הוא לסייע להם לברר מה הם מסוגלים ונכונים לעשות בעצמם, אולם אין בגישה זו כוונה לכפות מטלות על המשפחה. לפי גישה זו, משפחה המסוגלת והמוכנה לסייע לקשיש, תקבל פחות עזרה מן המדינה, אך מחבטת לה שהמדינה תרחיב את הסייע סאשר היא תודקק לעזרה נוספת.

גישת הפיצוי

על-פי גישה זו על המדינה לסייע בלי קשר לנכונות המשפחה לתמוך בקשיש ולעזרה

לוח 1. גישות חלופיות לבתן תמיכה פורמלית

משפחת לוח	משפחת חזן	משפחת כהן	
30	30	30	צרכים (שעות בשבוע)
0	20	30	נכונות המשפחה
			עזרה פורמלית
			גישת הנכונות
30	10	0	צרכים מלאים
20	10	0	צרכים חלקיים
			גישת הפיצוי
30	30	30	צרכים מלאים
20	20	20	צרכים חלקיים

אלה הטוענים, ששיטת הפיצוי תהיה זולה יותר מסתמכים על ההנחה שהתפלגות יכולה להיות שונה בשתי הגישות, ושהיקף העזרה המשפחתית תהיה קטנה יותר בשיטת הנכונות. טענה זו מוטלת בספק ברמה התי-אורטית. הטענה היא, שבגלל שהמשפחות יקבלו תשלום עבור כל שעת טיפול שהן נותנות הדבר ימריץ אותן להגדיל את העזרה. אך מצד שני, בגלל הפיצוי יש למשפחה ולקשיש תוספת הכנסה שיכולה לאפשר להם לקנות יותר שירותים פורמליים ולעודד אותם לכך. אי אפשר לדעת מראש איזו השפעה תהיה חזקה יותר.

ההבדל בין שתי הגישות יכול להתבטא גם בהבדל בפנייה למיסוד. זו היתה אחת הטענות העיקריות שהושמעו בדיון הציבורי. נטען, שתשלום למשפחות ימנע מהן לפנות למוסד. אך יש להדגיש, שגם מתן שירותים לפי גישת הנכונות, אמורה לצמצם את הפנייה למוסד, על-ידי מתן מענה לצורכי הקשישים והקלה על הנטל המוטל על המשפחות. כך שהשאלה היא, מה מידת ההבדל בין שתי הגישות בהשפעתן על היקף הפנייה למיסוד. כדי לבחון את

של שלוש משפחות. בשלושתן מדובר בהיקף זהה של צורכי הקשיש, הזקוק ל-30 שעות עזרה בשבוע, ההבדל בין המשפחות מתבטא בנכונותן לספק את העזרה: משפחת לוי אינה מוכנה לעזור כלל, משפחת חזן מוכנה לספק עזרה בהיקף של 20 שעות ומשפחת כהן — הכל.

לוח 1 מציג את היקף העזרה הציבורית שיקבל הקשיש לפי גישת הנכונות ולפי גישת הפיצוי, ועל-פי שתי גישות חלופיות למידת המחויבות — מחויבות מלאה לענות על הצרכים ומחויבות חלקית.

ניתן לראות, שהיקף העזרה הניתנת לקשיש הוא אחד בגישת הפיצוי ומשתנה בגישת הנכונות בהתאם לנכונות המשפחה. בלוח 1 מוצגת גם האפשרות של התייחסות חלקית לצרכים. אנו מניחים, שנקבע מקסימום של 20 שעות עזרה בשבוע בשתי הגישות. ניתן לראות, שלאחר הגבלת היקף העזרה לאדון לוי, ישארו צרכים ללא מענה — אלא אם כן תחליט המשפחה בכל זאת לתת את העזרה החסרה. במקרה של האדון-נים חזן וכהן ההגבלה אינה משפיעה בגישת הנכונות, אך המשפחה תקבל פיצוי עבור מספר קטן יותר של שעות. הדבר לא יתבטא בצרכים לא מסופקים, אלא בפיצוי חלקי למשפחות עבור עזרתן.

כדי להעריך את תעלות של הגישות השונות ופניה התפלגות של אוכלוסיית הקשישים בין טיפוס המשפחות כפי שהדבר מוצג בלוח 2. כדי לפשט את החישובים נתייחס לשני סוגי משפחות בלבד (כהן ולוי). תחילה יש צורך לקבוע את התפלגות האוכלוסייה בין שני סוגי המשפחות; ההתפלגות הנוכחית של המשפחות בישראל משקפת מצב, שבו רוב המשפחות קרובות יותר למשפחת כהן או למשפחת חזן. השאלה העיקרית היא, איך יתפלגו המשפחות, כאשר השירותים יהיו הרבה יותר זמינים. ברור, שחלק יצמצמו את היקף העזרה שהם מעני-קים, אך השאלה היא — בכמה, והאם ימשיכו המשפחות לשאת בעיקר נטל הטיפול.

במקרה שכל המשפחות מפסיקות לטפל תהיה העלות של שתי השיטות זהה. כאשר שעות הטיפול המשפחתיות מפוצות במתיר נמוך יותר, העלות היחסית של שתי הגישות איננה ברורה. העלות תלויה במידת העזרה המשפחתית הננית בשתי הגישות וברמת הפיצוי לשעות עזרה משפחתית. ניתן לראות בלוח 2, שברמת פיצוי של 80% ההבדל בין ההתפלגויות צריך להיות משמעותי מאוד. כך, שרק אם בגישת הנכונות תהיה ההתפלגות גות כמו בהנחה ב', ואילו בגישת הפיצוי תהיה ההתפלגות כמו בהנחה א' — אזי העלות של שתי הגישות תהיה זהה. ככל שגוריד את אחוז הפיצוי ההבדל בהתפלגויות יות צריך להיות משמעותי פחות כדי שעלות שיטת הפיצוי לא תעלה על עלות שיטת הנכונות.

עד כה לא הבאנו בחשבון את ההשפעה הדיפרנציאלית האפשרית על מיסוד. ננסה לעמוד על סדר הגודל האפשרי של גודם זה. בישראל נמצאים כיום 2.2 אחוזים מן הקשישים. במוסד סיעודי. אוכלוסייה זו מהווה 70—80 אחוזים מן האוכלוסייה הסיעודית הנחה בקהילה. כלומר, אם היינו מונעים מיסוד באופן מלא, היה מספר הקשישים המוגבלים המתגוררים בקהילה גדל באחוז זה. מתוך מחקר על האפשרות למנות מיסוד, שנערך בקרב נמתינים למיסוד בשלוש ערים ב-1983 (חביב ואחרים, 1986) נמצא, שבערך 50% מן הקשישים הסיעודיים יכלו להישאר בקהילה, ולו היו מרחיבים את השירותים הקהילתיים. אנו מניחים, ששיעור יותר נמוך מאלה הנמצאים, במוסד יכלו להישאר בקהילה — לכל היותר 30%. לפי הנחה זו אנו מגיעים לגודל מקסימלי ב-25 אחוזים באוכלוסייה הקהילתית. כתוצאה ממניעת מיסוד תגדל העלות של הטיפול הקהילתי, אבל יושג היסכון בעלות הטיפול המוסדי. היסכון הכולל הוא פונקציה של ההבדל בין עלות הטיפול המוסדי לעלות הטיפול בקהילה. במחקר שהוזכר לעיל (חביב ואחרים, 1986) נמצא, שההבדל הממוצע

ההשלכות של אפשרות זו נבחן את המש- מעות הכמותית. האפשרות שלה על-פי הנחות שונות.

טענה שנייה שמעלים אלה התומכים בגישת הפיצוי מתייחסת לעלות של שעות עזרה. בגישת הנכונות נקבעת עלות זו על-פי מחיר השירותים הפורמליים בשוק. היום מחיר זה הוא 4 דולר בערך, אך עם התרחבות הביקוש יש להניח, שהמחיר יעלה ל-5 דולר לפחות. בגישת הפיצוי ניתן לעשות הפרדה בין עלות התשלום לשעות של עזרה פורמלית ובין עלותה של שעות עזרה משפחתית ולקבוע למשפחה פיצוי בשיעור נמוך יותר.

בלוח 2 מוצגת העלות היחסית של שתי הגישות בהנחות שונות לגבי התפלגות המשפחות ומוצג הפרש התעריף בין טיפול פורמלי לטיפול משפחתי. מוצגות שלוש התפלגויות חלופיות של המשפחות. בראשונה — 80% מן המשפחות דומות למשפחת כהן ו-20% למשפחת לוי, כלומר דומה למצב היום. בשנייה אחוז המשפחות הדומות למשפחת כהן יורד ל-16% ואחוז הדומות למשפחת לוי עולה ל-84%. בהתפלגות השלישית כל המשפחות דומות למשפחת לוי, כלומר, נפסק הטיפול המשפחתי. בחלקו הראשון של הלוח ניתן לראות את החלוקה בין שעות טיפול פורמליות לשעות טיפול לא פורמליות על-פי שלוש ההנחות. בחלק השני של הלוח מחושבות העלויות. הדבר נעשה על-ידי קביעת שיעור הפיצוי לעזרת המשפחה. מוצגות שלוש הנחות: 100% מן השיעור הפורמלי (כלומר זהה), 80% ו-60%. אנו מניחים, שבשלב ראשון אין הבדל בהיקף המשפחות הנרות בקהילה. כלומר, אין הבדל בהשפעת שתי השיטות על היקף המיסוד.

מן החישובים של העלויות המוצגות בלוח עולות כמה מסקנות. אם אין הבדל בין שיעור הפיצוי על שעות עזרה פורמלית ובין שיעור הפיצוי על שעות עזרה משפחתית, שיטת הפיצוי תהיה תמיד יקרה יותר. רק

לוח 2. חישובי עלות שבוטית למערכות המכופפות על גישת הנכונות וגישה הפיצוי באוכלוסיות היפתטיות ובהנחות שונות לגבי שיעור הפיצוי למשפחות²

התפלגויות אלטרנטיביות ³			
	א	ב	ג
	80% כהן 20% לרי	16% כהן 84% לרי	0% כהן 100% לרי
רפוח העזרה			
פורמלית	600	2,520	3,000
לא פורמלית	2,400	480	0
עלויות (בדולרים) ⁴			
גישת הנכונות	3,000	12,600	15,000
גישת הפיצוי לפי: ⁵			
100% מהעלות הפורמלית (\$5)	15,000	15,000	15,000
80% מהעלות הפורמלית (\$4)	12,600	14,520	15,000
60% מהעלות הפורמלית (\$3)	10,200	14,040	15,000

- בהנחה, שבשתי הגישות מלוא הצרכים של הקשישים מקבלים מענה ושמשפר הקשישים בקהילה הוא קבוע.
- בהנחה, שיש 100 משפחות המתחלקות בין שניים מסוגי המשפחות המוצגות בלוח 1: משפחת כהן, שבה הקשיש זקוק ל-30 שעות עזרה בשבוע והמשפחה מוכנה להרשיט את מלוא העזרה; ומשפחת לוי, שבה הקשיש זקוק גם הוא ל-30 שעות, אך המשפחה אינה שוזרת כלל.
- בהנחה, שעלות הטיפול הפורמלי הוא 5 דולר לשעה.
- תשלום עבור שעות פורמליות בפועל לפי 5 דולר לשעה, תשלום עבור שעות לא פורמליות (פיצוי) לפי אלטרנטיבות שונות.

לעומת העלות המוסדית יהיה שונה בשתי השיטות.

העלות היחסית קשורה היא עצמה להיקף עזרת המשפחה והחיסכון במגיעת מיסוד יכול גם להיות שונה בין שתי השיטות בהתאם לניתוח הקודם. בשיטת הפיצוי ההפרש יהיה קטן יותר, אלא אם כן שיעור הפיצוי עבור המשפחה גמוד יותר מן התשלום לעזרה פורמלית ויש הבדל משמעותי בין השיטות בהיקף העזרה המשפחתית. בסיכומו של דבר, ההשפעות על מיסוד יכולות להביא להבדל גוסף בעלות שתי השיטות, אבל הסיון אינו חד-משמעי וההבדל עצמו אינו חייב להיות משמעותי מבחינת סדר הגודל.

בעלות היה 125 דולר בערך עבור קשיש סיעודי, הפרש שהוא 17% מן העלות הצי-בזית של הטיפול המוסדי. מכאן, שניתן לחסוך בעלות הכחללת במידה שהרחבת השירותים הקהילתיים תביא לצמצום בהיקף המיסוד. אך לצורך השוואה בין השיטות חשוב לא רק גודלה של ההשפעה על המי-סוד, אלא גם מידת ההבדל בין השיטות. הבדל יכול להתבטא בשני מרכיבים:

- האם בשיטה אחת יהיה הצמצום במי-סוד גדול יותר מאשר בשני. אין ודאות בכך שההבדל יהיה משמעותי; על כל פנים, אין הוכחות בספרות המחקר בנושא זה.
- האם ההפרש בין עלות קהילתית

פעולות היומיום". היקף הזכאות אינו משי-
תנה אסוף באופן הציף עם היקף הצרכים,
כפי שנתוג בדרך כלל בחוקים המבטחים
שירותים, אלא אנשים ברמות שונות של
צורך זכאים לאותו היקף עזרה. המשמעות
של צורה זו של הגדרת הזכויות תלויה
באופן הביצוע של החוק בפועל, כפי שיובהר
להלן.

4. הזכאות נקבעת על בסיס הצורך בעזרה,
הנובע מליקויים תפקודיים, אך אנשים באו-
תה רמה תפקודית מעוניינים במידות שונות
של עזרה בפועל מן השירותים הפורמליים,
כתוצאה מתנאי מגוריהם וממסכת הקשרים
המשפחתיים שלהם. לדוגמה: קשיש שגר
עם בן-זוג או עם ילדיו יזדקק לפחות עזרה
בתחום העזרה הביתית (בערך 73 אחוזים
מן הקשישים המוגבלים גרים עם בני זוג או
עם ילדיהם); משפחות רבות מעוניינות
לספק חלק מן הטיפול האישי בעצמן. לכן
אין לצפות לכך, שהקשיש יבקש לממש את
כל העזרה שהוא זכאי לה, ואף אין סיבה
לעודד אותו לכך. תפקידם של אנשי המק-
צוע, שיהיו ממונים על הכנת תוכנית טיפול
לכל זכאי, יהיה לסייע לו ולמשפחתו למצוא
את האיזון הרצוי להם בין עזרה פורמלית
לעזרה לא פורמלית.

5. השימוש בזכאות במסגרת החוק מוגבל
לקניית שירותים אחדים — בעיקר טיפול
אישי, השגחה ועזרה ביתית. עדיין לא נקבע
אילו שירותים בדיוק ייכללו בהגדרות הכל-
ליות האלה; ככל שהרשימה מקיפה יותר, כן
גובר הסיכוי שינוצל מלוא סכום הזכאות,
מאחר שמשפחה שאינה מעוניינת בשירות
ספציפי אחד יכולה להיות מעוניינת בקבלת
שירותים אחרים או בסל רחב של שירותים,
כל אחד בהיקף מוגבל.

6. החוק אינו מסגרת המנסה לענות על
מלוא הצרכים של הקשיש, אפילו לגבי
אותם שירותים המכוסים בסגרת החוק. תז-
כאות מוגבלת לסכום נתון, השווה, במונחים
של כוח קנייה של שירותים לטיפול אישי,
בערך 12 שעות שבועיות לאדם מוגבל

החוק שהתקבל

השיטה שהתקבלה במסגרת החוק אינה
משקפת אף אחת מן הגישות, אלא היא
פשרה ביניהן. ואלה האיפיונים העיקריים
של החוק:

1. החוק מקנה זכאות לפי חוק הביטוח
הלאומי. משמעות החבר היא, שאין מגבלת
תקציב ויש לספק מענה לכל מי שנמצא
זכאי. אם ההוצאות יעלו על הגבייה, ניתן
יהיה לשנות את החוק, כדי ליצור איזון —
לצמצם את הזכויות או להרחיב את שיעורי
הגבייה. משמעות נוספת היא, שאדם המר-
גיש נפטע יכול לפנות לבית-הדין לעבודה.
2. החוק מקנה זכאות קודם כל לקבלת
שירותים. הוא אינו מגביל את זהות הספק
— גוף ציבורי, או פרטי, או אפילו שכן —
אך התשלום צריך לבוא ישירות מן הביטוח
הלאומי לספק. רק כאשר השירות אינו זמין,
הפונה זכאי לקבל גימלה כספית, שניתן
לנצלה לכל מטרה שהיא, והיא אינה מחייבת
קניית שירות. השילוב בין הבטחת שירותים
לתמיכה כספית היא נקודת שוני עיקרית
לעומת מסגרות אחרות (בישראל ובחוג-
לארץ), המקנות זכויות ביטוח לשירותים,
כמו ביטוח בריאות (ציבורית או פרטית).
הגימלה הכספית תהיה במקרים אלה פיצוי
טהור; כיוון שאם אין שירותים זמינים, ממי-
לא לא ניתן יהיה לנצל את הכסף לקניית
שירותים.
3. החוק מגדיר את הזכאות לעזרה במו-
נחים כספיים, והסכומים צמודים לשכר המ-
מוצע במשק. גם בכך החוק שונה ממסגרות
המבטחות שירותים, אשר בדרך כלל מגדי-
רות את הזכויות במונחים של יחידות שירות.
משמעות הדבר היא, שאם ישתנה השכר
היחסי של הגורמים המספקים שירותי בית,
ישתנה הערך הריאלי של הזכויות במסגרת
החוק. היקף הזכאות מאגדר בשתי רמות,
בהתאם לשתי רמות מוגבלות: "מוגבל
ברוב פעולות היומיום" ו"מוגבל בכל

דרגות של מוגבלות לפי היקף העזרה הדרושה. לפי התכנון המוקדם רק שתי הקטיגוריות הנמצאות מתחת לקו הכפול יהיו זכאיות במסגרת החוק; כלומר, כל מי שזקוק לעזרה בהיקף של 12 שעות או יותר. אוכלוסייה זו מונה כ-8,800 מוגבלים. הקטיגוריה שמעל לקו הכפול, הכוללת כ-22,700 מוגבלים, הזקוקים לפחות מ-12 שעות עזרה, לא יהיו זכאים במסגרת החוק.

בתמקד קודם כל בחלקו התחתון של הלוח. בחלק הזה יש הבחנה נוספת, בין אלה שיעמדו במבחן ההכנסה ובין אלה שלא יעמדו במבחן זה, ולכן לא יהיו זכאים לסימוע במסגרת החוק. הזכאות במסגרת החוק מחולקת לשתי רמות קיצבה. כאמור, תרגום ערך הקיצבה למונחים של כוח קנייה של שעות טיפול של מטפלת בית, לפי המחירים המקובלים, מצביע על כך, שברמת הזכאות הנמוכה יותר יהיה אדם זכאי ל-12 שעות עזרה. אנשים הנכללים בקטיגוריה זו יהיו זקוקים, לפי מצבם התפקודי, ל-12—23 שעות. כאשר יש משפחה הנותנת חלק מן הטיפול, ייתכן שיספיקו 12 שעות או שאפילו לא יהיה צורך לממש את הזכאות ל-12 שעות והקשיש יוכל להסתפק בפחות מכך; אך כאשר לקשיש אין משפחה הנותנת חלק מן הטיפול, גם 12 השעות לא יספיקו, והוא יקבל עזרה ממקור אחר או שהוא יאלץ לפנות למוסד. סיום, קשיש כזה יכול לקבל, לפי הנהלים הקיימים, השלמה בהיקף של 5—7 שעות לטיפול אישי, ובנוסף הוא יוכל לקבל, אם הוא בעל הכנסה נמוכה, עזרה ביתית ממוסד הרווחה.

נעבור מסאן לקבוצה הזכאית לגימלה גבוהה יותר, שערכה 18 שעות בערך. בקבוצה זו יהיו אנשים הזקוקים ליותר מ-23 שעות, והצורך יכול להגיע בחלק מן המקרים גם ל-30—50 שעות בשבוע. גם כאן הסל תלוי בהיקף העזרה שהמשפחה נותנת; אם היא אינה עוזרת, יתה הקשיש זקוק להשלמה מן המערכת הקיימת, המעניקה בין 9 ל-18 שעות עזרה שבועיות.

חלקית. היקף זה אינו עולה על הוסאות המקסימלית הקיימת היום במסגרת משרד הבריאות וקופת תולים. לעומת זאת, קשיש מוגבל יכול להזדקק ל-30 שעות עזרה בשבוע. במקרה שאין משפחה המוכנה למלא חלק מצרכיו, יצטרך קשיש זה או לפנות למוסד, או להישאר בקהילה למרות שצרכיו אינם מסופקים, או שהמשפחה תאלץ לספק עזרה בהיקף שהוא מעבר לרצונה. אפשרות נוספת היא, שהקשיש יקבל השלמה מן המסגרות המספקות היום שירותים אלה (משרד הרווחה, משרד הבריאות וקופת תולים), אך הדבר תלוי בשמירה על ערכם הריאלי של התקציבים העומדים לשם כך לרשות הגורמים הללו.

בסיכומי של דבר ניתן לראות, שהחוק הוא שילוב מיוחד של מסגרת, המקנה זכות הן לשירותים והן לגימלאות כספיות, תוך כדי מחויבות חלקית לענות על הצרכים. על רקע כלל המערכת המספקת שירותים, מצטיירת מערכת תלת-רבדית:

1. הרובד הראשון, שיופעל על-ידי הביטוח הלאומי מקנה זכאות לשירותים על סמך זכויות חוקיות לכל מי שתכנסותיו הן מתחת לרמה נתונה, ללא הגבלת תקציב ועם זכות ערעור בבית-דין לעבודה.

2. הרובד השני, המופעל על-ידי קופת תולים כללית, מקנה זכאות לשירותים על סמך ביטוח הבריאות הכללי. כפי שהמערכת פועלת היום, כל קשיש הממלא אחרי תנאי הזכאות יקבל עזרה ללא התחשבות באילו צים תקציביים. יחד עם זאת, אנו עדים בתקופה האחרונה להתמרה בתנאי הזכאות ולהעלאת ההשתתפות העצמית של הקשיש.

3. הרובד השלישי, המופעל על-ידי משרדי הבריאות והרווחה, מקנה זכאות לשירותים עם הגבלות תקציביות. רובד זה מכון בעיקר לאוכלוסיות מעוטות הכנסה.

מכיוון שהדבר מורכב, ניסינו לפשט אותו בעזרת לוח 3. בטור הראשון, המחולק לשלושה חלקים, אנו מבחינים בין שלוש

לוח 3: היקף הנזקקות והיקף הזכאות לפיוע במסגרת חוק סיעוד ובמסגרת הקיימות

היקף הצורך בטיפול אישי	לא זכאים במסגרת החוק טיפול אישי	התכנסה מעל לזכאות של משרד הרווחה
11-1 שעות שבועיות	משרד הרווחה - עד 6 שעות שבועיות קופת חולים ומשרד הבריאות - עד 5 שעות שבועיות	קופת חולים - 5 שעות שבועיות
22,700 קשישים	חלקם זכאים לעזרה ביתית ממשרד הרווחה.	
זכאים במסגרת החוק		
12-22 שעות שבועיות	קופת חולים/משה"ב טיפול אישי 7-5 שעות שבועיות חלקם זכאים לעזרה ביתית ממש"ר	בעלי הכנסה גבוהה קופת חולים טיפול אישי בהיקף של 5-7 שעות שבועיות
5,160 קשישים		
23 שעות שבועיות ומעלה	קופת חולים/משה"ב טיפול אישי 9-18 שעות שבועיות חלקם זכאים לעזרה ביתית ממש"ר	בעלי הכנסה גבוהה קופת חולים טיפול אישי בהיקף של 9-18 שעות שבועיות
3,360 קשישים		

אלה הכלולים בקטיגוריה זו יכולים לקבל היום עזרה מקופת חולים תוך כדי השתתפות חלקית בהוצאות. לאנשים שהם מוגבי לים פחות, כל המשרדים וקופת חולים מצו-רבים במתן עזרה, כפי שהדבר מתבטא בחלקו העליון של הלוח. קופת חולים היא היחידה המעניקה עזרה ללא קשר לרמת התכנסה גם בקטיגוריה זו (כאמור, כפוף להשתתפות עצמית של הקשיש).

ציון האוכלוסיות שאינן זכאיות במסגרת החוק מביא אף הוא לכמה מסקנות: (1) הוא מדגיש את העובדה שבמסגרת החוק אין אנו עונים על הבעיה בכללותה, ולכן חשוב ועד מאוד להמשיך ולפתח את התקציבים העומדים לרשות האוכלוסיות הלא-מכוסות, שהן גם גדלות משנה לשנה בהיקפן וגם המענה שהן מקבלות כיום לצורכיהן הוא

תמונה זו מדגישה את החשיבות שיש לתבטח את התקציבים הקיימים, המהווים את הבסיס, כדי למנוע מיסוד ומאפשרים לאדם לגור בסקהילה כאשר הוא זקוק לעזרה מעל הרמה המובטחת בחוק. יחד עם זאת, ניתן לראות גם את החשיבות של סיוע המשפחה לקשיש, ושכן למערכת הקיימת אין די מש-אבים להשלים את העזרה לכל הקשישים שיחזקו לכך אם המשפחות לא ימשיכו למסל בהם. הדבר גם מדגיש את החשיבות של מערכת ארגונית שתשלב ראייה כוללת של הצרכים והאמצעים העומדים לרשות המערכת במסגרת החוק ומחוצה לו.

ברצוננו לפנות כעת לאוכלוסיות שלא תהיינה זכאיות במסגרת החוק. קטיגוריה זו כוללת את כל יאלה אשר על אף היותם מוגבלים אינם עומדים במבחן התכנסות.

להכרת הגורמים השונים היכולים להשפיע על כך.

מספר האנשים העומדים במבחני התפקוד וההכנסה

הדבר תלוי בארבעה גורמים עיקריים: מבחני המוגבלות עצמם, התפלגות האוכלוסיה לפי רמת המוגבלות, הנטייה לסנות לעזרה ומידת הלחץ שיפעילו הפונים על האחיות שיבצעו את ההערכות התפקודיות. מבחני המוגבלות טרם נקבעו. הם יצטרכו לתת פירוש מעשי לקביעה הכללית בחוק, שאנשים המוגבלים ברוב או בכל פעולות היומיום שלהם זכאים לעזרה. גם הידיעות על התפלגות המוגבלות באוכלוסייה הן חלקיות. במסגרת ההיערכות לקראת אימוץ החוק נקבע, שאדם המוגבל ברוב פעילויות היומיום זקוק ל-12 שעות עזרה בטיפול אישי. כאשר מתרגמים זאת למבנה הדמוגרפי תאוצי של הסקר שהתבצע בבני-ברק ביוזמת הביטוח הלאומי (מורגנשטיין, 1984), מתברר שיש כ-31,500 אנשים המוגבלים בטיפול אישי, ומתוכם כ-8,800 זקוקים לפחות ל-12 שעות עזרה. רמת הזכאות הגבוהה יותר מקבילה לצורך ב-23 שעות שבועיות, ובקטיגוריה זו יש כ-3,400 אנשים. לא ניתן לאמוד מראש את מספר הפונים מבין הזכאים. כמו כן לא ניתן להעריך באיזו מידה יהיה ההבדל בין מצבים תפקודיים, כפי שנמצא בסקר, ובין אלה שייקבעו במסגרת תהליכי הזכאות. מתוך אלה העומדים במבחן התפקודי ייפסלו חלק מפני שלא יעמדו במבחן ההכנסות. סעיף זה טרם נקבע, ולכן לא ניתן להעריך את היקף השפעתו.

היקף הדרישה של הזכאים לשירותים העלות של החוק תיקבע, בסופו של דבר, על-פי המידה שבה ימצו הזכאים את הסכומים העומדים לרשותם. כאמור, הדבר יהיה תלוי ברצון המשפחות לתת בעצמן חלק מן העזרה; גורם זה אי אפשר להעריך מראש. גורם נוסף הוא מידת הזמינות של השירות-

חלקי בלבד; (2) אין ספק, שיהיה לחץ טבעי על אנשי המקצוע המבצעים את ההערכות התפקודיות להפריז במידת מה ברמת המוגבלות של הקשיש על מנת שייכנס לקטיגוריית הזכאים. דבר זה הוא טבעי במלמערכת המפצלת את הזכאיות לפי קריטריונים שרירותיים. הדבר יקשה על המסגרת התקציבית של החוק ואין זו מנשה בריאתה, לא מבחינת הקשיש שמחויבת לו תווית שאינה תואמת את מצבו, ולא מבחינת היחס של אנשי המקצוע לחוק; (3) התמונה המוצגת ממחישה גם את המצב הקשה שעלול להיווצר בקרב הקשישים המוגבלים עצמם, כאשר יפנו לקבל עזרה וחלק גדול מהם לא יימצא זכאי. כלומר, החוק יצור בקרב המוגבלים אשליה שקיימת אפשרות לענות על צורכיהם, בעוד שלגבי חלק גדול מהם הדבר אינו נכון. הדבר יעמיד את אנשי המקצוע ואת המסגרות המטפלות כיום בקשיש במצב מורכב. זו סיבה נוספת מדוע חייב להיות תיאום בין המערכת הבוחנת את האפשרות לסייע במסגרת החוק ובין המערכת המחלקת את הזכאיות הקיימות מחוץ למסגרת החוק, על מנת שיוסלו להתייחס גם לצרכים של אותם פונים ולנסות לא להשיב את פניהם ריקם. כמובן, האפשרויות להיענות הן פונקציה של המידה שבה נשמור על מסגרת תקציבית ריאלית, הגדלה עם הצרכים גם לאוכלוסיות הנמצאות מחוץ למסגרת החוק.

עלות החוק

לאחר תיאור מאפייני החוק ניתן לנתח את הגורמים הקובעים את עלותו. העלות בפועל של החוק תלויה במספר גורמים:

(1) מספר האנשים שיפנו ויעמדו במבחני התפקוד וההכנסה.

(2) היקף הדרישה לשירותים של אותם אנשים שיימצאו זכאים.

כפי שנראה בתמשך, לא ניתן לחזות בוודאות את עלות החוק, אך יש חשיבות

במונחים של 1985 ול-15 מיליון דולר בערך לקראת 1995. אם מתחשבים במבחני הכנסות זכו יצטמצם הפער ל-9—12 מיליון דולר לקראת 1995.

הפער בין הכנסות להתוצאות שוטפות יכולה בשלב ראשון בעזרת השימוש ברזרבה שהצטברה בענף ביטוח סיעוד. אך אלה יספיקו כדי לכסות את הגירעון רק בשנים הראשונות. לאחר מכן יהיה צורך להגדיל את הגביית, או למצוא מקורות מימון אחרים, או לצמצם את גובה הגימלה.

גורמים נוספים שלא הובאו בחשבון יש גורמים נוספים שלא הובאו בחשבון בהערכת העלויות, ואשר מן הראוי לצייןם. כפי שצינו בחלק הראשון של המאמר, החוק יכול לצמצם את היקף האוכלוסייה שבמוסדות. במקרה זה תגדל העלות הישירה של החוק, מפני שמספר גדול יותר של מוגבלים יגורו בקהילה. אנו מעריכים שהשפעה זו יכולה להתגדל את מספר הזכאים בשיעור מירבי של 25% בערך. השפעתה של העלות יכולה להיות בשיעור שונה במקצת והדבר תלוי ברמת המוגבלות של האנשים אשר בקרבם יימנע מיסוד. אך מעבר להשפעה ישירה של החוק יש לציין שהתחזיות לגבי התפתחות העלות של החוק מבוססים על אי אלה הנחות לגבי הזמינות של מיטות ובהתאם לכך היקף הקשישים בקהילה. הם מבוססים על ההנחה, שהיקף האוכלוסייה במוסדות יגיע ב-1995 ל-12,400 בערך, מספר המחייב הרחבה של יותר מ-50% בפתרונות המוסדיים לקשישים מוגבלים. אך בפועל ספק עם ייצאו המקורות לפיתוח פתרונות אלה וחשוב מזה, לא מובטח שיימצאו התקציבים להחזקה שוטפת של קשישים. הנתונים של-ידי משרדי הבריאות והרווחה. אי מימוש הצורך של הרחבת המיטות לסייעדים יגדיל את חוג הזכאים בחוק ב-1995 ב-2,300 מוגבלים בערך, היינו גידול של 18% לאוכלוסיה בקהילה הזכאית לחוק.

גורם שני הוא הזכאות האפשרית של חלק

תים, כך שהעזרה תינתן יותר בצורת שירותים מאשר כגימלה כספית. כאן יש שני יסודות, הפועלים על העלות של ביצוע החוק בכיוונים נגדיים. אם השירותים הם זמינים, תפעל לפי הערכתנו הרתיעה הטבעית מקבלת שירותים פורמליים לצמצום הביקוש. במידה שאין שירותים זמינים, התוצרים יוכלו לקבל מענק כספי, יגבר לפי הערכתנו היקף הפנייה לחוק, וכל פונה ירצה לקבל את מלוא הסכום העומד לרשותו. יחד עם זאת, הסכום המירבי של הגימלה הכספית הוא רק 80% מן הגימלה שניתן לקבל לצורך קניית שירותים. מכיוון שיש שתי השפעות מנוגדות לא ניתן להעריך מראש את ההשפעה של זמינות השירותים על העלות הכספית של החוק. שאלה נוספת היא, מה יהיה אם השירותים הם זמינים בחלקם, אבל לא במלוא הדרישה של הפונה. האם אז יהיה זכאי לגימלה כספית חלקית, ובאיזה סכום.

לצורך ההערכות שהתלוו להצעת החוק נעשתה הנחה שמרבית, שכל הזכאים יממשו את מלוא זכאותם. לפי הערכה זו תגיע עלות החוק ל-20 מיליון דולר במונחים של שנת 1985. מחשוב זה יש להפחית את מספר האנשים שלא יעמדו במבחן ההכנסות ואת אלה שיקבלו תמיכה כספית בשיעור של 80% מן הגימלה. יש להניח, שהדבר יוריד את עלות החוק ב-10—20 אחוזים. אנו מגיעים אפוא לעלות של 16—18 מיליון דולר לשנה.

עד שנת 1995 יגדל מספר המוגבלים בתפקוד אישי ב-46% (מ-31,500 ב-1985 ל-46,100 ב-1995). כמו כן יעלה באותו שיעור חוג הזכאים ויגיע ל-13,000 קשישים. העלות המקסימלית של החוק תגיע ב-1995 ל-30 מיליון דולר. אם מתחשבים במבחני הכנסות ובתמיכה המוקטנת למקבלי גימלה כספית, תרד העלות ל-24—27 מיליון דולר. נוצר אפוא מצב, שהפער בין ההוצאות השוטפות לגבייה השוטפת יגיע לפי ההנחה השמרנית ל-5 מיליון דולר בערך

תחנו גם את החוק שהתקבל וראינו שהוא פשרה בין הגישות.

גם לגבי החוק שהתקבל בפועל לא ניתן מראש לחזות את העלות והדבר שוב תלוי באופי התגובה של האוכלוסייה וגם באופן שבו ייושם החוק. במיוחד הדגשנו, שחישור בי עלות של החוק שנעשו עד כה הניחו שכל מוגבל עשוי למצות את מלא זכאותו. טענו, שהדבר אינו בהכרח נכון לגבי מערכת המבטיחה בראש ובראשונה את הזכאות לשיירותים. במערכת מעין זו מידת הזכאות של המשפחה לתת בעצמה את הטיפול היא גורם המביא לכך שלא כל המשפחות ממצות את זכאותן באופן מלא. יחד עם זה, החוק מבטיח שכאשר הקשישים יהיו מעוניינים למצות את זכאותם בצורה מלאה יותר יעמוד הסיוע לרשותם. הדגשנו גם, שהחוק נותן רק פתרון חלקי לצרכים של הקשישים המוגבלים. אם אכן תהיה העלות בפועל קטנה מן העלות החזויה והמתוכננת, ניתן יהיה להפנות עוד פים אלה להרחבת היקף הסיוע לאוכלוסיית הזכאיות במסגרת החוק.

מן האוכלוסייה החיה במוסדות. החוק אינו מאפשר לאדם הנמצא במסגרת סיעודית ליהנות מגימלה במסגרת החוק. אך אנשים העומדים בקריטריונים של מוגבלות יכולים ליהנות אם הם נמצאים במסגרת לתשושים ועצמאיים. ייתכן שהדבר יביא לניסיון להשיא או למסד אנשים סיעודיים במסגרות שאינן מופרות רשמית כמיהדות לאוכלוסייה זו ועל-ידי כך ולזכות בסיוע. אין לדעת את ההיקף הכמותי האפשרי של תופעה זו.

סיכום

בעבודה זו ניסינו לפרוס את הגישות השונות אשר התבטאו בדיון הציבורי ועל חוק ביטוח סיעוד ואת ההשלכות האפשריות של עלות החוק. ראינו, שלא ניתן לקבוע באופן חד-משמעי את ההבדל הצפוי בעלות והדבר תלוי במספר מרכיבים של עיצוב הגישות השונות ובהנחות לגבי תגובת האוכלוסייה על חוקים המושתתים על אותן גישות. ני-

ביבליוגרפיה

- "דין וחשבון הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד — מוגש לשר העבודה והרווחה", ירושלים 1983.
- "המלצות לעקרונות להפעלת חוק הסיעוד — דו"ח הוועדה של המועצה למען הזקן", ירושלים, אוקטובר 1985.
- תביב, ג', פקטור, ח', באר, ש', "צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום ובשנים הבאות" (בחוברת זו של כפחון פוציאלי).
- תביב, ג', פקטור, ח', נאון ד', ברוחסקי, ג', דולב, ט', "הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה ובקשישים הממתינים למיטה", ד-133-86, ירושלים, מכון ברוקדייל, 1986.
- מורגנשטיין, ב', "היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על-ידי המשפחה וגורמים בקהילה: בני-ברק ובאר-שבוע", מפעלים מיוחדים מס' 19, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, 1984.
- "נתונים נבחרים על מוגבלות בקרב הקשישים בישראל היום ובשנים הבאות", (הוגש לוועדת העבודה והרווחה של הכנסת), ירושלים, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והמוסד לביטוח לאומי, 1986.
- Morginstin, Brenda & Shamai, Nira, "Long Term Care Insurance as a Social Policy Instrument", prepared for Symposium on aging in the Jewish world, JDC-Brookdale Institute, AJW — 15-85, 1985.

חוק ביטוח סיעוד – ההיבט המשפטי

מאת ד"ר דן שניט*

ציבוריות שישבו על המדוכה¹, והן עלי-פי הצעת חוק ביטוח סיעוד שהוגשה מטעם הממשלה ביום 6.1.86.

לפני שנקיים דיון בהוראות חוק זה, הנני בידים תחת שבט הביקורת, ראוי שנברך על לידתו, וזאת חרף דברי הביקורת וחשיפת פגמים וליקויים לרוב. גם מבקרים חריפים של החוק חייבים להודות, שחוק זה יעניק ובעתיד יתרונות משמעותיים לאוכלוסייה הקשישה, הסובלת מחוסר יכולת לבצע את פעולות היומיום ללא עזרת הנולת. אין עוררין על כך, שתחוק יעניק לראשונה, ועל בסיס של זכות משפטית, סיוע סיעודי לחלק מציבור הקשישים שבגלל סיבות בריאות, פיזיות או שכליות או נפשיות, אין ביכולתו לדאוג לצורכי היומיום החיוניים שלו.

הסקירה תתמקד בניתוח ביקורתי של ההסדר החוקי הקיים, כדי להציג בפני הקורא את האורות והצללים, היש והחסר, המתקון והלקוי. יחד עם זאת, אין בכוונת הכותב לדון במימד ההיסטורי הנוגע לישלבי החקיקה, ולתרומתם של הוועדות הציבוריות והגורמים השונים שהיו מעורבים בגיבוש המלצות ועקרונות הנוגעים לביטוח החוק.

1. מבוא

לפני שנה בערך, ביום 25.4.86, קיבלה הכנסת, בקריאה שנייה ושלישית, את חוק ביטוח סיעוד¹. חוק זה הוא תרומה חשובה למערכת חוקי הרווחה של מדינת ישראל. החוק מאפשר מתן שירותי סיעוד אישיים לזכאים החל מיום 1.4.88². בתקופת המעבר שעד כניסת החוק במלואו לתוקף יקצה המוסד לביטוח לאומי משאבים, בהיקף שנקבע בחוק, לפיתוח שירותים קהילתיים למוגבלים הזקוקים לטיפול מגוישד וכן לפי-תוח השיפור השירותים הקיימים במוסדות סיעודיים. במקביל יקצה המוסד כספים נוספים, בהיקף שנקבע בחוק, למימון הוצאות הטיפול של מוגבלים במוסדות סיעוד, במידה שיוכח, שמשורדי הבריאות והרווחה מגדילים את מספר המטופלים ועל-ידם במוסדות אלה מעבר למכסת המטופלים על-ידם לפני כניסת החוק לתוקף³.

בוסת החוק, כפי שהתקבל בתהליך חקיקה מאומץ ומורו בוועדת העבודה של הכנסת, משקף פשרות ויתורים שנעשו הן בעקבות מסקנות המלצות שגובשו בשתי ועדות

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.
1 חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 61), תשמ"ז—1986, ספר חוקים 1178, ט"ז בניסן תשמ"ו, 25.4.86. עמ' 154 (להלן: חוק ביטוח סיעוד).
2 סעיף 7 לחוק ביטוח סיעוד.
3 השווה סעיפים 127 ו-127א.
4 הראשונה — "דר"ח הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד", בראשות פרופ' מן ("ועדת מן"), ירושלים, סיון תשמ"ג—מאי 1983. השנייה — "דר"ח הוועדה של המועצה הציבורית למען הזקן", בראשות פרופ' יעקב מנצ'ל, הכוללת המלצות לעקרונות להפעלת חוק הסיעוד, ירושלים, אוקטובר 1985.

להעניק שירות זה למבוטחים. השירות ניתן בצורה בלתי אחידה באזורי הארץ השונים. היקפו ואיכותו של השירות תלויים במידה רבה במדיניות אזורית של הנהלת המחוז של קופת החולים. עקב כך קיימים הבדלים ניכרים בכל הקשור להקצאת משאבים וכוח אדם לטיפול סיעודי במבוטחים נזקקים.

חוק ביטוח סיעוד נועד בראש וראשונה להשתית את מתן השירות הסיעודי לנזקקים על בסיס של זכות ולא של חסד. המצב הקיים אינו מעניק ביטחון שיינתן טיפול הולם לכל תולה סיעודי הנזקק לו. מטרת החוק להבטיח שבאמצעות המוסד לביטוח לאומי יוקצו המשאבים הדרושים לטיפול סיעודי לנזקקים בקהילה. הנחת היסוד, לנוכח ההיקף המוגבל של משאבים שגויסו ויגויסו בעתיד מן המבוטחים במסגרת ענף ביטוחי זה היא, שהתקציבים שהיפנו שלושת הגורמים שצוינו לעיל למטרה זו ימשיכו לעמאד לרשות הנזקקים. כוונת יוזמי החוק היתה להבטיח את הקצאתם של משאבים נוספים במסגרת תוכנית ביטוח סיעוד של המוסד לביטוח לאומי, ולא החלפת תקציבים מוגבלים קיימים של משרד הרווחה, הבריאות וקופת חולים הכללית בכספי הביטוח הלאומי, שגם בהם אין די כדי לתת מענה הולם לצרכים הרבים של כל האוכלוסייה. רק שילוב המשאבים הקיימים עם המשאבים החדשים שיעמדו לרשות הנזקקים במסגרת תוכנית ביטוח סיעוד עשוי לתת מענה סביר לצרכים הרבים של האוכלוסייה.

להלן נבחן את תרומתו של החוק לפתרון הבעיות היסודיות של אוכלוסיית החולים הסיעודיים:

- האם החוק מבטיח תוספת תקציבית במקום החלפת תקציבים?
- האם יש בחוק תשובה לכל המצבים שבהם נזקק נתון, או רק לחלק מהם?
- מה מהות הסימון שזכאי לקבל מבוטח שצרכיו הוכרו?
- האם מדובר בתוסנית ביטוח סוציאלי רגילה או בסעד?

2. המצב ערב קבלת החוק

לאורחים הזקוקים לשירותי סיעוד אין זכות משפטית לקבלם מגורם ציבורי כלשהו. שירותי הסיעוד מוגשים, עד לכניסת החוק לתוקפו, על בסיס של שיקול דעת רחב המוקנה לגופים השונים. בפועל מעורבים כיום שלושה גופים במתן שירותי סיעוד לחלקים של האוכלוסייה הנזקקת.

משרד העבודה והרווחה, באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, מגיש שירותים לעזרה ביתית ולטיפול אישי לחולים סיעודיים ואף תשושים בקהילה. עזרה זו מוגשת במסגרת התקציב של משרד העבודה והרווחה, בהתמלא שלושה תנאים מוקדמים מצטברים:

א. הצורך בשירותי סיעוד העזרה ביתית קיבל את תמיכתם של העובדים הסוציאליים שהוסמכו לכך במחלקות לשירותים חברתיים. הערכת הצרכים מתבצעת בתיאום עם גורמים רפואיים בקהילה (רופא משפחה, אחות קופת חולים או משרד הבריאות).

ב. הנזקק, שצרכיו הסיעודיים הוכרו, עומד במבחן אמצעים. דהיינו, הכנסותיו מכל מקור שהוא נמוכות מצמינימום שנקבע בהוראות שהוציא המנהל הסללי של משרד העבודה והרווחה.

ג. מסגרת התקציב שיוחד למטרה זו מאפשרת את הגשת הסימון לכל מחלקה מקומית של שירותים חברתיים יש מסגרת תקציבית מאושרת, שאינה מכסה כראוי את היקף הצרכים המופרים של הנזקקים.

משרד הבריאות מגיש טיפול סיעודי לחלק מן האוכלוסייה. שירות זה ניתן על סמך הערכת צרכים של אחיית בריאות הציבור מלשכות הבריאות האזוריות. מתן הטיפול מותנה אף הוא במבחן אמצעים כלכלי ובמצב התקציב בעת הפנייה לסימון. קופת חולים הכללית מעניקה שירותי סיעוד חלקיים למבוטחים הנזקקים להם. תקנון קופת החולים אינו מחייב אותה

יראו. משרדי הממשלה, ועוד יותר מכך קופות החולים, את עצמם משחררים מן האחריות להמשיך ולממן שירותים כאלה. כתוצאה מכך עלולים אנשים נזקקים, שקיבלו שירותים טיפוליים בקהילה במימון אחד משלושת הגורמים שצוינו לעיל ולא הוכרה זמנתם במסגרת חוק ביטוח סיעוד, למצוא את עצמם במצב גרוע מכפי שהיה לפני כניסת החוק לתוקף. הדברים אמורים, למשל, במקשישים שהגבלתם אינה מגיעה לדרגת החומרה שנקבעה בחוק כתנאי להכרה בזמנתם⁵, אך למרות זאת הם נתנו מסייע טיפולי של אחד משלושת הגורמים הללו. כמו כן, מתעורר החשש שייפגעו מהתפתחות כזאת חולים סיעודיים בקהילה, שטרם הגיעו לגיל זקנה (65 אצל גברים ו-60 אצל נשים). ההסדרים שהיו נהוגים עד היום איפשרו טיפול גם בחולים סיעודיים בקהילה, לה, שטרם הגיעו לגיל הזקנה שנקבע בחוק. כאמור, עלולה לחול נסיגה במצבם במידה שתתרחש "בריחה תקציבית".

המצב שחנה לגבי המשאבים המוקצים לטיפול במוסדות סיעודיים. בהקשר זה החוק מתנה הקצאת משאבים מוענף ביטוח סיעוד ועל-ידי המוסד לביטוח לאומי בכך שמשרדי הממשלה המופקדים על שירותי טיפול במוסדות סיעודיים (הבריאות, העבודה והרווחה) יוכיחו, שתל גידול במספר האנשים שהם מטפלים בהם. המוסד לביטוח לאומי הוסמך בחוק להעביר כספים למשרדי הממשלה עד לתקרה שנקבעה (15% מאומדן הגבייה השנתית של דמי הביטוח לכל אחד משני המשרדים), רק אם הוכח לו שהמשרד הממשלתי הגדיל בשנת הכספים הרלוונטית את מספר האנשים המטופלים במוסדות סיעודיים⁶.

הנחיה זו בחוק יש לה היבטים חיוביים

— מה הם הנהלים שעל-פיהם נקבעת ההכרה בזמנת לטיפול סיעודי והתאמת השירות לנזקק?

3. תוספת תקציב או החלפת תקציבים קיימים?

חוק ביטוח סיעוד יתרום תרומה ממשית לחברה בכללותה רק במידה שהמשאבים שיקצה המוסד לביטוח לאומי מכספי הגבייה לטיפול אישי ולפיתוח שירותים לחולים יתווספו למשאבים של משרדי הממשלה וקופות החולים. הכוונה להצטברות המשאבים: אלה העומדים לרשות הביטוח הלאומי מדמי הביטוח הנגבים בענף סיעוד (לרבות הקרן שנצטברה), ואלה הכלולים בתקציבים הקיימים של משרדי הממשלה וקופות חולים בתחום זה⁷. לעומת זאת, אם הרשויות הממלכתיות והרלוונטריות שהוזכרו לעיל יחאו את עצמן תופשיות לקצץ את המשאבים שהיפנו למטרה זו, בעקבות הפעלת החוק וכניסת המוסד לביטוח לאומי לעובי הקורה, אזי תיפגע המטרה המרכזית. וזאת מן הטעם שאין די בסכומים שיעמדו לרשות המוסד לביטוח לאומי במסגרת ענף ביטוח סיעוד כדי לכסות את מלוא הצרכים של הנזקקים לטיפול סיעודי בקהילה והם אינם מיועדים כלל לכיסוי הצרכים של חוסים במוסדות סיעודיים.

הוראות חוק ביטוח סיעוד אינן מונעות "בריחה תקציבית" של משאבים כספיים, שהגורמים האלה הקצו בעבר למימון העצ-אות טיפול אישי ולעזרה ביתית. לכן קיימת סיבה ממשית לחשוש שלאחר שיתחילו לממן שירותים אישיים לנזקקים במסגרת חוק ביטוח סיעוד (כזכור, ביזם 1.4.88),

5 ראה עמ' 2, המלצה מס' 12, בדו"ח הוועדה של המועצה הציבורית למען הזקן.

6 דרגת החומרה של חולה סיעודי שזמנתו מוכרת בחוק הוגדרה בסעיף 127א. בהגדרה ובהש-לכותיה גזון להלן.

7 סעיף 127צו(ב).

א. גיל. אוכלוסיית היעד לקבלת שירותי סיעוד לפי החוק מוגבלת למבוטחים שמלאו להם 65 בגבר ו-60 באשה (גיל הזכאות לקצבת זיקנה). זאת כל עוד לא הירחבה תחולת החוק גם על מי שטרם הגיע לגיל האמור (במסגרת תקנות ששר העבודה והרווחה הוסמך להתקין בהסכמת שר האוצר ובאישור העדת העבודה והרווחה של הכנסת)⁹. תנאי זה של גיל מוציא מגדר הזכאים את כל הנזקקים לטיפול סיעודי שטרם הגיעו לגיל המופה בקצבת זיקנה. הצידוק היחיד לתיתום גיל הזכאים הוא תקציבי ולא ענייני. שהרי ברור, שהיקף צרכיו של מי שאינו מסוגל לדאוג לענייניו חנוק לכן לטיפול סיעודי אינו נגזר מגילו הכרוטולוגי, אלא ממידת החומרה של מצב הבריאות שלו. העובדה, ששיעור החולים הסיעודיים עולה בגילים מתקדמים יותר אינה מצדיקה אי הכרה בזכותו של מבוטח צעיר יותר, אשר מצב בריאותו לקוי בדרגת חומרה כזו שנשללת ממנו היכולת לבצע בכוחות עצמו את רוב פעולות היומיום.

אוכלוסיית המבוטחים שזכאותם תוכר כוללת גם עקרות בית ואלמנות בנות קצבה¹⁰, המבוטחות בזכות בעליהן. בנוסף לכך הוכרו גם עולים חדשים (לפי חוק השבות), שהגיעו ארצה בגיל גבוה מכדי שיוכלו להיות מבוטחים בבטוח זקנה ושארדים¹¹. עולים חדשים קשישים אלה יהיו זכאים לגימלת סיעוד, אפילו אם הגיעו ארצה כשהם כבר סובלים מן הליקוי התפיסתי שבגינו הם נזקקים לטיפול סיעודי. ההגבלה הניחיה המתייחסת לעולים חדשים, אך אינה חלה על קשישים אחרים, מתייחסת לתנאי לפיו יצטרכו עולים חדשים לחיות בארץ שנה רצופה לפני שתוכר זכאותם להגיש תביעה לגימלת סיעוד (תקופת אכשרה)¹².

ב. דרגת חוסר התיפקוד. תחוק

ושליליים כאחד. ההיבט התיובי הוא, שיהיה מחיר להחלטה ממשלתית לערוך קיצוץ במיטות סיעודיות המוחזקות במימון ממלכתי. קיצוץ במיטות הסיעודיות משנע את הזכות של המשרד הממשלתי לקבל את הכספים מן המוסד לביטוח לאומי למימון החזקת אנשים במחלקות סיעודיות⁹. ההיבט השלילי הוא, שאין תמריץ חיובי למשרדי הממשלה להגדיל את תקציבם בשנות כספים פלוגית למיטות סיעודיות, מפני שממלא הם זכאים לקבל מימון מן המוסד לביטוח לאומי עבור כל אדם המוחזק במוסד סיעודי מעבר למכסה המתקצבת. הסדר זה יביא להקפאת המאמץ הממשלתי בכל הקשור להרחבת היקף המיטות הסיעודיות ממקורותיו שלו, ויטיל את כל הנטל הכספי להרחבת מצבת המיטות הסיעודיות (הנמצאת בחסר גדול) על התקציב הבלתי מספיק של ענף ביטוח סיעוד. זוהי תוצאה שלילית, ושינוי התוק לא התכוונו אליה. עדיף היה הסדר חוקי, המתנה העברת כספי המוסד לביטוח לאומי למשרדי הממשלה בשני תנאים מצטברים: (א) הדרישה הכלולה בחוק בדבר גידול המיטות הסיעודיות מעבר למספר שמומן בשנת כספים פלוגית; (ב) שכל תוספת מימון ממקורות ענף ביטוח סיעוד ילווה במימון זהה (או ביחס אחר שייקבע), של המשרד הממשלתי. תנאי כזה יעודד את גידולו של התקציב הממשלתי לפתרון הבעיה הקשה של חוסר במיטות סיעודיות, במקום להקפיא את התקציב הממשלתי בהיקף שהיה קיים עד כניסת החוק לתוקפו.

4. אוכלוסיית היעד — מי יוכר במסגרת החוק?

החוק קובע שלוש הגבלות לגבי איתור אוכלוסיית היעד: גיל, דרגת חוסר התיפקוד, מקום שהות.

12. סעיף 127א.פו.

10. סעיף 127ב(2) ו-(3) לחוק.

11. סעיף 127ב(4).

8. סעיף 127א(ב).

9. סעיף 127א(1) לחוק.

ג. מקום שתותו של החולה הסייעודי. הזכות לקבל גימלת סיעוד מוגבלת בחוק בתאש הראשונה לקשישים סיעודיים החיים בקהילה. החוק שולל במפורש את הזכות לגימלת סיעוד ממבוטח הנמצא במוסד סיעודי, או במחלקה סיעודית שבה מוחזקים ומטופלים אנשים הזקוקים לסייעוד, תשושי נפש או תשושים¹³. קשישים במוסדות לחולים סיעודיים או תשושים יוחזקו גם בעתיד בעזרת מימון שיבוא ממקורותיהם הפרטיים, או בסיחע תקציבי משרד הבריאות או הרווחה.

סיחע מממשלתי לחולים במוסדות סיעודיים ניתן על בסיס של חסד ולא של זכות משפטית, כפי שזיהה החבר בעתיד לגבי מבוטחים הזקוקים לעזרה סיעודית במוסד.

מה דינם של קשישים במוסדות לעצמאיים שהפכו להיות חולים סיעודיים בעת שהותם במוסד, וטרם התעברו למוסד או למחלקה סיעודית? נראה, ושהם לא הוצאו מתחולת החוק. ושכן, החוק סייג את ההכרה בזכאות רק כלפי מבוטחים הנמצאים במסגרת שהוגדרה סיעודית (לחבות מחלקה סיעודית במוסד שאינו סיעודי). מבוטחים סיעודיים הממשיכים לגור במסגרת מוסדות לעצמאיים (או אף תשושים על-פי סיוגם והגדרתם), לא ייחשבו כמי שנמצאו במוסד או במחלקה סיעודית, ולכן יהיו זכאים למימון שירותי הסייעוד מקרן הביטוח הלאומי, בדיוק כמו מבוטחים הגרים בקהילה.

תחולת החוק לגבי זכאות לגימלת סיעוד למבוטחים במוסדות לעצמאיים ותשושים תהיה מוגבלת בהיקפה. ראשית, לא ניתן יהיה להחיל את הזכאות על קשישים שהם סיעודיים בעת קבלתם למוסד לעצמאיים או לתשושים. משום שהתקנות אוסרות על קבלתו של זקן סיעודי במעון לעצמאיים או תשושים¹⁴. שנית, לא ניתן יהיה להחיל את

מכיל בזכות לגימלת סיעוד רק במקרים של מוגבלות חמורה. מדובר בקשישים שהוגדרו בחוק כמי שכתוצאה מליקוי גופני, שכלי או נפשי נעשו תלויים במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום¹³ (לבי-שה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, נייחות עצמית בבית)¹⁴. דרגת ליקוי קלה יותר, הגורמת תלות חלקית בעזרת הזולת וביצוע חלק מפעולות היומיום, אינה מאפשרת תכרה בזכאות לגימלת סיעוד במסגרת החוק.

על-פי אומדן שהכין מכון ברוקדייל, על סמך סקר יצרכים לטיפול סיעודי, ואשר הוגש לוועדת העבודה הרווחה של הכנסת במהלך הדיחנים בהצעת החוק, יגיע היקף ההכרה בזכאות לגימלת סיעוד במסגרת החוק לפחות משליש מכלל הקשישים הנזקקים לטיפול אישי ועזרה ביתית. על-פי אומדן זה תוכר זכאותם של כ-9,000 קשישים סיעודיים בדרגת חמורה העולה על הסף שנקבע בחוק, בשעה שצורכיהם של קרוב ל-23,000 קשישים בדרגת מוגבלות נמוכה יותר לא תופר. הענקת טיפול אישי ומתן עזרה ביתית לאוכלוסייה רחבה זו, שלא תופר במסגרת החוק, תישאר גם בעתיד בתחום אחריותם של הגורמים המוסדיים שדאגו לכך ועד כניסת החוק לתוקף. זאת בנוסף לציבור החולים הסיעודיים שאינם זכאים לגימלת משום שטרם הגיעו לגיל המזכה בחוק (65 בגבר ו-60 באשה). מצב זה מחודד את הסכנה הצפויה מבריחה תקציבית ומנסיגה מאחריות מצד הגורמים שדאגו באחריות עד כניסת החוק לתוקף. הסכנה היא, שמצבו של חלק מן האוכלוסייה הנזקקת לשירותים סיעודיים יודע במקום שישתפר בעקבות הפעלת החוק. והזי תוצאה שלילית שתעמוד בסתירה הן לרוח החוק והן למטרה שהציבו לעצמם יוזמיו.

13 סעיף 127 פד (א) (1) ו-(2).

14 הגדרה זו של פעולות היומיום מצויה בסעיף ההגדרות 127 פג.

15 השווה וזאת סעיף 127 פז עם הגדרת מוסד סיעודי בסעיף 127 פג.

16 סעיף 30 (3) לתקנות הפיקוח על המעונות (אחזקת זקנים עצמאיים ותשושים במעון), תשמ"ו-1986.

בין זקן במוסד לעצמאיים שהפך להיות סיעודי ובין זקן בקהילה שהפך להיות סיעודי הנקבע שאין שירות סיעודי זמין לטיפול בו. במקרה הראשון, מעבר למחלקה סיעודית עלול לגרום השתתפות כספית גדולה יותר מצד הקשיש או קרוביו בהוציא אות החזקתו. במקרה השני עשוי מימון שהותו במוסד סיעודי ממשלתי, או במוסד שהמדינה משתתפת בהחזקת המטופלים בו, לבוא מכספי ביטוח סיעוד של המוסד לביטוח לאומי¹⁷.

5. מהות הגימלה והיקפה

א. מהות הגימלה — גימלה כספית או שירות בעין?

עקרון התשלום שנקבע בתוכנית זו שונה מזה שנקבע בתוכניות אחרות של הביטוח הלאומי. בדרך כלל, המבוטח זכאי לקבל לידי גימלה כספית בהיקף שנקבע בחוק. בתוכנית ביטוח סיעוד חל עיקרון שונה. הזכות היא למימון שירותים בעין, ולא לקבלת גימלה כספית בידי המבוטח. מבוטח, שהוכרה זכאותו לגימלת סיעוד, ייהנה ממימון הוצאות הטיפול האישי בו, וזאת עד לדרגת הגימלה שנקבעה לו. התשלום יועבר לידי מי שנותן את שירותי הסיעוד, ולא לידי הזכאי¹⁸.

קיים חריג לעיקרון האמור, כאשר הוועדה המקצועית המקומית קבעה, שתזקן הסיעודי גר עם בן משפחה המטפל בו, ואין שירותי סיעוד זמינים שניתן לספק לו. במקרים אלה יעביר המוסד לביטוח הלאומי את כספי הגימלה לידי הזכאי עצמו¹⁹. במקרים חריגים אלה מדובר בגימלת סיעוד מקוצצת,

הזכאות על זקנים שהפכו להיות סיעודיים במוסד לעצמאיים או לתושבים שבו חוסים למעלה ממאה זקנים. זאת, מפני שהחל מיום 1.3.87 יהיה חייב כל מוסד שיש בו מאה חוסים זקנים ויותר לקיים מחלקת זקנים תשושים ומחלקת סיעודית²⁰. קיומה של מחלקת סיעודית במוסד לעצמאיים נועד לאפשר ואת העברתו של זקן שהפך להיות סיעודי מן האגף העצמאי למחלקת הסיעודית. המשך החזקתו של מבוטח שהפך להיות מעצמאי לסיעודי באגף לזקנים עצמאיים יעמוד בסתירה לייעודה של המחלקה הסיעודית, שעל-פי דרישת התקנות יש לקיימה כאמור בכל מוסד שבו חוסים לפחות מאה זקנים. ספק אם הימנעות מלאכותית מהעברת זקנים שהפכו להיות סיעודיים למחלקת סיעודית, החייבת לפעול על-פי התקנות במוסד, תופה בגימלת סיעוד לטיפול בקשיש.

מציאות זו עלולה ליצור הפליה בין זקן שהפך להיות סיעודי בקהילה לזקן שהפך להיות סיעודי בבית אבות לעצמאיים. הראי שון יהיה זכאי לגימלת סיעוד למימון שירותים טיפוליים בביתו. השני יידרש לממן בעצמו, או באמצעות בני משפחה, את הטיפול צאות הנוספות שיזטלו עליו בתור חוסה סיעודי במחלקה או במוסד הסיעודי שאליהם יועבר. שכן החוק אינו מכיר, כאמור, בזכות לגימלת סיעוד למי שנמצא במוסד או במחלקת סיעודית. הזכות למימון שירותים סיעודיים לחוסה במוסד רגיל לעצמאיים תמומש לתקופת ביניים קצרה, כל עוד לא הועבר הזקן למחלקת הסיעודית. העברה בתוך אותו מוסד או ממוסד למשנהו, ממסגרת עצמאית לסיעודית, שוללת את הזכות לגימלת סיעוד. הפליה נוצרת גם כאשר משווים, כאמור,

17 סעיף 28 (א) וסעיף 29 לתקנות הפיקוח על המעונות הנ"ל. תחילת הוראות אלו מ-1.3.87. נקבע בסעיף 62 לתקנות הנ"ל.

18 השווה סעיף 127 פה (3) וסעיף 27 צו (ב) לחוק ביטוח סיעוד.

19 סעיף 127 פה (ב).

20 סעיף 127 פה (ג).

שירותי סיעוד זמינים בקהילה ומעדיף להסתייע בבני משפחתו – מקפח את זכותו לגימלת סיעוד.

ב. היקף הגימלה

היקף הגימלאות למימון שירותי סיעוד נקבעו בהתאם לשתי דרגות חומרה של ליקוי תפקודי. מבוטח שחומרת הליקוי שלו גורמת תלות רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום, או הזקוק להשגחה, זכאי לגימלה בהיקף השווה לקצבת יחיד מלאה. שיעור הגימלה הוא 25% מן השכר הממוצע, שיעור הזהה לגימלת יחיד מלאה של נכה כללי.²¹

למצבים סיעודיים קשים נקבעה גימלת סיעוד בשיעור גבוה יותר. הכוונה למבוגרים טחים הסובלים מליקוי בדרגת חומרה גבוהה הגורמת תלות מוחלטת בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום, או המחייבת השגחה מתמדת. מבוטח הנמצא במצב תפקודי קשה זכאי, כאמור, לגימלה עבור קניית שירותים סיעודיים בשיעור של 150% מקצבת יחיד מלאה. מדובר בהיקף גימלה של 37.5% מן השכר הממוצע.

חשובים שנעשו מצביעים על כך שגימלת סיעוד רגילה תספיק למימון טיפול אישי בהיקף של 12 שעות שבועיות, ואילו גימלת סיעוד מוגדלת תספיק למימון טיפול אישי בהיקף של 18 שעות שבועיות. בשני סוגי המקרים ברור, שהיקף הגימלה אינו מספיק לכיסוי מלוא צרכיו של הזקן הסיעודי. בכל מקרה מביאים בחשבון, שהמבוטח מקבל שירותים טיפוליים מקרובי משפחה ומגוררים אחרים בקהילה. מסקנה מעשית מכך היא, שקשיש בודד, התלוי לחלוטין בעזרת

בשיעור של 80% מגובה הגימלה הרגילה המשולמת על-פי החוק²². מן הראוי לשים לב לכך, שלזקן הסיעודי הגר עם בני משפחה המטפלים בו אין זכות לבחור בין גימלה כספית שתימסר לידיו ובין תשלום למטפל זר שקבעה הוועדה המקצועית המקומית כשירות זמין למבוטח. אם ועדה מקצועית מקומית קבעה שקיים שירות זמין בקהילה עבור זקן סיעודי הגר עם בני משפחה המטפלים בו, תעמוד בפניהם ברירה קשה בין הגשת טיפול בעצמם, בלי להזדקק לשירות זמין חיצוני, ובמקרה זה הם לא יהיו זכאים לכספי גימלת הסיעוד, ובין הסכמה שהשירות יוגש על-ידי הגורם החיצוני, שיקבל את התמורה במישרין מן המוסד לביטוח לאומי.²³ זוהי מדיניות שאינה מעודדת סולידריות משפחתית כתחליף להישענות על עזרה מבחוץ. שהרי סירוב להסתייע בגורם חיצוני זמין כנותן שירותים יקפח את זכות הזקן ובני משפחתו המטפלים בו לקבל גימלת סיעוד²⁴. במציאות מזכירים מקרים רבים שבהם הזקן הסיעודי מסרב לקבל סיוע מזרים, שהוא מפתח כלפיהם חשדנות וחוסר אימון. בגסיבות כאלה יעלולה זכות המבוטח לסייע להתקפת לשון החוק מצביעה על כוונה שלא להת-ייחס לבני משפחה שעמם גר הזקן הסיעודי והמטפלים בו, כאל שירות זמין²⁵. מכאן, ששירות זמין פירושו שירות חיצוני זר. שהרי, אם היה ניתן לראות בבן משפחה המטפל בזקן הסיעודי הגר עמו שירות זמין, היתה הוראת סעיף 127 פה (ג) נעשית מיוזמת. במיוחד, לא ניתן יהיה לתת משמעות להוראת סעיף פה (ג) סיפא, לפיה מי שמסרב ללא סיבה סבירה לקבל סיוע של

21 סעיף טז (ב).
 22 השווה סעיף 127 פה (ב) וסעיף 127 פה (ג).
 23 סעיף 127 פה (ג) סיפא: "היו שירותי סיעוד זמינים אך הזכאי סירב לקבלם ללא סיבה סבירה, יראו כאילו שירותי הסיעוד סופקו לו".
 24 לחיזוק הטענה ראה דברי הסבר הכלולים בהצעת החוק לסעיפים 127 פה ו-127 פה של חוק ביטוח סיעוד, הצעות חוק 1764, 6.1.86, עמ' 67.
 25 היקף קיצבת יחיד מלאה מוגדר בסעיף 127 ולו לחוק הביטוח הלאומי.

לפיצוי כספי (80% משיעור הגימלה המגיי-
עת) רק במידה שאין שירותי סיעוד ומינים.
קושי מיוחד עלול להתעורר במקרים
שבהם בני משפחה המטפלים בזקן הסיעודי,
או הזקן עצמו, מסרבים לאפשר למטפל זר
להיכנס לביתם ולתת שירותי סיעוד. במק-
רים כאלה לא יהיה המבוטח זכאי לגימלה
הכספית (בשיעור 80%). למבוטח הגר עם
בני משפחתו אין אופציה לבחור בין קבלת
השירותים מבני משפחה ובין קבלתם
ממטפל זר. חובה עליו ועל בני המשפחה
שהוא גר עמם להסכים לכניסת מטפל זר,
במידה שנקבע בוועדה המקצועית המקומית
שקיימים שירותי סיעוד ומינים. אם לא כן,
הזקן עלול להפסיד את גימלת הסיעוד שהוא
זכאי לה על-פי החוק. החלטה בנדון תתקבל
על-פי השיקול אם סירוב הזכאי לקבל
שירותי סיעוד והמוצעים לו יהיה מבוסס על
סיבה סבירה. בחוק אין הגדרה מהי סיבה
סבירה, ולכן מדובר בשיקול דעת רחב הנתון
לרשות המאשרת — הוועדה המקצועית
המקומית.

6. מבחני אמצעים כתנאי להכרה בזכאות

עיקרון מפתח בתוכניות הביטוח הלאומי
מעוגן בתפיסה, שהתנאים להכרה בזכותו
של מבוטח לגימלה בקרות האיחוד המזכה
שהוגדר בחוק אינם כוללים מבחני הכנסות,
או שיקול דעת יערכי או מוסרי. אין צורך
שתוכח נזקקותו הכלכלית של מקבל הגימ-
לה לפני שיוכל לממש את זכותו, על-פי חוק
הביטוח הלאומי, לקבל את הגימלה. הוכחת
נזקקות כלכלית כתנאי מוקדם להכרה בזכ-
אות לגימלה מתאימה לחוקי הסעד המביאים
להדבקת תו-קלון על הנזקקים, ולא לחוקי

הזולת או הזקוק להשגחה מתמדת, לא יוכל
להמשיך לחיות לאורך זמן בקהילה בהסתמך
על דמי הביטוח המעניקים כסרי חלקי בלבד
של צרכיו לשירותים סיעודיים (עד מקסימום
של 3 שעות ביום).

במקרים חריגים משולמת גימלה בכסף
ישירות לדי הזכאי. מדובר, כאמור, במקרים
שבהם הזקן הסיעודי גר עם בן משפחה
המטפל בו, והוועדה המקצועית המקומית
לא הצליחה לאתר שירותי סיעוד ומינים.
היקף הגימלה הכספית לזכאי בנסיבות אלה
היא 80% משיעור הגימלה המלאה שנקבעת
בחוק בהתאם למידת תלותו של האדם בעז-
רת הזולת בפעולות היומיום²⁶. אם לא
נמצאו שירותי סיעוד ומינים לזקן סיעודי
בודד או לזקן סיעודי שבני משפחתו אינם
מטפלים בו (בין שהם גרים ביחד ובין בנפ-
רד) — לא תוכר זכאותו לגימלה. על-פי
מטרת החוק אין הגימלה מיועדת לספק
פיצוי כספי לזכאי, אלא לממן קניית שירותי
סיעוד עבורו.

זקן סיעודי שאינו מטופל בידי בן משפחה
מכל סיבה שהיא, ואשר הוועדה המקצועית
המקומית לא הצליחה לסדר עבורו שירותי
סיעוד ומינים, יהיה זכאי, לעומת האמור
לעיל, להתקבל על-פי הכללים המקובלים
למוסד סיעודי של המדינה, או שהמדינה
משתתפת בהחזקת המטופלים בו. המימון
להחזקתו במוסד סיעודי בנסיבות האמורות
יבוא מן תקציב המיועד לכך במסגרת כספי
ביטוח סיעוד (סעיף 127 צו(ב), ובמסגרת
התקציבים המאושרים של משרד הבריאות
ומשרד העבודה והרווחה²⁷. העדיפות בסידור
במוסד הסיעודי נועדה להבטיח פתרון הולם
לזקן הסיעודי שאינו זוכה לטיפול הולם
בחוג משפחתו או מחוצה לה. לעומת זאת,
משפחה המגלה סולידריות משפחתית ומט-
פלת בזקן הסיעודי בביתה תהיה זכאית

26 ההסבר לקיצוץ בגימלה הכספית שנועדה לזכוי בנסיבות האמורות מבוסס על הישגבי עלויות,
המביאים בחשבון העדר הוצאות מינהליות הקשורות במתן השירותים אצל המשפחות לעומת גופים
המספקים את השירותים. ראה דברי הסבר להצעת החוק (הצעה 24 לעיל).

27 סעיף 127 פה(ד).

שנקבעו בחוק ביטוח סיעוד בנסיבות האמ"ר דות (מבוטח המתגורר עם בני משפחה המטפלים בו, ונקבע שאין שירות זמין) רחבים יותר בהיקפם מאלה שנקבעו בחוק הבטחת הכנסה, שהוא חוק סעד מובהק²⁸. עובדה זו מחזקת את המסקנה שהגענו אליה שמדובר בתוכנית שמאפייניה הולמים יותר תוכנית סעד מאשר תוכנית ביטוח סוציאלי.

הוראה יחודית זו, לפיה יצרפו לתכנסות הזקן הסייעודי את הכנסות ילדיו הגרים עמו ומטפלים בו, משמשת גם תמריץ שלילי לסולידריות משפחתית. מסקנה זו מבוססת על התבונה שבתוק בין בן משפחה המטפל בזקן סיעודי שאינו גר עמו ובין בן משפחה המטפל במי שגר עמו. בסוג הראשון של מקרים (אינם גרים יחד) תוכל הוועדה המק"צ צועית המקומית לקבוע שבן המשפחה הוא שירות זמין. תוצאת קביעה כזו היא, שגימלה בשיעור מלא תועבר לידו בן המשפחה המטפל. הכרה בזכאות המבוטח לגימלה בנסיבות אלה, וקביעת שיעור הגימלה, לא תהיה מבוססת על מבחן אמצעים של בן המשפחה המעניק את השירות. לעומת זאת, כאשר בן המשפחה לוקח את ההורה הסייעודי לביתו ומטפל בו, הדבר עלול להוות "מכשלה" כפולה ראשית, לא ניתן יהיה לראות בבן המשפחה המטפל שירות סיעודי זמין, ולזכאי תועבר גימלה בשיעור סיעודי (80%). שנית, הזכאות לגימלה תהיה מותנית במבחן הכנסות שיערך לבן המשפחה המטפל. החמרת התנאים הכפולה, בנסיבות שמן הראוי לעודדן, עלולה להשיג תוצאה הפוכה ולשמש מסך שלילי לגבי הכדאיות של גילוי סולידריות משפחתית. מאמצים של בן משפחה המגלה נגש אתריות משפחתית, המתבטאת בהחזקתו של הזקן הסייעודי

הביטוח הסוציאלי הניתנים כזכות חוקית ונהכשת תלתי תלויה²⁹.

תוכנית ביטוח סיעוד סוטה מן העיקרון הכללי שעליו מרשתות שאר תוכניות הביטוח הלאומי. עצם הזכות לקבלת גימלת סיעוד ושיעורה מותנים במבחני הכנסה שיקבע השר בתקנות, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנס"ס³⁰. בתקנות אלה יקבע השר את הכללים והמבחנים להישוב ההכנסה של המבוטח, וזאת על מנת לקבוע אם תופר זכותו למימון שירותי סיעוד הדרושים לו. עובדה זו מעניקה לתוכנית אופי מובהק של תוכנית סעד, ומרחיקה אותה במקביל ממאפייניהן של תוכניות לביטוח סוציאלי.

בסוג אחד של מצבים מכיל חוק ביטוח סיעוד מבחן הכנסות שהוא מרחיק לכת אף יותר מן הדרושה למבחן הכנסות הכלולה בחוק סעד מובהק, כמו חוק הבטחת הכנסה. ההחאה החנה בזכותו של זקן סיעודי לקבל את הגימלה לידיו במישרין, כאשר הוא גר עם בן משפחה המטפל בו ואין שירותי סיעוד זמינים עבורו, קובעת תנאי גוסף המרחיב את מבחן ההכנסות גם לבני המשפחה ולא רק לזקן הסייעודי עצמו. בחשבון ההכנסות מצרפים גם את הכנסותיהם של הבן או הבת לזה של הזקן הסייעודי, אם הכנסת הבן או הבת עולה על שילוש השכר הממוצע. חוק הבטחת הכנסה, לשם השוואה, שהוא חוק סעד מובהק (ולא תוכנית ביטוח סוציאלי) מגביל את מבחן ההכנסות לבן זוגו של מבקש הגימלה בלבד³¹, ולא לילדיו הבוגרים. הכנסותיהם של ילדים בוגרים אינן נלקחות בחשבון בעת חישוב ההכנסות של מי שפונה בבקשה לגימלת הבטחת הכנסה, פועל יוצא מן האמור הוא, שמבחני ההכנסות

28 על איפיון מערכת הביטוח הסוציאלי בהבחנה ממערכת הסעד ראה: אברהם חרון, מדינת הרווחה בעידן של תמורות, ירושלים, הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית, תשמ"ח, פרק ה', בעמ' 101.

29 סעיף 127פד(ד).

30 סעיף 11, לחוק הבטחת הכנסה, תשמ"א—1980, ספר חוקים 991, תשמ"א (1.12.1980), עמ' 30.

31 השו"ע סעיף 127פה(א) לחוק ביטוח סיעוד עם סעיפים 9—11 לחוק הבטחת הכנסה.

החוק הנוגעות למתן גימלאות סיעוד טרם גסננו לתוקף, ניתן לערוך רק ניתוח ספקי-לטיבי של תוראות החוק המסדירות סוגיה חשובה זו.

הנהלים לטיפול בפנייה לקבלת גימלת סיעוד לפי החוק מתחלקים לשני שלבים עיקריים: שלב א', קביעת עמדת המוסד לביטוח לאומי בשאלת תוסאות לגימלת סיעוד, וקביעת גובה תגימלה שהוכרה: גימלה רגילה (השווה לקיצבת יחיד מלאה), או גימלה מוגדלת (השווה ל-150% של קיצבת יחיד מלאה); שלב ב', קביעת בדבר שירותי הסיעוד שיופקו לזכאי ודאגה לכך, שהשירותים שנקבעו יסופקו על-פי תוסנית שנקבעה או לחלופין, קביעה שאין שירותים זמינים עבור הזכאי. אי הכרה בזכאות לגימלת סיעוד בשלב א' שוללת את הצורך לפעול במסגרת שלב ב'.

שלב א': קביעת זכאות לגימלת. חלק זה מורכב משני יסודות נפרדים. המרכיב הראשון הוא פורמלי ומינהלי במהותו. תכליתו לבחון האם נתמלאו התנאים המוקדמים להכרה בזכאות שנקבעו בחוק. במסגרת זו ייבחק אם הסונה הוא מבוטח במסגרת החוק, האם הוא עונה על תנאי הגיל ותקופת האכשרה, וכן האם הוא עומד במבחן הכנסות שיקבע הישר בתקנות. בדיקות טכניות אלה יוכל לבצע עובד מינהלי שיקבע המוסד, ולא נדרשים לשם כך מומחיות או ידע ספציפיים.

המרכיב השני בשלב קביעת הזכאות לגימלה הוא מקצועי במהותו. מדובר בבדיקה שנועדה לקבוע את מידת תלותו של המבוטח בעזרת הזולת. בדיקה זו היא בסיס לקביעת היקף זכויותיו של המבוטח לגימלה. שהרי מצאנו, שעצם הזכות לקבל גימלה ושעורה של הגימלה נגזרים מהערכת מידת תלותו של המבוטח בעזרת הזולת לביצוע פעולות היומיום. הערכה, לפיה מידת התלות בזולת גופלת ממינימום שנקבע, פירושה המעשי היא אי זכאות לקבל גימלת סיעוד.

וטיפול מסור בו בביתו, צריכה להיות מלווה בתמריץ חיובי על מנת לעודדו, ולא ב"סנקציה" שתגרום התנתגות בלתי סולידרית בעתיד.

7. הנהלים להכרה בזכאות ולמתן שירותי סיעוד למבוטחים

שירותי הסיעוד לאוכלוסיית היעד בחוק חייבים להינתן במקסימום של מהירות ויעילות ובמינימום של קשיים ומכשולים ביורוקרטיים. זוהי אוכלוסייה חלשה שבגלל תלותה הרבה בעזרת הזולת נדרשות הרשויות המטפלות לספק מענה מידי וגמיש לצרכיה. יחד עם זאת, כבר הבהרנו בראשית המאמר, שהחוק יכיר בזכאות של חלק בלבד מציבור הנזקקים לעזרת הזולת. חלק ניכר מן הסובלים מליקוי בכושר תפקודם היומיומי לא יגיעו לדרגת המוגבלות שהוגדרה בחוק כזכאה בגימלת סיעוד, או שלא יעמדו בתנאי זכאות אחרים שנקבעו בחוק (טרם הגיעו לגיל המזכה, או לא עמדו במבחן הכנסות). הערכת המוסד לביטוח לאומי היא, שעומס הפניות להכרה בזכאות יהיה גדול פי 3 עד 4 ממספר המקרים שיאושר בסופו של דבר. מדובר אפוא במספר פניות רב, 30 עד 40 אלף בשנה, המחייב מנגנון מיון והערכה משוכלל ומיומן. זאת ועוד, הכרה בזכאות אינה מסיימת, כידוע, את התהליך, אלא רק מעניקה לו כיוון חדש. בעקבות הכרה בזכאות יש להתאים שירותי סיעוד בביתו של המבוטח, וזאת על-פי תוסנית אישית המתאמת לצרכיו ולתנאים המשפחתיים שהוא מצוי בהם. בסיכום, מדובר בתהליך מורכב המצריך היערכות רחבות היקף ובעלות גמישות ארגונית וביצועית. הערכה ממשית של תהליכי ההחלטה הביצועי, במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ניתן יהיה לעשות בעתיד רק לאחר תקופת ניסיון, שתאפשר הפקת לקחים. בנקודת זמן זו, שבה תוראות

התנאים המוקדמים להכרה בזכאות, ושל אחות בריאות הציבור, שתכדוק אם מידת התלות בעזרת הוולת לביצוע פעולות היומ-יום, תאפשר מיזן מהיר של הבקשות הרבות הצפויות, והעברת המקרים העונים על הקריטריונים שבחוק להמשך טיפול בוועדה המקצועית המקומית. בדרך זו ניתן יהיה לקצר ולייעל את ההליכים, ולהבטיח שה-תהליך כולו יושלם תוך תקופה שלא תעלה על 30 יום כדרישת החוק.

שלב ב': קביעת שירותי סיעוד למבוטח. בתום השלב הראשון יודיע המוסד לביטוח לאומי לוועדה המקצועית המקומית על כל מבוטח שנקבעה זכאותו לגימלת סיעוד, לפי סעיף 127 פד. תפקידי הוועדות הללו, שתפעלנה במסגרת אזורית שתחומה יוגדר בעתיד, הם: לקבוע את שירותי הסיעוד שיש לספק למבוטח; לקבוע את גודל השירותים; לדאוג ולפקח על מתן השירות שנקבע, או לחילופין לקבוע שאין שירותים זמינים שניתן לספק למבוטח.

תחלטה הוועדה המקצועית המקומית היא-נית לא רק בכל הקשור להספקת שירותי סיעוד שיתאימו לצרכיו של המבוטח, אלא גם כדי לאפשר תשלום כספי למבוטח במקרים חריגים שהוגדרו בחוק, וכן כדי להקנות למבוטח שאינו זוכה לשירותים סיעודיים, מקום במוסד ציבורי המוחזק בידי המדינה. במקרה הראשון דרושה קביעת הוועדה שה-זכאי לגימלת סיעוד גר עם בן משפחה המטפל בו, ואין אפשרות לספק לו שירותי סיעוד זמינים⁸³. בנסיבות מיוחדות אלה תהווה קביעת הוועדה אסמכתא לשלם לידי הזכאי במישורין את כספי גימלת הסיעוד (בשיעור 80% מן השיעור המלא). במקרה השני, דרושה קביעת הוועדה שאין שירותי סיעוד זמינים, והזכאי לטיפול אינו מקבלו

חרף העובדה, שמדובר בתפקיד מפתח הדורש ידע ומיומנות ספציפיים בכל הקשור להערכת כושר תפקודו של הזקן, לא נקבע בחוק מי יבצעו. החוק הצטמצם בעניין זה בהנחיה ארגונית, לפיה יבצע המוסד לביטוח לאומי את הבדיקה על-פי הסדרים שייקבעו בינו. ובין שירותי הבריאות ושירותי הרווחה⁸². מלשון החוק עולה בבירור, שהאחריות לבדיקת מידת התלות בעזרת הוולת נשארה בידי המוסד בלבד. אופיו של התיאום הנדרש בעניין זה בין המוסד לביטוח לאומי ובין שני הגורמים האחרים השותפים לביצוע החוק (שירותי הבריאות ושירותי הרווחה), לא פורש בחוק, וקביעתו הושארה למעשה להסדרים שייקבעו בנדון הן במישור הממלכתי והן במישור המקומי. הדגשת הצורך שבדיקת התפקוד תיערך בתיאום בין המוסד לביטוח לאומי ובין רשויות הבריאות והרווחה נובעת מכך, שתוצאותיה של הבדיקה עשויות להוות בסיס לקביעתה של הוועדה המקצועית המקומית בעניין התוכנית הסיעודית הדרושה לנוקס. ללא תיאום עלול להיווצר פער בין תוצאות הבדיקה התסקודית ובין התוכנית הטיפולית שתיקבע לסיפוק צרכיו הסיעודיים של הנוקס.

בירור שערך המחבר העלה, שבדעת המוסד לביטוח לאומי להפעיל בכל איזור צוות של אחיות בריאות הציבור, שהתמחו בעריכת בדיקות להערכת כושר תפקוד בביצוע פעולות היומיום. עצם הזכאות לגימלה ושיעורה ייקבע על סמך תוצאות הבדיקה התסקודית שתערוך האחיות. נהל כזה מטיל אחריות מקצועית רבה על כתפי האחיות שיוקצו למשימה זו. הן יידרשו לגלות כושר שיפוט מקצועי, תוך גילוי מיומנות רבה, בהחלטות רבות מדי יום ביומו. פעולה משולבת של פקיד הביטוח הלאומי, שיבדוק אם נתמלאו

32 סעיף 127 פד (ג).

33 סעיף 127 פה (ג).

רשות מקומית. זאת בגלל תהיקף והפיצול הנובעים מכך, והעלות העצומה הכרוכה בתפעול מערכת כה רחבה. מצד שני, היזני שהוועדה המקומית תקיים קשר הדוק עם שירותי הרווחה הבריאות בכל יישוב, משום שעליהם מוטל לדאוג לכך שתשתית השירותים הסייעודיים והטיפוליים המשולמים (עזרה ביתית, שירותי קהילה ומשפחה) יפעלו ברמה סבירה ביישוב.

שיקולים ארגוניים ומקצועיים אלה דורשים להשקיע מחשבה ותכנון מקיפים בעת הקמת הוועדות המקצועיות המקומיות, הן בכל הקשור לכישורי חבריהן והן בכל הקשור לקביעת שיטת שיפוטם, דפוסי עבודתם והיקף הארגונית ביניהן ובין שירותי הבריאות והרווחה הפועלים ביישובים השונים. בשלב מוקדם זה נותר רק לקוות שהגופים האחר-ראים לכך שחוק ביטוח סיעוד יבוצע על-פי מטרות החוק (המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה ומשרד הבריאות), ישכילו למצוא את הפתרונות הראויים לסוגיה מורכבת זו. חלק מכריע של הצלחת התוכנית תלוי במציאת הפתרונות הראויים להפעלת הוועדות המקומיות.

8. סיכום ומסקנות

ישחאל תשמש דגם ראוי לבדיקה ממשית לאחר שייכנס חוק ביטוח סיעוד לתוקפו. וזאת, חרף דברי הביקורת שהעלינו בכל הקשור לפגמים הרבים שבחוק. מדינות רווחה מפותחות כמו אנגליה, סקוטלנד, הולנד ונורווגיה, מעניקות לאלה הלוקים בכושרם לשרת את עצמם שירותי בריאות וסיעוד קהילתי ומוסדי מפותחים. יחד עם זאת, לא קיים באף אחת ממדינות אלה חוק ביטוח סוציאלי, המכיר בזכותו של כל קשיש סיעודי החי בקהילה לקבל שירותים אישיים, בתנאים

מבן משפחתו, בין שהוא גר ועמו ובין שאינו גר עמו. קביעה כזאת של הוועדה מעניקה למבוטח זכות להתקבל, לפי הכללים המקובלים, למוסד סיעודי של המדינה או שהמדינה משתתפת בהחזקתו.

מה ההרכב של הוועדה המקצועית המקומית, שהחוק הפקיד בידיה סמכויות כה רחבות? עליה מוטל, כאמור, להתאים לכל זכאי תוסנית טיפול סיעודית, לוודא שקיימת תשתית לשירות סיעודי בכל איזור פעולתה, ולפתח במקרה הצורך שירותי סיעוד זמינים לזכאים. מדובר בצוותים הב-מקצועיים שיפעלו באיזור שיפוט שיוגדר להם. הרכב חברי הוועדה כולל אחת של שירותי הבריאות, ועובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים ועובד המוסד לביטוח לאומי. הוועדה תתייעץ עם הרופא בכל מקרה שהדבר ייראה לה בחוץ. זהו דגם של גוף בין-תחומי, הנדרש בו-זמנית להוכיח את הכישרים המקצועיים של חבריו לצורך התאמת תוסניות טיפול סיעודי לזכאים וגם להוכיח את הכישרים הארגוניים והמינהליים שלהם לצורך פיתוח והפעלה של שירותי סיעוד זמינים באיזור אחריותם.

בהעדר תפקוד יעיל ונמרץ של הוועדות המקצועיות המקומיות עלולה מטרת החוק המרכזית להיות מנוכלת. האחריות האופרטיבית להספקת שירותי סיעוד לזכאים מוטלת על הוועדה המקומית. תפקוד בלתי יעיל של הוועדה פירושו חוסר מענה תולם לצרכים סיעודיים של נזקקים, אשר למרות שזכאותם הוסחה בחוק לא נמצאה דרך למימושה.

הפריסה הרחבה של השויות מקומיות בכל רחבי הארץ, והרמה הבלתי אחידה של שירותי רווחה ובריאות לקשישים במקומות היישוב השונים, עושים את תפקידה של הוועדה המקצועית המקומית קשה ומורכב במיוחד. מצד אחד, אין אפשרות לארגון, להפעיל ולפקח על עשרות רבות של ועדות מקצועיות מקומיות, שיפעלו בצמוד לכל

אבים הוא סיבה מרכזית לכך שהשירות יינתן על בסיס של מבחן אמצעים, ובהיקף שאין בו כדי לספק את מלוא הצרכים. בעתיד יגלו רבים שהם אינם זכאים לסיעוד גם לאחר שהחוק ייסגס לתוקף במלואו. זאת ועוד, אלה השוחים במוסדות סיעוד לא יהיו זכאים גם בעתיד לקבל גימלת סיעוד למימון מלא או חלקי של עלות שהותם במוסד.

ההסדר החוקי שנקבע מחוץ את החשיבות שבהשגת שיתוף פעולה בין רשויות הבריאות והרווחה, האחריות למתן שירותים לחולה הסיעודי. שיתוף פעולה כזה נועד להבטיח, שאלה הנתנים מגימלת סיעוד למימון שירותים אישיים לטיפול בהם יוכלו לקבל שירותים משלימים של טיפול רפואי (מקופת חולים או ממשרד הבריאות) ושל עזרה ביתית וחברתית (משירותי הרווחה המקומיים). רק שיתוף פעולה כזה יוכל להעניק לנזקק את מכלול השירותים הדרושים לו. רק העתיד יוכל ללמדנו, אם בחסות הוועדה המקצועית המקומית יושג בפועל התיאום הדרוש בין הרשויות הללו, במגמה לגבש תוכנית טיפולית גאונית עבור הקשיש הסיעודי. במקביל, חייבים להקפיד, שמוגבלים שזכותם לגימלת סיעוד לא תופר במסגרת החוק יתנו גם בעתיד משירותים נאותים בעזרה ביתית ובסיוע אישי. התרומה והחשיבות של שירותים כאלה, למרות שהם ניתנים על בסיס של חסד ולא של זכות חוקית מוגדרת, גדולים. העדרם יפגע קשה ברווחת הקשישים הסיעודיים.

לצרכיו המזכרים³⁴. החוק באנגליה, למשל, קובע ששירותים לטיפול אישי סיעודי בקהילה להם באחריות הרשות המקומית. תהיקף ותנאי הענקתם של שירותים סיעודיים אלה ייקבע, על-פי החוק האנגלי במסגרת שיקול דעת שהוענק לרשויות הרווחה המקומיות. בהעדר הגדרת זכויות ספציפיות בחוק, נשאלת ארת לכל רשות רווחה מקומית סמכות שבי-שיקול דעת בקביעת סדרי העדיפות במתן שירותי סיעוד. המצב עשוי לעודד גמישות מחוץ גיסא וחוסר אחידות בין הרשויות המקומיות — מאידך גיסא.

החוק לביטוח סיעוד בישראל נועד למלא, כפי שראינו, את החלל הריק שמוותרות רשויות הבריאות והרווחה. לעומת ארצות כמו אנגליה והולנד, טרם נתגבשה בישראל מסורת רבת שנים של טיפול אישי ובקשישים הזקוקים לסיעוד בגלל ליקוי בכרש-רם לבצע פעולות יומיום. עובדה זו הופכת את חוק ביטוח סיעוד למנוף מרכזי הן לפיתוח שירותים ישירים לטיפול אישי בקהילה והן לפיתוח להרחבה של התשתית של מאסדות סיעודיים. הטלת האחריות על המוסד לביטוח לאומי מבטיחה שתהיה כתובת ממלכתית אחת לתכנון, לפיתוח ולביצוע שירותי סיעוד לנזקקים.

מוקד הבעיות לעתיד טמון בכך, שהחוק אינו ערוך להעניק פתרונות לכל האוכלוסייה הנזקקת לטיפול סיעודי. לתכלית מקיפה כזאת יש להקצות משאבים גדולים פי-שלושה או יותר מאלה שיעמדו לרשות התוכנית, בעקבות גביית דמי ביטוח בשיעור גמור ולא ריאלי שנקבע בחוק (0.2%). מיעוט המש-

34 ראה בעניין זה: ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, שירותים לטיפול ממושך לקשישים באנגליה, סקוטלנד, נורווגיה והולנד, סקר מס' 36, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, 1982.

היענות מערכות הסיוע הפורמלי לשינויים החברתיים ולדפוסי הטיפול הממושך בקשישים

מאת ברנדה מורגנשטיין*

א. מבוא

הקשישים, אפילו בגילים מתקדמים, אינם תלויים במידה גדולה בעזרת הזולת, לפחות 5 אחוזים מוכנסים, בשלב זה או אחר של חייהם, למוסדות. אשר לקשישים החיים בביתם, מחקרים שנערכו בישראל הראו, ש-7 אחוזים בערך מביניהם זקוקים לסיוע מזולתם בביצוע פעולות יומיומיות (זילבר-שטיין, 1981; מורגנשטיין, 1984). הנתונים שהעלו מחקרים שנעשו בארצות הברית ונעם בין 10 ל-18 אחוזים לגבי אלה הזקוקים לעזרה בפעולות היומיום שלהם ובערך 40 אחוזים — לגבי אלה הזקוקים לעזרה בעבודות משק הבית (פקטור ואחרים, 1982). שיעורי תלות אלה גדלים עם הגיל (ראה לוח 1). לפיכך הוצאות שירותי בריאות — בקהילה, בבית-חולים או במוסד — כמו גם שירותים לטיפול אישי בבית ובקהילה — המוקצות לקשישים, גדולים בהרבה משיעורם באוכלוסייה.

משום כך שוחרת במדינות המערב דאגה עמוקה לנוכח העלות הגוברת, שהיא לעתים כבדה מנשוא, של הטיפול הממושך. ברור, שמתן מענה לצורכי הטיפול הממושך של הקשישים בבית, בקהילה ובמוסדות ימשיך לדרוש מימון בהיקף נרחב. אף-על-פי שיתכן שלא ניתן יהיה להקטין את ההוצאות הדרושות כיום בצורה משמעותית, מדינות רבות מחפשות דרכים חליפיות להספקת שירותים בצורה מאורגנת ויעילה יותר,

אחת הבעיות החריפות והבולטות ביותר הניצבות כיום בפני מגזרי שירותי הבריאות והרווחה היא, כיצד להבטיח מתן מענה מהיר לצרכים הגוברים של הקשישים המוגבלים, והתלויים באחרים, במיוחד אלה הזקוקים לטיפול ממושך. המדינות המתועשות נתונות ללחץ כבד לצמצם את ההוצאות לתוכניות רווחה, ויחד עם זה חלקם של הקשישים, ובמיוחד של הזקנים מאוד (בני 75 ומעלה), גדל וצפוי לגדול עוד יותר במשך עשרות השנים הקרובות (Rice, 1984). המגמות הדמוגרפיות במספרם של הקשישים ובשיעורם באוכלוסייה מקבלות אישור במחקרים אפידמיולוגיים, המצביעים על שיעורן הגובר והולך של המחלות הכרוניות ושל המוגבלות (disability), במיוחד בקרב הזקנים מאוד (Brody 1982; Davies, 1984). בעייתי במיוחד הוא הגידול באותן קבוצות של קשישים שהם בעלי סיכון גבוה וקשים לטיפול הסובלים מירידה בתפקודם השכלי ואשר זקוקים לשירותים שעלותם גבוהה במיוחד.

לתכנון הטיפול הממושך חשובות מאוד הערכות של תלות במונחים של פעולות יומיומיות. הערכות אלה משתנות בהתאם להגדרת שמשתמשים בה. אף-על-פי שרוב

* סגנית המנהל, האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים. הוצג בכנס הקרן האירופית למדע (European Science Foundation Workshop) — "הקשישים ומשפחותיהם — דפוסי טיפול הדדי", 11-13 בנובמבר, 1985, ירושלים. תרגום מאנגלית: עמוס פלד.

לוח 1. שיעור הקשישים הזקוקים לעזרה בטיפול אישי * ובניהול משק הבית לפי קבוצת הגיל, בני-ברק

הגיל				
80+	79-75	74-70	69-65	סך-הכל
1022	1210	1810	2652	6694
24.3	6.8	6.4	2.2	7.7
46.9	40.5	27.3	16.1	28.2

* כולל רחצה, הלבשה, נידות בתוך הבית, האכלה, הפרשות והשגחה. מקור: Morginstin (1984), מבוסס על נתונים שאסף Silberstein (1981).

גורמים אלה מתוארים בצורה סכמטית בצירור 1. יש להדגיש, שעצם הדרך שבה מתוכננת, ממומנת ומבוצעת המערכת הפורמלית לטיפול ממושך תביא בחשבון גורמים אלה ותשפיע מצדה על דפוסי הטיפול הלא-פורמלי והשימוש בשירות, ובמיוחד על יכולת המשפחה לספק ולנהל את הטיפול הלא-פורמלי.

ב. דפוסי טיפול לא-פורמליים

המחקר כמו גם הניסיון ממשיכים להוכיח, שהמשפחה היא הנושאת העיקרית בעול הטיפול בקשישים (Shanas, 1976; זילברשטיין 1981). מחקרים שנערכו בישראל ובארצות אחרות הראו, ש-80 אחוזים בקירוב מן הקשישים, שהם תלויים מבחינת פעולות היומיום שלהם ותפ-קדם, מקבלים טיפול מבני המשפחה. בישראל מגיע מספר זה, במספר אזוריים שבהם נערכו מחקרים, ל-86 אחוזים. שירותים פורמליים הניתנים על-ידי גורמים ציבוריים, מכסים חלק נמוך הרבה יותר של הקשישים. בישראל, למשל, בערך 14 אחוזים מן הקשישים הזקוקים לסיוע שאינם שוהים במוסד מקבלים שירותים לטיפול אישי ובערך 7 אחוזים מהם מקבלים שירותים לעזרה ביתית. מידת החפיפה קטנה מאוד

על מנת שהכספים ינוצלו כך שיענו על הצרכים הדחופים ביותר, השאלה שתעמוד בפני המדיניות ההתכנון תהיה מה יהיה סדר העדיפות של השימוש בכספים, כיצד יוקצו הכספים כיום, או כיצד יוזרמו כספים חדשים למערכת, בצורה אפקטיבית, יעילה וצודקת שתענה על הצרכים, אך תמנע אי-איוון במתן השירות הניצולו. לשון אחר, לאיזה סוג של מערכת אנו מתכוונים כשאנו מדברים על מערכת שתבטיח פתרון פורמלי תולם לצורכי הטיפול הממושך.

חשוב להכיר בעובדה, שאף-על-פי שתכנון מערכת לטיפול ממושך חייב לשקף את ההיקף הנוכחי של הצרכים, לא ניתן להגדיר את הללו רק במונחים של איפיוני אוכלוסייה ושיעורי תלות. תכנון שירותים פורמליים דורש גישה שונה בכל חברה, גישה המבוססת על המבנה הפוליטי, על המסורת של מתן השירותים וחלוקת האחריות, על צורכי התוכנית, על ההשפעות הרצויות לטווח קצר ולטווח ארוך ועל אילוצי התוכנית (Morginstin & Shamai, 1985). אך יש גורמים אחדים שהם משותפים לרוב החברות ושחייבים לשקול אותם בזהירות בשעה שמתכננים תוכנית של טיפול ממושך:

- דפוסי טיפול לא-פורמליים.
- דפוסי נוכחיים של שימוש בשירותים (מוסדיים ולא מוסדיים).
- תנאים חברתיים משתנים.

ציור 1. מספר גורמים המשפיעים על תכנון הטיפול הממושך

<p>תגובות המערכת הפורמלית</p> <ul style="list-style-type: none"> — מסגרות תקציביות חדשות — גישות משוערות חדשות — ניסיון לצמצם עלויות — הדגשת חשיבות איכות השירותים — הדגשה מוגברת של שירותי בית וקהילה — אופציות למימון, ואספקת שירותים, ניהול הטיפול 	<p>דפוסי נוכחיים של שימוש בשירות</p> <ul style="list-style-type: none"> — שיעורי סידור מוסדי — היקף טיפול בית — היקף טיפול בקהילה 	<p>דפוסי טיפול לא-פורמליים</p> <ul style="list-style-type: none"> — העדפות לשירותים וגימלאות שונים — שימוש בשירותים ציבוריים ופרטיים — גכונות לתת או לנהל טיפול — עלות הטיפול — עול הטיפול — משאבים משפחתיים — הגישה לסידור מוסדי
	<p>מגמות חברתיות</p> <ul style="list-style-type: none"> — גודל המשפחה — מצב משפחתי, שיעורי הגירושין — הסדרי מגורים — שיעור השתתפות הנשים בשוק העבודה — מאפיינים אישיים של הקשישים, כולל מצב כלכלי 	<p>איפיוני אוכלוסייה</p> <ul style="list-style-type: none"> — מספר הקשישים וחלקם באוכלוסייה — שיעורי תחלואה — שיעורי תלות

בהנחה, שקיימת תכרה בנטל הגובר על המשפחה, ניתן לצפות לכך שיהיה היסט בהדגש על אוכלוסיית היעד מן הקשישים עצמם לקשיש ומשפחתו. העיסוק בניחוח שירותי תמיכה במשפחה מעיד, שיותר ויותר מתקבלת הגישה לפיה המשפחה הופכת להיות יעד בתכנון הטיפול הממושך (Montgomery, 1984). גישה מורחבת זו

— רוב האנשים מקבלים עזרה מן המשפחה בלבד, בעוד שרק חלק קטן מהם מקבלים שירותים לא-פורמליים ופורמליים כאחד (ראה לוח 2). קיים אפוא צורך של ממש בשירותים נוספים מן המגזר הפורמלי — לרוב כמשלים לטיפול המשפחתי או כדי להקל מן הנטל הכבד הרובץ על המשפחה.

לוח 2. הצורך בשירותי פיוט אישי ועזרה ביתית פיפוקו בקרב קשישים הזקוקים לו בני ברק, 1979

אחוז אלה הזקוקים להקטנת הנטל על המשפחה	אחוז אלה שצורכיהם לא סופקו	אחוז מקבלי השירותים			
		משפחה וקהילה	קהילה בלבד	משפחה בלבד	
12.1	26.0	9.7	3.6	76.6	טיפול אישי
10.7	43.6	2.8	4.2	58.5	עזרה ביתית

המקור: מורגנשטיין (1984), זילברשטיין (1981).

ג. מגמות חברתיות משתנות

מספר מגמות דמוגרפיות וחברתיות העשויות להשפיע על דפוסי הטיפול, ציפיות המשפחה והשימוש שלה בשירותים תועדו בספרות שהצטברה לאחרונה ואשר בחנה את הגורמים הקשורים בהיקף הטיפול הממוצע בחברות שונות (Luce; Brody 1981; Rice, 1984; Sang, 1982; et al., 1984; Shanas 1976; Vogel & Palmer, 1982). בדרך כלל, היקף הצרכים בטיפול ממוצע גדון במונחים של שינויים דמוגרפיים צפויים במבנה האוכלוסייה מבחינת הגיל והזמן ושיעורים של מחלות כרוניות ומוגבלות באוכלוסייה.

אפשר שגורמים דמוגרפיים וחברתיים אחרים אינם משפיעים ועל היקף הצרכים הבסיסי, אבל הם זיהו כמשפיעים על הדפוסים של השירותים הפורמליים שהתפתחו בחברות שונות, ובמיוחד על האיזון בין הטיפול הפורמלי לזה הלא-פורמלי. גורמים אלה כוללים שיעורי פריון שונים בקרב קבוצות גיל ושיעורי גירושין (המשפיעים על זמינות ילדים שיתנו טיפול לא-פורמלי), מצב משפחתי של הקשיש (זמינות בן-זוג מטפל) והשתתפות נשים בכוח ועבודה (זמינות נשים למתן עזרה לא-פורמלית בבית) (Davis, 1985). לכך היינו מוסיפים דפוסים והכנסת הקשישים, מגמות בהרכב משק הבית, רמת ההשכלה שלהם, שיטפיעו כולם ללא רק ועל דפוסי הטיפול, אלא גם על עדיפויות והעדפות לגבי סוגי השירותים והתוכניות שיפותחו ומידת העצמאות של הקשיש והמשפחה לבחור בשירותים שנתוצים להם.

מגמות דמוגרפיות וחברתיות אלה חייבות להיבדק בזהירות בכל תברה כאשר מתארים דפוסים קיימים ועתידיים של הטיפול הפורמלי כמשלימים את הטיפול המשפחתי. לדוגמה, ולמרות שהתוקרים חזו גידול צפוי במספרם המוחלט ובחלקם היחסי של הקשי-

אל אוכלוסיית היעד חייבת להיות מלווה בגישה גמישה בתכנון סוגי הגימלאות השיירות שייכללו בתוכניות הטיפול הממוצע. אם אנו מתכוונים להיענות כראוי לצורכי המשפחה וציפיותיה, אזי ההתייחסות למשימה חייבת להיות היבט בלתי נפרד של התכנון.

ברם, בהקשר זה חשוב לחשוף כפילות בחשיבה המקצועית על טיפול משפחתי הנובעת, קרוב לדאי, מהתפתחותם ההיסטורית של שירותי רווחה חברתית לקשישים (Parker, 1980). שירותים אלה ניתנו בדרך כלל יותר על בסיס סלקטיבי מאשר על בסיס אוניברסלי. מחד גיסא, קיומם של קרובי משימה פחה סנותנים בכוח ובפולע של הטיפול תועד שוב ושוב כמקור שלא יסולא בפז, לעתים קרובות כגורם העיקרי המשפיע על הסתברות הסידור המוסדי. לאמיתו של דבר, הטיפול המשפחתי נחשב — בעבר כמו גם בהווה — המרכיב העיקרי בטיפול הקהילתי. מאידך גיסא, הגם שאנשי המקצוע מכירים בגטל הגובר של הטיפול, קיימת נטייה לראות בטיפול המשפחתי משהו טוב יותר. לא-מיתו של דבר, תזניחה בעבר מערכת השירות הפורמלי את המטפל המשפחתי. בתכנון תוכנית לטיפול בקשישים ובמשימה פחותיהם בבית יש להגדיר בזהירות את תפיסתנו לגבי מדיניות חברתית בדרך המשימה קפת בצורה מהימנה דפוסי טיפול אקטואליים, ציפיות והעדפות של המשפחה, והתנהגות משפחתית צפויה בעתיד כמושפעת ממגמות חברתיות משתנות. מגמות אלה, הגם שלא יערערו או יצמצמו את נכונותה הבסיסית של המשפחה להמשיך במילוי תפקידה, ישפיעו בהכרח על דפוסי הטיפול הלא-פורמליים ועל ציפיותם של הקשיש ומשימה פחתו לתמיכה ציבורית. שירותים בעין וגימלאות כספיות צריכים לאפשר למשפחה ולעודדה להמשיך למלא את תפקידה כמנהלת וכמספקת העיקרית של טיפול.

רותים הפורמליים. בדרך כלל, אפילו כאשר יש ילדים אחדים, אחד מהם יטול על עצמו את האחריות לטיפול. ברוב המקרים מטפל עיקרי זה היא בת או בת-זוג. יותר ויותר נשים שהיו באורח מסורתי המטפלות בחברתנו עובדות כיום מחוץ לבית ואינן מסוגלות למלא את תפקיד המטפלת על בסיס "משרה מלאה". מגמה זו, בד בבד עם מספרם הקטן של הילדים שיתחלקו בנטל הטיפול, מכביד עוד יותר את המעמסה המוטלת על המשפחה, מעמסה שהיא כבדה ממילא.

שיעורי ההשתתפות של נשים בכוח העבודה מעניינים במיוחד כאשר מעיינים בנתונים לגבי קבוצות גיל שהן בעלות סיכוי גבוה במיוחד להיות מטפלות פוטנציאליות. הניסיון מראה, שהבעיה של מתן השירות להורים זקנים או לבן-זוג אוסייניתי במיוחד לגיל הבינוני-הגבוה. אם בוחנים את השינויים בהשתתפות בכוח העבודה לגבי אנשים בגיל 55 ומעלה לפי מין מגלים, שכעוד שקבוצות מין/גיל אחרות מאופיינות בדרך כלל בצמצום מבחינת ההשתתפות בכוח העבודה, ברחב המדינות חלקן של הנשים העובדות בגיל 55-64 גדל בצורה משמעותית (לוח 3).

ברודי ציינה, שלהצטרפותן הגוברת של נשים לכוח העבודה תהיה השפעה בלתי ידועה על מצב הטיפול במשפחה (Brody, 1981). השאלה היא אם תהיה חלוקה מחדש של האחריות והתפקידים בקרב בני המשפחה או שיוכבד עוד יותר הנטל המונח על כתפיה של האשה העובדת ועל-ידי כך תחמיר עוד יותר התסמונת של "האשה הנמצאת באמצע". מעמסת הטיפול — אם לא יוזנה — תיעשה כבדה עוד יותר. ואולם יש להדגיש, שלשיעור המוגבר של השתתפות נשים בכוח העבודה עשויה להיות השפעה כפולה: בעוד שהזמן שיוקדש לטיפול יילך ויקטן, מצבן הכלכלי המשופר של הנשים, זכויות הפנסיה הנצברות שלהן, חסכוניותהן וכד' עשויים לחזק את מעמדן

שים ברוב החברות (Rice, 1984), בישראל מחרים החיוויים שאנו צריכים לצפות לאיוון בגידול לקראת סוף המאה ה-20 (קופ (1980). לא תמיד גדל היקף הצרכים. לעתים יש שינויים לא בהיקף, אלא בסוג ובאופי של הצרכים. לכן כל תוכנית חייבת להיות גמישה דיה כדי להשתנות עם הזמן בהתאם לסוגי הצרכים המשתנים וההקצאה הדיפרנציאלית של המשאבים הדרושים בהתאם.

בישראל, העובדה שטיפול לא-פורמלי זמין במקרים רבים מוכחת לא רק על-פי ממצאי סקרים, אלא גם מנתונים המתייחסים להרכב משק הבית. ישראל נבדלת ממדינות אחרות פחות בשיעורם הנמוך הרבה יותר של קשיי שים החיים בגפם ובשיעורם הגבוה יותר של הזוגות. כפי שצינו אחדות ותמיר (1985), נשים בודדות, שהן הקבוצה הפגיעה ביותר, מבחינה כלכלית, מהוות בערך 50 אחוזים מכל המשפחות בקבוצת הגיל של בני 75 ומעלה בארצה, קנדה, בריטניה, שוודיה, ונורווגיה וגרמניה המערבית. בישראל רק 23 אחוזים מכלל המשפחות בקבוצת גיל זו הן נשים לא-נשואות, בעוד שאתח הזוגות הוא 47, היינו כפול מזה שבמדינות אחרות. אחוז הגברים הבודדים נמוך ביותר בישראל וב-גרמניה המערבית — 11 בהשוואה ל-17-18 בשוודיה ובנורווגיה. נתונים אלה, יחד עם מגמות ההכנסה, הם בעלי משמעות לגבי תכנון הטיפול הממושך בישראל. כל תוכנית חייבת להתבסס על ההנחה, שבאותם מקרים שבהם הטיפול המשפחתי הוא זמין וניתן ברמה טובה, ניתן להקל על טיפול זה באמצעות שירות בעין משלים או גימלה כספית שתכסה חלק מן ההוצאות הכרוכות במתן הטיפול. ברם, מדינות אחרות, שבהן חלקם של הקשישים החיים בגפם גבוה יותר, עשויות לשים את הדגש יותר בשירותים בעין ולצמצם את האפשרויות של גימלאות כספיות.

לתפקידן המשתנה של הנשים, שהן המטפלות העיקריות, תהיה בהכרח השפעה על דפוס הטיפול הלא-פורמלי ועל השי-

לוח 3. שיטורי ההשתתפות בכוח העבודה במדינות אחדות*

אחוז השינוי	שנות ה-60 המוקדמות		אחוז השינוי	שנות ה-60 המוקדמות		
	1980	שנות ה-60 המוקדמות		1980	שנות ה-60 המוקדמות	
גברים בני 55-64			גברים בני +65			
-14.7	72.1	86.8	-14.1	19.0	33.1	ארצות הברית
-10.5	76.2	86.7	-15.3	14.7	30.0	קנדה
-0.4	85.2	85.6	-15.7	40.8	56.5	יפן
-6.3	69.9	76.2	-15.0	9.0	24.0	צרפת
-14.0	67.8	81.8	-17.4	7.5	24.9	גרמניה
-11.4	83.0	94.4	-14.5	8.9	23.4	בריטניה
-15.8	57.7	73.5	-16.8	8.4	25.2	איטליה
-11.9	79.2	91.1	-23.2	11.6	34.8	שוודיה
-2.2	82.4	84.6	-7.5	27.9	35.4	ישראל
נשים בנות 55-64			נשים בנות +65			
4.1	41.3	37.2	-2.7	8.7	10.8	ארצות הברית
11.7	33.7	22.0	-1.3	4.3	5.6	קנדה
-0.8	43.6	44.4	-9.5	14.9	24.4	יפן
1.4	38.3	36.9	-4.7	4.3	9.0	צרפת
1.3	28.5	27.2	-4.7	3.0	7.7	גרמניה
9.7	39.0	29.3	-2.8	2.9	5.7	בריטניה
-6.2	14.0	20.2	-5.2	1.8	7.0	איטליה
15.1	55.6	40.5	-6.1	2.5	8.6	שוודיה
8.1	26.0	17.9	0.5	6.6	6.1	ישראל

מקור: Rojas-Parkes et al., 1985.

מבוסס על Monthly Labor Review, משרד העבודה של ארצות הברית, לשכת הסטטיסטיקה, פברואר 1983.

* הפרופורציה לגבי יפן, גרמניה ובריטניה כוללות אוכלוסייה השוהה במוסדות. הנתונים לגבי צרפת נכונים ל-1979.

רבה יותר באופן שבו הן מנהלות את הטיי-פול בקשיש המוגבל, בבחירת סוגי השירותים הדרושים להן, ומשיגבר כוח ההשתתפות שלהן תהיינה הנשים מסוגלות לרכוש שירותים רבים יותר מן המגזר הפורמלי.

גיחון לצפות ואפוא לכך, שמגמות ההשתתפות בכוח העבודה ישפיעו על ציפיות המטפלים שסוג הסיוע הפורמלי המוצע בתוכניות הטיפול הממושך יתיר להם לבחור ולרכוש שירותים באופן שהוא יותר ויותר

כצרכניות שירותים. נראה, שקיימת ראייה לכך, שמשפחות שבהן האשה עובדת נוטות יותר לרכוש שירותי טיפול מבחור (Luce et al., 1984). דהיינו, היכולת להיעזר בשירותים מתוך המערכת הפורמלית תגבר.

מחקרים מראים, שחרף התחזיות המוריות על ההפך המשפחות אינן זונחות את תפקידן כמטפלות. ההשלכה של מגמה זו ברורה ואף יכולה להיות חיובית: שיעור גדול יותר של הנשים יצפה לכך שיוכל להפעיל עצמאות

שמומנו בעיקר בידי הממשלה (Gilliand, 1983).

כדי לערוך ניתוח השוואה של התפתחות מערכות לטיפול ממושך יש צורך בנתונים השוואתיים מהימנים לאורך זמן. התחלה טובה נעשתה בהפקה ובניתוח נתונים אלה במחקר ההכנסות הלוקסמבורגי (Luxem² Income Study), שבו נאספו נתונים משבע ארצות: קנדה, ישראל, גרונגיה, שוודיה, מערב גרמניה, ארצות הברית ובריטניה. בממצאים הראשוניים, שהוצגו בכנס הראשון של המחקר (יולי 1985), ניתן למצוא כמה הבדלים מעניינים ברווחה הכלכלית של הקשישים בתחילת העשור הנוכחי.

למשל, השוואת שיעור העוני בקבוצות גיל שונות מגלה, שסכנת העוני בקרב אלה שהם בני 75 ומעלה גבוהה יותר מאשר בקרב אלה שהם בני 65–74 (ראה לוח 4). קיימים הבדלים משמעותיים בין המדינות; בשוודיה אין למעשה עוני בקרב הקבוצות הללו. המחברים (Hedstrom & Ringen, 1985) מציינים, שהדבר נובע מן הרפורמה ברמות הקיצבאות הפנסיוניות הציבוריות. בין השנים 1952–1976 עלתה הפנסיה הממוצעת בשוודיה ביותר מ-300% במונחים ריאליים בהשוואה לעלייה של 97% בהכנסה הממוצעת של עובדי תעשייה העובדים במשרה מלאה.

בשעה שבאים להעריך את סוג המשאבים שיהיו זמינים לטיפול ממושך חייבים להביא בחשבון נתוני אורך (longitudinal data) מסוג זה לגבי קבוצות קשישים בעתיד, במצורף עם שיעורים מתוכננים של השתתפות בעבודה, הכנסה מפנסיות אחדות אוניברסליות ומפנסיות ממקום העבודה. את הקשישים עדיין מאפיינות הכנסות גמורות ושכיחות גבוהה יחסית של עוני. נראה, שדבר זה נכון במיוחד לגבי ישראל, שבה במעט מחצית מן האוכלוסייה שפרשה מן העבודה מקבלת השלמת הכנסה. אסטרטגיה לטיפול ממושך חייבת לשקף נתונים אלה כשם שעושה זאת מדיניות הבטחת

עצמאי, ובמקביל ייהנו קבוצות אחדות של נותני טיפול מתנאים כלכליים משופרים במידת מה, שיאפשרו להם לכסות לפחות חלק של עלות הטיפול.

נראה, שגורם חשוב של צורכי הטיפול הממושך — ובמשתמע מכך, הפוסי הטיפולי והשימוש בשירות — הם המשאבים הכלכליים שיהיו זמינים לקשישים בעתיד. בארצות הברית, לדוגמה, מצפים שהכנסתם הממוצעת של הקשישים תמשיך לעלות, אפילו במונחים ריאליים, אם גם בקצב יותר מבעבר. יתרה מזו, מצפים שההבדלים המסורתיים הגדולים בהכנסה בין גברים לנשים החיים בגפם יצטמצמו עם ריבוי מספר הנשים המצטרפות לכוח העבודה והמשך פרישתם המוקדמת של גברים מכוח העבודה (Luce et al., 1984).

אין ספק, שהשוואות בין מדינות לגבי תוכניות לטיפול ממושך וניסיונות ללמוד או להשליך מחברה אחת לשנייה חייבות להתבסס על הבנה טובה לא רק של הבדלים המוגרפיים ותרבותיים, או הבדלים במסורת מתן השירות, אלא גם על נתונים השוואתיים מהימנים המתארים את מצבם הכלכלי של הקשישים ובני משפחותיהם ביחס לגורמים הדמוגרפיים. מדיניות ותכנון של הטיפול הממושך חייבים להביא בחשבון את מצבה הכלכלי המשתנה של האוכלוסייה הקשישה במיוחד במונחים של הפוסי פרישה והשתכרות, העברות ציבוריות ופנסיות ממקומות עבודה. אפשר לצפות, למשל, לכך שחלקן היחסי של ההוצאה הציבורית והפרטית על טיפול ממושך, והדגשת הפיתוח של שירותים ציבוריים או פרטיים, יהיו קשורים להכנסה הפנויה בקרב קבוצות קשישים שונות. העובדה, שלמצבם הכלכלי של הקשישים עשויה להיות השפעה על צורכי הטיפול הממושך והיענותם של השירותים הפורמליים לצרכים אלה מוכחת בדוגמה של שווייץ. גיליאנד מדווח, שבשווייץ צמצם גידול ניכר בקיצבאות הזיקנה ב-1966 בצורה משמעותית את מספר הכניסות למעונות לקשישים,

צרכניות השירותים בעתיד, העדפותיהן ויכולתן לרכוש שירותים במגזר הפורמלי. אין הכוונה לומר, שמצב כלכלי משופר אצל קבוצות כלשהן פירושו צורך מופחת בקיצוצאות ובשירותים במימון ציבורי. ואולי גם קבוצות אחדות של קשישים תהיינה מסוגלות לשלם עבור חלק מן השיירותים הדרושים להן, או לפחות תעדפנה לבחור את השירותים הדרושים להן. מצד שני, לגבי קבוצות בעלות הכנסה נמוכה תהיה גימלה בכסף, למשל, פיצוי חשוב על ההוצאות הכרוכות במתן שירות הניתן ישיירות ועל ידי המשפחה. גימלה שנועדה לכיסוי חלק מן ההוצאות, השתתפות עם הקשיש ומשפחתו בעלות הטיפול, אולי יכולה לענות על הצרכים באותם מקרים שבהם הטיפול הלא-פורמלי כבר זמין.

הנקודה העיקרית היא, שמוחצות רבה יותר של השינויים החברתיים, התהליכים הדמוגרפיים, רמת ההכנסה וכו', היא הכרחית לא רק כדי לאמוד את היקף השיירות הפורמליים הדרושים, אלא היא חשובה במיוחד לתכנון סוגי השירותים, בכסף ובעין, שיועמדו לרשות המשפחה והדרכים והגהלים שבאמצעותם המשפחה תוכל לרכוש שירותים אלה. כמובן יש חשיבות למידת גמישותן של תוכניות לטיפול ממושך ויכולתן להתאים את עצמן לצרכים ולציפיות דיפרנציאליים ולרצון הגובר לקבל החלטות עצמאיות בניהול הטיפול. מגמות בהשתתפות נשים בכוח העבודה, הרכבי משק בית וזמינות הטיפול הלא-פורמלי, מצב כלכלי משופר עבור קבוצות אחדות ובמקביל רמת השכלה גבוהה יותר, כל אלה מצביעים על כך, שמטפלים יצפו ובעתיד שתהיה בידם היכולת לקבל יותר החלטות עצמאיות בכל הנוגע לבחירת שירותים במסגרת תוכנית לטיפול ממושך, המבוססת על תפיסה של אחריות משותפת ומימון משותף — בין הקשיש והמטפל. מצד אחד ובין מערך השירותים הפורמליים מצד שני.

לוח 4. שיטורי עוני * במדינות אחדות אצל אנשים בגיל 65+ ובכלל האוכלוסייה

	גיל		כלל האוכלוסייה
	75+	74-65	
קנדה	12.1	11.2	12.1
גרמניה המערבית	7.2	12.7	15.2
ישראל	14.5	22.6	27.1
נורווגיה	4.8	2.7	7.3
שוודיה	5.0	0.0	0.0
בריטניה	8.8	16.2	22.0
ארצות הברית	16.9	17.8	25.5
ממוצע	9.9	11.9	15.6

המקור: Hedstrom & Ringen, 1985.

* אלה מוגדרים כאנשים המשתייכים למשפחות עם הכנסה פנויה הניתנת להתאמה מתחת למתצית החציון לגבי כל המשפחות במדינה שבה מדובר.

ההכנסה. מצד שני, אף-על-פי שישארו בעינינו גם הבדלים אישיים, מספר קבוצות של קשישים, כגון נשים ועובדות, בעלי זכויות פנסיה בשיעור גבוה, הן עשויות, כמצופה, ליהנות ממצב כלכלי טוב יותר עם תחושה רבה יותר של עצמאות. עצמאות כלכלית זו עשויה להשתקף, למשל, ביכולת רבה יותר לרכוש טיפול יום בקהילה או להשתתף בהסדרי דיור מוגן, שבו יהיה ניתן לקבל במידת הצורך שירותים עבור קשישים יתשושים. חלקו של המימון הציבורי לשירותים אלה, המערכת המנהלית לאספקת השירותים ומידת העצמאות של הקשיש בבחירתם וברכישתם של השירותים לטיפול ממושך, בבית, בקהילה או במוסדות חייבים לשקף את המגמות ברמת ההכנסה של קבוצות שונות. תכנון שירותים הקצאה ציבורית של כספים חייבים להתבסס אפוא לא רק על תחזיות לגבי היקף הצרכים, אלא גם על התחזיות מי יהיו הקבוצות השונות שיהיו

ד. דפוסים במתן שירותים פורמליים: טיפול מוסדי ולא-מוסדי

יעד בסיסי במדיניות הטיפול הממושך חייב להיות אפוא פיתוחה של מערכת מגוונת מאוד של קיצבאות ושירותים כדי לענות על רצף של צרכים משתנים, החל מן הצורך המתעורר בתוך הבית וכלה בצורך בסידור מוסדי. מצד אחד, ניצב היעד לטווח ארוך לסייע למשפחה ולפתח שירותים כדי לאפשר לאדם המוגבל והתלוי באחרים להישאר בבית ובקהילה כל עוד ניתן הדבר ולצמצם את השימוש במיטות סיעודיות לאלה שהם בעלי המוגבלות החמורה ביותר ולבודדים; מצד שני, קיים צורך רחוק וכולט לעין ברוב המדינות לספק את הדרישה הנוכחית למיטות במוסדות סיעודיים המפעיל לחץ על קובעי מדיניות בתכנון הסיעודי לעתיד. הניגוד בין שני יעדים סותרים לסאורה אלה נהפך לשאלה מעשית של עדיפויות בהקצאת הכספים המוגבלים כמחיל שבו צמצום הוצאות הוא עצמו סוגייה מרכזית.

בצורה ובהיקף של ההיענות המוסדית לצורכי הטיפול הממושך מתגלה שוני רב בין חברה לחברה. את השיעורים השונים של טיפול מוסדי, שהתפתחו במדינות השונות, לא ניתן לייחס לגורמים דמוגרפיים גרידא. דו"ח שפרסם לאחרונה האיגוד הבינלאומי לביטחון סוציאלי (Inter-ISSA — national Social Security Association) ואשר ביקש לאמוד ולהשוות את השפעת המשתנים הדמוגרפיים, כגון מבנה הגיל/מין באוכלוסייה על שיעורי הטיפול המוסדי במדינות שונות גילה שוני רב כאשר הושושו שיעורי השימוש בפועל לשיעורי השימוש שנאמדו על-פי אמת מידה המבוססת על שיעור הסידור המוסדי המייחד את המבנה של גיל/מין בארצות הברית (Davis, 1985). נמצא, שעל-פי מאפייני אוכלוסין בלבד היו צריכים להתקבל שיעורי שימוש דומים

בארצות הברית, שוודיה והולנד, אבל בפועל שתי המדינות האחרונות משתמשות בשיעורים מוסדיים בשיעור כפול כמעט מאשר בארצות הברית. ברם, בהולנד שיעור השימוש קטן בשליש משיעורו בארצות הברית, בעוד שהשימוש במוסדות לא-רפואיים גדול פי שבע.

אותו מחקר מגלה, שהשיעורים המוסדיים ידווח עליהם נעים בין 4.5—3.6 אחוזים בגרמניה המערבית ובין 8.7—10.5 בשוודיה. ממצא בולט הוא ההבדל בין שיעורי הטיפול במוסדות רפואיים ובין שיעורי הטיפול במוסדות לא רפואיים. במערב אירופה שיעור השימוש בסידור במוסדות לא רפואיים גבוה בהרבה מאשר בקנדה ובארצות הברית. השיימוש במוסדות רפואיים בשוודיה דומה לזה שבארצות הברית, אך השימוש במוסדות לא רפואיים גדול פי חמש כמעט (ראת לוח 5). לשון אחר, נראה שגורמים אחרים ולא רק צרכים המוגדרים כמחנכים של מאפייני אוכלוסייה הם האחראים לשיעורי הטיפול המוסדי. בשל העובדה שהנתונים הנוכחיים הנוגעים לצורך במיטות, המבוססים על רשימות המתנה העל שיעורי סידור מוסדי, משקפים אילוצים של המערכת הקיימת, הגדרת הצורך העתידי בטיפול במוסדות סיעוד על יסוד הנתונים המחויצים (extra-polated) גרידא תהיה, ככל הנראה, בלתי מדויקת לנוכח היעדים לטווח ארוך. זה היה הניסיון בהולנד, למשל, שם מוצאים בשנים האחרונות סתירה בין התחזיות בדבר הצורך הגובר במיטות מוסדיות, המבוססות על דפוסים קיימים, ובין הנורמות של מדיניות לאומית המחייבות להקטין את שיעור הקשישים במוסדות סיעוד ובמסגרות מוסדיות אחרות (מורגנשטיין וורנר, 1982). לאמיתו של דבר, דו"ח ISSA שנזכר לעיל מציינו, שעל-פי החגובות שנתקבלו בתשובה לשאלון שנשלח, רוב המדינות התעשייתיות המתקדמות סבורות ששיעור הסידור המוסדי בהן גבוה יותר. מן הדרוש או הרצוי. "רוב המדינות הללו נוקטות כיום מדיניות יוזמה

לוח 5. השוואת אומדנים של הסידור במוסד לעומת שיעורי הסידור המוסדי בפועל, 1980 (באחוזים)

	השיעור בפועל			השיעור על-פי אומדן *		
	סך-הכל	מתקנים רפואיים	מתקנים רפואיים	סך-הכל	מתקנים לא רפואיים	מתקנים רפואיים
ארצות הברית	5.7	1.2	4.5	5.7	1.2	4.5
אוסטרליה, 1981	6.4	1.5	4.9	5.3	1.1	4.2
בלגיה, 1981-83	6.3	3.7	2.6	5.7	1.2	4.5
קנדה	8.7	1.6	7.1	5.3	1.1	4.2
קוסטה ריקה, 1980	2.0-1.5	2.0-1.5	ל"ז	4.7	1.0	3.7
דנמרק	7.0	ל"ז	ל"ז	5.7	1.2	4.5
צרפת, 1982	6.3	1.0	5.3	6.1	1.3	4.8
גרמניה המערבית, 1980	4.5-3.6	2.4-0.9	3.6-1.2	5.5	1.2	4.3
יוון, 1982	0.5	0.5	ל"ז	5.4	1.1	4.2
ישראל, 1981	4.0	2.6	1.4	4.4	0.9	3.5
יפן, 1981	3.9	0.8	3.1	4.9	1.0	3.9
הולנד, 1982-83	10.9	8.0	2.9	5.8	1.2	4.6
ספרד, 1982	2.0	2.0	ל"ז	5.3	1.1	4.2
שוודיה, 1980	10.5-8.7	5.9-4.1	4.6	5.7	1.2	4.5
שווייץ, 1982	9.0-7.8	7.2-5.0	2.8	5.7	1.2	0.5

ל"ז = לא זמין.

* מבוסס על שיעור הסידור המוסדי הספציפי למבנה גיל/מין בארצות הברית (נמדד בעזרת סקר לאומי על מעונות סיעודיים 1977).

המקור: C. K. Davis, *Long Term Care Provided within the Framework of Health Care Schemes*, ISSA/MSX/XXI2, Provisional Report, 1985.

תפקידה ותרומתה של תוכנית—ותהיה זו אשר תהיה—שתיקבע לשם קידומה של מדיניות זו. הניסיון שנרכש במדינות אחרות (Doron, 1978; מורגנשטיין וורנר, 1982) כמו גם הממצאים לגבי ישראל (פקטור ואחרים, 1982) מצביעים על כך, שאף-על-פי שהשירותים הקהילתיים והמוסדיים הם להלכה חלק מרצף של טיפול שחייב לשקף צרכים שונים של האוכלוסייה, למעשה קיים סחר-חליפין בין השירותים הקהילתיים והמוסדיים, הנובע אולי מכך שמדגישים היבט אחד של טיפול על חשבון חברו או כפיצוי על העדרו.

הנושא של חלוקת המשאבים בין מגזרים מוסדיים למגזרים לא-מוסדיים של טיפול

להרחבת שירותי הטיפול הממושך בבית ובקהילה כחלק מן האמצעים לצמצום הצורך בטיפול מוסדי" (Davis, 1985). ברם, בו בזמן מדווחות אחדות מן המדינות הללו שדעפול בהן לחץ לא מעט להרחיב את היקף המיטות, כדי לענות על צרכים נוכחיים שטרם נענו. במובן הרחב, הצורך בטיפול מוסדי איננו רק השתקפות של הצרכים הקיימים, אלא נהפך לשאלה של יעדים לטווח ארוך מול לחצים לטווח קצר.

העלויות הגבוהות של שירותי הטיפול הממושך ממדינות עד כמה חשוב לישראל ולמדינות אחרות לגסח מדיניות ברורה לטווח ארוך לגבי האיזון האופטימלי הרצוי בין טיפול קהילתי ומוסדי לטווח ארוך ולגבי

הגיסיון הראה, שמדיניות ממלכתית ובמיון-חד אפשרויות מימון גורמים ביקוש ושימוש מוגברים בשירותים שמימנם בא מקופת הציבור. מדינות שלא בדקו היטב את האיזון הרצוי בין טיפול ממושך בקהילה ובין טיפול ממושך במוסד הדגישו יתר על המידה את הקצה המוסדי של רצף הטיפול, הן מבחינת המדיניות והן מבחינת המימון בפועל. מדיניות כזאת היתה תמריץ לגידול הנמשך בשירותים מוסדיים יקרים על חשבון שירותים הניתנים על-ידי הקהילה והמשפחה. בשנים האחרונות נמתחה ביקורת רבה על תפקידן המופחת של המשפחה והקהילה בהשוואה לתפקידם המורחב של המוסדות. כיום, ארצות הברית ומדינות אירופיות אחדות תומכות באורח גובר והולך במימון ופיתוח המגזר הקהילתי, תוך שהן מנסות לצמצם את תפקיד המוסדות. לדוגמה, הולנד נקטה במשך השנים האחרונות מדיניות של הפחתת הטיפול המוסדי בהרחיבה את הקיצ-באות המועצקות על-פי חוק ה-ABWZ באופן שתכלולנה החזר הוצאות עבור שירותים שניתנו במשפחה ובקהילה. גם בגרמניה עוזרה המדיניות בעשור האחרון גידול בטייפול הממושך בקהילה ועל-ידי כך שאפ-שרה להתזר הוצאות עבור שירותים כאלה.

ה. היענות המגזר הפורמלי —
לקראת תוכנית גמישה
הכוללת שירותים בעין
וגימלות כספיות

המגמות הנוכחיות, המדגישות את חשיבותו הגוברת של הטיפול הממושך בקהילה, התפתחו בראש וראשונה כתוצאה מלחצים לבלימת עלויות, אף-על-פי שאין הוכחה לכך ששירותי משפחה וקהילה יקרים פחות מאשר הטיפול המוסדי. ניתן להתווכח עם גישה זו לגינות ועלות הטיפול הניתן במסגרות שונות כל כך, גישה המעניקה משקל שווה לעלות הכלכלית של טיפול שנותן

ממושך עורר פולמוס רב בקרב אנשי מקצוע וקובעי מדיניות. מחד גיסא, טיפול מוסדי חייב להיות זמין לאותה קבוצה של חולים כרוניים אשר חבריה, בשל סיבות שונות, באופן בלתי נמנע לא יהיו מסוגלים להמשיך ולהתגורר בביתם. מאידך גיסא, התפתחויות שהיו לא מכבר במדיניות החברתית מדגישות באורח גובר והולך את חשיבותם של הסיוע והתמיכה הניתנות למשפחה ואת פיתוחם של השירותים שיאפשרו למוגבל להישאר בקהילתו כל עוד ניתן הדבר. במקרים אחדים ניתן לדחות לפחות לזמן מה, בעזרת מערכת של שירותים תומכים בקהילה, את ההכנסה הבלתי נמנעת למוסד.

בדיקת תוסניות במדינות אחרות מצביעה על אי-איזון כלשהו בין שני המגזרים. באנגליה, למשל, שבה קיימת חפיפת-מה בין טיפול אקוטי ובין טיפול ממושך, קשישים מוגבלים הסובלים ממחלות כרוניות מאושפזים, מחמת העדר שירותים מספיקים לטיפול ממושך בקהילה. מאחר שהמעו-נות הסיעודיים הם, למעשה, בתי חולים, המעונות הרגילים (residential homes), שנועדו במקורם לקשישים עצמאיים, נהפכים ואת אט למעונות סיעודיים שאינם תואמים תמיד את צורכי הדיירים מבחינת התנאים הפיזיים, כוח-האדם, התקציב וכד'. גם ביפן, הרבה מן הטיפול הממושך שהוא בעל אוריינטציה רפואית, ניתן במתקני טיפול אקוטיים. בהולנד, אחת מתוצאות חוק ה-ABWZ, שקבע במקורו החזר הוצאות בראש וראשונה עבור סידור במוסד, היא, שלא הוקצו משאבים מספיקים למגזר הטיפולי הקהילתי. ואכן, השאלה שיש להעלות היא, האם העלייה במספר המוסדות המוסדיות היא רק תוצאה של עלייה במספר החולים הכרוניים, או האם זה גם תוצאה של מדיניות הגורמת לכך שיהיה קל יותר ויעיל יותר למשפחה, ובמיוחד לאנשי המקצוע, להפנות אדם למוסד סיעודי שמממנת הממשלה במקום לתת שירותים בקהילה.

תיים המשתנים, בשיקולי עלות ובדפוסים הקיימים של מתן השירות, היא: מהו דפוס הטיפול הרצוי שאליו יש לשאוף? איזה איזון, ואיזו מניגה של גימלאות ושירותים, על רקע הנוהגים והציפיות הנוכחיים, יבטיח את נתינתו הנמשכת של הטיפול המשפחתי, שהוא, ככל הנראה, הכלי המועדף בכל החברות? איזו תוסגית תאפשר את הקשר החשוב בין הטיפול הפורמלי לטיפול הלא-פורמלי, בין ההוצאות הציבוריות להוצאות הפרטיות, ותושתת על משאבי הטיפול המשפחתי תוך השארת השירותים הפורמליים כהשלמה היונית למערך המשפחתי?

חשוב להכיר בעובדה, שסוג התוסגית שתפותח, ובמיוחד מבנה המימון שלה, ישפיעו בהכרח על דפוס הטיפול. כפי שציין גוטסמן, על-ידי יצירת שירות אנו מקבלים החלטה כיצד ישתמשו בשירות (Gottesman & Cohen, 1985). על-ידי העמדת מיטה במוסד סיעודי אנו מקבלים את ההחלטה שהיא גם תיתפס על-ידי מישהו. ההצעות לתוסגיות מסוגים שונים הן מגוונות: מהחזר עבור שירותים ספציפיים (fee for service) והקצבות כלליות (block grants) ועד תוכניות ביטוח אוניברסליות, המבטיחות גימלאות ושירותים. רוב התוסגיות מבוססות על מימון ממשלתי כלשהו, אך נשאר מקום גם למגזר הפרטי.

כפי שסבר נאמר, לכל הגישות משותפת הנטייה להאות בטיפול המשפחתי משאב הינם ולתסנן שירותים-בעין כאשר משאבי המשפחה אינם מספיקים או אינם זמינים. לא מובאות בחשבון במידה מספקת את השפעתן העדפות המשפחה ודפוסי גרוכחיים של מתן טיפול. אין הכוונה לסכנה המוזכרת לעתים שהמשפחות יזניחו את אחריותן לטיפול. ברם, התמריץ להתליף טיפול לא-פורמלי בטיפול פורמלי הוא חזק כאשר זהו האלטרנטיבה היחידה המוצעת, כשם שטיפול במוסד הוא האלטרנטיבה המועדפת כאשר זהו השירות היחיד שמממנת הממשלה. הנה כי כן, היעדים התברתיים המחייבים שירות-

ומממן המגזר הפורמלי. (או שנותנת המשפחה הרוכשת שירות מבחוץ) ולעלות של הטיפול הלא-פורמלי. לא ברור, למשל, האם הסידור המוסדי זול יותר אם מסתכלים על עלויות ציבוריות בלבד — העלות הציבורית במתן טיפול מלא במוסד, לעומת השלמת הטיפול הלא-פורמלי הניתן בבית. בהקשר זה ניתן לקבוע גג בלישהו לסיוע הניתן בבית, בצורה דיפרנציאלית ובהתאם למידת המוגבלות של הקשיש.

מכל מקום, חשוב להדגיש שהמגמה להגברת הסיוע לקשיש החי בביתו משקפת יותר ויותר לא רק שיקולים כספיים, אלא גם את העצמאות שנהנים ממנה הקשיש ומשפחתו ואת הרצון לשפר את איכות חייו ורווחתו של החולה הכרוני וליצור יותר אלטרנטיבות לטיפול לפני ההפניה למוסד. יתרה מזו, שירותים לא מוסדיים בהיקף מספיק יאפשרו לראות בטיפול המוסדי רק אופציה אחת במסגרת שורה של שירותים קהילתיים, אופציה שאיננה בהכרח סופית ואשר ניתן לנצלה לפרקי זמן קצרים. היוני להדגיש אפוא את חשיבות התיאום בין שני המגזרים כדי לקיים ולהבטיח רצף של טיפול. תיאום כזה יראה בתהליך קבלת ההחלטות המקצועי והמשפחתי לגבי תוכנית הטיפול המתאימה לקשיש כתהליך אשר כולל את כל האופציות של טיפול מוסדי ולא-מוסדי. כיום, חוסר התיאום בין אנשי המקצוע ובין הארגונים העוסקים בתכנון הטיפול הביא להיווצרותם של טהלים נפרדים ולעתים קרובות כפולים של הערכת צרכים וקבלת החלטות לגבי שני המגזרים.

הספרות כיום, במיוחד זו המתפרסמת בארה"ב, שופעת דיונים על אופציות מדיניות לתכנון ומימון טיפול ממרשך (Grana, 1983; Gottesman & Cohen, 1985; Callahan & Wallach, 1981; Vogel & Palmer, 1982; Rossiter, 1984; Kane, 1985).

תהיה התוכנית שתיבחר אשר תהיה, שאלת היסוד לגבי כל חברה — בתחשב בנתחיה המיוחדים של האוכלוסייה, בתנאים החבר-

טווח הארוך תוכנית מסוג זה תהיה גמישה יותר ותתאים את עצמה לתנאים החברתיים המשתנים. הדגש הוא על פיצוי חלקי עבור שירותים לא-פורמליים לעומת מתן שירותים פורמליים בלבד במימון ממשלתי, שהם יקרים מאוד אם מביאים בחשבון את ההוצאות המינהליות העצומות הכרוכות במתן שירות.

התקווה היא, שגימלאות כספיות הגיתנות על בסיס הערכה מקצועית לחלק מן המשפחות תשמשנה גם תמריץ לפיתוח שירותים פרטיים ואלה שאינם למטרת רווח, שאותם יוכל הקשיש לרכוש. מיותר לציין, שאלה שאינם מקבלים טיפול ראוי, וכן קשישים בודדים או משפחות המעדיפות לקבל שירות בעין, יהיו זכאים לקבלת שירותים בעין.

תוכנית אוניברסלית המבוססת על ביטוח, אשר מספקת גימלאות כספיות ושירותים בעין, תביא בחשבון לא רק את צורכי הקשישים התלויים, אלא גם את צורכיהן של משפחותיהם, שהן נותנות השירותים העיקריות. חשוב לציין, שגישה זו מכירה בעקרון הזכאות האישית במסגרת תוכנית ביטוח ואינה מוציאה מכלל זכאות אנשים המקבלים טיפול הולם ממקורות לא-פורמליים. במסגרת חוק ביטוח סיעודי, הזכאות לגימלאות תתבסס בראש ובראשונה על עקרון הזכאות האישית בהתאם לרמת המוגבלות התפקודית, בלי כל קשר לשאלה אם המשפחה נותנת טיפול. קיומה של משפחה ויכולתה של משפחה לתת שירותים עשויים להשפיע רק על תוכנית הטיפול. אנשים שאינם מקבלים טיפול כלל או מקבלים טיפול משפחתי בלתי מתאים, או שעומס הטיפול כבד מדי, יהיו זכאים לשירותים בעין; אלה המקבלים טיפול בידי בן המשפחה אכן יהיו זכאים בכל זאת לגימלה שתהיה, למעשה, צורה של פיצוי חלקי עבור שירותים אשר ניתנים, בדרך כלל במחיר שהוא משמעותי למשפחה.

פירוש הדבר הוא מעבר לתפיסה של אחריות משותפת והוצאות משותפות בכל הנוגע

תים רבים יותר, זמינים יותר וטובים יותר, הגם שהם חשובים כשלעצמם, אינם יכולים אלא להיות תמריץ לשימוש יתר בשירותים אלה, אם לא תיכלל בסל השירותים שהמשפחה זכאית להם גם גימלה כספית כאחת האטרנטיבות.

נראה, שאף-על-פי שבאי-אלה חיבורים שפורסמו לאחרונה גשקלו ברצינות הנימוקים בעד ונגד העברות כספיות מול שירותים בעין, ותוכניות המבוססות על עקרונות ביטוח מול תוכניות סלקטיביות אחרות (Grana, Callahan & Wallach, 1981; 1983), שזם חיבור לא דן באפשרויות של כלילת גימלה כספית ועל-פי החוק בתוך קשת רחבה של טיפול ממושך. למעשה שתי האפשרויות נחשבו בדרך כלל כמוציאות זו את זו, בהתבסס, כנראה, על ההנחה שלא ניתן לארגן את שני סוגי הגימלאות במסגרת תוכנית מתואמת אחת.

ההצעות לחוק ביטוח סיעודי בישראל (Morginstin & Shamai, 1984) על ההנחה, שכדי לתכנן מענה גמיש לצרכים, שינצל בצורה היעילה ביותר את המשפחה, שיש לה, יש לכלול, נוסף על מערך של שירותים בעין גימלה כספית לקשיש ומשפחתו שהחליטה לתת את הטיפול בכוחות עצמה או לרכוש כמה מן השירותים בשוק החופשי. כאמור, גימלה מסוג זה תהיה אופציה אחת בשורה של שירותים שיינתנו לקשישים ולמשפחותיהם המסוגלות לקבל החלטות בדבר הטיפול ואשר נותנות טיפול ברמה נאותה. הניסיון והמחקר (Gottesman & Cohen, 1985) מראים, שחלק גדול מאלה הזקוקים לטיפול ממושך אמנם מסוגלים ומעדיפים לנהל את הטיפול (case management) בכוחות עצמם ויעדיפו, קרוב לוודאי, ליהנות מעצמאות בנייהול הטיפול הן על-ידי קבלת גימלה כספית והן על-ידי שיתוף פעולה בבחירת סוגי השירותים הדרושים לקשיש.

אחדות מן המגמות שתוארו לעיל תומכות, ככל הנראה, בגישה זו. קיימת סברה, שב-

קיימת סברה, שתוכנית שתבסס רק על אספקת שירותים בעין, שיש להם מימון מובטח במסגרת תוכנית ביטוחית, תביא לביקוש מוגבר ולעלייה מסחררת בעלויות השירותים. יתרה מזו, אפשר להצביע על בעיות חמורות של צדק: הגבלת הטבות רק לאנשים שאינם זוכים לטיפול משפחתי נאות משמעה "הענשת" משפחות הממלאות כיום תפקידים קשים ונושאות באחריות כבדה. יש לקוות, שמתן שירות או גימלה כספית לזכאי המתגורר בבית, תוך הרחבתה וגיוונה, באותו זמן, של רשת השירותים הקהילתיים, תאפשר לקשיש להישאר בביתו ובקהילתו זמן רב יותר, ככל שרק יהיה הדבר אפשרי. יש להדגיש, שהגימלאות לא נועדו לתפוס את מקומם של האחריות ושל התפקידים המוטלים על המשפחה. נהפוך הוא, המשפחה תמשיך לשאת באחריות העיקרית לטיפול ולרווחתו של הפרט. כל הטבה, גימלה כספית או שירות בעין, תוכל לכסות רק חלק מן העלויות, בכסף ובכוח-אדם, הנרכות בטיי-פול באלה המוגבלים בתפקודם. אבל חשוב שהגימלה תהיה גבוהה דיה לרכישת מספר שעות סיוע, בהתאם לבחירת הקשיש ומשפחתו ולפי סדר העדיפויות שלהם.

1. שירותים קהילתיים

כחלק מתוכנית לטיפול ממושך, המספקת מניגה של גימלאות בכסף ובעין, יהיה זה תיוני לפתח רשת של שירותים ציבוריים ופרטיים בקהילה, רשת שתאפשר למשפחה גמישות ברכישת שירותים, ותאפשר לה להמשיך בביצוע תפקידה הטיפולי. אחדים מן השירותים המומלצים הם:

1. מרכז לטיפול ממושך

שירות זה יבטיח כתובת יחידה למשפחה הזקוקה ליעוץ, לשירותים או להפניה, במיוחד לנוכח ריבוי השירותים והתקנות שהמשפחה המבקשת סיוע ניצבת בפניהם.

לטיפול ממושך. על-ידי הכללת גימלה כספית כאופציה אחת במערך של שירותים אפשריים, גימלה שתכסה חלק מעל/ת מתן השירות, אפשר יהיה לענות על צרכי המשפחה וגם לעודד את אתריות המשפחה. תוכנית מסוג זה תאפשר לקשיש ולמשפחתו לרכוש שירותים בקהילה, אם רצונם בכך, ובדרך זו ליצור את הקשר בין מגזרי הסיוע הפורמליים לאלה הלא-פורמליים.

אחד הטיעונים נגד תוכנית ביטוחית הכוללת גימלה כספית כאחת האלטרנטיבות היה, שתוכנית מסוג זה תהיה יקרה, משום שכל זכאי יקבל גימלה, בכסף או בעין, בעוד שבמסגרת של תוכנית מעניקה שירותים בלבד יהיו כאלה שיעדיפו לא לקבל את השירות המוצע מפני שהמשפחה כבר מטפלת בצורה נאותה. יש הטוענים, שאלה המטופלים כיום בידי המשפחה תמורת מחיר פעוט לציבור — או ללא מחיר כלל — ייהפכו לזכאים לגימלאות במימון ציבורי, אם קיימת אפשרות כזו, המבוססת על עקרון הזכאות האישית. עלות עלולה להיות בלתי ניתנת לחיזוי ואולי אף תהיה לנטל שאין לשאתו (Gruenberg & Pillemar, 1981).

לעומת זאת יש כאלה הרואים בתוכנית כזו תגובה של מדיניות חברתית שנועדה להקל על תופעה חברתית נתונה ומחמירה, דהיינו הנטל הגובר המוטל בראש וראשונה על המשפחה, בין שהיא זקוקה לשירות משלים ובין שהיא מספקת את השירותים בכוחות עצמה. גישה זו מעלה טיעון משכנע בזכות חיזוק נוסף של תפקיד המשפחה המטפלת על-ידי העמדתה בפני המשפחה של אפשרות לקבל החלטות עצמאיות בדבר ניצול המשאבים הציבוריים על-פי העדפות אישיות (Sager, 1983). בטופו של דבר, גם שירותים בעין וגם גימלאות כספיות המכסות רק חלק מן הצרכים יכולים לסייע לקשיש ולמשפחתו. ניתן גם לטעון, שהענקת גימלאות כספיות בחלק מן המקרים תהיה יקרה פחות מאשר הקמת מערכות רחבות של שירותים יקרים.

כלשהי של הידרדרות שכלית ואשר חיים בבית.

4. שירותים עבור נותני הטיפול

מספר שירותים שנועדו למשפחות המטפלות עצמן נעשו זמינים יותר, במיוחד בארצות הברית:

— קבוצות לימוד משפחתיות, המאורגנות מטעם ארגוני השירותים, מספקות מידע מעשי שיש בו תועלת לתפקיד הטיפול, וכן הזדמנות למטפלים המבודדים בדרך כלל להיפגש ולהחליף דעות עם אחרים הנמצאים באותו מצב.

— שירות "חופשון" (respite service) — בהתנדבות ובתשלום, בבית או לפרקי זמן קצרים במוסד.

— ארגון קבוצות לעזרה עצמית — הנעשה בדרך כלל על-ידי משפחות שיש להן בעיות משותפות בטיפול, כגון משפחות של קרובות מחלת אלצהיימר.

— אין לזנות שירותים למשפחות, אשר קרוביהן הקשישים מתגוררים במוסדות. שירותים כאלה יועדו לייעוץ להשמה (placement) ומעורבות משפחתית מזגברת בטיפול המוסדי, ובכלל זה ייצוג המשפחה בוועדות ציבוריות שתפקידן לפקח על איכותו של הטיפול הפורמלי במוסדות.

— שירותי מתנדבים — יש להרחיב ביקורי מתנדבים, הנערכים בדרך כלל רק אצל קשישים בודדים, גם לקשישים שיש להם משפחות מטפלות.

— יש להרחיב את מסגרות הדיור הקיבוצי (congregate housing facilities) והשירותים הניתנים בהן על מנת לאפשר לדיירים התלויים להישאר בבתיהם כל עוד ניתן הדבר בלי שיהיה עליהם לעבור למסגרת אחרת.

— ולבסוף, אספקת שירותים רפואיים היא חשובה במיוחד. לעתים רחוקות ההחלטה היכנס למוסד סיעודי מושפעת מקשיים בקבלת טיפול של רופא בבית. בעוד שמגורים אחרים הכירו בחשיבותה של הרח-

הניסיון מלמד, שמשפחות אינן פונות לבקש שירותים אלא כאשר הן קרובות לאפיסת כוחות, או שריות בעיצומו של משבר, כאשר ההשפעה הפוטנציאלית של השירות עלולה להיות מוערית. מרכז לטיפול ממושך, יעניק שירותי גיהול טיפול (case management) למשפחה, שכבר כורעת תחת הנטל הכבד, שירותי הפניה, ייעוץ או הדרכה.

2. גיהול פרטני או תיאום שירותים

גיהול טיפול, שירות שנדון ונדק בהרחבה בארצות הברית, חייב להיות המוקד למרכז זה לטיפול ממושך. התפקיד העיקרי של גיהול הטיפול חייב להיות התיאום של רצף הטיפול, בבית, בקהילה ועד למוסד, אם יש צורך בכך. אף-על-פי שגיהול פרטני חייב להיות זמין לכל המשפחות, הוכח שדרך זו היא הזולה והמועילה ביותר עבור קבוצות הנזקקות לריבוי-שירותים שתבריהן בעלי סיכון גבוה, הזקוקים למספר שירותים המתאפיינים באינטנסיביות של טיפול ומעקב ולמעורבות מקצועית בהכנסת שירותי סיוע פורמליים במצבי טיפול אישיים ורגישיים ביותר. התפקיד של גיהול הטיפול, יחד עם התרגשה הנוצרת במשפחה, של "שייכות", מעקב ואמון, מקלים על מתן השירותים וקבלתם.

3. טיפול יום וטיפול יום פסיכוגריאטרי

בעשור האחרון גברה ההכרה בחשיבותו של טיפול הניתן במסגרת יום. ואולם, נראה ששירות זה לא נוצל דיו עבור קבוצות בעלות סיכון גבוה, בשל הקשיים וההוצאות הכרוכים בהסעת האנשים הללו ובטיפול בהם. לאור השינויים החלים בהשתתפות נשים בכוח העבודה, שירותים מסוג זה חייבים לזכות בעדיפות גבוהה יותר מבעבר בתכנון, אם רוצים לאפשר למשפחות ועובדות להמשיך בביצוע התפקיד הטיפולי. קבוצת חשודה תזקוקה לטיפול יום היא הקבוצה ההולכת וגדלה של קשישים הלוקים בצורה

- ביצול יעיל של כוח-אדם ומשאבים אחרים, קביעת סדרי עדיפויות.
- זיהוי צרכים ועל בסיס איסוף נתונים.
- הערכת צורכי הפרט והמשפחה.
- הגדרה ומימוש של קריטריונים לקביעת הצורך בשירותים שונים ברמת שונות.
- ניהול פוטנצי ומתן שירות מתואמים, כולל תיאום בין מספרי שירותים למיניהם.
- דיווח ופיקוח על אספקת שירותים.

במרכז התפקידים הללו קיימת סוגיית יסוד השנויה במחלוקת: מרכזו (centralization) מול ביזור (decentralization) של הטיפול הממושך. סוגיה זו, שיש לה השלכות לגבי תכנון תוכניות וניהולן, מתייחסת לחשיבות הביזור מבחינת הערכת צורכי הפרט ואספקת שירותים מול הצורך בקריטריונים, נהלים וכלים אחידים לקביעת זכאות, הערכת צרכים, מעקב, פיקוח וכדומה.

באופן כללי נראה, שקיימות שתי מגמות עיקריות בהערכת מחדש של האדמיניסטרציה של הטיפול הממושך שעורכות היום מדינות שונות. מצד אחד, קיימת מגמה ברורה להעדיף ביזור בכל הקשור לאספקת השירותים, בעיקר ועקב התכרה הגוברת שצורכי האוכלוסיה, כמו גם צורכי פיתוח השירותים, מובנים ומטופלים בצורה הטובה ביותר במישור המקצועי המקומי. אך מצד שני, הודגשה חשיבותם של קריטריונים ונהלים אחידים לקביעת זכאות ולפיקוח המוגדרים באורח מרכזי, על-מנת להבטיח שוויון אזרחי כמו שוויון אישי (regional and personal equity) במתן השירותים ושימוש יעיל בכספים כדי לענות על הצרכים. בנוסף לקביעת קריטריונים לזכאות, קיים צורך בקווים מנחים המוגדרים באורח מרכזי להקצאת משאבים, שתבטיח שהכספים ישמשו למטרות שהן נרעדו להן ברמה התפעולית של ביצוע התוכנית, ועל-ידי כך תגשים התוסנית את היעדים הלאומיים ותיענה לסדרי העדיפויות של פיתוח שירותים.

בת השירותים הביתיים לטיפול ממושך, עדיין קשה לקבל ביקור בית של רופא. שירות רפואי בבית נשאר אחת התחליות החלשות במערך השירותים הקהילתיים לטיפול ממושך ודורש בדיקה ודיון מעמיקים.

ז. תיאום הטיפול הממושך — המסגרת המינהלית

אין אפשר להציג סקירה על היענות המגזר הפורמלי לדפוסי טיפול לא פורמליים בלי להתייחס לקווים מנחים לביצוע. מדינות רבות מדווחות על תוסר תיאום ועל פיצול בטיפול הממושך, הן בשלב של הפניה והערכת צרכים, תפקידים של שמירה על הכניסה, קבלת החלטות מקצועיות לגבי תוכניות טיפול וניהול הטיפול, והן לגבי נהלים מעשיים לאספקת שירותים, דיווח מעקב ופיקוח. אף-על-פי שנעשו באירופה ובארצות הברית מאמצים אחדים לתאם את ניהול הטיפול הממושך, נעשה הדבר בעיקר על בסיס ניסיוני (channeling, access projects). יש דוגמאות מועילות של ניסיונות לפתח מנגנוני תיאום במישור המקומי באירופה, שכמה מהן מתרכזות סביב יחידה גריאטרית בבית חולים. אף-על-פי שבמדינות אחדות יש תקנות לתכנון מתואם או להקצאת כספים ברמה המרכזית, נראה שאין מסגרות חוקיות רבות הקובעות תקנות לשימוש במשאבים ולניהול ברמה הפרטנית במישור הביצוע המקומי.

רוב הניסיונות לתאם את ניהול הטיפול הממושך אינם אלא מאמצים להתבטיח רצף של טיפול הולם בבית ובמוסדות בצורה יעילה יותר וזולה יותר. הסוגיות השכיחות מתייחסות לתפקידים האלה:

- תכנון, יעדים ואסטרטגיה של תוכניות לטווח קצר ולטווח ארוך.
- הקצאה יעילה של משאבים לצרכים האזרחיים ולצורכי האוכלוסייה.

(ב) באותם מקרים שבהם יוענקו הקיצבי-אות בצורה של גימלה כספית הניתנת ישי-רות לזכאי ולמשפחתו, תקבע הוועדה אילו שירותים תכסה הגימלה מתוך סל השירותים שייקבעו בתקנות ואילו יממנו גורמים אחרים. הגימלה תועבר ישירות לנותן השי-רות שתקבע הוועדה המקומית.

(ג) קביעת נהלים ואחידים לפיקוח על אס-פקת שירותים, כמו גם להתערבה-מחדש של צרכים במישור המקומי.

(ד) קביעת שינויים בתוכנית הטיפול השי-רותים הדרושים או בצורת מתן הגימלאות. לדוגמה, באותם מקרים שבהם מי שמקבל גימלה כספית זוכה לטיפול בלתי גאות ממקורות לא-פורמליים, תמליץ הוועדה על החלפת הגימלה בשירות בעין.

(ה) להמליץ על הצורך במוסד סיעודי.

(ו) במידת האפשר, להבטיח את זכויותיו של הקשיש לקבל הטבות נוספות על אלה המוענקות במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

(ז) איסוף נתונים, הצעות ובקשות לסיוע לפרויקטים לפיתוח שירותים מקומיים, כדי להתגישן לקרן סיעוד ועל-ידי כך ליוזם שי-רותים הנחוצים לאוכלוסייה הסיעודית המ-קומית.

סיכום ודיון

במאמר זה נבחנו מספר סוגיות המתייחסות להיענות מגזר השירותים הפורמליים לדפוסי טיפול ממושך ולשימוש בשירות, ועל רקע מגמות דמוגרפיות וחברתיות משתנות. הוצ-עה גישה גמישה בתכנון מדיניות וביצועה, במסגרת אוניברסלית של חוק ביטוח סיעוד שתכלול, כאופציה אחת, ובנוסף לשירות בעין, גימלה כספית לקשיש ולמשפחתו המטפלת, הכרה בעובדה, שהמשפחה אינה יכולה להיחשב עוד משאב חינם, מצד אחד, ושמשפר קבוצות של קשישים אחלי לא יהיו מסוגלות או מוכנות לקבל אי-אלה שידו-תים, מצד שני, תגרום לכך שגימלה

בישראל עוררה הבעיה של חלוקת התפ-קידים המרכזיים והמקומיים פולמוס רב המתרכז בסוגיות דלעיל. כיצד יכולים יעדים שונים אלה, שהם שווים בחשיבותם, להת-יישב זה עם זה ולדור בכפיפה אחת כדי להבטיח צדק וביצוע אחד של תוכנית ביטוח המבוססת על עקרונות הזכאות האישית, יחד עם השארת האחריות לקבלת החלטות מק-צועיות בידי הרמה המקומית?

השאלה המרכזית לגבי המדיניות ולגבי התכנון של מסגרת מינהלית היא: כיצד יכולים היסודות השונים של תוכנית גמישה, הכוללים גימלאות בעין ובכסף בהתאם לצרכים הדיפרנציאליים של הקשיש ומש-פחתו, להיכלל במערכת מאוחדת, מקיפה ויעילה?

באופן כללי, במסגרת של הפעלת חוק ביטוח סיעוד בישראל, תפקידים מרכזיים, ובכללם קביעת זכאות לגימלה ורמת הגימ-לה, יבוצעו באחריות המוסד לביטוח לאומי על-פי קווים מנחים וכלים המוגדרים באופן מרכזי. קביעת תוכנית טיפולית, אספקת שירותים ופיקוח הדיווח יהיו באחריותן של ועדות מקומיות בריכוז הלשכות המקומיות של משרד העבודה והרווחה. חברים בוועדות אלה יהיו נציג מקומי של המחלקות לשי-רותים חברתיים, ונציגי שירותי הבריאות המקומיים ונציג המוסד לביטוח לאומי. כדי להבטיח רצף של טיפול בית, קהילתי ומוס-די, בהתאם לצרכים המשתנים של הקשיש ומשפחתו, יצטרכו הוועדות לתאם בין ההט-בות שיינתנו במסגרת חוק ביטוח סיעוד ובין אלה הניתנים על-ידי מסגרות אחרות (Morginstin & Shamai, 1985). תפקידהן העיקריים של הוועדות יהיו כדלהלן:

(א) קביעת תוכנית טיפול מקיפה לאלה הזכאים ועל-פי חוק. תוכנית הטיפול תיקבע לאחר שהמוסד לביטוח לאומי יקבע את רמת הזכאות לגימלה על בסיס מידת המוגבלות התפקודית. הוועדה תקבע אם יש שירותים זמינים על-פי החוק, מי יהיה ספק השירותים ובאיזה היקף יסופקו.

עלות ויעילות והן מבחינת יעדים חברתיים, בזיקה שבין רשתות של שירותים פורמליים ולא-פורמליים? אילו סוגי שירותים יש לפתח כדי שיכוונו במישרין לנותני הטיפול המשפחתיים ולא לקשישים עצמם? מהו התפקיד שממלאת גימלה כספית עבור משפחה הנתונה במצב טיפולי שהוא לא יציב מעצם הגדרתו, וזקוק למעורבות, למעקב ולהדרכה מקצועיים? אילו שירותי סיוע דרושים לגותן הטיפול המודרני (לדוגמה, ניהול פרטני, קבוצות סיוע, חופשונים, מר-כזי יום, עזרה ביתית, מתנדבים)? מה תהיה השפעתם ותרומתם של שירותים אלה? מה הן בעיות השוויון המתעוררות בתוכנית המסירה בזמנות המשפחה לשירותים בעין או לגימלה כספית? האם מוצדק לתת שירותים יקרים לקבוצות בעלות סיכון גבוה, כאשר ניתן לטפל בהן ביתר יעילות במוסדות? סיצד ומתי תנצלנה המשפחות שירותים אלה? האם ניתן לספק חלק מן השירותים ביתר יעילות בעזרת המגזר הפרטי? יש להתייחס לשאלות אלה בשעה שדנים במדיניות ובמחקר השימורשי.

כספית לכיסוי חלק מעלות הטיפול יכולה לסייע לחלק מנותני הטיפול, בעוד שאחרים יזדקקו לשירותים בעין כהשלמה לשירותים הלא-פורמליים שהם נותנים. תוכנית מסוג זה מכירה בצורך לתמוך בנתינתו הנמשכת של טיפול משפחתי תוך-כדי מתן אפשרות לקשיש ולמשפחתו להשתתף בבחירת סוגי הסיוע הדרושים להם.

יחד עם זאת, נראה שגוברת המודעות לצורך לפתח ולהרחיב את רשת שירותי הסיוע אשר יאפשרו לקשיש להישאר בבית כל עוד הדבר ניתן. יש לדאוג לכך, ששירותים אלה יהיו זמינים לקשישים ולמשפחותיהם לפני פרוץ משבר חמור, כאשר השירותים נעשים יעילים פחות וההפניה למוסד ממשמשת ובאה.

מכל מקום, גישה גמישה לתכנון תוכניות חייבת להתבסס על הבנת ציפיות המשפחה ודפוסי הטיפול. יש לתכנן את השירותים כך, שיאפשרו ויעודדו את הטיפול העצמאי ככל שניתן יחד עם מתן תמיכות כהשלמה לטיפול המשפחתי. שאלות אחדות הן: כיצד נוכל להגיע לאיזון אופטימלי, הן מבחינת

ביבליוגרפיה

- זילברשטיין, י', קשישים בעלי מוגבלות תפקודית בבני ברק, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- מורגנשטיין, ברנדה, הצורך בסיוע אישי ובעזרה במשק הבית והספקתם על-ידי המשפחה והשירותים הקהילתיים, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1984.
- מורגנשטיין, ברנדה וורנר, פרלה, שירותים לטיפול ממושך בקשישים באנגליה, סקוטלנד, הולנד ונורווגיה, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- פקטור, ח', גוטמן, מיכל ושמואלי, עמיר, מיפוי מערך השירותים לטיפול ממושך בקשישים בישראל, ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, 1980.
- קופ, י', תמורות במבנה הגיל והשלכותיהן על הביקוש לשירותים ציבוריים, ג'וינט ישראל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, 1980.
- Achdut, L. & Y. Tamir, "The Economic Well-Being of the Retired and Non-Retired Elderly: A Study of Seven Countries" (draft), paper presented at Luxembourg Income Study Conference, National Insurance Institute, Jerusalem, 1985.
- Brody, E. M., "Women in the Middle and Family Help to Older People", *The Gerontologist* 21 (5) (1981), pp. 471-480.
- Brody, J., "Life Expectancy and Health of Older Persons," *Journal of the American Geriatric Society*, 30 (1982), pp. 681-683.

- Callahan, J. & S. Wallach (eds.), *Reforming the Long-Term Care System*, Lexington Books, Lexington, 1981.
- Davies, A. M., *The Epidemiology of Aging*, JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1984.
- Davis, C. K., *Long Term Care Provided Within the Framework of Health Care Schemes* (Provisional Report), International Social Security Association, Geneva, 1985.
- Doron, A., *Social Services for the Aged in Eight Countries*, JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1979.
- Gilliand, P., *Domiciliary Care: A Partial Alternative to Institutionalization*, paper presented at an Expert Group Meeting on Long-Term Care of the Elderly and Disabled, Oslo, International Social Security Association, University of Lausanne, Lausanne, 1983.
- Gottesman, L. & E. Cohen, "Meeting the Challenge of the Rapid Increase in Needs of the Disabled Elderly", paper presented at the Symposium on Aging in the Jewish World (draft), Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1985.
- Grana, J. M., "Disability Allowances for Long-Term Care in Western Europe and the United States," *International Social Security Review* 36 (1) (1983), pp. 207-221.
- Gruenberg, L. & K. Pillemar, "Disability Allowance for Long-Term Care", in: J. J. Callahan & S. S. Wallach (eds.), *Reforming the Long-Term Care System*, Lexington Books, Lexington, 1981.
- Hedstrom, P. & S. Ringen, "Age and Income in Contemporary Society", paper prepared for Luxembourg Income Study (draft), Swedish Institute for Social Research, Stockholm, 1985.
- Kane, R. L., *The Feasibility of a Long-Term Care System: Lessons from Canada*, International Exchange Center on Gerontology, Tampa, Florida, 1985.
- Luce, B., K. Liu & K. G. Manton, "Estimating the Long-Term Care Population and its Use of Services", in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research no. 21, International Social Security Association, Geneva, 1984.
- Montgomery, R., "Services for Families of the Aged: Which Ones will Work Best", *Aging*, 347 (1984), pp. 17-22.
- Morginstin, B. & N. Shamai, "Planning Long-Term Care Insurance in Israel", in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research no. 21, International Social Security Association, Geneva, 1984.
- Morginstin, B. & N. Shamai, "Long-Term Care Insurance as a Social Policy Instrument", paper presented at Symposium on Aging in the Jewish World, JDC-Brookdale, Jerusalem, 1985.
- Parker, R., *The State of Care*, Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1980.
- Rice, D., "Long-Term Care of the Elderly and the Disabled" in: *Long-Term Care and Social Security*, Studies and Research no. 21, International Social Security Association, Geneva, 1984.
- Rojas-Parkes, J., B. Morginstin & S. Cohen, *The Economic Circumstances of the Aged*, National Insurance Intitute, Jerusalem (in preparation), 1985.
- Rossiter, C., *Family Care of Elderly People: Policy Issues*, Social Welfare Research Centre, The University of New South Wales, South Wales, 1984.
- Sager, A., *Planning Home Care With the Elderly*, Ballinger Cambridge, 1983.
- Sang, J., "The Family System of the Elderly" in: Vogel, R. J. & H. C. Raumer (eds.), *Long-Term Care Perspectives from Research and Demonstrations*, HCFA, U.S. Dep't of Health and Human Services, Washington, D.C., 1982.
- Shanas, E., "The Family as a Social Support System in Old Age", *The Gerontologist* 19 (2) (1976), pp. 169-174.

- Shuval, J., R. Fleishman & A. Shmueli, *Informal Support for the Elderly*, JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem 1982.
- Vogel, R. J. & H. C. Palmer (eds.), *Long-Term Care Perspective from Research and Demonstrations*, HCFA, U.S. Dep't of Health and Human Services, Washington, D.C., 1982.

פיתוח שירותים בעקבות חוק ביטוח הסייעוד

מאת אורי לאור *

דופן, המפורטים בחוק, ניתן להעביר את הגימלה לזכאי עצמו, וזאת בעיקר במקרים שבהם לא הצליחה "הוועדה המקומית" לספק לו "שירותי סיעוד" תוך 60 יום "מה-יום שבו נוצרה זכאות לגימלת סיעוד" (127 פה (ג)).

בנוסף לשירותים הישירים שיינתנו למבו-טח הזכאי (אותו מבוטח שמילא את תנאי הזכאות לקבלת הגימלה, ולענייננו — לאחר שהוכח שהוא מוגבל במידה מרובה או מלאה בביצוע פעולות היום-יום שלו), החוק מבטיח הקצאה של משאבים ל"פעולות המיועדות לפיתוח שירותים קהילתיים למוגבלים בתפ-קודם הזקוקים לטיפול ממושך וכן לפיתוח שירותים הגיתנים במוסדות סיעודיים ולשי-פור איכותם" (127 צו (א)).

השירותים שיפותחו אינם זהים בהכרח לשירותים שיקבלו המבוטחים המוגבלים לפי החוק, ובלבד שהם מיועדים למוגבלים בתפ-קודם הזקוקים לטיפול ממושך. למשל, החוק אינו מאפשר מתן פיזיותרפיה או שיקום כל שהוא, אולם ייתכן שניתן יהיה להכשיר בכספים המצטברים מרפאים בעיסוק (וראה על כך להלן).

בהתאם לסעיף 127 צו לחוק, יוקצב סכום כולל של 40 מיליון שקלים חדשים בשנים 1986—1995 לשם פיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים סאמור לעיל. בעקבות דיונים המתקיימים בין משרדי הממשלה מוצע, ששני-שלישים מן הסכום הנ"ל (בערך 26 מיליון שקלים) ייועדו לפיתוח שירותים

א. למה יהיו זכאים המבוטחים לפי חוק ביטוח סיעוד?

בשונה ממערכות חוקי הביטוח הלאומי מבטיח חוק הסיעוד, בראש וראשונה, "גמלת סיעוד" שתשולם "כולה או מקצתה, למי שנותן את שירותי הסיעוד... ולא לידי הזכאי" (סעיף 127 פה (ב) לחוק). "שירותי הסיעוד" הם "שירותים המיועדים לסייע בביצוע פעולות יום יום או בהשגחה או בני-הול משק הבית" (127 פג). פעולות היום-יום הן התלבשות, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה וניידות בבית והשגחה המיועדת "למניעת נזק או סכנה לעצמו [למבוטח] או לאחרים" (127 פג).

מכאן אנו רואים, שכוונתו העיקרית של החוק היא לממן מתן סיוע בביתו של המבו-טח, וא במרכז-יום מתאים, למי שמחמת ליקוי גופני, שכלי או נפשי — ולא חשוב מה מקורו — מתקשה בביצוע פעולות היום-יום, ובמידה רבה או מלאה, ולפיכך הוא נזקק לסיוע בביצוע פעולות אלה. כמו כן מיועדים כספי הגימלה למימון שירותי השגחה לאלה שהימצאותם לבד מסוכנת לעצמם או לאחרים, היינו מבוטחים תשושי-נפש או כאלה הסובלים מליקויים אחרים שבגללם הם אינם אחראים למעשיהם ועלולים להזיק לעצמם או לזולתם.

כספי הגימלה יועברו "כולם או מקצתם" למי שנותן את השירות. רק במקרים יוצאי

* יושב-ראש הוועד המנהל של האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל (אש"ל).

ובין היקף הגבייה מתוקף החוק. אומדן הגבייה הוא 30 מיליון שקלים חדשים לשנה. שירותי הסיעוד מיועדים למוגבלים בקה"ל. בשלב זה של הפעלת החוק יהיו זכאים לקבל שירותי סיעוד רק זקנים (גברים בני 65 ומעלה ונשים בגיל 60 ומעלה). לפיכך נעשו האומדנים לגבי אוכלוסייה זו בלבד¹. כ-31,500 זקנים מוגבלים (8.6 אחוזים מאוכלוסיית הזקנים) גרים בקהילה. בהתאם לכוונות מתכנני החוק, רק מוגבלים בפעילות לזכות היום-יומית הזקנים ליותר מ-12 שעות עזרה בשבוע יהיו זכאים לסיוע. מספרם של אלה נאמד ב-8,800. מבוטח הנמצא במוסד כל שהוא ושעיקר החזקתו נעשית על חשבון גופים ציבוריים לא יהיה זכאי לגימלת סיעוד (סעיף 127 פו לחוק).

לשם השוואה ראוי לראות מהו מספר המקבלים שירותי טיפול אישי ועזרה ביתית כיום. לפי נתונים מ-1984 קיבלו בערך 11,700 זקנים שירותי עזרה ביתית (בעיקר בניקוי הבית) ו-5,100 זקנים בערך קיבלו טיפול אישי מגורמים ציבוריים. ההוצאה השנתית לשני סוגי סיוע אלה הסתכמה ב-8.4 מיליון שקלים חדשים בערך.

מסאן, שכספי חוק הסיעוד, לאחר שיופעל החוק במתכנתו המלאה, יאפשרו להגדיל את מספר מקבלי הטיפול האישי פי שלושה כמעט ובמקביל יגדלו גם הסכומים שייועדו למטרות אלה. אין ספק, שבתחום של טיפול אישי ועזרה ביתית צפויה מהפכה וזוהי לכשירושלם המערך הארגוני והמקצועי הדרוש על מנת לבצע את החוק ככתבו וכרוחו.

נתונים אלה יפים למציאות היום. לקראת 1995, יעקב הגידול במספר הזקנים, ובעיקר יעקב הגידול הניכר ביותר במספרם של בני 80 ויותר², צפויה עלייה של 50

מוסדיים ולשיפור איכותם ובערך 14 מיליון שקלים ייועדו לפיתוח שירותים קהילתיים ולהכשרת כוח-אדם.

בנוסף לכך יקצבו מכספי החוק בערך 9 מיליון שקלים מדי שנה (בשנים 1986—1995). למימון "החוקה השוטפת" של תו"ס פת"אנשים המטופלים במוסדות סיעודיים". מחצית מן הסכום מיועדת למשרד הבריאות ומחציתו למשרד העבודה והרווחה. משאבים אלה יאפשרו לממן תוספת מקומות ל-650 מאושפזים במוסדות לטיפול ממרשך לסוגיהם.

בשנים 1986 ו-1987 בלבד יקצה המוסד לביטוח לאומי סכום של 6 מיליון שקלים לשנה בערך לשני המשרדים הנ"ל לשם "הרחבת היקף השירותים לסיוע בטיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית" (127 צח (א)). גם סכום זה יחולק שווה בשווה בין שני המשרדים. אופן חלוקתם של כספים אלה אינו מפורט בחוק ואפשר שיועשה לפי הקריטריונים המקובלים כיום, לפי האמור בחוק או בכל דרך אחרת.

ב. מספר המבוטחים שיהיו זכאים לקבלת גימלת הסיעוד

על מנת לדעת מה מידת ההרחבה הנחוצה ביכולת לספק שירותי טיפול אישי, עזרה ביתית והשגחה, יש להעריך את מספר המבוטחים שיהיו זכאים לקבל את גימלת הסיעוד. מספרם תלוי בכללים ובתקנות שייקבעו ובהיקף התקציב שיועמד לביצוע התשלומים עבור שירותי הסיעוד. אמנם הזכות היא מוחלטת ואינה תלויה בתקציב, אבל ברור שבטוח הארוך יש קשר בין כללי הזכאות

1 הנתונים שלהלן לקוחים מן המסמך "נתונים נבחרים על מוגבלות בקרב הקשישים בישראל - היום ובשנים הבאות", פברואר 1986. את המסמך הכינו המוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל לגרונטור לוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל. הוא הוגש לוועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

2 מספרם של בני 80+ בקרב היהודים יהיה 109,000 בערך ב-1995, לעומת 52,000 בערך ב-1983, כלומר

שבדפוסי ארגון כגון אלה המקובלים במט"ב יהיה צורך בתוספת של כ-5,500 מטפלות (1) על מנת לספק את השירותים שהמבוטחים יהיו זכאים להם. מאליו עולה, שיש לחפש דרכים נוספות לגיוס כוח-אדם ולהפעלתו במתן שירותי עזרה ביתית וטיפול אישי. אין ספק, שהמגזר הפרטי ייכנס בהיקף הרבה יותר משמעותי מאשר כיום לתחום של מתן סיוע. למוגבלים. דאתגר שיעמוד לפני המערך-כות המופקדות על ביצוע החוק יהיה לפתח כלים למעקב אחר איכות הטיפול ולפיקוח על נותני השירות הפרטיים על מנת שלא ייעשה שימוש לרעה בכספי הביטוח הלאומי, שיינתנו "למי שנותן את שירותי הסיעוד". באופן מיוחד נופלת האחריות על "הוועדה המקומית המקצועית" שתוקם מתוקף החוק, שהיא, בין השאר, זו ש"תקבע את נותן השירותים ותדאג למתן אותם שירותים... [שירותי סיעוד] שיש לספק למבוטח" (127 ב)).

מקור אחר למתן שירותי סיעוד הוא עקרונות בית, שכונות ועובדים אחרים שאינם שייכים כיום לכוח העבודה ואשר ניתן יהיה להכשי-רם תוך תקופה קצרה על מנת שיוכלו לספק את השירותים האלה לאנשים הקרובים למקום מגוריהם, וזאת ללא מנגנונים גדולים והוצאות תקורה מיותרות. הדבר יחייב גמי-שות מצד הוועדה המקצועית והמוסד לביטוח לאומי בכל הכרוך בהתאמת גודלי התשלום והתחשבוניות כמתחייב מאופי העובדים האלה. כמו כן יש להיזהר מעודף פרוססיו-נליזציה ומשאיפה ליצירת מערכות הכשרה ארוכות ויקרות לעובדים אלה.

ללא גמישות וגיוון אין סיכוי למצוא את כוח-האדם הנחוץ למתן השירותים, מה גם שבמשך העשור הבא יגדלו הצרכים ב-50 אחוזים נוספים. ללא כוח-אדם זה לא יוכל החוק למלא את ייעודו ולא יהיה מנוס ממתן

אחוזים בערך במספר המוגבלים שיהיו זכאים לסיוע מכספי החוק.

אם שיעורי דמי הביטוח הקיימים לא יביאו תוספת הכנסות (עקב צמיחה כלכלית), יהיה צורך להעלות את דמי הביטוח מ-0.2 ל-0.3 אחוזים, או, לחילופין, להחמיר את כללי הזכאות או להקטין את כמות העזרה שתיתן לזכאים.

החלופה האחרונה אינה סבירה, מכיוון שהיא עומדת בניגוד בולט לתהליכים הדמו-גרפיים ולמשתמע מהם מבחינת תוספת צרכים, תהליכים שהביאו לחקיקת חוק הסי-עוד למרות מצבנו הכלכלי הקשה. כל זאת לסני הרחבת החוק לאוכלוסיות צעירות יותר.

יש להדגיש, שכל השירותים שיינתנו בעקבות החוק אמורים לבוא בתוספת לסיוע הניתן כיום והממומן מכספי התקציב. אל לנו לשכח, שהחוק לא יוכל לתת מענה למספר קבוצות נזקקים חשובות, כגון אלה הזקוקים לפחות מאשר 12 שעות טיפול אישי בשבוע, או אלה שיודקו לסיוע שיעלה על המקסימום שניתן יהיה לתת במסגרת החוק, או אלה שיודקו לסיוע בעזרה ביתית בלבד ואשר לא יוכלו להסתייע בגימלאות המוב-טחות בחוק.

ג. השלכות הסיוע המובטח לזכאים על צורכי כוח-האדם הטיפולי

אגודת מט"ב מספקת בערך 38 אחוזים מכלל שירותי הטיפול האישי בישראל. אגודת מט"ב מעסיקה כ-1,000 עובדים, המספקים בערך 85,000 שעות טיפול בחדש ובתקציב של 4 מיליון שקלים חדשים לשנה³. על סמך נתונים אלה ניתן להעריך,

יותר מכפול! (ראו: ח' פקטור, "תחזיות על תודקקות למיטות לטיפול ממושך", מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, פברואר 1985, לוח 2).

3 דברי יו"ר הנהלת מט"ב באסיפה הכללית של האגודה, שנערכה ביום 2.2.85.

שקלים בערך כדי להוסיף 2,800 מיטות לתשושים, סיעודיים ותשושי-גפוש. כספי חוק הסיעוד יהיו אחד ממקורות המימון לביצוע תוכנית זו. בנוסף לכך נמצאות בערך 200 מיטות בשלבי תכנון או ביצוע על-ידי גורמי ציבוריים אחרים, בסך הכל מדובר אפוא ב-3,000 מיטות בערך. תוספת כזו של מיטות מחייבת, בהתאם לתקנים הקיימים, תוספת של 1,800 משרות בערך, מתוכן 1,250 משרות של כוח-אדם טיפולי⁵ (אחיות, כח"כ עזר לא מקצועי, רופאים, מרפאים בעיסוק, ועובדים סוציאליים וכו').

במקביל יש להכין תוכנית לזרימה הפריי-סה של מרכזי-היום לטיפול במוגבלים מבחינה פיזית ונפשית. כיום יש בערך 50 מרכזי-יום בשלבים שונים של הפעלה, בנייה ותכנון. מרכזים אלה יתנו שירות ל-4,000 מוגבלים המתגוררים בקהילה. יש צורך לפתח מערכת של קריטריונים לקביעת הצרכים והתפרוסת של מרכזי-יום, במתכונת דומה לזו הקיימת לגבי המוסדות הסיעודיים, כבסיס לביצוע תוכניות פיתוח נוספות בעתיד.

ד. מה אין החוק מבטיח

הגישה של חוק ביטוח הסיעוד היא בעיקרה משמרת, אחזקתית-פאסיבית, ולא אקטיבית-שיקומית. מטרת הסיוע שיינתן מכספי החוק להקל על המוגבלים לקיים את אורח החיים היום-יומי שלהם בביתם ותוך-כדי כך גם להקל על משפחותיהם.

אולם התוק אינו מאפשר מתן שירותי שיקום ואקטיביים, אשר ישפרו את יכולת התפקוד של המוגבלים ויעשו אותם עצמאיים יותר ותלויים פחות בעזרת הזולת.

גימלה כספית מחמת אי היכולת לאספקת השירות.

שירות ההשגחה המוכר בחוק ועל חדשני וכמעט שאינו קיים כיום. ההשגחה יכולה להיעשות בבית או במסגרת קהילתית, כגון מרכז יום. חשוב שניתן יהיה לספק שירותי השגחה בשעות בלתי שגרתיות, כגון בערב-ביום ובלילות וכן בסופי-שבוע ובחגים. בתחום זה הניסיון הוא מועט ויש לקבוע את סוג העובדים המתאים לטיפול בזקנים "מבול-בלים" או "תשושי-גפוש", ואת התכשרה שהם צריכים לעבור.

הפעלת החוק מחייבת הקמת "מערך-על", שיכלול "ועדות מקומיות" מקצועיות, אשר תתמחינה בהתאמת תוכניות טיפול ומתן שירותים לזכאים ובפיקוח על נותני השירותים; צוותים מקצועיים (אחיות, עובדי-דים סוציאליים ורופאים), שיתמחו בהערכה של מוגבלות תפקודית; מערך הכשרה של כוח-אדם, שיעסוק בעריכת קורסים והשתל-מויות ברמות שונות ואשר יפיץ חומר הדרי-כה וספרות מקצועית לעובדים לסוגיהם; קיומם של מעקב, הערכה ומחקר על האופן שבו החוק מבוצע — האם הסיוע עונה על הצרכים, האם יש קבוצות הוקקות לסיוע ואינן מקבלות אותו, האם הסיוע מספיק⁴ וכיו"ב.

אמנם החוק אינו מבטיח סיוע למאושפזים במוסדות, אולם סכומים נכבדים ייועדו לפי-תוח שירותים מוסדיים. החוק מאפשר גם להגדיל את מספר המאושפזים במוסדות (ראה לעיל).

ועדה משותפת למשרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה, אש"ל, קופת חולים הכל-לית ו"משען" הכינה תוכנית לפיתוח שירו-תים מוסדיים בשנים הקרובות. לפי תוכנית זו יושקעו בשנים 1985—1990 57 מיליון

4 לעניין זה ראה המסמך "סיכום המלצות של ועדת המידע לצורך הערכת להפעלת חוק הסיעוד", שהוגש למנכ"ל משרד הבריאות ביוני 1986.

5 ראה: ח' פקטור, "תחזית של כוח-אדם הנוסף במוסדות לטיפול ממושך שיהיה דרוש ב-1990", מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, מאי 1986.

להגברת האיזון ברצף השירותים שתעמיד החברה לרשות המוגבלים, ובשלב הראשון — עבור הזקנים המוגבלים. אולם, לשם כך יש לחזק את מערכת השירותים שתעסוק בהגברת יכולתו העצמאית של המוגבל ובשיקום כושרו ותעלאתו. מן הראוי שחלק גדול מן המשאבים, המיועד לפיתוח שירותים בקהילה, ייועד למטרה זו.

פיתוח שירותים כאלה מחייב העסקת כוח אדם בעל רמת מיומנות מקצועית גדולה יותר (מרפאים בעיסוק, פיזיותראפיסטים, רופאי שיקום). שימת דגש בשיקום יכולה להיעשות גם בהדך של הגדלת מעורבותה של המשפחה בטיפול, תוך הכוונה, ייעוץ וסיוע צמודים של בעלי מקצוע.

פיתוח מערכות הטיפול במוגבלים בביתם שיבוצע בעקבות הפעלת חוק הסיעוד יביא

צרכים ארציים לקשישים מוגבלים: היום ובשנים הבאות

מאת ג'ק חביב, חיים פקטור ושמואל באר*

הקהילתי והמוסדי בשנת 1983 ותחזיות לשנים 1990 ו-1995. אנו נאלצים להשתמש ב-1983 כבסיס מכיוון שעדיין אין נתונים על הרכב אוכלוסיית הקשישים לגבי 1984 ו-1985.

נעמוד על הצרכים, על השירותים הקיימים ועל הפער ביניהם. לא קיימים נתונים מסוג זה לגבי כל סוגי השירותים, ולכן נסתפק בהערכה כמותית של מספר שירותים עיקריים, ולגבי אחרים נסתפק במספר הערות כלליות יותר. נציג קודם נתונים על מוגבלות בתפקוד המתבטאת בצורך לקבל עזרה. לאחר מכן נציג את הצורך בשירותים ספציפיים. יש להדגיש מראש, שאין קשר פשוט וחד-משמעי בין הצורך של קשיש לעזרה ובין השירותים הנדרשים לספק את העזרה. קיימת יותר מדרך אחת לענות על הצרכים. להוגמה, אפשר לענות על צרכים כביתו של הקשיש או להעביר אותו למסגרת מוגנת כמו דירת מוגן או מוסד. לקשיש שחי בביתו ניתן להביא את השירותים הביתה, אך לגבי חלק מצרכיו אפשר להביא את הקשיש למסגרת יומית וכדומה. דבר זה מקשה מאוד על הערכת הצורך בשירותים.

ב. היקף המוגבלות בקרב קשישים

הצרכים של הקשישים לשירותים נובעים ממוגבלות המתפתחות ביכולת הקשיש לתפקד באופן יומיומי ללא עזרה.

א. מבוא

בשנים האחרונות גברה המודעות בדבר האתגרים המיוחדים, העומדים בפני החברה הישראלית בכל הקשור למתן תשובה הולמת לצורכיהם של הקשישים המוגבלים. רבים התריעו על הפערים הקיימים בין הצרכים לפתרונות ובסוף שנות ה-70 נעשו החישובים הראשונים שהצביעו על הגידול המהיר הצפוי בצרכים ועקב הגידול המהיר שיחול באוכלוסייה שמעל גיל 75. בין השנים 1983 ל-1995 יגדל מספר הקשישים בני 75 ומעלה ב-52 אחוזים מ-119 אלף ל-181 אלף.

עובדות אלה שימשו רקע למאמצים שנעשו להביא להרחבת ההשקעה הציבורית בשירותים לקשישים. מאמצים אלה התבטאו בהרחבה ניכרת של פעילות משרדי הרווחה, הבריאות והגרינט העולמי, ובמיוחד של אש"ל (האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל). המאמצים לחוקק חוק סיעוד, היו קו-פעולה מרכזי נוסף בניסיון להתמודד עם הצרכים.

יחד עם הרחבת הפעילות בשטח, הלכה והתרחבה גם פעילות המחקר שנועדה להקנות בסיס לתכנון חלק ביזמת אש"ל וג'וינט-ישראל, וחלק ביזמת המוסד לביטוח לאומי.

במאמר זה אנו מסכמים את התשתית העובדתית שנוצרה לגבי הצרכים המדיים ולגבי הצרכים שיתפתחו בעתיד.

אנו מציגים אומדנים של הצרכים בתחום

* מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים.

בסך-הכל, אם כן, נאמד סך המוגבלים ב-34,000 קשישים, המהווים 10.1 אחוזים מן הקשישים בארץ.

על-מנת לאמוד את היקף המוגבלים בעתיד, הפעלנו את שיעורי המוגבלות לפי גיל, מין ומוצא הקיימים היום על הרכב האוכלוסייה ב-1990 וב-1995. לפי חישוב זה יגיע מספר הקשישים המוגבלים עד 1990 ל-47,500, ועד 1995 ל-55,000. גם שיעור המוגבלים מתוך כלל אוכלוסיות הקשישים יגדל בשנים הבאות מ-10.1 אחוזים ב-1983 ל-11.9 אחוזים ב-1990 ול-13.0 אחוזים ב-1995.

שיעור המוגבלים בניהול משק-הבית גדול בהרבה ומגיע ל-30 אחוזים בערך מן האוכלוסייה ב-1983. הגידול הצפוי הוא מתון יחסית ושיעור המוגבלים יגיע ב-1995 ל-32 אחוזים בערך.

ג. שירותים קהילתיים

במאמר זה אנו מתייחסים לשלושה שירותים קהילתיים עיקריים — טיפול אישי, עזרה ביתית וארוחות מוכנות — העונים על הצרכים בתפקוד יומיומי ובניהול משק-הבית של הקשיש המוגבל.

הנתונים על היקף השירותים הקיים לטיפול אישי כוללים את המקורות העיקריים המספקים בפועל או משתתפים במימון השירות: רות: מט"ב, משרד הבריאות, קופת-חולים ומשרד העבודה והרווחה (ראה לוח 2). הנתונים על השירותים של עזרה ביתית וארוחות מוכנות התקבלו ממשרד העבודה והרווחה.

בחלקו הראשון של לוח 3 מובא המצב הקיים של השירותים ב-4—1983. את השיירות של טיפול אישי מקבלים בממוצע

אין מערכת מוסמכת אחת של נתונים על היקף המוגבלות, ואנו מסתמכים על שני מקורות: האחד הוא סקר שבוצע בקהילה אחת — בני-ברק (זילברשטיין ואחרים, 1981) — והשני הוא נספח לסקר כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מ-1982. שניהם מתייחסים רק לאוכלוסייה הגרה בקהילה.

מקובל להבחין בין הצרכים בטיפול אישי, כגון רחצה, הלבשה, האכלה, ובין הצרכים בניהול משק-הבית, כגון כביסה, הכנת ארוחת, ניקוי הבית. בעוד שבטיפול אישי קביעת המוגבלות אינה קשורה לעזרה הומינה לשיש, הודקקותו לעזרה ביתית כן מתחשבת בהסדר המגורים. כלומר, קשיש שאינו יכול לבצע בעצמו את פעולות משק-הבית אך גר במשק-בית שבו יש מישהו שיכול לבצען ללא מעמסה מיוחדת, לא נכלל בין המוגבלים בתחום זה. לדוגמה, אם הוא אוכל עם כל בני המשפחה, אין צורך להכין לו אוכל בנפרד, וקשיש זה לא יוגדר כזקוק לעזרה בהכנת ארוחות. לוח 1 אנו מציגים את היקף האוכלוסייה עם מוגבלות הזקוקה לעזרה בתחומים אלה בשנים 1983—1995.

היקף אוכלוסיית המוגבלים נאמד על-פי מספר המוגבלים הגרים בקהילה בתוספת הקשישים השוהים במוסדות במחלקות לתשואים, סיעודיים ותשושי-נפש. על בסיס סקר שנערך בבני-ברק, מספר המוגבלים בפעולות יומיומיות החיים בקהילה נאמד ב-27,000 קשישים, המהווים 8.3 אחוזים מסך-כל הקשישים הגרים בקהילה. יש לציין, שבנתונים של נספח לסקר כוח אדם שנערך ב-1982 נמצא (לאחר התאמת ההגדרות לסקר בני-ברק) אחוז גבוה במקצת של מוגבלים (10.6%)¹. ב-1983 שהו במוסדות לטיפול ממושך כ-7,000 קשישים מוגבלים.

1 ייתכן שהבדל זה נובע מן העובדה שבסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המידע לגבי אחוז משמעותי של הקשישים התקבל מגורמים משפחתיים אחרים, הנוטים להפריז בהערכת המוגבלות של הקשיש. נתוני סקר בני-ברק נמצאו תואמים מספר סקרים קהילתיים אחרים. ראה שמואלי ופקטור (1985).

לוח 1. תיקף המוגבלות בטיפול אישי בקרב הקשישים בישראל, 1983-1995

מספר המוגבלים	1983	1985	1990	1995
זקוקים לעזרה בפעילות יומיומית בקהילה ¹	27,041	29,597	37,107	42,925
מוגבלים במוסדות לטיפול ממושך ²	6,998	7,837	10,400	12,114
סך-הכל מוגבלים	34,039	37,434	47,507	55,039
שיעור המוגבלים (באחוזים)				
זקוקים לעזרה בפעילות יומיומית בקהילה ³	8.3	8.6	9.8	10.6
מוגבלים במוסדות לטיפול ממושך ⁴	2.1	2.2	2.7	3.0
סך-הכל מוגבלים ⁴	10.1	10.6	11.9	13.0

- 1 כולל קשישים הגרים בקהילה וזקוקים לעזרה חלקית או מלאה בביצוע פעולות יומיומיות של רחצה, תלבשה או אכילה.
- 2 אומדני המוגבלות מבוססים על סקר שנערך בבני-ברק (ולבחשטיין ואחרים, 1981).
- 3 כולל קשישים במוסדות, המוגדרים כתשושים, סיעודיים או תשושי-נפש. (על-פי מפקד דיירים במוסדות - 1983, מכון בחוקרייל).
- 4 סך המוגבלים בקהילה מתוך סך הקשישים בקהילה.
- 5 סך המוגבלים מתוך סך הקשישים בארץ (בקהילה ובמוסדות).
- 6 סך קשישים תשושים, סיעודיים ותשושי נפש שיהיו במוסדות בעתיד, אם יישמרו דפוסי המיסוד הסגוליים לפי גיל, מין ומוצא שהיו קיימים ב-1983.

ההכנסות הנמוכה של הזכאים במסגרת משרדי הבריאות הרווחה וגם את הנטייה בסופו לא לגבות כספים מן המקבלים.

נפנה עכשיו להערכה לגבי תיקף הצרכים לשירותים אלה, ואז נוכל להשוות בין השיירות הקיימים לצרכים. בהערכת הצרכים משולבים מספר יסודות. האחד הוא תרגום רמת המוגבלות לסוג השירות הזכול לענות על הצורך, השני הוא הקביעה לגבי תיקף יחידות השירות (שעות, מנות בארוחה). שתי קביעות אלה יחד מביאות אותנו להערכת רמה של סך העזרה הדרושה על-מנת לקיים רמת טאותה של תפקוד יומיומי וניהול משק-בית. לאחר מכן ניתן להתייחס למרכיב השלישי שהוא - האם יסופק השירות על-ידי גורם משפחתי או גורם בלתי פורמלי אחר, או על-ידי גורם פורמלי, המקבל את מימון מן השירותים הציבוריים או שהם אף מספקים אותו.

שלוש הקביעות האלה מחייבות הערכה

חודשי 5,084 קשישים, המהווים 1.6 אחוזים מכלל הקשישים הגרים בקהילה. התוצאה השנתית לשירות זה הגיעה ל-4.6 מיליון דולר.

בערך 8,000 משקי-בית, שבהם מתגוררים כ-11,700 קשישים, נהנים מעזרה ביתית - כלומר 3.6 אחוזים מן הקשישים הגרים בקהילה. העלות השנתית לעזרה ביתית הגיעה למיליון דולר לשנה בערך. שירות נוסף הקשור בניהול משק-הבית הוא מתן ארוחות מזכנות. בשנת 4-1983 גהנו בערך 3,500 קשישים משירות זה שמימן משרד העבודה הרווחה. הערכת העלות הציבורית (בניכוי השתתפות הקשיש) הגיעה ל-1.6 מיליון דולר לשנה בערך.

יש לציין, שבנוגע לטיפול אישי העזרה ביתית לא נמצאה עדות להשתתפות המקבלים במימון מעבר להשתתפות המינימלית של 10 אחוזים. דבר זה משקף את רמת

לוח 2. היקף השירותים לטיפול אישי בשנת 1984

גוף מבצע וגורם מפנה	ממוצע מקבלים בשנה		שעות טיפול		עלות שנתית (אלפי דולר)		שעות שבועיות למקבל	עלות לשעה (\$) לע"ל
	%	מספרים מוחלטים	%	מספרים מוחלטים	%	מספרים מוחלטים		
סך-הכל	100	5,084	100	1,558,485	100	4,603.8	6	2.95
מופנים של משרד הרווחה	28	1,399	17	272,607	18	847.7	4	3.11
מופנים של משרד הבריאות מופנים של	19	945	21	325,989	20	908.0	7	2.79
קופת חולים	50	2,530	53	819,974	51	2,370.1	6	2.89
סוגים פרטיים	(3)	(140)	(7)	(114,209)	(8)	(389.9)	(16)	(3.41)
מופנים אחרים	(1)	(70)	(2)	(25,706)	(2)	(88.0)	(7)	(3.42)
מוז: :								
ביצוע על-ידי "ממב"	100	1,937	100	708,061	100	2,414.3	7	3.41
מופנים של משרד הרווחה	33	641	25	175,879	25	601.0	5	3.42
מופנים של משרד הבריאות מופנים של	16	315	15	104,389	15	354.0	6	3.39
קופת חולים	40	771	41	287,878	41	981.3	7	3.41
סוגים פרטיים	7	140	16	114,209	16	389.9	16	3.41
מופנים אחרים	4	70	4	25,706	4	88.0	7	3.42
ביצוע על-ידי								
גופים אחרים	100	3,147	100	850,424	100	2,189.5	5	2.57
מופנים של משרד הרווחה ²	24	758	11	96,728	11	246.7	2	2.55
מופנים של משרד הבריאות ³ מופנים של	20	630	26	221,600	26	554.0	7	2.49
קופת חולים ³	56	1,759	63	532,096	63	1,388.8	6	2.61
סוגים פרטיים	..	..	..	..	..	..	..	..
מופנים אחרים ⁴	..	..	..	..	..	..	..	..

הערות: סימונים: . = לא ידוע; () = נתון חלקי.

1 הנתונים עדיין אינם סופיים, חלקם מבוסס על אומדנים.

2 הכוונה למט"ויות המועסקות בידי רשויות מקומיות ועמותות מקומיות.

3 הכוונה לשירות קנר במגזר הפרטי.

4 מופנים מטעם משרד הביטחון, שיקום שכונות, ביטוח לאומי, הסוכנות, תאגידה למלחמה בסרטן וקופת חולים לאומית.

לוח 3. שירותים קהילתיים נפחים הקיימים ב-1983, לעומת הזרמים בעזרת פורמלית שנתנה על מלוא הזרמים של הקשישי

	1995 צרכים		1990 צרכים		1983 צרכים		המסב הקיים 1983					
	עזרה מוכנת	טיפול אישי ביהות	עזרה מוכנת ביהות	טיפול אישי	עזרה מוכנת ביהות	טיפול אישי	עזרה מוכנת ביהות	טיפול אישי				
מספר המקבלים	18,638	76,058	18,262	17,156	70,506	16,000	14,035	57,873	11,361	3,500	11,671	5,084
אחוז המקבלים סך-הכל שעות לשנה	4.6	18.8	4.5	4.5	18.6	4.2	4.3	17.8	3.5	1.1	3.6	1.6
עלות שנתית (אלפים)	—	15,820	8,642	—	14,665	7,571	—	12,037	5,258	—	512	1,558
שעות שובריות למקבל	—	4	9.1	—	4	9.1	—	4	8.9	—	0.84	5.9
עלות שנתית (אלפי \$)	8,819	30,691	26,530	8,118	28,451	23,243	6,641	23,352	16,141	1,656	993	24,604

אזורים ארציים לקשישים מוגדלים

- 1 בלוח זה הכוונה ב"צרכים" היא לעזרה והדושה מנוכמים פורמליים כדי להשלים את העזרה הייחנה לקשיש על-ידי משפחתו או גורמים לא-פורמליים אחרים.
- 2 כולל השתתפות המשפחה בעיצום השירות (סכום הנאמד בפחות מ-10 אחוזים).
- 3 הנתונים כאן הם כמותות של מספר קשישים המקבלים את השירות. קשישים אלה מתגוררים ב-8,000 משקי-בית בדרך. כל משקי-בית קיבל בממוצע 1.3 שעות עזרה ביהות לשבוע.

לוח 4. פערים בין צרכים ובין שירותים קיימים בשנים 1983 ו-1990

הגידול בצרכים בין 1990-1983			הפער בין הצרכים ב-1990 לשירותים הקיימים ב-1983			הפער בין הצרכים לשירותים הקיימים ב-1983			
ארוחות מוכנות	עזרה ביתית	טיפול אישי	ארוחות מוכנות	עזרה ביתית	טיפול אישי	ארוחות מוכנות	עזרה ביתית	טיפול אישי	
מספר המקבלים									
3,121	12,633	4,639	13,656	58,835	10,916	10,535	46,202	6,277	מוחלט
	22	41	390	504	215	301	396	123	אחוז
אחוז המקבלים									
0.2	0.8	0.7	3.4	15.0	2.6	3.2	14.2	1.9	מוחלט
5	4	20	309	417	163	291	394	119	אחוז
סך-הכול שעות לשנה (אלפים)									
—	2,628	2,313	—	14,153	6,013	—	11,525	3,700	מוחלט
—	22	44	—	2,764	386	—	2,251	237	אחוז
שעות שבועיות למקבל									
—	0	2	—	357	51	—	357	51	אחוז
עלות שנתית (אלפי \$)									
1,477	5,099	7,102	6,462	27,458	18,639	4,985	22,359	11,537	מוחלט
22	22	44	390	2,764	405	301	2,251	251	אחוז

המקצועיים של הקשישים לגבי היקף השיירות הדרושים על-מנת להשלים את העזרה הניתנת על-ידי המשפחה ולקיים את הקשיש ברמה עאותה. בלוח 4 מוצג הפער בין הצרכים המומלצים לשירותים פורמליים ובין השירותים הקיימים. הערכות אלה מכוונות על שילוב הנתונים מסקר שהתבצע בבני-ברק (וילברשטיין ואחרים, 1981; חביב, סקטור ושמואל, 1986), ומסקר על מקבלי שירותים קהילתיים שנערך בירושלים, באר-שבע ותל-אביב (חביב ואחרים, 1986).

בסיס הנתונים לגבי מספר הבקשות לעזרה הפורמלית מבוסס על סקר בני-ברק. לגבי שעות העזרה הפורמלית הדרושות בטיפול

מקצועית, והנתונים שנציג לגביהם מבוססים על הערכה מקצועית של צוותי הערכה שעברו על הנתונים שנאספו לגבי כל קשיש וקשיש.

על-מנת לענות על מלוא הצרכים בעזרת השירותים הפורמליים יש צורך להוציא בערך 32 מיליון דולר לשנה על טיפול אישי ובערך 38 מיליון דולר לשנה על עזרה ביתית. אך בהתחשב בתפקוד המשפחה הסכומים האלה קטנים בהרבה.

בלוח 3 מובאת הערכה לגבי היקף הצרכים לעזרה פורמלית לשלושת השירותים הנ"ל בשנת 1983, כפי שעולה מסקרים שונים. הצורך בעזרה פורמלית שתענה על מלוא הצרכים משקף את הערכת המטפלים

דומה יותר לנתונים של נספח סקר כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אזי ייתכן שאחוז הזקוקים לעזרה יהיה גבוה ב-25—30 אחוזים מן הנתונים שהוצגו לשיל. מילוי הצרכים של אוכלוסיית הקשישים מתבטא לא רק בתוספת במוותיות. מילוי חלק של הצרכים הנוספים מחייב שינוי בדפוסי מתן השירות בעיקר לגבי טיפול אישי. במיוחד יש צורך בהגמשה של שעות הטי-פול, כדי שיהיה אפשר לספקו במשך כל שעות היום, בסופי שבוע ובחגים, ושל תפקידי מטפלות הבית. יש הטוענים, שהגדרת תפקיד מטפלת הבית (מט"בית) חייב לעבור בדיקה במטרה לשלב חלק מן הסעו-לות של הטיפול האישי עם ניתוח משק-הבית.

עד כה התייחסנו לצרכי הקשישים בשי-רותים פורמליים. המהווים רק חלק מן העזרה המושטת לקשיש, כאשר ההשלמה ניתנת על-ידי המשפחה. לפי הערכת המומ-חים בסקר בני-ברק המשפחות יכולות להמ-שיך ולהעניק, בלי שיהיה בכך עומס יתר, כ-85 אחוזים משעות העזרה הדרושות בתחום של טיפול אישי וכ-74 אחוזים בתחום העזרה הביתית. כפי שצינו, השתמשנו בהערכות בסקר ועל מקבלי שירותים קהי-לתיים המצביע על חלוקה יותר מאוזנת בין העזרה הפורמלית לזו הלא-פורמלית. לדוג-מה, המלצות המומחים בנוגע לטיפול אישי מצביעות על כך שהמשפחות צריכות להע-ניק בערך 60 אחוזים מכלל העזרה.

לגבי שירותים אחרים אין לנו בסיס להע-רכה כללית של הצרכים, אך ניתן להצביע על מספר אינדיקטורים חלקיים המצביעים על קיום צורך נוסף, אם לא על היקפו. במחקר ועל מקבלי שירותים קהילתיים הת-גלה, שמספר לא מבחול של קשישים זקוקים לשירותים שאינם ניתנים היום, כמו סביסה, השגחה לא-מקצועית ביום או בלילה, הת-אמת תדירה לצרכים של קשישים מוגבלים, שיפוצים שונים בדירה, הקצבה לרכישת ציוד ביתי בסיסי וכו' (חביב ואחרים, 1986).

אישי התברר לנו, שהאומדנים על הזדקקות שנמצאו בסקר בני-ברק נמוכים ביותר. (2.5 שעות שבועיות של טיפול אישי פורמלי לנזקק), כך שסך העזרה לפי סקר זה אינה עולה ועל מה שכבר ניתן היום על-ידי המערכת. בבדיקת תוצאות הסקר ועל מקבלי שירותים קהילתיים (בירושלים, בבאר-שבע ובתל-אביב) נמצא, שמספר השעות המומ-לצות לטיפול אישי פורמלי היה גדול בהר-בה. אנו נוטים לתת אמון בנתונים האחרונים — במיוחד לאור העובדה, שהקשישים ומש-פחותיהם (שאף הם רואינו במסגרת הסקר) אישרו את אומדן הצורך שניתן על-ידי המטפלים המקצועיים. אי לכך, מספר השעות המומלצות שנלקחו בחשבון מתבססות על סקר של מקבלי שירותים קהילתיים. לגבי השעות הדרושות בעזרה ביתית לא נמצאו הבדלים בין שני הסקרים. בלוח 4 אנו מצי-גים את הפער בין הצרכים ובין הפתרונות הקיימים. ניתן לראות, שעל-מנת להדביק את הפער בטיפול האישי יש צורך ב-3.7 מיליון שעות עזרה נוספות ולהוסיף כ-6,300 מקבלים נוספים. עלות התוספת היא 11.5 מיליון דולר בערך, שהיא גידול של 251 אחוזים ביחס לעלות הנוכחית. בעזרה ביתית דרושה הרחבה משמעותית מאוד כדי לענות על הצרכים. הרחבה זאת מסתכמת ב-11.5 מיליון שעות טיפול ותוספת של כ-46,000 מקבלים חדשים, והיא כרוכה בהוצאה נוס-פת של 22 מיליון דולר, כלומר גידול של 2,250 אחוזים.

קביעת התזדקקות לעזרה ביתית נעשתה מתוך התבונה, שהצורך בארוחות מוכנות מסופק. לכן יש לראות במשולב את קביעת המומחים לשני שירותים אלה. המומחים המליצו על מתן ארוחות ל-4.3 אחוזים מן האוכלוסייה, כלומר יש צורך בהגדלה של 300 אחוזים בערך במספר המקבלים ובעלות אספקת השירות.

יש לציין, שכל הנתונים המוצגים כאן לגבי הצורך בשירותים הם אומדנים בלבד. אם, לדוגמה, אחוז המוגבלים במישור הארצי

המיטות לסייעודיים ולתשושי נפש הגיע ל-45 אחוזים במוסדות פרטיים (ראה לוח 6). במחצית הראשונה של שנות ה-80 חל גידול משמעותי במספר המיטות, שהעלה את שיעור המיטות ביחס לאוכלוסיית הקשישים. בשנת 1981 היו 12,557 מיטות, כלומר 39.5 מיטות ל-1,000 קשישים; בשנת 1985 גדל כאמור מספר המיטות ל-14,821, שהן 41.8 מיטות ל-1,000 קשישים. לעומת מספר המיטות שגדל באופן כללי ב-18 אחוזים, בולט גידול המיטות לתשושים (39%) לסייעודיים (31%) ולתשושי נפש (71%). לגבי המיטות לעצמאיים היה גידול צנוע של 3 אחוזים בלבד, המבטא את המגמה שהסתמנה במערכת לצמצם את היצע המיטות לקבוצה זו ולהפנות את המשאבים לבניית מיטות לאוכלוסיות המוגבלות יותר. בנוסף על המיטות במוסדות לטיפול ממו-שך קיימות בארץ מספר מסגרות של דור מוגן, המיועדות בעיקר לקשישים המסוגלים לנהל משק בית בצורה עצמאית. תוכניות אלה מספקות תחליף חלקי של פתרונות לצרכים מוסדיים של אוכלוסיית הקשישים העצמאיים.

כאמור, כ-4,700 קשישים התגוררו במסגרות אלה הם היו 13.1 דיירים ל-1,000 קשישים יהודים באוכלוסייה. כשליש מיחידות הדיור המוגן נמצאות בבעלות "משען" וכרבע בבעלות הסוכנות היהודית. רק 7 אחוזים מן היחידות הן בבעלות פרטית. בערך 60 אחוזים מן היחידות מרוכזות במחוז תל-אביב ובהן מגיע שיעור הדיירים ל-20 לכל 1,000 קשישים באוכלוסייה. בין השנים 1981-1985 גדל מספר הדיירים במסגרות אלה ב-6 אחוזים בערך (ראה לוח 9 להלן).

בניגוד לנעשה בתחום הקהילתי אין בידינו סקר שיוכל להצביע על היקף הצרכים לשירותים מוסדיים. הדבר מסובך הרבה יותר ומחייב הערכה לגבי אנשים בקהילה ובמוסדות לאשפוז אקוטי שהיו צריכים להיות במסד, ואנשים במוסדות שהיו צרי-

ד. שירותים מוסדיים

בשנת 1985 היו בישראל 14,821 מיטות על-פי תקן לטיפול ממושך. מתוך מיטות אלה 6,684 מיועדות לעצמאיים, 2,280 לתשושים, 5,487 לסייעודיים ו-370 לתשושי נפש (ראה לוח 5). במספרים אלה נכללות מיטות בבתי-אבות, בבתי-חולים לחולים כרוניים, במרכזים גריאטריים ובמחלקות סיעודיות בבתי-חולים כלליים. בנוסף על כך, היו בשנת 1985 4,511 יחידות של דור מוגן, שבהן שדו 4,699 קשישים (ראה לוח 8). כמזכור, קיימות 766 מיטות המיועדות לשיקום גריאטרי ארוך-טווח (במוסדות לשיקום של קופת-תולים, בתי-חולים "פלי-מן", פרדס כץ ותל-השומר) ו-507 מיטות לשיקום קצר-מועד, אבחון וגריאטריה אקוטי. מיטות אלה הן 2.2 ו-1.5 לכל אלף קשישים באוכלוסייה (בהתאמה). בהמשך נתייחס בעיקר למיטות לטיפול ממושך ולדיור מוגן.

מספר המיטות ביחס לאוכלוסיית הקשישים היהודים בארץ מגיע ל-41.8 מיטות לאלף קשישים. מנתונים שהתקבלו מסקר דיירי מוסדות שנערך בשנת 1983 עולה, ששיעור התפוסה הכללי של הקשישים במוסדות לטיפול ממושך הגיע ל-89 אחוזים. מתוך 11 אחוזים הנותרים היו 5 אחוזים מן המיטות תפוסות בידי אנשים מתחת לגיל 65 ו-6 אחוזים לא היו תפוסות. הוסר תפוסה זה מהווה אי תפוסה חיכוכית הנגרמת עקב תחלופה של דיירים במקרים של מוות או עזיבה.

שיעור התפוסה בידי קשישים אינו אחיד בין סוגי המיטות השונות. בפועל קיימת הסבה של מיטות מעצמאיים לתשושים. לכן נמצא, שהתפוסה של מיטות לתשושים מגיעה ל-117 אחוזים, לעומת התפוסה של 79 אחוזים במיטות לעצמאיים.

בשנת 1985 היו 32 אחוזים מכלל המיטות לטיפול ממושך במוסדות פרטיים; שיעור

לוח 5. התפתחות המיטות כמוסדות לטיפול ממושך בשנים 1981-1985 והצורך במיטות בשנים הבאות (1985-1990) על-מנת לשמור על דפוסי קיימים, לפי קבוצות דמוגרפיות

מיטות	מצב קיים			שיעור הגידול הגידול בין 1981 ל-1985	הצורך במיטות *		שיעור הגידול הדרוש	
	1985	1983	1981		1990	1995	בין 1985 ל-1990	בין 1985 ל-1995
סך-הכל	14,821	13,858	12,557	18%	20,320	23,568	37%	59%
עצמאיים	6,684	6,769	6,502	3%	8,555	9,863	28%	48%
תשושים	2,280	2,154	1,636	39%	4,388	5,152	92%	126%
סיעודיים								
ותשושי-נפש	5,857	4,935	4,419	33%	7,377	8,553	26%	46%
מזה :								
סיעודיים	5,487	4,642	4,202	31%	6,337	7,347	15%	34%
תשושי-נפש	370	293	217	71%	1,040	1,206	181%	226%
שיעור ל-1,000 קשישים באוכלוסייה								
סך-הכל	41.8	41.0	39.5	6%	50.6	55.0	21%	32%
עצמאיים	18.8	20.0	20.4	-9%	21.3	23.0	13%	22%
תשושים	6.4	6.4	5.1	25%	10.9	12.0	70%	88%
סיעודיים								
ותשושי-נפש	16.5	14.6	13.9	19%	18.4	20.0	12%	21%
מזה :								
סיעודיים	15.5	13.7	13.2	17%	15.8	17.2	2%	11%
תשושי-נפש	1.0	0.9	0.7	43%	2.6	2.8	160%	180%

* מבוסס על עיקרון של שמירת דפוסי המיסוד ב-1983 לפי גיל, מין ומוצא.

סיעודיים ותשושי נפש. חלק מן הממתינים נמצאים בביתם, אך חלק מהם ממתינים לסידור מוסדי במחלקות אקוטיות ובמיוחד במחלקות שיקומיות שעלותן גבוהה הרבה יותר. יש לציין, שלמרות הגידול במספר המיטות שצוין לעיל לא צומצמו רשימות ההמתנה במהלך שנות ה-80.

מימד נוסף לצורך במיטות מתבטא באחוז המיטות המוגדרות כתת-תקניות (כלומר, ראויות לסגירה) בידי הגורמים המפקחים, אלא שלדעתם לא ניתן לסגור בגלל מחסור במיטות. בבדיקה שנעשתה בשנת 1982 היוו מיטות אלה בערך 7 אחוזים מכלל המיטות בארץ. מעבר לכך יש מספר לא

כים להיות בקהילה. בהעדר הערכות מסוג זה אנו משתמשים במספר אינדיקטוריים חלקיים.

על אף הגידול המהיר שחל בשנים האחרונות במספר המיטות לתשושים ולתשושי נפש, הפער בין הצרכים להיצע המיטות מתבטא בשיעורי תפוסה העולים על 100% בסוגי מיטות אלה. אינדיקטור נוסף של הצרכים בתחום המוסדי מתבטא ברשימות ההמתנה למיסוד דרך לשכת הבריאות והרווחה. בשנת 1985 המתונו לסידור מוסדי באמצעות משרד הרווחה 186 קשישים עצמאיים ו-519 תשושים. דרך משרד הבריאות המתונו באותה תקופה כערך 630 קשישים

לוח 6. ביטוח תקן במסגרת לטיפול פברואר לפי שנה, מת מיטה, מת בעלות ואזור ביטוחים

	שנת וסת מיטה			שנת וסת מיטה			שנת וסת מיטה								
	1985	1983	1981	1985	1983	1981	1985	1983	1981						
מסלול-1.מסלול	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.	מ.א.מ.						
370	5,487	2,280	6,684	14,821	293	4,612	2,154	6,769	13,858	217	4,202	1,636	6,502	12,557	מ.א.מ.
117	864	917	767	2,665	96	857	889	767	2,609	87	806	902	794	2,589	מ.א.מ.
198	2,098	672	4,503	7,461	151	1,533	597	4,550	6,831	130	1,300	488	4,545	6,423	מ.א.מ.
55	2,535	691	1,414	4,695	46	2,252	668	1,452	4,418	—	2,096	286	1,163	3,545	מ.א.מ.
62	643	126	802	1,633	33	557	126	810	1,526	—	444	85	727	1,256	מ.א.מ.
71	306	218	347	942	54	215	231	254	754	54	206	158	220	638	מ.א.מ.
97	4,120	729	1,248	3,194	97	1,089	654	1,287	3,127	87	1,032	371	1,302	2,792	מ.א.מ.
69	2,600	854	1,547	5,070	48	1,962	754	1,595	4,359	39	1,717	717	1,437	3,910	מ.א.מ.
34	704	254	2,702	3,694	24	705	290	2,787	3,806	—	691	236	2,764	3,691	מ.א.מ.
37	114	99	38	288	37	114	99	36	286	37	112	69	52	270	מ.א.מ.

ג'ק חביב, חיים פלסטר ושמואל ג'ק

לוח 7. התפתחויות בהרכב אוכלוסיית הקשישים בתקופה 1983-1995

אחת הגידול			1995 ²	1990 ²	1983 ¹	
1990 בין 1995 ל-	1983 בין 1995 ל-	1983 בין 1990 ל-				
7	26	18	424,413	397,683	337,834	סך הכל
7	11	4	243,837	227,799	219,141	גיל 65-74
-2	19	22	129,690	132,759	109,054	65-69
20	4	-14	114,147	95,040	110,087	70-74
6	52	43	180,576	169,884	118,693	75+
-11	8	22	72,369	81,180	66,759	75-79
22	108	71	108,207	88,704	51,934	80+
						מין
3	15	11	181,071	175,527	157,620	גברים
10	35	23	243,342	222,156	180,214	נשים
						מוצא
17	52	30	125,532	107,613	82,779	אסיה-אפריקה
3	17	14	298,881	290,070	255,055	אירופה-אמריקה

1 המקור: מיפקד אוכלוסין 1983.

2 מבוסס על עיבודים של תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והתאמתן לתוצאות של מיפקד אוכלוסין 1983.

בהרחבת שיעור המיסוד, אלא בתרחבה של השירותים הקהילתיים. בסעיף הבא נעמוד על קשרי-הגומלין בין הפיתוח של שני השירותים הללו.

מבוטל של מיטות המוגדרות ברמת איכות נמוכה, התורגת בהרבה מן הרמה במרכזים הגריאטריים ובמוסדות אש"ל (ראה פליישמן ותומר, 1985). בראייה כוללת של הצרכים יש להתחשב במעיה זו.

חלק מן הלחץ על התחום המוסדי נובע מכך, שהשירותים הקהילתיים היכולים לאפשר את השארת הקשישים המוגבלים בקהילה אינם מפותחים דים. מתוך סקר שנערך לאחרונה עולה, שכמחצית הקשישים שהמ-תינו למיסוד דרך לשכות הבריאות והרווחה היו יכולים להישאר בקהילה בעזרת שירותים קהילתיים מתאימים. עלותם של שירותים אלה נמוכה ברוב הגדול של המקרים מעלות ההחזקה במוסד (ראה חביב ואחרים, 1985).

משמעות החבר היא, שהפתרון ללחץ הקיים היום על המוסדות אינו בתכרח

ה. הצרכים בעתיד: מבט על 1990 ו-1995

לא ניתן לדבר על הצרכים בעתיד בלי לקשור באופן חדי-משמעי בין פיתוח השירותים הקהילתיים לאלה המוסדיים. ככל שנפתח את השירותים הקהילתיים כן יש לצפות לפחות לחץ לסניסה למוסד. ככל שאנשים רבים יותר נכנסים למוסדות כן מצטמצמת האוכלוסייה המוגבלת החיה בקהילה ובהתאם לכך קטן גם הצורך לשירותים קהילתיים. לכן גם קביעת מדיניות לגבי פיתוח שירות-

לוח 8. יחידות לדיור מונן ותפוסת דיירים לפי בעלות ואיזור גיאוגרפי, 1985

בעלות ואיזור גיאוגרפי	יחידות דיור	מספר דיירים קשישים	שיעור התפוסה ל-1,000 קשישים
פך-הכל ארצי	4,511	4,699	13.1
בעלות			
עירוני/ממשלתי	216	204	0.6
הסוכנות היהודית	1,033	1,100	3.1
אש"ל	557	606	1.7
"משען"	1,498	1,649	4.6
ציבורי אחר	891	860	2.4
פרטי	316	280	0.8
איזור גיאוגרפי			
מחוז ירושלים	483	504	16.6
מחוז הצפון	176	175	6.5
מחוז חיפה	560	570	9.0
מחוז המרכז	254	256	3.6
מחוז תל-אביב	2,651	2,782	20.0
מחוז הדרום	387	412	14.5

את השירותים המוסדיים במטרה להקטין את רשימות ההמתנה או להוריד את היקף המיטות ברמה נמוכה. במקום זה מניחים באופציה זו, שהרחבת השירותים הקהילתיים תביא להקטנת הלחץ על המערכת המוסדית כך שהרחבת היצע המיטות רק כפי שמתחייב מהשינויים הדמוגרפיים, ולא מעבר לכך, תספיק כדי לצמצם למינימום את רשימות ההמתנה.

ההתפתחויות הדמוגרפיות הצפויות בשנים הבאות מצביעות על גידול מהיר של אותן קבוצות אוכלוסייה שיש בהן צורך מוגבר בשירותים מוסדיים וקהילתיים כאחד. בעוד שמספר הקשישים יגדל בין השנים 1983 עד 1990 ב-18 אחוזים בערך, מספר בני 75 ומעלה יגדל ב-43 אחוזים (הקבוצה של בני 80 ומעלה תגדל ב-71 אחוזים). באותה תקופה יגדל מספר הנשים בשיעור שהוא גבוה פי 2 משיעור הגידול של הגב-

תים במישור האחד משפיע על המדיניות החרושה במישור השני. יוצא אפוא, שיש מקום לגישות שונות לגבי מידת הדגש שיש לשים בפיתוח שני סוגי השירותים הללו במדיניות הכוללת. לכן אנו מציגים את ההערכות בשני תחומים אלה כמקשה אחת. האופציה העיקרית שנתאר כאן לגבי ההתפתחויות בעתיד מניחה שיישמרו הדפוסיים הקיימים של מיסוד והרחבה של השירותים הקהילתיים כך שיענו על מלוא הצרכים של האוכלוסייה בעתיד. כלומר, הנחנו שיישמרו אותם שיעורים סגוליים של הזדקקות לשירותים מוסדיים וקהילתיים לפי גיל, מין ומצבא שהיו בשנת 1983. משמעות הדבר היא, שכל הגידול במיטות נובע מן השינויים הדמוגרפיים הצפויים להעלות את המשקל בקרב הקשישים של הקבוצות המצטיינות בשיעורי מיסוד גבוהים. לעומת זאת, אין בהנחה זו משום ניסיון להרחיב

ל-1,000 קשישים באוכלוסייה (ראה לוח 5 לעיל). בסך-הכל יהיה צורך להוסיף 5,500 מיטות למלאי הקיים ב-1985, כלומר גידול של 37 אחוזים. הגידול הדרוש משתנה בהתאם לסוג המיטה. כדי לענות על הצרכים יהיה צורך לבנות כ-2,100 מיטות לתשושים — גידול של 92 אחוזים בהשוואה למצב בשנת 1985. גם אצל תשושי הנפש יהיה צורך בתוספת של 670 מיטות — גידול של 180 אחוזים. כתוצאה מגידול המיטות לסי-עמדיים, שהתרחש בין השנים 1983—1985, יהיה צורך בהרחבה של 15 אחוזים בלבד כדי לענות על הצרכים בשנת 1990. באוכ-לוסיית העצמאיים הגידול הדרוש הוא 28 אחוזים בערך.

הצורך בפיתוח המיטות לעצמאיים מעורר היום שאלות רבות. חלק מן הגורמים הקי-פיאו את פיתוח המיטות מסוג זה מתוך מחשבה שניתן להפנות אוכלוסיית אלה לקהילה או למסגרת של דיור מוגן. לכן רצוי לבחון את הצורך במיטות אלה במשולב עם התחזיות לצורך בדיור מוגן.

על-מנת לשמור על הדפוסים הקיימים של שימוש במסגרות דיור מוגן (כפי שהיו קיימות בשנת 1983), ובהנחה שהתפתחות המיטות לעצמאיים תהיה על-פי הגידול הדמוגרפי הצפוי (כפי שראינו לעיל), יהיה צורך להגדיל את מספר יחידות הדיור ב-20 אחוזים בערך משנת 1985 עד 1990, דהיינו תוספת של 190 יחידות בערך. תוספת זאת הינה בהנחה שייבנו באותה תקופה כ-1,800 מיטות לעצמאיים במוסדות. כאמור, המגמה של הגופים הממלכתיים היא להקפיא בנייה של מיטות לעצמאיים ואם כך יקרה, אזי התוספת הדרושה של יחידות דיור מוגן תהיה גדולה יותר². כיום מסתמנת התעניי-

לוח 9. התפתחות הדיור המוגן בשנים 1981—1985 והצורך בגידול בשנים הבאות על מנת לשמור על הדפוסים הקיימים לפי קבוצות דמוגרפיות

מספר יחידות דיור קשישים	יחידות דיור	המצב הקיים בשנת
4,438		1981
4,699	4,511	1985
5.9%		שיעור הגידול בין 1981 ל-1985
		תחזית הצורך בשנים הבאות*
5,656	5,429	1990
6,280	6,029	1995
		שיעור הגידול הדרוש בין 1985 ל-1990
20.4%	20.4%	
33.6%	33.6%	בין 1985 ל-1995

* על-פי ההנחה של שמירת דפוס השימוש בדיור מוגן לפי גיל, מין ומוצא כפי שהיו ב-1983.

רים (23% לעומת 11%). מספר הקשישים ילידי אסיה-אפריקה יגדל באותה תקופה ב-30 אחוזים, לעומת גידול של 14 אחוזים בלבד אצל ילידי אירופה-אמריקה וישראל (ראה לוח 7).

אם רוצים אנו לשמור על דפוס המיסוד הסגוליים שהיו קיימים בשנת 1983, אזי השינוי בהרכב הדמוגרפי של הקשישים יחייב בעצמו הגדלה מהירה בשיעור המיסוד הכללי. לפי הנחה זו של שמירת הדפוסים הקיימים יהיה צורך בשנת 1990 ב-20,320 מיטות לטיפול ממושך, שהן 50.6 מיטות

2 האלטרנטיבה לכניסה לבית אבות אינה רק כניסה לדיור מוגן, אלא גם המשך ההישארות בקהילה עם שירותים קהילתיים נוספים. במחקר על ממתנינים למוסדות (חביב ואחרים, 1986) נמצא, שרק 20 עד 30 אחוזים מן העצמאיים הממתנינים למיסוד היו חייבים להתחיל את דירתם עקב תנאי דיור ירודים. אפשר לראות את השיעור הזה כשיעור המינימלי של צורך בדיור מוגן, הנובע מהקפאת הבנייה של מיטות לעצמאיים. כמובן, שכניסה לדיור מוגן נובעת לא רק מבעיות דיור, אלא גם מן הצורך במסגרת מוגנת יותר. עקב כך יש להניח, שאם לא ייבנו המיטות לעצמאיים, יהיה צורך

שהרחבת השירותים הקהילתיים רק לפי המתחייב מן ההשלכות הדמוגרפיות פירושו למנוע את הרעת המצב; אך אין בזה כדי לצמצם את הפער בין הצרכים לפתרונות. משמעות הדבר היא, שלא ניתן לצמצם את ההמתנה למיסוד או את הפער הקיים היום בין צרכים לפתרונות עבור קשישים הגרים בקהילה. אם כן, רק פיתוח מעבר למה שמתחייב מן הגידול הדמוגרפי יאפשר להקטין את הפערים הללו.

נציג קודם את ההשלכות הדמוגרפיות עצמן, ולאחר מכן את הגידול הדרוש גם כדי לעמוד בשינויים. אם יישמרו דפוסי המיסוד הקיימים, תגדל אוכלוסיית הקשישים הגרים בקהילה בתקופה 1983—1990 ב-18 אחוזים. אולם, השינויים בהתחב האוכלוסייה (גידול מהיר של קבוצת בני +75, של נשים ושל יוצאי אסיה-אפריקה) יביאו להגדלת מספר הנוזקים לקבלת טיפול אישי מן השיירות הפורמליים ב-41 אחוזים. אחוז הנוזקים קים לשירות זה מכלל הקשישים יעלה מ-3.5 אחוזים ב-1983 ל-4.2 אחוזים ב-1990 (גידול של 20 אחוזים מעבר למתחייב מגידול האוכלוסייה). בשירותים אחרים הגידול בצרכים, הנובע מן השינויים הדמוגרפיים, צנוע הרבה יותר, מפני שהפערים בשיעורי ההזדקקות בין קבוצות אוכלוסייה אינם כה חדים כמו אלה שבטיפול אישי. מספר הנוזקים קים לקבלת שירותים מן הגורמים הפורמליים (עזרה ביתית וארוחות מסונות) יעלה ב-22 אחוזים, כלומר, בערך 5 אחוזים מעבר למתחייב מגידול אוכלוסיית הקשישים. מעניין לציין, שבמיד שמספר הנוזקים לטיפול אישי יגדל ב-41 אחוזים, העלות השנתית תגדל ב-44 אחוזים. דבר זה מלמד על כך, שעומק העזרה (מספר השעות למקבל) יגדל אף הוא. בשירותים האחרים תגדל העלות בשיעור השווה למספר הנוזקים. קצב הגידול המהיר בצרכים, המאפיין את

נות הולכת וגדלה של גופים מסחריים (קבלנים פרטיים, בנקים למשכנתאות וכו') להשקיע בפרויקטים מסוג זה.

בין שנת 1990 ל-1995 צפוי גידול של 7 אחוזים במספר הקשישים. השינוי בהרכב הגילאים של אוכלוסיית הקשישים יהיה מתון יחסית: קבוצת הקשישים ה"צעירים" (בני 65—74) תגדל ב-7 אחוזים וקבוצת הישישים (+75) תגדל ב-6.3 אחוזים, אך קבוצת הגיל +80 תגדל ב-22 אחוזים. כמו-כן צפוי המשך המגמה של גידול באחוז הנשים (10%) ובאחוז של ילידי ארצות המזרח (17%). התוצאה של מגמות אלה תהיה המשך הגידול בשיעור המיסוד הכללי, אך בקצב איטי יותר. על-מנת לשמור על דפוסי המיסוד הסגוליים הקיימים יהיה צורך בתוספת של 8,750 מיטות למלאי הקיים בשנת 1985, דבר שהיה מביא לשיעור של 55 מיטות על כל 1,000 קשישים באוכלוסייה בשנת 1995 (לפירוט ראה לח 7 לעיל). לגבי סיעודיים ותשושי נפש קצב הגידול הדרוש משנתה מ-4.7 אחוזים לשנה בתקופה שמ-1985 ועד 1990 ל-3 אחוזים לשנה בתקופה שמ-1990 עד 1995. לגבי תשושים קצב הגידול הדרוש מגיע ל-14 אחוזים לשנה מ-1985 ועד 1990. קצב הגידול הגבוה מתחייב בגלל הצורך לבנות מיטות נוספות לתשושים המסודרים היום במיטות לעצמ-איים בשל מחסור במיטות מתאימות. בתקופה שבין 1990 ל-1995 יידרש קצב גידול מתון יותר, 3.2 אחוזים לשנה.

נפנה עתה לבחינת ההשלכות של ההתפתחויות הדמוגרפיות על השירותים הקהילתיים. בגידול הדרוש בשירותים הקהילתיים אנו מבחינים בין שני מרכיבים. מרכיב אחד הוא ההשלכות של השינויים הדמוגרפיים על התפתחות הצרכים. המרכיב השני הוא הרחבת השירותים הקהילתיים כדי לסגור את הפער בין צרכים לפתרונות. יש להבהיר,

להסדיר אחוזים גבוהים עוד יותר בדיוור מוגן. הגבול העליון הוא בנייה של עוד 1,500 מיטות במקום המיטות לעצמאיים. יש צורך לבדוק בפועל את אפשרות ההשמה של קשישים. מן הסוג המופנה למיטות לעצמאיים במסגרות לדיוור מוגן, ואת העלות היחסית של הפתרונות האלטרנטיביים.

לקהילה. קשה להעריך רק על-סמך הנתונים הקיימים עד כמה ניתן באמת לממש אופציה זו.

ו. סיכום

מסמך זה אינו מציג תמונה שלמה של צורכי הקשישים, ואף לא של הקשישים המוגבלים. למרות הפיתוח המתיר של המידע בשנים האחרונות עדיין חסר בסיס ועובדתי בהרבה שטחים. ניסינו ללקט את המידע באותם תחומים שלגביהם ניתן להציג הערכות מבוססות יותר. כמו-כן יש לראות את האומדנים כהערכות המבטאות את המגמה הכללית.

הנתונים, כפי שהם, מהווים בסיס לפחות תלמי, לקבלת החלטות בנוגע למשאבים הדרושים ולסדרי עדיפויות.

נסיים בכמה הערות לגבי הקשר בין חוק הסייעה לצרכים שתוארו כאן. במסגרת חוק הסייעה מוקצבים מקורות לפיתוח, למימון ולהתחזקה שוטפת של קשישים במוסדות, ולמימון שירותים לטיפול בית ולעזרה ביתית.

הסכומים המוקצבים לפיתוח מהווים תר-ספת משמעותית, אך קטנה יחסית, לסכומים שסבר מוקצבים לפיתוח שירותים. אין בסכומים אלה כדי להבטיח את מלוא הסכומים הדרושים לפתח מוסדות או מרכזי יום; משום כך, כדי לפתור את בעיית המימון להתצאות הפיתוח יהיה הכרח לחפש את הפתרון גם להבא מחוץ למסגרת החוק.

הסכומים המוקצבים להתחזקה שוטפת של הקשישים במוסדות הם מועריים לעומת היקף ההוצאה הקיימת והתוספת הצפויה. לפיכך גם בתחום הזה תחייב הסדרת המימון לשנים הבאות חיפוש פתרונות מחוץ למסגרת חוק הסייעה.

השינוי המשמעותי ביותר הנובע מן החוק הוא בתחום של השירותים הקהילתיים. סך ההוצאה השוטפת הצפויה בתחום זה בשנת

התקופה שבין השנים 1983 עד 1990, נובע, כאמור, משינויים בהרכב הדמוגרפי של אוכלוסיית הקשישים. בתקופה שבין 1990 ובין 1995 ימותנו שינויים אלה, ובעקבותיהם גם קצב הגידול בצרכים. בטיפול האישי ייחד קצב הגידול מ-5.0 אחוזים לשנה ל-2.7 אחוזים לשנה. בעזרה ביתית ובארוחות — מ-2.9 אחוזים ל-1.5 אחוזים לשנה.

נפנה עכשיו להערכה כוללת של הגידול הדרוש על-מנת לעבור מן המצב הקיים בשנת 1983 (שיש בו משום היענות חלקית בלבד לצרכים) למצב של מלוא סיפוק הצרכים בשנת 1990.

בטיפול האישי יהיה צורך להגדיל את מספר מקבלי השירות ועל-ידי גורמים פור-מליים ב-215 אחוזים (עד 1990), ואת מספר השעות השבועיות למקבל יהיה צורך להגדיל ב-51 אחוזים. שני דברים אלה יסתכמו בגידול של 405 אחוזים בעלות השירות, מהו-צאה של 4.6 מיליון דולר בשנת 1983 ל-23.2 מיליון דולר בשנת 1990.

בעזרה ביתית הפער בין הצרכים בשנת 1990 למצב הקיים הוא חמור בהרבה. כדי לשנות על הצרכים יהיה צורך להגדיל את חוג המקבלים ב-500 אחוזים בערך ואת העלות השנתית לשירות ב-2,800 אחוזים בערך, היינו מהוצאה שנתית של מיליון דולר בערך (בשנת 1983) להוצאה שנתית של 23 מיליון דולר (בשנת 1990).

אנו רוצים לחזור ולהדגיש, שבהצגת אומדני הגידול בצרכים הנחנו שנרחיב את השירותים המוסדיים במלוא הקצב הנובע מן השינוי הדמוגרפי. קיימת אפשרות, שהר-חבת מערכת השירותים הקהילתיים תאפשר להרחיב את השירותים המוסדיים פחות ממה שמתחייב מן הגידול הדמוגרפי. אם כך הרבר, אזי אפשר יהיה לקבוע יעדים בתחום המוסדי שהם מתחת למספר מיטות היעד שהצגנו כאן. יחד עם זאת, כל צמצום בהיקף הבנייה המוסדית יחייב הרחבה גדולה יותר של השירותים הקהילתיים וזאת על-מנת לענות על הצרכים של הקשישים הנוספים שיופנו

לרשות האוכלוסייה שתהיה זכאית במסגרת החוק. לגבי אוכלוסייה זו אנו מעריכים את הגידול במקורות ב-500-550 אחוזים. ייתכן, אם כן, שהיקף הסכום תואם את, או אף עולה על, מה שדרוש כדי לענות על הצרכים לשירותים מגודמים פורמליים בתחום הטיפול האישי והעזרה הביתית (יש לציין, שלאוכלוסייה המוגבלת יותר יש פחות צרכים בעזרה ביתית, מכיוון שהם גרים בדרך כלל עם משפחותיהם).

הערכת הצרכים לשירותים פורמליים כפי שהוצגה בעבודה זו מבוססת על הנחה, שהמשפחות ימשיכו לספק כ-60 אחוזים מן העזרה הדרושה בממוצע. זהו היקף הנופל מזה המצוי היום, שבו הם מספקים בערך 90 אחוזים, אבל עדיין הוא משמעותי. אם החוק יעצמו או גורמים שמחוץ לחוק יביאו לצמצום גדול יותר בעזרה מצד המשפחה, אזי ההוצאה המתוכננת במסגרת החוק תהיה קטנה מזו הדרושה כדי לענות על הצרכים של הקשישים.

לבסוף, רצוי להדגיש שהאפשרות, במסגרת החוק, לקבל גימלה כספית אם אין שירותים זמינים, מקשה על התשוואה בין ההוצאה הצפויה במסגרת החוק ובין הצרכים המוגדרים במתנחים של שירותים פורמליים.

1989 יהיה 23.6 מיליון דולר בערך³, דהיינו גידול של 330 אחוזים בערך, לעומת הסכום מים שהוקצבו לטיפול אישי ועזרה ביתית בשנים 1983/84.

אך הקשר בין סכומים אלה ובין הצרכים שהצבענו עליהם הוא מורכב ממספר סיבות. אנו התייחסנו לכלל הצרכים בטיפול אישי ועזרה ביתית. לפיכך כללנו את הצרכים בטיפול אישי לאוכלוסיית התשושים המוגבלת חלקית, ולעזרה ביתית לאוכלוסייה של קשישים שהם עצמאים בטיפול אישי, אך יש להם צרכים בעזרה ביתית. בחוק, לעומת זאת, הזכאות מצטמצמת לאוכלוסייה המוגבלת ברוב פעולות היומיום. בהתאם לכך, הצרכים של העצמאים ורוב התשושים לא ימצאו מענה במסגרת החוק. אי לכך יהיה צורך לדאוג למקורות מימון נוספים על-מנת לעמוד בהשלכות הדמוגרפיות על הגידול באוכלוסיות אלה וצורכיהן ועל-מנת לצמצם את הפערים בין הצרכים לפתרונות הקיימים כיום. אם לא ימצאו מקורות המימון הדרושים להרחבת השירותים לאוכלוסיות אלה, יתבטא הדבר בלחץ נוסף על מוסדות לעצמאיים ולתשושים.

משמעות נוספת של ההגבלות על הזכאות במסגרת חוק הסיעוד היא, שלמעשה הסכום מים המוקצבים מתווים גידול יחד יותר משמעותי בהשוואה למשאבים העומדים היום

3 אומדן ההוצאה של החוק הוא 18 מיליון דולר בערך בשנת 1989. אנו מניחים, שהסכומים שמוציאים היום: קופת-חולים, ומשרדי הרווחה הבריאות, בסך 5.6 מיליון דולר, יישמרו גם בעתיד.

ביבליוגרפיה

- ברגמן, ש', סקטור, ח', קפלן, א', מפקד מוסדות לטיפול ממושך בישראל 1983: היקף אוכלוסייה, רמה תפקודית, ניידות ומימון, מ"מ 26-86, ירושלים, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, 1986.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזיות אוכלוסייה בישראל עד 2000, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 666, ירושלים, 1981.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר כוח-אדם - נפח על גילאי 55 ומעלה, ירושלים, 1982.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מפקד האוכלוסין והדיוור, 1983, ירושלים, 1983.
- וילברשטיין, י' ואחרים, סקר על צרכים רפואיים ופוציאליים של קשישים מוגבלים בבני-ברק - שירותים נחוצים ועלותם, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, 1981.
- חביב, ג', סקטור, ח', נאון, ד', ברחובסקי, ג', דולב, ט', הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה ובקשישים הממתינים לטיפול, ד-133-86 (דו"ח מחקר המתבצע עבור אש"ל), ירושלים, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, 1986.
- חביב, ג', סקטור, ח', שמואלי, ע', הזדקקות לשירותים קהילתיים ועלותם, ד-142-87, ירושלים, מכון ברוקדייל, (דו"ח מתוך מחקר שבוצע עבור המוסד לביטוח לאומי), 1987.
- מורגנשטיין, ב', היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואפפתם על-ידי המשפחה וגורמים בקהילה: בני-ברק ובאר-שבע, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, 1984.
- פליישמן, ר', תומר, א', "מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל", במחון פוציאלי, חוברת 27 (1985).
- שמואלי, ע', סקטור, ח', "השוואת שיעורי המוגבלות בניידות ובתפקוד יומיומי בין אוכלוסיות הקשישים בבני-ברק, באר-שבע, קרית-אנוו ובקעה (ירושלים)" (דו"ח מתוך מחקר שבוצע עבור המוסד לביטוח לאומי) גרונטולוגיה, מס' 31 (1985).
- Factor, H., Habib, J. & A. Shmueli, "The Role of Demographic Data in Identifying High Risk Groups and Protecting Needs", Jerusalem, Brookdale Institute, 1984
- (דו"ח מתוך מחקר שבוצע עבור המוסד לביטוח לאומי).

איכות הטיפול המוסדי בקשישים בישראל: מחקר ויישום*

רחל פלוישמן**, מרים בר-גיורא***, ג'ני מנדלסון***,
אדריאן תומר**, ראובן שוורץ** ורויטל רונן**

מתאימים לביצוע פיקוח שוטף ומעקב אחרי תיקון הליקויים.

בשנים האחרונות נעשו מאמצים מיוחדים לשפר את איכות הטיפול הניתן במוסדות לקשישים. המאמצים כללו הרחבת המימון למוסדות וסגירת מעונות שאיכותם גרועה. לאור העניין הרב בכתיבת המצב ובשיפור איכות הטיפול שנתגלה יזם מכון ברוקדייל מחקר לפיתוח שיטה וכלים מתאימים לבדיקת איכות הטיפול במוסדות לזקנים, במטרה לעמוד ועל הליקויים במתן הטיפול המוסדי ועל הסיבות להם. המחקר מומן בעזרת המוסד לביטוח לאומי. בראש ועדת הניגוי של המחקר עמד פרופסור ארנולד רוזין, מנהל מחלקת גריאטרית במרכז הרפואי "שערי צדק", והיו חברים בה נציגים ממשרד הרווחה, ממשרד הבריאות, ממשרד האוצר ומהמוסד לביטוח לאומי.

1. מבוא

מחקרים¹ ובדיקות של ועדות ציבוריות² הצביעו על מספר תחומים שבהם איכות הטיפול הממושך בישראל לקויה. בין הליקויים שנמנו: ליקויים כמותיים ואיכותיים בכוח אדם, ליקויים פיזיים ותכונניים במבני המוסדות, ליקויים בשירותים החברתיים-תעסוקתיים, טיפול סיעודי לא מספק, טיפול לא הולם בתשושי נפש, אי מתן טיפול שי-קומי, הגשת מזון לא נאותה ובמגוון בלתי מספיק, פרטיזת ואוטונומיה לא מספקים, נתק בין המוסד ובין הקהילה שהוא נמצא בתוכה, העדר אינטראקציה חברתית בין הקשישים לבין עצמם והרגשת בדידות. המחקרים גם הצביעו על כך שהפיקוח הממלכתי סובל ממחסור בכוח אדם ובכלים

* המחקר "מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל" נערך בעזרת צוות רב-מקצועי שכלל את: שמואל ורטסקי (רופא), רות מרחב (אחות), אסתר גלקן (מרפאה בעיסוק), דב פלס (אסידמילוג של הפה) וארנולד רוזין (יועץ גריאטרי). ממצאי המחקר פורסמו בפסחון פוציאלי 27 (1985), עמ' 55-96.

התוכנית והגייסיונית להפעלת שיטת המסמנים במערכת הפיקוח על המעונות לזקנים בארץ פורסמה בפסחון פוציאלי 29 (1986), עמ' 91-105.

** מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים.
*** השירות לזקן, משרד העבודה והרווחה.

1 המחקרים התייחסו בעיקר לממדים מבניים של איכות. למשל: מצב פיזי (וייל וגתר, 1973); שיעורי כוח אדם, הכשרתו ותחלופה (קטן, 1976; ברגמן ואחרים, 1980); ובנוסף, להסתגלות של הקשיש במוסד (ציבולסקי, 1976) ולגשירה בסגל הסיעודי (ברגמן ואחרים, 1983).

2 ועדת סילברסטון (1981) הגישה המלצות על השירותים הדרושים, כוח אדם, תהליכי קבלה במוסד והבטחת החוסה בו, עקרונות לקביעת תשלומים, תהליכי פיקוח ורישוי וקשר עם הקהילה. ועדת דרבסי (1981) בדקה את הצרכים והעלויות במעונות לזקנים; ועדת אש"ל (1981) נתנה הנחיות לתכנון בניית בתי אבות בישראל. קבוצת עבודה על איכות הטיפול הממושך במכון ברוקדייל בראשות פרופסור רבקה ברגמן (1982) קבעה קריטריונים והכינה סכמה לכלי מדידת על איכות הטיפול לזקנים במוסדות.

השיבות ויחודו של המחקר נרבעים מכך, שהיא הקיף תחומים רבים, והתמקד לא רק בהיבטים מבניים, אלא גם בהיבטים הקשורים ליתרון ולתוצאה של הטיפול. המחקר התבסס על בדיקות לעומק שעשת צוות רב-מקצועי, שכלל רופא, אחות, מרפא בעיסוק ואפידמיולוג של הפה, והפעיל מכלול שיטות לאיסוף נתונים ברמת הקשיש וברמת המוסד: בדיקות רפואיות ותסקודיות, האימות עם אנשי צוות המוסד ועם הקשישים, תצפיות ובדיקת תיקים רפואיים וסוציאליים.

המחקר נעשה בתשע יחידות: ארבע במוסדות פרטיים וחמש במוסדות ציבוריים. שתיים מן היחידות היו יחידות לקשישים עצמאיים, שלוש — לתושבים, וארבע — לסייעודיים. נדגמו 136 קשישים, שהם 36% מכלל הקשישים ביחידות. לפני תחילת המחקר נתבקשו המפקחים הארציים מטעם משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה להעריך כל מוסד לזקנים בארץ. יחידות המחקר נבחרו בעקבות הערכות אלה. חמש מן היחידות שנכללו במדגם נבחרו מקרב היחידות שהוצרכו כבעלות איכות טובה או טובה מאוד (להלן, יחידות "טובות"), וארבע — כבעלות איכות בינונית, לא טובה או גרועה (להלן, יחידות "לא טובות").

3. ממצאי המחקר

המחקר חשף ליקויים רבים באיכות הטיפול הניתן במסגרת יחידות המחקר. להלן נתאר מספר ממצאים בולטים.

א. הימצאות הבעיה

נקודת המוצא להערכת איכות טיפול לפי שיטת המסמנים היא הימצאות הבעיה (Prevalence). ההימצאות, למרות שאיננה מדד של איכות, יכולה לשקף את הלימות הטיפול אם על-ידי מניעה של הבעיות הניתנות לפתרון או מיתונן, ואם על-ידי שמירה על איזון במצב המחלה (כמו ביתר-לחץ-דם,

עם פרסום ממצאי המחקר הוחלט בשירות לזקן במשרד הרווחה לפעול לשיפור שיטת הפיקוח וכלי הפיקוח, בהתבסס על השיטה שהוצעה במחקר. בעקבות זאת הוקם צוות עבודה משותף לשירות לזקן ולמכון ברוק-דייל ותוכנה תוכנית חומש.

במאמר זה יסבמו המחקר והתוכנית ליישומה. בתחילה יפורטו שיטת המחקר והליקויים העיקריים שחשף המחקר; בהמשך יידונו מעט מן הסיבות האפשריות לליקויים, ויוצגו הגורמים המשפיעים על איכות הטיפול; יתואר יישום שיטת המחקר במסגרת מערכת הפיקוח על המוסדות לזקנים מטעם השירות לזקן במשרד הרווחה. התוכנית מהווה ניסיון להגביר את כושר ההשפעה של מערכת הפיקוח על המוסדות, שכן מערכת הפיקוח היא גורם חשוב המשפיע על איכות הטיפול.

2. המסגרת המושגית והמתודולוגיה של המחקר

המחקר על איכות הטיפול היה ניסיון לבדוק שיטה חדשה בבדיקת איכות הטיפול המוסדי — "גישת המסמנים" (Kessner & Kalk, 1973, Tracer Methodology). "מסמן" הוא בעיה רפואית, סיעודית או נפשית-תברתית מוגדרת היטב ובעלת שכילות גבוהה, שידוע שניתן לטפל בה, ואשר בעו-רתה ניתן להעריך את איכות הטיפול הניתן. במחקר נבחנו אחד-עשר מסמנים. מסמנים רפואיים: יתר-לחץ-דם, קושי בראייה, קושי בשמיעה ובעיות בבריאות הפה; מסמנים סיעודיים: בעיות בגידות, קושי ברחצה, קושי בהלבשה, קושי בצחצוח שיניים ואי שליטה על סוגר השתן; מסמנים נפשיים-חברתיים: הרגשת בדידות וחוסר אוטונומיה. איכות טיפול לא טובה הוגדרה כאשר תצוות אינו ער לקיומן של בעיות, כאשר בעיה אינה זוכה לטיפול, או שהטיפול אינו מספק.

לבעיות הניידות ובעיות בריאות הפה; חוסר מודעות הרופא להן היה נמוך ביחידות ה"טובות" לעומת ה"לא טובות" (בניידות — 10% מול 40%, ובעיות בריאות הפה — 58% מול 99%).

במספר מסמנים נמצא חוסר מודעות נמוך יותר ביחידות לסייעודיים מאשר ביחידות לעצמאיים ולתשושים. למשל, ב-68% מן המקרים לא היה הרופא מודע לקשיי השמיעה אצל הסייעודיים וב-82% מן המקרים אצל העצמאיים והתשושים; ב-59% מן המקרים לא הייתה האחות מודעת להרגשת הבדידות אצל הסייעודיים, לעומת ב-82% מן המקרים אצל העצמאיים והתשושים.

ג. הטיפול במסמנים השונים

מודעות לקיום הבעיות היא תנאי הכרחי למתן הטיפול. לאור שיעורי חוסר המודעות הגבוהים של הצוות ניתן לצפות לכך, שחלק גדול מן הטיפול לא ניתן כלל. לכן, לגבי רוב המסמנים, הוגדר קיומו של טיפול כל-שהו כמחד לאיכות הטיפול (ולא טיב הטיפול הניתן).

נמצאו שיעורים גבוהים של העדר טיפול או העדר טיפול הולם במסמנים השונים, למשל:

— המעקב אחר קשישים הסובלים מיתר-לחץ-דם נתגלה כלא סביר ב-34% מן המקרים ביחידות ה"טובות" וב-75% מן המקרים ביחידות ה"לא טובות".

— אשר לבעיות ראייה: ל-63% מן הקשישים הלוקים בראייתם ביחידות ה"טובות" ול-87% מאלה שב"לא טובות" אין משקפיים, או שהמשקפיים שברשותם אינם משפריים ואת ראייתם. המצב חמור במיוחד ביחידות הסייעודיות ה"לא טובות", שבהן ל-94% מכלל הקשישים הסובלים מבעיות ראייה אין משקפיים מתאימים.

— אשר לבעיות שמיעה: ביחידות ה"טובות" 68% מן הקשישים הסובלים מבעיות שמיעה לא ביקרו אצל רופא מומחה בשנה

בקושי בהלבשה, בקושי ברחצה ובקושי בניידות).

נמצא אחוז גבוה של קשישים בעלי רמת תפקוד נמוכה, יחסית לסוג היחידה. לדוגמה, נמצא ש-50% מבין הקשישים העצמאיים והתשושים זקוקים לעזרה ברחצה, 41% זקוקים לעזרה בניידות ו-31% סובלים מאי שליטה חלקית או מלאה על סוגר השתן. כצפוי, הימצאותן של בעיות תפקוד גבוהה יותר אצל הסייעודיים; נמצא, שבין 80% ל-100% מן הקשישים הסייעודיים זקוקים לעזרה ברחצה, לעזרה בהלבשה ולעזרה בניידות.

נמצאו קשישים רבים הסובלים מקשיי ראייה — 60% ביחידות ה"טובות" ו-70% ביחידות ה"לא טובות", וכן שיעורים גבוהים של אלה הסובלים מקשיי שמיעה — 61% ביחידות ה"טובות" ו-47% ביחידות ה"לא טובות".

שיעור הקשישים הסובלים מבעיות בריאות הפה בלט בגובהו, ובמיוחד תופעת השיניים התותבות הפגומות — 54% ביחידות ה"טובות" מול 95% ביחידות ה"לא טובות".

כמעט מחצית מן הקשישים ביחידות ה"טובות" וקרוב לשלושה-רבעים ביחידות ה"לא טובות" סבלו מהרגשת בדידות. 10% מכלל הקשישים סבלו מחוסר אוטונומיה ביחידות ה"טובות" מול 46% ביחידות ה"לא טובות" (להגדרת המסמנים הללו ראה פליישמן ואחרים, 1985).

ב. מודעות הצוות המוסרי לקיום הבעיות שיעור חוסר המודעות של הצוות למספר בעיות הוא גבוה (ב-50% או למעלה מזה) בכל סוגי היחידות, ה"טובות" וה"לא טובות" כאחד. בולט במיוחד חוסר מודעות מצד הרופא והאחות, ביחידות ה"לא טובות", לקיומן של בעיות ראייה (54%), ובעיות שמיעה (70%).

לא נמצא קשר חזק בין שיעור חוסר המודעות ובין הערכת איכות היחידה, פרט

בות", לעומת 40% ביחידות ה"לא טובות" (הגדרות מסודרות ראה אצל פלישמן ואחרים, 1985).

ד. מרכיבים מבניים

בבדיקת המרכיבים המבניים נמצא, שהיחידות עומדות באופן חלקי בלבד בתקני כוח אדם, בפרוצדורות הרישום הרפואי, הסייעדי וה-סוציאלי. תנאי הדיור נמצאו לא תקינים בתלק מן היחידות מבחינת הצפיפות בחדרים וריהוט החדר. בחלק מן המוסדות היו תנאי הבטיחות לקויים. למשל: אי הימצאות מעקה במסדרונות, תאורה לא מספקת בחדרי השירותים. בלט במיוחד העדרו של הליד מוסכם להפניה לרופאים מומחים כשמדובר בבעיות של ראייה, שמיעה ובריאות הפה.

4. הערכות מסכמות

השוואת ממצאי המחקר — על פי מדד כללי מסכם שנבנה כממוצע אריתמטי של המחדים לכל מסמן — ועם הערכות המפקחים שקדמו למחקר, העלתה התאמה גבוהה. אך, בהש — וראה בין הערכות מסכמות לפי התחומים (הרפואי, הסייעדי, הנפשי, החברתי והמבני), נמצאה שונות בין היחידות. נמצאו תחומים לקויים ביותר ביחידות ה"טובות" לעומת תחומים, שמצב הטיפול בהם היה סביר, ביחידות ה"לא טובות".

הדבר מלמד, שאין להסתפק בהערכות כוללניות של איכות הטיפול, אלא יש להתייחס מקד במרכיבי הטיפול השונים ולנסות לשפר את אותם המרכיבים. שנתגלו לקויים.

המחקר הבהיר, ששימוש בשיטת המסמנים, המבוססת על מחדים המשקפים בעיית, שהטיפול בהן הוא בעיקרו באחריות המוסד ואשר שכיתותן גבוהה יחסית והן ניתנות למדידה מהימנה, יאפשר להעריך את איכות הטיפול הניתנת בכלל המוסד.

האחרונה — מול 98% ביחידות ה"לא טובות". מבין הסייעדיים והתשושים הסובלים מבעיה זו, לא ביקרו 74% אצל רופא מומחה בשנה האחרונה.

— אצל 96% ומעלה מן הקשישים הזקוקים לכך אין טיפול בבריאות הפה; בנושא זה אין הבדלים בין היחידות.

— בערך 40% מן הקשישים המוגבלים בניידותם ביחידות ה"טובות" ו-95% ביחידות ה"לא טובות" אינם מקבלים את הטיפול השיקומי הדרוש (פיזיותרפיה).

— למרות ש-90% בערך מן הקשישים מקבלים עזרה ברחצה, מצב הניקיון לא היה מספק ב-27% מן המקרים ביחידות ה"טובות" וב-75% מן המקרים ביחידות ה"לא טובות".

— בנוסף לכך, נמצאה היגיינת פה ירודה אצל 22% מן הקשישים ביחידות ה"טובות" ואצל 75% מן הקשישים ביחידות ה"לא טובות".

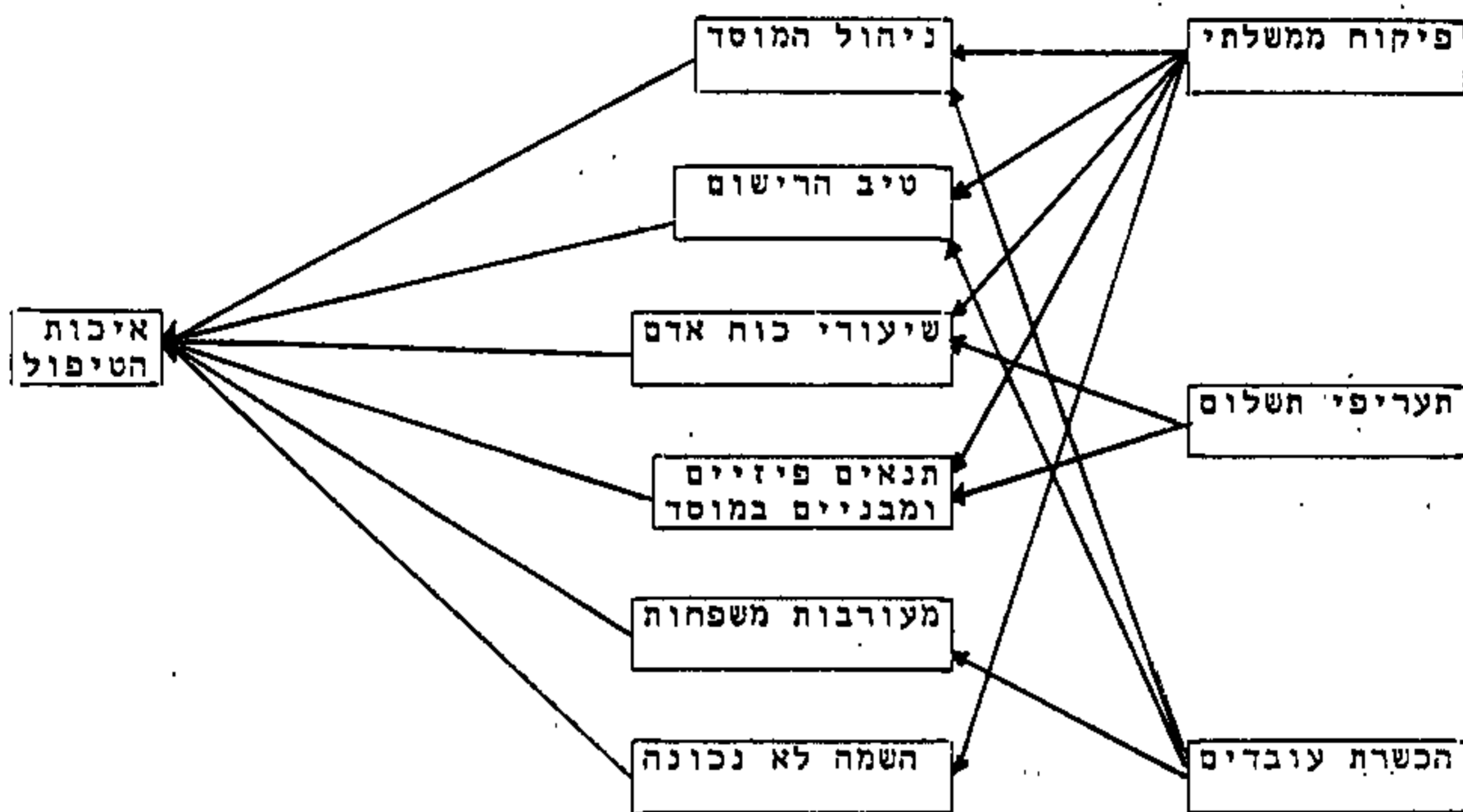
— נמצא מחסור משמעותי ביותר בטכניקות שיקום לקשישים הסובלים מאי-שליטה על סוגר השתן — 74% מן הקשישים ביחידות ה"טובות" ו-94% מן הקשישים ביחידות ה"לא טובות" לא עברו תהליכי שיקום בנושא זה.

— נמצא חוסר אוטונומיה בולט ביחידות לסייעדיים — ב-46% מן המקרים ביחידות ה"טובות" וב-64% מן המקרים ביחידות ה"לא טובות".

— בעיית הבדידות נתגלתה אף היא כמטרי פלת באופן חלקי בלבד. 60% מן הקשישים ביחידות ה"טובות" ו-79% מן הקשישים ביחידות ה"לא טובות" שהתלוננו על הבעיה, לא טופלו כלל.

— 25% מן הקשישים ביחידות ה"טובות", לעומת 66% מן היחידות ה"לא טובות", לא השתתפו כלל בפעילויות המאורגנות במוסד. — לא נמצא קשר תקין ושוטף בין עובדי המוסד. למשפחת הקשיש אצל 69% מן הקשישים בעלי המשפחות ביחידות ה"טובות".

תרשים 1: גורמים המשפיעים על איכות הטיפול



5. גורמים המשפיעים על איכות הטיפול

תרשים 1 מראה את הגורמים העיקריים המשפיעים על איכות הטיפול ושבאמצעותם ניתן לשפרה. ניתן להבחין בשלושה גורמים מרכזיים: (1) אפקטיביות הפיקוח הממשלתי; (2) תעריפי התשלום ושיטת חישובם; (3) רמת ההכשרה של עובדי המוסדות לטיפול ממושך.

לגורמים חיצוניים אלה יש השפעה ישירה על מספר גורמים פנימי-מוסדיים, שזוהו כסיבות לליקויים באיכות הטיפול:

1. תנאים פיזיים ומבניים לא מספקים. התנאים הפיזיים בחלק מן היחידות פוגמים באיכות החיים ובאיכות הטיפול הניתנים לקשישים. לדוגמה, העדר מים חמים בכל שעות היממה, מחסור בבתי שימוש וצפיפות גבוהה בחדרים עלולים להשפיע לרעה על מצבו הבריאותי, הסיעודי והנפשי-חברתי של הקשיש.

2. שיעורים נמוכים של כוח אדם. ברוב המוסדות שיעורי כוח אדם היו מתחת לתקן הנדרש וברמת מיומנות נמוכה. בלט בחסרוננו של כוח אדם סיעודי בכל הרמות (אחיות, כח-עזר), ובכוח אדם נפשי-חברתי (עובדים סוציאליים ועובדי תעמולה).

3. ניהול לקוי. ברוב המוסדות בולטות בעיות ניהול, כגון: העדר הגדרה ברורה של תפקידים וחלוקה ברורה של עבודה וסמכויות, העדר ניהולי ועבודה כתובים, פיקוח פנימי מועט והעדר הדרכה שוטפת לעובדים. כמו-כן בולט העדרם של תמריצים מיוחדים למשיכת עובדים ולהנעתם.

4. טיב הרישום. בכל המוסדות נמצאו ליקויים במעקב וברישום בתיקים הרפואיים-סיעודיים והסוציאליים.

5. השמה לא נכונה. בחלק מן היחידות השמת הקשישים אינה תואמת את מצבם התפקודי.

6. מעורבות מועטת של משפחות. המעורבות והפיקוח מטעם המשפחות אינם מספיקים. ברוב המוסדות אין

6. יישום המחקר

במקביל לגיבוש מסקנות המחקר הוכנו, במסגרת השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, תקנות חדשות עבור מעונות לזקנים עצמאיים ותשושים, המתייחסות לנושאים רחבים של הטיפול המוסדי והמפרטות את תחומי האחריות של המוסדות. כמו-כן תובע עניין בהכנסת שינויים בשיטת הפיקוח. בעקבות זאת הוחלט ועל תוכנית החומש הניסיונית לשנים 1985-1990 לשיפור שיטת הפיקוח ועל מעונות לזקנים עצמאיים ותשושים בישראל ולבניית כלי פיקוח חדשים (ראה פליישמן ואחרים, 1986).

בתוכנית ייעשה ניסיון לשפר את שיטת הפיקוח, אבל במסגרת האילוצים הפועלים עליה. האילוצים האלה כוללים: (1) מחסור בכוח אדם מפקח (4.5 משרות ליותר מ-90 מעונות); (2) מגבלות תקציב (החזרי תשלום גמורים), המגבילות את כושרה של מערכת הפיקוח לדרוש הכנסת שינויים במעונות הנרוכים בהעלאה משמעותית של עלות הטיפול; (3) מחסור במיטות לתשושים ולעצמאיים, המגביל את האפשרות לסגור מעונות שאינם עונים על דרישות הפיקוח, או להטיל סנקציות אחרות כגון הפסקת הפניות וקנים מטעם השירות לזקן.

במסגרת התוכנית פותחו כלי פיקוח מדיעיים ומתאימים המבוססים על שיטת המסמכים; לבדיקה גבחרו המסמכים הרלוונטיים (לדעת הצוות המשותף) לאיכות הטיפול של זקנים עצמאיים ותשושים. המסמכים שייבדקו הם קושי בראייה, יתר-לחץ-דם, אי-שליטה על סוגר השתן, קושי ברחצה, קושי בניידות, בדידות וחוסר אוטונומיה. כמו-כן ייבדקו הצידוד והרעהות בתחומים שונים ונושאים שהם רלוונטיים לבריאותם ולרווחתם הכללית של הדיירים כמו בטיחות, ניקיון וכו'. הכלים כוללים סדרה של שאלונים וטפסים למילוי בידי כל אחת מן המפקחות — המפקחת הכללית והמפקחת-האחות, ולמילוי בידי

התארגנות של משפחות הדיירים, ולא קיימים ערוצי תלונות פתוחים ומקובלים. הרמה של החזרי התשלום, שמשרדי הממשלה מצעירים למוסדות עבור דיירים המופגים ועל-ידם, היא גורם מרכזי המשפיע על איכות הטיפול במוסדות. החזרי תשלום עשויים להשפיע, להגמת, על התנאים הפיזיים במוסד, על שיעורי כוח אדם ועל טיב כוח האדם מבחינת מיומנותו והכשרתו.

גורם חשוב נוסף המשפיע על איכות הטיפול הוא רמת ההכשרה של עובדי המוסדות. יש מוסדות שבהם אין אחות מוסמכת ובחלק מהם אין עובדי חברה בעלי הכשרה מתאימה. רוב העובדים אינם עוברים הכשרה מיוחדת לטיפול בזקנים עם היכנסם לתפקיד, ולכוח-העזר בדרך כלל חסרה הכשרה כלשהי. תוכנית הכשרה מתאימות ועשויות למתן חלק מבעיות הניהול, לשפר את הרשומה ואף לעודד את מעורבות המשפחות. הכשרה דרושה בראש ובראשונה כדי להבטיח קונצפציה של טיפול שיקומי ותומך בזקנים במקום קונצפציה של אחזקה, לפיה הזקן הוא אדם בסוף דרכו הזקוק רק למקום כדי לשהות בו בשנותיו האחרונות.

הגורם העיקרי השלישי הוא הפיקוח הממשלתי. בין הסיבות החשובות לליקויים בטייפול קיימים מספר תחומים הקשורים לפיקוח הממשלתי ועל המוסדות, כגון: חוסר בהירות בתחומי האחריות של המוסד, עמידה חלקית בלבד של המוסדות בחוקים או תקנות שנקבעו וקיומם של מוסדות הפועלים ללא רישיון. שיטת הפיקוח אינה אחידה ושיטתית, חסרים כלי פיקוח מתאימים ומקיפים וכשר השימוש של המפקחים באמצעי איסוף שונים הוא גמור.

אמנם פיקוח טוב אינו מבטיח איכות טיפול טובה, אך מערכת הפיקוח עשויה למלא תפקיד מרכזי בשיפור הטיפול הניתן, אם תדאג לכך שהטיפול יהיה תולם ואיכותו סבירה. מערכת פיקוח עשויה להביא להעלאת איכות הטיפול במוסדות בדרך של אכיפת החוק ובאמצעות העלאת רמת דרישותיו.

שלב ב' : ימי עיון להדרכת המפקחות (כשבוע),
לרבות הכנה.

שלב ג' : ימי עיון להדרכת המנהלים והצוות
הבכיר במוסדות, לרבות הכנה.

שלב ד' : הפעלה ניסיונית של שיטת הפיקוח,
הסקת מסקנות לגבי הכלים ודרך
איסוף המידע.

שלב ה' : הפעלת השיטה בכל המערכת המוס-
דית, תוך הכנה והכשרה של הצוות
במוסדות לקליטת התוכנית.

שלב ו' : שיכלול השיטה על-ידי פיתוח סטנ-
דרטים הניזונים ממערך המידע שנא-
סף על המוסדות.

שלב ז' : הפעלת השיטה ה"משוכללת".

כתוצאה מן התוכנית הניסיונית צפויים :

— שיפור יכולת הפיקוח לגלות ליקויים.
— שיפור היכולת לעקוב אחר ביצוע שי-
נויים.

— בחינת האפקטיביות של שיטת המסמ-
נים המבוססת על אינדקסורים של
תהליך ותוצאה ככלי לפיקוח.

— יצירת בסיס לתוכניות התערבות לצורך
ניסוי שיטות טיפול שונות, בעקבות
ניתוח הנתונים ברמה אזורית או ארצית
(השתלמויות, הדרכה וכו').

— שיפור בסיסי במערכת הרשומה במוס-
דות ושיפור מיומנותו של כוח האדם
המטפל בקשישים.

שינויים אלה עשויים לתרום רבות לשיפור
איכות הטיפול במעונות לוקנים עצמאיים
ותשושים.

7. סיכום

התוכנית שהוצגה לעיל היא ניסיון לשפר
את אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על
איכות הטיפול במוסדות לוקנים. אך, על-
מנת להבטיח שיפור כללי יותר באיכות
הטיפול המוסדי יש צורך בצעדים משלימים.

עובדי המוסד. תהליך הפיקוח יכלול בדיקת
רשומה, תצפית וריאיון קשישים ואנשי צוות
על המסמנים הנבדקים.

בתהליך הפיקוח החדש המפקחת הכללית
והמפקחת האחות תבקרנה יחד במעון.
השאלונים והטפסים שהן תמלאנה יישלחו
ישירות למכון ברוקדייל ושם יוכנסו למחשב
לצורך עיבודים הוצאת דו"ח מתומצת.
לבסוף, בישיבת צוות של המפקחות בכל
אזור יוחלט על הצעדים שינקטו על-מנת
להביא לתיקון הליקויים שהן גילו במעון.

כלי הפיקוח מיועדים לתקן את חוסר
האובייקטיביות בשיטת הפיקוח הקיימת ואת
חוסר האחידות הקיימת בין המפקחים השו-
נים. בעזרת הביקור המשותף ניתן יהיה
להבטיח תיאום טוב יותר בין המפקחות
העובדות הסוציאליות ובין המפקחת האחות
ומעקב יותר אפקטיבי אחר היענות המעונות
לדרישות הפיקוח לשינויים.

מיחשוב הנתונים שהעלו השאלונים והטפ-
סים יאפשר לשירות לזקן לקבל תמונה כוללת
על מצב איכות הטיפול העל מידת ההיענות
לדרישותיו, קביעת סטנדרטים לטיפול, קבי-
עת מדיניות לגבי רמת איכות הטיפול שתי-
דרש ומעקב אחר שינויים באיכות הטיפול.
ריכוז הנתונים יהווה בסיס למחקרים ולהר-
חבת ההכנה של הטיפול המוסדי בישראל.
תהליך ביצוע התוכנית (שכבר הוחל בו)
כולל: סמינר למפקחות על שיטת פיקוח
מפותחות, שהשתתפה בו מפקחת ראשית
ממדינת ניו-יורק, אשר בה מפותחת מאוד
שיטת הפיקוח; מפגשי הדרכה למנהלי מוס-
דות על התקנות החדשות ועל איסוף הטי-
פול; הדרכה בשימוש בכלי הפיקוח התורשים
ובהנהגת מערכת רישום טובה.

בלוח שלהלן מפורטים השלבים שישמשו
להפעלת התוכנית.

לוח 1 : שלבים בהנהגת השיטה

שלב א' : הכנת הכלים, לרבות בדיקת מוקדמה
במוסד אחד.

1. שיפור המרכיב הניהולי במוסדות: במוסדות רבים יש לשפר את הסיקוח הפנימי, את מערכת הרישום, לנצל באופן יעיל את המשאבים, לשפר את הטיפול בתלונות, להקפיד על ניהולי עבודה ועל קיום תוכניות טיפול אישיות. כמו-כן יש לשפר את ניהול משאבי האנוש (גיוס עובדים, תיאורי תפקידים, הערכת ביצועים, תמריצים להנעת עובדים והדרכה פנים-מוסדית).

2. עידוד מעורבות משפחות בנעשה במעון ויצירת ערוצים לטיפול בתלונות הדיירים ומשפחותיהם. כיוון אפשרי בנושא זה הוא הקמת ועדי דיירים, ועדי בנים ומערכות לתלונות הציבור.

ברמה הארצית יש מקום לפעולה בשני מישורים נוספים:

1. העשרה והרחבת של מערכת צורכי ההכשרה וההדרכה השוטפת במוסדות. המחקר הצביע על ליקויים בידע מקצועי, במיוחד בטיפול הסייעודי וטיפול התעסוקתי. כמו-כן, רוב העובדים במוסדות לא עברו הכשרה גרונטולוגית כלשהי.

2. הכנסת שיטת החזרי תשלום למוסדות שתעודד העלאת איכות הטיפול, למשל, על-ידי דירוג ותיקצוב המוסדות לפי איכות הטיפול שהם נותנים.

ברמת המוסד:

ביבליוגרפיה

- אש"ל (האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל), "הנחיות לתכנון בתי אבות בישראל", ירושלים, 1981.
- ברגמן, ש', חביב, ג', תומר, א', כוח אדם בשירותים לקשישים בישראל, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, D-45-80, ירושלים, 1980.
- ברגמן, ר', אקרלינג, ש', גולנדר, ח', "סיעוד לקשיש: גורמים מוסדיים ואישיים המשפיעים על עבודת צוות הסיעוד במוסדות לטיפול ממושך". מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה ואוניברסיטת תל-אביב, S-19-83, תל-אביב-ירושלים, 1980.
- דו"ח קבוצת עבודה, "איכות הטיפול בקשישים", מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, מ-12-82, ירושלים, 1982.
- הוועדה לבדיקת הצרכים והעלויות במעונות לזקנים (ועדת דרבסי), דו"ח מסכם, ירושלים, 1981.
- הוועדה לבדיקת תנאי המעונות לקשישים בישראל (ועדת סילברסטון), דו"ח וחשבון, חלק א', ירושלים, 1981.
- וייל, ח', גתר, ג', "בתי אבות בישראל", האוניברסיטה העברית, בית-הספר לעבודה סוציאלית, ירושלים, 1973.
- פליישמן, ר', תומר, א', בר-גורא, מ', ורטסקי, ש', כהן, ח', מרחב, ר', גלקו, א', פלס, ד' רוזין, א', "מדידת של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל", בטחון פוציאלי 27 (1985), עמ' 96-55.
- פליישמן, ר', בר-גורא, מ', מנדלסון, ג', תומר, א', שורץ, ר', "תכנית ניסיונית להפעלת שיטת המסמנים במערכת הסיקוח על המעונות לזקנים בארץ", בטחון פוציאלי 29 (1986), עמ' 105-91.
- קטן, י', "סוגיות בהעסקת כוח אדם בשירותים לקשישים", גרונטולוגיה 3 (1976), עמ' 57-41.
- Cibulsky, I., "An Exploratory Study of the Interaction Between the Adaptation Demands of Three Old Age Homes and the Types of Adaptation of Three Cultural Groups", Haifa, University of Haifa, 1976.
- Kessner, D. & Kalk, C., *A Strategy for Evaluating Health Services*, Washington D.C., National Academy of Sciences, 1973.

ניהול הטיפול בשירותים לקשישים: הליכים ארגוניים

מאת ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב, מרק כהן ותמר הרון *

א. מבוא

אחד האיפיונים של רוב המערכות לטיפול ממושך הוא פיצול האחריות בין ספקי שירותים הנבדלים אלה מאלה במקורות המימון שלהם, בקריטריונים לקבלה ובסל השירותים שהם מספקים.

המערכת לטיפול ממושך בקשיש בישראל אינה יוצאת מכלל זה. כיום יכולים הקשישים לקבל שירותים מכמה ארגונים, שיש ביניהם חלוקה מוסכמת של הסדרי מימון. הקשישים מסווגים לפי קבוצות תפקוד: קשישים שהם עצמאיים בתחום הטיפול האישי, אך זקוקים לעזרה בניהול משק הבית או לשירותים חברתיים תומכים; קשישים תשושים, הזקוקים לעזרה חלקית בטיפול אישי ולעזרה בניהול משק הבית; קשישים סיעודיים, הזקוקים לעזרה ברחיצה, בהלבשה ובאכילה, וכמובן עזרה בניהול משק הבית; וקבוצה רביעית, הכוללת את הקשישים תשושי-הנפש המתקשים להתמצא בזמן ובמקום, הסובלים מבלבול וזקוקים לעזרה בטיפול אישי וניהול משק הבית בהתאם לחומרת מצבם.

הארגונים השונים מחלקים ביניהם את הטיפול בקשישים ועל-סמך הסיווג לקבוצות תפקוד ועל-פי אופי העזרה הדרושה: לשכת הרווחה אחראית על מימון שירותים לניהול משק הבית לכל הקשישים המוגבלים וכן למימון טיפול אישי (עזרה

ברחיצה, הלבשה, גיידות) וסידור מוסדי עבור קשישים עצמאיים ותשושים; מממנת שירותים גוספים כגון הסעות, ציוד ביתי, שיפוץ בתי קשישים חסרי אמצעים ושהייה במרכזי יום.

קופת החולים אחראית למימון שירותי טיפול אישי לקשישים סיעודיים החברים בה בזכויות מלאות; משתתפת בתוצאות על מכשירים רפואיים; מממנת את הסידור המוסדי של קשישים הזקוקים לטיפול סיעודי מורכב.

לשכת הבריאות אחראית למימון טיפול אישי לקשישים סיעודיים שאינם חברים בקופת-חולים בזכויות מלאות; מספקת מכשירים רפואיים; מממנת סידור מוסדי לקשישים סיעודיים ותשושי-נפש.

בתי-החולים הכולליים והשיקוני-מיים מספקים טיפול אקוטי ושיקומי. קשישים רבים מצטרפים למעגל מקבלי הטיפול הממושך בקהילה או במוסדות לטיפול ממושך בעקבות אשפוז והפניה של בית-החולים. לצד אלה פועלים ארגונים אחרים, המשרתים אוכלוסייה מצומצמת יותר, בעיקר על בסיס של התנדבות, כגון "יד שרה".

לכאורה, הימצאותם של ארגונים רבים המספקים שירותים עשויה להעיד על כך שלקשישים מוצע מגוון רחב של שירותים; אך למעשה הדבר מעורר בעיות רבות בתהליך הספקת השירותים. מתוך ספרות המחקר בתחום זה אנו לומדים על הבעיות שהן אופייניות למערכות מפוצלות כמו המערכת

* מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים.

משום שאינם יודעים מה הן האפשרויות הזמינות להם במערכת הטיפול הממושך.

בישראל התעורר לאחרונה עניין רב בשיי פור המערכת הארגונית. ישראל ניצבת כיום על סף שינויים מרחיקי לכת בהקצאת המשאבים לשירותי טיפול ביתיים לקשישים, עקב יישום חוק ביטוח שירותי הסייעוד הח"דש. חוק זה פותח פתח לשינויים מקיפים גם במבנה הארגוני של המערכת הקיימת ובדרך תפקודה. על-מנת לגשת בצורה נאותה לשינויים ארגוניים ולחיוק מנגנון התיאום יש צורך להתבסס על הבנה מעמיקה יותר של המערכת הארגונית.

במאמר זה * מוצגים הממצאים העיקריים של מחקר, שתוכנו כדי לעמוד על תפקוד המערכת בכל הקשור להליכי הטיפול בקשיש. המחקר ניסה לזהות הן את הדפוסים הדומים נבטיים והן את השוני בתוך הארגונים, בין הארגונים ובין אזורי הארץ השונים. מטרת המחקר היא לבנות בסיס מידע על תפקוד המערכת שיוכל להוות חומר-עזר לתכנון שינויים.

ב. המערכת המושגית

במחקר הגרונטולוגי הופנתה בשנים האחרונות תשומת לב רבה למבנה הארגוני של השירותים, מתוך הכרה בכך שהטיפול בקשישים איננו נקבע רק על-פי ההערכה האובייקטיבית של צורכיהם, אלא הוא מושפע גם מן המבנה הארגוני והמינהלי של המערכת. פותחו מודלים ארגוניים שונים, כדי למצוא פתרון לבעיות שהוזכרו לעיל.

הקיימת בישראל. נזכיר כאן את העיקריות שבהן.

ברוב המערכות אחריותם של הארגונים מתוחמת על-פי בעיות ספציפיות ומתרכזות כמתן פתרונות לבעיות אלה. כתוצאה מכך אי-אפשר לראות את בעיות הקשישים וצורכיהם בראייה כוללת. לעתים, משום שאין ראייה כוללת, קשישים אינם מופנים לקבלת שירותים משלימים מסוכנויות אחרות. שיטה זו מתבילה לא רק לחוסר אחדות בגישת המערכת לקשישים שבעיותיהם דומות, אלא גם ליישומן של תוכניות טיפול בלתי-הולמות (Sherwood, Morris & Bernhart, 1975; Gottesman, 1980; Willemain, 1979). נו"ספ על כך, חלוקה זו מובילה להעדר רצף בטיפול בקשיש, במידה שחל שינוי במצבו. חוקרים אחרים מצביעים על העדר הסדרים ממוסדים להעברת מידע בין הסוכנויות השונות כעל בעיה מרכזית בתהליך הספקת השירותים וארגונם. בעיה נוספת העולה מממצאיהם של חוקרים אלה היא העדר נהלים ברורים לחלוקת אחריות בין הסוכנויות, חבר הגורם לכך שהקשישים "נופלים בין הכיסאות" (Beatrice, 1979; Green-berg et al., 1980; Habib & Pakes, 1982; Raymond & Carter, 1983). תוצאה נוספת של הפיצול באחריות למתן השירותים היא כוונת משאבים, הנובעת הן מביצוע הערכות חוספות לגבי אותו קשיש בסוכנויות השונות והן מהעדר תיאום בהליכי יישום תוכניות הטיפול והמעקב (Morgenstein et al., 1982; Mueller & Hopp, 1979; Stein-berg & Carter, 1983). גם לקשישים עצמם קשה להתמצא במערכת כה מסורבלת,

* המאמר מבוסס על ממצאי מחקר מקיף שנערך במכון ברוקדייל לגרונטולוגיה במימון משותף עם המוסד לביטוח לאומי. תודתנו נתונה לחברי ועדת ההיגוי של המחקר, שליוו אותנו ועזרו רבות בהערותיהם: יששכר בן חיים, בתיה ושיץ, שלמה סהן, ובמיוחד ברנדה מורגנשטיין. במאמר שילבנו גם נתונים מן המחקר "קשישים מוגבלים בקהילה: פיתוח שירותים קהילתיים חולמים עבורם והתשלכות להזדקקות לשירותים מוסדיים", שנערך במימון אש"ל (ג' חביב, ח' פקטור, ד' נאון, ג' ברוססקי וט' דולב). המחקר נתאפשר הודות לשיתוף פעולה הדוק מצד כל נציגי מערכת שירותי הבריאות והרווחה המקומיים והארציים.

לגבי כל אלה אנו מתארים את תפיסת העובדים את אחריותם, הצורה שבה אחריות זו מתבטאת בפרעל והבעיות העולות תוך כדי הביצוע. כמו כן אנו עומדים על הקשרים הבין-ארגוניים: תכיפות הקשר בין הארגונים השונים הנותנים שירותים לקשישים וסוגיו; הבעיות הרווחות, לדעת העובדים, בתיאום בין הארגונים והמלצותיהם לשיפור התיאום.

ג. איסוף הנתונים

הקשישים הנהנים משירותי הטיפול הממושך (שירותים קהילתיים וסידור מוסדי) נכנסים למערכת באמצעות כמה גורמים: לשכות הרווחה, לשכות הבריאות, היחידות להמשך טיפול של קופת-חולים ומרפאות קופת-חולים, בתי-חולים כלליים ושיקומיים. לפיכך הוחלט לבדוק את דרכי גיהול הטיפול בקשישים במסגרות אלה. המחקר נערך בארבעה אזורים: ירושלים, תל-אביב, באר-שבע וחיפה.

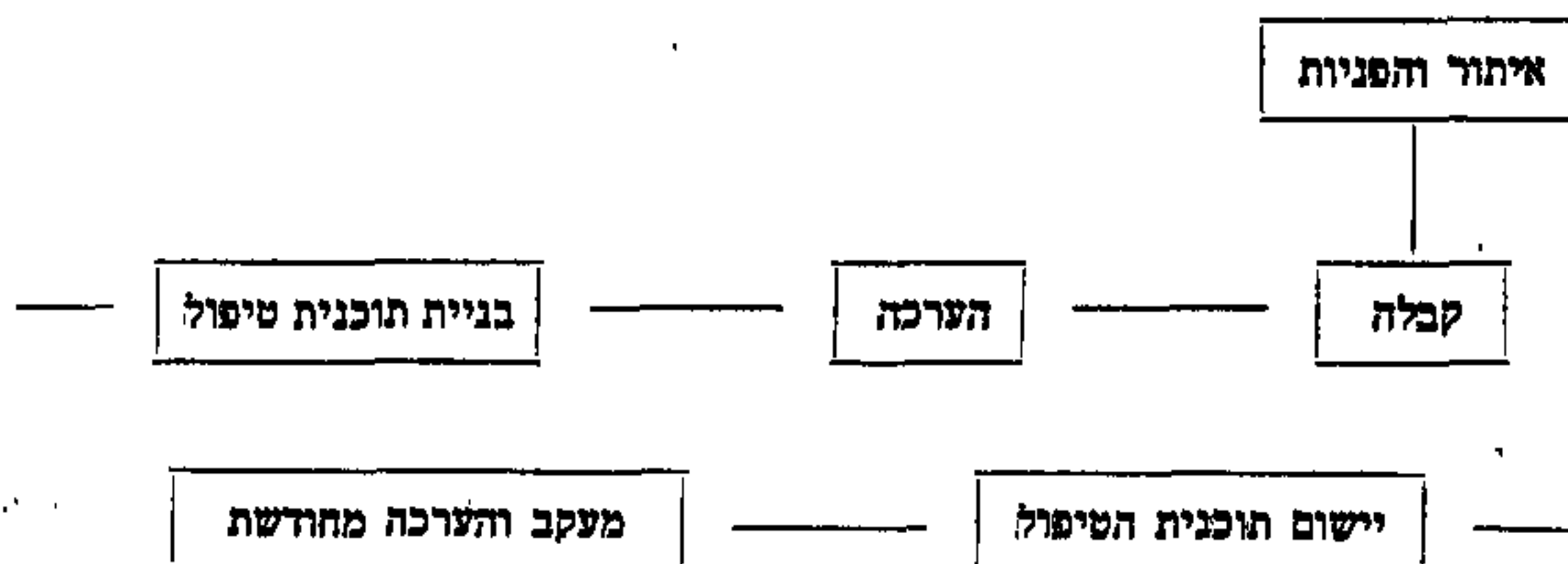
דרכי גיהול הטיפול בקשישים נבדקו בשני אופנים המשלימים זה את זה: (א) ריאיון העובדים הסוציאליים והאחיות מטעם הגורמים העיקריים המטפלים בקשיש. הריאיון כלל בדרך כלל: תיאור של עהלי העבודה בכל אחד משלבי גיהול הטיפול; הבעיות העיקריות הכרוכות בביצועם; המלצות לשיפורים ולדרכי התמודדות עם בעיות אלה;

ליצירת תיאום בין ארגונים שונים דרוש תיאום בשלוש רמות: הרמה הבין-משרדית, הדרג המינהלי והדרג המקצועי. התיאום בשלוש הרמות דרוש למטרות שונות: לפי-תוח משאבים דרוש תיאום ברמה הבין-משרדית; בתסנון וביישום של תוכניות דרוש תיאום ברמה המינהלית המקומית; למתן טיפול מקיף בפרט דרוש תיאום ברמה המקצועית (Callahan, 1981; Aiken et al., 1975). חוקרים רבים מגלים עניין בתיאום ברמת הפרט סדרך לשיפור איכות החיים של האנשים הוקקים לשירותים של טיפול ממושך.

אחת הגישות לתיאום ברמה זו מבוססת על פיתוחו של תפקיד גיהול הטיפול (Case Management). גיהול הטיפול הוא מנגנון שנועד (א) להבטיח נגישות לשירותים שונים וקבלת מידע עליהם, באמצעות פנייה לכתובת מרכזית; (ב) קבלת אחריות ליישום תוסנית הטיפול, כדי למנוע סרבול ביורוקרטי; (ג) הבטחת מעקב הולם וכתובת לפתרון בעיות הצצות במהלך הטיפול; (ד) תיעוד שיטתי ומוסכם של מהלך הטיפול, הן לצורך מעקב והן ליצירת בסיס מידע לתכנון שירותים.

בתמקד בתהליך גיהול הטיפול מבחינת המשימות הספציפיות העומדות בפני מנהלי הטיפול ברמת הפרט. משימות אלה הן, למעשה, שלבים במסלול שהפרט הנכנס למערכת עובר, כפי שמתואר בתרשים שלהלן:

מסלול הפונה



2. מדגם של קשישים, שקיבלו טיפול אישי או עזרה ביתית (או שניהם) הממומנים בחלקם או במלואם על-ידי משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת-תולים הכללית, ושאינם ממתנינים לסי-דור ממושך. המדגם התבצע על קשישים שקיבלו שירותים אלה בירושלים באפריל 1983, בבאר-שבע — בספטמבר 1983, ובתל-אביב — בדצמבר 1983.

הניתוח מתבסס על 663 קשישים ממתנינים ו-2,289 קשישים שאינם ממתנינים, ובסך-הכל — 2,952 קשישים, שהם כלל אוכלוסיית המחקר.

הנתונים, שהתקבלו מן התיאור שמסרו העובדים על דרך עבודתם ועל תפיסתם את מערכת הטיפול בקשישים, שולבו והשוו עם הנתונים שהתקבלו מתיקי הקשישים.

ד. השלבים בניהול הטיפול בקשישים

כפי שכבר צוין בתקדמה, הטיפול בקשישים יכול להתחלק למספר מרכיבים בסיסיים. בפרק זה תתואר הדרך שבה מברצע כל אחד משלבים אלה. הממצאים יוצגו לפי הארגונים העיקריים. כמו-כן מוצגים ההבדלים הבולטים בין האזורים בדפוסי הביצוע של השלבים השונים.

1. דרכי פניה

אחת הבעיות השכיחות, המונעת מן הקשישים לקבל את השירותים שהם זכאים להם, היא העדר הסדרי הפניה בין הסוכנויות השונות. לכן, לדרך הצטרפותם של הקשישים למערכת הטיפול הפורמלי נודעת חשיבות רבה ביותר. אחת הדרכים היא לפנות לאחד הגורמים ביוזמה אישית, והשנייה באמצעות הפניה של גורמים מטפלים אחרים בקהילה.

ברוב המקרים הקשישים פונים ללשכות הבריאות והרווחה מיוזמתם האישית. אולם אל היתדות להמשך טיפול של קופת-תולים

(ב) איסוף נתונים על קשישים הנמצאים בטיפול באמצעות בדיקת תיקיהם; המידע שלא הופיע בתיקים הושלם בעזרת ריאיון העובדים שטיפלו בקשישים.

בין אנשי המקצוע בארגונים השונים נכללו:

1. כל העובדים הסוציאליים המטפלים בקשישים, ומרכזי הקשישים בלשכות הרווחה (בסך-הכל 97 עובדים).

2. הצוותים המטפלים בלשכות הבריאות המחוזיות (בסך-הכל 10 עובדים).

3. הצוות המטפל ביתדות להמשך טיפול של קופת-תולים, ואחיות במרפאות שכו-נתיות (סך-הכל 18 עובדים).

4. העובדים הסוציאליים והאחיות הראשיות במחלקות הגריאטרית, הפנימית, הכירורגית והאורתופדית, בבתי-החולים המשרתים את אזורי המחקר: הדסה-עין כרם, הדסה-הר הצופים, שערי צדק, תל השומר, איכילוב, אסף הרופא, הש-רון, רמב"ם, רוטשילד וסורוקה. כמו-כן רואינו מנהלי המחלקות הגריאטריות בבתי-החולים שערי צדק והדסה-הר הצופים.

עובדים סוציאליים ואחיות ראשיות בבתי-החולים השיקומיים באזורי המח-קר: עזרת נשים, בית חבקה, שמואל הרופא ופלימן, וכן המחלקה השיקומית בהדסה-הר הצופים (סך-הכל עובדים בבתי-חולים — 109).

במסגרת זו רואינו 229 עובדים. איסוף הנתונים התבצע בחודשים מאי ועד ספטמבר 1983. ניתוח התיקים התבסס על אוכלוסיית הקשישים שלהלן:

1. כל הקשישים שהמתינו לסידור מוסדי ממושך (עצמאיים, תשושים, תשושי-גפש וסיעודיים) דרך לשכות הבריאות והרווחה בירושלים ב-15.6.83, בבאר-שבע — ב-10.10.83, ובתל-אביב — ב-1.1.84.

בארץ מתבצעים הקבלה והסינון על-ידי כל העובדים בלשכות הרווחה והבריאות. עובד סוציאלי תורן בלשכת הרווחה ואחות תורנית בלשכת הבריאות הם, בדרך כלל, המקבלים לראשונה את הקשישים הפונים לגופים אלה והם המפנים אותם לעובד האח-ראי על איזור מגוריהם. בלשכות הרווחה בחלק מן האזורים (בבאר-שבע, למשל) מועסק עובד קבוע, הנקרא עובד Intake, והוא אחראי לקבלת הפונה, לביצוע ההערכה הראשונית של מצבו ולהפנייתו לעובד אחר לצורך המשך הטיפול. יוצא אפוא, שלא תמיד יש המשכיות בקשר של הקשיש עם העובד שקיבל אותו לראשונה.

(2) הערכה. לאחר שלב הקבלה, העובד אוסף ומארגן את הנתונים שקיבל על הקשיש ואת בקשותיו, לצורך ההערכה. מטרת ההערכה היא להגדיר את מצבו ואת צרכיו של הקשיש ולראות מה הם המשאבים שבאמצעותם הקשיש מסוגל לענות על צרכים אלה. בארץ ובעולם פותחו כלים שונים לביצוע ההערכה, שמטרתם לאפשר בדיקה אובייקטיבית ככל האפשר ולהגיע לעקיבות מירבית בין דעותיהם של המעריכים השונים (Maddox et al., 1976; Wing et al., 1974). הטופס התפקודי-הרפואי והטופס הסוציאלי לטיפול בחולה הכרוני, שפותחו בארץ, הם דוגמאות לכך.

ההערכה יכולה להתבצע על-ידי איש מקצוע אחד, המתמקד במידת הצורך עם אנשי מקצוע גוספים, או במסגרת של צוות רב-מקצועי.

החוקרים חלוקים בהערכתם מהי השיטה היעילה יותר לביצוע ההערכה — האם עדיפה הערכה בצוות או הערכה יחיד? ביאטריס ממליץ על הערכה במסגרת של צוות רב-מקצועי, המדכב מאחות ומעובדת סוציאלי לית, כדי ליצור איזון בין מדל ההערכה הסוציאלי ובין מדל ההערכה הסיעודי-הרפואי (ראה: Beatrice, 1979); גוטסמן טוען, שהשיטה של הפעלת צוות רב-מקצועי

הם מופנים בעיקר באמצעות מרפאות קופת-חולים. מבין כל הגורמים המטפלים קיבלה התחנה לבריאות המשפחה את הדירוג הנמוך ביותר כגורם מפנה. דבר זה משקף את מעורבותן המצומצמת, עדיין, של אחיות בריאות הציבור בענייני האוכלוסיות המטופלות על-ידי הגורמים הנ"ל.

פגיתוח לפי אזורים נמצאו הבדלים רק לגבי ההפניה ללשכות הבריאות. מקורות ההפניה בירושלים ובחיפה דומים: הצטרפותם של הקשישים למערכת נעשית בעיקר מיוזמתם האישית ובעידוד לשכות הבריאות, שקבעו לשם כך שעות קבלה לקהל הרחב. גורמים מפנים חשובים גוספים הם: לשכת הרווחה, בתי-חולים וקופת-חולים. בתל-אביב ובבאר-שבע, לעומת זאת, שבהן לשכות הבריאות אינן מעוררות פניות עצמאיות, נכנסים הקשישים למערכת בעיקר באמצעות הפניה מבתי-החולים.

2. קבלה והערכת מצב

(1) קבלה. בשלב זה גוספים הנתונים הבסיסיים על מצבו של המטופל ונבדקת מידת התאמתו לשירותים שמציע הארגון שאליו פנה.

בספרות יש חילוקי דעות בשאלה, מיהו האדם המתאים ביותר לביצוע הערכת מצב ראשונית זו. אחת הטענות היא, שכדי לבצע את הסינון הראשוני אין צורך באדם מקצועי מאוד, ועל-כן ניתן להפריד בין מי שמבצע את הסינון הזה ובין מי שממשיך את הטיפול בקשיש (Gottesman, 1980). היתרון העיקרי בהפרדה זו הוא הקלת עומס העבודה המוטל על אנשי המקצוע. אולם החיסרון בשיטה זו הוא שהמידע, המתקבל עקב ההתרשמות מן ההפניה, תולך לאיבוד, משום שקשה "לתרגמו" לטפסים; חיסרון נוסף הוא העדר קשר אישי מתמשך של הקשיש עם המטפלים בו. לכן יש כאלה הסבורים (למשל Donabedian), ששלב הסינון הוא שלב קריטי, ועל-כן מי שחייבים לבצעו הם דווקא אנשים מקצועיים ביותר.

לוח 1. השתתפות העובדים בצוות הערכה (באחוזים)

צוות הערכה	הגורם המטפל			
	לשכת הבריאות	לשכות הרווחה	בתי-חולים	היחידות להמשך טיפול
דנים בצוות על כל הקשישים	89	20	74	44
דנים בצוות על רוב הקשישים	11	33	11	33
דנים בצוות על מיעוט מן הקשישים	—	13	3	22
כלל לא דנים בצוות	—	33	13	—

הרכב צוותי ההערכה משתנה בהתאם לגורם המטפל. בלשכת הבריאות נמצא שהצוות מורכב, על-פי רוב, מעובד סוציאלי, מאחות ומרופא גריאטרי; בבתי-החולים הצוות מורכב מרופא, מאחות ומעובד סוציאלי, ולעתים קרובות הוא כולל גם פיזיותרפיסט; ביחידה של קופת-חולים הצוות מורכב מעובד סוציאלי, מרופא, מאחות, מפיזיותרפיסט, ממרפא בעיסוק ומאחות המרפאה.

הצוות הרב-מקצועי בלשכות הרווחה משניין במיוחד, היות שהרכבתו כרוכה בשינוי תוך עובדים מארגונים אחרים, דבר הנדרש תיאום מירבי. ב-86 אחוזים מן הצוותים משתתפת אחות קופת-חולים, וב-65 אחוזים מהם משתתפת אחות בריאות הציבור. ב-29 אחוזים מן הצוותים משתתפות שתי האחיות גם יחד.

נמצאו הבדלים בין איזור לאיזור. נראה, ששיעור גמול מעובדי הרווחה בתל-אביב ובבאר-שבע אינם משתתפים בצוותי הערכה, לעומת 70 אחוזים מן העובדים בירושלים ובחיפה, המשתתפים בדיני צוות ברוב המקרים שבטיפולם.

גם לגבי ההרכב של הצוות, כאשר הוא קיים, נמצאו הבדלים בין האזורים. אחות בריאות הציבור משתתפת תמיד בצוותים בבאר-שבע, וב-86 אחוזים מן הצוותים בחיפה. למעשה, בחיפה משתתפת בצוותים הן אחיות בריאות הציבור והן אחיות קופת-חולים, במידה שווה. 40 אחוזים מעובדי

בכל המקרים היא יקרה, ולא תמיד היא מוכיחה את עצמה כיעילה (Gottesman, 1980). קיימת כמובן גם האפשרות להפעיל צוות רב-מקצועי רק לגבי חלק מן האוכלוסיה המטופלת.

להלן יוצגו הנתונים המתייחסים לצוותי ההערכה הפועלים באזורים שנבדקו. לוח 1 מציג את שיעור העובדים המשתתפים בצוותי ההערכה.

בארגוני בריאות רוב ההערכות מתבצעות במסגרת של צוות. למעשה, כמעט כל העובדים שרואיניו בלשכת הבריאות ובבתי-חולים דיווחו, שההערכות לגבי רוב הקשישים מבוצעות במסגרת צוות. ביחידות לדמי-שך טיפול של קופת-חולים, לעומת זאת, דיווחו 22 אחוזים מן העובדים שברוב המקרים הם אינם מבצעים הערכות בצוות. עובדי היחידות טענו, שההערכה וההחלטה על מתן שירותים מתבצעות לפעמים בצוות ולפעמים על-ידי אדם אחד, בהתאם למורכבות המקרה ולשירות הנדרש. בלשכות הרווחה נדרש ביצוע הערכות צוות לגבי כל המקרים, וזאת לפי הוראות ת"ע"ס 16.5.82, המפרטות. אף את הרכב הצוות: עובד/ת סוציאלי/ת מהלשכה, אחות, ובמידת האפשר — גם רופא משירותי הבריאות המקומיים. אך בבדיקת הליכי העבודה השוטפת נמצא, ש-33 אחוזים מן הנשאלים אינם משתתפים אף פעם בהערכות צוות, ו-13 אחוזים מהם משתתפים בהן לצורך דיון רק במספר קטן מן המקרים שבטיפולם.

לוח 2. בעיות בהשגת מידע מגורמים מפנים, לפי סוג בעיה
(אחוזי הנשאלים שציינו בעיה זו לגבי כל גורם)

הבעיה					הגורם המפנה
קשיים בהשגת אנשים	מידע לא מלא	קשיים בקריאת כתב היד	עיכובים בקבלת המידע	אין בעיות	
28	44	28	22	36	קופת-חולים
21	32	26	26	39	בית-חולים
28	7	4	17	58	לשכת הבריאות
53	20	7	32	33	לשכות הרווחה
11	14	5	12	72	התחנה לבריאות המשפחה

בצורה פחות רשמית (התקשרויות בטלפון, בירורים בעל-פה וכו'). בלוח שלהלן (לוח 2) סיכמנו את הבעיות העיקריות הכרוכות בה-שגת מידע, כפי שצוינו בידי העובדים.

מבין העובדים הצביעו 70 אחוזים על בעיה אחת לפחות בקבלת מידע מאחד מן הגורמים המטפלים האחרים. עובדים מגורמים שונים, המקבלים קשישים שהופנו על-ידי לשכות הרווחה, מדווחים על קשיים ביצירת קשר עם עובדי לשכות הרווחה לצורך בירורים. בעיה שכיחה נוספת היא עיכובים בקבלת המידע. 44 אחוזים מכלל העובדים במערכת טענו, שלעתים קרובות המידע המתקבל מקופת-חולים אינו מלא.

(4) בעיות בסיווג הקשיש. סי-ווג הקשיש לפי הקטגוריות של עצמאי, תשוש, תשוש-נפש או סיעודי נעשה בשלב ההערכה. במערכת כמו זו הקיימת בארץ קביעת הסיווג היא משמעותית ביותר, שכן היקף השירות והגורם האחראי למימון נקבעים בהתאם לסיווג הקשיש. שלב הסיווג הוא בעייתי, מאחר שקשישים רבים אינם מתאימים בדיוק לקריטריונים שעל-פיהם נקבע הסיווג. הנתונים המוצגים בלוח שלהלן (לוח 3) מבטאים בעייתיות זו. 90 אחוזים מכלל המטפלים הצהירו, שהם נתקלים בבעיות בסיווג קשישים הזקוקים, להע-

הרווחה בחיפה מקבלים החלטות הקשורות להערכת מצב הקשישים במסגרת צוות הכולל את שני סוגי האחיות. בירושלים ובתל-אביב, לעומת זאת, האחיות המשתתפות בצוותי ההערכה הן בעיקר אחיות קופת-חולים, כפי שדיווחו 85 אחוזים מן העובדים הסוציאליים המשתתפים בצוותים אלה.

הממצאים על הרכב הצוותים תואמים את הממצאים על ההסדרים הבין-ארגוניים הקיימים באזורים השונים. לשכות הרווחה בחיפה ובבאר-שבע מקיימות קשר הדוק יותר עם התחנות לבריאות המשפחה בהשגת וואה ללשכות הרווחה בירושלים ובתל-אביב. הלשכות בירושלים ובתל-אביב מקיימות קשר הדוק עם מרפאות קופת-חולים, והלשכות בחיפה מקיימת קשר הדוק הן עם המרפאות והן עם התחנות לבריאות המשפחה.

(3) בעיות בתהליך ההערכה. המקורות למידע הדרוש למטפל לצורך ביצוע ההערכה הם הקשיש עצמו, משפחתו וגורמים מטפלים המכירים אותו. להעברת המידע בין הגופים נודעת חשיבות רבה, משום שהיא מאפשרת לעובדים לבצע הערכות מקיפות יותר ומשום שהיא מקטינה את מידת הכפייה להיות בעבודה.

העברת המידע על אודות הקשיש יכולה להתבצע בצורה רשמית (מילוי טפסים), או

לוח 3. אחוז העובדים הנתקלים בבעיות בפירוק הקשיש

סך-הכל	קופת-חולים	בתי-חולים	רווחה	בריאות	
86	65	86	90	89	כאשר הקשיש זקוק לשירותים
90	83	88	94	100	כאשר הקשיש זקוק למיסוד

דיים בלשכות הרווחה המליצו על הקמת צוות הערכה רב-מקצועי.

3. פיתוח תוכניות הטיפול באופן תיאורטי ניתן להבחין בין שלב פיתוח תוכנית הטיפול ובין השלב של הערכת מצבו של הקשיש. באופן מעשי שלב זה מתבצע לרוב תוך-סדי תהליך ההערכה. תוכנית הטיפול, הנבנית במשותף בידי הקשיש והמטפל, נועדה לקבוע מה הם בעיותיו וצרכיו של הקשיש ומהי העזרה הדרושה כדי לענות עליהם (Gottesman, 1980). קביעת הצרכים מבוססת, כמובן, על ההערכה, אולם למרות שהכלים המשמשים להערכה מודדים את רמת המוגבלות, אין בכוחם למדוד את כמות העזרה או השירותים הדרושים (Brody, 1979).

יש הממליצים על פיתוח כלי הערכה, המקשרים ישירות את ההערכה התפקודית (איסוף המידע בפועל) עם קביעת רמת המוגבלות ועם ההחלטה על הקצאת השירותים. אחרים (Kutz, 1979) טוענים, שכלי ההערכה הם שיטות לאיסוף נתונים בצורה סטנדרטית ומבנית, כדי להבטיח שכל המידע הרלוונטי יהיה זמין למתכנן הטיפול. אך הם חייבים להשאיר בידי איש המקצוע את ההחלטה לאופן הטיפול והקצאת השירותים. אחד הקשיים בתרגום רמת המוגבלות למגוון של עזרה מעשית הוא העדר ההסכמה לגבי הגדרת המושג "צורך". למעשה, הגדרת "צורך" היא שאלה של מדיניות. מחקרים הוכיחו, שאין אחידות העים בין אנשי מקצוע שונים המטפלים בקשישים על רמת הטיפול הדרוש ותקף השירותים (Sager, 1980).

רכתם, למיסוד; 86 אחוזים דיווחו, שהם נתקלים בבעיות בסיווגם של הזקוקים לשירותים בקהילה.

הקשיים בסיווג עלולים לגרום עיכובים במתן השירותים לקשישים, לטלטול הקשיש מארגון לארגון, ולמה שמכונה "נפילה בין הכיסאות". כאשר חל שינוי במצבו התפקודי של הקשיש והוא עובר מקטגוריה אחת לאחרת, מועבר גם הטיפול בו מארגון אחד לאחר, דבר היוצר שבר ברצף הטיפול. אם רוצים להבטיח המשכיות הטיפול, צודת ארגון כזו מצריכה שיתוף פעולה הדוק ותיאום רב בין הארגונים השונים.

(5) המלצות לשיפור תהליך ההערכה. העובדים נשאלו בשאלה פתוחה כיצד ניתן, לדעתם, לשפר את תהליך ההערכה. חמישית מן העובדים בכל הגורמים, למעט היחידות להמשך טיפול של קופת-חולים, המליצו על קשרים קבועים בין הגופים; הכוונה לקשר ממוסד, הכולל פגישות קבועות שבהן ידווחו העובדים על מקרים ספציפיים. עובדים ביחידות להמשך טיפול של קופת-חולים המליצו שהמידע יועבר בכתב בין הגופים השונים בזמן ההפניה (כיום מועבר מידע רב בטלפון ובעל-פה). בלשכות הרווחה, בניגוד לארגונים האחרים, אין אפשרות לקיים התייעצות רב-מקצועית בלשכה עצמה. אם מתעוררים קשיים בהערכה יש צורך בהתייעצות עם אנשי מקצוע אחרים (רופאים, אחיות), יש לפנות לארגונים אחרים. על-כן המליצו העובדים על קביעת הסדרים שיבטיחו שיתוף פעולה עם הארגונים האחרים. ואכן, תמישית מן העוב-

מניתוח סוגי השירותים שעליהם ממליצים הגופים השונים עולה, שעובדי לשכת הבריאות ממליצים רק על אותם שירותים שהם עצמם מספקים. בניגוד לכך, עובדים בגופים אחרים ממליצים גם על שירותים שהם אינם מספקים. גיחון לומר אפוא, שכאשר מדובר בתפיסת תפקידם, המטפלים בלשכות הרווחה, בקופת-חולים ובבתי-חולים מתייחסים לצורך-כי הקשיש באופן מקיף.

חינוך לדיווחי המטפלים התקבל מניתוח תיקי הקשישים. המטפלים נשאלו האם ניסו להשיג עבור הקשיש שירותים, שאותם לא מספק הארגון שבמסגרתו הם עובדים. נמצא, שבלשכות הרווחה שיעור הקשישים שהמטפל היה מעורב בהשגת שירותים עבורם מחוץ למקום עבודתו גבוה יותר מאשר במערכות אחרות (50 אחוזים, לעומת 40 אחוזים בקופת-חולים ו-25 אחוזים בלשכת הבריאות). מעניין, שבדיווח הכללי אמרו עובדי לשכת הבריאות שהם אינם ממליצים על שירותים אחרים; אך בדיווחים על מקרים ספציפיים נמצא, שהם עזרו לרבע בערך מן המטופלים להשיג שירותים מחוץ ללשכה. שאלת האחריות הכללית תכוא לידי ביטוי גם בהמשך, בדיון על נושא של המעקב על יישום תוכנית הטיפול, כאשר נשאלת השאלה האם העובדים מבצעים מעקב רק על השירותים שהם מספקים או גם על השירותים שמספקים ארגונים אחרים.

הועלתה ההשערה, שהמטפלים ישתדלו יותר להשיג שירותים מחוץ לארגון עבור קשישים שאין להם משפחות היכולות לעשות זאת. רוב העובדים דיווחו שהם מסכימים לטענה זו. אולם בניתוח תיקי הקשישים לא נמצא חינוך לדיווח זה. אדרבה, הניתוח הראה, שאין כמעט הבדל בתחום זה בין הקשישים בעלי המשפחות לקשישים שאין להם משפחות, ובמידה שקיים הבדל, הוא דווקא לטובת הקשישים שיש להם משפחות. יש להבין, שהלחץ שהמשפחה מפעילה על המטפל משפיע לא מעט על תהליך השגת השירותים (רציה להשפעת חיובית של המש-

כלי ההערכה שמשתמשים בהם בארץ אינם קובעים את רמת המגבלות על-פי סולם מוגבלות, ואינם מתרגמים את המוגבלות לצורך בעזרה מעשית. כך נשאר בידי אנשי המקצוע מרחב גדול לקבלת החלטות על היקף העזרה והשירותים שיינתנו.

נקודה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא, מי מתכנן את הטיפול. גוטסמן ממליץ, שאדם אחד יבצע את ההערכה ויתכנן את הטיפול (Gottesman, 1980), כדי למנוע כפילות בעבודה (כגון ביקורי בית גם על-ידי מבצע ההערכה וגם על-ידי מתכנן הטיפול, מאחר שלא ניתן לתכנן טיפול ללא קשר ישיר עם הקשיש).

בתחום זה נמצאו הבדלים בין הארגונים השונים. בלשכת הבריאות מסתמכת האחות לעתים קרובות, על ההערכות התפקודיות שעשו אחיות בארגונים אחרים. בלשכות הרווחה, העובדות הסוציאליות המבצעות את ההערכות הסוציאליות הן גם המגבשות את הטיפול; יחד עם זאת, התוכנית שהן מגבשות מועברת לאישורו של המדריך, שבידיו נתונה הסמכות להכניס בה שינויים. כאשר נדרשת הערכה תפקודית, העובדת הסוציאלית לית מסתמכת על ההערכה שמבצעת אחות קופת-חולים או אחות משרד הבריאות. ביחידות להמשך טיפול של קופת-חולים קיימים שני הדפוסים גם יחד. יש מקרים שבהם האחות מתבססת על הערכה שעשתה האחות במרפאה; ובמקרים אחרים, אחות היחידה יעצמה עורכת ביקור בית, מבצעת הערכה וקובעת את תוכנית הטיפול.

בבתי-חולים הערכת הקשיש העומד להשיג תחרר מתבצעת לעתים על-ידי צוות, ואילו תכנון הטיפול נעשה לעתים קרובות על-ידי אדם אחד בלבד: העובד הסוציאלי.

שאלה מרכזית היא, האם תפיסת האחיות של העובדים בארגונים השונים היא כוללנית ולפיכך התוכניות אכן מקיפות את כל השירותים שהקשיש עשוי להזדקק להם, או שמא הן כוללות רק את אותם שירותים שהארגון המתכנן את הטיפול מספק.

לוח 4. התפלגות התשובות לשאלה "האם אתה נותן עזרה לקשיש כאשר המשפחה יכולה לעזור אך אינה מוכנה לעשות זאת?"

נותן עזרה	הגורם המטפל		
	לשכת לשכות	לשכות	היחידות כללי הבריאות הרווחה של קופת-חולים
כן	72	65	87
לא תמיד	28	32	13
לא	0	3	0

תמיד, הדבר אכן נעשה. שני-שלישים מן הנשאלים דיווחו שהם מתייעצים עם המשפחה לעתים קרובות. מספר קטן של עובדים בכל הארגונים דיווחו שלעולם אינם מתייעצים עם המשפחה. הארגונים השונים נבדלים זה מזה במידת ההתייעצות שהם מקיימים עם המשפחה. בלשכות הרווחה שיעור העובדים הנדהגים להתייעץ עם המשפחה באופן קבוע הוא נמוך יחסית.

שאלה נוספת שנבדקה היא, כיצד העובדים מתייחסים לשילוב בין שירותים פורמליים לשירותים בלתי-פורמליים. נבדק באיזו מידה העובדים מוסנים למנוע שירות מסוים מקשישים, שמשפחותיהם יכולות, אך אינן מוסנות, לעזור להם. לוח 4 מציג את הנתונים בנושא זה.

מתברר, שאין גישה אחידה לנושא זה, אך על-פי רוב העובדים אינם מונעים שירותים מקשישים שמשפחותיהם מסרבות לעזור. 30 אחוזים מכלל העובדים מוכנים, לעתים, למנוע שירות, אך רק 5 אחוזים מונעים באופן עקיב שירותים מקשישים שמשפחותיהם מסרבות לעזור. שיעור העובדים בלשכת הבריאות המוכנים למנוע מתן שירות נמוך עוד יותר. יחד עם זאת, 90 אחוזים מכלל העובדים דיווחו, שהם משתדלים יותר להשיג שירותים לקשישים שמשפחותיהם מגלות נכונות רבה לטפל בהם.

באשר לעזרה שנותנות המשפחות נשאלת השאלה, "מה מונע מהמשפחות לתת עזרה

פחה על מידת ניצול השירותים נמצאה גם בנורווגיה. [ראה Daatland, 1983].

4. מעורבות המשפחה בפיתוח תוכנית הטיפול

מעורבות המשפחה — התמיכה הבלתי פורמלית — היא גורם עיקרי בהבטחת טיפול הולם לקשיש. יש יחסי-גומלין בין מספקי השירותים הפורמליים ובין מספקי השירותים הבלתי פורמליים. כאשר עובד מפתח תוכנית טיפול עבור הקשיש הוא מביא בחשבון את מידת יכולתה ונכונותה של המשפחה לעזור. תהליך הפיתוח של תוכנית הטיפול כרוך במשא-ומתן עם המשפחה ובקביעת חלוקת העזרה שתינתן לקשיש בין הגורמים השונים.

לצורך ההערכה בפרט, ולכל שלבי הטיפול בקשיש בכלל, חשוב לבדוק באיזו מידה יש למטפלים קשר עם משפחות הקשישים, במקרים שבהם יש להם משפחות. מן הנתונים יעולה, שלמטפלים בלשכת הבריאות היה קשר עם 35 אחוזים ממשפחות הקשישים שבטי-פול; למטפלים בלשכת הרווחה — עם 53 אחוזים, ולמטפלים בקופת-חולים — עם 70 אחוזים (הנתונים כוללים רק את הקשישים שיש להם משפחות).

הן עובדי לשכת הרווחה והן עובדי לשכת הבריאות מקיימים קשר עם בני משפחות הקשישים הממתינים למיסוד יותר מאשר עם משפחות הקשישים שאינם ממתינים.

מבין המשתנים האחרים שנמצאו קשורים לקיומו או להעדרו של קשר בין המטפלים ובין בני המשפחות ניתן להזכיר את תדירות הקשורות לטיפול המשפחה בקשיש. כשהטי-פול בקשיש גורם, לחצת המטפל, מתחיים במשפחה, או שהטיפול מהווה נטל פיזי או נפשי כבד על בני המשפחה, המטפלים נוטים יותר לקיים עמם קשר.

כדי להבטיח שילוב הולם בין העזרה הפורמלית ובין זו הבלתי פורמלית, רצוי להתייעץ עם המשפחות על צורת מתן השירותים. מסתבר, שלעתים קרובות, אם כי לא

מתאם, גם מתווך וגם "שומר-סף", המונע הוצאת כספים מיותרים.

(1) בעיות בהספקת שירותים קהילתיים. קיים קשר בין השירותים הזמינים בפועל ובין תהליך תכנון הטיפול. בעיות בהשגת שירותים אחדים יביאו את המתסננים להימנע מלהמליץ עליהם, גם אם יחשבו שהקשיש זקוק להם. גם תהליכי ארגון מסורבלים עלולים לעורר בעיות ביישום. לבסוף, ייתכן שהמשפחה או הקשיש עצמו לא יהיו מעוניינים בשירות שעליו העובד ממליץ.

נבחנה עמדת העובדים בנוגע לאיכותם של אחד-עשר שירותים שונים בקהילה. העובדים התבקשו לציין את הבעיות המתעוררות בכל שירות.

לוח 5 מציג את הבעיות העיקריות המתעוררות בכל שירות בכל אחד מן האזורים. נמצא, שבצד בעיות תקציב, שאינן מאפשרות לספק את השירותים בהיקף הרצוי, יש גם בעיות איכותיות וארגוניות. הקושי להשיג כוח-אדם מתאים הוא בעיה מרכזית לגבי שירות הצופיה/מט"וית, המט"ביות, עזרת הבית והשירותים הפרה-רפואיים.

בתחום ארגון וטיפולי הבית קיימת הבעיה של התייחסות גמישה לצורכי הקשיש. קשישים זקוקים לעזרה בכל שעות היום, ולא דווקא בשעות הבוקר שבהן מספקים שירות זה. בעיות נוספות המתגלות בדרך כלל במערכת הן, למשל, בעיות ביורוקרטיות, שהן חריפות במיוחד בשירותים של שיפוצי דור. דבר זה משקף את הסרבול הקיים במערך הארגוני של הספקת השירותים, ומצביע על כיוון נוסף שיש ללכת בו כדי לשפר את המערכת. לגבי שירותי בריאות הנפש, שיעור גבוה של העובדים הצביע על בעיות בדרך גתיגת השירות. במסגרת השירות אין כמעט ביקורי בית, ואם הקשיש אינו מגיע אל התחנה בכוחות עצמו, בדרך כלל אין ביכולתו להיעזר בשירות. קיימת

רבה יותר לקשישים". עמדהנו על הבעיות הרבות העומדות בפני המשפחות, כפי שהתעלו בידי העובדים. בערך 80 אחוזים מכלל העובדים ציינו יחסים לקויים בין בני המשפחה לקשיש, וכמעט שלושה-רבעים ציינו בעיות בריאות של בני המשפחה.

מחקרים רבים בארץ ובעולם הראו, שהמשפחות, ולא השירותים הפורמליים, הן הנותנות את מרבית העזרה לקשישים (זיל-ברשטיין, 1981; Sussman, Shanas, 1981; Cantor, 1980). המסקנה ממחקרים אלה היא, שהמשפחות עמוסות יתר על המידה, ויש צורך לפתח שירותים קהילתיים כדי להקל עליהן ולאפשר להן לטפל בקשישים.

רוב העובדים הציעו להקטין את המעמסה המוטלת על המשפחות בעזרת הוספת שירותי טיפול אישי ועזרה בניהול משק-הבית. שיעור ניכר מהם סבר, שיעוץ ותמיכה עשויים אף הם לסייע למשפחות.

כמו-כן נבדק באיזו מידה תמיכה כספית עשויה לסייע למשפחות בשיפור הטיפול בקשיש או בקבלת עזרה נוספת מבחוץ לשם כך. כאשר נשאלו העובדים באופן כללי מה היה עוזר למשפחות, הם לא העלו אפשרות זו. אך כאשר הם נשאלו באופן ישיר האם עזרה כספית היתה עוזרת למשפחות לטפל בקשיש, סברו 62 אחוזים מכלל העובדים שתשלומים כאלה אכן יעזרו. יוצאים מכלל זה היו עובדי לשכות הבריאות, שסברו ברור גם שהדבר לא יעזור.

5. יישום תוכנית הטיפול

יישום תוכנית הטיפול פירושו יצירת הקשר עם גותני השירותים (לרבות שירותים בלתי פורמליים), עריכת משא-ומתן אתם על הספקת השירותים הדרושים לקשיש כפי שנקבעו בתוכנית הטיפול, ומעקב הבא לוודא שהשירותים אכן ניתנים.

שלב יישום הטיפול והאחריות על ביצועו הוא שלב מורכב במיוחד במערכת מסוצלת כמו זו שלנו. האחראי על הביצוע הוא גם

לוח 6. בעיות בהסדרת הטיפול, לפי סוג הבעיה והגורם המפגע

הגורם המפגע					בעיית
היחידות להמשך טיפול	בתי-החולים	לשכות הרווחה	לשכת הבריאות	כללי	
89	95	89	80	92	מספר מוגבל של מיטות או מוסדות חוסר תיאום בין הגופים, הגורם ל"נפילת האנשים בין הכיסאות"
56	31	30	30	33	האנשים המחליטים סופית על הכניסה למוסד אינם שותפים לתהליכי ההערכה ואינם מכירים את המקרים מקרוב
5	33	27	0	27	הכניסה למוסד נעשית, לעתים, בעקבות לחץ מצד הקשיש או משפחתו, ולא בגלל מצבו האובייקטיבי
44	42	18	30	32	

שמפעילה המשפחה יש השפעה רבה על כניסתו של הקשיש למוסד.

העובדים נתבקשו להעריך את איכות המוסדות. נמצא, שרוב העובדים מעריכים את איכות המוסדות סביבונית, ורק מיעוטם מעריכים את המוסדות כטובים מאוד או כגרועים מאוד. המוסדות חולקו על-פי הבעיות עליהם: ממלכתיים, ציבוריים או פרטיים. נמצאו הבדלים משמעותיים בהערכת העובדים את המוסדות השונים. שיעור העובדים הסבורים, שאיכות המוסדות הציבוריים והממשלתיים גבוהה, תיה גבוהה משיעור העובדים שסברו שהמוסדות הפרטיים הם כאלה (20 אחוזים ו-7 אחוזים, בהתאמה). נמצא, שעובדים מעטים, יחסית, ציינו שאיכותם של המוסדות הממשלתיים נמוכה (10 אחוזים). לעומת זאת, שיעור גבוה של עובדים טענו כך לגבי המוסדות הפרטיים. בחיפה ובתל-אביב, שם קיימים מוסדות פרטיים רבים, נמצא שלמעלה מ-40 אחוזים מן העובדים ציינו שאיכות המוסדות נמוכה.

האם תפיסת העובדים את איכות המוסדות ואת הגמבלות הקיימות, הן במספר המיטות והן בשירותים הקהילתיים, משפיעה על עצם הפנייתם של קשישים למוסדות? העובדים

גם תופעה של קשישים שאינם רוצים בשיירות. תופעה זו היא גורם חשוב הן בארוחות והן לגבי המועדונים. בשני תחומים אלה יש לבחון, האם שירותים אלה תואמים במידה מספקת את דרישות הצרכנים הפוטנציאליים, והאם הם מאפשרים את מידת הגיוון הדרושה. נמצא, ששיעור גבוה של העובדים בבתי-חולים אינם יודעים מה הן הבעיות לגבי רוב השירותים, בגלל העדר הקשר בין חלק ניכר של האחיות ובין השירותים בקהילה.

(2) בעיות בהסדרת הטיפול. יש מקרים, שבהם הערכת צורכי הקשיש ובניית תוכנית טיפול מתאימה מצביעים על צורך במוסד כיוון שיש קשיים במילוי צורכי הקשיש בעזרת שירותים בקהילה או שהקשיש מעדיף להימצא במוסד.

כמה בעיות עלולות להתעורר ולהקשות על העובדים את תהליך הסידור המוסדי. העובדים נשאלו האם, ובאיזו מידה, הם נתקלים באחת או יותר מן הבעיות המפורטות בלוח 6.

כמעט כל העובדים דיווחו על מחסור במיטות כבעיה המקשה על סידורו של הקשיש במוסד. העובדים בגורמי הבריאות, אף יותר מאשר עובדי הרווחה, ציינו שללחץ

לוח 5. הפקת העקריות המתעוררות בעל שירות, לפי האזור (אזור הנשאלים ששירתו בעיר זו)

ת ע י ר

השירות	יחדלים	תל-אביב	באר-שבע	חיפה
מסירות (צופיה)	בעיות הקציב אדם (55%) בעיות כוח אדם (52%)	בעיות כוח אדם (57%)	השירות לא קיים (82%)	בעיות הקציב (44%)
סיועל אישי	בעיות כוח אדם (73%) בעיות הקציב (62%)	בעיות כוח אדם (66%)	הקציב (53%) בעיות באופן מתן השירות (53%)	בעיות הקציב (46%) בעיות כוח אדם (35%)
ארוחת חמות	בעיות באופן מתן השירות (30%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (28%) השירות לא מגיע לכל איזור (26%)	בעיות באופן מתן השירות (31%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (34%)	בעיות באופן מתן השירות (13%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (25%)	בעיות באופן מתן השירות (31%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (31%)
שירות בריאות הנפש	בעיות באופן מתן השירות (47%) השירות (47%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (31%)	הקשישים מטורבים לקבל את השירות (36%) בעיות באופן מתן השירות (43%)	בעיות באופן מתן השירות (21%) המשפחה מתגודת לקבלתו תהליכי ארגון מסודלים (21%)	בעיות באופן מתן השירות (32%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (20%)
עזרה במשקיהבית	בעיות כוח אדם (78%) בעיות הקציב (67%)	בעיות כוח אדם (78%)	בעיות כוח אדם (76%) בעיות הקציב (70%)	בעיות כוח אדם (70%)
שירותי כביסה	בעיות הקציב (40%) בעיות הקציב (22%)	השירות לא קיים (26%) השירות לא מגיע לכל איזור (12%)	אין בעיות בעיות באופן מתן השירות (19%)	בעיות הקציב (37%) בעיות באופן מתן השירות (20%)
מפעולות			הקשישים מטורבים לקבל איזור (19%) השירות לא מגיע לכל איזור (19%) הקשישים מטורבים לקבל את השירות (50%)	הקשישים מטורבים לקבל את השירות (18%)

ג'ני ברודסקי, ג'ים חניני, מ'מ טלז ותמר תרז

מטובים	בעיות כוח אדם (60%)	בעיות כוח אדם (42%)	בעיות כוח אדם (64%)	בעיות כוח אדם (56%)
שיירות פרו-רפואיים	בעיות כוח אדם (41%)	בעיות כוח אדם (29%)	בעיות כוח אדם (33%)	בעיות כוח אדם (29%)
שיפוצי דיוור	בעיות תקציב (55%)	ותליכי ארגון מטובלים (46%)	ותליכי ארגון מטובלים (46%)	בעיות תקציב (44%)
ותליכי ארגון מטובלים (43%)	ותליכי ארגון (46%)	ותליכי ארגון מטובלים (46%)	ותליכי ארגון מטובלים (41%)	ותליכי ארגון מטובלים (41%)

הקרות :

הבעיות בשירות המסיביות בבאר-שבע הן, שהמסיביות אינן נותנות את כל שעות הטיפול שהוסכם עליהן, ואינן מבצעות את כל המעליות הנדרשות.

בשירות בריאות הנפש צוינה הבעיה באופן מנוחשיחות. יחסם של המסיבאטרים בעייתי : הם אינם מחייזים כראוי לבעיות הקשישים, אינם יוצרים קשר עם גורמים מסללים אחרים ואינם עורכים ביקורי בית.

הבעיה באופן מתן שירות הארוחות הזמנת היא, שהאוכל אינו טעים לקשישים.

הבעיות בשירות המועדנים הן חוסר התאמת, בחלק מן המקרים, של כוח האדם המועסק בהם, בעיות בהסעה ובעיות שפה.

ההיינו, שהעובדים בחיפה ובתל-אביב סבורים שאיכות המוסדות נמוכה.

6. מעקב והערכה מחודשת

הטיפול בקשיש ואינו מסתיים עם ביצוע תוכנית הטיפול. מרכיב חשוב בכל טיפול חייב להיות המעקב אחר הקשיש לאחר שקיבל את השירותים שנקבעו לו בתוכנית. לעתים לא נערך מעקב כזה כחלק אינטגרלי ממערך השירותים הניתן לקשיש, והדבר פוגע ביעילות הטיפול (Gottesman, 1981). המעקב כולל: (1) בדיקה באיזו מידה אכן ניתנו השירותים שהומלץ עליהם בתוכנית הטיפול; (2) מעקב אחר השינויים במצבו החברתי, הבריאותי והתפקודי של הקשיש, לצורך בחינת יעילותם של השירותים העד כמה הקשיש ממשיך להזדקק להם; (3) פיקוח על ספקי השירותים, במטרה לבדוק באיזו מידה ניתו השירות בצורה הרצויה והמוסכמת מבחינת היקף השעות והיקף השירותים.

באופן כללי דיווחו רוב העובדים שקיים מעקב על אופן ניתנתם של השירותים השונים. לשכת הבריאות מבצעת מעקב רק על השירות שהיא מספקת, היינו טיפול אישי, אולם בלשכות הרווחה וגם בקופת-חולים ציינו רוב העובדים את קיום המעקב גם לגבי שירותים שהקשישים שבטיפולם מקבלים, אך אינם ממומנים באמצעותם. על מעקב אחר מצבו של הקשיש למדנו מתוך הקשרים שהעובדים מקיימים עם הקשישים.

נשאלו כמה קשישים הם הפנו למוסדות בשנה החולפת, ועל כמה מקרים היו ממליצים להפנות למוסדות, אילו: (1) לא היתה הגבלה במספר המיטות; (2) איכות המוסדות היתה משתפרת; (3) איכות השירותים הקהילתיים היתה משתפרת.

24 אחוזים מן העובדים טענו, שללא ההגבלה במספר המיטות היו מפנים יותר קשישים למוסדות. 42 אחוזים מן העובדים דיווחו, שאילו שופרה איכות המוסדות, היו מפנים אליהם יותר קשישים. עובדה זו מורה, שהעובדים הערים לבעיות במוסדות לקשישים אפילו אינם מסניסים קשישים לרשימות ההמתנה, גם אם הם סבורים שהיה כדאי לסדר אותם במוסדות. 64 אחוזים מן העובדים טענו, שאילו שופרה איכותם של השירותים הקהילתיים, הם היו מפנים פחות קשישים לאשפוז מוסדי.

התבדלים שנמצאו בין האזורים השונים בנושא זה מעניינים מאוד. נמצא, שבבאר-שבע יש למחסור במיטות השפעה גדולה יותר מאשר בכל האזורים האחרים: 43 אחוזים מן העובדים שם טענו שאילו היו יותר מיטות, היו מפנים יותר קשישים למוסד, לעומת 15 אחוזים בלבד שטענו כך בחיפה. מעניין לציין, שאיכות המוסדות משפיעה בעיקר על העובדים בחיפה ובתל-אביב: יותר מ-50 אחוזים מן העובדים בשני אזורים אלה טענו שאילו שופרה האיכות, היו מפנים מספר רב יותר של קשישים למוסד. ממצאים אלה מתאימים לממצאים שצוינו קודם —

לוח 7. המספר הממוצע של מקרים בטיפולו של כל עובד, לפי הקטגוריות הטיפוליות

הקטגוריה	ירושלים		תל-אביב		באר-שבע		חיפה		ממוצע כללי	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
אינטנסיבי	30	22	28	25	7	4	20	19	26	21
מעקב רגיל	39	28	52	47	21	14	31	30	40	32
מעקב	69	50	30	27	124	82	54	51	59	47
סך-הכל	138	100	110	100	152	100	105	100	125	100

לוח 8. תכיפות הקשר בין המטפלים לקשישים (באחוזים)

קופת-חולים	לשכת הרווחה	לשכת הבריאות	
436	1,822	693	סך-הכל קשישים
100	100	100	באחוזים
35	31	72	פחות מפעם בחודש
29	30	12	פעם בחודש
17	19	5	יותר מפעם בחודש (2-3 פעמים)
14	12	6	לפחות פעם בשבוע
5	8	5	לא ידוע

דהיינו, כאשר האוכלוסייה הנבדקת היא סלקטיבית — מאפשר התייחסות למידת הקשר בין המטפל לקשישים מזווית ראייה נוספת. בניגוח הזה התייחסנו גם אל הקשישים המטופלים באמצעות לשכת הבריאות וקופת-חולים. הנתונים מוצגים בלוח 8.

נראה, שהן בלשכות הרווחה והן בקופת-חולים העובדים מקיימים קשר תכוף יותר עם הקשישים מאשר בלשכת הבריאות. בשני ארגונים אלה, המטפלים נמצאים בקשר עם הקשישים לא רק לצורך הערכה ראשונית, אלא גם לצורך טיפול שוטף.

מן הנתונים עולה, שיש קשר בין תכיפות הקשר עם הקשיש ובין פרמטרים המתייחסים למצבו. בשלושת הארגונים מתקיים קשר תכוף יותר עם קשישים שרמת מוגבלותם גבוהה, או הזקוקים להשגחה (ביום או בלילה). בניגוח למצופה, העובדים אינם יוצרים קשר בתדירות גבוהה יותר עם קשישים המתגוררים בגפם, אלא קיימת נטייה דווקא להימצא בקשר תכוף עם קשישים המתגוררים ועם בני זוג או עם ילדים. כמו כן נמצא, שהן בלשכות הבריאות והן בלשכות הרווחה יש קשר תכוף יותר עם קשישים הממתינים לסידור מוסדי, בהשוואה לקשישים שאינם ממתינים.

בדרך-כלל העובדים בלשכות הרווחה מחלקים את הקשישים שבטיפולם לשלוש קטגוריות: מקרים אינטנסיביים, מקרים רגילים ומקרים הנמצאים במעקב. לוח 7 מציג את ההתפלגות לקטגוריות באזורים השונים.

סך-כל המקרים שבטיפולו של כל עובד שונה באזורים השונים: בין 152, בממוצע, בבאר-שבע, ל-105 בחיפה. נבדקו הסטנדרטים לחלוקת המקרים בין הקטגוריות. נמצא, שטווח התכיפות הוא כדלהלן:

מקרים אינטנסיביים: תכיפות הקשר נעה בין יותר מפעם בשבוע עד פעם בשבועיים; הקשר השכיח הוא קשר שבועי.

מקרים רגילים: תכיפות הקשר עמם נעה בין פעם בשבועיים ובין פעם בשלושה חודשים; הקשר השכיח הוא קשר חודשי.

מקרים במעקב: תכיפות הקשר נעה בין פעם בחודש ובין פעם ביותר משלושה חודשים. התכיפות השכיחה היא אחת לשלושה חודשים.

ניתוח לפי תיקי הקשישים המוגבלים —

רפואית-תפקודית; שנית — על-מנת להבטיח שקשיש האמור לקבל שירותים מארגונים שונים אכן יקבלם; שלישית — כדי לשמור על רצף הטיפול בקשישים, אשר עקב שינוי במצבם הרפואי-התפקודי ובמצב הבריאות שלהם מועברים מארגון אחד למשנהו.

כדי להבין מה מידת התיאום בין העובדים בארגונים השונים נשאלו העובדים באיזו תדירות הם מקיימים קשר עם ארגונים אחרים, ומה טיבו של קשר זה. הקשר עשוי להתבטא בהחלפת מידע על קשישים ספציפיים, לרבות דיווח על מעקב, או במפגשים קבועים לצורך תיאום פעולות באופן כללי.

במשך השנים הנהיגו הארגונים השונים מסגרות שונות של קשר ביניהן. אחת המסגרות הנפוצות היא הביקור הסדיר, שעורכות העובדות הסוציאליות במרפאות קופת-חולים, המטפלות בקשישים שבאזורן. מסגרת נוספת לקשר היא ישיבות קברעות, הנערכות בבית-החולים בהשתתפות אחות קופת-חולים, המקבלת מן הצוות המטפל בקשיש המשתחרר מסמכים, בקשות ומלצות להמשך טיפול בקהילה.

רוב העובדים בארבעת הגורמים המטפלים (לשכת הבריאות, לשכת הרווחה, בתי-חולים והיחידה להמשך טיפול של קופת-חולים, המקבלת מן הצוות המטפל בקשיש לעתים תכופות. יוצא מכלל זה הוא הקשר של העובדים בבתי-החולים עם לשכת הרווחה. תדירותו הנמוכה של קשר זה גורמת, כנראה, מהעדר קשר בין האחיות לעובדי הלשכה. העובדים דיווחו גם על קשרים עם גופים נוספים הנותנים שירותים לקשישים, כגון מוסדות שיקום, בתי-חולים של יום, מועדונים, תחנה לבריאות הנפש, התחנה לבריאות המשפחה.

הנתונים מראים, שסוג השקר הרווח ביותר בין כל הארגונים הוא קשר לשם החלפת מידע על קשישים ספציפיים. עובדים מעטים, יחסית, ציינו שהם מקיימים מפגשים קבועים לצורך תיאום מדיניות.

על המעקב המתבצע בבתי-החולים למדנו מתוך ראיון האחיות והעובדים הסוציאליים במחלקות השונות. נמצא, ש-60 אחוזים סערו מן המטפלים האלה עורכים מעקב לאחר שחרור הקשיש מבית-החולים; 70 אחוזים מן המטפלים מבצעים את המעקב באמצעות פנייה לעובדים המטפלים בקשיש במסגרת הקהילה או במוסדות אליהם הוסנו; כמחצית מהם יוצרים גם קשר ישיר עם הקשיש או עם משפחתו.

מהשוואת הנעשה בבתי-החולים באזורים השונים עולה, שבבתי-החולים בחיפה ובתל-אביב נוהגים עובדים מעטים, יחסית, ליצור קשר עם הקשיש לאחר שחרורו. בבאר-שבע ובירושלים קיים יותר מעקב לאחר השחרור. בבאר-שבע נוהגים העובדים ליצור קשר עם המטפלים בקהילה (אחיות או עובדות סוציאליות) יותר מאשר במקומות האחרים, אולם הם אינם יוצרים כל קשר ישיר עם הקשיש או עם משפחתו.

ה. קשרים בין-ארגוניים

1. מידת התיאום וטיפ התיאום בין הגורמים תיאום בין הארגונים יכול להתקיים בשתי רמות ארגוניות: ברמת המדיניות הכוללת — בין חוקים ונהלים שעל-פיהם מגדירים הארגונים השונים את אחריותם למתן הטיפול לקשיש; וברמה של ניהול העבודה השוטפת — בין העובדים בשטח בעת מילוי תפקידם. במסגרת מחקר זה התייחסנו לתיאום ברמה השנייה.

עד כה התייחסנו לבעיית התיאום במסגרת ניתוח הבעיות שדיווחו עליהן העובדים בכל אחד משלבי התהליך של ניהול הטיפול. כאן נעשה ניסיון לראות את התמונה הכוללת יותר.

תיאום בין הארגונים בתוך מערכת השיירות נחוץ מסיבות רבות: ראשית — לצורך ההערכה, במיוחד בלשכות הרווחה, התלויות במידע מארגוני הבריאות לצורך הערכה

נמוכה מזו שביתר האזורים. אולם עובדי לשכות הרווחה בחיפה דיווחו על קשר תכוף ביותר עם התחנה לבריאות המשפחה ואף על פגישות קבועות עם עובדיה — דבר שלא צוין בשום מקום אחר. גם בבאר-שבע מקיימים עובדי לשכת הרווחה קשר תכוף למדי עם התחנה, אולם לא פגישות קבועות. מרבית עובדי הרווחה בכל המקומות, פרט לירושלים, נוהגים לקיים קשר תכוף עם ארגוני התנדבות. עובדי לשכות הרווחה בירושלים, בחיפה ובתל-אביב מקיימים פגישות קבועות עם עובדי קופת-חולים. ממצא זה תואם את הדיווח על השתתפות בצוותי ההערכה בשלוש הערים, הכוללים עובדים סוציאליים ואחיות מקופת-חולים.

היחידות להמשך טיפול של קופת-חולים. נמצא, שדפוסי הקשרים בין היחידות ובין הארגונים השונים דומים בכל האזורים. יוצא דופן הוא הקשר בין היחידות ובין התחנה לבריאות הנפש. בחיפה, שלא כמו באזורים אחרים, ציינו רוב העובדים שאין להם כל קשר עם התחנה. הקשר התכוף ביותר בין היחידה לתחנה נמצא בבאר-שבע. בירושלים ובבאר-שבע מקיימים עובדי היחידות קשר עם לשכות הרווחה, אך אינם נפגשים עם עובדיהן באופן קבוע. עובדי היחידה בתל-אביב (בעיקר היחידה ב'ספר) ובחיפה, לעומת זאת, מקיימים פגישות קבועות הן עם עובדי לשכות הרווחה והן עם עובדי בתי-החולים.

בדפוסי הקשרים בבתי-חולים לא נמצאו הבדלים בולטים.

2. בעיות בתיאום

העדר תיאום בין עובדי הארגונים השונים המטפלים בקשיש נובע מבעיות שונות. הבעיות חולקו לשתי קבוצות: א. בעיות בתחום המדיניות, למשל: העדר מדיניות ונהלים מוגדרים, בעיות בחלוקת האחריות למתן הטיפול לקשיש; ב. בעיות במסגרת העבודה השוטפת, למשל: העדר תקציבים

רוב העובדים ביחידות להמשך טיפול של קופת-חולים ובלשכות הרווחה דיווחו שהם מקיימים קשר עם כל הארגונים לצורך החלפת מידע. רובם ציינו שאינם מקיימים פגישות קבועות עם שום ארגון.

לעומת עובדי הגורמים האחרים, רוב עובדי לשכת הבריאות דיווחו על פגישות קבועות עם עובדי בתי-חולים כלליים, קופת-חולים ומוסדות שיקום. ניתן ללמוד מכך, שבלשכת הבריאות נוהג לקיים פגישות קבועות עם ארגוני בריאות אחרים. ממצא זה תואם את דיווחי העובדים בלשכת הבריאות על הדרך לאתר קשישים באמצעות פעולות הסברה ופגישות עם ארגוני בריאות. להלן מוצגים ההבדלים הבולטים ביותר בתכיפות הקשר בין הארגונים השונים בכל האזורים, וכן ההבדלים בסוג הקשר. הקשרים בין הגופים השונים קיימים עקב נהגים הרווחים בכל אחד מהם, והם גם מושפעים מן המאפיינים שהם ייחודיים לאיזור פעולתם.

לשכת הבריאות. צוותי לשכת הבריאות בירושלים ובבאר-שבע דיווחו על קשר תכוף יותר עם בתי-החולים הכלליים מאשר צוותי לשכת הבריאות בתל-אביב ובחיפה. בכל האזורים, פרט לתל-אביב, מקיימים עובדי לשכת הבריאות פגישות קבועות עם עובדי בתי-החולים. כאשר לקשר בין לשכת הבריאות ובין לשכות הרווחה, נמצא, שלא כמו באזורים האחרים, שעובדי הלשכה בחיפה אינם מקיימים פגישות קבועות בייניהם אלא נפגשים רק לפי הצורך. ההבדל בתכיפות הקשרים בין לשכות הבריאות לתחנה לבריאות הנפש בולט למדי: בירושלים ובבאר-שבע דיווחו עובדי לשכת הבריאות על קשר תכוף ביותר עם התחנה, ואילו בתל-אביב ציינו העובדים שהם מקיימים עמה קשר רק לעתים רחוקות, ובחיפה — שהם אינם מקיימים כל קשר עם התחנה.

לשכות הרווחה. תדירות הקשר בין לשכות הרווחה ובין לשכת הבריאות בחיפה

לוח 9. שיעור הנשאלים שצינו בעיות בתיאום שירותים, למי הגורם המטפל

חיסה	הגורם המטפל			כללי	הבעיות
	באר-שבע	תל-אביב	ירושלים		
11	7	10	0	8	אין בעיות בעיות במדיניות:
50	36	65	50	50	1. בעיות בחלוקת האחריות לטיפול 2. לפעמים אין ארגון שלוקח על עצמו את האחריות למתן השירותים הדרושים לקשישים
50	36	30	40	35	3. חוסר תיאום לצורך קביעת מדיניות לפיתוח שירותים לקשישים, השגת תקציבים
44	39	40	50	41	בעיות בתוך המערכת: 1. נהלים מסובכים ושאר בעיות ביורוקרטיה 2. ליקויים בהעברת מידע על שירותים שקשישים מקבלים מארגונים אחרים
17	37	28	20	31	

מתהליך הסיווג ובדיקת הזכאות, אשר הקריטריונים המנחים את ביצועו אינם חד-משמעיים, כפי שמשתקף מן הגתונים שהוצגו קודם. עקב כך יש שהקשיש מיטלטל בין כמה וכמה גופים, שאינם רואים את עצמם מחויבים לספק לו שירותים. בבתי-החולים הצביעו 81 אחוזים מן העובדים על נהלים מסורבלים ושאר בעיות ביורוקרטיה. דבר זה היה צפוי, שכן בתי-החולים הם נקודת מעבר שממנה הקשישים מופנים להמשך הטיפול בקהילה או למיסוד, וההפניה כרוכה במילוי טפסים, העברת ניירת וכו'.

בלשכות הבריאות בכל האזורים, מלבד באר-שבע, טענו העובדים שלפעמים אין ארגון שייקח על עצמו את האחריות למתן השירותים לקשישים, שאין תיאום במערכת לצורך קביעת מדיניות לפיתוח שירותים ושיש ליקויים בהעברת המידע על השירותים שהקשישים מקבלים מארגונים אחרים. בבעיות התיאום בין עובדי בתי-החולים

ומחסור בכוח-אדם המונעים, בין השאר, הצבת אחיות-קישור מקופת-חולים או עובדת סוציאלית מהלשכה בבתי-החולים ואינם מאפשרים קיום פגישות קבועות לצורך תיאום מדיניות; העדר יוזמה מצד העובדים ליצור קשר עם עובדים בארגונים אחרים; ליקויים בהעברת מידע ועל השירותים הניתנים בארגונים אלה; ועומס הנובע ממי-לוי טפסים ומהעברת ניירת.

העובדים נתבקשו לציין אילו בעיות מפריעות לתיאום עם הארגונים. נושא זה סוכם בלוח 9.

כמעט כל העובדים דיווחו על בעיות בתיאום. העובדים בכל הגורמים ציינו שבעיות התיאום נובעות הן מבעיות מדיניות והן מבעיות המתעוררות תוך-כדי מתן הטיפול לקשישים.

שיעור גבוה של העובדים בלשכות הרווחה (65 אחוזים) הדגישו בעיקר בעיות בחלוקת האחריות לטיפול. בעיות אלה יכולות לנבוע

1. המלצות הקשורות לשינוי מבנה המערכת: רכת: הקמת גוף אחד שירכז את הטיפול בכל הקשישים בכל הרמות;
2. המלצות לביסוס נהלים קיימים מבלי לשנות את מבנה המערכת: ישיבות משותפות של נגופים המטפלים, הפעלת אנשי קשר בין הארגונים.
3. המלצות לשיפור דרכי העברת המידע והגברת הידע והמוחצעות, לצורך שיפור איכות העבודה.

הממצאים מובאים בלוח 10.

שיעור לא מבוטל של העובדים בכל הגופים המטפלים סבורים, שריכוז הטיפול בידי גורם אחד הוא הפתרון הרצוי לבעיית התיאום. אולם הרוב, בין 50 ל-85 אחוזים סבורים שהפתרון הוא בחיזוק הקשרים בין הארגונים בדרך של קיום ישיבות תכופות וסדירות של בעלי המקצועות השונים המועסקים בגופים השונים. הישיבות נחוצות הן לצורך תיאום הפעולות באופן כללי והן לשם זיון במקרים ספציפיים. העובדים ממליצים ועל עבודת צוות רב-מקצועי כעל דרך עבודה יעילה. רק שיעור קטן של העובדים בכל המוסדות המליצו על הרחבת הידע והגדלת המודעות באמצעות ימי עיון והשתלמויות.

באזורים השונים לא נמצאו הבדלים בולטים. נמצא, שבלשכת הרווחה בחיפה שיעור העובדים שדיווחו על בעיות בחלוקת האחריות על טיפול בקשיש גבוה יותר מאשר בקרב עובדי הרווחה באזורים אחרים. 55 אחוזים מן העובדים גם הצביעו על כך שלפעמים אין ארגון שייקח על עצמו את האחריות למתן השירותים הדרושים לקשישים. שיעור העובדים בחיפה שהצביעו על בעיות בהעברת מידע על השירותים שהקשישים מקבלים מארגונים אחרים גדול פי-שניים מזה שבלשכות אחרות, ופי-שלושה מזה שבבאר-שבע. תופעה זו מעניינת, כיוון שדווקא עובדי הרווחה בחיפה משתתפים במידה רבה יותר בצוותי הערכה, הם דיווחו על קשרים הדוקים עם שאר הארגונים. מכאן אנו למדים, שעצם קיומם של קשרים בין ארגונים אינו מונע בהכרח בעיות של תיאום. אך מצד שני ייתכן, שדווקא הניסיון לבנות תוכניות טיפול כוללניות בשיתוף עם ארגונים אחרים מבליט את הבעיות הגובעות מן הפיץ צול במערכת, ולכן מדווחים על יותר בעיות.

3. המלצות לשיפור התיאום בין הארגונים העובדים נתבקשו להמליץ על דרכים לשיפור התיאום בינם ובין העובדים במוסדות אחרים באזורם. ההמלצות, שניתנו כתשובה על שאלה פתוחה, חולקו לשלוש קבוצות עיקריות:

לוח 10. שיעורי העובדים בכל גורם מטפל, לפי סוגי ההמלצה

המלצה	לשכת תבריאיות	לשכות הרווחה	הגורם המטפל	
			בתי-חולים	היחידות להמשך טיפול
אין המלצות	10	24	25	11
גוף יחיד מטפל	30	8	7	11
חיזוק הקשר הקיים	80	52	56	83
הגברת המידע	0	4	7	5

לוח 11. שיעור העובדים בכל איזור, לפי סוג ההמלצה

כילי	ירושלים	תל-אביב	באר-שבע	חיפה
גוף יחיד מטפל	29	15	33	20
חיוק הקשר הקיים	67	65	67	73
שיפור העברת המידע	4	20	0	7

נמצאו הבדלים גם בשיטות ההערכה המיושמות בכל אחד מן הגורמים. בלשכת הבריאות ובבתי-החולים מבוצעת ההערכה הכוללת של מצב הקשישים במסגרת צוותים רב-מקצועיים, אשר המשתתפים בהם שייכים לאותו ארגון. לעומת זאת, בלשכות הרווחה וקופת-חולים יש צורך בשיתוף עם ארגונים אחרים כדי לבצע הערכה רב-מקצועית. נמצא, ששני-שלישים מן העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מבצעים הערכות במסגרת של צוות רב-מקצועי ובין-ארגוני לפחות לגבי חלק מן הקשישים שבי-טיפולם. גם במקומות שבהם לא קיים צוות כזה יש הסכמה בדבר הערך הרב שיש להערכה הנעשית במסגרת כזו. ערכה של פעילות סדירה יותר של מסגרת רב-מקצועית היא גם בכך שהיא עשויה להפחית את מספר בעיות התיאום המתעוררות בכל שלבי הטיפול, בפרט כאשר הצוות מורכב מעובדי ארגונים שונים.

סוגיה נוספת שנבדקה היא איכות השיירות הקהילתיים בעיני העובדים. כאן נמצאו מידה רבה של חוסר שביעות רצון. לצד תלונות רבות על תקציבים בלתי מספיקים ובעיות בגיוס כוח-אדם, נתקבלו תלונות רבות גם על בעיות בתהליכי ארגון השירותים המתבטאות, בין היתר, בעיכוב אספקתם. הדבר מצריך בדיקה מעמיקה יותר של כמה מן השירותים הקיימים.

ההבדלים בין התפיסות הטיפוליות ודרכי הביצוע של העובדים עשויים לשמש נקודת מוצא טובה להדרכת עובדי השדה, לצורך מימוש אחד יותר של מדיניות מתן השירות-

לוח 11 מציג את אחוז העובדים לפי סוג ההמלצה בכל איזור.

כפי שמראה הלוח, שיעור העובדים בתל-אביב שהמליצו על שיפור בהעברת המידע גבוה בהרבה מזה שבמקומות האחרים. שליש מן העובדים בבאר-שבע המליצו על ריכוז הטיפול בקשישים בידי גוף אחד. שני-שלישים מן העובדים בכל האזורים המליצו על חיוק הקשרים הקיימים בין הארגונים.

1. דיון

סוגיה מרכזית שנדונה בדו"ח היא הדמיון והשוני בתפיסות הטיפוליות ובדרכי הפעולה של העובדים. יש לציין, שהבדלים בין העובדים בביצוע הטיפול עשויים לנבוע מלחץ זמן ומעומס עבודה, ולאוו דווקא מתפיסות טיפוליות שונות. לדוגמה, העובדים מחזיקים בתפיסות שונות על תפקיד המשפחה בכל שלבי גיהול הטיפול. יש עובדים המספקים שירותים לקשישים שמשפחותיהם יכולות אך אינן מוכנות לספקם, ואילו עובדים אחרים נמנעים מהספקת שירותים במקרים אלה. נמצא הבדל גם במידת ההתייעצות של העובדים עם המשפחות. הבדלים אלה מצביעים על כך שעדיין אין גישה אחידה בנוגע לתפקיד המשפחה בכל שלבי גיהול הטיפול בקשיש. יחד עם זאת, כמעט כל העובדים ציינו שבשלב תהליך ההערכה הם מבררים מה מידת יכולתה ונכונותה של המשפחה לסייע לטיפול בקשיש ומנסים, במקרה הצורך, לעודד את נכונותה.

לכך, שעובדים יסתמכו יתר על המידה על אחריותם של עובדים אחרים, וכתוצאה מכך ימצא עצמו הקשיש "נופל בין הכיסאות" — כלומר, לא יקבל כל טיפול שהוא.

מורכבות הקשר בין המערכות נובעת מכך, שהגורמים השונים תלויים אלה באלה לצורך ביצוע ההערכה ומימוש תוכניות הטיפול. לדוגמה, העובדים הסוציאליים בלשכת הרוו-חה תלויים באחיות העובדות בארגונים אחרים לצורך ביצוע הערכות תפקודיות. יתר על כן, בתקנות לשכת הרווחה מומלץ לבצע את ההערכה במסגרת צוות רב-מקצועי שיתכנס לשם כך, והכוונה היא שאחות מאחד מארגוני הבריאות תשתתף בצוות ההערכה של הלשכה. כך גם ביחידות לתמשך טיפול או במרפאות קופת-חולים, שאינן מעסיקות סגל של עובדים סוציאליים היכול לענות על כל צרכי המטופלים בתחום ההערכה והמעקב, ולפיכך הן נזקקות להסדרי סיוע עם עובדי לשכות הרווחה. דוגמה נוספת היא התלות של עובדי בתי-החולים בגורמים קהילתיים או מוסדיים, שכן מעצם תפקידם במערכת הם חייבים להעביר את הטיפול בקשיש המשתחרר מבית-החולים לגורמים אלה. נוסף על זאת כל הארגונים תלויים, כמובן, בארגונים אחרים לצורך אי-שור המלצותיהם למתן שירותים שאינם בתחום מימנם.

יוצא איפוא, ששום ארגון אינו יכול לממש את אחריותו באופן עצמאי במסגרת מערכת המנוהלת על בסיס של אחריות כוללת. תפיסה קודמת היעיל של מערכת כזו מחייב מידה רבה במיוחד של תיאום בין הארגונים השונים הפועלים בה.

הבעיות הנוצרות במסכת הקשרים הקיימים מים מתבטאות, בין היתר, בדיווחים על קשיים שונים הניצבים בפני החלפת המידע בין הארגונים. שגיי-שלישים מן העובדים דיווחו על בעיות בהחלפת מידע. יחד עם זאת, העובדה ששליש מן העובדים לא דיווחו על בעיות כאלה מעידה על יכולתם של חלק מן העובדים ליצור בעצמם את ההסדרים

תים לקשיש לא רק בתוך אותו ארגון, אלא גם במסגרת בין-ארגונית רחבה יותר.

לסיים, ברצוננו לתאר בקווים כלליים את מסכת הקשרים הבין-ארגוניים. המערכת מורכבת מיחידות שונות, שפעולתן מושפעת ממדיניות הגוף שהן משתייכות אליו (לשכת הבריאות, לשכות הרווחה, קופת-חולים, בתי-חולים) מחד גיסא, ומגורמים המאפיינים את האיזור שהן פועלות בו, מאידך גיסא.

שאלה מרכזית היא, כיצד תוססים הארגונים השונים את אחריותם כלפי הקשיש וכיצד מתבטאת תפיסתם הלכה למעשה. כיום יכולים הקשישים לקבל שירותים מכמה ארגונים, הפועלים במסגרת של חלוקה ברורה ומוסכמת של הסדרי המימון. יחד עם זאת, הפיצול באחריות מחייב העברת הקשיש מארגון אחד למשנהו, כאשר חל שינוי במצבו. בהעדר תיאום מלא, אין המשכיות ברצף הטיפול בעת המעבר. מה שמקשה על כך עוד יותר היא העובדה, שהקריטריונים לסיווגו של הקשיש, שעל-פיהם נקבעת האחריות הארגונית, אף הם אינם ברורים וחד-משמעיים. במקרים אחדים, בעיקר במקרי גבול, לא ברור איזה ארגון אחראי לטיפול בקשיש.

נמצא, שהעובדים רואים את עצמם אחר-איים לטיפול בקשיש גם מעבר למסגרת השי-רותים הניתנים בארגון שהם עובדים בו. העובדים בקופת-חולים, בלשכות הרווחה ובבתי-החולים מבצעים הערכה כוללת של צורכי הקשישים, והם גם ממליצים על שירותים שהם אינם מספקים או אינם מממנים, על-מנת לתת מענה מקיף לצורכיהם. כמו כן הם עושים מעקב ועל שירותים שמספקים ארגונים אחרים.

לכאורה, הנכונות לקבל אחריות רחבה והגישה המקיפה להערכת הקשיש, המאפיינות את רוב הארגונים, הן המפתח להבטחת טיפול הולם בקשיש. אולם, בניגוד להסכמים בתחום המימון, כאן אין חלוקת עבודה ברורה בין הארגונים, והדבר עלול לגרום התנגשות או כפילויות. הוא עשוי גם להביא

זה ציינו עובדים רבים את הצורך למסד ולחזק את הקשרים הבין-ארגוניים.

חלק מן העובדים ממליצים על איחוד מלא של זכאויות הארגונים המספקים שירותים. אין ספק, שכל צמצום של הפיצול הקיים יפשט את התהליכים הארגוניים, אך ההמלצה העיקרית של העובדים היתה לחזק את מנגנוני התיאום הקיימים, תוך מיסוד הצוותים הרב-מקצועיים הבנויים מאחות קופת-חולים ועובדת סוציאלית מלשכות הרווחה, העובדת בתיאום עם אחיות בריאות הציבור (בהתאם לאופי האיזור). כפי שהצביעו הנתונים בדו"ח, הסדר זה כבר מתבצע על-ידי חלק מן העובדים בכמה אזורים. למעשה, כבר נצבר גיסיון רב, היכול לעזור במימוש המלצה זו.

המתאימים עם יתר הארגונים. כמו-כן דיווחו כמחצית מן העובדים על בעיות בחלוקת האחריות בטיפול (במקומות אחדים היה השיעור גבוה יותר, למשל: 80 אחוזים בקרב עובדי לשכות הרווחה בחיפה ו-100 אחוזים ביחידה להמשך טיפול של קופת-חולים בבאר-שבע), 70 אחוזים דיווחו על הליכי ארגון מסורבלים.

למרות הקשיים נמצא, שלמעשה קיימת מידה רבה של תיאום בין הארגונים השונים, אולם תיאום זה מותנה בעיקר ביוזמתם של העובדים בשדה והוא אינו מעוגן בהסדרים רשמיים. עובדה זו עשויה אולי, להסביר את השוני הרב הן בהיקפם והן במהותם של הקשרים שמקיימים עובדים שונים וארגונים באזורים שונים ועם ארגונים אחרים. בהקשר

ביבליוגרפיה

- דו"ח הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד בראשות פרופ' מן, ירושלים, 1983.
- חביב, ג', פקטור, ח', נאון, ד', ברודסקי, ג', דולב, ט', הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה ובקשישים הממתינים למיסוד, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1986 (טרם נדפס).
- מורגנשטיין, ב', שמאי, ג', כהן, ש', "מגמות בתכנון ובהפעלת חוג ביטוח סיעודי", במחוז פוילאי מס' 24 (1983), עמ' 77-99.
- פקטור, ח', גוטמן, מ', שמאלי, ע', מיפוי מערך השירותים לטיפול במושג לקשישים בישראל, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1982.
- Aiken, M. et al., *Coordinating Home Services*, Jossey Bass, San Francisco, 1975.
- Andrus Gerontology Center, *Staffing Patterns in Case Coordination Programs: Choice and Consequence: A Working Paper*, University of California, Los Angeles.
- Baxter, R. et al., *The Planning and Implementation of Chanelling: Early Experiences of the National Long Term Care Demonstration*, Mathematica Policy Research, Princeton, New Jersey, 1983.
- Beatrice, D., *Care Management: A Policy Option for LTC*, University Health Policy Consortium, Brandeis University, 1979.
- Brody, S., *Planning for the Long Term Support/Care System: The Array of Services to be Considered*, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Medical Center, University of Pennsylvania, 1979.
- Callahan, S. & S. Wallack, *Reforming the Long Term Care System*, University Health Policy Consortium, Lexington Books, Massachusetts, 1981.
- Daatland, S., "Use of Public Services for the Aged and the Role of the Family". *The Gerontologist* 23 (1983, pp. 650-656).
- Dewar, A., R. DiTomara, N. Hage & G. Ziets, *Coordinating Human Services*, Jossey Bass, San Francisco, 1975.

- Doherty, N. *et al.*, *The Triage Experiment: Overcoming Organizational and Financial Barriers to Care for the Elderly*, Hartford Connecticut, 1980.
- East Cleveland Community Human Services Center, *A Strategy for Services Integration*, Cleveland, Ohio, 1974.
- Eggart, G. *et al.*, "Gaining Control of the LTC System: First Returns from the ACCESS Experiment", *The Gerontologist* 20 (1980), pp. 356-363.
- Goodman, C., *Case Management Model Project Evaluation*, Department of Social Work, California State University of Long Beach, 1981.
- Gottesman, L., *Possible Case Management Activities of a Channeling Agency*, Philadelphia Geriatric Center, 1980.
- Greenberg, J. & R. Fine, "Issues in Evaluating the Cost of Services to the Elderly", in: D. Mangen & B. Peterson (eds.), *Handbook of Research Instruments in Adult Development and Aging*, Academic Books, New York, 1982.
- Greenberg, J./Roth, D. Johnson A. & C. Austin, *A Comprehensive Study of L.T.C. Demonstration Projects: Lessons for Future Inquiry*, Center for Health Services Research, University of Minnesota, 1980.
- Habib, J. & J. Rojas-Pakes, *The Role of Case Management in the LTC System: Introductory Remarks*, Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1982.
- John, D., "Managing the Human Service System: What Have We Learned From Service Integration?" *Human Services Monograph Series*, 4, 1974.
- Kane, R., *Interprofessional Teamwork*, Manpower Monograph No. 8, University of Utah, Provo, Utah, 1975.
- Kutz, E., *Eligibility Considerations in the Provision of Long-Term Services*, University of Chicago, Chicago 1979.
- Leutz, W. *et al.*, *Changing Health Care for an Aging Society*, Planning for the Social Health Maintenance Organization, Brandeis University Health Policy Center. Lexington Books, Massachusetts, 1985.
- Maddox, G. L. & Karsik, R. B. (eds.), "Planning Services for Older Persons; Translating National Objectives into Effective Programs", Proceedings of a Workshop held at Duke University, 1976.
- Marshall, K. *et al.*, "Integration of Human Services", in: *HEW: An Evaluation of Services Integration Projects* 1. HEW Social and Rehabilitation Service, Washington, D.C., 1972.
- Mittenthal, S., *Human Services Development Programs in Sixteen Allied Services (SITO) Projects*, Human Ecology Institute, Wellesley, Massachusetts, 1975.
- Morris, R. & I. Lescher, "Service Integration: Real versus Illusory Solutions to Welfare Dilemmas", Paper prepared for conference on Service Delivery in Human Service Organizations, 1977.
- Mueller, J. & M. Hopp, *Case Management Services for the Mentally Disabled: A Study of Cost Effectiveness and Barriers to Service Delivery*, Cornell University, 1979.
- Price, L. & L. Rips, *Third Year Evaluation of the Monroe County LTC Program*, Department of Social Services, New York, 1981.
- Quin, J., *Triage II: Coordinated Delivery of Services to the Elderly*, Executive Summary, Department of Health and Human Services, Connecticut, 1982.
- Rojas-Pakes, J., *Assessment for Long-Term Care: A Review of Selected Instruments*, Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1981.
- Sager, A., *Learning the Home Care Needs of the Elderly*, Levinson Policy Institute, The Florence Heller School for Advanced Studies in Social Welfare, Brandeis University, Boston, 1980.

- Sherwood, S., J. Morris & E. Bernhart, "Developing a System for Assigning into an Appropriate Residential Setting", *Journal of Gerontology* 30 (1975); pp. 331-342.
- Steinberg, R. & G. Carter, *Case Management and the Elderly*, Lexington Books, 1983.
- Willemain, T., "Beyond the GAO Cleveland Study: Unit Selection for Home Care Services", Discussion Paper, University Health Policy Consortium, Brandeis University, 1979.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N., *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge University Press, London, 1974.
- Young, A. *et al.*, *Client Tracking/Case Management System Alternatives*, Report for the National LTC Cannelling Demonstration Project, 1981.
- Zawadski, R., *On-Lok Senior Health Services: Toward a Continuum of Care*, On-Lok Senior Health Services, San Francisco, 1979.

נספח: חוקי ביטוח סיעוד

* חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 39), התשמ"א—1980 *

1. אחרי סעיף 127 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח—1968: הוספת פרק 5'
(להלן — החוק העיקרי), יבוא:

"פרק 5': ביטוח סיעוד"

127 פג. כל מבוטח ביטוח זקנה וביטוח שאירים מבוטח גם ביטוח סיעוד, ואולם ההיקף והתנאים לזכאות בביטוח סיעוד ייקבעו בחוק, ובו ייקבעו גם המועד או המועדים לתחילת הזכאות ולמתן הגמ' לאות."

.....

7. תחילתו של חוק זה ביום ט"ו בניסן התש"ם (1 באפריל 1980). תחילה

ישראל כץ שר העבודה והרווחה	מנחם בגין ראש הממשלה	יצחק נבון נשיא המדינה
-------------------------------	-------------------------	--------------------------

* נתקבל בכנסת ביום י"ז בחשון התשמ"א (27 באוקטובר 1980) ופורסם בס"ח 986, כ"ה בחשון התשמ"א (4 בנובמבר 1980); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בה"ח 1479, התש"ם, עמ' 408.
1 ס"ח התשכ"ח, עמ' 108; התש"ם, עמ' 203.

* חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 61), התשמ"ו—1986 *

1. במקום פרק 5' לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח—1968: הוספת פרק 5'
(להלן — החוק העיקרי), יבוא:

"פרק 5': ביטוח סיעוד"

פימן א': הגדרות

127 פג. בפרק זה — הגדרות

"מבוטח" — כל אחד מאלה:

(1) מבוטח ביטוח זקנה וביטוח שאירים;

* נתקבל בכנסת ביום כ"ז באדר ב' התשמ"ו (7 באפריל 1986) ופורסם בס"ח 1178, ט"ז בניסן התשמ"ו (25 באפריל 1986); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בה"ח 1764, התשמ"ו, עמ' 66.
1 ס"ח התשכ"ח, עמ' 108; התשמ"ו, עמ' 60, עמ' 68 ועמ' 126.

- (2) עקרת בית כמשמעותה בסעיף 8 ;
 (3) אלמנה בת קיצבה כאמור בסעיף 9 ;
 (4) תושב ישראל שעלה לפי חוק השבות, התש"י—1950²,
 ואינו מבוטח ביטוח זקנה וביטוח שאירים ;
- "ליקוי" — ליקוי גופני, שכלי או נפשי הנובע ממחלה, מתאונה או ממום מלידה ;
- "פעולות יום יום" — לבישה, אכילה, שליטה בתפרשות, רחצה, נידות ועצמית בבית ;
- "השגחה" — השגחה ופיקוח על המבוטח למניעת נזק או סכנה לעצמו או לאחרים ;
- "גימלת סיעוד" — גימלת חדשית להשתתפות בתשלום בעד שירותי סיעוד, המשולמת לפי פרק זה ;
- "שירותי סיעוד" — שירותים המיועדים לסייע בביצוע פעולות יום יום או בהשגחה או בניהול משק בית ;
- "מוסד סיעודי" — מוסד סיעודי או מחלקה סיעודית שבהם מוחזקים ומטופלים אנשים הזקוקים לסייעוד, תשושי נפש או תשושים ;
- "קיצבת יחיד מלאה" — כמשמעותה בסעיף 127לז ;
- "ועדה מקומית מקצועית" — ועדה מקומית מקצועית לעניני סיעוד לפי סעיף 127צא.

סימן ב' : גימלאות

- גימלת סיעוד 127פד. (א) (1) מבוטח שכתוצאה מליקוי נהיה תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות יום יום, או הזקוק להשגחה — זכאי לגימלת סיעוד בשיעור השווה לקיצבת יחיד מלאה ;
- (2) מבוטח שכתוצאה מליקוי נהיה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות יום יום, או הזקוק להשגחה מתמדת — זכאי לגימלת סיעוד בשיעור השווה ל-150% מקיצבת יחיד מלאה,
- והכל בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג) ובסעיף 127פה.
- (ב) גימלת סיעוד המשולמת כאמור בסעיף 127פה(ג) תהיה בשיעור של 80% מהשיעורים שנקבעו בסעיף קטן (א).
- (ג) את בדיקת מידת התלות בעזרת הזולת יעשה המוסד על-פי הסדרים שייקבעו בין המוסד לבין שירותי הבריאות ושירותי הרווחה.
- (ד) הזכות לגימלת סיעוד ושיעורה מותנים במבחני הכנסה שיקבע השר בתקנות, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת ; בתקנות אלה ייקבעו שיעורי הגימלה בהתאם

למבתני ההכנסה וכללים לחישוב ההכנסה, לרבות מבחנים וכללים לסוגי מבוטחים ;

לענין גימלה המשולמת לפי סעיף 127 פה(ג) יכול שתובא בחשבון גם הכנסה של בן משפחה המטפל בזכאי, בתנאים שייקבעו בתקנות כאמור ; לענין זה, "בן משפחה" — בן או בת של הזכאי, שהכנסתו עולה לפחות על שלוש פעמים השכר הממוצע.

127 פה. (א) זכאי לגימלה לפי פרק זה יהיה מי שביום הגשת התביעה לגימלת סיעוד מלאו לו 65 שנים בגבר ו-60 שנים באשה.

תשלום
גימלת סיעוד

(ב) על אף האמור בסעיפים 135, 136 ו-136 ב, תשלום גימלת הסיעוד, כולה או מקצתה, למי שנותן את שירותי הסיעוד, כפי שקבעה ועדה מקומית מקצועית, ולא לידי הזכאי.

(ג) גימלת הסיעוד תשולם לזכאי רק אם הועדה המקומית המקצועית קבעה שהוא גר עם בן משפחה המטפל בו, ושאינן שירותי סיעוד זמינים שניתן לספק לו או שלא סופקו לו שירותי סיעוד תוך ששים ימים מהיום שבו נוצרה זכאות לגימלת סיעוד ; היו שירותי סיעוד זמינים אך הזכאי סירב לקבלם ללא סיבה סבירה, יראו כאילו שירותי הסיעוד סופקו לו.

(ד) זכאי לגימלת סיעוד, שאינו גר עם בן משפחה או גר עם בן משפחה שאינו מטפל בו, והועדה המקומית המקצועית קבעה שאין שירותי סיעוד זמינים שניתן לספק לו, או שלא סופקו לו שירותי סיעוד תוך שלושים ימים מהיום שבו נוצרה זכאות לגימלת סיעוד, יהיה זכאי להתקבל, לפי הכללים המקובלים, למוסד סיעודי של המדינה או שהמדינה משתתפת בהחזקת המטופלים בו, ובלבד שהמימון להחזקתו יהיה במסגרת התקציב המיועד לכך מכספי ביטוח סיעוד כאמור בסעיף 127 צו(ב) ובמסגרת התקציבים המאושרים של משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה.

127 פה. תקופת האכשרה המוכה לגימלת סיעוד היא 12 חדשים רצוי- פים בתכוף לפני הגשת התביעה לגימלת.

127 פה. מבוטח הנמצא במוסד סיעודי או שמתקיים בו האמור בסעיף 137 (א) לא יהיה זכאי לגימלת סיעוד.

סייג לזכאות

127 פה. (א) הזכאי לגימלת סיעוד וכן לקיצבה מיוחדת לפי סעיף 69 או לקיצבה לשירותים מיוחדים כאמור בסעיף 127 כה, הברירה בידו לבחור באחת מהן.

מניעת כפל
תשלומים

(ב) הזכאי לגימלת סיעוד לפי פרק זה וכן לשירותי סיעוד בכסף או בעין מאוצר המדינה, על פי חוקים וסוגי תשלומים שייקבעו בתקנות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, הברירה בידו לבחור באחד מהם.

תחילת הזכאות 127סט. על אף האמור בסעיף 128, הזכאות לגימלת סיעוד תתחיל בתום שלושים ימים מה-1 בחודש שבו הוגשה התביעה לגימלה.

בדיקה מחדש 127צ. המוסד רשאי לבדוק —

- (1) אם הזכאי מטופל על ידי בן משפחה או אם הוא מקבל את שירותי הסיעוד בהיקף גברמה שנקבעו לו, לפי הענין;
- (2) את מידת תלותו של הזכאי בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יום, לרבות בדיקה מחדש לפי בקשתו של הזכאי, הכל לפי כללים שיקבע השר בתקנות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

ועדה מקומית מקצועית 127צא. (א) השר ימנה ועדות מקומיות מקצועיות לעניני סיעוד, ויקבע את אזורי פעולתה.

(ב) חברי הועדה יהיו: אחות של שירותי הבריאות, עובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים ועובד המוסד; הועדה תתייעץ ברופא.

(ג) אחות ורופא כאמור בסעיף קטן (ב) ייקבעו מתוך רשימה שיסכימו עליה השר ושר הבריאות.

(ד) השר רשאי, בהתייעצות עם שר הבריאות, לקבוע בתקנות את סדרי העבודה של ועדה מקומית מקצועית, וככל שלא נקבעו כאמור, רשאית כל ועדה מקומית מקצועית לקבוע את סדרי עבודתה.

תפקידי הועדה המקומית המקצועית 127צב. (א) קבע המוסד שהמבוטח זכאי לגימלת סיעוד לפי סעיף 127סד, יהדיע ועל כך לוועדה המקומית המקצועית שבאזור פעולתה מתגורר הזכאי.

(ב) הועדה המקומית המקצועית תקבע את שירותי הסיעוד שיש לספק למבוטח; קבעה כאמור, תקבע את גותן השיעורים ותדאג למתן אותם השירותים או תקבע שאין שירותים זמינים שניתן לספק לו; הועדה רשאית להגביל את קביעותיה בזמן.

(ג) הועדה המקומית המקצועית תודיע למוסד את החלטותיה לפי סעיף קטן (ב).

ועדה לעררים 127צג. (א) הרואה עצמו נפגע על ידי החלטה של ועדה מקומית מקצועית, רשאי לערור עליה לפני ועדה לעררים.

(ב) הרכב הועדה לעררים, סמכויותיה, המועדים להגשת ערר וסדרי עבודתה ייקבעו בתקנות באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

(ג) חברי הועדה לעררים שהם רופא או אחות, ייקבעו מתוך רשימה שיסכימו עליה השר ושר הבריאות.

127צד. השר רשאי בתקנות, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת —

הרחבת סוגי זכאים לגימלאות

- (1) להחיל את הזכאות לגימלת סיעוד גם על מי שטרם מלאו לו 65 שנים בגבר ו-60 שנים באשה;
- (2) לקבוע סוגים נוספים של גימלאות שיינתנו למוגבלים בתיפקוד, וכללים, תנאים, מבחנים, שיעורים ומועדים לתשלומן.

סימן ג': ועדה ארצית

127צה. (א) השר ימנה ועדה ארצית מייצעת לעניני סיעוד (להלן — הועדה הארצית), וכן ימנה את יושב ראש הועדה מבין החברים שימונו לפי סעיף קטן (ב) (9) או (10).

ועדה ארצית לעניני סיעוד

(ב) ואלה יהיו חברי הועדה הארצית:

- (1) שני נציגים של משרד העבודה והרווחה;
- (2) שני נציגים של משרד הבריאות;
- (3) נציג של משרד האוצר;
- (4) נציג של משרד הפנים;
- (5) שני נציגים של מרכז השלטון המקומי;
- (6) שני נציגים של המוסד לביטוח לאומי;
- (7) שני נציגים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל;
- (8) נציג של כל קופת חולים אלה:
 - (1) קופת חולים מכבי;
 - (2) קופת חולים לעובדים לאומיים;
 - (3) קופת חולים מאוחדת;
- (9) שלושה מומחים בתחום הטיפול הממושך של חולים סיעודיים, שימונו בהתייעצות עם שר הבריאות;
- (10) מומחה מבין מנהלי המחלקות הגריאטריות או מבין מומחים במוסדות סיעוד, שימונה בהתייעצות עם שר הבריאות;
- (11) נציג של "אש"ל" — האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל;
- (12) נציג של "משען" — מרכז משען של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל;
- (13) שני נציגים של הסתדרות הגימלאים בישראל.

(ג) תקופת כהונתה של הועדה הארצית תהיה ארבע שנים.

(ד) המוסד יספק לועדה הארצית שירותי מינהל שיידרשו לעבודתה התקינה.

(ה) השר רשאי לקבוע בתקנות את סדרי עבודת הועדה, וככל שלא נקבעו כאמור רשאית היא לקבוע את סדרי עבודתה.

127צו. הועדה הארצית תיעץ למוסד בענין מימון פעולות כאמור בסעיף 127צו(א) (להלן — פעולות פיתוח); לצורך זה —

תפקידי
הועדה
הארצית

- (1) תבדוק תכניות לפעולות פיתוח שיגישו לה גופים ציבוריים ותחומה העתה עליהן;
- (2) תמליץ על סדרי ועדיפות כלל-ארציים לפעולות פיתוח;
- (3) תמליץ על הקצאת כספים למימון פעולות פיתוח.

סימן ד' : מימון

127צו. (א) בהתייעצות עם המועצה ולפי המלצה של הועדה הארצית יממן המוסד, באישור השג ובהסכמת שר האוצר, פעולות המיועדות לפיתוח שירותים קהילתיים למוגבלים בתיסקדם הזקוקים לטיפול ממושך וכן לפיתוח שירותים הניתנים במוסדות סיעודיים ולטיפול איכותם. ובלבד שסך ההקצאה השנתית לפעולות אלה לא יעלה בשנות הכספים 1986 עד 1988 על 20%, ובשנות הכספים שלאחריהן — על 10% מאמזן הגביה השנתית של דמי ביטוח סיעוד לאותה שנה; המוסד יקבע נוהלים ומועדים לדיווח על ניצול הכספים שהוקצו.

פיתוח
החוקה
שוטפת של
שירותים

(ב) הגדיל משרד העבודה והרווחה או משרד הבריאות בשנת כספים פלונית את מספר האנשים המטופלים במוסדות סיעודיים, יממן המוסד את החזקה השוטפת של מספר האנשים שנוספו באותה שנת כספים במוסדות האמורים, ובלבד שסך ההקצאה לשנת פלונית לכל אחד מהמשרדים לא יעלה על 15% מאמזן הגביה השנתית של דמי ביטוח סיעוד לאותה שנה; המימון ייעשה בסכומים, במועדים ובדרכים שיוסכמו בין המוסד לבין המשרדים, ובלבד שהתל בשנת הכספים 1987 ישולמו הסכומים בעד שנה פלונית לאחר שנתקבל דיווח על ניצול הכספים שהוקצו לפי סעיף קטן זה בשנה הקודמת.

(ג) הוראות סעיף זה יחולו בשנות הכספים 1986 עד 1995.

127צח. (א) בשנות הכספים 1986 ו-1987 יקציב המוסד סכום של 3 מיליון שקלים חדשים לשנה למשרד הבריאות ולמשרד העבודה והרווחה, כל אחד מהם, לכיסוי הוצאותיהם המיועדות להרחבת היקף השירותים לסיוע בטיפול אישי ועזרה בניהול משק בית.

הרחבת היקף
מקבלי סיוע

(ב) הסכומים האמורים בסעיף קטן (א) יועברו למשרדים בחלקים, במועדים ובדרכים שיוסכמו ביניהם לבין המוסד; כל חלק יוגדל לפי שיעור עליית המדד שפורסם בחודש מרס 1986 עד המדד שפורסם לאחרונה לפני היום שבו יועבר.

(ג) המוסד יעביר את הכספים האמורים בעד שנות הכספים 1986 ו-1987 לאחר שנתקבל דיווח על ניצול הכספים שהוקצו לפי סעיף זה.

2. בסעיף 143 לחוק העיקרי —
- (1) אחרי סעיף קטן (א) יבוא:
- "(א1) גימלת סיעוד לא תיחשב כקיצבה לענין סעיף קטן (א) (1).";
- (2) בסעיף קטן (ד), אחרי פסקה (5) יבוא:
- "(6) גימלת סיעוד."
3. בסעיף 159(ב) לחוק העיקרי, אחרי "התייעצות עם שר האוצר" יבוא "ולענין ביטוח סיעוד — בהסכמת שר האוצר".
4. בסעיף 169 לחוק העיקרי, אחרי סעיף קטן (י) יבוא:
- "(יא) מבוטחת לפי פרק 5' שהיא עקרת בית כמשמעותה בסעיף 8, או שהיא אלמנה בת קיצבה כאמור בסעיף 9, לא תשלם דמי ביטוח לפי סעיף 157(ד5) כל עוד אינה מבוטחת לפי פרק ב'."
5. בסעיף 181(ב) לחוק העיקרי, במקום "פרק ט' או פרק ו'4" יבוא "פרקים ט'2, ו'4 ו-ו'5".
6. בסעיף 217 לחוק העיקרי, אחרי סעיף קטן (א1) יבוא:
- "(א2) אוצר המדינה ישפה את המוסד, על פי דרישתו, על ההוצאות שהוציא למתן גימלאות סיעוד לתושבי ישראל לפי פסקה (4) להגדרת "מבוטח"."
7. (א) תחילתם של סעיפים 127סג ו-127צה עד 127צח לחוק העיקרי שנוספו בחוק זה וסעיפים 2 עד 5, ביום כ"א באדר ב' התשמ"ו (1 באפריל 1986) (להלן — יום התחילה).
- (ב) תחילתם של יתר סעיפי החוק העיקרי שנוספו בחוק זה וסעיף 6 בתום עשרים וארבעה חדשים מיום התחילה.
8. חוק זה יפורסם ברשומות תוך 20 ימים מיום קבלתו בכנסת.

משה קצב
שר העבודה והרווחה

שמעון פרס
ראש הממשלה

חיים הרצוג
נשיא המדינה

חוברת 24, פברואר 1983

פרופ' אברהם דורון
פראנק פילד

מדינת הרווחה: סוגיות של קיצוב והקצאת משאבים
חליבור ומדינת הרווחה בשנות ה-80
התפתחויות ומגמות בביטחון הסוציאלי 1978—1980
(דו"ח המזכיר הכללי של איס"א)

ד"ר מיכאל שלו

קונפליקט מעמדי ומדיניות ציבורית: מאגר לדגם הסוציאליזמוקרטי
של מדינת הרווחה

פרופ' אברהם דורון,
נירה שמאי ויוסי תמיר
ברנדה מורגנשטיין,
נירה שמאי ושלמה כחן

מדיניות הבטחת הכנסה מנקודת ראות המשפחה —
מחקר משווה של שמונה ארצות

מגמות בתכנון ובחפעת חוק ביטוח סיעוד

דיני הביטחון הסוציאלי מבחינת המשפט הרצוי —
סוגיות ובחירות

ד"ר אריה ל' מילר
ד"ר אברהם דניאל
ג'ק חביב ויעקב קופ
פרופ' יצחק מרגוליא, סמית
נשיף וד"ר חלן פרידן

מערכת הזכויות הסוציאליות במערב אירופה
החיבטים הכלכליים של העבודה ההתנדבותית
הקשישים הערביים המוסלמים באיזור הכפרי
(גישות וצרכים)

מיח. הולצמן
ופרופ' ארט בלום

הערכת הפונים, ועובדי השיקום שלהם, את סוגי השירותים
וההתערבויות המקצועיות בתהליך השיקום במחלקת
השיקום של המוסד לביטוח לאומי
חקיקה ופסיקה סוציאלית: חוק הביטוח הלאומי (תיקון
מס' 44), חוק לימוד חינוך (גני ילדים); חוק הביטוח
הלאומי (תיקון מס' 45), חוק נישואין

עו"ד אריה וולף

חוברת 25, נובמבר 1983

ד"ר אירוויין גרפינקל
וד"ר קארן ק' הולדן

משברים בביטוח זיקנה ומדינת הרווחה

ד"ר אריה ל' מילר
פרופ' ברנדה אייזאקס

מהותם וסוגיהם של שירותי הרווחה
הטיפול הקהילתי בקשישים בבריטניה

ד"ר יוסף קטן
ד"ר הווארד ליטוויין
עמיר שמואל, פרופ' יהודית
שובל ורחל פליישמן
ד"ר אורי לויתן

השתתפות דיירים בחיי המוסדות לקשישים — מטרות ומרכיבים
האומבודסמן למעונות סיעודיים — על המתרחש בארצות הברית
התמיכה הלא-פורמלית בקשישים: רשתות
חברתיות בשכונת בקעה בירושלים

ד"ר רם א' כנען

עבודה וזיקנה בקיבוץ
מימון בחשבון צובר ובחשבון שוטף —
הערות על משמעותם ועל השימוש בהם

עו"ד אריה וולף

חקיקה ופסיקה סוציאלית: חוק הסיוע למשפחות ברובות
ילדים, התשמ"ג—1983; חוק הרשות לשיקום האסיר,
התשמ"ג—1983; אימוץ ללא הסכמת ההורים הטבעיים,
גימלאות לידועה בציבור

חוברת 26, יולי 1984

- פרופ' ח"ש חלוי
 שירותים פסיכיאטריים במסגרת התקציב הממשלתי לבריאות
 התקף לב וחזקת הסיבתיות — תרחורים על יחסי-גומלין
 בפעולותיהן של רשויות הביצוע, השפיטה והחקיקה
 מוקדי חירום בישראל: קהילה קטנה מתארגנת להתמודדות
 עם משברי מלחמה
 מגמות ההתפתחות בממדי העוני ובאי-שוויון התחלקות
 ההכנסות בקרב האוכלוסייה בשנים 1973—1979
 ביטוח אבטלה ושיעור האבטלה: תיאוריה, ממצאים אמפיריים ולקחים
 תמיסת המושג "רווחת העובד" — מחקר גישוש בתעשייה
 באיזור חיפה
 ייחוס סיבות למצב נזקקות של משפחה כפונקציה של מוצאה
 העדתי. ושל מוצאו העדתי ומצבו הכלכלי של המייחס
 חקיקה ופסיקה סוציאלית: מיסוי נקודות קיצבה; תיקון לחוק מס מקביל;
 הצעת חוק שירותי הרווחה; השתתפות הממשלה בשכר לימוד,
 במעונות יום; ריבוי נישואין; הכרה במכללה לעובדים סוציאליים
- ד"ר שאול קובובי
 פרופ' ב' ינוב, מיכל גוטמן,
 נורית רייזנר ואהל רובין
- ד"ר רחל כץ וד"ר יחזקאל טלר
 פרופ' יואל ינון, בינה ויילר,
 ענת כצלסון וטל סגל
- ד"ר גדעון יניב
 עו"ד אריה וולף

חוברת 27, יוני 1985

- מערכת הפנסיה בישראל
 מימון תכנית זיקנה, שאירים ונכות במערב גרמניה
 התפתחויות ומגמות בביטחון הסוציאלי 1961—1983
 (דו"ח המזכיר הכללי של איס"א)
 מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל
 האם חוקי הפלה משפיעים על שיעורי הילודה?
 עדויות מכמה ארצות
 המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה
 ביטוח סוציאלי של התלויים בסמים ואלכוהול
 היערכות עובדים סוציאליים כמסנגרים וכמתריעים
 חברתיים בתקופה של צמצום משאבים
 חקיקה ופסיקה סוציאלית: הצעת חוק הביטוח הלאומי
 (חוראת שעה); התקף לב כתאונה בעבודה; תסמונת "הילד המוכח"
- שלמה כהן ויעקב אנטלר
 ד"ר פאול פוטר
- החל פליישמן, אדהיאן תומר ואחרים
 אילנה ציגלר
 ופרופ' שלמה ישרלין
 זחבה פוקס
 אריק אודון בורג
- ד"ר יוסף כורזים
 עו"ד אריה וולף

חוברת 28, אפריל 1986

- ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים
 הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל
 גביית תשלומים בעד שירותים רפואיים — הניסיון של קנדה
 ביקורת שיפוטית על ועדות רפואיות לנפגעי עבודה
 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בישראל
 עידוד העסקת הנכים — סוגיות, סקירה בינלאומית
 והשלכות למשק הישראלי
 מצבה הכלכלי של אוכלוסיית הקשישים: מחקר השוואתי
 של שבע מדינות
 איזון בטיפול בשירותים לקשיש בישראל
 חקשר בין טיב ההתייחסות אל הרשת החברתית ובין
 חיפוש עזרה מסוכני עזרה שונים
- ד"ר אבדיקר אלנצווג
 פרופ' אמדרי דה-פריז, פרופ' חיים
 ש' הלוי וד"ר דב צ'רניחובסקי
 פרופ' אברהם דורון
 ד"ר שאול קובובי
 פרופ' ח"ש חלוי
- נעמי ענתבי
- לאה אחדות זיוסי תמיר
 גרי מ' גינסברג
- פרופ' יואל ינון וטוביה מלמד

חקיקה ופסיקה סוציאלית: הצעת חוק הביטוח הלאומי
(תיקון מס' 60), התשמ"ו-1985; ביטוח סיעוד; אימוץ
בניגוד לרצון האם הטבעית; קרן פנסיה לימאים

עו"ד אריה וולף

חוברת 29, נובמבר 1986

פרופ' יצחק זמיר
יעקב קופ

פרופ' אברהם דורון

ד"ר גדעון יניב ואסתר שרון
פרופ' אלווין שור

ד"ר נחמן שרון
פרופ' יואל ינון, רחל
איכילוביץ וגבריאלה מגלן
רחל פליישמן, מרים בראיורא,
תומר וראובן שורץ

שלטון החוק במדינת ישראל
השירותים החברתיים בראי התקציב
מערכת הבטחת הכנסה לאוכלוסייה הקשישה בקנדה
בהשוואה לישראל
הסכם "הכנסת המינימום": אוכלוסיית המטרה,
דרגת חציות ועלויות השכר
זיכוי מס ברהחזר — ניתוח מדיניות קוביסטי
פעולה מתקנת: חוליה חדשה-ישנה בהערכת
מערכות לסיוע כלכלי ושירותי רווחה
היענות לבקשת עזרה כפונקציה של הוותק
בארץ של העוזר והנעזר
תוכנית ניסיונית להפעלת שיטת המסמנים במערכת

הפיקוח על המעונות לזקנים בארץ
חקיקה ופסיקה סוציאלית: הצעת חוק הביטוח הלאומי
(תיקון מס' 62); הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון
מס' 63); הצעת חוק מס מקביל (תיקון מס' 7);
חוק מיסוי נקודות קיצבה (הוראת שעה) (תיקון
מס' 3); חוק עבודת נשים (תיקון מס' 7); חוק פיצויי
פיטורים (תיקון מס' 12); אימוץ ילד שהופקר

עו"ד אריה חלף

חוברת 30, יוני 1987

מרדכי ציפורי
שלמה כהן
פרופ' ק"י מן
ברנדה מורגנשטיין
ומרה שמאי
יעקב קופ
ג'ק חביב וחיים פקטור
ד"ר דן שניט

ברנדה מורגנשטיין
אורי לאור
ג'ק חביב, חיים פקטור ושמואל באר
רחל פליישמן, מרים בראיורא,
ג'ני מנדלסון, אדריאן תומר,
ראובן שורץ ורויטל רונן
ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב,
מרק כהן ותומר חרון

דבר המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי
לקראת הפעלת חוק ביטוח סיעוד
חוק ביטוח סיעוד — רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה
חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד
סוגיות בתכנון חוק ביטוח סיעוד ומערכת הביטחון הסוציאלי בישראל
הצבר שהזדקן: האוכלוסייה הקשישה בהיבט דמוגרפי
הגישות הקשורות לפיתוח חוק ביטוח סיעוד וההשלכות לגבי העלויות
חוק ביטוח סיעוד — ההיבט המשפטי
היענות מערכות הסיוע הפורמלי לשינויים החברתיים
ולדפוסי הטיפול הממושך בקשישים
פיתוח שירותים בעקבות חוק ביטוח סיעוד
צרכים ארציים לקשישים מוגבלים — היום ובשנים הבאות
איכות הטיפול המוסדי בקשישים בישראל:
מחקר ויישום
ניהול הטיפול בשירותים לקשישים:
הליכים ארגוניים
נספח: חוקי ביטוח סיעוד