

ביטחון סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

חוק ביטוח סיעוד - לקחים, דילמות, ציפיות

עורך-אורח: הלל שמיד

ביטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

חוק ביטוח סיעוד - לקחים, דילמות, ציפיות

עורך-אורח: הלל שמיד

**יוצא לאור מטעם
המוסד לביטוח לאומי**

**ירושלים • תמוז תשס"א • יולי 2001
חוברת 60**

בחברת זו

שתיים-עשרה שנה חלפו מאז הופעל בישראל חוק ביטוח סיעוד, שנחקק בשנת 1980. הגיעה אפוא העת לברוק מה הושג ואילו בעיות טרם הגיעו לפתרון. יוחנן שטסמן, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, מנתח-לאור המטרות שהציב לפניו המחוקק בעת חקיקת החוק, את הבעיות הדורשות פתרון ומציע על בסיס מסקנותיו תוכנית לפעולה אנגב הכנסת תיקונים מתאימים בחקיקה.

ברכה בן-צבי, שהיתה מעורבת בשלבי הכנתו של חוק ביטוח סיעוד, מעלה הרהורים על הצלחותיו של החוק ומצביעה על מספר תחומים שבהם אכן הוגשמו מטרות החוק, בצד נושאים אחרים שמן הראוי לשנות את ההדגשה בהם או הדורשים עיון מחודש לאור הנסיבות שהשתנו.

השוואה בין החוקים שעניינם טיסול ממושך בקשישים נזקקים, כפי שהונהגו בחמש מדינות מפותחות ובהן ישראל, היא נושא מאמרם של ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב ואילנה מזרחי, המפרטים במאמרם את הרומה והשונה מבחינת סוגי התוכניות, הגורמים המבטחים, הקריטריונים לזכאות, זמינות הסיוע, מקורות המימון, היקף הכיסוי ועלות ההפעלה.

בהערכת השפעתו של שינוי בחקיקה על ההתנהגות הארגונית, האסטרטגיה והמבנה של ספקי השירות, הן אלה שלמטרות רווח והן אלה שללא מטרות רווח, על רקע הניסיון שנצבר בהפעלתו של חוק ביטוח הסיעוד הישראלי, עוסק מאמרו של הלל שמיר, המצביע על תהליך של הידמות בין שני סוגי הארגונים בכל הנוגע לדפוסי הפעולה וההתנהגות הביורוקרטית שלהם.

מימי אייזנשטרט וזאב רזנהק בוחנים את תהליכי העיצוב והיישום של תוכנית ביטוח הסיעוד בישראל במטרה לברוק את משמעות ההפרטה וצמיחת שווקים מעורבים מבחינת תפקידה של מדינת הרווחה כמספקת שירותים וכמעסיק, ומצביעים על היווצרותו של דפוס חדש של מעורבות המדינה ביצירה ובחלוקה של השירותים התברתיים.

לקחים ראשוניים מיישום מדיניות ההפרטה בשירותי ביטוח סיעוד הם נושא מאמרו של יוסף קטן, המנתח את הסדרי ההפרטה החלקית, כדבריו, שיש להם תוצאות חיוביות וגם שליליות, ואגב כך הוא קורא לבריקה מחודשת ושיטתית של מדיניות ההפרטה וההסדרים שלפיהם היא מיושמת.

אלן זיפקין מציע לשנות את תקצוב התוכניות הציבוריות בדרך של הכנסת שינויים תוספתיים תוך הצבעה על תוכנית ביטוח הסיעוד כדוגמה ליישום הצעתו, שאינה כרוכה בתוספת תקציב.

על מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית אצל קשישים יהודים בהשוואה למצב הקיים אצל קשישים ערבים עומדת אסתר יקוביץ ומיכל ניר במאמרן הסוגר את שורת מאמרי החוברת. מחקרן מתבסס על סקר שנערך בשנת 1997 בקרב חמשת אלפים מקבלי גמלאות סיעוד מן הביטוח הלאומי.

★

מאמרים ל"ביטחון סוציאלי" יש להגיש בשלושה עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית קצרה (אבסטרקט) בעברית, בהיקף של 100 עד 130 מילים, תמצית של המאמר באנגלית (באורך של עמוד עד עמוד וחצי כערך), הכוללת את שם המחבר, את שם המאמר ואת שם המוסד שהמחבר קשור אליו, גם הם באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

איורים יש להגיש על נייר לבן, בצד אחד של הדף, בצבע שחור, מוכנים לצילום. מען המערכת: "ביטחון סוציאלי", מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13, ירושלים 91909.

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

המערכת:

מיה עורב-הטל (יו"ר)

לאה אחדות

ד"ר גיוני גל

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יעל ישי

חוקיה ישראל

פרופ' יוחנן שטסמן

פרופ' אריה שירוס

פרופ' משה סקרן

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

"ארי" מבשרת ציון

ודפוס פרינטיב, ירושלים

תוכן העניינים

5	הלל שמיד	דברי הקדמה
8	יוחנן שטסמן	חוק ביטוח סיעוד לאחר שתיים-עשרה שנה - בעיות ופתרונות
31	ברכה בן-צבי	הרהורים על חוק ביטוח סיעוד ולקחים לעתיד
46	גיני ברודסקי, ג'ק חביב, אילנה מזרחי	סקירת חוקים לטיפול ממושך בחמש מדינות מפותחות: אוסטרליה, גרמניה, הולנד, יפן וישראל
90	הלל שמיד	הערכת השפעתו של חוק ביטוח סיעוד על ארגונים שלא למטרות רווח ולמטרות רווח המספקים שירותי טיפול בית
113	מימי אייזנשטדט, זאב רוזנהק	הפרטה ודפוסי מעורבות חדשים של המדינה: תוכנית הסיעוד בישראל
129	יוסף קטן	יישום מדיניות ההפרטה בשירותי ביטוח סיעוד - לקחים ראשוניים
156	אלן זיפקין	השימוש בניתוח שוליים להתאמת רמות הזכאות לקבלת גמלת סיעוד
171	אסתר יקוביץ, מיכל ניר	תפיסת הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית בקרב קשישים יהודים וערבים מקבלי גמלת סיעוד
191		רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת

דברי הקדמה

חוק ביטוח סיעוד הופעל בישראל לפני למעלה משתיים-עשרה שנה. החוק, המאפשר ביטוח זה, אושר לאחר מאבק ממושך בין בעלי ההשקפות השונות באשר לצורך בחוק המבטיח עזרה כלשהי למספרם הגדל והולך של קשישים סיעודיים. עתה הצטבר בידינו ניסיון רב ומספיק המאפשר להעריך את תוצאותיו של החוק, להפיק לקחים מיישומו ולזהות דילמות מקצועיות, ארגוניות ומבניות, הקשורות להספקת שירותי הטיפול הביתי שנקבעו בחוק. בחוברת הנוכחית של ביטחון סוציאלי כונסו שמונה מאמרים המתארים, מנתחים ומעריכים תקופה של שתיים-עשרה שנות הפעלת החוק. אין ספק, שהחוק חולל תפנית חשובה בהספקת שירותי הטיפול הביתי לרבבות קשישים וקשישות הזקוקים לעזרה מן הזולת. מספרם מגיע היום ל-103,000 בערך. קשישים אלה, שקיבלו בעבר הרחוק את השירותים הנחוצים להם מארגונים וולונטריים ומקופות החולים, מקבלים אותם היום בדין על-פי חוק סוציאלי שהוא מן המתקדמים בעולם ואשר קיים רק במדינות מעטות כחלק מן החקיקה הסוציאלית שלהן. אין ספק, שמדינת ישראל התברכה בסוג שירותים שמטרתם לשמר, ואולי אף לקדם, את רווחתם של קשישיה ובכך היא ממלאת את המצווה של "והדרת פני זקן".

החוק תורם רבות בתחום רווחת הקשיש, בהקלה על בני משפחתו בהתמודדותם היומיומית עם הקשיים שהוא נתקל בהם, באיתור קשישים שלא זכו למענה על צורכיהם לפני שהתקבל החוק ובהגדלת מעגל הזכאים לשירותי טיפול בית. מאידך גיסא, למרות שחלפו תריסר שנים מאז הופעל החוק, עדיין יש סוגיות רבות הקשורות ליישומו, במיוחד אלה הקשורות לגמלאות בעין או לגמלאות כספיות. סוגיות אלה דורשות עיון ומתן פתרונות. ביטוי לסוגיות אלה ניתן בחלק מן המאמרים, המייחדים דיון רחב גם לפתרונות האפשריים לבעיות שהתעוררו במהלך השנים.

חוק ביטוח סיעוד אף תרם במישרין להאצתו של תהליך ההפרטה של השירותים החברתיים. המדיניות שבחרה הממשלה להספקת השירותים מתבססת על העברת ההספקה לידי ארגונים פרטיים למטרות רווח ולארגונים ללא מטרות רווח, כגון עמותת מט"ב והעמותות למען הזקן הפועלות במסגרת הרשויות המקומיות.

כך נתנה הממשלה דחיפה להקמתה של תעשיית הטיפול הביתי, תעשייה שהיום פועלים בה בערך 150 ארגונים המקיימים בערך 420 סניפים ברחבי הארץ.

חלקו של המגזר הפרטי למטרות רווח גדול מאוד והוא תופס היום בערך 67 אחוזים

מסך כל השירותים הניתנים, בעוד שחלקו של מגזר הארגונים ללא כוונת רווח קטן במהלך השנים והוא תופס היום בערך 33 אחוזים מסך כל השירותים. למדיניות העברת השירותים לידי ארגונים לא־ממשלתיים, הידועה בשם "קבלנות משנה" (Contracting out), יש יתרונות ומגבלות, שחלק מהם מתואר בספרות המקצועית המוקדשת לנושא. מדיניות זו נדונה באחת החוברות הקודמות של ביטחון סוציאלי (מס' 57, מאי 2000).

יחד עם זאת, חשוב לציין בהקשר זה, שהארגונים, בשני המגזרים, תלויים במידה גדולה למדי בכספי חוק הסיעוד. בערך 75 אחוזים בממוצע מהכנסות הארגונים מקורם בכספי החוק ויש לכך בוודאי השלכה על התנהגותם הארגונית, המבנית והמקצועית. תלות זו מבטיחה את הישרדותם. ואכן, נמצא ששיעורי ה"מוות" בקרב ארגונים אלה בתריסר השנים האחרונות היו קטנים למדי, בהשוואה למדינות אחרות, כגון ארצות־הברית. מאידך גיסא, תלות גדולה למדי במקור מימון אחד טומנת בחובה סכנות האורכות לארגונים לאור שינויים אפשריים בחקיקה.

ממצאי מחקרים שהתחקו בשנים האחרונות אחר תפקודם של הארגונים בשני המגזרים מלמדים, שההבדלים ביניהם מיטשטשים והולכים ושקיימת סכנה של אוכדן הזהות העצמית של הארגונים ושל האופי המיוחד המייחד אותם מאחרים. אמנם נמצא, שלכל אחד מן הארגונים המספקים את השירותים יש יתרונות יחסיים באחד התחומים הקשורים להספקת השירותים, אבל אלה נעלמים עקב כוחו הכופה של החוק, המכתיב כללי משחק ברורים, וגם לאור העובדה שהארגונים לומדים זה מזה, מחקים זה את זה ומאמצים טכנולוגיות ניהול וטיפול שהנהיגו הארגונים האחרים.

המשמעות המעשית של טשטוש ההבדלים היא, שהשאלה מי מספק את השירותים נעשית חשובה פחות. השאלה החשובה באמת היא איך וכיצד הם מסופקים במטרה להבטיח את זמינותם ואיכותם להבטחת רווחת הקשיש. המשמעות המעשית האחרת היא, שעל הממשלה לפתח כלים משוכללים יותר להנחיה, להדרכה מקצועית, לפיקוח ולבקרה על עבודת הארגונים במטרה לשפר את היכולות המקצועיות שלהם וכדי להבטיח שהם לא יסוו מן הנורמות ומן הסטנדרטים של תוכניות הטיפול.

בתנאים הקיימים היום, לפיהם שוק שירותי הסיעוד נחשב שוק עבודה משני, שבו מועסקים קרוב ל־60,000 עובדים, ובכללם מטפלי ומטפלות בית, עובדים סוציאליים, אנשי בקרה ואחרים, אשר רמת השכר שלהם נמוכה, יש סכנה ששירותים אלה ייפגעו. רמת שכר נמוכה יכולה לפגוע במוטיבציה של העובדים ובמידת ההשקעה והמעורבות שלהם בעבודה ולכך יש כמובן השלכות על איכות השירותים המסופקים. הדרכים שבהן יבחרו העובדים לפצות את עצמם על השכר הנמוך יכולות להיות, בין היתר, הפחתת מידת תשומת הלב שתינתן לקשיש, הקטנת מספר שעות העבודה, דיווח לא מדויק על מספר שעות העבודה שניתנו, אי הגעה לעבודה, שינוי לוח הזמנים של תוכנית הטיפול והפחתת המחויבות כלפי הקשיש. לפיכך, על מוסדות המדינה, הביטוח הלאומי, העובדים הסוציאליים, המתנדבים

ובני משפחת הקשיש לפקוח עין ולבקר את עבודת הארגונים על-מנת להבטיח שיינתן השירות הטוב ביותר האפשרי.

יחד עם זאת, על הממסד הממשלתי להיזהר מלהתערב יתר על המידה בנעשה בארגונים המספקים את השירות ולהבטיח את האוטונומיה הדרושה להם להתפתחות ולצמיחה. אלה מצדם חייבים להיות ערים לעובדה, שתלות גבוהה מדי במדינה עלולה לחשוף אותם לפגיעות אפשריות עקב שינוי החקיקה או נהלים שבכוחם לפגוע בזרימה היציבה של הכספים אליהם. משום כך עליהם להיערך כבר עתה לפריסת שירותיהם לאוכלוסיות יעד נוספות במטרה להקטין את הסיכון הכרוך בתלות במקור מימון אחד ולהבטיח את המשך פעילותם בעתיד ולעשות הכל כדי למנוע מקבוצות פוליטיות ומקבוצות של בעלי אינטרס לשנות את המטרות ואת ייעודן של החוק. אי תלות זו מועמדת עתה בספק, מפני שארגונים ממשלתיים ולא-ממשלתיים רבים, כמו גם קבוצות אינטרס רבות, מנסים להכניס בחוק תיקונים לאור תהליכים שהתרחשו בשתיים-עשרה השנים האחרונות. תיקונים ושינויים אלה מקבלים ביטוי במאמרים המתפרסמים בחוברת זו. עיון בהם יכול להרחיב את ידיעותיו של הקורא בחומר מעודכן המסכם תקופה חשובה והפותח פתח לעיון מחודש בסוגיות ההפעלה של החוק בעתיד.

הלל שמיד
עורך-אורח

חוק ביטוח סיעוד לאחר שתיים-עשרה שנה - בעיות ופתרונות

מאת יוחנן שטסמן*

ייחודו של חוק ביטוח סיעוד בכך, שעל-פיו המוסד לביטוח לאומי נותן שירותי סיעוד בפועל, בעין, שעיקרם שירותי מטפלות בית, מתוך סל שירותים, לקרוב למאה אלף קשישים בבתיהם. לאחר שתיים-עשרה שנה להפעלתו של החוק יש חשיבות להערכה רטרוספקטיבית של מטרותיו ושל יישומו. במאמר נסקרת ההתפתחות הרבה והלא צפויה של היקף הזכאות לגמלת סיעוד ונדונים נושאים כגון הבעיות שנוצרו בגלל היותו של החוק "קהילתי", ולא אישי, הפסקת מתן הגמלה בעת אשפוז סיעודי, והאם השתלב הסיעוד הביתי בשירותי הסיעוד המוסדיים במדינה. לאחר תיאור התיקון האחרון בחוק, לפיו ניתנת גמלת סיעוד קצרת מועד, מועלות הצעות לשינוי ברמות הסיעוד לפי מצב התלות התפקודית. כמו-כן נדונות הבעיות הקשורות במטפלים ובמטפלות, שאינם מקבלים את מלוא זכויותיהם, וההשלכות של מצב זה על הטיפול בקשישים, ומוצגים הפתרונות המסתמנים. נושאים נוספים שהוזכרו הן סוגיות הקשורות לוועדות המקצועיות המקומיות ולמבחני ההכנסות בשער הכניסה לקבלת הזכויות שבחוק.

מבוא

חוק המסגרת הכללי לביטוח סיעוד נחקק בכנסת בשנת 1980, אבל התוכן למסגרת זו נוצק בהדרגה. שר העבודה והרווחה, ד"ר ישראל כץ, שכיהן בעבר גם כמנהל הכללי השני של המוסד לביטוח לאומי, מינה מיד לאחר חקיקתו של החוק ועדה ציבורית בראשותו של פרופ' קלמן מן ז"ל, שנודעה גם בשם "ועדת מן", כדי לקבוע את העקרונות הכלליים ואת

* המוסד לביטוח לאומי, ובית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

התכנים המפורטים, אשר לפיהם ראוי למדינה לתת ביטוח ייחודי זה, כחלק מחוק הביטוח הלאומי. עבודת הוועדה התארכה יותר מן המתוכנן והיא הגישה את מסקנותיה רק בשנת 1983, בשני דו"חות (מן, 1983), דו"ח הרוב ודו"ח מיעוט של חברי הוועדה.

חוק ביטוח סיעוד המפורט שנחקק בכנסת ב-1986 בעקבות מסקנות הוועדה אימץ חלק ממסקנות הרוב וגם חלק ממסקנות המיעוט, שהחשוב שבהן היה העיקרון שגמלת סיעוד תינתן ב"עין", קרי, בצורת שירותים על-פי מבחני תפקוד, ולא כגמלת כסף. נקבע "סל" שירותים, שהזכאי לגמלה יכול לבחור מתוכם את השירותים הנחוצים לו, ואשר המרכזי בהם הוא טיפול אישי ועזרת בית שיתנו מטפלות במשך מספר שעות בשבוע, כפי שייקבע לכל זכאי באופן אישי. החוק הופעל למעשה ב-1988, לאחר תקופת הכנה בת שנתיים, שבה הוחל בגביית דמי ביטוח סיעוד.

הרקע לחקיקת חוק ייחודי זה היה המצב הדמוגרפי המשתנה במדינה. בעוד שבשנת 1955, שבע שנים לאחר קום המדינה, היה שיעור הקשישים בני 65 ומעלה 4.8% מן האוכלוסייה, בשנת 1965 עלה אחוז זה ל-6.1% והוא טיפס בשנים 1975 ו-1985 ל-7.9% ו-8.9% בהתאמה. החל מ-1995 התייצב שיעורם על 9.9% מן האוכלוסייה, לאחר קליטת גל העלייה הגדול מחבר המדינות או ברית-המועצות לשעבר (ברודסקי, שניר ובאר, 1999). עליית תוחלת החיים וריבוי הקשישים בחברה הם, כידוע, ברכה לעצמה; שאיפת כלל הציבור היא לזכות להגיע לזיקנה ושיבה טובים. המציאות, ומדעי הגרונטולוגיה והגריאטריה מלמדים, שלמרות שהגיל המתקדם כשלעצמו אינו מחלה, הוא אכן מלווה במספר מחלות גדל והולך, ובעיקר בנסיגה מתמדת ביכולת התפקוד, הפיסית והרוחנית, ועקב כך גם גדלה תלות הפרט בזולתו ובמשפחתו. מכאן גם ריבוי הקשישים ה"תשושים" ה"סיעודיים", ו"תשושי הנפש", שמספרם גדל עם הגיל. לפיכך נוצרה והתחזקה בציבור בכלל, ובקרב קובעי המדיניות בפרט, התחושה, שיש לעשות "משהו" בתגובה על השינויים הדמוגרפיים המתרחשים בחברה, שהביאו עמם הגדלה של התלות וה"סיעודיות". תהליך דומה התרחש גם במדינות הרווחה ובחברות השפע המערביות. מכאן היתה קצרה הדרך לחקיקת חוק ביטוח סיעוד הנותן שירותים בעין לזקן הנמצא בביתו, כלומר בקהילה. קודם לכן ובמקביל הלכו והתפתחו השירותים המוסדיים לקשישים תשושים, סיעודיים, וסיעודיים מורכבים באמצעות גופים ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים, אשר הזכאות להם ומימונם נקבעו במערכת נפרדת של חוקים ותקנות באחריות משרדי העבודה והרווחה, הבריאות וקופות החולים.

התפתחות הזכאות לגמלת סיעוד

המספר החזוי של זכאים מקבלי גמלת סיעוד בעת חקיקת החוק היה 10,000 קשישים. אולם, במציאות עלה מספר הזכאים במהירות מ-21 אלף כערך בשנת 1989 ליותר מ-95

לוח מס' 1. זכאים לגמלת סיעוד* ומספר הקשישים בישראל (ממוצע חודשי ובאלפים),
2001-1989

השנה	הקשישים בישראל		מקבלי גמלת סיעוד	
	סך הכל בני 65 +	שיעור גידול שנתי	סך הכל	שיעור גידול שנתי
1989	405.2	2.2	21.4	28.0
1990	423.2	4.4	27.7	29.6
1991	457.2	8.0	31.5	13.8
1992	478.6	4.7	37.7	19.8
1993	495.7	3.6	45.8	21.3
1994	512.2	3.3	52.1	13.7
1995	528.6	3.2	59.0	13.4
1996	561.2	6.2	66.0	11.8
1997	575.4	2.5	73.0	10.6
1998	588.3	2.2	80.7	10.6
1999			88.0	9.0
2000			95.7	8.8
2001			103.8	8.5

* כולל בערך 1,000 קשישים המסרבים לקבל את הגמלה.

אלף זכאים בשנת 2000 (לוח מס' 1). אבל לא רק מספר הזכאים עלה מעבר לכל תחזית. על המספר הזה, שהוא בערך 16% מכלל בני 65 + המקבלים גמלת סיעוד, יש להוסיף 20,000 חוסים ומאושפזים במוסדות לתשושים ותשושי נפש ובמוסדות לחולים סיעודיים וסיעודיים מורכבים, כלומר, עוד 3.3% מכלל אוכלוסיית הקשישים בני 65 +. יתרה מזו, גם תקופת הזכאות האישית גדלה והלכה. כך נמצא, שבסוף שנת 2000 בערך 12% מן הזכאים קיבלו גמלת סיעוד במשך יותר מ-7 שנים! (לוח מס' 2). ההסבר למספרים המפתיעים של מקבלי

לוח מס' 2. מקבלי גמלת סיעוד בחודש דצמבר 2000 לפי
משך שהייה במערכת (אחוזים)

משך שהייה במערכת (בשנים)	התפלגות באחוזים
סך הכל מקבלים	97,310
עד שנה	39.4
2	15.1
3	11.8
4	9.3
5	7.0
6	5.5
+7	11.9
משך שהייה ממוצע	2.9

גמלת הסיעוד אינו ברור. גרא ומורגנשטיין (2000) כתבו לאחרונה: "מספר מקבלי הגימלה הוסיף לגדול בקצב העולה על קצב גידול אוכלוסיית הקשישים כולה ועל קצב הגידול באוכלוסיית בני ה-80 ומעלה אשר מהווה את הקבוצה הפגיעה ביותר מבחינת המוגבלות התפקודית. בשנים 1990-1998 גדלה אוכלוסיית הזכאות כולה ב-219%! לעומת גידול של 39.3% באוכלוסיית הקשישים ו-52.2% באוכלוסיית בני 80 ומעלה. אחוז העולים מכלל הזכאים מוסיף לגדול והגיע בשנת 1999 ל-20% בערך. בבחינת משך השהייה במערכת הסיעוד, כחלק מהניסיון להבין את מגמת הגידול במספר הזכאים מצאנו, שמשך השהייה הממוצע של כלל היוצאים ממערכת הסיעוד נמצא בעלייה והגיע ל-38 חודשים בערך בקרב אלה שיצאו מן המערכת בשנת 1999. לעומת זאת, שיעורם של הנפטרים בקרב היוצאים מן המערכת נמצא בירידה והגיע ל-73% בערך משנת 1999. מהיבט אחר מצאנו, ששיעורי התמותה של מקבלי גמלת סיעוד עולים בהדרגה עם העלייה בגיל, אך יורדים בהדרגה עם השנים." (שם, עמ' 47).

אבל אפשרי גם הסבר נוסף, אמנם פשטני למדי, לפיו חלק נכבד ממקבלי גמלת סיעוד אינו זכאי לה עוד. ואכן נמצא, שבשנת 1999 בעקבות הערכה חוזרת של יותר מ-12,000 מקבלי גמלה, הערכה שנעשתה ביוזמת אגף הסיעוד במוסד לביטוח לאומי, מ-60.3% מן הנבדקים נשללה גמלת הסיעוד ועבור 3.6% היא הופחתה, אף-על-פי שחלק מהם חזרו תוך זמן קצר לתבוע ולקבל גמלה. דיון מפורט יותר והסקת מסקנות בשאלות קשות אלה ייתכנו רק לאחר מחקר מעמיק ומפורט המתוכנן להתבצע בשנה הבאה במוסד לביטוח לאומי בשיתוף עם גורמים מקצועיים חיצוניים.

מטרות החוק

בתום שחיים-עשרה שנה להפעלתו של חוק ביטוח סיעוד סברנו, שמן הראוי לשוב ולעיין בו ובמטרותיו, ולנסות לבחון באופן שיטתי את כל ההיבטים הקשורים אליו: האם הושגו המטרות שלו או לא. מטרות אלה סוכמו ונוסחו בעבר בצורה ברורה בידי ברכה בן-צבי (1989, עמ' 51-52; 1993, עמ' 111-112) כדלהלן:

(1) "חוק ביטוח סיעוד הוא חוק קהילתי והמשמעות הנגזרת מכך היא, שהוא נועד לסייע לזקנים החיים בקרב משפחותיהם ובקהילה, ולא נועד לסייע לזקנים השוהים במוסדות סיעודיים".

(2) "בהיותו חוק שנועד להוסיף משאבים כספיים למערכות הסיוע לחולים סיעודיים בקהילה מתחייב ממנו, שינצל את התשתית הארגונית הקיימת שכבר פועלת בשטח ושישתלב באורח מירבי יחד עם שירותים נוספים, כחוליה מקשרת ברצף השירותים לטובתם של זקנים סיעודיים".

(3) "הגמלה מיועדת לזקנים סיעודיים התלויים בעזרת הזולת בכיצוע רוב פעולות היומיום או התלויים בה לחלוטין, דהיינו: זקנים שעוצמת תלותם בזולת רבה. היא אינה מיועדת לזקנים בעלי מוגבלות תפקודית קלה יחסית, שתלותם בעזרת הזולת אינה רבה".

(4) "גמלת הסיעוד מוגבלת לשתי רמות סיוע הנקבעות לפי חומרת המצב ומידת התלות בזולת ואינה מיועדת לכסות את כל צרכיו של הזקן לשירותי סיעוד. משמעות עיקרון זה היא, שהחוק יסייע בשיעורים צנועים יחסית לזקנים רבים, יקל במעט על משפחותיהם ולא יסייע בהיקף גדול לזקנים מעטים".

(5) "גמלת הסיעוד לא נועדה להחליף את הסיוע שהזקן הסיעודי מקבל ממשפחתו, אלא לסייע לה במעט. יתרה מזו, בעצם היות הגמלה צנועה יחסית היא מסתמכת ונשענת על תשומות טבעיות שהמשפחות נוטלות על עצמן בטיפולן בזקן הסיעודי שבביתן. עזרת בני המשפחה לזקן מקובלת כמחויבות טבעית מובנת מאליה, שבני המשפחה נוטלים על עצמם ואין תשלום או פיצוי למשפחה עבור שירותיה".

(6) "הגמלה נועדה להקל על המשפחה בהתמודדותה היומיומית עם הקשיים המוטלים עליה על-מנת לדחות, ואולי אף למנוע, את נקודת השבירה, דהיינו, את אותו שלב שבו המשפחה נוטה להחליט להוציא את הזקן מן הבית ולאשפזו במחלקה סיעודית".

(7) "בהיות מטרת הגמלה להקל על העומס של המשפחה בטיפול בזקן, מעצם מהותה היא 'נוטלת' חלק מתפקידי המשפחה בטיפול היומיומי הבסיסי והבלתי מקצועי בזקן. הכוונה אינה שהגמלה תתפוס את מקומם של כוחות מקצועיים שחובתם של שירותי הבריאות והרווחה לספק, כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, רפואה ושירותי ייעוץ פסיכוסוציאליים. הגמלה נועדה להחליף באופן חלקי אותן מטלות בסיסיות המוטלות על כתפי המשפחה בהתמודדות היומיומית, כמו רחצה, הלבשה, האכלה, ניידות בבית, טיפול בהפרשות והשגחה מפני סיכונים".

(8) "החוק קובע עדיפות לגמלה בעין. כלומר, מתן שירותי טיפול ועזרת בית ישירים לזקן. רק כאשר אלה אינם בנמצא תיתכן המרתם בקצבה כספית. הכוונה העולה מעיקרון זה היא להבטיח סיוע ממוקד להתמודדות המשפחה במטלותיה הכבדות בדרך של הספקת שירותי טיפול לזקן. מאידך גיסא, קצבה כספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה, ולא בהכרח תוצא למטרה שנועדה הגמלה להשיג, היינו הקלת עומס הטיפול".

(9) "מאחר שהגמלה מיועדת לממן שירותים על-פי העקרונות האלה, נגזרת ממנה החובה להתאים את השירותים למאפייניה של המשפחה: הכוחות הפועלים בה, אורחות חייה, טעמה ובחירתה. לפיכך נקבע סל שירותים קבוע, כאשר הבחירה מתוכו גמישה ככל האפשר ונקבעת בעצה אחת עם המשפחה. במסגרת הגדרת שירותי הסיעוד על-פי סל זה

בחוק, נכללים טיפול אישי בזקן, סיוע בניהול משק הבית, השגחה, מרכז-יום שבו ניתנים שירותי סיעוד, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, הובלת ארוחות".

(10) "פועל יוצא מהיות חוק זה ביטוחי הוא העיקרון, שהגמלה מובטחת לכל מי שנמצא זכאי על-פי כללים אחידים ושוויוניים הקבועים בחוק ובתקנות. האחריות לבדיקת הזכאות לגמלה הוטלה על המוסד לביטוח לאומי, שנעזר לשם כך במבחני תלות מובנים ואובייקטיביים ככל האפשר".

(11) "על-פי החוק הוטלה האחריות לקביעת תוכנית הטיפול והדאגה למימושה על ועדה מקצועית אזורית, שחברים בה עובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים, אחות שהיא נציגת שירותי הבריאות המקומיים ופקיד תביעות העובד באיזור, והוא מייצג את המוסד לביטוח לאומי".

(12) "הזכאות לגמלת הסיעוד מותנית במבחן הכנסות. התניה זו אינה מתיישבת עם עקרונות חוק ביטוחי גביית ויהא בבחינת חריג במערכת הגמלאות של המוסד לביטוח לאומי. למרבה הצער הוכנס עיקרון זה לחוק כאילו, בגלל מגבלות תקציב. בפועל, האוכלוסייה שנדחתה בשל הכנסות גבוהות היא קטנה מאוד, אולי מפני ששכיחותם של זקנים בקרב בעלי הכנסות גבוהות היא נמוכה מאוד. אפשר, שפעולת ההסברה הרחבה שעשה המוסד לביטוח לאומי עם הפעלת החוק, שבו הודגשה בין היתר נקודה זו, מרתיעה מראש זקנים בעלי הכנסות גבוהות מלפנות לקבלת עזרה".

(13) "עיקרון נוסף המעוגן בחוק הוא הזכות לערער הן על קביעת הזכאות והן על תוכנית הטיפול. לעניין הזכאות, הזקן, או מי שמייצג אותו, רשאי לפנות לבית הדין לעבודה ולשם כך הוא זכאי ליהנות מסיוע משפטי בהגשת תלונתו. לעניין תוכנית הטיפול וביצועה, הזקן, או מי שמייצג אותו, רשאי לפנות לוועדת ערר שמונתה במיוחד לביטוח סיעוד. בוועדות אלה מכהנים עובדים מקצועיים בכירים, כגון אחיות בעלות ניסיון מקצועי בתחום הגריאטרי, עובדים סוציאליים בעלי ניסיון מקצועי בתחום הזיקנה, הבריאות והשיקום ופקידים בכירים של המוסד לביטוח לאומי. ערעור על החלטות ועדות ערר מובא לבית הדין לעבודה".

שלושה-עשר עקרונות אלה מבטאים את הוראות החוק ואת רוחו כפי שנוסחו בחלקן במסקנות הרוב ובחלקן במסקנות המיעוט של ועדת מן (מן, 1983).

ללא ספק מדובר בתוכנית פעולה נעלה, הגיונית ושוויונית, אם גם מורכבת באשר ליישומה. הביצוע נמסר מלכתחילה לכוחות ממגזרים שונים: לפקדי הסיעוד במוסד לביטוח לאומי, לאחיות הקשורות בלשכות הבריאות באמצעות האגודה לבריאות הציבור, לוועדה המקומית, שבה מיוצגים המוסד לביטוח לאומי, לשכת הרווחה המקומית וקופת חולים כללית ובהמשך בחברות או בעמותות הסיעוד ועובדיהן הנותנות את הטיפול לקשיש בביתו, למרכזי יום או לספקי שירותים המספקים את השירותים המצויים בסל השירותים.

לאחר תריסר שנים ניתן לומר, שאכן הגורמים השונים מפעילים לכאורה יחד ובמשותף את החוק ביעילות בכל רחבי המדינה. נותר לנו לבחון האם הפעלה זו אכן נעשית כהלכתה, ואם יש סטיות ממטרות החוק או בביצועו. ההתייחסות תיעשה לפי סדר העקרונות שניסחה בן-צבי אשר צוטטו לעיל.

1. חוק קהילתי או סיעוד אישי?

ביטוח הסיעוד נועד מתחילתו להינתן לקשישים החיים בבתיהם, בקהילה, ולא לאלה החיים או מאושפזים במוסדות סיעוד. וכך נאמר בסעיף 227 לחוק: "מבוטח הנמצא במוסד סיעודי... לא יהיה זכאי לגמלת סיעוד". "מוסד סיעודי" הוגדר בסעיף 223 לחוק כ"מוסד סיעודי או מחלקה סיעודית שבהם מוחזקים ומטופלים אנשים הזקוקים לסיעוד, תשושי נפש או תשושים". הגדרה רחבה זו כוללת בתוכה את כל החולים הסיעודיים והתשושים שבאחריות משרדי העבודה והרווחה והבריאות וקופות החולים, וכוללת לפיכך מוסדות לתשושים, בתי-אבות, מוסדות סיעוד ומחלקות לסיעוד מורכב. דיור מוגן או בתי-אבות לקשישים עצמאיים אינם כלולים לכאורה בהגדרת "מוסד סיעודי" ומשום כך קשיש החי באחד מהם וזכאי לסיעוד על-פי מבחן התלות יוכל לקבלו שם כאילו חי בדירתו או בביתו הפרטי, בהיות חדרו בדיור המוגן או בבית-האבות בגדר ביתו או מקום שבתו בקהילה.

הניסיון הקליני לימד, שבהדרגה חלק גדול מן הקשישים החיים במקומות אלה הופכים להיות תלויים בזולת, וכך גם קשישים סיעודיים המטופלים בביתם. עקב כך, כל הבניין, על דייריו, הופך להיות במהרה מוסד לתשושים או מוסד סיעודי.

ועדה משותפת של השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, האגף לגריאטריה במשרד הבריאות ואגף הסיעוד במוסד לביטוח לאומי (הוועדה לסיווג מוסדות) קבעה, שכאשר חלק מן הדיירים הפכו להיות זכאים מבחינת חוק ביטוח סיעוד, או תשושים או סיעודיים, כל המוסד עונה להגדרת החוק כמוסד סיעודי וכל הדרים בו אינם זכאים לגמלה לפי סעיף 227 הנזכר לעיל. התוצאה של פרשנות הכרחית זו לחוק היא בעייתית מאוד, שכן כלל הדיירים, שלכאורה לפחות חלק מהם הם עדיין בגדר מקבלי חוק ביטוח סיעוד היכולים להמשיך לחיות בדיור מוגן או בתי-אבות, והנחשבים עצמאיים, מאבדים את זכאותם לגמלת סיעוד בשל היות שכניהם חולים סיעודיים.

המוסד לביטוח לאומי, תחת לחץ ציבורי ועל-פי דרישת שר העבודה והרווחה, חיפש פתרון לבעיה זו, והחליט להביא לכנסת הצעת חוק לביטול סעיף 227 לחוק הביטוח הלאומי - ביטוח סיעוד. התוצאה מביטול סעיף זה תהיה מרחיקת-לכת ותביא לכך, שכל מי שנמצא במתקן "סיעודי", כולל המחלקות לתשושים והמחלקות לסיעוד או סיעוד מורכב, יהיה זכאי לגמלת סיעוד. זו תהיה תוספת של 20,000 זכאים בערך לגמלת סיעוד בעלות של 300 מיליון שקל לשנה לכל הפחות. לכאורה, ניתן יהיה לקזז תוספת זו בהוצאה הלאומית לסיעוד ולגריאטריה באמצעות קיצוץ מקביל בהוצאות משרד העבודה והרווחה לאשפוז

תשושים, ולהקטין את ההוצאה לאשפוז חולים סיעודיים של משרד הבריאות וגם לחסוך בהוצאות לסיעוד המורכב בקופות החולים. כמו-כן יהיה הכרח להביא את גמלת הסיעוד של כל חולה, תשוש או סיעודי, בחשבון מבחן ההכנסות. מדובר אפוא בהעברה תקציבית גרידא הכרוכה באפט הוצאה. שינוי זה יביא לכך, שניתן יהיה לדאוג כל אדם, שנמצא זכאי לגמלת סיעוד בבדיקה ראשונה ושנייה לאחר שישה חודשים (ראו על כך סעיף 3 להלן). זכאי לקצבת סיעוד אישית קבועה, בכל אשר יילך בין שירותי הסיעוד הקהילתיים או המוסדיים, והוא "ילך וקצבתו עמו". גמלת סיעוד תהפוך להיות בכורה המציאות הגריאטרית הדינמית והמורכבת גמלה אישית, ולא עוד גמלה בקהילה. ביטוח סיעוד ייתן זכאות אישית מוחלטת לסיעוד, ולא זכאות המותנית בהימצאו של המבוטח בביתו או בקהילתו.

2. האם השתלב חוק ביטוח סיעוד בסיוע ובשירותים הנוספים הניתנים בסיעוד הממלכתי?

התשובה לשאלה זו כנראה אינה חיובית. במשך שנות הפעלת החוק נוספו מנגנונים חדשים הן באגף הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי והן במסגרת הוועדות המקומיות ואלה לא השתלבו כהלכה בשירותי הסיעוד של משרד הבריאות, קופות החולים ושירותי הרווחה המקומיים, למעט השתלבות אישית של עובדים סוציאליים או אחיות ממגזרי הבריאות והרווחה סביב קביעת הזכאות והוועדות המקומיות. לאחרונה הצביעה ועדת מומחים בין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה (שטסמן, 2000), שמינו במשותף שר העבודה והרווחה ושר הבריאות, על דרכים אפשריות וראויות לעבודה משותפת, ללא מיזוג מינהלי וכספי, של כלל שירותי הסיעוד במדינה. מדובר בעבודה משותפת ממוקד מחוזי או עירוני אחד, שישולבו בו המשרדים העוסקים בביטוח סיעוד, שירותי דיור מוגן ותשושים של שירותי הרווחה, שירותי הסיעוד המוסדי של לשכות הבריאות המחוזיות ושירותי השיקום והסיעוד המורכב של מחוזות קופת תולים. בנוסף לכך הוצע לשלב את טפסי ההערכה וההחלטה של הגופים השונים ולקיים מבחני זכאות ומבחני הכנסה אחידים כמו גם ישיבות צוות שבועיות של כלל הגורמים העוסקים בסיעוד, בכל עיר ומחוז.

ראוי לציין עוד, שער כה כמעט לא נערך מחקר מדעי שיטתי היכול לאשר או לשלול את ההנחה שחוק ביטוח סיעוד אכן החליף שירותים רפואיים או סיעודיים מוסדיים או חסך בהם או בעלותם. אמנם נאון ושטרוסברג הצביעו על ירידה קלה בשיעור המיסוד לעומת התחזיות ב־1992 (Naon and Strosberg, 1996), אבל אין נתונים על ירידה בשיעור המיסוד בפועל לאורך זמן. מאידך גיסא, נראה שהסיעוד הקהילתי על סל השירותים שלו שיפר במידה רבה את רמת השירות הסיעודי הכללי במדינה, אבל היה כרוך בעלויות גבוהות למדי. ייתכן שגם תרם את חלקו להארכת תוחלת החיים הכוללת של הקשישים במדינה.

3. מתן סיעוד לזקנים שעוצמת תלותם בזולת רבה

גמלאות הסיעוד נקבעו בחוק בשיעור השווה ל-25% או 37.5% מן השכר הממוצע במשק בהתאם למידת תלותו של המבוטח בזולת. תלות זו נקבעת בעזרת "מבחן התלות". מבחן זה, כאשר מבצעת אותו אחות בריאות הציבור כהלכה, הוא לכאורה מבחן אמין לקביעת הזכאות בגין תפקוד לסיעוד בבית (שטסמן, כהן וגינסברג, 1991). ניתן להניח, שרוב-רובם של מקבלי גמלת סיעוד אכן צברו יותר מ-2.5 הנקודות המינימליות הדרושות במבחן התלות כדי להיות זכאים מבחינת התפקוד לסיעוד על-פי החוק (תלוי במידה רבה או תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע רוב או כל פעולות היומיום או זקוק להשגחה. סעיף 224א' לחוק). דהיינו, ניתן להניח, שבתחילת הטיפול הסיעודי בבית רוב-רובם של המבוטחים הסיעודיים הם אכן זכאים מבחינת הגדרות התפקוד. השאלה שהתעוררה בשנים האחרונות בנדון היתה, האם הזכאות בגין תפקוד נשמרת לאורך זמן, או שאולי נוצרים מצבים שבהם מתרחשים שיפורים זמניים או קבועים בתפקוד של מקבלי גמלת סיעוד אשר, מבחינת מבחן התלות והחוק, אולי היו שוללות את המשך הזכאות לגמלה.

למרות שהמוסד לביטוח לאומי היה רשאי, לפי סעיף 230 לחוק, לבדוק את מידת תלותו של מקבל גמלת הסיעוד מחדש לאחר שישה חודשים, בפועל לא נעשה הדבר במידה מספקת בשל סיבות מגוונות, כולל מגבלות כוח אדם מקצועי באגף הסיעוד שבמוסד לביטוח לאומי. אמנם המוסד בודק בדיקה חוזרת את כל מי שאחות בריאות הציבור המליצה על כך לגביו, אבל עם הזמן התעוררו שאלות וספקות בדבר היקף התופעה של זכאים לביטוח סיעוד שנעשו, לכאורה, לא זכאים בשל שיפור מצבם הרפואי והתפקודי. בחוק ההסדרים לשנת 2000 הוכנס תיקון לסעיף 230(ב), ובו נקבע, ש"מי שזכאי לגמלת הסיעוד לראשונה והוא לוקה בליקוי שהוא זמני לפי טיבו, לא תשולם לו הגמלה לתקופה העולה על 60 ימים". "השר יקבע כללים תנאים והוראות שבהתקיימם יוכר ליקוי כליקוי זמני". נמצאנו למדים, שלראשונה נקבעה בחוק גמלת סיעוד במסלול זכאות זמני, או "גמלת סיעוד קצרת מועד" לתקופה של 60 יום, שיכולה להתחיל בעת שחרור החולה מאשפוז. לאחר תקופה של 60 יום על המבוטח או משפחתו להגיש תביעה מסודרת לגמלה קבועה. מחוקקי החוק הניחו, שמצבם של קשישים שהיה לא יציב או זמני בעת קביעת הזכאות הזמנית ל-60 יום, יתייצב ואז יהיה אפשר לקבוע שמצב התפקוד שלהם השתפר והם אינם זקוקים עוד לסיעוד, או שמצב התפקוד הירוד שלהם התייצב ברמה המזכה אותם בגמלת סיעוד קבועה.

4. גמלת סיעוד ורמות הסיוע

מלכתחילה נקבעו בחוק שתי רמות סיוע - בהתאם לירידה במצב התפקוד: במצב של תפקוד ברמה הנמוכה (בין 2.5 ל-6 נקודות במבחן התלות) ניתנו 11 שעות טיפול לשבוע;

במצב תפקוד כרמה הגבוהה (מצב תפקוד שקיבל למעלה מ-6 נקודות במבחן התלות) ניתנו 16 שעות טיפול לשבוע.

הניסיון המצטבר של העובדים המקצועיים של אגף הסיעוד, וגם שיחות עם מטופלים ומטפלים, הביאו לאחרונה לשינוי בגישה ולמסקנה שיש לתת את הטיפול הסיעודי בבית בשלוש רמות בהיקפים של שש יחידות שירותים בשבוע כל אחת (יחידת שירותים שווה שעה אחת של טיפול בית). קשיש התלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום (2.5 עד 3 נקודות במבחן התלות) יקבל 6 יחידות שירותים בשבוע. קשיש התלוי במידה רבה מאוד בעזרת הזולת לביצוע פעולות היומיום ברוב שעות היממה, או הזקוק להשגחה (2.5 עד 6.0 נקודות במבחן התלות) יקבל 12 יחידות שירותים בשבוע, ו-18 יחידות שירותים (מעל 6 נקודות במבחן התלות) יינתנו לקשיש התלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום בכל שעות היממה, או הזקוק להשגחה מתמדת. הצעת תיקון לחוק ברוח זו אישרה מינהלת המוסד לביטוח לאומי והיא תוגש בקרוב לכנסת. שינוי זה אינו כרוך בתוספת שעות טיפול, או בעלות תקציבית כלשהי, והוא יביא רק לחלוקה צודקת והגיונית יותר של השימוש במשאבי החוק. למרות ששינוי זה מאפשר גמישות רבה יותר בשעות הטיפול לפי מצב התפקוד, נשאר בתוקפו העיקרון "שהחוק מסייע בשיעורים צנועים יחסית לזקנים רבים ומקל במעט על משפחותיהם, ולא מסייע בהיקף גדול לזקנים מעטים." (בן-צבי, 1993, עמ' 111).

5. גמלת סיעוד והמשפחה

"גמלת הסיעוד לא נועדה להחליף את הסיוע הסיעודי שהזקן מקבל ממשפחתו, אלא לסייע לה במעט", כי: "עזרת בני המשפחה לזקן מקובלת כמחויבות טבעית מובנת מאליה" ו"הגמלה נועדה להקל על המשפחה... ואולי אף למנוע את נקודת השבירה, דהיינו את אותו שלב שבו המשפחה נוטה להחליט להוציא את הזקן מן הבית ולאשפזו במחלקה סיעודית." (בן-צבי, 1993, עמ' 111). מאז נוסחו ונכתבו עקרונות אלה, בידי גב' בן-צבי, ולמרות שרוב הקשישים הסיעודיים (95,000 בערך) מטופלים בבתיים כיאות בידי בני משפחותיהם, אין להתעלם מכך שהתרחשו שינויים כבירים בהתייחסות חלק נכבד מן החברה בישראל, ובעיקר, כנראה, מצד העשירונים העליונים, לטיפול האישי והמשפחתי בזקנים. גטל הטיפול והסיוע הסיעודי בבית מועבר יותר ויותר ל"עובדי סיעוד" זרים ("פיליפינים") בשכר נמוך יחסית, בין 500 ל-800 דולר של ארצות-הברית לחודש ועוד תוספות קטנות למזון ודמי כיס. מדובר ביבוא עובדים זרים על-פי אישור של רופא שירות התעסוקה, המיועדים בצורה שמית ואישית לזקן ה"סיעודי" והזוכים לרישיון עבודה זמני מטעם משרד הפנים. לפי ההשערה המקובלת, כבר מצויים בארץ יותר מ-15 אלף עובדים כאלה ברישיון, ועוד רבים שנשארו בארץ לאחר שפג תוקפו של רישיון זה. הדיון בתופעה חברתית זו, מבחינה ערכית לפרט ולחברה, ובשאלות הכלכליות הקשורות עמה, חורג ממסגרת המאמר.

די לנו בציון העובדה, שהתופעה מקובלת ונפוצה ונעשית בברכת הממשלה, וכנראה שיש לה השפעה חיובית על הטיפול האישי בקשיש הסיעודי, ובעלות גמוכה יחסית. לקשיש המטופל בידי העובד הזר מתייטר לכאורה הצורך בגמלת סיעוד "בעין", קרי בעובדי סיעוד מטעם עמותות או חברות הסיעוד (למעט לעתים בימי ראשון או בימי חופשה של העובדים הזרים, כאשר המשפחה אינה רוצה לקחת על עצמה את הטיפול בימים אלה). היות שלגמלת סיעוד "בעין" יש ערך כספי, התפתחה התופעה של עובד זר שהובא ביוזמת משפחתו של החולה הסיעודי, או שהתקשר עמה עובד המועסק מטעם אחת העמותות או חברות הסיעוד כדי שחלק משכרו ימומן בדרך זו בעזרת גמלת הסיעוד. לפי המידע האקדוטלי הרב המצוי במוסד לביטוח לאומי, ובעקבות פניות ותלונות מרובות של אזרחים מסתבר, שחלק נכבד מן הערך הכספי של גמלת הסיעוד נשאר בידי העמותות או חברות הסיעוד, שלמעשה אינן תורמות דבר לטיפול בקשיש המעסיק עובד זר באופן קבוע, במשך 24 שעות ביממה. אמנם המשפחה חוסכת חלק מעלות העסקת העובד הזר, אך רווחים גדולים ולא מוצדקים נשארים בידי העמותות והחברות. כדי לשים קץ לתופעה פסולה זו פנו מספר חברי כנסת למינהלת המוסד לביטוח לאומי בבקשה שתזום תיקון לסעיף 225א' לחוק. לפי תיקון זה תשולם גמלת סיעוד בכסף למי שזכאי לגמלה המקבל טיפול בכל שעות היממה, ולפחות שישה ימים בשבוע, מאדם המתגורר עמו באותה דירה ושאינו קרוב משפחתו ואשר הזכאי לגמלה ביקש שתינתן לו גמלה בכסף.

לפי תיקון זה יקבל הקשיש את הגמלה בכסף וכך יוקל עליו הנטל של מימון הטיפול האישי בביתו. הטענה העיקרית שהועלתה נגד מתן גמלת כסף מאז "ועדת מן" ואילך היתה, שכספי הגמלה ייטמעו בתקציב משפחת הזקן ולא יופנו לטיפול אישי כחוק. חשש זה שוב לא יהיה לו מקום אם יתקבל התיקון האמור, מפני שגמלת הכסף תינתן רק למי שכבר מוציא כסף מכיסו כדי לשלם למטפל קבוע המגיש לו את הטיפול בבית. הגמלה תקל אפוא על מימון הטיפול האישי, כאשר זה ניתן, במידה גדולה בהרבה ממה שמוקצב בחוק. לפיכך, מתן גמלת כסף לקשישים סיעודיים אלה תואמת מאוד את מטרות החוק ורוחו.

6. "גמלה בעין" לטיפול אישי

"החוק קובע עדיפות לגמלה בעין, כלומר מתן שירותי טיפול ועזרת בית ישירים לזקן. רק כאשר אלה אינם בנמצא תיתכן המרתם בקצבה כספית". "קצבה כספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה ולא בהכרח תוצא למטרה שנועדה הגמלה להשיג, היינו הקלת עומס הטיפול [מעל המשפחה]". (בן-צבי, 1993, עמ' 111). חיוב המוסד לביטוח לאומי, כנאמר בחוק, לתת שירותי טיפול אישי ועזרת בית בפועל, בצורת שעות טיפול, יצר מצב חדש שבו צמח קניין גדול לשירותי הטיפול ועזרת בית - המוסד לביטוח לאומי - ומולו עמדו מעט ספקים, בעיקר עמותות קיימות. כיוון שטיבם של חללים להתמלא, הקימו עד מהרה עשרות רבות של חברות ועמותות למטרת מתן שירותי מטפלות בית לקשישים בביתם "תעשיית

טיפול בית". המטפלים, ובעיקר המטפלות, המועסקים מטעם החברות והעמותות בבתי הקשישים הזכאים לפי חוק ביטוח סיעוד, באים רובם ככולם מן השכבות הדלות, מן העשירונים התחתונים של החברה, כולל חסרי תעסוקה ומובטלים, וחלק לא מבוטל מהם הם חסרי השכלה פורמלית, לרבות בתחומי הסיעוד.

אמנם החוק מחייב להעניק את הגמלה בצורה של שעות טיפול בית, ולא בכסף, אך אין בו כללים המחייבים את המטפלים להיות בעלי ניסיון, השכלה או הכשרה מקצועית כלשהי לשם מתן טיפול זה.

"מרביתם של עובדי הטיפול הביתי הן נשים לא מיומנות ובעלות השכלה פורמלית נמוכה, גילן הממוצע הוא 43, רובן משתכרות שכר מינימום ועובדות בהיקף משרה חלקי, לפיכך הכנסתן השנתית נמוכה מאוד..." "ויש להן רק ביטחון מועט בעבודה". "הן מועסקות בתפקידים הנהנים מיוקרה מעטה" ו"הערכת איכות ביצוע עבודתן היא עניין מורכב." (שמיד ובורובסקי, 2000, עמ' 65; Schmid, 1993, p. 48-49).

נוצר אפוא מצב, שהמוסד לביטוח לאומי חייב לתת טיפול בית ועזרה לקשישים הסיעודיים בפעולות היומיום שלהם (לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, ניידות), או לספק השגחה על קשישים סיעודיים היכולים לסכן את עצמם או את זולתם, או המתקשים בניהול משק הבית שלהם, באמצעות עובדים לא-מקצועיים, בלי שתהיה למעביד שלהם, היינו החברה או העמותה המספקת את השירות הנחוץ, חובה להכשיר אותם לתפקידם. המוסד לביטוח לאומי דורש, בשלב זה, שלפחות 20% מן העובדים יהיו בעלי הכשרה בסיסית, ולמטרה זו הוא משלם בגין כל שעת טיפול בערך 2 שקלים על הדרכה ופיקוח. (לוח מס' 3). נכון לשנת 2000, מדובר בהיקף שנתי של בערך 51 מיליון שעות טיפול, בשווי של 100 מיליון שקל בערך לשנה.

האחריות המוטלת על המטפלים דורשת לפתח הוראות וכלי פיקוח ובקרה נאותים, אשר יחייבו את המעסיקים להקנות לעובדים אלה הכשרה מקצועית מספקת ונאותה. המעסיקים, במקרה הטוב, משגיחים מדי פעם על עבודתם ומדריכים אותם בעזרת עובדת סוציאלית או אחות, אבל אין בכך משום הכשרה מקצועית מספקת ונאותה. יש לתת את הדעת על השאלה כיצד ניתן, באמצעים הקיימים, להביא להכשרת כלל המטפלות לתפקידן בידי המעסיקים ועל השבונם. ייתכן שיש הכרח ברישוי העובדים, לאתר הכשרה מתאימה, בכפוף להתקנת קוד אתי בסיסי.

בעיה חמורה נוספת בתנאי ההעסקה של המטפלים והמטפלות, המעסיקה את מינהלת המוסד לביטוח לאומי בשנתיים האחרונות, קשורה בהבטחת תשלום הזכויות הסוציאליות למטפלות. הכוונה לתיגמול העובדים ובמתן כל הזכויות הסוציאליות הנלוות, שהיא חלק מן התמורה שהמוסד משלם לחברות ולעמותות המעסיקות את המטפלים והמטפלות. מעדויות אנקדוטליות מרובות ומתלונות חוזרות, וגם מבדיקות שיטתיות נמצא, שלא מובטח שהתנאים הסוציאליים הנלווים לתשלומי שכר העובדים שהמוסד משלם למעסיקים

לוח מס' 3. תחשיב עבור שעת טיפול לשירותי סיעוד (ינואר 2001)

מלכ"ר	עסקי		
16.58	16.58	שכר מינימום + 4%	שכר לשעה
0.85	0.85	6 ימים	הבראה
0.23	0.23	1.5 יום לכל 90 יום) x 0.75	מחלה
0.12	0.12	ערך 4 שעות	מתנה לחג
0.83	0.83	5%	חופשה
0.48	0.48	8 ימים בממוצע שנתי	חופשת חג
2.56	2.56	חופשי חודשי x 80%	נסיעות
1.06	1.06		ביטוח לאומי
1.45	1.45		פיצויים
24.16	24.16		סך הכל תשלום למטפלת (ישיר ועקיף)
1.97	1.97	משרה של עו"ס ל-50 מטופלים	פיקוח וחדרכה
1.96	1.96	7.5% על תעריף שעה	מינהל
3.93	3.93		סך הכל הוצאות מינהל
0.62	1.12	4% לגוף עסקי ו-2% למלכ"ר	רווח
28.71	29.21		סך הכל תעריף (ללא מע"מ, מס מעסיקים ומס שכר)
1.84			מס שכר
0.87			מס מעסיקים
	4.78		מע"מ
31.40	34.00		סך הכל תעריף

באופן שוטף, אכן מועברים לעובדים. כאלה הם, למשל, פיצויי פיטורים אשר החוק אינו מקנה לעובד זכות לקבלם, אם פוטר לפני תום שנת העבודה.

ואכן, קורה לא אחת שהמעסיקים מפטרים עובדים לפני תום החודש ה-12 לעבודתם ושבים ומעסיקים אותם מחדש. ההערכה היא, שתשלומי המוסד לביטוח לאומי למעסיקים עבור התנאים הסוציאליים מגיעים להיקף של 20 עד 25 אחוזים בערך מהוצאות המוסד בגין החוק, קרי עד 400 מיליון שקל בערך לשנה. התוצאה של שלילת חלק מן הזכויות הסוציאליות של העובדים, מתבטאת בירידה במוטיבציה של העובדים למלא את תפקידם כלפי הקשישים הזכאים למלוא תשומת הלב ולהיקף השעות הנדרש, וכך ביצוע החוק מחטיא את מטרתו הנעלה.

ירידה בתשומת הלב ובמוטיבציה של העובדים בטיפולם בקשישים קשורה קשר ישיר לשכר העובדים ולתנאי עבודתם, כולל התנאים הסוציאליים. כאהן-סטרבצינסקי וכורזים, במחקרם על ה"קשר בין איכות הטיפול בבית הקשיש לבין שכר המטפלת." (כאהן-סטרבצינסקי וכורזים, 1996) טוענות: "מחקרים שמטפלים בקשר בין שכר המטפלות לבין

איכות הטיפול בקשיש, לא מפרידים את סוגיית השכר משאר ההטבות או התנאים הסוציאליים אשר החברות מספקות לעובד. הטבות אלה כוללות הפרשות לפנסיה, ימי מחלה, ביטוח רפואי, חופשה וכדומה" (שם, עמ' 2). ועוד הן אומרות: "מחקרים על תנאי העבודה של מטפלות בית מראים שהטבות סוציאליות ובתוכן רמת השכר, משפיעות על שביעות רצון של המטפלות מעבודתן. יתירה מזאת, במחקרים אלה הוכח כי, שביעות רצון נמוכה מהעבודה היא גורם לעזיבה" (שם, שם).

גם המחקר של קנטור וצ'יצ'ין (Cantor and Chichin, 1990) העלה, שרוב המטפלות (87.7%) אינן שבעות רצון כלל משכרן, ושלמעלה ממחציתן (57%) מאוד אינן שבעות רצון מן התנאים הסוציאליים שהן זוכות להם במקום עבודתן. אי שביעות רצון זו מנוגדת לעמדות החיוביות של המטפלות כלפי התפקיד ולשביעות הרצון הגבוהה של העובדים מהיבטים אחרים של העבודה, כגון, מטלות העבודה, הקשר עם המטופל ומשפחתו, ההדרכה שהם מקבלים תוך-כדי עבודה. נוסף על כך, במחקר זה נמצא, שכאשר נבדק מה הם הגורמים המנבאים שביעות רצון או אי שביעות רצון מן העבודה, התגמול הכספי היה הגורם הראשון: 9% מן השונות במידת שביעות הרצון מן העבודה הוסברו בסוגיית השכר וההטבות. דהיינו, "נוסף על השפעת השכר על התחלופה, וכתוצאה מכך על איכות הטיפול, השכר הנמוך פוגע ביחסים בין המטפלת למטופל: כאשר המטופלים ערים לכך ששכרו של המטפל כה נמוך, הם אינם מרגישים שיש להם זכות לדרוש מן המטפל על-מנת לקבל שירות ברמה טובה יותר, דבר שגם הוא משפיע על איכות הטיפול." (Eustis, Fischer and Kane, 1993).

המחקר היחיד שטיפל באופן ישיר בהשפעת תנאי העבודה של המטפלות על מניעת עזיבתן מגלה, שעלייה בשכר המטפלות, יחד עם שיפורים אחרים בתנאים, מפחיתה באופן מובהק את שיעור התחלופה (Feldman, Sapienza and Kane, 1990; Feldman, 1993). במחקר זה נבדקו ארבעה פרויקטים שהופעלו בארבע ערים בארצות-הברית: מילווקי, סירקוז, סן דייגו וניו-יורק. המטרה היתה לבחון את ההיתכנות ואת ההשפעה של הכנסת שיפור בעיסוק המטפלת. התוכנית כללה את המרכיבים האלה: העלאת שכר, יותר הטבות סוציאליות, יותר הכשרה רלוונטית לעבודה, יותר השגחה ותמיכה מצד המעסיק, תמיכה מצד עמיתים, יותר אפשרויות קידום.

בסקירת ספרות שערכה מלכה כורזים בנושא זה (כורזים, 1999, עמ' 17) נאמר: "קיימת הסכמה רחבה בספרות כי יש מקום לתת את הדעת לדרכים לייצב את תעשיית טיפול הבית כדי להבטיח מענה לצרכים הגוברים וכדי להבטיח את איכות הטיפול". יש חוקרים הממליצים על מספר שינויים במדיניות התקצוב של השירות (Schmid and Hasenfeld, 1993). לדעתם, על המדינה לקבוע שיעורי תגמול שהם מעבר לשכר המינימום ולכלול תשלום עבור סל מינימלי של הטבות, כגון ביטוח בריאות, חופשת מחלה וחופשה בתשלום. התשלום עבור ההטבות הללו צריך להיות מותנה בקיומו של כוח אדם במשרה מלאה (שם, עמ' 50). ועוד נאמר שם: "העלאת השכר ומציאת דרכים לתגמול העובד הן אחת ההמלצות

הבולטות בספרות לשיפור המצב של תעשייה זו. הטענה היא שיש להשוות את תנאי השכר בענף זה לתנאי השכר המצויים במקצועות דומים." (שם, שם).

גם הלל שמיד כותב, ש"המחקר העלה גם שהתגמול הנמוך הניתן לעובדים בטיפול ביתי צפוי להשפיע על מידת ההשקעה האישית שלהם בעבודה." (שמיד, 1998, עמ' 19); ועוד הוא כותב, במאמר אחר: "יש עדות אנקדוטית נרחבת לכך שעובדים עלולים לפצות את עצמם באמצעות הפחתת מידת תשומת הלב שהם מעניקים ללקוח הקשיש, הקטנת מספר השעות שהם עובדים בפועל ודיווח לא מדויק על מספר שעות עבודה גדול יותר, אי הגעה לעבודה, שינוי לוח הזמנים של תוכנית הטיפול והפחתת המאמץ והמחויבות שלהם כלפי הלקוח הקשיש." (שמיד ובורובסקי, 2000, עמ' 65).

המוסד לביטוח לאומי אינו יכול ואינו רשאי, מבחינה עקרונית, להסכים למצב המאפשר מניעת זכויות סוציאליות בסיסיות כלשהן, או שלילתן, מעובדי הסיעוד או מחלק מהם. שכן, הוא הגוף הסוציאלי המרכזי של המדינה האחראי בתוקף החוק על הביטחון הסוציאלי של כלל השכירים, מה גם שמדובר בכספי ציבור המיועדים בראש ובראשונה לרווחת ציבור המבוטחים.

משהתבררה התמונה בעניין זה נשקלו מספר אפשרויות לתיקון העיוות, כולל האפשרות לתת לזכאים גמלת כסף בגין סיעוד, במקום גמלת שירות סיעוד. אולם, אפשרות זו נפסלה בשל אותם נימוקים שהיו נכונים בעת הקיקת חוק ביטוח סיעוד, ובעיקר בשל החשש שהגמלה הכספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה של הזקן, שלא ישכור בעצמו שירותי מטפלות, או רכיבים אחרים מסל הסיעוד.

משום כך הוחלט, שיש לחייב את החברות והעמותות להעביר את מלוא הכספים, המשולמים להם באופן שוטף על בסיס חודשי, למטפלים, כתנאי סף במכרז לנותני שירותי טיפול אישי ועזרת בית לזכאים, שהתפרסם לאחרונה. נותני שירותי הטיפול האישי שיזכו במכרז יחויבו לדווח באופן שוטף על ביצוע התשלומים וכל התנאים הסוציאליים הנלווים לעובדים, כולל ביקורת ואישור של רואה חשבון מוסמך על ביצוע שוטף של התשלומים וניהול ספרים כחוק. אי-עמידה בתנאים אלה תביא לביטול ההסכם שבין המוסד לביטוח לאומי ובין נותן השירותים.

הקפדה ועמידה דייקנית על כלל התשלומים לעובדים אמורה לשפר את מצבם במידה רבה ואגב כך גם את הטיפול בזקן הסיעודי, הן מבחינת האיכות והן מבחינת הכמות. רווחיהם של נותני השירותים יקטנו, ככל הנראה, לא מעט, אבל לדעת המוסד לביטוח לאומי עדיין תישאר בידיהם יתרת רווח ראויה ומספקת.

7. הגמלה וסל השירותים - תיקון עיוותים

"הגמלה בעין" יכולה להיות לא רק טיפול בית בידי מטפל המועסק מטעם נותן השירותים, אלא גם מרכיב אחד או יותר ממרכיבי "סל השירותים" הסיעודי המאושר בתקנות. מדובר

בטיפול ובשהייה במרכז יום לקשיש, שבו ניתנים שירותי סיעוד, ובהסעה יומיומית לשם, במוצרי ספיגה לאלה שאינם שולטים בסוגרים, בשירותי כביסה, בהובלת ארוחות לבית הקשיש ובחיבור למוקד מצוקה. זכות הבחירה של הזקן או משפחתו במוצרי הסל היא אחת ההצלחות הכולטות של ביטוח הסיעוד, כיוון שניתן לבחור ב"מוצרים" לפי צורכי הקשיש על-פי החלטת הוועדה המקומית או גם לפי בחירת הקשיש ומשפחתו. כך ניתן לצמצם את שעות הטיפול בבית ולקבל מוצרים אחרים, כגון מוצרי ספיגה, ארוחות או מוקד מצוקה, או כל שילוב אחר. נקבע "ערך" של שעות טיפול בית המשמש בסיס לחישוב ערכם של מוצרים אחרים בסל. אלה הבוחרים במוצרים האלה מפחיתים שעות טיפול שוות ערך למוצרים נוספים שנבחרו מן הסל. כך, למשל, טיפול יומי במרכז יום לקשיש שווה לשתי שעות טיפול אישי בבית.

מכיוון שלעתים תוצאת החישוב של ערך חלוקת אחד ממוצרי הסל מערך שעות טיפול אישי אינו מספר שלם, נוצר צורך לעגל את התוצאה, כלפי מעלה בדיוק של רבע שעה. התוצאה היא, כפי שהעיר מבקר המדינה (משרד מבקר המדינה, 1999, עמ' 637), הפסד אפשרי של שעות טיפול לזכאי חוק סיעוד.

כדי להימנע מעיוותים הנוצרים לכאורה לפי שיטת חישוב זו, התולה מוצרים שהם חלק מסל שירותי הסיעוד בערך שעות טיפול בית, החליט המוסד לביטוח לאומי לנתק קשר זה ולקבוע בחוק זכאות לפי "יחידות שירותים". כל מוצר שבסל יבוטא ביחידות שירותים וניתן יהיה לבחור עבור הקשיש כל שילוב רצוי של יחידות שירותים בערך שלא יעלה על הערך המקסימלי של הגמלה. קביעת הזכאות על-פי יחידות שירותים תמנע עיוותים נוספים בשחיקת הגמלה כאשר נוצרים פערים ביחס שבין ערך השכר הממוצע במשק ובין ערכן של שעות טיפול אישי.

8. הזכאות הביטוחית ומבחן התלות

גמלת הסיעוד מובטחת לכל מי שנמצא זכאי על-פי הכללים האחידים והשוויוניים שנקבעו בחוק ובתקנות. הזכאות נקבעת, כאמור, במבחן, או ב"הערכת התלות", שהוא לכאורה מבחן מובנה ואובייקטיבי, עם פגמים מעטים, יחסית (שטסמן, כהן וגינסברג, 1991).

מבחן התלות נערך בביתו של הקשיש התובע בידי אחות בריאות הציבור ונבדקים בו יכולתו בביצוע מטלות תפקוד בפעולות יומיומיות (ADL). הפעולות היומיומיות הנבדקות הן ניידותו של התובע ומגבלותיו, יכולתו להתלבש בעצמו, יכולת רחצה, אכילה ושתייה ומגבלותיהן, הפרשות, כלומר הפרעות בהן, ומתן עזרה לתובע והשגחה עליו בתוך הבית. כמו-כן נבדקים הרכב משק הבית והנפשות הפועלות והרושם הכללי המתקבל מן הנבדק וממגבלותיו, ניקיונו האישי של הנבדק וניקיון סביבתו, תלונותיו, התרופות שהוא נוטל, מסגרות הטיפול בו, סדר-יומו ושירותים שהוא צורך.

סיכום ביקור הבית של האחות ותוצאות מבחן התלות מתורגמים להמלצות האחות

ולניקוד במספרים. פקיד התביעות של המוסד לביטוח לאומי קובע על-פי הניקוד המספרי, בתוספת להיותו של התובע בודד (או חי במשפחה), את החלטתו לזכאות גמלת הסיעוד. זכאות זו כפופה למבחן הכנסות.

"כישלון" במבחן התלות משמעו, שהתובע נמצא במצב כללי טוב ואינו "תלוי" בתפקודו במגבלות הזכאות שנקבעו בחוק. "הצלחה" במבחן התלות פירושה כישלון בתפקוד וזכאות לגמלת סיעוד.

אולם, מי ש"נכשל" במבחן התלות יכול, על-פי החוק, לערער שוב ושוב עד ש"יצליח" בו. קרי, עד שיוכיח את היותו תלוי וסיעודי. "הוכחה" זו יכול שתהיה תמונה מהימנה של מגבלות תפקוד, אולם, לעתים תיתכן גם תוצאה שבאה מלימוד טכניקת המבחן, והכשלה עצמית מכוונת לצורך קבלת גמלה. אין מידע ונתונים ברורים כדי לאמוד אפשרות זו, אולם נמצא שבסוף שנת 2000 נערכו בערך 7,000 מבחני תלות לחודש וחלק גדול מהם היו מבחנים חוזרים. באגף הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי יש נתונים על תובעים רבים שערערו על תוצאות מבחן התלות שנערך להם ועברו אותו שמונה פעמים! משום כך יש לשקול קביעת כללים שיאפשרו דחייה על הסף של תביעות חוזרות ונשנות כאשר ברור בעליל שלא היתה החמרה של ממש במצב התפקוד של התובע. מבחן התלות מבוצע אך ורק בידי אחיות בריאות הציבור באמצעות ה"אגודה לבריאות הציבור". יש כנראה לא מעט היגיון בדרישה לאפשר תחרות בין הארגונים גם בתחום זה, על-מנת להשתחרר מן המונופול של אגודה זו, שהוא מונופול מקצועי הקובע לא במעט גם את מבצעי המבחן, המתחלפים באופן תדיר למדי, את הכשרת המבצעים ואת עלותו.

9. הוועדה המקצועית המקומית

האחריות לקביעת תוכנית הטיפול ושירותי הסיעוד הנחוצים לקשיש התלוי בזולתו, הנמצא בביתו והזכאי על-פי החוק לגמלת סיעוד, הוטלה, לפי סעיף 232, על "ועדה מקומית מקצועית" ששר העבודה והרווחה ממנה וקובע את אזור פעולתה. לפי סעיף 231 לחוק, "חברי הוועדה יהיו אחות של שירותי הבריאות, עובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים ועובד המוסד". ועוד נאמר שם, ש"הוועדה תתייעץ עם רופא". בלוח מס' 4 ניתן לראות את מספר הוועדות שפעלו בכל סניף בשנת 2000 ואת מספר הקשישים הזכאים. מלוח זה ניתן ללמוד, שברחבי הארץ פועלות בערך 300 ועדות סיעוד, כל אחת בתחום גיאוגרפי המוגדר על-פי ההשתייכות לרשות מקומית. בין 300 הוועדות יש ועדות גדולות, המטפלות ב-1,000 זקנים ויותר, ובינוניות המטפלות ב-500 עד 1,000 זקנים. יתר הזקנים מטופלים בוועדות קטנות, שבטיפולן עד 500 זקנים. לרשות הוועדות עומדות בערך 400 נקודות שירות של ארגונים המספקים שירותי סיעוד, חלקם ארגונים ללא סניפים וחלקם סניפים של ארגונים גדולים. לרשות כל ועדה עומדים לפחות שלושה נותני שירותים (בוועדות הקטנות) ועד 40 נותני שירותים (בוועדות הגדולות).

לוח מס' 4. התפלגות מספר הזכאים לסייעוד ומספר הוועדות המקומיות לפי סניף

הסניף	מספר הזכאים	מספר הוועדות	מספר זכאים ממוצע לוועדה
טבריה	2,526	30	84
עפולה	3,029	12	252
נצרת	2,828	28	101
נהריה	2,237	31	72
קריות	4,300	6	716
חיפה	5,869	12	489
חדרה	5,397	21	257
נתניה	6,636	17	390
כפר-סבא	3,188	14	227
פתח-תקוה	3,943	15	263
רמלה	3,850	16	241
רחובות	9,968	21	475
ראשון-לציון	2,667	1	2,667
אשקלון	3,456	5	691
תל-אביב	6,610	7	944
יפו	9,940	8	1,242
רמת-גן	6,187	7	883
ירושלים	5,730	20	287
באר-שבע	5,882	26	226
סך הכל	94,243	297	317

לוועדה המקומית יש, לכאורה, סמכות רבה בקביעת תוכנית הטיפול והשירותים שהקשיש זקוק להם וגם כוח רב לקבוע מי יהיה גותן השירותים שלו. המוסד לביטוח לאומי קבע, שהוועדה חייבת לשתף את הקשיש באפשרויות העומדות לפניו מתוך סל שירותי הסייעוד (לוח מס' 5). בפועל רק חלק קטן למדי מן הקשישים בוחרים בעצמם את השירותים מתוך ה"סל" ואת ספקיהם. לפי הערכת ספקי השירותים ומט"ב, רק 30% בערך בממוצע מן הקשישים מימשו את זכותם זו, ואילו מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי העריך בשנת 1998, שרק 40% בערך מן הזקנים מימשו אותה (שמיד, 1998). עוד נמצא במחקר זה של מינהל המחקר והתכנון, שזקנים סיעודיים ומשפחותיהם אינם נוטים לבחור בעצמם את ספקי השירותים, אלא נוטים לקבל ברוב המקרים את המלצתה או את קביעתה של הוועדה המקומית, או המלצה של עובדת סוציאלית, של אחות או של המטפלת. העדר מעורבות של ממש מצד הזקן בבחירה צריגה גם במחקר נוסף, שנעשה לפני שנתיים בערך, אשר בו נאמר, ש"הארגון נבחר על-ידי הוועדות המקומיות ולפי שיקול דעתן, ורק במקרים מעטים משתתפים הזקנים ו/או בני משפחותיהם בבחירת הספקים." (קטן ולבנשטיין, 1999, עמ'

לוח מס' 5. סל השירותים בחוק ביטוח סיעוד

סל השירותים כולל:
 טיפול אישי בבית
 טיפול אישי במרכז יום
 מוצרי ספיגה
 משדרי מצוקה
 שירותי כביסה
 הובלת ארוחת לבית הזקן

ניתן לבחור גם בשילוב של שירותים ומוצרים מן "הסל".

39). יחד עם זאת, במחקר פנימי שערך מינהל המחקר והתכנון על קשישים זכאים שטופלו בשבע ועדות סיעוד נמצא, ש-50% בערך מן הקשישים דיווחו שהם בחרו בחברה הנותנת את השירותים. אין לנו מידע ברור על השימוש שהועדות עושות בסמכויותיהן ובכוחן הרב לקבוע את תוכניות הטיפול מתוך סל השירותים, כיצד הן בוחרות את ספקי השירותים וכיצד הן קובעות מה מכשיר אותם לספק שירותים אלה.

מספרן הרב של הוועדות, היקף פעילותן והמגוון הרב של הארגונים ושל ספקי השירותים שהן עומדות עמם בקשרים יומיומיים מעלים שאלות על אחדות נוהלי העבודה של הוועדות, האם הן עומדות בלחצים המופעלים עליהן, בעיקר לחצים של ספקי השירותים השונים להגדיל את חלקם ב"עוגה" או במספר המטופלים המופנים אליהם. אמנם, שמיד ציין במחקרו (שמיד, 1998), שהארגונים המספקים את השירותים "מביעים רמה בינונית עד גבוהה של שביעות רצון מתפקוד הוועדה", אבל "מאידך מדרווחים הארגונים על קשיים שמערימה הוועדה עליהם בעבודתם היומיומית וכי השיקולים שעל-פיהם הוועדה מקבלת החלטות על הקצאת הלקוחות - הזקנים - אינם לפי קריטריונים וכללים אובייקטיביים ורציונליים, וכן הארגונים סבורים שחלוקת הלקוחות ביניהם על-ידי הוועדה איננה נעשית בצורה הוגנת" (שם, עמ' 76).

אישור כלשהו לאי שביעות הרצון של העמותות והחברות מקביעת ההיקף והמספר של הקשישים המופנים לכל חברה ועמותה יש גם בתלונות בעל-פה ובכתב שהגישו חלק מן הארגונים למוסד לביטוח לאומי, וכך גם תלונות על לחצים המופעלים על חברים בוועדות. בהיות העובדים הסוציאליים חברי הוועדות עובדי הרשויות המקומיות, נוצר לכאורה ניגוד עניינים בעבודתם מול העמותות למען הזקן שבהן מכהנים ראשי רשויות מקומיות או עובדיהן. בשל כך הקפיד המוסד לביטוח לאומי לאחרונה למנוע מהן קבלת קשישים סיעודיים לטיפול עד להפרדה מוחלטת של העמותות מן הרשויות המקומיות.

נראה, שיש צורך להעמיק את היכולת המקצועית של הוועדות וחבריהן ויש חשיבות לקביעת מספר רציונלי של קשישים לטיפול כל ועדה, יחד עם קביעת קריטריונים לחלוקת

המטופלים לחברות ולעמותות נותנות השירותים, תוך ידיעה שחלק מן הזכאים מקבלים טיפול מטעם חברות או עמותות הסיעוד עוד קודם לקביעת הזכאות על-פי החוק. החלטות הוועדות חייבות להיות אובייקטיביות ו"שקופות" יותר, כדי למנוע לזות שפתיים. כמו-כן, יש צורך בהעמקת הפיקוח והבקרה על עבודת הוועדות. שיפורים אלה הם תהליך הנמשך לאורך זמן, אבל חשוב לפעול ליישומם כדי שהצדק לא רק ייעשה אלא גם ייראה.

10. מבחני הכנסות וזכות הערעור

בהשקפותינו בעניין מבחן ההכנסות לא היו שינויים רבים מאז כתבה בן-צבי, ש"הזכאות לגמלת הסיעוד מותנית במבחן הכנסות. התניה זו אינה מתיישבת עם עקרונות חוק ביטוחי גביית וזכות היא בבחינת חריג במערכת הגמלאות של המוסד לביטוח לאומי. למרבה הצער הוכנס עיקרון זה לחוק כאילוץ, בגלל מגבלות תקציב. בפועל, האוכלוסייה שנדחתה בשל הכנסות גבוהות היא קטנה מאוד, אולי מפני ששכיחותם של זקנים בקרב בעלי הכנסות גבוהות היא נמוכה מאוד. יש להניח, שפעולת ההסברה הרחבה שעשה המוסד לביטוח לאומי עם הפעלת החוק, שבו הודגשה בין היתר נקודה זו, מרתיעה מראש זקנים בעלי הכנסות גבוהות מלפנות לקבלת עזרה." (בן-צבי, 1993, עמ' 112). נוסף ונאמר, שבסוף שנת 2000 נדחו רק 1.6% מאלה שתבעו קצבת סיעוד בשל מבחן ההכנסות.

מן הראוי להוסיף, שחוק ההסדרים שהוצע לשנת 2001 כלל סעיף להחמרה במבחן ההכנסות. בהמשך החליטה הממשלה (החלטה מס' 2337), ששר העבודה והרווחה יתקין תקנות להחמרה במבחן ההכנסות.

על-פי תקנות החוק שבתוקף היום, לפני התיקון, קיימות שתי מדרגות הכנסה הקובעות את שיעור הגמלה: 50% ו-100% מן הגמלה המלאה שהקשיש זכאי לה על-פי מידת המוגבלות. מבחן ההכנסות שונה לקשיש בודד ולקשיש החי עם בן זוג. על-פי החלטת הממשלה מוצע ליצור מדרגת הכנסה נוספת שתזכה חלק מן המבוטחים הזכאים היום לגמלה בשיעור מלא, לגמלה בשיעור של 75% (לוח מס' 6).

מהחמרה זו ייפגעו בערך 5,000 זכאים לקבלת גמלת סיעוד שקצבתם תקטן ב-25%. החיסכון הנובע מהחלטת הממשלה מסתכם ב-27 מיליון ש"ח בערך בהבשלה מלאה. עד כה לא התקין שר העבודה והרווחה תקנות אלה.

בסיום, יש עוד להזכיר, שלמרות שהחוק הקובע את זכאות הזקן או מי שמייצג אותו, ושאינו מרוצה מתוכנית הטיפול בו, מאפשר לפנות לוועדת ערר מיוחדת, בפועל לוועדות אלה יש תפקיד מצומצם והן פועלות בהיקף קטן בלבד. ערעורים בעניין זכאות הזקנים לטיפול סיעודי מובאים לבית-הדין לעבודה, תוך מתן אפשרות לקבלת סיוע משפטי הממומן בידי המוסד לביטוח לאומי.

לוח מס' 6. מבחן הכנסות לשיעור הזכאות כאחוז מן השכר הממוצע -
על-פי החלטת הממשלה

אחוז השכר הממוצע		רמת הגמלה
זוג	יחיד	
		חמצב הקיים
עד 150%	עד 100%	100% גמלה
150% עד 225%	100% עד 150%	50% גמלה
מעל 225%	מעל 150%	לא זכאי
		מוצע
עד 115%	עד 75%	100% גמלה
115% עד 150%	75% עד 100%	75% גמלה
150% עד 225%	100% עד 150%	50% גמלה
מעל 225%	מעל 150%	לא זכאי

סיכום

לאחר שתיים-עשרה שנה להפעלת חוק ביטוח סיעוד ומתוך הכרה מלווה בהוקרה בתרומתו הרבה של החוק לרווחת הקשישים, ולאחר איסוף נתונים על תהליכי ביצוע החוק ומתוך לימוד הממצאים, הגענו למסקנות אחדות, לתוכניות פעולה ולהצעות ותיקוני חקיקה המתוארים במאמר זה. כל זאת כדי להעלות מחדש את החוק וביצועו על מסלול של סיוע סיעודי לקשישים מתוך סל שירותי סיעוד לפי קריטריונים הקבועים בחוק ובתקנות, וכדי למנוע הסטת חלק נכבד מן המשאבים הכספיים לשולי דרך-המלך של הטיפול עצמו. הראשונה בבעיות שנדונו היא ההתפתחות של הזכאות לגמלת סיעוד והיקף הכיסוי הרוחבי. קיימות שאלות הדורשות מחקר ובדיקות מינהליות כדי לבחון האם חלק ממקבלי הגמלה אולי אינם זכאים לה עוד.

בנושא מרכזי אחר התעוררה השאלה, האם היותה של הגמלה מכשיר לסייעוד בקהילה בלבד עודנה רלוונטית היום, במציאות של קיום רצף מתן השירותים, מן הבית דרך דיוור מוגן ועד למוסדות הגריאטריים השונים. כמו-כן נדונה מידת תרומתו של החוק לקשישים ולמדינה: האם הוא מכשיר לרווחה והעלאת רמת הטיפול האישי בלבד, או גם תחליף למיסוד, וחיסכון באשפוז. לעיל תוארה גמלת סיעוד קצרת-מועד, שהתקבלה בחקיקה כפתרון לבעיות חריפות בתפקוד לתקופה של 60 יום, כדי לתת מענה לבעיות סיעוד חריפות וזמניות, וגם הצעות לשינויים דינמיים ברמות הסיוע של גמלת הסיעוד. סוגיה מרכזית נוספת היא שימוש יעיל במשאבי חוק הסיעוד למניעת ניצול ולמתן זכויות

סוציאליות מקיפות לעשרות אלפי המטפלים והמטפלות בסיעוד הביתי, ובתור מכשיר להעלאת רמת התפקוד והמוטיבציה בטיפולם בקשישים הסיעודיים בקהילה ולעשיית צדק חברתי.

ביבליוגרפיה

- בן-צבי, ב' (1989), "תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים", בטחון סוציאלי, 34: 49-60.
- בן-צבי, ב' (1993), "חוק הסיעוד - הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו", בטחון סוציאלי; 39: 110-121.
- ברודסקי, ג', שניר, י', באר, ש' (1999), קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל ואש"ל.
- גרא, ר', מורגנשטיין, ב' (2000), מקבלי גמלת סיעוד (1999), סקר תקופתי מס' 171, ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ', כורזים, מ' (1996), "קשר בין איכות הטיפול בבית הקשיש לבין שכר המטפלת", סקירת ספרות, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- כורזים, מ' (1999), "סקירת ספרות בנושא מטפלות, בית בזקן", ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- משרד מבקר המדינה (1999), דו"ח שנתי מס' 50ב', ירושלים: עמ' 631-648.
- מן, ק' (1983), "דין וחשבון הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד", הוגש לשר העבודה והרווחה, ירושלים.
- קטן, י', לבנשטיין, א' (1999), "עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים", ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שטסמן, י' (2000), "סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים בישראל", הוגש לשרי העבודה והרווחה והבריאות, ירושלים.
- שטסמן, י', כהן, א', גינסברג, ג' (1991), "הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני החלות של המוסד לביטוח לאומי ובמבחנים נוספים באוכלוסייה הקשישה בירושלים", מחקר בהזמנת המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם).
- שמיד, ה' (1998), הערכת תפקודם של הארגונים המספקים שירותי טיפול ביתי לזקנים סיעודיים, ירושלים: בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שמיד, ה', בורובסקי, א' (2000), "סוגיות נבחרות בהספקת שירותי טיפול ביתי לקשישים במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד", בטחון סוציאלי, 57: 59-81.
- Cantor, M.H. and Chichin, E.R. (1990), *Stress and Strain Among Homecare Workers of the Frail Elderly*, New York: Brookdale Institute on Aging, Third Age Center, Fordham University.
- Eustis, N.N., Kane, R.A. and Fischer, I.C. (1993), "Home care quality and the home care worker: Beyond quality assurance as usual", *The Gerontologist*, 33 (1): 64-73.
- Feldman, P.H. (1993), "Work life improvements for home care workers: Impact and feasibility", *The Gerontologist*, 33 (1): 47-54.
- Feldman, P.H., Sapienza, A.M. and Kane, N.M. (1990), *Who Care for Them - Workers in Home Care Industry*, London: Greenwood Press.
- Naon, D. and Strosberg, N. (1996), *The Impact of the Community Long-term Care*

Insurance Law on Patterns of Institutionalization, Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development.

Schmid, H. (1993), "Home care workers' assessment of differences between nonprofit and for-profit organizations delivering home care services to the Israeli elderly", *Home Health Care Services Quarterly*, 14(2/3): 127-147.

Schmid, H. and Hasenfeld, Y. (1993), "Organizational dilemmas in the provision of home-care services", *Social Services Review*, 67(1): 40-54.

הרהורים על חוק ביטוח סיעוד ולקחים לעתיד

מאת ברכה בן-צבי*

המאמר בוחן את הישגיו של חוק הסיעוד והעקרונות שמהם נגזרו תכנונו ויישומו. המטרות שביקש החוק להשיג היו: העברת השירותים לזקנים מכפיפות להוראות מינהליות להספקתם מכוח חוק; העדפה מוחלטת להספקת שירותים לזקנים המתגוררים בקהילה; איגום הגורמים המטפלים בזקן; קביעת סל השירותים בחוק; העדפה מחייבת של שירותים בעין על-פני קצבות כסף; מתן השירותים באמצעות ארגונים ציבוריים ומסחריים מורשים. המחברת הגיעה למסקנה, שאיגום השירותים והגורמים המטפלים בזקן לגוף מאוחד ברמת המטה והשטח אכן מעדיף את טובת הזקן על-פני האינטרסים שלהם. אבל מתן העדפה מוחלטת להספקת שירותים לזקן בקהילה דורש עיון מחדש. רצוי לשמר את הזכויות לשירותים לזקן ולספקם לו בכל מקום שיבחר לגור בו. העדפת שירותים בעין על-פני קצבות כסף אינה מתאימה בהכרח לעובדים זרים, ולאור ריבוי השימוש בהם יש לשקול מחדש את מימוש הזכאות על-פי החוק, כדי להקל על המשפחות בפנותן לדרך זו.

מבוא

כשותפה לחזון, לאחריות לתכנון ולהפעלה של חוק ביטוח סיעוד בשנותיו הראשונות, רצוני להשתמש היום, לאחר שנים של שהייה מחוץ למערכת, ביתרונות שהמרחק מן העשייה בשטח מעניק, כדי לבחון ללא מעורבות ובמבט לעתיד את העקרונות, המטרות והכללים שהנחו את הפעלת החוק. לשם כך אציג בחלק הראשון שישה מקבצים של עקרונות, מטרות וכללים (בן-צבי, 1989; 1993), שעמדו בפני המתכננים ובפני אלה המפעילים את

* יושבת-ראש מועצת העובדים הסוציאליים. בעבר מנהלת אגף שיקום וסיעוד במוסד לביטוח לאומי.

החוק. לאחר מכן, בפרק השני, אציג את התייחסותי, לפי אותו סדר של מקבצים, בצירוף הערותי והשגותי לחוק ממרחק - תרתי משמע - של זמן ושל מקום מן המערכת. חוק ביטוח סיעוד נחקק ב-1986 והופעל בכל הנוגע לגמלאות האישיות החל מאפריל 1988. קדמה להפעלתו מלאכת תכנון והכנה אינטנסיבית, שהתחייבו עקב חדשנותו של החוק - הפעלת גמלאות בעין מכוח חוק, דהיינו הפעלת שירותים אישיים ללקוחות לפי כללים ועקרונות המעוגנים בחקיקה. בהיות החוק חדשני בארץ ובעולם, עוררו חקיקתו ויישומו עניין רב באקדמיה, במכוני מחקר, בקרב העובדים הסוציאליים בשירותי הרווחה, אצל האחיות בשירותי הבריאות וגם אצל אחרים. ואכן, כל אלה לקחו חלק פעיל בתכנון וביישום. כך, למשל, לוותה הפעלת החוק בניסוי רחב, שהקיף ארבעה אזורים שונים (בייץ, 1990; מורגנשטיין, בייץ והרון, 1989). לשם כך נעשה שימוש במערכת ממוחשבת, שאפשרה להקים, החל מן הימים הראשונים, מערך נתונים, להעריכם ולנתחם בסקרים שוטפים (זיפקין, בייץ ומורגנשטיין, שנים שונות). כמו-כן לוותה העבודה במחקרי הערכה של הכלים שעוצבו ויושמו (מורגנשטיין וורנר, 1985; שטסמן, כהן וגינסבורג, 1991; שמיד וסבג, 1991; א' 1991; ב' 1991). ריבוי המחקרים, הסקרים והמאמרים שפורסמו והוועדות שהוקמו לבדיקת נושאים שונים, נובע ללא ספק מחדשנותו וייחודו של החוק כפי שנאמר לעיל, אבל גם מהיקפו הרחב, שלא נצפה מראש ושעודנו מצוי במגמת התרחבות.

העקרונות והמטרות שהנחו את התכנון והיישום של חוק ביטוח סיעוד

1. העברת שירותים לזקנים מכוח הוראות מינהליות למסגרות של הספקת שירותים מכוח החוק הספקת שירותי רווחה בעין למרבית קבוצות האוכלוסייה, וביניהן לציבור הזקנים, מתפרסת בין מספקי שירותים ממשלתיים, ציבוריים ואף פרטיים כבר עשרות שנים. היא נשענת על מערכת מקצועית ענפה העוסקת במלאכה ומתבססת על תורה אקדמית, על ידע ועל ניסיון, שנאספו והתגבשו במשך השנים למומחיות פרופסיונלית בתחומים שונים, כמו נכות, משפחה, בריאות, ילדים ובני נוער, קהילה ועוד. מה שמאפיין בעיקר את שירותי הרווחה הוא, שהם מופעלים באמצעות עובדים סוציאליים, שעיקר עבודתם מתנהלת תוך יחסי-גומלין בין-אישיים ישירים עם לקוחותיהם. עבודה זו מתנהלת בדרך-כלל על-פי מדיניות כוללת ולפי הוראות מינהליות, אבל היא נהנית ממרחב רב בקבלת החלטות על-פי שיקול דעתם של נותני השירות.

לחקיקת חוק ביטוח סיעוד קדמו שנים רבות של טיפול בזקנים בלשכות ובמחלקות לשירותים חברתיים, של קופת חולים כללית, של משרד הבריאות ושל גופים אחרים. עד שנת 1988, המועד שבו הופעלו הגמלאות האישיות לזקנים מתוקף חוק ביטוח סיעוד, היה

היקף מקבלי שירותי הסיעוד מצומצם למדי, בהשוואה להתרחבות הגדולה שהתרחשה לאחר כניסת החוק לתוקף. אוכלוסיית מקבלי השירותים בטרם נכנס החוק לתוקפו מנתה 5,015 זקנים, שקיבלו טיפול סיעודי אישי ועזרה במשק הבית בהיקף של 5.5 מיליון דולר בערך. משרד העבודה והרווחה סיפק עזרה במשק הבית ל-1,000 זקנים, קופת חולים כללית סיפקה טיפול אישי ל-2,700 זקנים וגורמים אחרים סיפקו שירותים לזקנים הנוותרים. נתונים אלה נאספו במבצע מינהלי של המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת חולים כללית, על-מנת לדאוג להעברה מסודרת של הטיפול באוכלוסייה זו על-פי החוק. בבדיקת מקבלי שירות אלה התברר, שלבד מהיותם קבוצה מצומצמת למדי כאמור, נמצאו ביניהם פערים ושונות רבה מבחינת נתוני הזכאות, גווני הספקת השירותים ועלויות השירות.

המעבר של הספקת השירותים הללו למסגרת עבודה המתחייבת מן החוק היתה מותנית בהקמת מערכת מוגדרת של מדיניות, המבוססת על כללים שוויוניים: גהלים אחידים, תהליכים מבוקרים, לוחות זמנים קבועים, תיעוד וקבלת החלטות מנומקת ושקופה בהתאם לעקרון השוויון בפני החוק.

שיטות העבודה החדשות חייבו יצירת כלים מקצועיים דוגמת מכחני תלות, המהווים בסיס לקביעת זכאות לשירותים, שיהיו תקפים ומגובים בידע שיטתי ובמחקר (שטסמן, כהן וגינסבורג, 1991), קביעת סל שירותים אחיד ומתאים, שיענה על הצרכים, הקמת צוותים אזוריים והנהגת שיטות עבודה מתאימות ועוד.

הטמעת המדיניות, הכללים והכלים, השיטות והמסגרות האחידים והשוויוניים בקרב 600 עובדי הצוותים האזוריים שהוצבו כדי להפעיל את החוק, ואשר פעלו קודם לכן במסגרות שונות מכוח הוראות מינהליות, היתה בעלת חשיבות מכרעת בהספקת השירותים כנדרש על-פי החוק. היא באה למנוע מצב של איפה ואיפה, או חריגה כלשהי מן הכללים השוויוניים העלולה להשפיע על קבוצות גדולות של זקנים הנמצאים במצבים דומים, לערער את שוויון האזרח בפני החוק ולשבש את האפשרות ליישם את החוק.

2. חוק ביטוח סיעוד - שירותים לזקנים בקהילה

על-פי החוק ניתנה עדיפות מוחלטת למתן שירותים לזקנים המתגוררים בקהילה על-פני זקנים המאושפזים במוסדות סיעודיים, בהתאם להשקפה כללית מקובלת, שטוב לאדם להישאר בסביבתו הטבעית (הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, 1983).

במצבי ביניים, למשל במקרה של זקן סיעודי שאינו מאושפז במוסד סיעוד והוא נמצא במוסד לתשושים, או מתגורר במוסד של עצמאיים, עוגנה זכותו בנהלים ובכללים אחידים המותירים בידי את הזכאות לקבל שירותי סיעוד. מאידך גיסא, מזקן סיעודי המתאשפז או המתגורר דרך קבע במוסד סיעודי, נשללת הזכאות לקבל שירותים כלשהם, או סיוע אחר הנובע מתוקף חוק ביטוח סיעוד.

נושא זה עלה מדי פעם לדיון בעקבות תלונות של זקנים סיעודיים ומשפחותיהם, שמצאו את עצמם נפגעים דווקא בתקופת משבר ובמעבר מביתם למוסד סיעודי. כדאי לזכור, שבמדינות מפותחות רבות בעולם המערבי (קנדה, אוסטרליה, שוודיה ואחרות) האשפוז הסיעודי על-פי תוכניות ביטוח ציבוריות וממשלתיות קדם לתוכניות סיעוד בקהילה.

מן הראוי להזכיר גם זאת, שבשנים הראשונות של יישום החוק עדיין פעלו רוב-דרכים של המוסדות לזקנים עצמאיים, תשושים וסיעודיים בתנאים ירודים למדי מבחינת איכות החיים. עובדה זו השפיעה בוודאי גם היא על ההעדפה המוחלטת לתת תמריץ להישארות הזקן בקהילה ולאפשר לו להישאר בביתו ככל שרק אפשר.

בשנים האחרונות אנו עדים להתפתחות מואצת ביוזמת השוק הפרטי, שהקים מגוון רחב של מוסדות לעצמאיים, לתשושים ולסיעודיים, חלקם ברמה גבוהה ביותר, שהיתה להם השפעה גדולה בכיוון של שיפור התנאים גם במוסדות האחרים. כמו-כן היתה "פריצה" של השוק הפרטי בצורה של הפעלת תוכניות לשירותי סיעוד מטעם חברות הביטוח. השפעת התפתחות זו תידון בהמשך.

3. תכנון ויישום חוק ביטוח סיעוד באמצעות איגום גופים קיימים המטפלים בזקן

במלאכת התכנון של החוק היו שותפים מלאים הגופים שפעלו למען זקנים סיעודיים לפני כן: השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, האגף למחלות ממושכות במשרד הבריאות, קופת חולים כללית והמוסד לביטוח לאומי, שהיה אחראי לחקיקתו.

העיקרון שהנחה את התכנון והיישום היה למנוע הקמת מערכות חדשות, ולעומת זאת לחזק את הגורמים הממשלתיים והציבוריים הקיימים ולהסתמך עליהם. גורמים אלה התארגנו כשותפות לעניין, מעין שותפות עסקית מאוחדת של כל הכוחות למען הזקן הסיעודי הבודד, העומד במרכז והתובע שירותים, מול הממסד. לשם כך הוקמו ברחבי הארץ צוותים אזוריים, אשר כללו עובד סוציאלי מן הלשכה או המחלקה לשירותים חברתיים שבאזור מגורי הזקן, אשר הביא עמו כגיבוי את שירותי הרווחה המגוונים; אחות קופת חולים מן המרפאה האזורית, שנתמכה בשירותי המרפאה שהיא מייצגת; פקיד התביעות מן המוסד לביטוח לאומי, שמאחוריו עומד הסניף האזורי שאותו הוא מייצג; אחות משרד הבריאות, המבצעת את "מבחני התלות" (שיפורטו בהמשך). נציגים אלה פועלים יחד מתוקף החוק בקביעת תוכנית הטיפול הפרטנית וכמקשרים עם שירותים נוספים ואחרים שאותם הם מייצגים, על-פי הצורך.

מאז נכנס החוק לתוקפו פועלים צוותים אלה באופן שיטתי ובאינטנסיביות ליד 200 רשויות מקומיות בערך. בצוותים אלה טמון פוטנציאל עצום שבכוחו למלא תפקיד מרכזי בפיתוח ובהספקה של שירותים נוספים למען הזקן.

ההשקעה הרבה בתכנון החוק וההשקעה המתמדת בהחזקת הצוותים האזוריים התגלתה כאחת התפוקות הכולטות של המודל הייחודי בהפעלת חוק הסיעוד. התברר, שהצוותים

האזוריים הצליחו לגבש באזורי פעולתם שותפות עניינית ששמה לה למטרה ראשונה במעלה את צורכי הזקן וסיפוקם, לפני האינטרסים של שולחיהם (המשרדים הממשלתיים והציבוריים).

4. סל שירותים

מרכיבי סל השירותים נאספו על סמך ניסיון העבר בטיפול בזקנים - בטרם נכנס החוק לתוקפו. מרכיבים אלה גובשו וחוודשו במסגרת של צוותים רב-מקצועיים ונוסו באזורים שנקבעו לשמש אזורי ניסוי, כשהם נתמכים במחקרים שליוו אותם (בייץ, 1990; מורגנשטיין, בייץ והרון, 1989). במהלך השנים נבדקו מרכיבי סל השירותים ואף הורחבו לאור הניסיון המצטבר.

מרכיבי השירותים שנכללו בסל השירותים נועדו לסייע בפעולות היומיום, ולא להחליף שירותים שהם בתחומם או חלק מחובתם של גורמים אחרים מתוקף חוק או נוהל. לפיכך הוחלט, שמרכיבי השירותים מתוקף החוק יוגדרו בסל כשירותים יומיומיים לזקן ולמשפחתו, הנחוצים להם בביצוע הפעולות הבסיסיות השוטפות. הכוונה היתה לשמור בקפדנות על משאבי החוק כפי שהוגדרו ביעדיו. עקב כך לא היתה אפשרות לממן ממשאבי החוק פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק או טיפולים רפואיים ופּרָה־רפואיים, למרות חיוניותם הרבה. שירותים כאלה נותרו באחריות המערכת הרפואית.

עקב כך נשללה גם האפשרות לממן ממשאבי החוק ציוד ביתי, שיפוצים וכדומה, המוטלים על-פי הנהלים על מערכת שירותי הרווחה ומשרד השיכון, שירותים הניתנים לכלל האזרחים הנזקקים, לרבות הזקנים. ויש דוגמאות נוספות בתחומי האחריות של הגורמים הממשלתיים. למותר לציין, שהפיתוי להיענות לצרכים חיוניים כאלה ואחרים היה עלול לנגוס, לשחוק ואף להחליף לחלוטין את המשאבים שעל-פי יעדי החוק. לפיכך, משאבי חוק הסיעוד מנוצלים במלואם למימון סל השירותים שנקבע מתוקף חוק הסיעוד.

5. שירותים בעין ולא בכסף

היקף השירותים הניתנים למשפחה מתוקף חוק הסיעוד מוגבל והוא מבוסס על ההנחה, שהם אינם מכסים את מלוא הצרכים, אלא הם תוספת סיוע ותמיכה למשפחה המטפלת בזקן. למותר לציין, שהמדינה אינה יכולה לממן או להחליף, לאור מגבלות התקציב שלה, את כל השירותים הלא-פורמליים שבני המשפחה נותנים לזקן (מורגנשטיין ובייץ, 1992). יתרה מזו, ניתן לשער כמעט בוודאות, שזקן התלוי בזולתו בכל הקשור לפעולות היומיום שלו כמוגדר בחוק, אשר אין לו מערכת לא-פורמלית תומכת כלשהי, כמו משפחה או בני אדם אחרים, לא יוכל להישאר לחיות בקהילה בהסתמך על היקף השירותים הנקוב בחוק, אלא יזדקק לאשפוז סיעודי. מכאן ברור, שהמשפחה איננה מקבלת תמורה מלאה לטיפוליה בזקן, אלא רק סיוע ועזרה כלשהם שיש בהם כדי להקל במעט את ההתמודדות עם העומס,

עם המאמץ ועם הלחץ הרב הכרוכים בטיפול בזקן סיעודי בבית. משום כך נשללה לחלוטין האפשרות להעביר למשפחה תמיכה כספית עבור טיפולה בזקן. הכרה בבני משפחה כמטפלים בזקן בשכר היתה מחייבת מתן תשלום לכל המשפחות עבור טיפול כזה, שכן, כאמור, כל המשפחות נושאות, במידה זו או אחרת, בנטל הטיפול בזקן שבמשפחתן ועל כך, כאמור, אין תשלום או פיצוי. כלל זה נשמר בקפדנות במהלך יישום החוק, שכן פריצתו עלולה להביא לחיסול או לשיבוש כוונת המחוקק.

לאורך כל השנים הופעלו על מבצעי החוק לחצים רבים, במישור הכללי והפרטני, לתת כסף ישירות לפחות "למשפחה הטובה המטפלת יפה" בזקן, כדי שתעשה בו שימוש לפי שיקול דעתה. אבל רעיון זה נדחה מפני שאין אפשרות להבטיח שרק "המשפחה הטובה" תקבל ושמשפחות כאלה אכן ישתמשו בכספים אלה אך ורק לצורך רכישת השירותים הנתוצים. אילו ניתנה למבצעי החוק רשות להפעיל שיקול דעת, היה הדבר פותח פתח לשורה ארוכה של גישות ערכיות, מסכן את עקרון השוויון בפני החוק ויוצר מצב של איפה ואיפה.

לחצים אחרים עלי-מנת להעניק כסף, ולא שירותים בעין, נומקו בזכות הבחירה החופשית של המשפחה לעשות שימוש יעיל יותר בכסף על-פי העדפותיה. למותר לציין, שמתן בחירה חופשית אם לרכוש שירותי סיעוד או שירותים אחרים ייטיב ללא ספק בעיקר עם האוכלוסייה שהפרוטה מצויה בכיסה. אין ספק, שמשפחות הנתונות במחסור, או שהן בעלות הכנסה מוגבלת, היו עומדות בפני ברירה קשה מאוד בנוגע לשימוש בכסף בין רכישת שירותים לזקן ובין מילוי צרכים חיוניים אחרים של המשפחה. הפיתוי למלא צרכים חיוניים אחרים ולהיענות ללחצי בני המשפחה עלול לדחות עשיית שימוש בכסף למטרות שהוא נועד למלא.

במעקב שנעשה לפני שנים על שימושים בקצבת הילד הנכה נמצא, שזו נטמעה במשאבי המשפחה ושמשפחות "עניות" ממעטות לרכוש בעזרתה שירותים הנתוצים להתפתחות הילד הנכה. קצבות "הילד הנכה" (או קצבות ניידות) שהמוסד לביטוח לאומי משלם למשפחות, נספגות ברובן בתקציב המשפחה, ואילו מילוי צרכים ספציפיים, לרבות הסעת ילדים למוסדות חינוך, מוטל על המערכות הממשלתיות והציבוריות.

למסקנות דומות הגיעו גם מחקרים שנעשו בארצות אחרות, אשר בדקו את השפעת תוכניות הרווחה השונות על רווחת ילדים, על הישגיהם בבית-הספר, על הריונות אצל קטינות, הסתככות קטינים במעשי פשע ועוד. החוקרת קארי השוותה תוכניות המספקות שירותים ישירות לילדים עם תוכניות שבהן הועברו כספים לידי ההורים ומצאה, שלתוכניות שהגישו שירותים בעין היתה השפעה גדולה יותר. הסיבה לממצא זה קשורה לעובדה, שלהעברות כספים יש נטייה להתפזר ולהגדיל את הצריכה של מגוון מוצרים, ולא דווקא למלא את צורכיהם של ילדים.

6. נותני השירותים

חוק ביטוח סיעוד הגיע את השוק הציבורי ואת השוק הפרטי לספק את השירותים הנחוצים, ואלה נענו לדרישה והתפתחו במהירות רבה. בזמן הראשון לאחר כניסת החוק לתוקפו פעלה מט"ב כחברה ציבורית יחידה והעסיקה רק 950 עובדים ועובדות בערך. היום פועלות בשוק בערך 150 חברות; בערך 60% מאלה הן חברות למטרות רווח והיתר הן חברות ציבוריות. כולן ביחד מעסיקות בערך 50,000 מטפלים ומטפלות. המודל של העסקת מטפלים ומטפלות בחברות חוץ-ממסדיות נוצר בעקבות ייעוץ משפטי מקיף שניתן ברמות שונות ואשר הזהיר שכל תשלום ישיר מן המוסד לביטוח הלאומי למטפל תמורת שירות יגרור אחריו יחסי עובד-מעביד, שמשמעותו במשך השנים תהיה תוספת של עשרות אלפי עובדים למוסד לביטוח לאומי.

הכללים שעובדו קבעו תהליכים לבדיקת התאמתן של חברות ולעריכת הסכמים שבהם מעוגנות דרישות המוסד לביטוח לאומי ושותפיו בביצוע החוק. ריבוי החברות לא היה מתוכנן, וכמוהו לא נצפה מראש גם הגידול הרב במספר הזכאים. מצד אחד, היתה כאן הצלחה והתמודדות כהלכה עם הביקוש הרב למטפלים ומטפלות. מצד שני, נפגעה יכולת הפיקוח על מספר כה רב של חברות, מטפלים ומטפלות, איכות הטיפול ועוד. השלכות חיוביות ובלתי צפויות נוספות היו: גורם התחרות, שהביא עמו ידע רב, יכולת וגמישות הן מצד החברות הפרטיות והן מצד החברות הציבוריות; היצע רב של מטפלים ומטפלות שאפשר לבחור את המתאימים לטיפול בזקן והיענות לדרישות שונות לתוכנית הטיפול (למשל ניקוי הבית וכדומה).

לעומת זאת, ההתעניינות הרבה של יזמים בהקמת חברות סיעוד מעלה את האפשרות שהיתה כאן כדאיות ואולי אף רווחיות גבוהה מדי עבור בעלי החברות על חשבון הזקנים או על חשבון המטפלים והמטפלות.

זאת ועוד: מהותם של שירותים בעין הניתנים היום ב־95,000 בתים פרטיים בערך בנוכחות המטופל והמטפל, דורשת פיקוח נרחב ויעיל. יעילותו של פיקוח כזה בזמן אמת מורכבת ומסובכת ובמקרים רבים ספק אם היא אפשרית. את הפיקוח מבצעים העובדים המקצועיים של הצוותים האזוריים, מתנדבי "ייעוץ לקשיש" (בייץ ודאבוש, 1990) וחברות הסיעוד. אבל כאמור, הידוק הפיקוח והגברת יעילותו דורשים משאבי כוח-אדם עצומים, שאינם מצויים ברשות המערכת.

לסיכום, אין ספק באשר לחשיבות התפתחותו של שוק זה, המסוגל להעמיד לרשות המערכת המפעילה את החוק אמצעים וכוח-אדם הפועלים בגמישות, ביעילות ותוך נגישות רבה. ספק רב אם היה ביכולתם של גורמים ממוסדים לבוא ולפעול במקומם.

התייחסות ממרחק והרהורים על הלקחים לעתיד

להלן יידונו הנושאים שהועלו בפרק הקודם מנקודת ראות מרוחקת, הן מבחינת משך הזמן שחלף מאז השנים הראשונות לביצוע החוק והן ממרחק מן העשייה בשטח. כמו-כן יועלו כמה הרהורים על הלקחים לעתיד.

1. העברת השירותים לזקנים למסגרות הספקת שירותים מכוח חוק

המעבר מהספקת שירותים על-פי נהלים (הספקה "וולונטרית") באמצעות הממסד להספקת שירותים על-פי חוק הגדיל מאוד את מספרם של הזקנים המקבלים שירותי סיעוד. חוק הסיעוד סיפק כאן במה לגיסוי רחב היקף (קטן ולבנשטיין, 1999), שבו התגלתה המשמעות של הסרת התיוג והמעבר מהיות הלקוח מקבל שירות "בחסד" ללקוח הזכאי לשירותים מתוקף חוק. החוק הביא למיצוי זכויות מצד עשורת אלפי זקנים שלא זכו לשירותים לפני היכנסו לתוקף, למרות שמצבם היה דומה, או אף זהה מבחינת הנוקקות, לזה של מספר קטן ומקרי של זקנים שזכו להיעזר בשירותים, טרם כניסת החוק לתוקפו. נמצא, שמצבם של הזכאים החדשים שהצטרפו למערכת מקבלי השירותים דומה, ואף זהה, הן מבחינת תלותם בזולת בכיצוע פעולות היומיום, הן מבחינת הכנסותיהם, הן מבחינת מצבם המשפחתי והן מצד מרכיבים נוספים.

בחברות מתוקנות, במאה ה-21, נאמני הרווחה ושוויון זכויות לאזרחים המכירים בהישג זה, חייבים להעלות את השאלה, האם מודל חוק הסיעוד - עם התיקונים המתחייבים - אינו צריך להיות מיושם גם בתחומי רווחה אחרים. מודל הטיפול בזקן הסיעודי כפי שהתפתח בחוק ביטוח סיעוד מתאים בהיבט האזורי שלו לטיפול באוכלוסיות יעד נוספות, התלויות במספר גורמים ממשלתיים ואשר ביניהם מתרוצץ האזרח בבואו לקבל שירותים, כגון ילדים נכים, מובטלים ואחרים.

2. מתן שירותים בקהילה

חוק הסיעוד, בתקופת הדיון המוקדם בו, בתחילת שנות ה-80, קבע עדיפות מוחלטת לסיוע לזקנים המתגוררים בקהילה. יש מקום לחלוק על קביעת עדיפות אולטימטיבית זו במשמעותה כלפי זקנים, ואולי גם לראות בה היסחפות לערכים המחטיאים את מציאות חייו של הזקן, שלעתים קרובות נאלץ לוותר על חיים בקהילה ולחסות במוסד. אכן, אין ספק שטוב לאדם היכול להזדקן בביתו בכבוד עד יום מותו. למותר לציין, שלמרות קביעה זו של המחוקק והעדפה מוחלטת של מתן שירותים לזקן בקהילה, האשפוז במוסד סיעודי אף פעם אינו משאת נפש; יש שהוא נחוץ, וברוב המקרים הוא בבחינת "הכרח בל יגונה".

ההחלטה להעביר אדם זקן למוסד סיעודי מתקבלת במשפחה ברוב המקרים במצבי משבר קשים: החמרה של מצב המחלה ושל התלות בזולת, בדידות ומצבי מצוקה, משבר או אסון שפגע במשפחה, מצבים חריגים כמו חרדה, התעללות, דמנציה חריפה או מצבים אחרים המחייבים אשפוז.

חוק ביטוח סיעוד הדיר מתוכו את הזקן הסיעודי השוהה במוסד ולפיכך - אם הוא שוהה בבית, הוא יקבל שירותים מתוקף החוק, אבל אם חלה הרעה במצבו כאמור, זכויותיו נשללות מתוקף החוק. כפי שצוין, במרבית המדינות המפותחות התרחש תהליך הפוך של חקיקה והחקיקה הביטוחית הנוגעת לחולים סיעודיים החלה באשפוז הסיעודי והתרחבה לאחר מכן במספר קטן למדי של מדינות להספקת שירותים מכוח חוק בקהילה. כאמור, בארץ החקיקה מכירה בזכאות הזקן לשירותים בקהילה ומבחינה זו היא חקיקה המקיימת באופן חלקי בלבד את זכויות הזקן בתקופת היותו סיעודי.

בד בבד עם מגמת חוק הסיעוד במתכונתו הקהילתית התרחבו בארץ שירותים נוספים לזקנים. במיוחד ראוי לציון התפתחותו של השוק הפרטי, המציע מגוון של מוסדות לזקנים, ביניהם גם מוסדות ברמה שלא היתה מוכרת בארץ, דבר שהשפיע רבות גם על הרמה ועל האיכות של המוסדות לזקנים הוותיקים. במציאות זו מתחדדת ביתר שאת שרירות ההחלטה לשלילת זכאות הזקן דווקא במעבר מביתו למוסד, בעת שחלה הרעה במצבו. מבחינה זו חוק הסיעוד - אשר מיצוי שירותיו רחב ומרשים ולמרות המענים הרבים שהוא מספק לזקנים - בולט כחוק "חסר" ולא צודק. מן הראוי היה לתקנו ולהשלימו במתן זכויות שילוו את הזקן הסיעודי כזכאי בשל מצבו באשר הוא - בביתו או במוסד. כלומר, מן הראוי לתקן את החוק ולהבטיח שתימשך זכאותו של הזקן לפחות בשיעור ההשתתפות בעלות האשפוז במוסד, בדומה לעלות השירותים שקיבל קודם לכן. השירותים הקיימים היום לצורכי הזקן המתאשפז ניתנים מתוקף נהלים, ולא מתוקף חוק ביטוחי, על כל המשתמע מכך.

3. איגום גופים קיימים המטפלים בזקן

מודל הצוות האזורי לסיעוד הוכיח, שזרועות ונציגים של משרדי ממשלה וגורמים ציבוריים שונים יכולים להתאחד ברמת השטח ולפעול כגוף מלוכד לטובת האזרח הנזקק, למרות האינטרסים השונים של המשרדים, ברמות של מטה ארצי. מן הניסיון ידוע, שקשה מאוד, ולעיתים קרובות גם כמעט בלתי אפשרי, לחולל שינויים מבניים במשרדים ממשלתיים, משום שאלה נתפסים כאיום על סמכויות ומוקדי כוח. לפיכך, תכנון היישום בידי נציגי המשרדים, שהאציל כוח רב ובעל משמעות לצוותים אזוריים קרובים שהיו נגישים לאזרח, הוכיח את עצמו. הצוותים האזוריים לסיעוד התגבשו כבעלי פוטנציאל ייחודי לטיפול בזקנים הזכאים גם למענה לצרכים נוספים. אבל, למרבה הצער, נחסמה דרכם לפיתוח טיפול בתחומים אחרים באשמת שולחיהם ברמת מטות המשרדים. הנה שתי דוגמאות:

הצוות האזורי היה יכול לטפל, תוך התאמות ותמורת תשומות מועטות וזניחות, באשפוז הסייעודי ולחסוך מן המשפחות התרוצצות למשרד הבריאות לצורך בדיקות מחודשות ופתיחת תיק נוסף, על כל הכרוך בכך ועוד בתקופת משבר, משום שברשות הצוות האזורי מצויים מידע מתועד, בדיקת תלות חדשה (למרות שכבר נערכה כזאת באמצעים דומים או אף זהים), ומסמכים מחודשים ודומים אחרים. את החסר במידע על המוסדות הסייעודיים, המצוי בידי משרד הבריאות, ניתן לספק באמצעים אחרים ובכך לוותר על הכפילות הקיימת לטובת המשפחות והזקנים.

דוגמה נוספת של "טרטור" מיותר המעכב פתרונות היא זו של משפחה המחליטה להעסיק עובד זר בביתה. לשם כך המשפחה צריכה לפנות לשירות התעסוקה, שבו הוקם אגף נוסף לבדיקת זכאות של בני אדם במצב סיעודי, למרות שכל המסמכים נמצאים ברשות הצוות האזורי מכוח חוק הסייעוד. הצורך לקבל אישור נוסף לזכאות לשם קביעת התלות של החולה הסייעודי מעכב למשך שבועות ואף חודשים את מציאת הפתרון למשפחה הנמצאת במצב מצוקה. גם מצב זה, כמו המצב שתואר בדוגמה הקודמת, טעון תיקון על-מנת להקל את העומס המוטל על המשפחה. ומדובר בתוספת של התאמות מינהליות שהן זניחות מכל הבחינות.

למותר לציין, שההמלצה להשתמש בפוטנציאל הגלום בצוות האזורי לסייעוד בתור מוקד לסיוע בהענקת שירותים נוספים שהאדם הזקן ומשפחתו זקוקים להם, היתה מיטיבה מאוד עם האזרח ומקלה עליו. יחד עם זאת, ברור שהצוות האזורי, בתפקידו הנוכחיים ועם שדרוגו לשמש מוקד לשירותים נוספים, מן הראוי היה שייחשף לציבור ושהחלטות שהוא מקבל וההנמקות להן יהיו שקופות לעיניהם של אלה המקבלים את השירותים.

4. התאמת סל השירותים

סל השירותים הקיים הורחב והותאם מאז שלב התכנון ומן הראוי שייעשה כן באופן מתמיד, הן בשל הניסיון המצטבר - לנוכח השינויים המתרחשים בצריכת השירותים ויישום הלקחים שהופקו - והן בשל הכנסתה לשימוש של טכנולוגיה מתקדמת, דוגמת מכשירי המצוקה שהוכנסו לסל.

בצד החשיבות המרובה של קיבועם של מרכיבי סל השירותים לשם שמירה על ניצולם ועל שוויון בפני החוק ואמינותו, על-פי נתוני השימוש במרכיבי השירותים נראה, שחלק מהם אינם מנוצלים דים. השאלה העולה למראה נתונים אלה היא, שאולי מרכיבי סל השירותים אינם מוכרים לזקנים ולמשפחותיהם. זאת ועוד, האם הזקנים ומשפחותיהם עושים שימוש בזכותם לבחור בין מרכיבי סל השירותים? האם דיוני הצוות האזורי פתוחים בפניהם ושקופים דים על-מנת לעודד את הבחירה בין מרכיבי סל השירותים?

5. שירותים בעין ולא בכסף

עוד בתקופת תכנון החוק (בעקבות דיוני ועדת מן) עוררה השאלה של שירותים בעין לעומת שירותים בכסף דיון ממושך ומעמיק, שנמשך מספר שנים, בין המצדדים בשירותים בעין, שהיו ברובם המכריע אנשי מקצוע בתחום הטיפול האישי בזקנים, ובין אלה שצידדו במתן כסף לרכישת השירותים, שהיו ברובם נציגים של תחום המדיניות החברתית והמוסד לביטוח הלאומי. הוויכוח הוכרע לטובת מתן גמלאות בעין במסגרת חקיקת חוק ביטוח סיעוד ב-1986. אבל מאז חזרת ועולה מזמן לזמן דרישה להמרת השירותים בעין בקבלת קצבה כספית בטענה שיש להותיר בידי המשפחה את הבחירה החופשית כיצד להשתמש בגמלת הסיעוד.

דרישות כאלה באות בדרך-כלל ממשפחות פרטיות המעדיפות לקבל כסף, אם בשל אי-שביעות רצון ממטפל זה או אחר, מחברת סיעוד כזו או אחרת, מן הצוות המקצועי האזורי, ובעיקר ממשפחות המעסיקות עובד זר. דרישות אלה נתמכות לעתים בנציגי ציבור המעלים לדיון בעיקר את הנושא הערכי של זכות הבחירה החופשית של האזרח, דבר שלא תמיד נבדק לעומקו מבחינת הקשר בינו ובין העקרונות והמטרות של חוק הסיעוד.

מטרת החוק היתה כידוע לסייע לזקן בעזרת שירותים אישיים בפעולות היומיום ולהקל את עומס הטיפול היומיומי המוטל על משפחתו. אין ספק, שהפניית משאבי החוק במישרין למימון שירותים אישיים בפועל, ללא אפשרות להפנות את המשאבים למטרות אחרות, משיגה את מימוש המטרה הזאת במידה מרובה ביותר.

מימוש וביצוע השירותים האישיים עבור כלל הזכאים כרוך ומותנה בהפעלת מערכת ענפה של קשרים אישיים עם הזקן ומשפחתו באמצעות עובדים סוציאליים, אחיות, מטפלים וכדומה, המרבים להיכנס לבית הזקן באופן יומיומי ומקיימים עמו קשרים אישיים. כפי שכבר צוין בפרק הקודם, עשרות אלפי זקנים שהיו נתונים במצבי מצוקה קשים ושונים, ואשר סבלו מבידוד ומשעמום, לעתים אף מהזנחה, לא היו מוכרים כלל לגורמי הרווחה למרות מצוקתם, בטרם נכנס החוק לתוקפו. אחד ההישגים הייחודיים של החוק היתה מערכת הקשרים האישיים שנוצרה. הישג שני היתה פקחת "העין הציבורית". אלה הם הישגים הומניים ביותר לאוכלוסייה מיוחדת זו של זקנים סיעודיים המרותקים במידה רבה לביתם.

המרת מימון השירותים בעין בקצבאות בכסף, שמשמעותה המעשית היא העברת קצבות כסף לחשבונות הבנקים של הזקנים, תנתק ותבטל כמעט לחלוטין את הקשרים האישיים שנוצרו, מכורח הפעלת שירותים, ותדיר שוב אוכלוסייה נזקקת זו מגורמי הרווחה המעורבים היום בחייהם. ראוי לציין, שהישג ייחודי דומה לא התפתח בתחומים אחרים שבהם זכאים מקבלים קצבות כסף מכוח חוק הביטוח הלאומי, כגון: נכים, ילדים נכים, "שירותים מיוחדים" לנכים, אלמנות, נכי עבודה ועוד. העמדת הערך של בחירה חופשית

כשלעצמה של הזקן אל מול המעורבות ההומנית הכרוכה בהספקת השירותים האישיים בעין בחוק הסיעוד היא החמצה של אחד מהישגיו הבולטים.

היבט אחר של מתן הבחירה בידי המשפחות, להחליט אם רצונן בכסף או בשירותים בעין, קשור להבטחת השימוש במשאבי החוק למטרות שהם נועדו להגשים. ספק אם הבחירה בין כסף לשירותים בעין היא אכן בחירה בין חלופות שוות. שלא להזכיר את הפיתוי האנושי הקיים בכל הרמות להעדיף קבלת כסף. הטוענים לזכות המשפחות להחליט על בחירה בין קבלת כסף לשירותים מתעלמים מן השיעור הגדול של משפחות זקנים הנתונות במצב מצוקה בכל הנוגע לאמצעים כספיים. משפחות אלה יעמדו בפני הבעיה הלא קלה האם להשתמש בכספי הסיעוד כדי לרכוש שירותים עבור הזקן התלוי בזולתו או להשתמש בהם לצרכים חיוניים אחרים של הזקן או אף, מה שסביר יותר, להשתמש בהם לפתרון בעיות המשפחה עצמה.

אבל גם הפקדת ההחלטה מי הן המשפחות הראויות לקבל כסף בידי אנשי מקצוע טומנת בחובה סכנה גדולה: שכן אנשים אלה עלולים להפעיל גישות ערכיות מוטות המושפעות ממגוון של שיקולי-הדעת של מקבלי ההחלטות. למותר לציין, שכאן קיימת גם סכנה של אבדן האחידות והשוויון, מצד אחד, והתעוררות הרגשת קיפוח, העלאת טענות וערעורים, בעקבות מסירת הסמכות לקביעה ערכית כזאת בידי העובד המקצועי.

תוצאת לוואי חיובית נוספת של מודל הפעלת החוק במתכונתו ובאמצעות חברות המספקות את השירותים היא שחרור הזקן ומשפחתו ממערכת יחסי "עובד-מעביד" על כל הכרוך בהם. מצד שני, ברור ששחרור כזה כרוך בעלות פערי תיווך לחברות הסיעוד הממלאות תפקיד של "מעסיק" כלפי המטפלים והמטפלות.

למרות היתרונות שהודגשו לעיל שיש בהפעלת שירותים בעין, לגבי משפחות המעסיקות עובד זר בכל שעות היממה, ניצבים היתרונות גדולים שבהענקת קצבות הסיעוד בכסף. השכיחות הגבוהה של השימוש, המתגבר, בעובדים זרים מצביעה על שביעות-רצון של הזקנים ושל משפחותיהם מדרך טיפול זו, שלא היתה נפוצה בשנים הראשונות ליישום החוק. ההחלטה להכניס עובד זר הביתה כרוכה במשאבים נוספים של המשפחה, לרבות הקצאת מקום מגורים, הספקת מזון, רכישת ביטוח רפואי עבורו ועוד. לעומת משקלו הרב של היקף הטיפול באמצעות עובד זר והפיקוח עליו, המוטל על המשפחה, השירותים הנותרים מתוקף החוק מהווים מרכיב לא משמעותי. לפיכך מן הראוי להכיר באמצעי זה כאמצעי לגיטימי הנתון לבחירת המשפחה שגם מחייב אותה לשאת באחריות הכוללת על כל המשתמע מהעסקת עובד זר ולשחרר את מפעילי החוק מן המעורבות הקיימת.

6. נותני השירותים וסוגיית הפיקוח

הפעלת שוק חברות הסיעוד, שגדל לממדים שלא נצפו בידי מתכנני ומיישמי החוק במימון ובאחריות הממסד, מחייב פיקוח ובקרה. מחקרים רבים (שמיד וסבג, 1991א'; 1991ב';

שמיד, 1998) מצאו הבדלים קטנים למדי בביצוע השירותים ובאיכותם בין חברות ציבוריות ובין חברות למטרות רווח. לאור הניסיון שהצטבר ניתן לומר, שבצד התוצאות החיוביות מאוד של הפעלת חברות סיעוד, המתבטאות בהיצע, במגוון, בגמישות, בזמינות וביעילות של הספקת השירותים, מוטל על המערכת הממשלתית המפעילה את החוק להתמודד עם ניצול יעיל של המשאבים למטרותיהם. מן הניסיון המצטבר מתברר, שעד כה לא ביטלה המערכת הממשלתית אף הסכם ולא הפסיקה אף פעילות של חברות הסיעוד בגין אי-עמידה בדרישות ובתנאים שנקבעו. עובדה זו מחייבת תגובה בעניין יעילות הפיקוח (שמיד ובורובסקי, 2000). נאמר מראש, שאפשרות הפיקוח על איכות טיפול, כאשר הוא נעשה בזירה שבה מצויים ו"משחקים" שניים בלבד, "מטפל ומטופל", היא מן המסובכות והמורכבות ביותר. קשיים אלה אינם מיוחדים לשירות הסיעודי בלבד ומצויים בזירות דומות אחרות, כגון: הפסיכולוג והמטופל, העובד הסוציאלי והמטופל שלו, מדריך וחניך, מטפלת וילד שבהשגחתה ועוד. ברור, שככל שהמטופל חלש יותר, נדרש פיקוח רב יותר ויחד עם זה אפשרות הפיקוח קטנה יותר ועמה גדלים הסיכונים. במקרה שלפנינו, חוק הסיעוד, תלותו של הזקן הסיעודי במטפל גדולה מאוד וככל ש"חולשתו", בעיקר זו המנטלית, גדולה יותר, כך הוא עלול להיות מועד לסיכון גבוה יותר.

זאת ועוד, היקף השירותים המתרחשים כאמור ב-95,000 בתי-אב, ואשר בהם נוכחים על-פי רוב המטפל והמטופל בלבד, בתכיפות כמעט יומיומית, עושה את הידוק הפיקוח, על הכלים והאמצעים הדרושים לכך, למשימה כמעט בלתי אפשרית. מערך הגורמים המקצועיים המפקח היום נסמך על שירותי הרווחה, שירותי הבריאות, מתנדבים מן הייעוץ לקשיש שהוכשרו לכך, ועובדים מקצועיים שהם שליחי חברות הסיעוד. לצורך הידוק הפיקוח יש לחפש אפוא ולהפעיל שיטות נוספות. מן הראוי לבדוק הפעלת שיטות דיפרנציאליות ולהפנות אמצעי פיקוח רבים יותר ל"מועדים לסיכון", לבודדים, לחולים דמנטיים, למשפחות שבהן יש סימנים של הזנחה או ניצול (לבנשטיין ורון, 2000) וכיוצא באלה. בד-בבד יש להפעיל שיטות להעצמת המשפחות המתאימות לכך כדי שאלה יקחו על עצמן את האחריות לפיקוח ואגב כך לצמצם את אמצעי הפיקוח עליהם מצד הממסד.

חובה על המערכת להפעיל שיטות כאלה או אחרות שינוסו באורח מתמיד באמצעות פרויקטים ניסיוניים והפקת לקחים מתמדת. מיעוט הדרישות מצד הלקוחות להחלפת מטפלים ומטפלות וחברות הסיעוד מעורר חשד של תלות מתוך חולשה, חששות מפני איבוד השירות הקיים, אי-ודאות וחרדות משינוי. משום כך אין להסתמך עליו כאינדיקטור מהימן למידת שביעות-הרצון.

סיכום

חוק ביטוח סיעוד, ויישומו למטרת הספקת שירותים בצורת גמלאות בעין לזקנים, יצר מודל חדשני בקנה מידה עולמי ועורר עניין וסקרנות רבים בקרב קובעי המדיניות החברתית

ואנשי המקצוע בשדה ובאקדמיה. בשל כך זכה החוק בליווי רחב במיוחד, בהשוואה לשירותים סוציאליים בתחומים אחרים, של מערך נתונים, סקרים, עבודות הערכה, מחקרים אקדמיים, עבודות גמר של סטודנטים, ועדות ציבוריות ועוד. עובדה זו הביאה מצד אחד לפרסום ולחשיפה של ההישגים ומצד שני עוררה גם לא מעט חילוקי-דעות ודיונים בסוגיות שונות. יחד עם זאת, מיצוי הזכויות הרחב במיוחד מתוקף החוק בידי הזקנים הזכאים מעיד יותר מכל על הצורך הרב בחוק ועד כמה הוא עונה על צורכי אוכלוסיית היעד. חוק ביטוח סיעוד הוא ללא ספק מרכיב יסודי חשוב בכיסוי צרכים במצבי סיעוד הקשורים בזקנה. יחד עם זאת, הסיעוד הוא מרכיב אחד בתוך מגוון המרכיבים המלווים את תופעת הזקנה שטרם זכו להתייחסות הראויה של הממסד.

לסיכום יובאו כאן שלוש המלצות מרכזיות לעתיד, שעלו מן החשיבה על חוק ביטוח סיעוד:

1. מודל הצוות האזורי להספקת שירותים כגוף המאגד בתוכו את שירותי המשרדים השונים ומגשר ברמה האזורית בין אינטרסים של מטות משרדים מרוחקים, נראה יעיל לאור הפעלתו השוטפת והזורמת ללא תקלות רבות של החוק. כמו-כן מתקיימת בו שותפות נדירה במקומותינו בין גורמים שונים שבמרכזן האזרח. מן הראוי שקובעי המדיניות יעתיקו אותו בתור מודל להספקת שירותים בתחומים אחרים. יחד עם זאת, על-מנת לחזק מודל זה ולמנוע מצוות אזורי כזה לצבור כוח רב מדי, על כל המשתמע מכך, וכדי להתאימו לתועלת הציבור, מן הראוי להטמיע בו תפיסות חדשות: מעורבות ושותפות אמת ומירכית עם נציגי האוכלוסייה המקומית, חשיפת השירותים לעיני הנזקקים לו והקלת הנגישות אליו, שקיפות ההחלטות וההנמקות להן לעיני מקבלי השירותים.

2. חייבים להשלים את חוק ביטוח סיעוד, ולמלא את החסר בו, על-מנת להתאימו לזקן הנזקק לשירותי סיעוד באשר הוא. למרות הישגיו הרבים של החוק במיצוי הזכויות של אוכלוסייה רחבה, החוק במתכונתו הנוכחית הוא חוק חסר עבור הזקן הבודד, שעלול להיפגע מן השינוי במקום הימצאו. כאמור, האשפוז המוסדי הוא לעתים מזומנות "הכרח בל יגונה" שכיח למדי ומשום כך מן הראוי שהשירותים שהחוק מעניק לא יופסקו, אלא ימשיכו ללוות את הזקן בדרכו ויהיה מקום הימצאו אשר יהיה. כלומר, נדרש תיקון לחוק, שיאפשר לזקן לקבל השתתפות בהוצאותיו הכרוכות במימון אחזקתו במוסד לפחות ברמה דומה לזו של עלות רמת השירותים שניתנו לו בביתו.

3. הספקת השירותים הסיעודיים לזקן בדרך של גמלאות בעין כפי שהן ניתנות, ולא בדרך של קצבות בכסף, למרות עלות הספקת השירותים, היא אחד מהישגיו החשובים ביותר של החוק. אין ספק, שההוכחה הברורה ביותר של הישג זה הוא המיצוי הגבוה של היקף השירותים המנותבים לכיסוי צרכים ממשיים בהתאם ליעדם. לפיכך, למרות שבוודאי יש בחוק חלקים הראויים לשיפור, מן הראוי לשמור על יישום החוק ולשמר אותו במתכונתו הקיימת, היינו הענקת גמלאות בעין.

ביבליוגרפיה

- בייץ, ש' (1990), ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בייץ, ש', דאבוש, נ' (1990), מתנדבי הייעוץ לקשיש - מבקרים אצל הזכאים לגמלת סיעוד, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בייץ, ש', הרון, ת', ורטמן, ר' (1993), ביצוע חוק סיעוד במרכז יום, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, סקר 105.
- בן-צבי, ב' (1989), "תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים", בטחון סוציאלי, 34: 49-60.
- בן-צבי, ב' (1993), "חוק הסיעוד - הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו", בטחון סוציאלי, 39: 110-121.
- הועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד (ועדת מן), (1983), דין-וחשבון, ירושלים.
- זיפקין, א', בייץ, ש', מורגנשטיין, ב' (שנים שונות), הפעלת חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: סקרים 80, 85, 90, 99, 108 ועוד.
- לבנשטיין, א', רון, פ' (2000), "פגיעה בקשישים על-ידי בני משפחה מטפלים: שכיחות התופעה בארץ, טיפולוגיה של הקורבן ושל בן המשפחה המתעלל ואטיולוגיה של ההתעללות", חברה ורווחה, כ(2): 175-192.
- מורגנשטיין, ב' (1986), היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על-ידי המשפחה וגורמים בקהילה, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, סקר 19.
- מורגנשטיין, ב', בייץ, ש' (1992), השפעת חוק סיעוד על מערך העזרה הבלתי פורמלית בקשישים מוגבלים, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מורגנשטיין, ב', ורנר, פ' (1985) הערכת מוגבלות תפקודית של נכים, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, סקר 20.
- מורגנשטיין, ב', בייץ, ש', הרון, ת' (1989), ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מורגנשטיין, ב', ורנר, פ' (1986), צורכי סיעוד ואספקת שירותים לזקנים, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מורגנשטיין, ב', זיפקין, א', בייץ, ש' (1993), ניתוח מבחן הערכת תלות במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, סקר 120.
- נאון, ד' (1990), תהליך סיווג קשישים לרמה תפקודית במערכת השירותים לטיפול ממושך ובניית כלי עזר לשיפור התהליך, ירושלים: מכון ברוקדייל, 90-158.
- סקטור, ח', פרימק, ח' (1990), מוגבלות בקרב קשישים, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- קטן, י', לבנשטיין, א' (1999), עשור לחוק ביטוח סיעוד - לקחים ומסקנות, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית.
- שטסמן, י', כהן, א', גינסבורג, ג' (1991), הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני התלות של המוסד לביטוח לאומי ומבחנים נוספים באוכלוסייה הקשישה בירושלים, ירושלים: מכון ירושלים לחקר הזקנה.
- שמיד, ה' (1998), "שירותי אנוש למטרות רווח ושלא למטרות רווח: ניתוח משווה", ביטחון סוציאלי, 51: 29-43.
- שמיד, ה', בורובסקי, א' (2000), "סוגיות נבחרות בהספקת שירותי טיפול ביתי לקשישים במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד", בטחון סוציאלי, 18: 51-59.
- שמיד, ה', סבג, ק' (1990), חקר תפקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד, דו"ח מחקר, ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שמיד, ה', סבג, ק' (1991), הערכת יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותים לזקנים, ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שמיד, ה', סבג, ק' (1991), יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותים לזקנים, ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים.

סקירת חוקים לטיפול ממושך בחמש מדינות מפותחות: אוסטרליה, גרמניה, הולנד, יפן וישראל

מאת ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב ואילנה מזרחי*

מדינות העולם מתמודדות עם צורך כפול: לפתח מערכות לטיפול ממושך, שיענו על הצרכים הבסיסיים של המוגבלים, ולרסן עלויות וליצור איזון הולם בין תפקיד המשפחה לתפקיד המדינה. אמנם בכל המדינות המפותחות הוכנו והופעלו תוכניות לטיפול ממושך, אבל רק חמש מהן הפעילו מערכות המבוססות על תחיקה ועל עקרונות זכאות. בעת ניסוח החוקים נדונו סוגיות מבניות מרכזיות (אוכלוסיית היעד, הזכאויות הניתנות ומימון החוק ועוד). ההשוואה בין החוקים שהתפתחו במדינות השונות מטרתה לסייע לקובעי המדיניות ללמוד מן הניסיון שהצטבר בהן בבחינת הכיוונים האפשריים והשלכותיהם. המדינות האלה התחייבו גם לחולל כמה שינויים (העברת כובד המשקל מן הטיפול המוסדי לטיפול קהילתי, הקצאת משאבים ממקור לאומי, העצמת הצרכנים ומתן אפשרות בחירה רחבה יותר בין נותני השירותים). היבטים אחדים דורשים תשומת לב רבה יותר, כגון: הבטחת איכות, ייעוץ ללקוחות ולמשפחות והצורך לפתח מנגנוני תיאום בין רכיבים שונים של מערכות הבריאות והרווחה ובין הטיפול האקוטי לטיפול הממושך.

מבוא

שינויים דמוגרפיים וחברתיים, כגון הזדקנות האוכלוסייה, גידול במספר המוגבלים, שינויים במבנה המשפחה ויציאת נשים לעבודה, מעמידים בפני החברות בכלל, והחברה בישראל בפרט, אתגר של פיתוח מענים לצורכיהם של הקשישים המוגבלים.

מדינות שונות ברחבי העולם מתמודדות עם הצורך לפתח קווי מדיניות ומערכות לטיפול ממושך, שיענו על הצרכים הבסיסיים של המוגבלים, וכו-בזמן ירסנו עלויות וייצרו איזון

* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
המאמר תורגם מתוך עבודה שהוכנה עבור ארגון הבריאות העולמי והיא עומדת להתפרסם מטעמו.

מתאים בין תפקיד המשפחה ובין תפקידה של המדינה, על-מנת להבטיח את הטיפול ההולם והמועיל ביותר בסביבה הפחות מגבילה.

בכל המדינות המפותחות הופעלו תוכניות לטיפול ממושך בחסות שירותי הבריאות והרווחה. למושג "טיפול ממושך" יש הגדרה רחבה, המשתנה ממדינה למדינה. על-פי רוב, ההגדרה כוללת שילוב כלשהו של שירותי בריאות, רווחה וחברה, דיור, תחבורה ותמיכה לבני אדם בעלי מוגבלויות פיזיות, נפשיות או קוגניטיביות, המעוניינים לנהל חיים עצמאיים ככל האפשר. ברוב המדינות ניתנת עדיפות למתן השירותים בבית ובקהילה על-פני מתן השירותים במוסד. השירותים בקהילה נתפסים כמשלימים את הטיפול הניתן בידי המשפחה.

למרות שכל המדינות המפותחות מספקות שירותי טיפול ממושך, רק חמש מהן הפעילו, זה לא כבר, מערכות לטיפול ממושך המבוססות על תחיקה ועל עקרונות זכאות. באופן מסורתי הטיפול הממושך סופק במסגרת תוכניות בעלות תקציב מוגבל ועל סמך מבחני הכנסה, ולא כחלק ממערך ביטוח.

עם חקיקת חוק ביטוח סיעוד בשנת 1980 היתה ישראל בין המדינות הראשונות בעולם בכך, שעיגנה הספקת שירותים לטיפול ממושך במסגרת חוקית על בסיס של תוכנית ביטוחית. במהלך השנים האחרונות היתה התפתחות של חקיקה גם במדינות אחרות. גם היום, שתים-עשרה שנים לאחר הפעלת חוק ביטוח סיעוד בישראל, עדיין עולות סוגיות הנוגעות להפעלת החוק ולכיוונים רצויים של שינוי והתפתחות. מטרת מאמר זה להציג היבט השוואתי של החוקים שהתפתחו במדינות השונות. עיון בניסיון המצטבר במדינות אלה עשוי לסייע לקובעי מדיניות ולמתכנני שירותים בישראל בבחינת הכיוונים האפשריים וההשלכות שיהיו להם.

במאמר זה ייבחנו אפוא חוקי הטיפול הממושך בחמש מדינות: אוסטרליה, גרמניה, הולנד, יפן וישראל. בעת ניסוח החוקים והחלתם שאפה כל אחת ממדינות אלה להגיע לאיזון בין היענות לצרכים ובין ריסון עלויות. משום כך הן עסקו בסוגיות כגון בחירת אוכלוסיית היעד, תהליך קביעת הזכאות ואלה שיבצעו אותן, הזכאויות הניתנות, ספקי השירותים ומימון החוק. במאמר זה ינותחו החלופות הקיימות בכל מדינה והחלופה שנבחרה בסופו של דבר; תיעשה השוואה בין מה שבחרה כל מדינה לעשות על בסיס מסגרת מושגית המאפשרת לעמוד על ההיבטים המבניים העיקריים בכל חוק. כמו-כן ינותחו ההבדלים בין החוקים והסוגיות המעסיקות את קובעי המדיניות בכל מדינה, כגון קצבה כספית לעומת שירותים בעין, שילוב בין טיפול אקוטי לטיפול ממושך והאיזון שבין תפקיד המשפחה לתפקיד המדינה. סוגיות אלה יידונו כפי שהן משתקפות בניסיון של כל אחת מן המדינות שנסקרו.

חשוב לציין, שפעמים רבות יש קושי להסיק מסקנות ברורות מתוך ניסיון של המדינות, שכן אין כמעט הערכה שיטתית של הפעלת החוקים לטיפול ממושך, והנתונים האמפיריים על התוצאות מעטים למדי.

במאמר לא תהיה התייחסות לסוגיה הרחבה יותר של היתרונות ושל החסרונות היחסיים של מערכות המבוססות על ביטוח. במקום זאת תופנה תשומת הלב למגמות העיקריות העולות מתוך הניסיון שנצבר במדינות השונות אשר הפעילו מערכות ביטוח לטיפול ממושך.

בלוח מס' 1 מוצגים הרקע הדמוגרפי ומדדי הבריאות הכלליים בחמש המדינות. בלוח מס' 2 סוכמו הרכיבים העיקריים של חמשת החוקים לטיפול ממושך המופעלים במדינות אלה. על בסיס לוח מס' 2 ייעשה ניתוח השוואתי של החוקים, המתמקד בסוגיות מערכתיות עיקריות ובחלק מן הגורמים הרלוונטיים לפתרון. לבסוף, יובא סיכום של נקודות הדמיון ושל ההבדלים העיקריים העולים מן הניתוח ויוצגו אחדות מן הסוגיות ואחדים מן הלקחים העולים מתוך הניסיון שנצבר בחמש המדינות.

כפי שניתן לראות בלוח מס' 1, בערך 16% מן האוכלוסיות באוסטריה, בגרמניה וביפן הם בני 65 ומעלה, ואילו בישראל קבוצה זו תופסת רק 10% בערך. בכל חמש המדינות צפויה עד שנת 2025 הזדקנות מואצת. כולן, ובראשן יפן, גמנות עם המדינות בעלות תוחלת החיים הגבוהה בעולם. יחס תלות הורים משמש מדד לעומס הטיפול. בכולן, פרט לישראל, אחוז בני 75 ומעלה הוא בין 6% ל-6.9%. באוסטריה, בגרמניה ובהולנד יגיע אחוז זה עד שנת 2025 ל-11%, ואילו ביפן הוא צפוי להגיע ל-14.9%. ההבדלים ביחסי התלות עדיין קטנים יחסית בשנת 1999, בערך אדם אחד בגיל 80 לכל חמישה בני אדם בגילי המטפלים העיקריים (גילאי 50-64). יחס זה יגדל גם הוא במהירות בכל המדינות, להוציא ישראל. הגידול הרב ביותר יהיה ביפן.

לוח מס' 1. מאפיינים דמוגרפיים נבחרים של חמש מדינות

יפן	ישראל	הולנד	גרמניה	אוסטריה	
126.3	5.7	15.8	82.6	8.11	אוכלוסייה בשנת 1999 (במיליונים)
20.8	0.58	2.1	13.2	1.2	אוכלוסיית בני 65 + בשנת 1999 (במיליונים)
16.5	9.9	13.6	15.9	15.4	אחוז בני 65 + בשנת 1999
26.7	14.0	23.0	23.4	21.5	אחוז בני 65 + בשנת 2025
6.6	4.4	6.0	6.8	6.9	אחוז בני 75 + בשנת 1999
14.9	5.9	10.8	11.0	10.6	אחוז בני 75 + בשנת 2025
					תוחלת חיים צפויה (בשנים)
77.6	76.2	75.0	73.7	74.4	גברים
84.3	79.9	81.1	80.1	80.4	נשים
17.1	20.1	18.4	18.2	19.2	יחס תלות הורים* בשנת 1999
44.0	20.7	25.4	31.7	27.7	יחס תלות הורים בשנת 2025

* יחס תלות הורים = שיעור בני 80 ומעלה ל-100 איש בני 50-64.
מקורות: United Nations, 1998; US Bureau of Census, 2000.

לוח מס' 2. סקירת החוקים לטיפול ממושך בחמש מדינות מפותחות

מסגרת	אוסטריה	גרמניה	הולנד	ישראל	יפן
שידותי טיפול ממושך מטופקים באינצעות תוכנית המעוגנת בחוק ומבוססת על זכאות אישית	כן, שתי תוכניות ¹	כן	כן	כן, שלוש תוכניות ²	כן
שם התוכנית	Bundespflege-geld-gesetz (החוק הפדרלי לטיפול ממושך; החוק הפדרציונלי לטיפול ממושך)	Pflegeversicherung (חוק ביטוח טיפול לחלות תברותית)	Algemene Wet Bij-zondere Ziektekosten (חוק הוצאות רפואית מיוחדת)	חוק ביטוח טיפול Kaigo Hoken (חוק ביטוח טיפול ממושך, או חוק ביטוח טיפול לקשישים)	
תאריך תחילת התוכנית	1 בינואר 1994	1 באפריל 1995	1 בינואר 1968	1 באפריל 1988	1 באפריל 2000
סוג התוכנית והגורם המבטח	תוכנית מיוחדת	טיפול בקהילה (טיפול כדי לסטות גם הורחב כפי לנסות גם טיפול במוסד כ-1 ביולי 1996)	במשך הזמן הוכנסו שינויים בסוגי השידוטים שהחוק מכסה ³	תוכנית מיוחדת	תוכנית מיוחדת
תוכנית מיוחדת או חלק מביטוח רפואי או סוציאלי	תוכנית מיוחדת	תוכנית מיוחדת	תוכנית מיוחדת	תוכנית מיוחדת	תוכנית מיוחדת
הגורם המבטח	משרד העבודה, הבריאות והרווחה	קופת טיפול הקשורות לקופת החולים ⁴	משרד הבריאות, הרווחה והטפוח ⁵	המוסד לביטוח לאומי	השלטון המקומי

המשך לוח מסי' 2.

קריטריונים לזכאות	אוסטרליה	גרמניה	הולנד	ישראל	יפן
גיל	שלוש ומעלה	כל הגילים	כל הגילים	נשים בנות +60 גברים בני +65	+40
מצב כריאות, מצב תפקוד	מוגבלות ב-ADL וכ- IADL (צפוי צורך בטיפול לשישה חודשים לפחות); צורך ב-50 שעות טיפול לשישה חודשים או יותר (צפוי צורך בעזרת בריאות מוגבלות כתפקוד	מוגבלות בשתי פעולות ADL או יותר (צפוי צורך בטיפול לשישה חודשים לפחות); צורך בשעה וחצי סיוע ליום לפחות	בעזרת בריאות מוגבלות כתפקוד	מוגבלות ב-ADL או צורך בהשגחה מתמדת או שניהם גם יחד	גילאי 64-40: מחלות הקשורות בגיל (כגון אירוע מוחי ושיטתן) למתורגמים לכד: צורך בשתי שעות סיוע ביום לפחות
זמינותו והיקפו של סיוע המשפחה	לא הוכח בתשכ"ח	לא הוכח בתשכ"ח	הוכח בתשכ"ח	לא הוכח בתשכ"ח	לא הוכח בתשכ"ח
מבחן אמצעים	אין	אין	אין	יש; לזכאות מלאה - הבנסה שאינה עולה על השכר הממוצע ליחיד ופעם וחצי לזוג ⁷	אין

ג'ני' ברודסקי, ג'ק חביב ואילנה מזרחי

המשך לוח מס' 2.

יפן	ישראל	הולנד	גרמניה	אוסטריה	אמנת-מידה אחרות
אין	מתגוררים לכד (מוטיף) נקודות לזכאות) ⁸	מצב פסיכו-סוציאלי: מצב הבית והסביבה: טיפול פורמלי מסופק	אין	אין	
כלי מוכנה, אחיד בכל המדינה	כלי מוכנה, אחיד בכל המדינה	על-פי שיקול דעת: פרוטוקול אחיד בהכנה	כלי מוכנה: יש הבדלים בין הפרובינציות	כלי מוכנה, אחיד בכל המדינה	לערכת זכאות כלי הערכה
שש רמות, לפי שעות טיפול ביום (25 עד 110 דקות) ⁹	שתי רמות, לפי שעות טיפול ביום (6.5-2.5 שעות)	תפוז לפי צורכי האדם	שלוש רמות, לפי שעות טיפול ביום (1-5.5 שעות)	שבע רמות, לפי שעות טיפול לחודש (50-180 שעות)	רמות זכאות
רשות מקומית ¹²	המוסד לביטוח לאומי ¹¹	ועדת הערכה אזורית (RIO)	ועדה רפואית ¹⁰	סוכן ביטוח	אתריות להערכה
מנהל טיפול (ממקצועות שונים)	אחיות	צוות רב-מקצועי (עובדים סוציאליים, אחיות ורופאים) ¹³	רופאים או אחיות	רופאים	אנשי מקצוע המבצעים את ההערכות
שירותים בעין	שירותים בעין (משלום כנורה 80% מן הקצבה מוצע רק בהעדר שירותים)	שירותים בעין (שימוש ניסיוני בקצבה כספית מוגבלת)	שניהם (שירותים בעין וקצבה כספית לא מוגבלת): ערך הקצבה הכספית נמוך מערך השירותים בעין (45%-53% מן הקצבה - חלוי ברמת המוגבלות)	קצבה כספית (לא מוגבלת)	קצבה כספית (לא מוגבלת/ מוגבלת ¹⁴). שירותים בעין, או שילוב של השניים
					זכאות

סקירת חוקים לטיפול ממושך בחמש מדינות מפותחות

המשך לוח מס' 2.

יפן	ישראל	הולנד	גרמניה	אוסטריה	שירותים מרכזיים מכוסים:
כ"ן -	לא -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	לפי בחירת מקבל הקצבה, כ"ן
כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -
כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -	כ"ן -
- נפשון, בקורר אתות, אבוזי עזר, שיקום, התאמות בבית, פיקוח רפואי	- אמצעי ספיגה, שירותי כביסה, מערכת לחצני מצוקה	- אבוזי עזר, טיעור בית, 16 שיקום	- נפשון, מרכזי לילה, נפשון, שיקום	אבוזי עזר	- טיעור במוסד - טיעור בבית ¹⁵ - מרכזי יום - אהר
כ"ן 560 ל-3,260 דולר (לשירותים בע"ז) לפי ערכי 1999 ²⁰	כ"ן 360 ל-540 דולר (לשירותים בע"ז) לפי ערכי 1999 ¹⁹	לא נקבע במדויק - אין הגבלה פורמלית על גובה הקצבה, הגבלת מקסימום בשירותים אחדים (כמו טיפול 650 ל-200 דולר לפי שעות ליום לטיפול טיעורי בבית)	טיפול קהילתי: שירותים בע"ז בין 375 ל-1,400 דולר (או 1,875 במקרי מצוקה): קצבה כספית בין 200 ל-650 דולר (לפי טיעורי 1999)	בין 160 ל-1,686 דולר (קצבה כספית), לפי ערכי 1998 ¹⁷	רמת ההטבה החד-שיטית (הערכה בדולרים של ארצות-הברית)
			טיפול במוסד (שירותים בע"ז): בין 1,000 ל-1,400 דולר (או 1,650 דולר במקרי מצוקה), לפי ערכי 1999 ¹⁸		

המשך לוח מסי' 2.

יפן	ישראל	הולנד	גרמניה	אוסטריה	הפעלת התוכנית ספקי שירותים ²¹
ממשלה: צמותות/ ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרת רווח; ארגונים למטרות רווח	צמותות/ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרת רווח; ארגונים למטרות רווח	צמותות/ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרת רווח; ארגונים למטרות רווח	צמותות/ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרת רווח; ארגונים למטרות רווח	ממשלה: צמותות/ארגונים לא ממשלתיים ללא מטרת רווח; ארגונים למטרות רווח	
מנהל טיפול/מקבל הקצבה	ועדה מקומית	מקבל הקצבה/ספק השירות	ועדה רפואית/מקבל הקצבה ²²	מקבל הקצבה	אחריות על תכנון הטיפול מימון מקורות מימון: תשלום מיוחד/פורמיות מיסוי כללי השתתפות עצמית
כן	כן	כן	כן	לא	
כן (50%)	כן (20%)	כן	כן	כן (100%)	
כן (לכל השירותים)	לא	כן (לכל השירותים)	כן (לטיפול במוסד)	כן (לטיפול במוסד)	
0.9% תוספת לפורמיה של ביטוח הבריאות	0.16% מכס הטיעור מן השכר מחולק בין העובד (0.1%) למעביד (0.06%);	9.6% מן ההכנסה ממסים ל-8,600 ביץ' 47,000	1.7% מן הברוטו. תקרה של 6,375 מרק (כמערב גרמניה לשעבר)	לא רלוונטי	עלות הפרמיה ²³
מתחלקת באופן שווה עם המעבידים: 26 דולר (ממוצע) לחדש לכני אדם בנייל 65 + מערכה מן הפנסיה	גמלאים לא משלמים ואת השאר - העובד הזרוב משלם המעביד	תשלום אחיד לשנה: את הזרוב משלם המעביד ואת השאר - העובד	5,400 מרק (במזרח גרמניה לשעבר). השתתפות שווה של המעביד ושל העובד; ²⁴ גמלאים מחולקים בעלות עם קרן הפנסיה		

המשך לוח מס' 2.

יפן	ישראל	הולנד	גרמניה	אוסטריה	כיסוי
רק החלי ביישום (הערכה לשנת 2000 - 1.35 מיליון זקנים)	88,000 (1999)		1.8 מיליון (1999)	324,000 (1998)	מספר המבקלים
שיעור מקבלי הקצבה	6.2% ²⁷ מן הזקנים	12.07% בקרב נשים בנות 60 + ובקרב גברים בני 65 +	2.19% מכלל האוכלוסייה (9.6% מגילאי 65 +)	3.9% מכלל האוכלוסייה (בערך 17% מגילאי 61 +) ²⁵	עלות
הוצאות מוערכות לשנת 2000 : 4.3 טריליון ין	הוצאות ל-1999 : 1.5 מיליארד שקלים חודשים ³⁰	הוצאות ל-1997 : 26.27 מיליארד פלורין ²⁹	הוצאות ל-1999 : 31 מיליארד מרק	הוצאות ל-1998 : 21 מיליארד שילינג ²⁸	עלות במטבע מקומי
39 מיליארד דולר	370 מיליון דולר	13 מיליארד דולר	15.5 מיליארד דולר	1.7 מיליארד דולר	הערכת עלות בדולרים של ארצות-הברית
0.9%	0.36%	3.6%	0.9%	0.9%	הערכת השיעור מן התוצר הלאומי הנרמלי

ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב ואילנה מזרחי

הערות ללוח מס' 2.

1. באוסטריה הופעלו שני חוקים: החוק הפדרלי לטיפול ממושך, המכסה בני אדם הזכאים לפנסיות מן הביטוח הלאומי (90% מן האוכלוסייה), וחוק טיפול ממושך פרובינציאלי, המכסה 10% מן האוכלוסייה.
2. התיאור מתייחס לחוק ביטוח סיעוד, המכסה את הקשישים; אזרחים אחרים הזקוקים לשירותי טיפול ממושך מכוסים באמצעות גמלת שירותים מיוחדים (גילאי 18-64) וגמלה לילד נכה (גילאי 0-17), לפי חוק נכות כללית.
3. בתחילה שימש החוק בעיקר אמצעי למימון טיפול ממושך או טיפולים יקרים בסוגים שונים של מוסדות (מוסדות סיעוד), אבל עם השנים הורחב החוק והיום הוא מכסה רכיבים נוספים של טיפולי בריאות, שרבים מהם אינם ממושכים ואף לא יקרים (Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, 1998). ב־1989 הוכללו שירותי טיפול בית וב־1997 הוכללו בתי אבות.
4. קופות הטיפול הן קופות מיוחדות שהוקמו במטרה לספק את הגמלאות במסגרת החוק.
5. חוק AWBZ מנוהל באמצעות ביטוחי בריאות של קופות חולים או של חברות ביטוח פרטיות באישור הממשלה. הסמכות נתנה בידי הממשלה ולארגונים המבטחים אסור ליטול סיכונים פיננסיים כדי לכסות את ה־AWBZ.
6. הרמה המינימלית של מוגבלות כוללת בני אדם המסוגלים לקיים אורח חיים עצמאי. השירותים מיועדים למנוע הידרדרות של המצב הבסיסי. הם כוללים ביקורי בית תקופתיים, כדי להדריך את בני המשפחה המטפלים, ויעוץ בענייני בריאות (Okamoto, 2000).
7. לאדם עם ילד מוסיפים הכנסה בגובה מחצית השכר הממוצע על כל ילד. מחצית הזכאות ניתנת כאשר ההכנסה היא למעלה מן השכר הממוצע, אך לא למעלה מ־1.5 מן השכר הממוצע ליחיד ופי 2.25 מן השכר הממוצע לזוג. בעלי הכנסה גבוהה עוד יותר אינם זכאים.
8. מגורים לבד מוסיפים נקודות רק אם האדם זקוק לעזרה ב־ADL למשך שעתיים לפחות.
9. הדקות נקבעו לפי מחקר זמן טיפול שנערך במסגרות מוסדיות (Ikegami, 2000).
10. קופות הטיפול מבצעות את הערכות הזכאות באמצעות שירותי הרפואה של קופות החולים, והן מפצות את קופות החולים על השימוש בשירותים.
11. המוסד לביטוח לאומי משלם לאחיות בריאות הציבור עצמאיות לפי הערכה.
12. הרשות המקומית משלמת למנהלי טיפול עצמאיים עבור הערכת זכאות.
13. ה־RIO מעסיקה צוות מקצועי לביצוע ההערכה. אין דרישה ברורה בתקנות למומחיות, ומשום כך בני אדם עם מקצועות שונים יכולים לבצע את ההערכה. כדי לסייע בהערכה מקצועית, ייתכן צורך ביועץ מומחה (לדוגמה, במקרים של חשד לרמזיה).
14. קצבה כספית לא מוגבלת מאפשרת למקבלי הקצבה להשתמש במשאבים כראות עיניהם, בעוד שבקצבה כספית מוגבלת ניתן להשתמש רק לרכישת שירותים.
15. טיפול בית כולל טיפול אישי וניהול משק־בית.
16. חבילת השירותים הכלולה ב־AWZB היא רחבה למדי וכוללת שירותים אחרים.
17. חושב בידי המחברים לפי שער החליפין: 12.5 שילינג = 1 דולר.
18. חושב בידי המחברים לפי שער החליפין: 2 מרק = 1 דולר.
19. חושב בידי המחברים לפי שער החליפין: 4.1 ש"ח = 1 דולר.
20. חושב בידי המחברים לפי שער החליפין: 109.8 ין = 1 דולר.
21. ממשלתי כולל ארצי או מוניציפלי.
22. יחד עם זאת, תכנון הטיפול נעשה בפועל בידי עובד סוציאלי בכיר מטעם ספק השירות.
23. ההשתתפות בפרמיה לעובדים עצמאיים יכולה להיות שונה, והפרמיה לאלה שאינם מועסקים יכולה להיות מכוסה בעזרת משאבים אחרים.
24. ההשתתפות של המעבידים משולמת באמצעות המרה של יום חופש ביום עבודה.
25. הערכה על־פי שיעורי ניצול לפי קבוצת גיל (מבוסס על Engle, 1999).
26. הערכה על־פי שיעורי ניצול בקרב הזקנים לפי סוג השירותים (מבוסס על Coolen, 1995).
27. סך־הכל 2.7 מיליון זקנים, שהם 12.4% מכלל הזקנים, הוערכו כזכאים לקצבה בשנת 2000, אולם קיימת הנחה, שרק שליש בערך מאלה המתגוררים בקהילה יגישו בקשה בשנה הראשונה (Campbell and Ikegami, 2000).
28. הערכות העלות מבוססות על ההנחות הללו. יש עדויות לכך שהערכות אלה יכולות לגדול.
29. ההוצאות על חוק ביטוח סיעוד פדרלי הן בערך 18 מיליארד שילינג, על חוק ביטוח סיעוד פרובינציאלי הן בערך 3 מיליון שילינג בממוצע.
30. הוצאות לחבילת שירותים רחבה שהיא זמינה לכלל האוכלוסייה.
31. ההוצאות הן רק על שירותים קהילתיים לזקנים.

שורת החוקים

להלן יתוארו המבנה והרכיבים של החוקים לטיפול ממושך בחמש המדינות. ינותחו האפשרויות שעמדו בפני כל אחת מן המדינות והבחירה שהן עשו בסופו של דבר. כמרכזן תיעשה השוואה בין השיטות שנבחרו בכל אחת מן המדינות. במסגרת ניתוח זה ייעשה שימוש במסגרת מושגית ובעזרתה ייעשה ניסיון לזהות את המאפיינים המבניים העיקריים של כל חוק. יוצגו גם נתונים על שיעורי הניצול ועל העלויות.

בכל המדינות הנדונות כאן הטיפול הממושך מכוסה בעזרת חוק מיוחד המבוסס על זכות אישית. רוב המדינות האלה חוקקו חוק פדרלי אחד לכלל אוכלוסיית הנזקקים לטיפול ממושך. שתי מדינות, אוסטריה וישראל, חוקקו יותר מחוק אחד. אוסטריה חוקקה שני חוקים: חוק פדרלי המכסה 90% מן האוכלוסייה וחוקים פרובינציאליים המכסים את היתר. ישראל חוקקה שלושה חוקים, המכסים טיפול ממושך: חוק ביטוח סיעוד, המכסה נשים בנות 60 ומעלה וגברים בני 65 ומעלה; חוק נכות כללית, ובכללו גמלת שירותים מיוחדים המכסה את גילאי 18-64; גמלה לילד הנכה, המכסה קטינים בני 0-17. לגבי ישראל, נתייחס לחוק ביטוח סיעוד.

בחינת תאריכי היישום של חוקים אלה מגלה, שהולנד היתה הראשונה שסיפקה טיפול ממושך במסגרת חוקית, כאשר הנהיגה כיסוי לטיפול במוסדות סיעודיים בשנת 1968. מאוחר יותר הורחב הכיסוי לטיפול קהילתי, כמו טיפול סיעודי בבית ועזרה בבית (1989), ולטיפול בבתי אבות (1997). עשרים שנה לאחר מכן (ב-1 באפריל 1989) עיגנה ישראל את הספקת השירותים בקהילה בחוק ביטוח סיעוד. במהלך העשור האחרון נתקבלו באוסטריה, בגרמניה וביפן חוקים דומים. אוסטריה חוקקה את החוק הפדרלי לטיפול ממושך ב-1 בינואר 1994. גרמניה החילה את החוק שלה בשני שלבים: כיסוי של הטיפול בקהילה הוחל ב-1 באפריל 1995, וכיסוי של הטיפול במוסד הוחל ב-1 ביולי 1996. יפן החלה ליישם את החוק לטיפול ממושך, המכסה הן את הטיפול במוסד והן את הטיפול בבית, רק ב-1 באפריל 2000.

מאפייני הגוף המבטח ורמת השילוב עם רכיבים אחרים של מערכת השירותים

ניתן לספק טיפול ממושך כחלק משירותים קהילתיים אחרים של בריאות ורווחה או בתוכנית נפרדת. נראה, שכל המדינות הנדונות בחרו להכין תוכניות נפרדות מיוחדות להספקת טיפול ממושך. תוכניות אלה מבוססות על העיקרון של זכאות אישית ללא הגבלה תקציבית. ברוב המדינות הגורם האחראי על הספקת הטיפול הקבוע בחוק הוא חלק

ממערכת הבריאות או ממערכת הרווחה: באוסטריה, משרד העבודה, הכריאות והרווחה הוא הגוף המבטח; בגרמניה הוקמו קופות טיפול מיוחדות בחסות קופות החולים הקיימות; ביפן, הרשויות המקומיות - שכבר קודם לכן היו אחראיות על השירותים החברתיים ועל ביטוח הבריאות לגמלאים ולאלה שאינם מועסקים - ישאו באחריות יחד עם משרד הבריאות והרווחה. בישראל, המוסד לביטוח לאומי - כלומר, מערכת הביטוח הסוציאלי, שאינה תלויה במערכת הבריאות - הוא האחראי על הספקת ביטוח הטיפול הממושך. הולנד היא מקרה מיוחד. החוק מקנה זכאות, שאפשר אפילו לדרוש אותה בבית-משפט, אבל המדינה רשאית גם לקצוב את הזכאות באמצעות רשימת ההמתנה. באופן כזה ניתן להגביל בהולנד את ההוצאה הלאומית הכוללת ולפי אזור. מכאן אפשר להסיק, שכאשר המשאבים מצומצמים, ניתן גם להפעיל הערכת צרכים קפדנית יותר בתהליך ההקצבה, למרות שאין כל דיון על כך בספרות. משרד הבריאות, הרווחה והספורט הוא הגוף המבטח באמצעות מבטחי הבריאות הקיימים.

אחת הבעיות המאפיינות את הטיפול במוגבלים ובחולים כרוניים היא פיצול האחריות למימון ולהספקת השירותים בין מספר ארגונים. הפיצול של מערכת השירותים וחוסר תיאום בטיפול פוגם בהספקה יעילה של שירותים הולמים ויוצר מבוכה ואי-נוחות בקרב המוגבלים ומשפחותיהם. משום כך, עניין אסטרטגי מרכזי בפיתוח תוכניות למתן מענה לצורכי המוגבלים הוא יצירת רצף טיפולי בין מערכת הטיפול האקוטי למערכת הטיפול הממושך, ובין מערכת הבריאות למערכת החברתית.

דרך אחת לבנות רצף טיפול היא באמצעות שילוב של רכיבי טיפול שונים והכללתם בתוך גוף אחד. תומכי השילוב בין הטיפול האקוטי לטיפול הממושך מאמינים, שהדבר יעודד את המבוטחים ואת הספקים למצוא חלופות פחות יקרות למיסוד, כמו שיקום ומניעה; לתכנן בקפידה ולתאם שירותים לטיפול אקוטי קצר-מועד עם שירותי שיקום ושירותים לטיפול ממושך; לתאם בין שירותי בריאות קהילתיים למוסדיים; להרחיב את שירותי הטיפול הממושך, הרפואיים והסיעודיים, על בסיס קהילתי.

מצד שני, הצביעו על כך שלגישה זו יש מספר חסרונות אפשריים: האחד הוא החשש ששירותים לטיפול ממושך יוזנחו לאחר שישולבו בתוך מערכת בריאות כללית יותר, ושבצורכי הטיפול האקוטי יקבלו עדיפות גבוהה יותר. בעיה אחרת היא פיתוח מנגנונים כספיים הולמים לפיצוי מבטחי הבריאות על סיכוני הטיפול הממושך. הדבר נחוץ כדי שלא ייווצר מצב שאין תמריץ לשרת בני אדם עם צרכים רבים יותר לטיפול ממושך. עניין זה מדאיג במיוחד במערכות שיש בהן תחרות בין מבטחי בריאות, עם תמריץ להימנע ממקרים מסובכים, קשים ויקרים. כאשר שירותים ממומנים באמצעות תקציב יותר מאשר באמצעות זכאות אישית, וכאשר אין תחרות בין ספקי הטיפול הרפואי, השילוב בין טיפול אקוטי לטיפול ממושך ניתן ליישום ביתר קלות. לבסוף, יש כאלה שאינם נלהבים ליישם את העקרונות הכלכליים של הטיפול הרפואי האקוטי גם בהספקת טיפול ממושך. הדבר קשור

ליכולת לכלול מנגנונים לריסון העלויות של הספקת טיפול ממושך, מעבר לאלה המיושמים בטיפול הרפואי.

כאמור, כל המדינות מסרו את הספקת הטיפול הממושך בידי ארגונים שכבר אחראים להספקת שירותי בריאות אחרים. יחד עם זאת, הדבר נעשה באמצעות הקמת תוכניות נפרדות, ולא באמצעות שילוב ארגוני וכספי בתוכנית ביטוח בריאות קיימת. בגרמניה, לדוגמה, הממשלה הציעה לשלב בין הטיפול הרפואי לטיפול הממושך. אולם, בסופו של דבר, התוכנית על-פי החוק לטיפול ממושך - Social Dependency Insurance - נמסרה כאחריות נפרדת לידי קופות טיפול מיוחדות - "care funds". החלטה זו נתפסה כמקדמת רכיבים התורמים לריסון עלויות במערכת הטיפול הממושך, בשונה מן הטיפול האקוטי. כפי הנראה הדבר גם שחרר את הממשל הפדרלי ממחויבות ישירה לגירעונות בתוכנית, למרות שהשאלה מה יקרה אם אכן יתגלו גירעונות נשארה פתוחה (Scheil-Adlung, 1995; Evans-Cuellar and Wiener, 2000).

הקריטריונים לזכאות

תפיסת מנסחי החוקים לביטוח טיפול ממושך, כולל מטרותיהם ואוכלוסיות היעד שלהם, משתקפות בקריטריונים שקבעו המדינות להגדרת הזכאות ולהערכת גובה ההטבה. כמו-כן, לקריטריונים לזכאות יש השלכות ברורות על עלויות התוכנית. בעת קביעת הזכאות יש להתייחס למספר סוגיות מרכזיות:

(1) האם תוכנית לטיפול ממושך צריכה לכסות את כל הגילאים, או שיש להגביל את הגיל? יש שלוש אפשרויות: (א) לכלול את כל הגילאים באותה תוכנית; (ב) להגדיר חוקים שונים לטיפול ממושך לקבוצות גיל שונות (ייתכן צורך בהגדרת קריטריונים נפרדים לזכאות או זכאות נפרדת); (ג) להגביל את הזכאות לטיפול הממושך לקבוצת גיל אחת.

(2) האם יש להגביל את הזכאות לבני אדם עם מוגבלות קשה ביותר, או לכלול גם בני אדם עם מוגבלות בינונית, הנתונים פחות לסיכון של הכנסה למוסד? במסגרת תקציב נתון, יש חליפין בין הקניית זכאות רק לבני אדם עם מוגבלות קשה, כלומר מתן הטבות גדולות יותר למספר קטן יותר של בני אדם, ובין הקניית זכאות לבני אדם עם מוגבלויות בדרגות שונות, שפירושה מתן הטבות קטנות יותר למספר גדול יותר של בני אדם. שאלה נוספת היא, האם לכלול את כל המוגבלויות, בלי להתייחס לגורם המוגבלות (כלומר: פיזית או נפשית).

(3) האם יש לכלול את גובה ההכנסה האישית בהערכת הזכאות? תוכניות המספקות כיסוי ללא התייחסות לגובה ההכנסה פועלות על-פי העיקרון של הצורך בביטוח אוניברסלי, ומשום כך נמנעת הסטיגמה הקשורה בדרך-כלל בקבלת זכאות על-פי מבחן הכנסה. מצד

שני, תוכניות המכסות רק אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה יחסית מאפשרות לתת יותר הטבות לזכאים או להפחית עלויות.

(4) האם יש לכלול את רמת הסיוע המשפחתי (הלא-פורמלי) בהערכת הזכאות? הבאתה בחשבון של התמיכה שהמשפחה מעניקה מאפשרת להתמקד באלה הזקוקים ביותר לעזרה. מצד שני, סיוע נוסף למשפחות תומכות יכול לחזק אותן, ולאפשר להן להמשיך לטפל תקופה ארוכה יותר; הדבר משקף גם את הכרת החברה במאמציהן. במסגרות ביטוח קשה להכליל קריטריון כזה, עקב היותו תלוי בשיקול דעתו של המעריך, ובשל התחושה שאם משלמים, זכאים לתמורה.

נבחן עתה את הפתרונות שנמצאו בכל אחת מחמש המדינות לגבי סוגיות אלה: האם נכללו גיל ורמת הכנסה בין הקריטריונים לזכאות? מהי רמת המוגבלות המזכה את האדם בהטבה? האם קריטריונים אחרים, כמו תמיכת משפחה, מוכאים בחשבון בעת הערכת הזכאות?

1. גיל

בגרמניה, בהולנד ובאוסטריה הורחב הכיסוי לכל קבוצות הגיל (מגיל שלוש). ביפן החוק כולל את גילאי 40-64 הסובלים מבעיות תלויות-גיל (כגון: שבץ מוח, דמנציה סנילית) ואת בני 65 ומעלה. בישראל חוק הסיעוד מכסה נשים בנות 60 ומעלה וגברים בני 65 ומעלה, בעוד שהאוכלוסיות האחרות מקבלות מענה לצרכים במסגרת תוכניות אחרות לביטוח טיפול ממושך, כפי שצוין לעיל.

2. מצב הבריאות ומצב התפקוד

באוסטריה, בגרמניה, בהולנד ובישראל הזכאות מבוססת על מוגבלות, ללא קשר לסיבת המוגבלות, אם היא נפשית, פיזית או חושית. ביפן הדבר נכון לגבי אוכלוסיית הזקנים, בעוד שלגבי בני 40-64, כמוזכר לעיל, החוק כולל רק את אלה הסובלים מבעיות תלויות-גיל. קושי בביצוע פעולות היומיום (ADL), כמו רחצה, לבישת הבגדים, אכילה וניידות, הוא המבחן הראשוני לזכאות בכל המדינות. אמות-מידה נוספות כוללות את היכולת לבצע פעולות יומיומיות הקשורות בניהול משק-הבית (IADL), כגון: ניקיון, בישול, כביסה ושליחויות קלות, תפקוד קוגניטיבי או הצורך בהשגחה מתמדת. באוסטריה, בני אדם עם ליקויי ראייה או שמיעה או עם קושי בניידות זכאים באופן אוטומטי.

במספר מדינות מצב התפקוד מתורגם למידת הצורך בעזרה, כפי שזו באה לידי ביטוי במספר שעות הסיוע שאדם זקוק להן בכל יום או בכל חודש. באוסטריה הזכאות מוקנית לבני אדם הזקוקים לפחות ל-50 שעות טיפול אישי לחודש. בישראל ובגרמניה הצורך בטיפול אישי נמדד על בסיס יומי; בגרמניה הזכאות מוקנית לבני אדם הזקוקים לפחות

לשעה וחצי ביום של טיפול אישי, ובישראל - לבני אדם הזקוקים לשעתיים וחצי ביום של טיפול אישי (או שעתיים למתגוררים בגפם). במילים אחרות, הבסיס לזכאות בישראל גבוה מזה שבגרמניה, והמשאבים מוקצים לבני אדם עם צרכים רבים יותר, עם מוגבלות קשה יותר. אם נתרגם זאת לצרכים על בסיס חודשי, הבסיס בישראל עדיין גבוה מזה האוסטרי, הדומה לבסיס הגרמני. ביפן הסף הוא נמוך למדי (30 דקות ליום) והקטגוריה הנמוכה ביותר, המכונה "הזדקקות לעזרה", כוללת בני אדם המסוגלים לקיים חיי יומיום עצמאיים, והשירותים מכוונים למנוע הידרדרות ולספק להם ייעוץ מניעה, בעוד שחמש הרמות האחרות מכונות "הזדקקות לטיפול" (Campbell and Ikegami, 2000; Okamoto, 2000a; 2000b). בגרמניה התנהל דיון בנוגע לבסיס הזכאות. יש הטוענים, שהספקת סיוע מוגבל (כגון במטלות של ניהול משק-בית בלבד) לבני אדם עם מוגבלות קלה יותר תסייע לשמור על מצב התפקוד שלהם ותעכב את הכנסתם למוסד. לעומתם, אלה התומכים בבסיס הזכאות הנוכחי טוענים, שהנמכת סף הזכאות עלולה לגרום להחלפת הטיפול הלא-פורמלי בטיפול פורמלי (Goerke, 1996).

מכיוון שהחוקים מכסים טיפול ממושך, רוב המדינות מבססות את הזכאות על מינימום צפוי של צורכי טיפול למשך שישה חודשים לפחות. לפיכך, בני אדם הזקוקים לשירותים לתקופה קצרה (כלומר לאחר אירוע חריף) אינם זכאים בדרך-כלל לכיסוי. לאחרונה הכניסה ישראל שינויים בחוק במטרה לספק כיסוי מינימלי (למשך חודשיים) לבני אדם שהשתחררו מבית-חולים כללי. אם יש צורך בטיפול לתקופה ארוכה יותר, המקבל חייב להגיש בקשה נוספת. הרפורמה פותחה על בסיס ההנחה, שחלק מן הזכאים לטיפול לפי החוק קיבלו אותו הרבה אחרי שהיה שיפור במצבם, משום שההערכה מחדש היתה בעייתית. התקווה היא, שהרפורמה תרסן את העלויות.

3. קיומו של טיפול לא-פורמלי

חוץ מהולנד, אף אחת מן המדינות הנדונות כאן לא כללה במבחן הזכאות את קיומו ואת היקפו של הסיוע המשפחתי. יש לציין, שבישראל מצב הדיור (האדם חי בגפו או שהוא חי עם אחרים) הוא גורם בהערכת הזכאות: למרות שמידת הסיוע המתקבלת מקרובים אינה מוערכת, מגורים לבד מוסיפים נקודות לזכאות.

4. מבחן הכנסה

רמת ההכנסה האישית אינה משמשת קריטריון לזכאות ברוב המדינות, והדבר משקף את הגישה האוניברסלית של רוב החוקים. רק ישראל דורשת מבחן אמצעים, אבל רמתו גבוהה יותר מן ההכנסה של מרבית הזקנים ומשום כך המבחן הנדרש היום משפיע על בני אדם מעטים: אדם בודד זכאי להטבה מלאה רק אם הכנסתו אינה עולה על השכר הממוצע. בעלי

הכנסה גבוהה פי 1.5 מן השכר הממוצע זכאים למחצית ההטבה בלבד, ואלה שהכנסתם גבוהה אף יותר אינם זכאים כלל. זוגות ומשפחות עם ילדים נמדדים על-פי נקודות חתך גבוהות יותר.

בגרמניה יש המבקרים את העובדה, שרמת ההטבה אינה קשורה בהכנסה, כך שהטבות באותו גובה ניתנות לבני אדם עם הכנסה נמוכה, בינונית וגבוהה (Schneider, 1999).

5. קריטריונים נוספים לזכאות

הולנד היא ייחודית באימוץ גישה כוללנית להערכת ההזדקקות לטיפול ממושך במסגרת החוק. תהליך ההערכה שם סוקר את התפקוד הפסיכו-סוציאלי, את מצב הבית והסביבה ואת הסוג והרמה של הטיפול הפורמלי המתקבל ממקורות אחרים. הקריטריונים בהולנד דומים לאלה הנמצאים בשימוש במדינות מפותחות רבות אחרות המספקות שירותי טיפול ממושך שלא במסגרת חוק מיוחד.

הערכת הזכאות

מעבר לקביעת קריטריונים יש צורך לקבוע את ההליך להערכת הזכאות. הערכת הפונים בבקשה לקבלת זכאות לטיפול ממושך משתנה ממדינה למדינה. בחלק זה נבחן את ההבדלים הללו, לאור שימוש או אי-שימוש ארצי בכלי הערכה מובנה, טיבם של מבצעי ההערכה (ועדה רפואית או סיעודית או גוף אחר) והאם הערכת הזכאות זהה להטבות הניתנות בבית ולאלה הניתנות במוסד.

1. כלי ההערכה

ברוב המדינות נעשה שימוש ארצי בכלי הערכה אחיד ומובנה. השימוש בכלי אחיד ומובנה מאפשר ביצוע תהליך הערכה אחיד. הולנד, שלא כמו מדינות אחרות, מאפשרת לאדם המבצע את ההערכה להפעיל את שיקול דעתו בהתאמת הזכאות לאדם הפונה בבקשה. היום אין שם מערך כלים ארצי להערכה, אולם מערך כזה כבר נמצא בפיתוח (Huijbers and Martin, 1998).

2. קביעת הזכאות לפי רמת הצרכים

כל מדינה קבעה מספר רמות של זכאות, וברוב המדינות המדידה מתבצעת על-פי מספר שעות הטיפול הנדרשות לפונה, ליום או לחודש. ישראל קבעה שתי רמות זכאות (2.5 שעות ו-6.5 שעות או יותר לטיפול אישי הנדרש בכל יום). לגרמניה יש שלוש רמות (שעה וחצי

עד חמש שעות או יותר של טיפול ליום). ליפן יש שש רמות במערכת ניקוד (מ-25 דקות ועד ל-110 דקות ליום). לאוסטריה יש שבע רמות זכאות (50-180 שעות או יותר של טיפול אישי לחודש, שניתן לתרגמן ל-1.6 עד 6 שעות ויותר ליום). ככל שמספר רמות הזכאות גדול יותר, כך מתאפשרת רגישות רבה יותר בהתאמת רמת התפקוד לרמת ההטבה. בישראל, לאחר 11 שנות ניסיון, נערכה בחינה מחודשת של רמות הטיפול והוצע תיקון לחוק - משתיים לשלוש רמות של מוגבלות.

3. אחריות להערכה

אחריות להערכת הזכאות יכולה ליפול על כתפי הגורם המבטח או על כתפי גורם חיצוני. השימוש בגורם חיצוני נועד להבטיח הערכה אובייקטיבית, בלתי תלויה ואחידה. במדינות אחדות המערכת היא עצמאית בחלקה. בגרמניה ועדות רפואיות אחראיות באופן ישיר להערכה, אולם, "קופות הטיפול" מבצעות את הערכת הזכאות באמצעות השירות הרפואי של קופות החולים, ומפצות את קופות החולים על השימוש בשירות. בישראל המוסד לכיטוח לאומי אחראי ישירות להערכה, אבל עושה שימוש כמערכת עצמאית של אחיות בריאות הציבור. ביפן הרשויות המקומיות אחראיות להערכה, אבל משתמשות במנהלי טיפול עצמאיים. מנהלי טיפול אלה יכולים להיות מועסקים בארגונים המספקים שירותים. הועלתה טענה, שבגלל החפיפה בין התפקידים שלהם כמנהלי טיפול וכספקים יכול להיווצר ניגוד אינטרסים, ובתהליך קביעת הזכאות יכולות להיות הטיות לכיוון החמרה, כלומר לטובת הספקים. יחד עם זאת, מתוכנן שאת ההחלטה הסופית לגבי הזכאות תקבל ועדת מומחים (Campbell and Ikegami, 2000). בהולנד, משנת 1998, הוקמו גורמים חיצוניים מקומיים (ארגון הערכה אזורי הידוע בשם RIO), הכוללים נציגים של הפונים, של קבוצות צרכנים, של ספקי שירותים, רופאים ואנשי צוות של הרשות המקומית. ה-RIO מעסיק בעלי מקצועות שונים לצורך ההערכה. באוסטריה החברה המבטחת היא גם הגורם האחראי.

4. בעלי מקצוע המבצעים את ההערכה

בכל מדינה הערכת הזכאות מבוצעת בידי בעלי מקצוע מתחום אחד, כלומר רופאים או אחיות, או בידי צוות רב-מקצועי. בחלקו תלוי הדבר באופי הקריטריונים: ככל שהם צרים יותר, כך פוחת הצורך בגישה רב-מקצועית. יש חליפין בין עלויות הערכת הזכאות ובין הנטייה לגישה מקצועית כלשהי. כלומר, הערכת הזכאות המבוצעת בידי בעלי מקצוע מתחום אחד יכולה להיות מוטית למרות השימוש בכלי מובנה. הערכת הזכאות בידי צוות רב-מקצועי מאפשרת מבט רב-ממדי על צורכי הפונה, אשר יכול לעזור לאלה המעורבים לאחר מכן (לאחר קביעת הזכאות) בהכנת תוכנית טיפול הולמת. באוסטריה הרופאים לבדם מבצעים את הערכת הזכאות, ובישראל האחיות הן האחראיות הבלעדיות. בגרמניה

ההערכה יכולה להתבצע בידי רופאים או בידי אחיות. ביפן נתקבלה החלטה להכשיר בעלי מקצוע מתחומים שונים (הנקראים מנהלי טיפול) שימלאו תפקיד מוגדר בהערכת הזכאות.¹ בהולנד צוות רב-מקצועי של רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים מבצע את ההערכה, בהתאם לקריטריונים הכוללניים. התקנות אינן קובעות במפורש מהו המקצוע הנדרש, ומשום כך בעלי מקצוע מתחומים שונים יכולים להיות מעורבים בהערכה (למשל, רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי מדעי החברה המתמחים בגרונטולוגיה).

הערכה צריכה להיות אחידה ועקבית, בין לצורך קביעת זכאות לטיפול בבית ובין לצורך זכאות להכנסה למוסד. באוסטריה, בגרמניה, בהולנד וביפן גורם אחד אחראי על קביעת הזכאות הן לשירותים קהילתיים והן להכנסה למוסד. לתהליך הערכה כזה יש המשכיות. בישראל החוק נותן קצבאות לטיפול בקהילה בלבד, ולא לטיפול במוסד, ומשום כך מבוצעת כאן הערכה נפרדת.

סוגי ההטבות: קצבה כספית או שירותים בעין

בחלק זה נדון בהטבות הניתנות על-פי חוקי הטיפול הממושך במדינות השונות. נבחן כיצד ההטבה מסופקת: שירותים בעין, קצבה כספית לא מוגבלת, קצבה כספית מוגבלת לקניית שירותים, או שילוב של האפשרויות; מה הם השירותים המרכזיים המכוסים (טיפול במוסד או טיפול בבית או שירותים אחרים); ומהי רמת ההטבות.

1. איך מסופקים השירותים

יש שלוש צורות בסיסיות להספקה: (1) שירותים בעין; (2) קצבה כספית לא מוגבלת, המאפשרת למקבל הקצבה להשתמש במשאבים כראות עיניו; (3) קצבה כספית מוגבלת לרכישת שירותים. במקרה זה, מקבל הקצבה חייב להגיש בקשה לשירותים או לקבל מן הספקים חשבון. אם הקצבה הכספית המוגבלת אינה מנוצלת לתשלום לבני משפחה, הדבר דומה יותר להספקת שירותים בעין. מצד שני, אם הקצבה הכספית המוגבלת מנוצלת לתשלום לבני משפחה, יש דמיון רב יותר לקצבה כספית לא מוגבלת.

רוב המדינות מספקות שירותים בעין; אולם, בשנים האחרונות מסתמנת מגמה לספק קצבאות כספיות כחלק מחבילת שירותים. באוסטריה בני אדם הזקוקים לטיפול ממושך מקבלים קצבה כספית. בגרמניה הזכאים המתגוררים בביתם יכולים לבחור בין קצבה כספית ובין שירותים בעין, או בשילוב של השניים. לעומתם, זכאים המתגוררים במוסד מקבלים

1. הגדרת בעלי המקצוע היא רחבה מאוד וכוללת כוחות עזר ממוסדות סיעוד ומטפלים מנוסים שקיבלו הכשרה תוך-כדי שירות בלבד.

רק שירותים בעין. ביפן הוחלט, לאחר דיון ציבורי, לספק שירותים בעין, ולא לאפשר קצבה כספית לטיפול משפחתי.²

מקבל הקצבה הכספית באוסטריה או בגרמניה אינו מחויב להשתמש בה לקניית שירותים. ניתן לכלול אותה בתקציב הבית, או להשתמש בה לפיצוי בני משפחה. בהולנד מסופקים רק שירותים בעין. בעוד שקצבאות כספיות ניתנות במסגרת של תוכנית ניסיונית של "תקציבים אישיים" לקבוצה מוגבלת של פונים הזכאים לטיפול בביתם, הם חייבים להשתמש בקצבה הכספית לקניית שירותים, כולל מבני משפחה. בישראל מסופקים שירותים בעין בלבד, אלא אם כן אלה אינם נגישים. במקרה כזה ניתנת קצבה כספית (לקוחות מעטים בלבד קיבלו קצבאות כספיות).

גובה הקצבה הכספית נמוך מן הערך הכספי של שירותים בעין. לדוגמה, בגרמניה הקצבה נעה בין 45% ל-53% מערך השירותים בעין, תלוי ברמת התפקוד.

2. קצבה כספית לא מוגבלת לעומת שירותים בעין

קצבאות לא מוגבלות שנויות במחלוקת בגלל חוסר הוודאות לגבי יעילותן. אלה הדוגלים במתן קצבאות כספיות טוענים, שניתן לחזק באמצעותן את כוחם של הצרכנים בדרך של הרחבת האוטונומיה שלהם וחירותם לבחור בשירותים ובספקי השירותים, להקל על תכנון טיפול גמיש ולאפשר למקבל הקצבה לתכנן את לוח הזמנים כרצונו, לבחור ספק השירות ולחתום אתו ישירות על הסכם (כולל העסקת מטפלים לא-מאורגנים). הם טוענים, שגמישות זו משפרת את איכות החיים של האדם הזקן (Freedman and Kemper, 1996). יתר על כן, קצבאות כספיות עשויות לתמרץ את המשפחות להמשיך ולדאוג לקרוב הזקן או המוגבל, והן מעניקות גם הזדמנות לבני אדם מוגבלים להביע את הערכתם למאמצייהם של אלה העוזרים להם ללא שכר, או לפצות את המטפלים על איבוד הכנסתם. יש להניח, שמתן קצבה כספית תיצור תחרות בין ספקי השירותים, אשר תוביל לשיפור השירותים. ההצדקה לכך שההטבות נמוכות יותר כאשר הן מוענקות בצורה של קצבה כספית נובעת מן ההנחה, שהלקוחות רוכשים שירותים מספקים שאינם מאורגנים או מבני משפחה ומשום כך עלותם נמוכה יותר.

המתנגדים לקצבה הכספית גורסים, שהעלויות יהיו גבוהות בהתאם לשיעור הגבוה של המשתתפים, ושאיכות הטיפול תהיה נמוכה בגלל העדר פיקוח נאות על הספקת השירות. אחרים מפקפקים בכך שהאדם המוגבל אכן יקבל את הטיפול שהוא זקוק לו: לקוחות

2. אולם, בחודשים האחרונים התקבלה החלטה להעניק 100,000 ין (בערך 900 דולר) לזכאים העתים על כל הדרישות האלה: (1) הנוקק פנה בבקשה לקבלת הטבת ביטוח טיפול ממושך והוגדר כבעל המוגבלות הקשה ביותר (דרגות 4 או 5); (2) יש לו הכנסה קטנה או שאין לו הכנסה כלל (קרוב לקו העוני); (3) הוא לא קיבל כל שירות ממערכת ביטוח הטיפול הממושך במהלך שנה אחת. זו אינה קצבה ביטוח של הטיפול הממושך, אלא מענק המשולם מחוץ המיסוי הכללי.

יכולים להיתקל בקשיים לבחור בספקים בעצמם, ומשפחות יכולות להשתמש לרעה במשאבים או להזניח את צורכי האדם המוגבל, מצב שקשה לפקח עליו.

אין זה ברור האם קצבאות כספיות אכן מגבירות את נגישות השירותים ומעמידות בפני הצרכנים אפשרויות שונות. המבקרים טוענים שהן לבדן אינן מספיקות לדרבן את התפתחות השירותים הקהילתיים ושמאמצים להשגת מטרה זו חייבים להיעשות ברמה הלאומית וברמה המקומית. נשמעה גם הטענה, שניתן להבנות אף בתוך השירותים בעין אפשרויות סבירות לבחירה וגמישות.

השאלה האם יש לתת קצבה כספית למשפחות עמדה במוקד הדיון ביפן. למרות התמיכה הציבורית, הוחלט שלא לאפשר זאת. אנשי מקצוע טענו, שהרחבה מהירה של השירותים הפורמליים צריכה להיות בעדיפות עליונה, ושלא ניתן לעשות זאת באמצעות קצבאות כספיות. פמיניסטיות טענו, שקצבאות כספיות ייפכו לחלק מתקציב הבית, בעוד שבנות המשפחה המטפלות ימשיכו לשאת ברוב נטל הטיפול. הובעה דאגה, שהצעת קצבה כספית תגרום לגל בקשות לקצבה, בעוד שהממשלה תמשיך לאשר בקשות בקצב איטי למדי, מפני שהיא שואפת להיכנס לתוכנית בהדרגה, משיקולי תקציב (Campbell and Ikegami, 2000).

יש צורך בנתונים אמפיריים נוספים כדי להעריך את היתרונות של כל אחד מסוגי ההטבות: איזו הטבה מועדפת בעיני הלקוחות ומדוע? למה משמשת הקצבה הכספית את הבוחרים באפשרות זו? מה יעזור למקבלי הקצבה הכספית ולבני משפחותיהם לעשות בקצבאות את השימוש היעיל ביותר? האם הספקת קצבה כספית משפרת את רמת השירותים ואת נגישותם (האם מקבל הקצבה נהנה מחופש גדול יותר לבחור ספקים)? מה הן ההשלכות של הספקת קצבאות כספיות על איכות השירותים? מה הן ההשלכות של הספקת קצבאות כספיות על ההוצאה הציבורית? איך משפיעה הספקת הקצבה הכספית על הטיפול המשפחתי, אם בכלל?

כאמור, בהולנד מוצעת קצבה כספית מוגבלת לקניית שירותים כחלק מתוכנית ניסיונית. תקציבים אישיים מוענקים בשיעור מצומצם (3%-5% ממקבלי הקצבאות, בערך 5,500 איש בשנת 1997. Huijbers and Martin, 1998; Coolen and Weekers, 1998). הערכת התוכנית מצביעה על כך, שהמקבלים דיווחו על שיפור בשירותים, ועל יותר שליטה על הספקת השירותים ועל בחירת הספקים. לדוגמה, לקוחות יכולים עתה, בקלות רבה יותר, לפטר עובד או ספק, אם הם אינם מרוצים ממנו (Weekers and Piji, 1998). במחקר אחר נמצאה שביעות רצון גבוהה: בני אדם המקבלים קצבה כספית ("תקציבים אישיים") דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מאשר בני אדם בקבוצת הביקורת אשר קיבלו שירותים בעין (Miltenburg and Klie, 1995).

בגרמניה אחת האפשרויות המוצעות לטיפול קהילתי היא קצבאות כספיות לא מוגבלות. בשנת 1996 רוב הזכאים המתגוררים בקהילה (79%) בחרו בקצבה כספית, בעוד ש-11% בחרו בשילוב של קצבה כספית ושירותים בעין ו-9% בחרו בשירותים בלבד. ככל שרמת

המוגבלות עולה, כך רבים יותר בני האדם המבקשים קצבה כספית. שיעור גבוה יותר מבין בני האדם עם מוגבלות בינונית (Substantial disability) בחרו בקצבאות כספיות מאשר אלה עם מוגבלות קשה או קשה ביותר (77%, 84% ו-67%, בהתאמה. Deutscher Bundestag, 1997; Schneider, 1999). בשנת 1998 היתה ירידת-מה בשיעור הבוחרים בקצבאות הכספיות: בערך 74% מן האוכלוסייה בקהילות בחרו בקצבאות כספיות, 11% בחרו בשירותים בעין ו-14% בחרו בשילוב של השניים. שישים אחוזים מבין בעלי המוגבלויות הקשות ביותר בקהילה בחרו בקצבאות כספיות בלבד, בהשוואה ל-80% מבעלי המוגבלויות הקלות יותר (Evans-Cuellar and Wiener, 2000).

ממצא מרכזי נוסף של המחקרים שנעשו בגרמניה הוא, שקצבאות כספיות מנוצלות בראש ובראשונה כתוספת לתקציב המשפחה או כדי להעניקן לבני המשפחה, יותר מאשר לרכישת שירותי טיפול פורמליים (Evers, 1998). במחקר שנערך בהמבורג, ציינו הרוב (85%) את היתרון של היכולת להשתמש כמשאבים ללא הגבלה (Runde et al., 1996). בחינת ההשפעה של הקצבה הכספית על כמות הטיפול המסופק בידי קרובים בגרמניה גילה, שהטיפול בידי בני המשפחה נותר כשהיה. משפחות דיווחו על הטיפול בקרוביהן כפי שעשו תמיד (Evans-Cuellar and Wiener, 2000). הן ראו בקצבה הכספית הכרת תודה, יותר מאשר תרומה כלכלית של ממש. כאמור, ערכן של הקצבאות הכספיות נמוך מערכם הכספי של השירותים בעין.

יש המבקרים את דרכי הספקת הקצבה הכספית. הם טוענים, שהמוגבלים או משפחותיהם אינם מסוגלים, ובמקרים רבים אינם יודעים כיצד, לשאת ולתת ישירות עם ספקי שירותים (Evers, 1997; Schneider 1999). יתר על כן, לשיעור גבוה מן הזכאים יש מוגבלות קוגניטיבית ובכל זאת הם יכולים לקבל קצבה כספית. בתגובה לדאגה זו נערכים אצל הזכאים שבחרו לקבל קצבה כספית ביקורים תקופתיים אחת לארבעה או לשישה חודשים, חלוי ברמת המוגבלות שלהם, כדי להבטיח שהם מקבלים טיפול נאות. זאת ועוד, שניידר (Schneider, 1999) ואוונס-קואלר ווינר (Evans-Cuellar and Wiener, 2000) טוענים, שיש צורך לפתח יותר שירותי ייעוץ ושירותי ניהול הטיפול. היום אין בנמצא שירותי ייעוץ נגישים והזכאים ומשפחותיהם מקבלים את ההחלטות על-פי רוב בעצמם או בעזרת ספק השירות הישיר. מחברים אלה טוענים, שלאור מורכבות תהליך בחירת השירות הנאות וניהול משא-ומתן וקביעת הסכם עם ספק השירות יש צורך בייעוץ כדי לעזור לצרכנים ביתר יעילות.

השיעור הגבוה של הבוחרים בקצבה כספית בגרמניה הוסבר בחלקו בהעדר הספקה נאותה של שירותים, אבל סוגיה זו טעונה בדיקה נוספת (ראו דיון בהמשך). בדומה לכך נטען גם באוסטריה, שיש מחסור בהספקת שירותים. הציפייה היא, שיפן תעמוד בפני בעיה דומה של מחסור בהספקת שירותים באזורים אחדים, במיוחד בשלב הראשון של היישום, אבל צפוי שהם יתפתחו.

באוסטריה, שבה נותנים רק קצבאות כספיות לא מוגבלות, הממצאים של מחקר הערכה

על זכאים המתגוררים בקהילה (המהווים 93% מכלל הזכאים) הראו, ש-56% מן הנחקרים השתמשו בשירות סוציאלי או סיעודי אחד או יותר (47% קיבלו שירותים בביתם ו-22% קיבלו שירותים מחוץ לביתם. (Badelt et al., 1997). בקרב מקבלי השירותים בבית, בערך 10% קיבלו טיפול סיעודי בבית, 17% קיבלו עזרה בבית ו-14% קיבלו ארוחות חמות. השימוש בשירותים שונה בכל איזור (הטווח נע מ-34% בקרינתיה ל-84% בפורארלברג). ניתן להסביר הבדלים אלה בחלקם בפערים בנגישות השירותים בין האזורים. בדלט ואחרים (Badelt et al., 1997) מצאו גם הם, שמתוך 77% מן המטפלים הראשוניים שענו על שאלון, 14% לא קיבלו תשלום על מילוי חובות הטיפול שלהם, 27% (רובם בני זוג של בני אדם מוגבלים) דיווחו שהתשלום משולב בתקציב הבית, 20% ציינו שהם לא קיבלו תשלום קבוע, ו-40% דיווחו שהם קיבלו תשלום חודשי קבוע. הממצאים הראו, ש-88% בערך מן המטפלים הראשוניים הם בני משפחה ושלרובם אין כל ידע או מידע מקצועי. שבעים ושניים אחוזים מהם דיווחו, שהם חשים מתח, לפחות לעתים. כדי להקל על מצב זה, כמו גם להבטיח איכות, הציע משרד העבודה, הבריאות והרווחה הפדרלי של אוסטרליה, החל מ-1 בינואר 1998, ייעוץ למטפלים ראשוניים.

גם בישראל היתה דאגה רבה לגבי ההלימה של הספקת השירותים. כהשלמה להחלטה לספק שירותים בעין הוחלט לעודד פיתוח שירותים. כדיעבד התברר, שלא היה מקום לדאגה, משום שלאחר יישום החוק היה פיתוח עצום של שירותים קהילתיים. הגידול היה דרמטי במיוחד בארגונים למטרות רווח, כפי שיתואר בהמשך.

אחרי 11 שנים של יישום חוק הטיפול הממושך הקהילתי בישראל, התעורר דיון על קצבאות כספיות והוצע לתת כסף במקום שירותים בעין. אחד הגורמים שהביאו לדיון המחודש היה העלייה במספר הזקנים המעסיקים מטפל 24 שעות ביממה (בדרך-כלל עובד זר), בעלות שעולה על ערך השירותים בעין המוקנים מתוקף החוק. היום מטפלים כאלה חייבים להירשם בסוכנות בעלת רישיון לספק שירותים על-פי החוק; הסוכנות מקבלת את התשלום עבור המטפל מן המוסד לביטוח לאומי. הסוכנות משלמת למטפל מחצית ממה שהיא מקבלת מן המוסד לביטוח לאומי (חלק מזה משמש לכיסוי הוצאותיה וחלק הוא רווח) והמשפחה משלימה את ההפרש בשכר המטפל. אם המשפחות היו מקבלות קצבה כספית ישירות מן המוסד לביטוח לאומי, הן היו יכולות לרכוש את השירות מעובדים שאינם משתייכים לארגון כלשהו, בעלות נמוכה יותר. משום כך, ההצעה היא לספק קצבה כספית מוגבלת רק למשפחות היכולות להוכיח שהן מעסיקות מטפל 24 שעות ביממה, ורק כדי לשלם את שכרו. ההצעה נדונה בכנסת.

3. השירותים המרכזיים המכוסים

קיימות אפשרויות שונות לקבוע את חבילת השירותים שתסופק לפי חוק הטיפול הממושך:

(1) החוק יכול לכלול שירותים קהילתיים בלבד, שירותים מוסדיים בלבד או שילוב של

השניים. היתרון שבהכללת שני סוגי השירותים באותה תוכנית הוא בגמישות המתאפשרת בהספקת השירות המתאים ביותר.

(2) אם "השירותים הקהילתיים" מכוסים, הם יכולים לכלול מספר מוגבל של שירותים, כמו טיפול אישי, או שהם יכולים לכלול שירותים שונים, כמו ביקורי אחות מיומנת, התאמת הבית או מתן ימי חופש למשפחה. ככל שחבילת השירותים רחבה יותר, כך עולה מספר אפשרויות הבחירה, ומכאן היכולת לתת מענה הולם לצרכנים.

יש הבדלים בין המדינות בטווח ההטבות שהן מציעות מתוקף החוק. אוסטריה, גרמניה, הולנד ויפן בחרו לכסות הן את הטיפול במוסד והן את הטיפול בבית במסגרת הביטוח שלהן. רק ישראל אינה מכסה טיפול במוסד. הדבר מבטא בחלקו את השאיפה להדגיש יותר את הטיפול בקהילה (משום שהטיפול במוסד כבר מכוסה בעזרת תוכניות מתוקצבות, ובגלל שהיה מחסור בשירותים קהילתיים), ובחלקו הודות לשאיפה לצמצם עלויות.

רוב המדינות מציעות מגוון שירותים קהילתיים, כולל שירותים אישיים, ניהול משק-בית וטיפול יום. בהולנד, בגרמניה וביפן חבילת השירותים היא רחבה במיוחד וכוללת נופשונים, אזורי עזר, טיפול לילה ועזרה בהתאמת הבית. באוסטריה הקצבה הכספית מאפשרת כמובן לבני אדם לרכוש את השירותים לפי ראות עיניהם.

שירותים נוספים מסופקים בכל מדינה: אבל בגרמניה, מטפלים לא-פורמליים, המספקים רמה גבוהה של שירותים חינם (לפחות 14 שעות בשבוע), זכאים לפנסיה ולביטוח תאונות בהתאם למספר השעות השבועיות של טיפול שהם מספקים ולפי רמת הזכאות של הזקן הקרוב; הם זכאים גם לארבעה שבועות של חופשה בשנה, שבמהלכם החוק מספק למטופלים שלהם סידור במוסד או סידור אחר (עד גובה שנקבע); והם זכאים לקורסי הכשרה לטיפול לא-פורמלי במוגבלים.

כאמור, בהולנד חבילת ההטבות רחבה מאוד וכוללת שירותים שאינם מאופיינים כטיפול ממושך. הזכאים יכולים לקבל טיפול למוגבלות נפשית (ייעוץ פסיכיאטרי, הוסטלים, מרכזי יום ומוסדות), ייעוץ בתזונה, טיפול אקוטי בבית-חולים לאחר 365 ימי אשפוז, שיקום, טיפול בעיוור ובחירש (אבחונים, טיפול, ייעוץ והכנסה למוסד), אבחון הפרעות מטבוליות, חיסון ילדים, ייעוץ לאימהות ובמקרים אחדים כיסוי להשתלת איברים (לתיאור מדויק של ההטבות ראו: Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, 1998). בישראל החוק מכסה גם הספקת אמצעי ספיגה, מערכות אזעקת חירום ושירותי כביסה. ביפן החוק כולל ביקורי אחיות מיומנות, שיקום ופיקוח רפואי.

4. רמת ההטבות

כל המדינות הנדונות כאן, פרט להולנד, קבעו גבולות מינימום ומקסימום להטבות, אבל קיים הבדל ביניהן באשר לרוחב הטווח של רמת ההטבה. באוסטריה ההטבה הגבוהה ביותר גדולה פי 10 מן הנמוכה ביותר; ביפן היא גדולה פי שישה, בגרמניה - פי ארבעה

ובישראל ההטבה הגבוהה ביותר של שירותים קהילתיים גבוהה ב-50% מן הנמוכה ביותר. בהולנד אין הגבלה פורמלית, אבל יש גבולות בשירותים אחדים, למשל בטיפול סיעודי בבית (Huijbers and Martin, 1998).

יתר על כן, יש שונות רבה בין המדינות בכמות הטיפול שניתן לרכוש באמצעות ההטבה. לא ניתן היה לתעד את הכמות המעשית לכל המדינות. נראה, שהרמה המירבית בהולנד וביפן גבוהה יותר מאשר בגרמניה ובישראל. בהולנד מירב השעות לטיפול סיעודי בבית הוא שלוש שעות ביום. אולם, יש תקנה מיוחדת למקרים מיוחדים (כמו חולים סופניים או חולים ששותרו מוקדם יותר מבית-חולים), שבהם ניתן להרחיב את הגבולות לשמונה שעות למשך שלושה חודשים. ישראל וגרמניה מספקות מקסימום שעתיים ליום של עזרה בבית.

ברור שההטבות מכסות רק חלק מן הצרכים ברוב המדינות. בגרמניה, למשל, מעריכים שבשנת 1995 הזכאים ברמה הנמוכה יותר יזדקקו למינימום של 2,030 מרק לכיסוי כל הצרכים (כלומר מינימום של 90 דקות עזרה ליום), ואילו קצבאות החוק לטיפול ממושך (SDI) לטיפול בית בקטגוריה זו הן 750 מרק, כלומר כיסוי של 37% מן הצרכים. לטיפול ברמה השנייה של זכאות הזכאים יזדקקו למינימום של 4,100 מרק לכיסוי כל הצרכים (מינימום של שלוש שעות של עזרה ביום), בעוד שה-SDI נותן 1,800 מרק, דהיינו בערך 44% מן הצרכים. ברמה הגבוהה ביותר, הזכאים יזדקקו למינימום של 6,667 מרק (מינימום חמש שעות עזרה ביום), ואילו ה-SDI הוא 2,800 מרק, כלומר 42% מן הצרכים. אשר לטיפול במוסד, ההטבות בגרמניה מכסות בין 44% ל-64% מן העלות, בהתאם למיקום המוסד ולרמת התלות (Schneider, 1999). בישראל רמת הזכאות הראשונה מספקת עשר שעות לשבוע. בהתאם לקריטריונים; אדם ברמה זו יזדקק ל-17.5 עד 45.5 שעות בשבוע, כלומר ההטבה מכסה 57% לכל היותר. במקרים הקשים ביותר, הנזקקים ל-45.5 שעות לשבוע לפחות, הזכאות כוללת 16 שעות לשבוע, כלומר מכסה מקסימום של 35% מן הצרכים. מעריכים, שבאוסטריה ההטבות מכסות בערך ארבע שעות של טיפול סיעודי או שמונה שעות של עזרה בבית לאלה שברמה 1 (הזקוקים למינימום של 50 שעות טיפול לחודש). במילים אחרות, הזכאות מכסה לכל היותר 16% מצורכיהם של אלה הנמצאים בקטגוריה זו. לבני אדם ברמה 7 (הזקוקים ליותר מ-180 שעות טיפול בחודש) ההטבה מכסה בערך 40 שעות של טיפול סיעודי או 80 שעות של עזרה בבית, כלומר, 44% מן הצרכים לכל היותר. ההטבה באוסטריה מכסה בערך 50% מעלות הטיפול במוסד. ביפן רמת הזכאות היא גבוהה יותר; נראה שהיא נותנת כיסוי רחב יותר לצרכים. לדוגמה, היא תכסה קרוב לעלות המלאה של השמה במוסד (Campbell and Ikegami, 2000). כלוח מס' 2 מוצגות רמות הזכאות בערכי דולר.

כאמור, קצבאות כספיות הן נמוכות מן הערך הכספי של שירותים בעין. לדוגמה, בגרמניה קצבה כספית היא בין 45% ל-53% מערך השירותים בעין, בהתאם לרמת התפקוד.

בישראל, שבה קצבה כספית ניתנת רק כאשר אין שירותים נגישים, הקצבה הכספית היא 80% מערך השירותים בעין.

5. תמיכה לא-פורמלית

כאמור, ברור שהחוקים אינם מנסים לתת מענה מלא לכל צורכי הטיפול הממושך של האדם המוגבל, אבל רואים באדם ובמשפחתו אחראים באופן חלקי למימון הטיפול ולהספקה ישירה שלו. העברת חוק לטיפול ממושך מרמזת על מחויבות המדינה להפחית מנטל הטיפול המונח על כתפי המשפחות, אבל לא למלא את תפקיד המשפחה. השאלה העולה אפוא היא לגבי השפעת החוקים על הטיפול הלא-פורמלי (של המשפחה) ועל מידת הנטייה של החלפת טיפול המשפחה בשירותים הפורמליים.

קובעי מדיניות מביעים לעתים קרובות דאגה מכך, שהגדלת השירותים הפורמליים תגרום לכך שהמשפחות יזניחו את אחריותן לטיפול. אולם, העדויות, הגם שהן מוגבלות, אינן מאמתות דאגה זו. הניסיון במדינות אלה מלמד, שאין מקום לדאגה.

מן הספרות הבינלאומית עולה, שהספקת שירותים אינה מפחיתה מן הטיפול של המשפחה (Hanley, Wiener and Harris, 1991; Moscovice, Davidson and McCaffrey, 1998). בישראל לא נמצאה כל עדות להפחתת השירותים הלא-פורמליים עקב הספקת שירותים פורמליים. נראה, שהשירותים הקהילתיים משלימים יותר מאשר מחליפים את הטיפול הלא-פורמלי. יחד עם זאת, תחושת העול של המטפלים פחתה במידה רבה (Morginstin and Baich-Moray, 1992; Brodsky and Naon, 1993), שכן נגישות הטיפול הפורמלי מאפשרת לבני המשפחה בחירה רחבה יותר של סוג הטיפול שהם יתנו. בנוסף לכך, הידיעה שהטיפול הפורמלי מובטח בחוק, ולפיכך ניתן להסתמך עליו, מקנה למשפחות תחושת ביטחון המאפשרת להן להמשיך ולטפל (Brodsky and Naon, 1993). אולם, למרות השיפור הבא לידי ביטוי בהרחבת השירותים, מטפלים רבים עדיין מרגישים עול כבד למדי בהתאם למגבלות הזכאות, ובהתאם למה שהם רואים כהיצע לא מספק של שירותים שהם זכאים להם (Morginstin and Baich-Moray, 1992; Brodsky and Naon, 1993; Brodsky and Morginstin, 1999).

בדומה לכך, ממצאי ההערכה בגרמניה הראו, שמשפחות ממשיכות לטפל בקרוביהן כפי שעשו לפני קבלת הקצבה הכספית, הנתפסת כהכרת תודה (Evans-Cuellar and Wiener, 2000).

הפעלת התוכנית

1. ספקי השירותים ונגישות השירותים

אחד העקרונות בבסיס כל החוקים הוא העדפת השירותים הקהילתיים והביתיים על-פני

הטיפול במוסד. כדי לשמור על שיעורים נמוכים של הכנסה למוסד, יש צורך להבטיח את הספקת השירותים הקהילתיים.

כדי לעודד הספקת שירותים, החוקים בכל המדינות הסירו את המכשולים לכניסת המגזר הפרטי לשוק הטיפול הממושך ובעקבות זאת גברה התחרות בין הספקים. למעשה, החוקים בכל המדינות מאפשרים לחברות למטרות רווח לספק שירותים לצד גופים ממשלתיים וגופים לא-ממשלתיים. גם יפן מתכוונת לשלב חברות למטרות רווח בהספקת השירותים. הציפייה היא, שספקי שירותים ישמרו על סטנדרטים מקצועיים גבוהים (ברוח המגזר הציבורי) ועל הספקת שירותים ביעילות תוך התחשבות בשיקולי כדאיות כספית (ברוח המגזר הפרטי). כמובן שדרוש להתקין תקנות להבטחת האיכות.

בישראל, לדוגמה, היה פיתוח מואץ של שירותים קהילתיים בעקבות יישום החוק, ובמיוחד של חברות למטרות רווח. בעבר סיפקו את השירותים הציבוריים לטיפול אישי ארגונים גדולים, ארציים, שלא למטרות רווח. עתה, 11 שנים לאחר יישום החוק, בערך 60% מן הזקנים מקבלים טיפול מחברות למטרות רווח.

ראוי לציין שבישראל, במסגרת חוק הסיעוד, הקימו משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה קרנות (עם תקציב של 10% בסך-הכל מן ההכנסה השנתית) לפיתוח שירותים. קרנות אלה היו זמניות והן נועדו להקל על המעבר לחוק החדש, אולם בינתיים ממשיכים להפעיל אותן.

אבל ברוב המדינות הנסקרות פיתוח שירותים נתפס כנושא בעייתי. יש דיווחים על שירותים ותשתית קהילתית לא-מספיקים באוסטריה ועל כך, שלמרות שהמדינה מספקת קצבה כספית, זו אינה מבטיחה הספקה נאותה של שירותים (Keigher, 1997). אולם, על-פי הסכם הטיפול הממושך בין הממשל הפדרלי ובין הפרובינציות, הפרובינציות התחייבו להבטיח את הנגישות הכלל-ארצית של השירותים הסוציאליים עד 2010. הן ישלימו את התחייבותן בשלושה שלבים וכבר הגישו את התוכניות שלהן לסגירת הפערים הקיימים עד לאותו זמן (Austrian Federal Ministry of Labor, Health and Social Affairs, 1999).

יש המבקרים את החוק הגרמני על כישלוננו להפחית במידה רבה את המחסור בשירותים ולהגדיל את ההשקעה בפיתוח שירותים. אפשר שזו אחת הסיבות לשימוש הרב בקצבאות הכספיות. הועלתה הטענה, שהן הממשלה והן המגזר הפרטי לא הצליחו לפתח שירותים בכל האזורים הגיאוגרפיים מאז יישום החוק. השוק למטרות רווח אמנם התפתח, אך נראה שהדבר אינו עונה על הדרישה (Schneider, 1999). יתר על כן, ההנחה שהספקת קצבאות כספיות כשלעצמה תעורר תחרות בין ספקי השירותים לא תמיד מתממשת. לדוגמה, באזורים חקלאיים וברשויות מקומיות קטנות בגרמניה יכול להיות מונופול לחברה אחת וכך נמנעת מן הצרכנים האפשרות לבחור.

אולם, אחרים מדגישים, שההספקה הכוללת של השירותים בגרמניה התרחבה ושכאזורים אחדים יש אפילו עודף של ספקי שירותים, בחלקו בגלל הערכה לא נכונה של

מספר בני האדם שהיה צפוי שיבחרו בקצבה כספית על-פני שירותים (Evans-Cuellar and Wiener, 2000). אם בעבר רוב ספקי השירותים היו ארגונים לא-ממשלתיים, היום 46% מהם הם ארגונים למטרות רווח, 49% הם עמותות או ארגונים לא-ממשלתיים ו-5% הם גורמים ממשלתיים. עוד נטען, שכדי לקדם את התחרות ולשמור על מחירים נמוכים, כל ספק שמתחייב לתת טיפול הולם במחיר סביר מקבל רישיון, בלי כל קשר לצורך בפועל ולדרישה (Scheil-Adlung, 1995).

גם ביפן התעוררה השאלה האם הכמות והאיכות של שירותי הטיפול בבית ובמוסד עונים על הדרישה. נראה, שרשויות מקומיות רבות עדיין לא הקימו מספיק מוסדות ומערכות מינהל כדי שיוכלו לעמוד בשינויים הצפויים בעקבות יישום החוק (Gross, 1997; Seike, 1998).

2. אחריות לתכנון הטיפול

תכנון הטיפול יכול להיות באחריות האדם ומשפחתו, או באחריות צד שלישי. באוסטריה האדם ומשפחתו אחראים לתכנון הטיפול. בהולנד ועדת ההערכה האזורית (ה-RIO) מגישה את קביעת הזכאות לפונה, אשר יכול לפנות בעצמו לספק שירותים שיכין לו תוכנית טיפול, בהתאם לקווים המנחים שנכללו בהערכה. משרדים אזוריים של החוק לטיפול ממושך (AWBZ) נוטלים יותר ויותר אחריות על הבטחת מילוי תוכנית הטיפול. ביפן האחריות לתכנון הטיפול יכולה להישאר בידי האדם ומשפחתו או ניתן להעבירה ל"מנהל טיפול". אולם, מסיבות מעשיות יש לצפות לכך שאחריות זו תעבור לידי מנהל הטיפול במטרה למנוע מן הלקוחות לשלם מכיסם על שירותים ולהמתין להחזר תשלום. כאמור, מנהלי הטיפול יכולים להיות מועסקים מטעם ארגונים המספקים שירותים; לפיכך נטען, שבתהליך תכנון הטיפול יכולה להיות נטייה להעדיף ספקים אחדים על-פני אחרים. בישראל הצוות המקצועי (הוועדה האזורית) אחראי על תכנון הטיפול. בגרמניה, קופות הטיפול המבצעות את ההערכה הן גם האחראיות לתכנון הטיפול עבור אלה המקבלים שירותים בעין. אולם, העזרה הניתנת בתכנון הטיפול היא מינימלית ולמעשה הספק עצמו מכין את תוכנית הטיפול (Schneider, 1999; Evans-Cuellar and Wiener, 2000). כפי הנראה, שברוב המדינות הגורם המעריך את הזכאות אינו מכין את תוכנית הטיפול. הפרדה זו נובעת בחלקה מן הרצון לשמור על האובייקטיביות של ההערכה.

3. איכות הטיפול

האסטרטגיות להבטחת איכות כוללות מספר רכיבים: הכשרה ופיקוח על המטפלים הפורמליים והלא-פורמליים, רישוי ספקי השירות על-פי אמות-מידה קבועות, קביעת

סטנדרטים ותקנות לאיכות, סיוע בתכנון הטיפול ופיתוח מערכות מידע לניטור התהליכים והתוצאות.

מספר רכיבים בחוקים מגבירים את הצורך בפיתוח אסטרטגיות חדשות להבטחת איכות. במקרה של קצבאות כספיות שניתן להשתמש בהן לקניית שירותים מספקים לא מאורגנים, או לשלם לבני משפחה, הדרך היחידה לפקח על האיכות היא לנטר עד כמה ואיך ניתן לתת מענה לצרכים ברמת המטופל. כאשר נקנים שירותים מספקים מאורגנים, החברות יכולות להציב דרישות שונות בכל הנוגע לאיכות. השאלה של משמעות הבטחת האיכות כאשר מקבלים סיוע כספי לא נבחנה כיאות ברמה המושגית. בנוסף לכך שרוב המדינות מעודדות את המגזר העסקי לקחת חלק בהספקת השירותים, נראה שיש צורך בהגברת המאמצים להבטחת איכות יעילה.

הנושא של איכות הטיפול הוא "חוליה חלשה" בכל המדינות, שרובן הדגישו את הצורך לפתח קריטריונים ברורים יותר להבטחת איכות ואת הצורך להרחיב את הפיקוח. בגרמניה נקבעו קריטריונים לקבלת הזכות לספק שירותים: החברה חייבת להעסיק אחות מוסמכת בעלת שתי שנות ניסיון לפחות, שנרכשו במהלך חמש השנים הקודמות. בהתאם לתחיקת 1994, הספקים בגרמניה נתונים לפיקוח על איכות השירותים מטעם קופות החולים וקופות הטיפול. בנוסף לכך, הספקים חייבים להקים מערכת פנימית להבטחת איכות, הכוללת הקמת "מעגלי איכות", המאפשרת לדיירי המוסד לתת משוב על איכות הטיפול שהם מקבלים (כאמצעות שאלונים שהותאמו במיוחד להם), ולקבוע קריטריונים. כמו-כן, מעודדים אותם לנקוט צעדים וולונטריים, כגון השתתפות בכינוסי הבטחת איכות או יישום תוכניות רישוי וולונטריות. במאי 1996 חברו קופות הטיפול, איגודים מוניציפליים מרכזיים, רשויות ציבוריות הנותנות קצבאות רווחה וספקי שירותים, כדי לכונן ביחד את ההצהרה הראשונה על עקרונות האיכות וקווים מנחים. קווים אלה מביאים בחשבון את איכות המבנה, התהליך והתוצאות של הטיפול.

הפונים הבוחרים בקצבה כספית לטיפול אישי מחויבים לפי החוק לעבור שלושה ביקורי פיקוח, שחלק מעלותם משלם הלקוח. מטרת הביקורים האלה להבטיח את איכות הטיפול הלא-פורמלי, לייעץ למטפלים הלא-פורמליים ולעדכן את הידע שלהם בכל הנוגע לשירותים נגישים. את הביקורים מבצעים ספקי טיפול פורמליים, מה שמעלה את השאלה של ניגוד אינטרסים, מפני שהספקים רואים בביקורים הללו הזדמנות לפרסם את שירותיהם. נראה גם, שיש צורך בהכשרה מיוחדת של האחיות האחראיות על הביקורת (ראו Gro, 1998 בתוך Buscher, 1999). פיתוח מושגי יותר של הפיקוח הציעו ינסן וקרדורף (Jansen and Kardorff, 1999 בתוך Buscher, 1999), תוך התבססות על העקרונות של ניהול מקרה. החוק גם מחייב את קופות הטיפול להציע למטפלים הלא-פורמליים הכשרה ללא תשלום. בהולנד נעשה שימוש במספר מערכות להבטחת איכות. נציגים של מערכת הבריאות עורכים פיקוח פורמלי תקופתי על ספקי השירותים, והספקים עצמם גם הם משתמשים במנגנוני בקרת איכות פנימית להערכת שירותיהם. לאור התחרות בין הספקים, כל ספק

מעוניין להציג את עצמו כמספק רמה גבוהה של שירותים. החוק מחייב כל שירות להקים מועצת צרכנים. היום נמצאים בפיתוח כלים לפיקוח ולביקורת (Huijbers and Martin, 1998) והממשלה הפדרלית מתכננת להגביר את הפיקוח בעזרת קביעת מחיר וקריטריונים לאיכות (Coolen and Weekers, 1998).

ישראל משתמשת במספר מנגנונים להבטחת איכות: רישוי ספקי שירותים, הכשרה מובנית של מטפלי בית, פיתוח קריטריונים לאיכות ובניית מנגנונים להבטחת איכות. למשל, המוסד לביטוח לאומי השקיע מאמץ רב בפיתוח קורסים מובנים להכשרת מטפלים אישיים בבית. קורסים ראשונים כאלה נתנו 106 שעות הכשרה, אך נעשה מאמץ להפחית את העלות ולהגביר את היעילות שלהם. היום מוצע קורס של 50 שעות עם דגש על טיפול בסיסי ועל מיומנויות תקשורת. מטפלים אישיים יכולים להשתתף בקורסי השלמה לחיזוק המיומנויות שלהם ולהכשרה לטיפול באוכלוסיות מיוחדות כמו זקנים בעלי מוגבלות קשה או תשושי נפש (כורזים וכהאן-סטרבצינסקי, 1997). ההשתתפות בקורסים הללו אינה חובה.

החוק הישראלי מתנה את הספקת הטיפול ברישוי ממועד העבודה והרווחה. החברות הללו נדרשות לעמוד בפיקוח על כישורי העובדים שלהן, שאותו מבצעים עובד סוציאלי, אחות או מטפלים אישיים בכירים. החברות הללו גם מספקות הכשרה תוך-כדי שירות לכל מטפל אישי חדש. עדיין אין קריטריונים הקובעים את רמת ההכשרה, ויש הבדלים רבים בין ההכשרות שכל חברה גותנת, אבל ההכשרות נפוצות. יתר על כן, פותחו קריטריונים לאיכות עבור מטפלים אישיים והם הופצו בשלוש שפות (עברית, ערבית ורוסית). כל הארגונים המספקים טיפול אישי משתמשים בהם ככלי טיפול. אולם, עדיין אין מנגנון פיקוח המבוסס על קריטריונים אלה.

המוסד לביטוח לאומי מנטר את הטיפול הממושך בשתי דרכים: באמצעות ריאיון של מדגם זקנים בבתייהם, כדי לבחון האם הזכאים מקבלים את הכמות הנדרשת ואת הסוג המתאים של השירותים, וכדי לעמוד על שביעות הרצון שלהם; ובאמצעות סקירה ארגונית של ספקי שירותים. הסקירה כוללת את התשלומים לעובדי הטיפול האישי, כדי להבטיח שכל ההטבות המכוסות בהסכמי השכר אכן משולמות. סקירות אלה מבוצעות מדי שנה על שליש בערך מספקי השירותים, כך שכל ספק נבדק אחת לשלוש שנים לפחות. הספקים שנמצאו לוקים נבדקים שנית בשנה הבאה.

יחידת ההתנדבות של המוסד לביטוח לאומי יישמה תוכנית שבה מתנדבים בוחנים את הליקויים לפי החוק. מתנדבים אלה מתקשרים למקבלי הקצבאות ושואלים אותם על שביעות רצונם מן השירותים והאם יש להם בעיות כלשהן עם ספקי השירותים; אם יש בעיות, הם מדווחים למוסד לביטוח לאומי. התוכנית נחלה הצלחה רבה למדי בזיהוי בעיות. מרכזי יום המספקים שירותים לפי חוק הסיעוד חייבים גם הם ברישוי להספקת שירותים. משרד העבודה והרווחה אחראי הן על הרישוי והן על הביקורת המבוססת על אמות-מידה חדשות לאיכות שפותחו בשנים האחרונות (כורזים וכהאן-סטרבצינסקי, 1997).

מימון

ניתן לממן את הזכאות שנקבעה בחוקי הטיפול הממושך במספר דרכים: בצורת תשלום מיוחד או פרמיות, מיסוי כללי, השתתפות עצמית, או שילוב של אלה. כל המדינות, חוץ מאוסטריה, קבעו תשלום מיוחד לקרן נפרדת מן הקרנות המממנות שירותי בריאות ורווחה אחרים. השלמה לכך מתקבלת באופן כללי מן המיסוי הכללי ומהשתתפות עצמית.

1. פרמיות מיוחדות (תרומה של המעסיק ושל העובד)

בכל המדינות, חוץ מאוסטריה, נגבה מעובדים וממעסיקים תשלום המשמש למימון החוק. גובה התשלום נקבע כאחוז מן ההכנסה החייבת במס.³ בהולנד המעסיק משלם את חלק הארי של הפרמיה (9.6%) מהכנסה של 8,600 עד 47,000 פלורנים. בעלי הכנסה גבוהה יותר משלמים שיעור אחיד. בגרמניה הפרמיה בגובה של 1.7% מחולקת באופן שווה בין המעסיק לעובד. אולם, המעסיקים מפוצים על חלקם במסי השכר באמצעות המרת יום חופשה כיום עבודה. נקבעה תקרה של 6,375 מרק במערב גרמניה לשעבר ושל 5,400 מרק במזרח גרמניה לשעבר. בישראל העובדים משלמים יותר מאשר המעסיקים (גובה הפרמיה הוא 0.16%). אולם, החוק הישראלי הוא גירעוני, כך שלמעשה עלות הביצוע גבוהה הרבה יותר והפרמיה ממומנת באמצעות עודפים מענפים אחרים של הביטוח הלאומי. ביפן גילאי 40-64 יתחלקו עם מעסיקיהם בתשלום פרמיות של 0.9% מן ההכנסה החודשית, עד לתקרה שתיקבע. לבני 65 ומעלה תנוכה הפרמיה מן הפנסיה הציבורית שלהם, על-פי סולם דרגות מיוחד. המדינות נבדלות זו מזו באשר לתשלומים מזקנים שאינם מועסקים (כלומר, שפרשו מן העבודה). בגרמניה הגמלאים משלמים מחצית מן הפרמיה וביפן הגמלאים אמורים להשתתף בפרמיה (למרות שהוכנסו בחודשים האחרונים שינויים, כולל הקפאת הפרמיות לזמן קצר ושימוש בעודפי תקציב. Campbell and Ikegami, 2000). בניגוד לכך, הגמלאים בישראל אינם נדרשים לשלם כלל.

2. מיסוי כללי

בכל המדינות, חוץ מגרמניה, הממשלה הפדרלית משתתפת במימון החוק באמצעות המיסוי

3. תשלומי הפרמיה לעובדים עצמאיים יכולים להיות שונים, והפרמיה לאלה שאינם מועסקים יכולה להיות מכוסה באמצעות קרנות אחרות.

הכללי, למרות שתפקיד המיסוי הכללי משתנה ממדינה למדינה. באוסטריה, למשל, החוק ממומן כולו באמצעות המיסוי הכללי;⁴ ביפן 50% מעלות החוק תמומן באמצעות המיסוי הכללי (מחצית מן המיסוי הכללי היא לאומית, 25% - מסים ממשלתיים ו-25% - מסים מוניציפליים). בישראל תכננו לממן בערך 20% מן החוק באמצעות המיסוי הכללי (כדי לכסות את אלה שלא צברו זכויות, כמו עולים חדשים).

3. השתתפות עצמית

השירותים ממומנים בחלקם באמצעות השתתפות עצמית. חלק מן המדינות דורשות השתתפות עצמית בכל השירותים (הולנד, יפן), בעוד שאחרות (אוסטריה וגרמניה) דורשות השתתפות עצמית לשירותים מוסדיים בלבד. ישראל אינה דורשת השתתפות עצמית לשירותים קהילתיים המסופקים במסגרת החוק. בנוסף לתפקידה במימון, השתתפות עצמית יכולה לשמש אמצעי לריסון עלויות, בדרך של הגבלת שימוש. מצד שני, היא עלולה למנוע מבני אדם אחדים להשתמש בשירותים שהם זקוקים להם.

כיסוי

בלוח המסכם (לוח מס' 2) מובאים נתונים על מספר מקבלי ההטבות (לגבי כל מדינה מוצג הנתון המעודכן ביותר).

באוסטריה דווח על 324,000 מקבלי קצבאות בשנת 1998, או 3.9% מן האוכלוסייה הכללית. רוב מקבלי ההטבות (83%) הם בני 61 ומעלה, שהם 17% מאוכלוסיית גילאי 61 ומעלה. בגרמניה דווח על 1.8 מיליון מקבלי הטבות בשנת 1999, או 2.19% מן האוכלוסייה הכללית. רובם (78%) בני 65 ומעלה, שהם 9.6% מבני 65 ומעלה (Deutscher Bundestag, 1997). השיעור הגרמני נראה נמוך לאור העובדה שסף הזכאות דומה לזה שבאוסטריה וכולל טיפול במוסד ובקהילה. אשר לישראל, מן הדיווחים של שנת 1999 עולה, ש-88,000 איש מקבלים הטבות, דהיינו 12.0% מאוכלוסיית הזקנים (נשים בנות 60 ומעלה וגברים בני 65 ומעלה). השיעור הישראלי גבוה לאור העובדה שאינו כולל זכאים לטיפול במוסד. ביפן, שבה יושם החוק רק לאחרונה, מעריכים ש-2.7 מיליון זקנים, שהם 12.4% מאוכלוסיית הזקנים, יהיו זכאים להטבות בשנת 2000. הערכה זו נראית נמוכה לאור חבילת ההטבות הרחבה ולאור סף הזכאות הנמוך. קיימת הנחה, שמבין אלה המתגוררים בקהילה, רק שליש יפנו לקבלת הטבות. לפיכך מעריכים שכשנה הראשונה ליישום החוק

4. אולם, בשנת 1993 הועלו תשלומי העובדים והמעסיקים לביטוח הבריאות, כדי לממן את העלויות הנוספות שנגרמו מקצבאות הטיפול הממושך.

יהיו 1.35 מיליון זכאים - שהם 6.2% מאוכלוסיית הזקנים (Campbell and Ikegami, 2000). אין בנמצא הערכות לגבי גילאי 40-64. נכון לתאריך 31.3.2000 פנו 2.5 מיליון איש, שמתוכם כבר יש ל-1.8 מיליון (בערך 8% מן הזקנים) תוכניות טיפול (32% מן הזקנים מתגוררים במוסדות). נראה, שרוב הזכאים כבר פנו בבקשות. הממשלה אינה משנה את תחזיות ההוצאות על סמך ההנחה, שלא כל ההטבות ינוצלו עקב הדרישה להשתתפות עצמית של המקבלים בגובה 10% (Ikegami, 2000).⁵

בהולנד אין בנמצא כל נתון על סך-כל מקבלי ההטבות. לפי הנתונים על שיעורי השימוש לפי סוג שירות אפשר להעריך, שמינימום של 20% מן הזקנים קיבלו טיפול בקהילה או במוסד לפי החוק.

למרות שהנתונים הללו נותנים אינדיקציה על ההבדלים בכיסוי, אין לנו בסיס להשוואה בין השיעורים הפוטנציאליים של הנזקים במדינות השונות.

עלות

בלוח מס' 2 מוצגת השוואה בין עלות החוקים השונים כשיעורים מתוך התוצר הלאומי הגולמי (תל"ג). גרמניה ואוסטריה מקדישות בערך 0.9% מן התל"ג שלהן לחוק הטיפול הממושך. ביפן, שבה החוק יושם אך עתה, מעריכים שהעלות לשנת 2000 תגיע אף היא ל-0.9% בערך מן התל"ג. ישראל מוציאה את השיעור הנמוך ביותר מן התל"ג - בערך 0.36% - משום שהחוק מכסה רק את הטיפול הקהילתי בזקנים. הולנד מוציאה את השיעור הגבוה ביותר על החוק - 3.6% מן התל"ג מוקדשים להוצאות הקשורות לתוכנית. העלויות הגבוהות בהולנד משקפות את חבילת ההטבות הרחבה מאוד, הכוללת מספר שירותים רפואיים ושירותי בריאות.

החוק הישראלי נמצא בגירעון, משום שעלותו גבוהה הרבה יותר מהכנסותיו. הגירעון ממומן מעודפים בענפים שונים של הביטוח הלאומי. נעשו מאמצים לזהות את הסיבות לגירעון ולטפל בבעיה ונבדקו לשם כך כיוונים שונים: אחד מהם הוא בחינה מחדש של המהימנות והתוקף של הערכת הזכאות. כיוון אחר הוא חיזוק ההערכה התקופתית של מצב התפקוד, כדי להבטיח בדרך זו שרק הזכאים ימשיכו לקבל את ההטבות. אולם, היום הערכה מחדש היא בעייתית מסיבות ביורוקרטיות. יתר על כן, יש-המטילים ספק בעלות-תועלת של ההערכה מחדש, ובאיזון ההולם בין תדירות ההערכות ובין העלות והחיסכון שיתקבל מהקטנת מספרם של מקבלי ההטבות (Zipkin and Morginstin, 1998). תיקון

5. הנחה זו מבוססת על העובדה, שלפני יישום החוק 70% ממקבלי השירותים בבית לא שילמו תמורתם כלל, מפני שהכנסתם היתה נמוכה מאוד. צפוי, שרבים מהם יתקשו לשלם עבור השתתפות עצמית בגובה 10% (Ikegami, 2000).

לחוק שנעשה לאחרונה מציב מגבלה בת חודשיים על הטכות לבני אדם שהפרופיל שלהם מצביע על צורך בטיפול לתקופה קצרה יותר - למשל אלה שהשתחררו מבית-חולים לאחר אשפוז במשך חודשיים. על הלקוח לפנות שוב בבקשה, אם עדיין הוא זקוק לשירות. בניגוד לכך, החוק לטיפול ממושך של גרמניה אינו סובל מגירעון. יתר על כן, הוא מסתכם בעודף, הן בגלל שהקצבאות הכספיות נמוכות מן הערך הכספי של השירותים בעין והן משום ששיעור גבוה מן הצפוי של העברות כספים סייעו לשמור על מסגרת התקציב. בהולנד ההוצאות על החוק לטיפול ממושך (AWBZ) גדלו במהלך השנים האחרונות. יש הסוברים, שזוהי תוצאה של העברת שירותים חדשים לסל השירותים של ה-AWBZ, ושל ההפחתה הנלווית בהוצאות אחרות במערכת הבריאות (Huijbers and Martin, 1998).

למרות שיפן רק החלה ליישם את החוק, הובעה דאגה שהעלויות וההוצאות יהיו גבוהות יותר מן ההערכות הרשמיות (Campbell and Ikegami, 2000). יפנים רבים חוששים, שבמקרה של גירעון יקצצו בהטבות או יעלו את גובה הפרמיות או שניהם גם יחד (Gross, 1997; Ikegami, 1997; Campbell and Ikegami, 2000).

ברוב המדינות החוק החליף בחלקו את מקורות התמיכה האלטרנטיביים. לדוגמה, בגרמניה הופחתו התקציבים המוניציפליים לעזרה סוציאלית לטיפול ממושך עם החלת החוק (Schneider, 1999; Evans-Cuellar and Wiener, 2000). בהולנד, כאמור, ההוצאות הגבוהות הן תוצאה של העברת שירותי בריאות ושירותים רפואיים לסל השירותים של ה-AWZB, ומכאן, צמצום ההוצאות במקום אחר במערכת הבריאות (Huijbers and Martin, 1998). ביפן הטיפול באחוז גבוה של הזקנים הזקוקים לטיפול ממושך במוסד מומן בעזרת ביטוח בריאות. שירותים אלה אינם מכוסים בחוק הטיפול הממושך. למעשה, תוספת המשאבים הדרושה ביפן להפעלת החוק אינה כה גדולה, מפני שהמקורות להפעלת החוק מחליפים משאבים ממקורות ציבוריים אחרים, וכך גם תתאפשר שליטה רבה יותר על הגדלת העלויות. בישראל, לפני יישום החוק, סיפקו קופות החולים ומשרד הבריאות את טיפול הבית לזקנים המוגבלים.

חליפין בין שירותים קהילתיים ומוסדיים ובין שירותים מוסדיים ואשפוז בבית-חולים

כאמור, כל המדינות הנדונות במאמר זה ניצבו בפני האתגר לתת מענה לצורכי הטיפול הממושך למוגבלים במסגרת הגבלת העלויות. אחת הציפיות בתכנון החוקים היתה, שהנגישות הגבוהה של השירותים תביא להפחתה בשימוש בבתי-חולים כלליים ובמוסדות לטיפול ממושך. הטיפול בנושאים הללו במדינות השונות ייבחן כאן בקצרה עקב מיעוט העדויות הקיימות.

היות שעלות השהות בבית-חולים היא רכיב חשוב מאוד בהוצאה הכללית על בריאות, ניסו קובעי המדיניות במדינות השונות להפחית את היקף אשפוזי הזקנים בבתי-חולים כלליים. בעיה אחת היא הקושי לשחרר מבית-חולים חולה זקן מוגבל הזקוק לטיפול ממושך, שאין למצוא עבורו פתרון הולם במוסד או בקהילה. מחברי החוקים לטיפול ממושך במדינות השונות ציפו, שחוקים אלה יתרמו להפחתת השימוש בטיפול בבתי-חולים כלליים.

ביפן, לדוגמה, אחת הבעיות העומדות בפני מערכת הטיפול בזקנים היא שימוש-היתר בבתי-חולים שעושים בני אדם הזקוקים לטיפול ממושך. מצב לא רגיל זה נוצר עקב העדר מחסומים פיננסיים לטיפול ממושך בבתי-חולים (ביטוח בריאות), יחד עם העדרה של סטיגמה בכל הקשור בטיפול בבתי-חולים ומחסור ברופאים כלליים המשמשים בתפקיד של "שומר הסף" (Ikegami and Campbell, 1995). עקב כך, זקנים רבים הזקוקים לטיפול נמנעים מלהשתמש במערכת הרווחה ובמקום זאת הם פונים לשירותים יקרים יותר שמערכת הבריאות מציעה (Ihara, 2000). התפיסה היפנית את האשפוז שונה באופן מסורתי מן התפיסה המערבית: חולים כרוניים, שבמערכ מפנים אותם למוסדות סיעוד, מטופלים ביפן תמיד בבתי-חולים. למעשה, שלושה רבעים מן האוכלוסייה של בני 65 ומעלה ביפן הזקוקים לטיפול במוסד נמצאים בבתי-חולים (Ikegami, 1997). יתר על כן, משך השהות הממוצע בבית-החולים הוא ארוך למדי (Nakahara, 1997): שלישי מן הזקנים בבתי-החולים ביפן (32%) נשארים שם למשך יותר משנה. טיפול ממושך מסופק אפוא באמצעות ביטוח הבריאות, שהמצב הכספי שלו מידרדר עקב האשפוז הממושך של חולים זקנים. כתוצאה מכך, לא פותחו פתרונות מוסדיים חלופיים במידה מספקת. התפיסה, שמערכת הטיפול אינה מתפקדת ביעילות ושלא ניתן מענה הולם לצורכי הטיפול הממושך, היתה הגורם המניע המרכזי לרפורמה במערכת הטיפול הממושך ביפן.

באוסטריה נעשתה הבחנה ברורה בין הטיפול האקוטי ובין הצורך בטיפול ממושך. אולם, בני אדם נשארים לעתים קרובות בבתי-חולים כאשר אין מיטה פנויה במוסד סיעוד. ההערכה היא, ששיעורם מסתכם ב-5%-10% מימי המיטות בבתי-החולים. מטרה עיקרית של הטבות הטיפול הממושך והרחבת השירותים הסוציאליים (טיפול בקהילה וטיפול במוסד) היא להבטיח לבני אדם המשתחררים מבית-החולים טיפול בבתי-הם או במוסד סיעוד (Rubisch, Philipp and Wotzel, 1998).

בנוסף לכך, היתה דחיפה להגדיל את היקף הטיפול הממושך בקהילה כדי להפחית את הצורך בטיפול במוסד, שהוא יקר יותר. נראה, שהזקנים מעדיפים "הזדקנות במקום", מאחר שכמרבית המקרים זו אפשרות פחות יקרה מטיפול במוסד. בישראל אחת המטרות המוצהרות של חוק ביטוח סיעוד היא להפחית את הצורך בטיפול במוסד. באוסטריה ובגרמניה השתתפות עצמית נדרשת מבני אדם הנכנסים למוסד לטיפול ממושך. בגרמניה, למשל, הזכאים נדרשים לשלם לפחות 25% מעלות הטיפול במוסד, וכך למנוע העדפה כלכלית של הטיפול במוסד על-פני הטיפול בבית (Schneider, 1999). ואכן, רוב הזכאים

בגרמניה העדיפו להישאר בקהילה. נכון ליולי 1997, בערך 1.6 מיליון בני אדם קיבלו הטבות לפי חוק הטיפול הממושך: 1.2 מיליון בני אדם בקירוב (74%) קיבלו הטבות לטיפול בבית ו-430,000 איש בערך קיבלו הטבות לטיפול במוסדות.

עד כמה השפיעו חוקי הטיפול הממושך על דפוסי ההפניה למוסד? המידה והסוג של הטיפול בקהילה משפיעים על היקף החילופין. כאשר כמות השירותים מוגבלת, יש סיכוי נמוך יותר שיוצעו חלופות להכנסה למוסד, במיוחד לזקנים בעלי מוגבלות קשה יותר. בנוסף לכך, התעוררה במספר מדינות בעיה של מחסור בשירותי קהילה, שבלעדיהם אין אפשרות להציע את החלופה של טיפול בקהילה. בנוסף לנגישות הלכה למעשה של שירותי קהילה, גורמים אחרים יכולים להשפיע על יכולת הלקוח הזקן לבחור בין שירותי קהילה לשירותי מוסד, כולל הספקת מיטות וההיקף של ההשתתפות העצמית בטיפול במוסד.

בישראל נערכו שני מחקרים על מידת החילופין בין החלופות השונות. האחד נערך שנה לאחר החלת חוק הסיעוד, והשני ארבע שנים לאחר מכן. מטרת המחקרים הללו היתה לבחון האם החוק השפיע על הדרישה לשירותי מוסד. הממצאים של המחקר הראשון הצביעו על כך שבניגוד לציפיות, היתה עלייה ניכרת במספר הפניות להשמה במוסד מיד לאחר החלת החוק. זו יכולה להיות תוצאה של הרחבת הנגישות של מערכת השירותים לאוכלוסיות המוגבלים, כאשר הוביל החוק לכמות גדולה של פניות לעזרה ולהגברת הקשר עם מטפלים מקצועיים (באמצעות הערכת זכאות). כתוצאה מכך, עלתה המודעות לשירותים הקיימים, במיוחד למוסדות. עקב כך, הירידה בצורך בהשמה במוסד כתוצאה מן החוק קוזזה כנראה בעלייה בדרישה לעזרה בעקבות גילוי מקרים חדשים בין בעלי המוגבלות הקשה. מכאן, שהחוק סייע בזיהוי הלקוחות הזקנים בעלי המוגבלות הקשה, שעד כה לא היו מוכרים לרשויות המטפלות, ובהפנייתם לטיפול במוסד (נאון, פקטור ופרימק, 1993).

המחקר השני נעשה בשנת 1992, ארבע שנים לאחר יישום החוק. ממצאיו מצביעים על שינוי ממשי בדפוסי הטיפול במוסד של זקנים תשושים (בעלי מוגבלות בינונית). המספר הכולל של הזקנים התשושים המתגוררים במוסדות ושל אלה הממתינים להשמה במוסד היה נמוך ב-25% בשנת 1992 מאשר בשנת 1987 (לפני יישום החוק). אולם, בין בעלי המוגבלות הקשה לא היה שינוי של ממש. הממצאים מראים גם, שבעקבות יישום החוק זקנים תשושים אלה, שפגו להשמה במוסד, סבלו מבעיות פיזיות וקוגניטיביות חמורות והיו מבוגרים יותר, ושיעור גבוה יותר מהם היו אלמנות ואלמנים, מאשר השיעור בקרב אוכלוסיית הזקנים התשושים שפגו לפני יישום החוק. אולם, אין שינויים גדולים במאפיינים של בעלי המוגבלות הקשה יותר, שמצבם היה חמור במיוחד גם לפני יישום החוק. ניתן להסיק מכך, שממצאי מחקר זה מצביעים על שינויים גדולים בדפוסי הטיפול במוסד בקרב הזקנים התשושים בעקבות החלת חוק ביטוח סיעוד בישראל. שימוש בשירותים על-פי החוק מאפשר לבעלי המוגבלות הפחות קשה להישאר בבתיהם ולהימנע מכניסה למוסד (Naon and Strosberg, 1995). ואכן, ניתן להבחין בירידה מתמשכת בפניות של זקנים

בעלי מוגבלות בינונית למוסדות. העובדה, שלא נצפו השלכות גם על בעלי המוגבלות הקשה יחסה לרמה הנמוכה יחסית של הקצבה.

גם בהולנד המטרה המוצהרת של ה-AWBZ היתה למנוע הכנסה למוסד. ואכן, שיעורי ההכנסה למוסד צנחו במשך הזמן מ-10% בשנות ה-70 לפחות מ-7% בשנת 1995, גם בשל קביעת סטנדרטים לאומיים להספקת מיטות לטיפול ממושך (De Klerk, Huijsman and Rotten, 1995). אולם, שינויים המתרחשים כל הזמן בחוק גרמו קושי בהערכת השלכותיו. היות שאין הערכה שיטתית של החוק, איננו יודעים מה חלקו בהפחתת שיעורי ההכנסה למוסד. יחד עם זאת, הולנד יישמה הלכה למעשה תוכניות ניסיוניות המלוות בהערכה, שנועדו לבחון את האפשרות להפחתת שיעורי ההכנסה למוסד (Peterson and White, 1991; Baldock and Evers, 1993; Alter and Hage, 1989). לדוגמה, ממשלת הולנד חמכה בפיתוח תוכניות ניסיוניות להקצאת חקציבים אישיים, להרחבת שירותים (כגון: דיור מוגן, טיפול אישי אינטנסיבי והכנסה למוסד לפרקי-זמן קצרים) ולהגברת שיתוף הפעולה בין ספקי השירותים. ניסויים שנערכו במספר מקומות (Groningen, Rotterdam, Nieuwegein, Venlo) הצביעו על האפשרות שהטיפול בקהילה ישמש תחליף לטיפול במוסד (Evers and Leichsenring, 1994; Coolen, 1995; De Klerk, Huijsman, Rotten, 1995).

סיכום וסוגיות לדיון

המדינות שנדונו במאמר זה נבחרו מפני שהן מספקות שירותי טיפול ממושך באמצעות תוכניות המבוססות על זכאות, בניגוד לרוב המדינות המפותחות, המספקות שירותי טיפול ממושך באמצעות תוכניות המאופיינות במבחן אמצעים ובמגבלות תקציב ברורות. יישום גישת הזכאות מעלה סוגיות רבות הקשורות בתכנון. כתוצאה מכך, יש שונות רבה בדרך יישומן של התוכניות הללו. להלן נסכם בקצרה את נקודות הדמיון ואת ההבדלים.

1. הדמיון בין התוכניות

קיים דמיון בין התוכניות (לפחות בארבע מדינות) במרכיבים אלה:

(1) יצירת תוכניות נפרדות, ולא שילוב של התוכניות לתוך תוכניות קיימות של ביטוחי בריאות.

(2) החוק ממומן באמצעות פרמיות המתחלקות בין העובדים למעסיקיהם והשלמה למימון מתקבלת מן המיסוי הכללי.

(3) האחריות הכללית לתוכנית החדשה לטיפול הממושך מוטלת על גופים שהם כבר אחראים על שירותי בריאות.

(4) הקריטריונים לזכאות מתייחסים למצב הבריאות והתפקוד, ולא לרמת התמיכה של המשפחה.

(5) אין גיסיון לכסות את כל המוגבלים וצורכיהם. במקום זאת, ניתן כיסוי רק לנמצאים מעל לרמה מינימלית של מוגבלות, אלה הזקוקים לעזרה בפעולות היומיום (ADL) ולא רק בניהול משק-בית (IADL). לפיכך, החוקים אינם כוללים את כל אלה הזקוקים לטיפול ממושך והם מנסים להוציא מתחולתם את הנזקקים לטיפול ממושך קצר-מועד. החוקים גם אינם מנסים לכסות את כל צורכי הטיפול הממושך, אלא מעדיפים לכסות שיעור כלשהו של הצרכים, אם באמצעות הגבלת חבילת השירותים או באמצעות הגבלה של גובה סך-כל ההטבות למקבל או שניהם גם יחד. כולם רואים באדם הנזקק את מי שאחראי למימון חלק מעלויות הטיפול הממושך שלו, וכמשפחה את האחראית להספקת הטיפול הישיר בו.

(6) הכללת בני אדם מוגבלים מכל הגילים בתוכנית אחת.

(7) הזכאות מבוססת על מוגבלות, ללא תלות בסיבת המוגבלות, נפשית, פיזית או חושית.

(8) הספקת שירותים לפי עקרונות אוניברסליים, ולפיכך הימנעות משימוש במבחני הכנסה.

(9) סטנדרטיזציה של הערכת הזכאות ושל חבילת השירותים, ומכאן פיתוח כלים מובנים להערכה, קביעת רמות ברורות לזכאות והספקת הכשרה מיוחדת לבעלי מקצוע המבצעים את ההערכה. פעולות אלה מצמצמות את מרחב שיקול הדעת ומגבירות את האובייקטיביות. במדינות אחדות השאיפה לקדם את האובייקטיביות משתקפת בהעברת ההערכה לגוף חיצוני, ולא לגורם המבטח.

(10) הטלת תפקיד ההערכה על בעלי מקצועות רפואיים (אחיות ורופאים).

(11) שימוש בבעלי מקצוע יחידים לעומת צוותים מקצועיים, כדי לבצע את הערכת הזכאות.

(12) הספקת חבילת שירותים רחבה, כולל טיפול בקהילה ובמוסד, בתוכנית אחת. רוב המקבלים נשארים בקהילה.

(13) קידום ופיתוח ספקי השירות מן המגזר הלא-ממשלתי (עמותות) ומן המגזר למטרות רווח, יותר מאשר הסתמכות על המגזר הציבורי.

2. הבדלים בין התוכניות

(1) המספר של רמות המוגבלות, המגדירות את טווח הזכאות, הוא בין שתי רמות בישראל

לשבע רמות באוסטריה. מספר רמות הטיפול קובע את הרגישות של רמת ההטבות לצרכים, כלומר, לספק משאבים מעטים יותר לבעלי המוגבלויות הקלות יותר, ומשאבים רבים יותר לבעלי המוגבלויות הקשות יותר, באותה מסגרת תקציב.

(2) הספקת עזרה מקצועית בבניית תוכנית טיפול.

(3) השתתפות עצמית בכל השירותים או רק בשירותים הקשורים במוסד.

(4) שונות בערך ההטבות, הבאה לידי ביטוי בכמות השירותים שניתן לרכוש.

(5) יש גישות שונות לקצבאות הכספיות, אבל יש נטייה גוברת להפוך אותן לנגישות יותר, לפחות כאפשרות. האופציה הכספית כשלעצמה אינה מוגבלת, או שהיא מוגבלת לקניית שירותים מספקים פורמליים או לא-פורמליים.

(6) חלוקת האחריות למימון בין המעסיקים לעובדים, ובין מיסוי שכר להכנסות מן המיסוי הכללי.

(7) המדינות נבדלות זו מזו במידה שבה הן מספקות שירותים משלימים של טיפול ממושך לזכאים שיש להם הכנסה נמוכה ופחות תמיכה של המשפחה. הן גם נבדלות זו מזו במידה שמערכות משלימות אלה משולבות בתפיסה הכללית של החוק.

3. לקחים עיקריים

מן הניסיון של מדינות אלה ניתן להפיק מספר לקחים. להלן אחדים מן החשובים יותר. סוגיה תכנונית חשובה ביותר העולה מן ההבדלים בין החוקים היא מידת המענה שיש לתת לצרכים כפי שהיא באה לידי ביטוי ברמת ההטבות. בבסיס קביעה זו נמצאת תפיסת התפקיד הרצוי של המוגבל ובני משפחתו.

מעבר להכנסת זכאות אישית, אחד ההיבטים החשובים יותר של החוקים הללו הוא, שהמדינות התחייבו להכניס שינויים של ממש במדיניות הטיפול הממושך. למעשה הן התחייבו:

(1) להקצות יותר משאבים לטיפול ממושך;

(2) לפתח מערכות לטיפול ממושך המשלבות טיפול בבית וטיפול במוסד, שירותי בריאות ושירותים סוציאליים ודאגה למוגבל לאורך חייו;

(3) להעביר את כובד המשקל מן הטיפול במוסד לטיפול בקהילה באמצעות עשיית משאבים רבים יותר נגישים לשירותי הקהילה;

(4) להקצות משאבים לטיפול ממושך ממקור מרכזי (לאומי), כך שנגישות השירותים תיקבע פחות על-פי משאבים או סדרי עדיפויות מקומיים;

(5) להעצים את הצרכנים באמצעות מתן אפשרות בחירה רחבה יותר בין סוגי שירותים ובין ספקי שירותים;

(6) לעודד משפחות להמשיך לדאוג לקרוב המוגבל והזקן בדרך של נטילת חלק מן האחריות ונטל הטיפול המוטלים על כתפיהם.

המדינות משתמשות במספר אסטרטגיות רחבות שראוי להתייחס אליהן:

(7) דאגה לנגישות השירותים היתה משותפת לכל המדינות. אסטרטגיה נפוצה להגביר את נגישות השירותים היתה לעודד גורמים למטרות רווח להיכנס לשוק הטיפול הממושך. נגישות השירותים היא התנאי המוקדם הן להספקה מוצלחת של שירותים בעין והן לשימוש מועיל בקצבאות הכספיות.

(8) למרות שהודחבה קשת ספקי השירותים, התחרות ביניהם הוגבלה לנושא האיכות, ולא לעניין המחיר (שבדרך-כלל היה קבוע). דבר זה משקף את המאמץ למנוע את התפתחותם של שירותים נפרדים לעשירים ולעניים ומסייע לבקרת העלויות.

(9) בנושא של הגבלת העלויות המדינות השתמשו במגוון שיטות: קביעת רמות מוגבלות מינימליות לזכאות, קביעת גובה מקסימלי להטבות ודרישת השתתפות עצמית. בנוסף לכך, ישראל משתמשת במבחן הכנסות (למרות שהוא מבחן ליברלי) והולנד מביאה בחשבון את תמיכת המשפחה. מכאן, שתוכניות זכאות שאין להן הגבלות תקציב כוללות טווח רחב של מנגנונים חלופיים לריסון עלויות.

(10) האסטרטגיה הבסיסית שאימצו לעצמן רוב המדינות היתה לספק כיסוי לבני אדם רבים יותר, במקום לספק שירותים אינטנסיביים לקבוצות קטנות יותר. מכאן עולה בבירור, שאין כל התחייבות לענות על כל הצרכים, גם כאשר אין בנמצא כל מקור טיפול אחר. המקרה של הולנד שונה, מפני שהיא אינה מגבילה את גובה ההטבה למקבל, אבל מגבילה את מספר השירותים הספציפיים (טיפול סיעודי בבית). היא גם מביאה בחשבון את תמיכת המשפחה בקביעת כמות השירותים שיינתנו. הולנד היא דוגמה מעניינת לשילוב בין תוכנית המבוססת על זכאות אישית ובין תהליך של הערכת זכאות על-פי שיקול דעת.

כמו-כן, יש להפנות תשומת לב ומאמצי פיתוח נוספים לעוד מספר רכיבים חשובים של מערכות אלה:

(11) נעשו מאמצים גדולים למדי לקבוע קריטריונים ולהבטיח את האובייקטיביות בהערכת הזכאות. אולם, לאור החשיבות של כלי ההערכה, הופתענו למצוא התייחסות מועטה בלבד לניסיונות להעריך את מהימנותם. אחד מגורמי המפתח הוא מספר רמות הזכאות המשתנה מאוד בין המדינות, נושא שגם הוא דורש יותר ניתוח והערכה.

(12) מידתם ואופיים של המאמצים להבטיח איכות ולמנוע שימוש לרעה משתנים ממדינה למדינה ויש תחושה כללית שנחוץ מאמץ רב יותר לפתח דרכים יעילות ומועילות יותר

להבטחת האיכות. השאלה של משמעות הבטחת האיכות כאשר ניתנת עזרה כספית לא נבחנה לעומק ברמה המושגית.

(13) המדינות מתנסות בדרכים שונות של בדיקת הבחירה בין שירותים בעין לקצבאות כספיות ובבחירת גישות שונות של שילוב בין השניים. הניתוח גם מדגיש את חשיבותה של הגדרה מדויקת יותר של אפשרויות אלה. לדוגמה, ניתן לספק שירותים בעין שבמסגרתם ניתנת לצרכן פחות בחירה או יותר בחירה ומידה שונה של אוטונומיה. בנוסף לכך, מספר מדינות משתמשות במונח קצבאות כספיות גם כאשר השימוש בכסף מוגבל לרכישת שירותים, במקום להיות לא-מוגבל לחלוטין. הגבלת הרכישה של השירותים יכולה לכלול או לא לכלול תשלום לקרובי משפחה. לפיכך, הניסיון שנרכש במדינות השונות מעמיד מספר אפשרויות לשקילה. אולם, התוצאות של הניסיונות הללו נתונות לפרשנויות רבות ושאלות רבות נותרו ללא מענה. זוהי ללא ספק סוגיה של תכנון הדורשת מחקר מעמיק הרבה יותר.

(14) הבטחת מימון, בכסף או בעין, אינה מספיקה להבטיח את נגישות השירותים המתאימים ביותר לבני האדם המוגבלים. הצורך למצוא דרכים טובות יותר לתאם בין מרכיבים שונים של מערכת השירותים המפוצלת, ולספק מידע וייעוץ, עולה כאתגר מרכזי בכל המדינות.

(15) תוכניות הזכאות שנותחו אינן מייצגות תמיד את המקור הבלעדי לעזרה הציבורית הקיימת לטיפול ממושך. המדינות מציעות שירותים היכולים לשמש מקור משלים לעזרה לזכאים על-פי החוק, כמו גם שירותים לאלה שאינם זכאים. אולם, לא תמיד קיימת תפיסה כוללת לגבי הדרך שבה תוכנית הזכאות משתלבת במקורות עזרה אחרים שאינם לפי זכאות. חשוב לבחון את מערכת הטיפול הממושך בצורה כוללת יותר.

(16) אחד החששות המרכזיים של אלה המטילים ספק בגישת הזכאות או המתנגדים לה היא, שהעלות תהיה גבוהה בהרבה מן הרמות המתוכננות ושהיא צפויה לגדול במהירות ובאופן מתמיד. בגרמניה עניין זה אינו נחשב בעיה, בעוד שבישראל זהו נושא מרכזי. לדאבונו, הנתונים הקיימים על המערכות השונות אינם מספיקים לבחינה מקיפה יותר של הנושא.

ברור, שהמדינות שנסקרו כאן הציבו את הטיפול הממושך בראש סדר-היום הלאומי והפוליטי שלהן. כדי לקבוע את האופי והרכיבים הספציפיים של חוקי הטיפול הממושך שלהן, המדינות נאלצו לבחור בין אפשרויות שונות שיש להן השלכות נכבדות על המענה לצורכי המוגבלים ועל העלויות. אלה כוללים את אוכלוסיית היעד ואת הקריטריונים לזכאות; סוג ההטבה (קצבה כספית, שירותים בעין או שניהם) והשירותים המוצעים (טיפול בקהילה, טיפול במוסד או שניהם), כמו גם מגוון השירותים וגובה ההטבות; המבנה הארגוני והאחריות של הגוף המבטח (כלומר האם טיפול ממושך וטיפול אקוטי צריכים

להיות קשורים מבחינה פיננסית וארגונית או נפרדים). תיאורנו את מה שכל מדינה בחרה לעשות וציינו את ההשלכות הפוטנציאליות של כל בחירה. הזכרנו את ההיבטים המרכזיים של היישום הדורשים תשומת לב נוספת, כמו מנגנוני הבטחת איכות, ייעוץ ללקוחות ולמשפחות המטפלות לגבי נגישות השירותים ואפשרויות הבחירה, והצורך לפתח מנגנוני תיאום משביעי רצון בין רכיבים שונים של מערכות הבריאות והרווחה ובין הטיפול האקוטי לטיפול הממושך. נראה גם, שבחלק מן המדינות יש צורך להשקיע יותר בפיתוח תשתית שירותים הולמת ובהכשרת כוח אדם.

למרות כל זאת, היכולת ללמוד מן הניסיון שנרכש במדינות אלה מוגבלת עקב מחסור בהערכות שיטתיות לניטור התוצאות ולהערכת היישום. תוכניות אלה ממשיכות להתפתח, ויש לקוות שתינתן יותר תשומת לב למאמצי מחקר שיטתיים להעריך את הניסיון שלהן ולחלוק אותו עם מדינות אחרות.

ביבליוגרפיה

- כורזים, מ', כהאן-סטרבצ'ינסקי, פ' (1997), תכנית הכשרה למטפלות בית בוקנים: הערכת מבנה, תהליך ותוצאה, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה בישראל.
- נאון, ד', סקטור, ח', פרימק, ח' (1993), דפוסי המיסוד בישראל לפני ואחרי החלת חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה בישראל.
- Alter, C. and Hage, J. (1993), *Organizations Working Together*, Newbury Park, Calif.: Sage.
- Austrian Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs (1999), *Aging in Austria*, Vienna.
- Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matual, C. and Osterle, A. (1997), *Analyse der Auswirkung des Pflegevorsorgesystems*, Austrian Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, Vienna.
- Baldock, J. and Evers, A. (1991), "Innovations and care of the elderly: The front line of change for social welfare services", *Ageing International*, 18(1): 8-21.
- Brodsky, J. and Morginstin, B. (1999), "Balance of familial and state responsibility for the elderly and their caregivers in Israel", in: Lechner, V.M. and Neal, M.B. (eds.), *Work and Caring for the Elderly: International Perspectives*, Philadelphia, Pa.: Brunner/Mazel, pp. 68-82.
- Brodsky, J. and Naon, D. (1993), "Home care services in Israel: Implications of expansion of home care following implementation of the community long-term care insurance law", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, (8): 375-390.
- Buscher, A. (1999), "The German care insurance" (unpublished paper).
- Campbell, J.C. and Ikegami, N. (2000), "Long-term care insurance comes to Japan", *Health Affairs*, 19(3): 26-39.
- Coolen, J. (1995), "Multiple effects of innovation in community care: What can we learn from the Netherlands?", in: Scharf, T. and Wenger, C.G. (eds.), *International Perspectives on Community Care for Older People*, Aldershot, England: Avebury, pp. 125-157.

- Coolen, J. and Weekers, S. (1998), "Long-term care in the Netherlands: Public funding and private provision within a universalistic welfare state", in: Glendinning, C. (ed.), *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-term Care for Older People*, Bristol, England: The Policy Press, pp. 47-66.
- De Klerk, M.M.Y., Huijsman, R. and Rotten, F.F.H. (1995), "New option in long-term care for the elderly: Evaluation results of demonstration projects in the Netherlands", *Home Health Care Services Quarterly*, 15(2): 19-40.
- Deutscher Bundestag (1997), "Unterrichtung durch die Bundesregierung: Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung", quoted in: Schneider, U. (1999), "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation", *International Social Security Review*, 52: 31-74.
- Enge, I. (1999), "Austrian Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs data on coverage and costs" (unpublished correspondence).
- Evans-Cuellar, A. and Wiener, J.M. (2000), "Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany", *Health Affairs*, 19(3): 8-25.
- Evers, A. (1998), "The long-term care program in Germany", *Journal of Aging and Social Policy*, 10(1): 77-98.
- Evers, A. (1997), "Geld oder Dienste? Zur wahl der Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung", as quoted in: Schneider, U. (1999), "Germany's social long-term care insurance Design, implementation and evaluation", *International Social Security Review*, 52: 31-74.
- Evers, A. and Leichsenring, K. (1994), "Paying for informal care: An issue of growing importance", *Ageing International*, 21(1): 29-40.
- Freedman, V.A. and Kemper, P. (1996), "Designing home care benefits: The range of options and experience", *Journal of Aging and Social Policy*, 7(3/4): 129-148.
- Goerke, L. (1996), "Introduction of long-term care insurance in Germany: An economic interpretation", *International Social Security Review*, 49(4): 5-38.
- Gross, A. (1997), *Care for the Elderly in Japan: Recent Developments*, Washington, D.C.: Pacific Bridge.
- Hanley, P., Wiener, J.M. and Harris, K.M. (1991), "Will paid care erode informal support?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16: 507-521.
- Huijbers, P. and Martin, A. (1998), *AWBS: Care Insurance in the Netherlands*, Utrecht, Holland: Netherlands Institute of Gerontology.
- Ihara, K. (2000), "Home care in Japan: Introduction of public long-term care insurance", *Home Health Care Consultant 2000*, 7(3): 29-32. [Http://www.mmmhc.com/hhec/articles/HHCC0003/iharta.html](http://www.mmmhc.com/hhec/articles/HHCC0003/iharta.html).
- Ikegami, N. (1997), "Public long-term care insurance in Japan", *Journal of the American Medical Association*, 278: 1310-1314.
- Ikegami, N. (2000), "Levels of eligibility and benefits; Number of applicants and beneficiaries" (unpublished correspondence).
- Ikegami, N. and Campbell, J.C. (1995), "Medical care in Japan", *New England Journal of Medicine*, 333: 1295-1299.
- Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain, E. and Robine, J.M. (1999), "The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?", *Labour Market and Social Policy - Occasional Papers*, No. 37, Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

- Jansen, B. and Kardoff, E. (1996), "Auf dem Weg zur Fachlichkeit in der Angehörigenarbeit - Perspektiven und Versuch der Systematisierung", in: Kurarium Deutsche Altershlik: Ein Jahr alte greisversicherung", as quoted in Buscher, A. (1999), "The German care insurance" (unpublished paper).
- Keigher, S.M. (1997), "Austria's new attendance allowance: A consumer-choice model of care for the frail and disabled", *International Journal of Health Services*, 27(4): 753-765.
- Miltenburg, T. and Klie, T. (1995), "Cash oder care? Erfahrungen mit der Zahlung von Pflegegeld in der Niederlanden", as quoted in: Schneider, U. (1999), "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation", *International Social Security Review*, 52: 31-74.
- Morginstin, B. and Baich-Morai, S. (1992), *The Impact of Long-Term Care Insurance on Informal Caregivers of Dependent Elderly*, Jerusalem: National Insurance Institute.
- Moscovice, I., Davidson, G. and McCaffrey, D. (1998), "Substitution of formal and informal care for the community-based elderly", *Medical Care*, 26(10): 971-981.
- Nakahara, T. (1997), "The health system of Japan", in: Raffel, M.W. (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park, Pa.: Pennsylvania State University Press, pp. 105-133.
- Naon, D. and Strosberg N. (1995), *The Impact of the Community Long-Term Care Insurance Law on Patterns of Institutionalization*, Jerusalem: IDC-Brookdale Institute of Gerontology.
- Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport (1998), *Health Insurance in the Netherlands*, The Hague.
- Okamoto, A. (2000a), "Benefits provided by the law" (unpublished correspondence).
- Okamoto, A. (2000b), "Japan's new long term care insurance" (unpublished paper presented at the International Conference on Healthy Cities and Urban Policy Research, Tokyo). [http:// caremanager.net/index.shtml](http://caremanager.net/index.shtml).
- Peterson, M.D. and White, D.L. (1989), *Health Care of the Elderly: An Information Sourcebook*, Newbury Park, Calif.: Sage.
- Rubisch, M., Philipp, S. and Wotzel, W. (1998), *Provision for Long-term Care in Austria*, Austrian Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, Vienna.
- Runde, P., Giese, R., Kerschke-Risch, P., Scholz, U. and Wiege, D. (1996), "Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur hauslichen Pflege. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsmpfangern der Pflegeversicherung", as quoted in: Schneider, U. (1999), "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation", *International Social Security Review*, 52: 31-74.
- Scheil-Adlung, X. (1995), "Social security for dependent persons in Germany and other countries: Between tradition and innovation", *International Social Security Review*, 48(1): 19-34.
- Schneider, U. (1999), "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation", *International Social Security Review*, 52: 31-74.

- Seike, A. (1998), "The public insurance system for long-term care and the development of a workforce to supply its services", *Japan Bulletin*, 37(12) (<http://www.gil.go.jp/bulletin/year/1998/vol137-12/04.html>).
- United Nations (1998), *World Population Prospects, The 1998 Revision*. (<http://www.undp.org/popin>).
- US Bureau of the Census (2000), *International Data Base* (<http://www.census.gov>).
- Weekers, S. and Piji, M. (1998), *Home Care and Care Allowances in the European Union*, Utrecht, Holland: Netherlands Institute of Care and Welfare.
- Zipkin, A. and Morgenstin, B. (1998), *Recipients of Long-Term Care Insurance Benefits in Israel 1996-1997*, Jerusalem: National Insurance Institute.

הערכת השפעתו של חוק ביטוח סיעוד על ארגונים שלא למטרות רווח ולמטרות רווח המספקים שירותי טיפול בית

מאת הלל שמיד*

המאמר מתאר, מנתח ומערך את ההשפעה של חוק ביטוח סיעוד על ההתנהגות הארגונית, המבנית והאסטרטגית של הארגונים למטרות רווח והארגונים שלא למטרות רווח, המספקים את שירותי הטיפול הביתי לקשישים הסיעודיים. הניתוח נשען על התיאוריה הניאו-מוסדית ותיאוריית התלות כמשאבים, שנמצאו מתאימות ביותר להבנת השפעת החוק על הארגונים. המאמר מתבסס על מחקר ארוך-טווח שנמשך עשר שנים. ממצאי המחקר מלמדים, שההבדלים בין מאפייני התנהגותם של הארגונים בשני המגזרים ניטשטשו במהלך השנים כתוצאה מהשפעתו הכופה של החוק, המכתיב לארגונים כללי משחק, קריטריונים וסטנדרטים לפעולה ולהגשת השירותים. הטשטוש ביניהם נובע גם מתהליכים של חיקוי והעברת טכנולוגיות טיפול וניהול ממגזר למגזר. כתוצאה מתהליכים אלה, הארגונים מפחחים דפוסי פעולה דומים כמו גם התנהגות כירורגטית, שהיא חוצאה של הקונפורמיות שלהם עם מדיניות הממשלה, כל זאת כדי להבטיח שכספי חוק הסיעוד ימשיכו לזרום אליהם.

מבוא

מאמר זה עוסק בהשלכות של תיקון מס' 61 לחוק הביטוח הלאומי, הידוע בשם חוק ביטוח סיעוד, על ההתנהגות הארגונית, האסטרטגיה והמבנה של ספקי השירות הפועלים למטרות רווח ואלה שלא למטרות רווח. החוק נחקק בכנסת בשנת 1986 ובביצועו הוחל ב-1988. הוא נועד לספק שירותי טיפול בית לקשישים סיעודיים כחלופה להשמה במוסדות, לאור העלות הגבוהה של הטיפול המוסדי ולנוכח המודעות הגוברת להשפעות השליליות של

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

השמה במוסד על רווחתם של בני אדם קשישים. למרות שהמחקר על יעילותם של שירותי הטיפול הביתי הוא מצומצם ומכיל סתירות (Kane and Kane, 1987), מספר מחקרים הצביעו על כך, שהקשישים מעדיפים באופן ברור לחיות בבית על-פני השמה במוסד ושאיכות חייהם עשויה להשתפר אם ייעשה כך (Applebaum et al., 1988).

לפני שנחקק החוק סופקו שירותי טיפול בית באמצעות הסדרים מינהליים שונים. השירותים ניתנו בדרך-כלל מטעם האגף לשירותים אישיים וחברתיים במשרד העבודה והרווחה ובאמצעות ארגוני התנדבות. האוכלוסייה שקיבלה את השירותים היתה מצומצמת מאוד בהיקפה משום שהזכאות הותנתה במבחן אמצעים. בהעדר חקיקה המבטיחה את איכות השירותים ואת אחידותם היה לעובדים הסוציאליים שיקול דעת רחב בכל הנוגע להקצאת המשאבים ולקביעת הזכאות לקבלת שירותים.

הצורך לארגן שירותים כאלה התפתח ככל שגדלו מספרם של הקשישים וחלקם באוכלוסיית ישראל. שיעורם של הישראלים בגיל 65 ומעלה הוא היום 10% בערך מן האוכלוסייה, לעומת 4% בעת שהוקמה המדינה ב-1948 (מכון ברוקדייל ואש"ל, 1998). גידולה המהיר של אוכלוסיית הקשישים, העולה על שיעור הגידול של האוכלוסייה הכללית, בולט במיוחד כשמדובר בשכבת הגיל 75 +. קבוצה זו הגיעה בשנת 1980 ל-28% מכלל הקשישים הישראליים (בערך 108,000 נפש) ובשנת 1995 - ל-40% (215,000 נפש). הישראליים. ליתר דיוק, תוחלת החיים הממוצעת בגיל 65 היא 8.15 שנים לגברים ו-9.17 שנים לנשים. בשני העשורים האחרונים תוחלת החיים של בני 65 גדלה בממוצע ב-19%, הן לגברים והן לנשים. גורם נוסף שהשפיע על הזדקנות החברה הישראלית הוא בואם של העולים מאתיופיה ומברית-המועצות לשעבר בתחילת שנות ה-90, שאין לו מקבילה במדינות המערב (Litwin and Lightman, 1996). התפתחויות אלה מבליטות את הצורך הדחוף למצוא פתרונות נאותים ומהירים לטיפול בקשישים, והן מהוות את הרקע לחקיקתו של חוק ביטוח סיעוד.

כאמצעי להספקת השירותים הדרושים בחרה הממשלה באסטרטגיה של התקשרות חוזית (contracting out) עם ארגונים לא-ממשלתיים, חלקם ארגוני התנדבות שלא למטרות רווח, ועם ארגונים פרטיים הפועלים למטרות רווח. מדיניות זו נועדה לעודד תחרות ולפזר את הסיכונים שבהסתמכות על מקור הספקה אחד ובמגמה לתרום לשיפור איכותו של השירות. התחום של שירותי הטיפול בבית, שלפני שנחקק החוק שלטו בו באופן מוחלט ארגוני התנדבות שלא למטרות רווח, השתנה מאוד כתוצאה מכניסתם של הארגונים למטרות רווח ומן התחרות הגוברת על משאבים ממשלתיים (Cohen, 1988). בעיקרו של דבר החוק ביקש להעניק גמלאות סיעוד בתור זכות או זכאות והוא הועמד על כללי זכאות מוגדרים היטב. מטרתו העיקרית של חוק ביטוח סיעוד היתה לסייע לקשישים מוגבלים באופן כרוני וחמור החיים בקהילה במתן טיפול אישי, בהספקת מטפלים-מלווים ועזרה במטלות משק-הבית, כגון קניית וניקוי הבית, בהספקת ארוחות חמות ועזרה נוספת

במשק-הבית. נוסף על כך, החוק ביקש להשלים ולהרחיב את המערכת המוגבלת הקיימת של הספקת שירותים, ולא לבוא במקומה.

חוק ביטוח סיעוד נועד להקל את העומס המוטל על כתפיהם של בני משפחת הקשיש הסיעודי באמצעות הספקת שירותים בבית ובמסגרות המבוססות על הקהילה. הכוונה היתה גם להפחית באופן זה את הכיקוש להשמה במוסד. לפי החוק, הטיפול בבית שוב אינו שירות המסופק על חשבון תקציב המדינה. הטיפול בבית, בניגוד לשירותים אחרים שהממשלה מממנת, אינו כפוף לשינויים במדיניותה של הממשלה או לסדר העדיפויות שעשויים להשפיע על הזכאות.

מספר עקרונות הנחו את מחוקקי חוק ביטוח סיעוד (בן-צבי, 1989; ; Cohen, 1988):

(א) החוק נותן עדיפות לגמלאות בעין; כלומר, שירותים ישירים לקשיש, כגון טיפול אישי ועזרה במטלות משק-הבית. ניתן להמיר גמלאות אלה בקצבאות כספיות רק אם השירותים הדרושים אינם זמינים. קביעה זו נסמכת על הידיעה, שקצבאות כספיות עלולות להיבלע בתקציב המשפחה בלי שישתמשו בהן למטרה שנקבעה.

(ב) הגמלה מיוערת לקשישים סיעודיים התלויים לחלוטין, או במידה חלקית, בעזרה מאחרים לשם ביצוע פעולות היומיום. היא אינה מיוערת לקשישים בעלי מוגבלויות תפקוד קלות, שאינם תלויים במידה רבה בעזרתם של אחרים.

(ג) גמלת הסיעוד מיוערת להקל את העומס המוטל על המשפחה בפעולות כגון רחיצה, הלבושה, האכלה, ניידות בבית והגנה מפני סיכונים אפשריים המאיימים על קשישים. אולם, סיוע ביתי מסוג זה אינו בא במקום שירותים מקצועיים שמוסדות בריאות ורווחה מספקים (כגון: פזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שירותי בריאות וייעוץ פסיכולוגי).

(ד) החוק מבטיח שירותי טיפול בבית לכל המבקשים הזכאים לכך על-פי כללים אחידים ושורים המוגדרים בתקנות החוק. כללי הזכאות מבוססים על הערכות הפעילות היומיומית (Activities of Daily Living). אף-על-פי שאי-אפשר לשלול משום אדם שירותים בגלל העדר כספים, הזכאות לטיפול סיעודי מבוססת על מבחן אמצעים. קביעה זו אינה עולה בקנה אחד עם העקרונות של חוק ביטוח גבייתי והיא בבחינת חריג במערך הזכאות של הביטוח הלאומי (הכולל קצבאות זיקנה, דמי אבטלה למבוטחים וגמלאות אחרות). אולם, גבול ההכנסה הוא כל כך נדיב (פי שלושה מן השכר הממוצע), שרק אחוז אחד מן התובעים עלולים לא לקבל את הגמלאות על בסיס כלל זה (Zipkin and Morginstin, 1998).

הזכאות לגמלאות מתחילה בגיל 60 לגשים ובגיל 65, לגברים. החוק מעניק גמלאות בשתי דמות, לפי חומרת המוגבלות התפקודית של האדם: (א) גמלאות בגובה השווה לגמלת נכות מלאה (100%) לאלה התלויים במידה רבה בעזרת אחרים כדי לבצע את מרבית

הפעולות היומיומיות; (ב) גמלאות בגובה של 150% מקצבת נכות מלאה לאלה התלויים לחלוטין באחרים לשם ביצוע הפעולות הללו.

חוק ביטוח סיעוד קבע תחילה, שמעסיקים ושכירים ישלמו 0.1% משכרו של העובד כדמי ביטוח (0.2% בסך הכל). אולם, לנוכח חששה של הממשלה מנטל המס המוטל על המעסיקים וההשלכות על עלויות העבודה, הופחת ב-1986 השיעור הכללי של דמי הביטוח הסוציאלי הנגבים ממעסיקים. לפיכך דמי הביטוח הנגבים ממעסיקים לפי חוק ביטוח סיעוד הופחתו באפריל 1990 ל-0.04%, ואילו הממשלה החלה לשלם 0.06% משכר המעסיקים כדי לפצות את המוסד לביטוח לאומי על אובדן הכנסתו ("שיפוי האוצר") בגלל הורדת דמי הביטוח היחסיים של השכירים, אשר נשארו בגובה של 0.1%.

המוסד לביטוח לאומי אחראי לביצוע החוק, ומקבל לצורך זה סיוע מוועדות מקצועיות אזוריות. בידי הוועדות האחריות להחליט מהי תוכנית הטיפול ולפקח על ביצועה.

חברי הוועדה הם עובד סוציאלי משירותי הרווחה המקומיים, אחות המייצגת את שירותי הבריאות המקומיים ועובד של המוסד לביטוח לאומי. נוסף על קביעת תוכנית הטיפול, הוועדה האזורית מפנה את הלקוח הקשיש אל ספקי השירות השונים, ארגונים הפועלים למטרות רווח ושלא למטרות רווח.

החוק יצר גומחה אקולוגית חדשה, אשר סיפקה בשנים 1988-1999 סכום כולל של 8.8 מיליארד ש"ח להספקת שירותי טיפול בבתי לקוחות קשישים. בהתחלה היו 7,000 קשישים זכאים לשירותי טיפול בבית, ואילו היום מגיע מספרם ל-97,500 (26,500 גברים ו-71,000 נשים). ב-1988 סופקו 70% משירותי הטיפול בבית באמצעות ארגונים שלא למטרות רווח, 18% סופקו באמצעות שירותים למטרות רווח, והשאר באמצעות אגודות שונות וקיבוצים. כעבור עשר שנים השתנתה הגומחה האקולוגית לא רק מבחינת הגודל, אלא גם מבחינת המבנה. חלק השוק של הארגונים הפועלים שלא למטרות רווח ירד ל-33%, ואילו חלקם של הארגונים למטרות רווח גדל ל-67%. בסך הכל קיימים היום 150 ארגונים המספקים שירותי טיפול בית מ-420 סניפים בערך ברחבי הארץ.

על-מנת לדון בהשלכותיו של החוק על ארגוני הספקים, מאמר זה יציג את הרקע התיאורטי, המבהיר את ההתנהגות האסטרטגית ואת המבנה של הארגונים, נוסף על דיון בהשלכותיו של החוק על איכות השירותים ועל רווחתם של הלקוחות. לאחר הצגת הרקע התיאורטי יוצגו הממצאים הנוגעים לתפקודם של הארגונים המספקים את שירותי הטיפול בבית במשך העשור שלאחר חקיקת החוק. בסיכומו של דבר המאמר ינתח ויעריך את תפקודם של ארגונים אלה בסביבה התחרותית שיצר החוק.

רקע תיאורטי

שתי גישות תיאורטיות מתאימות ביותר לניתוח השלכותיו של החוק על ההתנהגות

הארגונית בשני המגזרים (למטרות רווח ושלא למטרות רווח): התיאוריה המוסדית (DiMaggio and Powell, 1983; Meyer and Rowan, 1977; 1983; Zucker, 1988) ותיאוריית התלות במשאבים (Pfeffer and Salancik, 1978). חקר המקרה המוצג כאן ניתן, כמובן, לניתוח על-פי תיאוריות נוספות, כגון אקולוגיית האוכלוסייה של ארגונים, או גישות מתקדמות להערכת היעילות הכלכלית של ארגונים. אולם, המסגרת המושגית שנעשה בה שימוש במאמר זה משלבת יחד את התיאוריות שתוצגנה להלן.

הנחת היסוד של התיאוריה "המוסדית" החדשה היא, שהישרדות של ארגון תלויה במידה שבה המבנה שלו משקף ומחזק כללים מוסדיים. כללים מוסדיים כוללים: (א) תקנות וחוקים; (ב) כללים גורמטיביים (דהיינו, ערכים וציפיות); (ג) כללים קוגניטיביים (כלומר, קטיגוריות וטיפוסים), שהם משותפים לקהילה ולארגונים (Scott, 1995). מאיר ורואן (Meyer and Rowan, 1977) קבעו, ש"הרבה מן העמדות, המדיניות, התוכניות וההליכים של ארגונים מודרניים מקבלים חיזוק מן הידע המקבל לגיטימציה באמצעות מערכת החינוך, ממעמד חברתי, מחוקים ומבתי המשפט." (שם, עמ' 43). גם דימגיו ופואל (DiMaggio and Powell, 1983) סבורים, שכללים מוסדיים יונקים מרשת של ארגונים המהווים תעשייה. בדומה לכך, צוקר (Zucker, 1988) מצביעה על כך, שארגונים הם מקור חשוב למיסוד כאשר הם יוצרים בהצלחה הליכים או מבנים חדשים.

אנשי התיאוריה המוסדית מניחים, שמאחר שארגונים רוצים לשרוד הם נאלצים לדבוק בכללים המוסדיים הנותנים לגיטימציה וערוצים להשגת משאבים. תהליך זה מוביל לאיזומורפיזם מוסדי, המשפיע על היווצרות תהליכים ביורוקרטיים מוגברת, פורמליזציה וסטנדרטיזציה בתוך הארגונים עצמם (Meyer et al., 1988; D'Aunno et al., 1991). באופן זה איזומורפיזם מוסדי מביא לדמיון מבני רב ולהומוגניות של המוסדות באותה תעשייה.

תיאוריית התלות במשאבים משתמשת ברעיונות מתיאוריית החליפין החברתיים (Emerson, 1962; Blau, 1964) וגורסת, שלעתים קרובות ארגונים נעשים תלויים בסביבת-המשימה שלהם, או במשאבים שהם חיוניים להישרדותם (Aldrich and Pfeffer and Salancik, 1978; Pfeffer, 1976; Pfeffer and Salancik, 1978). לפי פֶפֶר וסלנסיק (Pfeffer and Salancik, 1978), "הנחת היסוד של ראיית ארגונים מנקודת ראות חיצונית היא, שהפעילות והתוצאות של הארגון מוסברות בהקשר שבו הארגון ממוקם." (שם, עמ' 39). זאת ועוד, חליפין של משאבים בסביבת-המשימה מאפשרים לארגונים להשיג את המשאבים הדרושים להם להישרדותם. תהליך החליפין בין הארגונים לסביבתם קובע אפוא את רמת התלות במשאבים חיצוניים. באופן מדויק יותר, ככל שארגון נעשה תלוי יותר במרכיב כלשהו של הסביבה (כגון מימון ותקנות ממשלתיים), כך מתחזקת השפעתו של מרכיב זה על מדיניותו של הארגון ועל ההליכים שהוא מנהל. לפיכך, מערכות ארגוניות רבות, כגון מערכות המספקות שירותי אנוש, משקפות את האילוצים וההתניות שכופים אלה השולטים על

המשאב הדרוש (Cress and Snow, 1996). הדינמיקה הפנים-ארגונית משקפת גם את יחסי הכוחות של קבוצות ופרטים בעלי אינטרסים שונים בארגון (Hasenfeld, 2000). בתהליך המשאומתן עם הסביבה הארגון מנסה בהתמדה לצמצם את תלותו בגורמים חיצוניים בעזרת אסטרטגיות שונות, מהן תחרותיות ומהן כאלה הדוגלות בשיתוף פעולה (Salamon, 1995; Schmid, 2000a).

שילוב שתי התיאוריות מספק מסגרת מתאימה לניתוח ממצאים הקשורים להשלכותיו של חוק ביטוח סיעוד על ארגונים במגזרים הפועלים למטרות רווח וכאלה שאינם פועלים למטרות רווח (Tolbert and Zucker, 1983; Tolbert, 1985; Zucker, 1988; Brint and Karabel, 1991; Oliver, 1991; Edelman, 1992; Elsbach and Sutton, 1992; Scott, 1994; Sutton et al., 1994; Han, 1995; Tolbert and Zucker, 1999).

הגישה המשלבת מבוססת על ההנחה, שככל שארגונים נעשים תלויים יותר במרכיבים של סביבת-המשימה (כגון מוסדות ממשלתיים ופורמליים), כך הם מאמצים להם התנהגות התואמת לחוקים, לתקנות ולמדיניות של מרכיבים אלה על-מנת לתת מענים נאותים לצורכיהם. תהליך זה מוביל לשוויון-צורה. קונפורמיות למדיניות ולאמות-מידה שהממשלה (מקור המימון) מכתובה, משתקפת גם בהתנהגות האסטרטגית והמבנית של הארגונים. ליתר דיוק, הארגונים מפתחים דפוסיים וטכנולוגיות דומים של הספקת שירותים, וגם מבנים דומים ליישום הטכנולוגיות (Knapp et al., 1999).

בהתבססו על מסגרת תיאורטית זו המחקר בוחן את השאלה, האם יש הבדלים בין ספקים למטרות רווח של שירותי טיפול בבית ובין ספקים שלא למטרות רווח, וכיצד הבדלים אלה משתקפים בהתנהגות האסטרטגית, המבנית והניהולית של הארגונים. באופן מיוחד המחקר מתמקד בסוגיות אלה:

- (1) האסטרטגיות הארגוניות שהארגונים נוקטים במטרה לספק את השירותים.
- (2) תהליכי הניהול והמנגנונים לפיקוח ולבקרה על הזמינות והאיכות של השירות.
- (3) תוכניות טיפול, הרכבו של סל השירותים והנהגת תוכניות טיפול חדשות.
- (4) מימון השירותים.
- (5) המבנה הארגוני, ובמיוחד רמת הפורמליות והריכוזיות של הסמכות לקבלת החלטות בארגונים.
- (6) ניהול משאבי אנוש - הכשרת צוות העובדים, חלקם היחסי של העובדים המקצועיים המועסקים בארגון, תחלופת עובדים והיעדרויות.
- (7) היעילות והאפקטיביות של השירותים שהארגונים מספקים.

שיטת המחקר

הממצאים המוצגים במאמר מבוססים על מחקרים שערך המחבר בשנים 1990-1991 ו-1996-1998. מחקרים אלה בדקו את מאפייני הניהול האסטרטגי, המבני והטכנולוגי, נוסף על היבטים מרכזיים בתחום משאבי אנוש, ותפוקות הארגונים.

1. המדגם

במחקר שנערך ב-1990-1991 תוכנית המחקר היתה בנויה על שלושה מקורות מידע: ארגונים לטיפול בית, לקוחות קשישים ומגישי השירות - מטפלים ומטפלות - בבית. שילוב זה של מקורות מידע איפשר לקבל מערכת נתונים מקיפה ואמינה, מכיוון שנושאי המחקר נבחנו מנקודות מבט שונות.

2. ארגונים לטיפול בית

נבדקו 41 ספקים של שירותי טיפול בבית באיזור המרכז של ישראל. הארגונים חולקו לשלוש קבוצות: 14 ארגונים למטרות רווח המשרתים עד 150 לקוחות, 13 ארגונים גדולים למטרות רווח המשרתים יותר מ-150 לקוחות ו-14 ארגונים שלא למטרות רווח. בסך הכל כללו ארגונים אלה 25% מן הספקים המורשים בישראל.

3. לקוחות קשישים

אוכלוסיית הקשישים הסיעודיים כללה 477 מבין 7,230 הלקוחות ש-41 הארגונים דלעיל סיפקו להם שירותים. ממדגם זה נשרו 99 לקוחות קשישים בגלל אשפוז ממושך או מוות; 61 נשרו מסיבות כגון שינוי כתובת, מגבלות תקשורת או סירוב להשיב על השאלון; 317 הנתרים קובצו ל-3 הקטיגוריות דלעיל. ההסתברות לבחירת הלקוחות היתה שונה בקבוצות השונות, אבל בכל "רובד" של ספקים נבחרו הלקוחות שהם בעלי סיכוי הסתברות שווה.

4. מגישי השירותים - מטפלי ומטפלות בית

אוכלוסיית העובדים בטיפול בית ש-41 הארגונים שתוארו לעיל מעסיקים מנתה, לפי אומדן, 6,000 איש. אף-על-פי שלא ניתן היה לקבל מן הארגונים רשימות מקיפות של העובדים, רשימות הלקוחות היו אמינות ולפיכך שימשו בסיס לבחירת מדגם העובדים. הסיכוי להיכלל במדגם היה תלוי ב"שכבה" של העובד ובמספר הלקוחות שבטיפולו (מדגם PPS). לדוגמה, לעובדים מ"שכבה" אחת המטפלים בשלושה לקוחות היה סיכוי גדול פי

שלושה להיכלל במדגם מאשר לעובדים שטיפלו רק בלקוח אחד. שליש מן העובדים, שטיפלו ב־317 הקשישים שנכללו במדגם הלקוחות, נבחרו להיכלל במדגם העובדים. מתוך 106 העובדים המועסקים שבמדגם העובדים נשרו 24, בעיקר בגלל אי־אפשרות לאתר אותם. לפיכך כלל המדגם הסופי 82 עובדים.

במחקר שנערך בשנים 1996-1998 נבחרו 54 מתוך 170 הארגונים המספקים שירותים בהתאם לחלקם בכלל האוכלוסייה שבטיפול הארגונים מספקי השירותים. המדגם כלל 24 ארגונים שלא למטרות רווח ו־30 ארגונים למטרות רווח. הוא הושג על מדגם של הארגונים שהיו קיימים ב־1990-1991 והוא משקף את הגידול במספר הארגונים הפועלים במרכז הארץ.

מכשיר המחקר העיקרי היה שאלון שכלל שאלות פתוחות וסגורות. כדי לקבל נתונים מקבילים ככל האפשר מכל המקורות נבדקו פרטים דומים בכל שלוש הקבוצות הנבדקות (ארגונים, לקוחות קשישים ומגישי הטיפול בבית). השאלות הותאמו לכל אחת משלוש הקבוצות. התשובות אומתו באמצעות מקורות משלימים, כגון דוחות פעילות, דוחות וסולמות שכר, חומר בכתב שהארגונים פרסמו ונתונים סטטיסטיים שפרסם המוסד לביטוח לאומי.

ממצאים

הממצאים משווים מספר משתנים שאפיינו את הפעילות הארגונית בשתי נקודות זמן: ב־1988, מיד לאחר היכנס חוק ביטוח סיעוד לתוקף, וב־1998 - עשר שנים מאוחר יותר.

1. פריסה גיאוגרפית

פריסה גיאוגרפית הוגדרה לצורך המחקר כמספר האזורים הגיאוגרפיים שבהם הארגונים פועלים באמצעות סניפיהם. הנתונים מראים, שבשנת 1988 ההתפרסות הגדולה ביותר היתה של הארגונים שלא למטרות רווח: 86% מן הארגונים שלא למטרות רווח פעלו בתשעה אזורים שונים, בעוד שהארגונים למטרות רווח ריכזו את פעילותם בחלק אחד בלבד של מרכז הארץ בלי להפעיל סניפים באזורים האחרים של המדינה. ב־1998 הארגונים למטרות רווח הצליחו להרחיב את השירות שלהם לכל המדינה ונעשו פעילים כמעט בכל האזורים שקיבלו שירותים מן הארגונים שלא למטרות רווח. האסטרטגיה המבנית שלהם היתה לבזר שירותים באמצעות הקמת סניפים במקומות, שהיתה בהם תחרות עם ארגונים שלא למטרות רווח, ולספק שירותים בהתאם לדרישות הממשלה.

2. הלקוחות

ב־1988 מרבית הלקוחות בשני המגזרים (76%-80%) היו אלה הזכאים לשירותים מכוח חוק ביטוח סיעוד. ב־1998 המצב השתנה במקצת, למרות שמרבית הלקוחות בשני המגזרים עדיין היו אלה הזכאים לשירותים לפי חוק. ב־1998, 72% מן הלקוחות במגזר הארגונים למטרות רווח היו כאלה הזכאים לשירותים על־פי החוק, ואילו בארגונים שלא למטרות רווח, 57% מן הלקוחות היו כאלה הזכאים לשירותים על־פי החוק. שאר הלקוחות בשני המגזרים (28% ו־43% מן הארגונים למטרות רווח ושלא למטרות רווח, בהתאמה) קיבלו שירותי שיקום ושירותי טיפול בבית במימון משרד העבודה והרווחה, משרד הכיטחון וארגונים ציבוריים.

3. גיוון השירותים והתוכניות

לוח מס' 1 מגלה, שקיים דמיון כמעט מלא בהרכב ובמגוון של השירותים שסיפקו המגזרים. במהלך שתי התקופות עד שניים מן השירותים הקבועים בחוק סופקו באמצעות 70% בערך מן הארגונים. אשר לשירותים שסופקו מעבר למספר שנקבע בחוק, הארגונים למטרות רווח סיפקו מגוון רחב יותר של שירותים מזה שסיפקו הארגונים שלא למטרות רווח.

לוח מס' 1. התפלגות מספר השירותים שנקבעו בחוק ואלה שלא נקבעו בחוק, לפי סוג הארגון (ממוצעים וסטיית תקן)

מספר השירותים				
1998		1988		סוגי הארגונים
לא נקבעו בחוק	נקבעו בחוק	לא נקבעו בחוק	נקבעו בחוק	
1.3	1.2	1.7	1.9	ארגונים למטרות רווח
(0.8)	(0.8)	(1.1)	(1.3)	
1.1	1.1	1.3	1.1	ארגונים שלא למטרות רווח
(0.9)	(0.9)	(0.8)	(0.9)	

4. מימון

לוח מס' 2 מגלה רמה גבוהה מאוד של תלות במימון ממשלתי להספקת השירותים שנקבעו בחוק. בשנת 1988 באו בערך 82% ו־78% מכלל הכנסות הארגונים למטרות רווח והארגונים שלא למטרות רווח בהתאמה, ממימון הממשלה. ב־1998 התלות במימון הממשלתי הצטמצמה ל־72% בארגונים למטרות רווח ול־76% בארגונים שלא למטרות רווח.

לוח מס' 2. התפלגות מקורות המימון בארגונים (ממוצעים וסטיית תקן)

מקור המימון				
1998		1988		סוגי הארגונים
תרומות ומגביות	ממשלה (לפי חוק)	תרומות ומגביות	ממשלה (לפי חוק)	
28%	72%	17.8%	82.2%	ארגונים למטרות רווח
(21.1)	(25.3)	(12.8)	(25.3)	
24%	76%	22.2%	77.8%	ארגונים שלא למטרות רווח
(22.3)	(40.2)	(12.1)	(11.1)	

5. מבנה ארגוני

המשתנים המייצגים תכונות של מבנה ארגוני מבוססים על הנחות היסוד של התיאוריה הניאור-מוסדית. המשתנים הם רמת הפורמליזציה והרמה של מרכז-ביזור הסמכות בארגון, המתבססים על ההגדרות של הייג ואייקן (Hage and Aiken, 1967) ושל סקוט (Scott, 1992). הפורמליזציה מוגדרת בתור "המידה שבה תפקידים ויחסים נקבעים בזיקה הדדית לתכונות אישיות של ממלאי המשרות" (Scott, 1992, p. 162). מרכז-ביזור הוגדר כמידה שבה מנהלי הארגון משתפים את צוות העובדים שלהם בתהליכי קבלת ההחלטות, ביישום התוכניות ובייזומן של תוכניות חדשות (Hage and Aiken, 1967). מבחינה אופרציונלית הוגדרה הפורמליזציה כמספר ההליכים והדפוסים הפורמליים שהארגון נוקט. בתחום הנדון התבקשו המנהלים לציין האם הארגונים שלהם משתמשים במכשירים פורמליים אלה:

(1) תיאורי תפקיד כתובים.

(2) הערכות עובדים כתובות.

(3) פגישות פורמליות לעתים מזומנות לשם הערכת איכותה של העבודה.

ניתוח תשובותיהם של המנהלים העלה, שב-1988 רמת הפורמליזציה בארגונים שלא למטרות רווח היתה גבוהה יותר באופן ברור מאשר בארגונים למטרות רווח. לפי הממצאים, 71% מן הארגונים שלא למטרות רווח השתמשו לפחות בשלושה הליכים פורמליים, אבל רק 35% מן הארגונים למטרות רווח השתמשו במספר זה של הליכים ורובם השתמשו לכל היותר כהליך אחד. אולם כ-1998 גילו הממצאים, שכאשר ארגונים פרטיים למטרות רווח התרחבו ונעשו מבוססים יותר, ובעקבות המגבלות שכפתה הממשלה, חלקם היחסי של הארגונים למטרות רווח שהשתמשו לפחות בשלושה הליכים פורמליים גדל ל-65%.

המשתנה מרכז-ביזור הוגדר הגדרה אופרציונלית כמידה שבה מנהלים משתפים את צוות העובדים שלהם בתהליך קבלת ההחלטות כפי שהיא נמדדת בסולם שהטוות שלו מ-1

(מרכז רב מאוד) עד 5 (ביזור רב מאוד). ב־1988 הראו הממצאים, שהביזור היה גדול יותר בארגונים שלא למטרות רווח מאשר בארגונים למטרות רווח. כ־80% מן הארגונים שלא למטרות רווח רמת הביזור היתה גבוהה (רמה 5), ו־20% מהם היו ממורכזים במידה מעט יותר פחותה (רמה 4). לעומת זאת, רמת הביזור בארגונים למטרות רווח היתה נמוכה יחסית: רק 50% בערך דיווחו על רמת ביזור גבוהה (רמה 5), ואילו 35% בערך דיווחו על מרכז גבוה, שאפיינה אותו הפעלת סמכות ללא השתתפות העובדים (רמה 1). השאר דיווחו על רמת ביזור נמוכה מאוד (רמה 2).

הממצאים משנת 1998 גילו צמצום ברור של ההבדלים בתחום זה עקב ההתרחבות הגיאוגרפית הגדולה של סניפי הארגונים למטרות רווח. כתוצאה מכך היתה האצלה אינטנסיבית של סמכויות ליחידות אלה במאמץ להעניק להם אוטונומיה ולאפשר להם לתת מענה במהירות לצרכים המתעוררים בסביבת-המשימה שלהם. ואמנם, נמצא ש־70% מן הארגונים למטרות רווח התאפיינו ברמת ביזור גבוהה (רמה 5) בנוגע לכל המשתנים הקשורים להספקת השירותים.

6. פיקוח ובקרה

הפיקוח מהווה בעיה מרכזית בשני המגזרים. ניתוח משווה בין המגזרים למטרות רווח לאלה שלא למטרות רווח מעלה, שהארגונים שלא למטרות רווח השקיעו בתחום זה משאבים רבים יותר מכפי שמשקיעים הארגונים למטרות רווח. יש הסוברים, שארגונים למטרות רווח רואים בשימוש בטכנולוגיות פיקוח שונות הוצאה שעלולה להקטין את רווחיהם, אבל ארגונים שלא למטרות רווח רואים בכך השקעה לשם שיפור איכות השירותים שלהם. פיקוח בסוג זה של ארגון נתפס כבעיה, מאחר שאת שירותי הטיפול בבית נותנים עובדים המתפקדים כתנאים שאינם גלויים בקלות לעיני הארגון. אף-על-פי שהארגונים קובעים כללים, הליכים ודרישות להשגחה ולדיווח, הם עומדים בפני אותה דילמה של "ביורוקרטיה ברמת רחוב" (Lipsky, 1980). העובדים מרוחקים ממרכז הפיקוח של הארגון בעוד שהארגון תלוי בהם מאוד בכל הנוגע למידע הנחוץ כדי לפקח על השירותים. העובדים יכולים להפעיל מידה רבה של שיקול דעת ביחסי הגומלין שלהם עם לקוחות, ואילו הארגונים מוגבלים ביכולתם לגלות סטיות מן הכללים, במיוחד כאשר הלקוחות או העובדים בוחרים להתעלם מהם.

בשל כך, שיטה נפוצה אחת שארגוני ההספקה משתמשים בה היא להשתמש בלקוחות ובמשפחותיהם כבסוכני פיקוח בתור תחליף או השלמה לפעילויות הפיקוח שלהם. לאסטרטגיה זו יש היתרון הברור של הפחתת עלויות מינהליות (Handler, 1990). אולם, בשעה שהוא בוחר בשיטה זו הארגון נשען על מערכת פיקוח מגיבה, שגם היא מעבירה חלק מן האחריות לכישלון המערכת אל הלקוחות. אין ספק, שכאשר ארגונים מאמצים אסטרטגיית פיקוח פעילה ומקיימים שותפות פעילה עם הלקוחות ועם משפחותיהם, גם

הלקוחות וגם הארגונים יוצאים נשכרים (Donovan, 1989; Woerner, 1989; Cowart, 1996).

ארגונים משני המגזרים משתמשים במגוון של שיטות פיקוח ובקרה, כגון ביקורים מתוכננים או ביקורי פתע של עובדים סוציאליים או של אחיות בבית הלקוח ושיחות טלפון עם הלקוחות ועם בני משפחותיהם.

בלוח מס' 3 מוצגים מדדים משוקללים לעוצמת הפיקוח בארגונים, כולל טכניקות הפיקוח השונות שנוכרו לעיל. הלוח מראה, שעוצמת הפיקוח היא נמוכה עד מתונה, עם יתרון קל לארגונים שלא למטרות רווח. אולם, בעוד שעוצמת הפיקוח היתה גדולה בהרבה בארגונים שלא למטרות רווח ב־1988 (3.52 לעומת 2.52), הארגונים למטרות רווח הצליחו לסגור את הפער ב־1998, שבה ההבדל בין שני המגזרים היה זניח (2.72 לעומת 2.75, בהתאמה).

לוח מס' 3. רמת הפיקוח בארגונים (אינדקסים כוללניים)*

1998	הרמה			סוגי הארגונים
	מדר כולל	מדר 2	מדר 1	
2.72	0.21	0.61	2.52	ארגונים למטרות רווח
(1.16)	(0.12)	(0.44)	(1.16)	
2.75	0.39	0.75	3.52	ארגונים שלא למטרות רווח
(1.16)	(0.24)	(0.51)	(1.18)	

* על סולם בן 5 דרגות, שהטווח שלו מ־1 ("רמה נמוכה") עד 5 ("רמה גבוהה").
 מדרד 1. מספר הפעמים שהופעלו בהם אמצעי פיקוח שונים ביחס למשך זמן הטיפול של המטפלת בקשיש.
 מדרד 2. מספר הפעמים שהופעלו בהם אמצעי פיקוח שונים ביחס למשך הזמן שהקשיש נמצא בטיפול הארגון.

7. ניהול משאבי אנוש

(א) הרכבו של הצוות המינהלי והמקצועי. בלוח מס' 4 מוצג הרכבו המינהלי והמקצועי של הצוות המועסק בכל אחד מסוגי הארגונים. הצוות המינהלי כלל את מנהלי הארגון, ואילו הצוות המקצועי כלל עובדים סוציאליים, אחיות, מפקחים ונותני השירותים. הלוח מראה, שב־1988 אחוזי הצוותים המינהליים והמקצועיים היו גבוהים יותר בארגונים שלא למטרות רווח מאשר בארגונים למטרות רווח (9.7 ו־9.6 לעומת 4.7 ו־2.3, בהתאמה). ב־1998 הצטמצמו ההבדלים בחלקו של הצוות המינהלי, וחלקו של הצוות המקצועי בארגונים שלא למטרות רווח קטן במידה רבה. אולם, ב־1998 חלקו של הצוות המקצועי בארגונים למטרות רווח (9.4) היה גבוה בהרבה מאשר בארגונים שלא למטרות

לוח מס' 4. אחוז אנשי הסגל המינהלי והמקצועי (ממוצעים וסטיית תקן)

מקצועי	השנה		מקצועי	מינהלי	סוגי הארגונים
	1998	1988			
9.40	3.62	2.30	4.70	ארגונים למטרות רווח	
(10.54)	(4.58)	(3.5)	(5.2)		
4.00	4.00	9.60	9.70	ארגונים שלא למטרות רווח	
(5.75)	(5.87)	(7.3)	(11.0)		

רווח (4.0), שחלה אצלו ירידה גדולה באחוז אנשי הצוות המקצועי לעומת השיעור ב-1988 (9.6).

(ב) הכשרה ופיתוח. תוכניות הכשרה ופיתוח כוללות הדרכה אישית, הדרכה קבוצתית, סמינרים וקורסים להכשרה מקצועית ייעודית. הלוחות שלהלן מציגים נתונים על אחוז העובדים העוסקים בטיפול בית שהשתתפו בתוכניות הכשרה בתקופה שמאז היכנס החוק לתוקפו. נוסף על כך, הלוחות מציגים מדדים כלליים למידת האינטנסיביות של ההכשרה הניתנת לעובדים בטיפול בית ולעובדים סוציאליים המועסקים בארגונים לטיפול בית, כמתחייב מן החוק.

לוח מס' 5 מראה, שבשנה הראשונה לאחר היכנס חוק ביטוח סיעוד לתוקף חלקם של העובדים בטיפול בית בתוכניות הכשרה היה גבוה יותר בארגונים שלא למטרות רווח מאשר בארגונים למטרות רווח (48.8% לעומת 33.5%, בהתאמה). אולם, מאז 1992 חלקם של עובדי הארגונים למטרות רווח בתוכניות הכשרה גדל בהתמדה והגיע ב-1998 ל-47%, לעומת 20% בארגונים שלא למטרות רווח. בדיקת הרמה של ההכשרה הניתנת למטפלי ולמטפלות בית ולעובדים סוציאליים (לוח מס' 6) מעלה, שבעוד שארגונים שלא למטרות רווח סיפקו ב-1988 תוכניות הכשרה אינטנסיביות יותר, כעבור עשור רמת ההכשרה בשני המגזרים היתה פחות או יותר דומה. ב-1988 במיוחד היה לארגונים למטרות רווח יתרון קל

לוח מס' 5. אחוז המטפלים והמטפלות המשתתפים בתוכניות הדרכה והכשרה

1998	השנה					1988	סוג הארגון
	1996	1995	1994	1992			
47	42	43	47	50	33.5	ארגונים למטרות רווח	
(31.0)	(30.0)	(32.0)	(34.0)	(34.0)	(25.4)		
20	21.5	18.4	34	20	48.8	ארגונים שלא למטרות רווח	
(9.3)	(10.0)	(15.4)	(15.5)	(0.10)	(14.0)		

לוח מס' 6. רמת ההכשרה של המטפלים והמטפלות ושל עובדים סוציאליים*

סוגי הארגונים	השנה		השנה	
	1988	1998	1988	1998
ארגונים למטרות רווח	מטפלים ומטפלות	עובדים סוציאליים	מטפלים ומטפלות	עובדים סוציאליים
	1.9	3.77	1.2	2.97
	(5.3)	(0.77)	(2.6)	(1.01)
ארגונים שלא למטרות רווח	מטפלים ומטפלות	עובדים סוציאליים	מטפלים ומטפלות	עובדים סוציאליים
	3.3	3.55	1.3	3.10
	(8.2)	(0.61)	(1.5)	(1.31)

* על סולם בן 5 דרגות, שהטווח שלו מ-1 ("רמה גבוהה") עד 5 ("רמה גבוהה").

בהכשרת מטפלי ומטפלות בית, ואילו לארגונים שלא למטרות רווח היה יתרון קל בהכשרת עובדים סוציאליים.

(ג) תחלופת אנשי צוות והיעדרויות. לוח מס' 7 מראה, שב-1988 שיעורי התחלופה של אנשי הצוות וההיעדרויות היו הרבה יותר גבוהים בארגונים למטרות רווח מאשר בארגונים שלא למטרות רווח (44.7% ו-80.2% לעומת 28.3% ו-36.1% בהתאמה). אולם, ב-1998 התחלופה וההיעדרויות פחתו מאוד בשני המגזרים. ביתר פירוט, שיעור התחלופה של עובדי הארגונים למטרות רווח היה גבוה מאשר בארגונים שלא למטרות רווח (7.8% ו-0.5%, בהתאמה), ואילו שיעור ההיעדרויות בארגונים למטרות רווח היה גבוה יותר מאשר בארגונים למטרות רווח (26.5% ו-21%, בהתאמה).

לוח מס' 7. תחלופת עובדים והיעדרות עובדים (ממוצעים וסטיית תקן)

סוגי הארגונים	השנה		השנה	
	1988	1998	1988	1998
ארגונים למטרות רווח	תחלופה	היעדרות	תחלופה	היעדרות
	44.7	80.2	7.8	21.0
	(34.1)	(115.1)	(8.75)	(22.6)
ארגונים שלא למטרות רווח	תחלופה	היעדרות	תחלופה	היעדרות
	28.3	36.1	0.5	26.5
	(16.8)	(46.7)	(0.71)	(24.3)

8. יעילות הטיפול

יעילותו של השירות הוגדרה על-פי מספר מדדים, כולל מידת הכיסוי של שעות הטיפול, מידת ההתאמה של השירותים לצרכים של הקשישים הסיעודיים, שביעות הרצון ממגישי הטיפול בבית ושיעור התלונות של הלקוחות הקשישים.

לוח מס' 8 מראה, שההבדלים במדדים של יעילות השירות פחתו מאז 1988 עד 1998. דבר זה נכון במיוחד לגבי מידת הכיסוי של שעות הטיפול, שהוגדרה כיחס בין מספר שעות הטיפול השבועיות שקיבל הקשיש הסיעודי בפועל ובין מספר השעות, שהיה הלקוח הקשיש זכאי להן לפי החוק. נוסף על כך, הממצאים גילו, שפחתו ההבדלים במידת ההתאמה של השירותים שסופקו ללקוחות הקשישים במשך העשור, עם יתרון קל לארגונים למטרות רווח. התאמת השירותים הוגדרה במונחים פיזיים ונפשיים: תרבות, שפת הדיבור, מין המטפל ושביעות רצון מן העובדים. גם שיעור התלונות שהגישו הלקוחות הקשישים על השירותים שסיפקו הארגונים היה נמוך מאוד.

לוח מס' 8. דרגת יעילות השירות של הארגון

		השנה							
		1988		1988		1988			
סוגי הארגונים	כיסוי שעות הטיפול*	התאמת השירות לקשיש**	שביעות רצון מן המטפל או המטפלת**	תלונות* ¹	כיסוי שעות הטיפול*	התאמת השירות לקשיש**	שביעות רצון מן המטפל או המטפלת**	תלונות* ²	
ארגונים למטרות רווח	92 (0.2)	3.96 (2.0)	4.02 (2.0)	6 (17.0)	98 (0.5)	4.15 (2.0)	4.30 (2.1)	3.55 (1.07)	
ארגונים שלא למטרות רווח	98 (0.3)	4.12 (2.0)	4.20 (2.0)	5 (29.0)	98 (0.3)	4.12 (2.0)	4.25 (2.0)	3.87 (0.68)	

* באחוזים.

** בסולם בן 5 דרגות, שהטווח שלו מ-1 ("רמה נמוכה") עד 5 ("רמה גבוהה").

9. הקשר בין סביבת-המשימה, האסטרטגיה, המבנה הארגוני ויעילות השירות

בשנים הראשונות ליישום החוק הארגונים שלא למטרות רווח תפקדו במידה רבה למדי של יציבות, מאחר שהובטח להם זרם מתמיד של משאבים הודות לקשרים ההדוקים שהיו בינם ובין הממשלה בטרם נחקק החוק. בתנאי יציבות אלה המבנה הארגוני שלהם נטה להיות פורמלי יותר, והם אימצו לעצמם אסטרטגיה של התמחות, שהצטמצמה למספר מועט של שירותים. זאת ועוד, הארגונים שלא למטרות רווח הקפידו על פיקוח ובקרה הדוקים יותר ואת השירותים שלהם אפיינה יעילות רבה יותר מזו של השירותים של הארגונים למטרות רווח. לעומתם, הארגונים למטרות רווח היו חדשים יחסית בשוק, הם פעלו בסביבה שהתאפיינה באי-ודאות ובאי-יציבות, במיוחד מבחינת הקשרים בינם ובין הממשלה. היה עליהם לרכוש את אִמון הממשלה ביכולתם לספק שירותים כדי להבטיח הזרמת משאבים קבועה. תקופת החיפוש והחיזור עם הממשלה אילצה את הארגונים למטרות רווח לאמץ

לעצמם אסטרטגיה של כוללנות ולספק מגוון שירותים כדי למנוע את הסיכונים שאיימו על הישרדותם. יתרה מזו, גם המבנה הארגוני הלא יציב שלהם השפיע על איכות הבקרה והפיקוח. כתוצאה מכך יעילות השירות שלהם היתה נמוכה בהשוואה לזו של הארגונים שלא למטרות רווח.

בין השנים 1995-1998 המגזר שלא למטרות רווח הגדיל את חלקו בשוק. הארגונים למטרות רווח הצליחו לבסס קשרים עם הממשלה ודבקו במידה רבה בסטנדרטים של הממשלה, בתקנותיה ובהליכים שהנהיג המוסד לביטוח לאומי. באופן זה הם הבטיחו זרימה קבועה של משאבים, וסביבת-המשימה שלהם נעשתה ודאית ויציבה יותר. במקביל הם הגדילו את השקעתם בפיקוח ובקרה על העובדים. יתרה מזו, התלות שלהם במשאבים ממשלתיים והצורך להתאים את עצמם לסטנדרטים של הממשלה גרמו לכך, שהמגזר הפועל למטרות רווח יאמץ לעצמו מבנה פורמלי ובירוקרטי יותר ויתמקד בהספקת השירותים כנדרש בחוק. בסופו של דבר ארגונים אלה נעשו דומים לארגונים שלא למטרות רווח בכל הפרמטרים הקשורים ליעילות השירות ולשביעות הרצון של הלקוחות.

דיון

חוק ביטוח הסיעוד הישראלי חולל שינויים חשובים בהספקת שירותי טיפול בבית לקשישים הסיעודיים. בעוד שבעבר שירותים אלה סופקו על בסיס של התנדבות, עתה הם ניתנים לפי חוק.

החוק הביא ליצירת תעשייה חדשה בישראל, של שירותי טיפול בית. תעשייה זו כוללת ארגונים שלא למטרות רווח וגם ארגונים למטרות רווח, המספקים שירותי טיפול בבית. החוק יצר גומחה אקולוגית חדשה, שהתרחבה והשתנתה בעשור הראשון ליישום החוק. החוק גם האיץ בישראל הפרטה חסרת תקדים של השירותים הממשלתיים האישיים והחברתיים (Brodsky and Habib, 1997).

השנים הראשונות לאחר חקיקת החוק התאפיינו ברמות גבוהות של חוסר יציבות, אי-ודאות ואי-יציבות ביחסים שבין הממשלה לספקים - כולם סימנים המעידים על תעשייה הפועלת בסביבה מעורבלת. דבר זה נכון במיוחד לגבי ארגונים למטרות רווח, שהיו חדשים יחסית בשוק שירותי הטיפול בבית. אמנם הם קיבלו הסמכה רשמית, אבל היה עליהם להשיג הכרה פורמלית ולא פורמלית מן הממשלה וגם מן הלקוחות הקשישים וממשפחותיהם. בהתחלה לא היתה לממשלה וגם לא ללקוחות גישה למידע מהימן על ההתנהגות הארגונית ועל האיכות של השירותים שארגונים למטרות רווח מספקים, אף-על-פי שהשירותים הוגדרו בידי הממשלה (Schmid, 1993). לעומת זאת, ארגונים שלא למטרות רווח כבר ביססו קשרים עם הממשלה ופעלו בסביבה יציבה, שהם היו בה הספקים היחידים לפני שנחקק החוק. במשך העשור התחוללו בשוק שינויים גדולים, קודם כל עקב

גידולה של אוכלוסיית הקשישים הסיעודיים וגידול במספר הספקים למטרות רווח של שירותי הטיפול בבית. במקביל, אי-הוודאות בשוק פחתה כאשר ארגוני השירות והממשלה רכשו מידע נוסף על הצרכים של לקוחות קשישים ועל מענים נאותים לצרכים אלה. לפיכך, כאשר קבעה הממשלה את מספרם של ספקי השירות, השוק התייצב. בניגוד למדינות אחרות כמו ארצות-הברית, שיעור התמותה של ארגונים אלה בישראל הוא מזערי. ניתן לייחס עובדה זו לתלותם הגדולה של הארגונים הללו במימון ממשלתי, המבטיח זרימה יציבה של משאבים כל עוד הארגונים מצייתים לדרישותיה של הממשלה.

מרבית הארגונים בשני המגזרים מספקים אפוא את השירותים המתחייבים מן החוק ולא פיתחו שירותים חדשים, כגון טיפול יום, הסעות או שירותים אחרים. מצב דומה נמצא גם במדינות נוספות, שבהן המדינה מוסרת שירותים בקבלנות לספקים למטרות רווח ושלא למטרות רווח (Davis Smith and Hedley, 1993; Hoyes and Means, 1991). במשך השנים התלות ההדדית בין ספקי השירותים לממשלה שימרה את האיזון העדין ביניהם (ראו גם Deakin, 1996; Lewis, 1996). בעוד שהארגונים תלויים בממשלה לקבלת משאבים (דהיינו, לקוחות), הממשלה תלויה בארגונים כדי לספק שירותים ל-97,500 לקוחות קשישים סיעודיים. עקב תלות זו וכדי לא לפגוע בקשישים, הארגונים המשיכו להתקיים כמו זרוע ארוכה של הממשלה, המאפשרת לה למלא את דרישות החוק. נוסף על כך, כוחה של הממשלה להטיל עונשים על ספקי השירותים מוגבל עקב אינטרסים ציבוריים וחוקיים. בזמן, אף-על-פי שהממשלה יכולה להתערב בפעילותם של הארגונים הללו או להפסיקם, יש מגבלות חוקיות, כגון חוק חופש העיסוק, אשר מבטיחות את מעמדם העצמאי. יתרה מזו, סיום חוזה בין הממשלה לארגוני ההספקה כרוך בתהליכים ממושכים ומורכבים המעוררים קשיים חוקיים וביורוקרטיים. אלה הרתיעו את הממשלה מלנקוט צעדים. נוסף על כך, השוק מורכב מקבוצות אינטרסים ציבוריים ופרטיים המגינים על ספקי השירותים ויש להן אינטרס להמשיך להתקיים עקב קשרים פורמליים ולא פורמליים ביניהן. לדוגמה, ארגון הגג של "העמותות למען הזקן" יעשה כל מה שביכולתו כדי להגן על הארגונים הללו ולהבטיח את קיומם. בדומה, גופים ציבוריים ופרטיים מפעילים לחץ גלוי וסמוי כדי להבטיח זרימת מימון לארגונים, שיש להם אינטרס בקיומם.

ניתוח השוואתי של תפקודם של הארגונים בשני המגזרים במשך שתי התקופות חושף דמיון ועקביות בהתנהגותם, וככל שהזמן חולף, ההבדלים נראים פחות לעין. הארגונים למטרות רווח הרחיבו את הפריסה הגיאוגרפית שלהם ברחבי המדינה כדי להתחרות ביעילות עם ארגונים שלא למטרות רווח. זאת ועוד, מדיניות הממשלה עודדה ארגונים למטרות רווח לפתוח סניפים ברחבי הארץ כדי לענות על צרכים של לקוחות הזכאים לקבל שירותים מכוח החוק. הדמיון המבני בין הארגונים של שני המגזרים גדל גם כתוצאה מאילוצים שכפה החוק ומדרישות הממשלה (שוויון-צורה כופה). הממשלה חייבה ארגונים להעסיק צוות מקצועי כמו עובדים סוציאליים, שיפקח על נותני הטיפול בבית נוסף על הכנת הדוחות הסדירים על התוכניות ועל שעות הטיפול והדוחות הכספיים. אף-על-פי שלא

תמיד שיטה זו פעלה בהצלחה, הסטנדרטים של פיקוח ובקרה שכפתה הממשלה גרמו לכך שהארגונים יאמצו לעצמם דפוסי פעולה דומים.

עוד יש לציין, שככל שגדל היקף הפעילות של הארגונים לטיפול בית בעקבות גידולה של אוכלוסיית הלקוחות, הארגונים נעשו יותר ויותר פורמליים וביורוקרטיים. תופעה דומה קיימת גם במדינות נוספות הנוקטות אסטרטגיה של מסירת השירותים בקבלנות (Common and Flynn, 1992). אולם, יש גם ראיות להיפוכו של דבר, המצביעות על כך שבעיות של גידול ושל פורמליזציה בארגון של ספק השירות היו צצות גם בלי קשר להסדרי הקבלנות (Hedley and Rochester, 1991, סעיף 13.6). באופן כללי, פורמליזציה מתרחשת כאשר ארגונים גדלים, מתרחבים ומגיעים לשלב, שבו עליהם להתאים את המבנה הלא-פורמלי שלהם במהלך מעגל החיים שלהם. את השלב הזה מאפיין צורך לקבוע תקנות, תהליכים והליכי עבודה כתנאי להשגת יעילות ארגונית. ארגונים שגדלים אינם יכולים להימנע משלב זה של מעגל החיים, למרות טבעם של החוזים שלהם עם הממשלה. קווי הדמיון בין ארגונים לטיפול בית במגזרים למטרות רווח ושלא למטרות רווח נובעים גם מהכרתם, שכדי להגיע לרמה משביעה רצון של יעילות עליהם לאמץ טכנולוגיות ניהול מתקדמות ובמידת מה לבסס את הפעילויות על תמחור, בקרה, מימון ושיווק (שוויין-צורה של חיקוי).

גם ההבדלים ברמות הפיקוח, הבקרה וההכשרה נעשים מובחנים פחות ככל שחולף הזמן. בעוד שבהתחלה ארגונים שלא למטרות רווח התאפיינו ברמת יעילות גבוהה מזו של הארגונים למטרות רווח, במהלך העשור הראשון נעלמו ההבדלים. הספקים הפועלים למטרות רווח השקיעו מאמצים גדולים בפיתוח שיטות פיקוח על הספקת השירותים ועל איכותם. כמו-כן, הם השקיעו הרבה בהכשרה ובפיתוח מקצועי של העובדים (בתמיכה ממשלתית). מאמצים אלה הושפעו מדרישותיה של הממשלה, וכמידת מה גם מן ההתערבות בענייניהם הפנימיים של הארגונים התלויים במשאבי הממשלה. התערבות כזאת כללה קביעת סטנדרטים לבקרה ולפיקוח ואכיפת הליכים ברורים וקריטריונים להכשרתם ולהדרכתם של העובדים בטיפול בית. אין ספק, שהדינמיקה בתוך ארגונים אלה תרמה להגדלת יעילותם. זו היתה תוצאה של הסטנדרטים שכפתה עליהם הממשלה וגם של החיפוש אחר דרכים לספק שירותים באופן יעיל ומרשים יותר, או של מאמצים להשיג איזומורפיזם נורמטיבי בדרך של העברת נורמות מקצועיות.

יתר על כן, ההבדלים בתחלופת הצוות ובשיעורי ההיעדרות פחתו במהלך העשור. בשנים הראשונות ליישום החוק התחלופה וההיעדרויות מעבודה היו גבוהות בארגונים למטרות רווח יותר מאשר בארגונים שלא למטרות רווח, שאפיינה אותם מידה רבה של יציבות. כעבור עשור, כאשר התייצבו שוק השירות לטיפול בית ומספר ספקי השירותים, תחלופת הצוות וההיעדרויות פחתו. כנראה שניתן לזקוף את הדבר לכך, שהארגונים ביססו את הטכנולוגיות ואת הליכי העבודה שלהם והגיעו להבנה טובה יותר של השוק ושל תנאי

העבודה. זאת ועוד, ניתן לזקוף את ירידת התחלופה וההיעדרויות לשיעור האבטלה הגבוה יחסית בארץ (9%) בחלקו האחרון של העשור שנבדק במחקר זה.

לבסוף, ההבדלים ביעילותו של השירות פחתו לפי כל הפרמטרים, כך שב-1998 כמעט אי-אפשר היה להבחין בין שני המגזרים. הארגונים למטרות רווח הגדילו את יעילותם בדרך של התאמת שירותיהם לצורכי הלקוחות ובאמצעות הגדלת ההתאמה בין נותני הטיפול בבית ובין הלקוחות הקשישים. בו בזמן נעשו מאמצים ממושכים לספק את טווח השירותים המתחייבים מתוכנית הטיפול של הממשלה.

קווי הדמיון המתחזקים בין התנהגותם של הארגונים למטרות רווח לזו של ארגונים שלא למטרות רווח מעוררים שאלות לגבי שתי הסוגיות העיקריות הקשורות למעמד החוקי ולתפקוד של ספקי הטיפול בבית בשני המגזרים. שאלה אחת מתייחסת לאילוף של אי-חלוקה, האוסר על חלוקת רווח שיווי לחברי הארגון, כגון מנהלים, פקידים, או חברים (Hansmann, 1980; 1987). על ארגונים שלא למטרות רווח לא נאסר לעשות רווח. אדרבה, עליהם להקצות כל משאב עודף למימוןם של שירותים עתידיים ולפיתוחם של שירותים חדשים. לפי אילוף אי-החלוקה, אלה המנהלים את הארגונים מוגבלים ביכולתם להפיק תועלת אישית מהספקת שירותים באיכות נמוכה. לפיכך, יש להם תמריץ קטן יותר לנצל את לקוחותיהם מאשר למנהלי ארגונים למטרות רווח.

על בסיס הנחות אלה לקוחות נוטים לראות בארגונים שלא למטרות רווח ספקים אמינים יותר מאשר הספקים העובדים למטרות רווח. לדוגמה, הם סבורים, שארגונים שלא למטרות רווח לא יורידו את איכות השירותים, מכיוון שלמנהליהם אין כל מגיע אישי או אופורטוניסטי להגדיל את הרווח האישי על חשבון הלקוחות. הממצאים שדווח עליהם במאמר זה אינם מאששים הנחה זו. ההבדלים בין מידת היעילות והתועלת בין ארגונים למטרות רווח ובין ארגונים שלא למטרות רווח פחתו במהלך השנים, ושני המגזרים החלו לחקות זה את זה ואימצו לעצמם טכנולוגיות שירות ותוכניות דומות. יתרה מזו, לקוחות של ארגונים בשני המגזרים ביטאו מידות דומות של שביעות רצון מן השירותים שסופקו להם. בהקשר זה יש לציין, שאף-על-פי כן חוקרים אחדים טוענים, שהממצאים על רמה גבוהה יותר יחסית של אמון שביטאו לקוחות של ארגונים שלא למטרות רווח, נתונים בספק. המצדדים בהשקפה זו הביעו ספקות לגבי התנהגותם של מנהלי ארגונים שלא למטרות רווח המאמצים שיטות עבודה מסחריות ועסקיות, שמתאימות יותר למגזר הפועל למטרות רווח (Barras, 1994; Young, 1995).

הסוגיה השנייה נוגעת למיסוי. ליתר דיוק, ארגונים שלא למטרות רווח לא ניצלו את הפטור שלהם ממס ערך מוסף. הטבה זו אפשרה להם לתת שעות טיפול רבות יותר מכפי שנתנו ארגונים למטרות רווח ולמשוך אליהם יותר לקוחות. אף-על-פי כן, הממצאים מלמדים, שארגונים למטרות רווח מגדילים בהתמדה את חלק השוק שלהם בגלל שתי סיבות עיקריות. הסיבה האחת היא, שהממשלה עודדה הקמת ספקים פרטיים של טיפול בית, בעיקר כדי למנוע הישענות חזקה מדי על ארגונים שלא למטרות רווח כספקי טיפול

בית בלעדיים. דבר זה מסביר את מחויבותה של הממשלה לארגונים למטרות רווח ומדוע הממשלה הפנתה לקוחות למגזר הפועל למטרות רווח. שנית, ארגונים למטרות רווח הגדילו את חלקם בשוק השירותים לטיפול בית בגלל העמדות שביטאו קובעי המדיניות הממשלתית כלפי ארגונים שלא למטרות רווח. ביתר דיוק, קובעי המדיניות ציירו את הארגונים שלא למטרות רווח כארגונים ציבוריים, שמאפיינים אותם ביורוקרטיה והליכים פורמליים נוקשים. לעומת זאת, הם ציירו את הארגונים למטרות רווח כמעודדים יעילות וחדשנות, מדכאים ביורוקרטיה ומגלים גמישות בעבודה; כל אלה גותנים להם יתרון על-פני הארגונים שלא למטרות רווח. התוצאה הישירה הייתה גידול חלקם של הספקים הפועלים למטרות רווח בשוק השירותים לטיפול בית.

סיכום

המאמר הציג את המקרה של חוק מדינה מתקדם, שנועד להבטיח את איכות החיים ואת הרווחה של קשישים סיעודיים. החוק ניסה להשפיע השפעה של ממש על תפקודם של הארגונים המספקים שירותי טיפול בבית. מקורה של השפעה זו הוא התלות ההדדית בין אותם ארגונים ובין הממשלה. תלות הדדית זו נובעת מן הצורך של הארגונים במשאבים, שהממשלה מפקחת עליהם, ומשאפתה של הממשלה להבטיח את ההמשכיות של השירותים לקשישים ואת איכותם. ביתר דיוק, תלות זאת נובעת מן האסטרטגיה הממשלתית של מסירת השירותים בקבלנות לארגוני ספקים. הממשלה רצתה לחסוך בעזרת אסטרטגיה זו הוצאות על הביצוע ועל השכר, המטילות עליה עומס כספי כבד. הממשלה העדיפה להאציל סמכויות להספקת שירותים לארגונים המעסיקים באופן שוטף 60,000 עובדים. בעשותה זאת הממשלה התמקדה בהקמת צוות מטה קטן יחסית, האחראי לקביעת סטנדרטים ולבקרה על עבודתם של הארגונים. לפיכך, הממשלה פיתחה תלות רבה ביותר בארגוני הספקים כחלק מן המחויבות שלה לאלפי קשישים סיעודיים.

ואחרון אחרון, מאחר שחוק ביטוח סיעוד טשטש הבדלים בין הארגונים של שני המגזרים, יש להסיט את מוקד תשומת הלב מן השאלה מי מספק שירותים לשאלה כיצד השירותים מסופקים וכיצד ניתן לשפרם (Schmid, 2000b). מחקר שייערך בעתיד יוכל לעסוק בשאלה זו, נוסף על התייחסות לנושאים אחרים הקשורים לאסטרטגיות ארגוניות, לטכנולוגיות שירות, למקורות מימון ופיתוח מקצוענות במאמץ להבטיח את יעילותם של הארגונים המספקים טיפול בית ואת איכותם של השירותים שהם מספקים.

ביבליוגרפיה

- בן-צבי, ברכה (1989), "תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעודי, לרווחתם של זקנים סיעודיים", בטחון סוציאלי, 34: 49-60.
- יאנג, ד' (1995), גבולות, אזורי חיץ וגשרים: תפקידם המשתנה של ארגונים שלא למטרות רווח בכלכלה מעורבת, ירושלים: בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים. מכון ברוקדייל ואשל (1998), הקשישים בישראל: סטטיסטיקה שנחית 1998, ירושלים.
- Aldrich, H.E. and Pfeffer, J. (1976), "Environments of organizations", *Annual Review of Sociology*, 2: 79-105.
- Applebaum, R.A., Christianson, J.B., Harrigan, M. and Schore, J. (1988), "The evaluation of the national long-term care demonstration: The effect of channeling on mortality, functioning and well-being", *Health Services Research*, 23(1): 143-159.
- Barras, J.R. (1994), *The Tax-free Zone*, Washington City: Paper, December 2, pp. 19-32.
- Blau, P.M. (1964), *Exchange and Power in Social Life*, New York: Wiley.
- Brint, S. and Karabel, J. (1991), "Institutional origins and transformations: The case of American community colleges", in: Powell, W.W. and DiMaggio, P.J. (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, Ill.: The University of Chicago Press.
- Brodsky, J. and Habib, J. (1997), "New developments and issues in home care policies", *Health Provision, Disability and Rehabilitation Journal*, 18(4): 150-154 (special issue).
- Cohen, S. (1988), "The Long-term Care Insurance Law: Background, principles and organization toward implementation", *Social Security: Journal of Welfare and Social Security Studies*, Special English Edition, pp. 4-22.
- Common, R. and Flynn, N. (1992), *Contracting for Care*, New York: Joseph Rowntree Foundation.
- Cowart, M.E. (1996), "Long-term care policy and the American family", *Journal of Aging and Social Policy*, 7(3-4): 169-184.
- Cress, D. and Snow, D.A. (1996), "Mobilizing at the margins: Resources, benefactors, and the viability of homeless social movement organizations", *American Sociological Review*, 61: 1089-1109.
- D'Aunno, T., Sutton, R. and Price, R. (1991), "Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment units", *Academy of Management Journal*, 34: 636-661.
- Davis Smith, J. and Hedley, R. (1993), *Volunteering and the Contract Culture*, Berkhamsted, U.K.: Volunteer Centre.
- Deakin, N. (1996), "What does contracting do to users?", in: Billis, D. and Harris, M. (eds.), *Voluntary Agencies, Challenges of Organization and Management*, London: Macmillan, pp. 113-129.
- DiMaggio, P.D. and Powell, W. (1983), "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", *American Sociological Review*, 48: 147-160.

- Donovan, R. (1989), "We care for the most important people in your life: Home care workers in New York City", *Women's Studies Quarterly*, 1-2: 56-65.
- Edelman, L. (1992), "Legal ambiguity and symbolic structures: Organizational mediation of civil rights law", *American Journal of Sociology*, 97: 1531-1576.
- Elsbach, K. and Sutton, R. (1992), "Acquiring organizational legitimation through illegitimate actions: A marriage of institutional and impression management theories", *Academy of Management Journal*, 35: 699-736.
- Emerson, R.M. (1962), "Power-dependence relations", *American Sociological Review*, 27: 31-41.
- Hage, J. and Aiken, M. (1967), "Relationship of centralization to other structural properties", *Administrative Science Quarterly*, 12: 73-92.
- Han, S.K. (1995), "Mimetic isomorphism and its effect on the audit service market", *Social Forces*, 73: 637-664.
- Handler, J. (1990), *Law and the Search for Community*, Philadelphia, Pa.: University of Pennsylvania Press.
- Hansmann, H. (1980), "The role of nonprofit enterprise", *Yale Law Journal*, 89: 835-901.
- Hansmann, H. (1987), "Economic theories of nonprofit organizations", in: Powell, W.W. (ed.), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, New Haven, Conn.: Yale University Press, pp. 27-42.
- Hasenfeld, Y. (2000), "Social welfare administration and organizational theory", in: Patti, R. (ed.), *Handbook of Social Welfare Management*, Newbury Park, Calif.: Sage, pp. 89-112.
- Hedley, R. and Rochester, C. (1991), *Contracts at the Crossroads*, Association of Crossroads Care Attendant Schemes.
- Hoyes, L. and Means, R. (1991), *Implementing the White Paper on Community Care*, Bristol, England: School for Advanced Urban Studies.
- Kane, R. and Kane, R. (1987), *Long-term Care*, New York: Springer.
- Knapp, M., Kendall, J. and Forder, J. (1999), "Is the independent sector important in social care?", *PSSRU Bulletin*, 11: 14-17 (February).
- Lewis, J. (1996), "What does contracting do to voluntary agencies?", in: Billis, D. and Harris, M. (eds.), *Voluntary Agencies, Challenges of Organization and Management*, London: Macmillan, pp. 98-112.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level Bureaucracy*, New York: Russell Sage Foundation.
- Litwin, H. and Lightman, E. (1996), "The development of community care policy for the elderly: A comparative perspective", *International Journal of Health Services*, 26(4): 691-708.
- Meyer, J.W. and Rowan, B. (1977), "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83: 340-363.
- Meyer, J.W. and Rowan, B. (1983), "The structure of educational organizations", in: Meyer, J.W. and Scott, W.R. (eds.), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*, Beverly Hills, Calif.: Sage, pp. 71-98.
- Meyer, J.W., Scott, W.R., Strang, D. and Creighton, A.L. (1988), "Bureaucratization without centralization: Changes in the organizational system of U.S. public education, 1940-1980", in: Zucker, L. (ed.), *Institutional Patterns and Organizations*, Cambridge, Mass.: Ballinger, pp. 139-168.

- Oliver, C. (1991), "Strategic responses to institutional processes", *Academy of Management Review*, 16: 145-179.
- Pfeffer, J. and Salancik, G.R. (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, New York: Harper and Row.
- Salamon, L.M. (1995), *Partners in Public Service*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Schmid, H. (1993), "Nonprofit and for-profit home care in Israel: Clients' assessment", *Journal of Aging and Social Policy*, 5(3): 95-115.
- Schmid, H. (2000a), "Agency-environment relations: Understanding task environments", in: Patti, R. (ed.), *Handbook of Social Welfare Management*, Newbury Park, Calif. Sage, pp. 133-154.
- Schmid, H. (2000b), "For-profit and nonprofit human services: A comparative analysis", *Social Security*, Special English Edition, No. 6: 161-179.
- Scott, W.R. (1992), *Organizations Rational, Natural, and Open Systems*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Scott, W.R. (1994), "Institutional analysis: Variance and process theory approaches", in: Scott, W.R. and Meyer, J.W. (eds.), *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*, Newbury Park, Calif.: Sage, pp. 81-99.
- Scott, W.R. (1995), *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Sutton, J., Dobbin, F., Meyer, J. and Scott, W.R. (1994), "The legislation of the workplace", *American Journal of Sociology*, 99: 944-971.
- Tolbert, P.S. (1985), "Institutional environments and resource dependence: Sources of administrative structure in institutions of higher education", *Administrative Science Quarterly*, 30: 1-13.
- Tolbert, P.S. and Zucker, L. (1983), "Institutional sources of change in the formal structure of organizations: The diffusion of civil service reform 1880-1935", *Administrative Science Quarterly*, 28: 22-39.
- Tolbert, P.S. and Zucker, L. (1999), "The institutionalization of institutional theory", in: Clegg, S.R. and Hardy, C. (eds.), *Studying Organizations*, Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- The National Insurance Institute (1998), *Quarterly Statistics*, 28(3), (July-September), Jerusalem.
- Woerner, L. (1989), "Client perspectives on quality care", *Caring*, 8(6): 47-51.
- Young, D.R. (1995), *Borders, Buffers and Bridges: The Changing Role of Nonprofit Organizations in a Mixed Economy*, Jerusalem, Israel: The Paul Baerwald School of Social Work, The Hebrew University of Jerusalem.
- Zipkin, A. and Morginstin, B. (1998), *Recipients of Long-term Insurance Benefits in Israel, 1996-1997*, Jerusalem, Israel: The National Insurance Institute.
- Zucker, L. (1988), "Where do institutional patterns come from? Organizations as actors in the social system", in: Zucker, L. (ed.), *Institutional Patterns and Organizations*, Cambridge, Mass.: Ballinger, pp. 23-52.

הפרטה ודפוסי מעורבות חדשים של המדינה: תוכנית הסיעוד בישראל

מאת מימי אייזנשטדט* וזאב רוזנהק**

מאמר זה מנתח את תהליכי עיצובה ויישומה של תוכנית ביטוח הסיעוד בישראל. תוכנית זו מבוססת על מתן שירותי סיעוד באמצעות ארגונים לא-מדינתיים. הניחוח משמש חלון אנליטי לבחינת משמעות ההפרטה וצמיחת שוקים מעורבים מבחינת תפקידה של מדינת הרווחה הן כמספקת שירותים והן כמעסיקה. בניגוד לתפיסות הרואות בהפרטה את מי שמובילה להיחלשות המדינה בתחום הרווחה, נטען כאן, שבאמצעות העברת שירותים לארגונים לא-מדינתיים המדינה מגינה על עצמה מפני דרישות ולחצים של לקוחות, בעוד היא ממשיכה להחזיק בידיה אמצעי פיקוח ושליטה. תהליך זה מצמצם את אחריות המדינה כלפי אורחיה ומעצים את האוטונומיה שלה. הפרטה אינה מביאה אפוא בהכרח לנסיגת המדינה מזירת הרווחה, אלא יוצרת דפוס חדש של מעורבות המדינה בתהליכי הייצור והחלוקה של שירותים חברתיים.

מבוא

במשך שני העשורים האחרונים הפך הדיון ב"משבר מדינת הרווחה" להיות נושא שכיח הן בשיח האקדמי והן בשיח הציבורי. בתקופה זו התרחשו במדינות הרווחה תמורות גדולות באופיים של המנגנונים המוסדיים המספקים את שירותי הבריאות, החינוך והרווחה. אחד

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש סאול ברוואלד והמכון לקרימינולוגיה, הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית בירושלים.

** המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
שמות המחברים מופיעים בסדר אלפביתי. רצוננו להודות לג'וני גל, דניאל ממן, מיכאל שלו ושלמה קטקו, על הערותיהם לגרסאות קודמות של המאמר. תודה מיוחדת לאברהם דורון על הערותיו ועל המידע והתיעוד החשובים שהעמיד לרשותנו.
המאמר פורסם ב: *Journal of Social Policy*, 29 (2): 247-262 ותרגומו לעברית מתפרסם ברשות המו"ל, Cambridge University Press.

המאפיינים המרכזיים של שינוי זה הוא העברתן של פעולות אחדות של ניהול והספקה של שירותים אלה מן המדינה לארגונים לא-מדינתיים, ארגוני התנדבות או ארגונים פרטיים. מדיניות הפרטה ויצירתם של "שווקים למחצה" המבוססים על התקשרות עם קבלני חוץ הביאו לצמיחתם של ארגונים חדשים שנהפכו במהירות לספקים מרכזיים של שירותים חברתיים.

שאלת מפתח בדיון על ההפרטה היא, האם התפתחויות חדשות אלה מסמנות את התפוררותה של מדינת הרווחה ואת ניצחוננו הסופי של השוק, או שהן מצביעות על הבניה מחדש של מדינת הרווחה המקפלת בתוכה שינוי יסודי ביחסים שבין מדינה לחברה. גישות אחדות ראו בשינויים אלה סימן לירידה של ממש ביכולות הפיקוח של המדינה והתעצמות במקביל של החברה לעומת המדינה. במאמר זה אנו מציעים גישה חלופית, הרואה בשינויים במדינת הרווחה עקב מדיניות הפרטה מנגנון שהמדינה משתמשת בו כדי להגן על עצמה מפני תביעות ולחצים מתגברים מצד לקוחות שונים, בלי שעליה לוותר על סמכויות השליטה והוויסות שלה.

סוגיות אלה נחקרות במאמר באמצעות ניתוח הפיתוח וההפעלה של תוכנית סטטוטורית חדשה של שירותי סיעוד המיועדים לקשישים לא עצמאיים, אשר המאפיין הבסיסי שלה היא הספקת שירותים בידי ארגונים לא-מדינתיים. לפי חוק ביטוח סיעוד המוסד לביטוח לאומי יספק את המימון לשירותי סיעוד עבור נכים קשים, חולים כרוניים וקשישים החיים בקהילה.¹ השירותים, הניתנים באמצעות ארגונים פרטיים ועמותות ללא מטרת רווח, כוללים טיפול אישי לא-מקצועי, כגון עזרה בהתלבשות, ברחצה, בניידות, באכילה, במתן תרופות וטיפול כללי, וגם בפעולות משק-בית. התוכנית הוכנה ויושמה בשנות ה-80, במהלך תקופה של משבר וקיצוצים במדינת הרווחה בישראל. לפיכך בדיקה של תוכנית זו יכולה לשפוך אור על אופן ההתערבות של המדינה, המאפיין שלב חדש זה בדינמיקה של מדינת הרווחה. הבדיקה גם מאפשרת לנו להמחיש את טענותינו באשר למשמעותה של מדיניות ההפרטה עבור יחסי מדינה-חברה בתחום הרווחה.

בתחילת המאמר מוצגת מסגרת מושגית המתייחסת לאופי של מדיניות הפרטה והשלכותיה על תפקודה של מדינת הרווחה. אחרי תיאור קצר של ההתפתחויות במדינת הרווחה הישראלית בשני העשורים האחרונים נבדוק את התהליך הפוליטי שעמד ביסוד עיצובה של תוכנית הסיעוד עבור קשישים לא-עצמאיים. בהמשך נבחן את יישום התוכנית תוך התמקדות בדרכים שבהן סוכנויות של המדינה מפקחות על תפקודה, כולל יצירת שוק פרטי מוסדר במידה רבה של ספקי שירותים. המאמר מסתיים בהערות אחדות על ההשפעות של מדיניות הפרטה על יכולת הפיקוח של המדינה וההשלכות שלה על תפקודה של מדינת הרווחה כספק שירות וכמעסיק.

1. חוק ביטוח סיעוד (חוק הביטוח הלאומי - תיקון מס' 61), תשמ"ו-1986. לגרסה האנגלית של החוק ראו: Morginstin et al., 1991, Appendix D.

הפרטה ויחסי מדינה-חברה בתחום הרווחה

מדיניות ההפרטה בהספקתם של שירותים חברתיים היא מרכיב חשוב בהבניה מחדש של מדיניות הרווחה. במקביל לירידתן של תוכניות רווחה אוניברסליסטיות ולקיצוצים בתקציב, מרבית מדינות הרווחה משתדלות להקטין את המעורבות הישירה שלהן בהספקת שירותים חברתיים (ראו, למשל: Hewitt, 1992; Baldock, 1993; Clarke and Newman, 1997). הסיבות המוזכרות, לרוב, לשינוי זה כוללות את המשבר הכלכלי של שנות ה-70, הגירעון התקציבי שנבע מן ההתרחבות המהירה של המגזר הציבורי, תביעות שהתגברו מצד קבוצות חברתיות שונות בנוגע לשירותים רבים וטובים יותר, תהליך של צמצום הלגיטימיות של הביורוקרטיה הממשלתית כתוצאה מאי יעילותה הגלויה לעין, והתחזקות של גישות ימניות המתנגדות לאידיאולוגיה ולפוליטיקה של מדינת הרווחה הרחבה והאוניברסלית (Hewitt, 1992; Sullivan, 1992).

בתגובה לסוגי לחץ שונים אלה החלו המדינות להעביר חלק מן האחריות לארגוני התנדבות ולארגונים פרטיים לא-מדינתיים ובכך צמצמו את תפקידה של המדינה בניהול הישיר של מערכת הרווחה. ההנחה היתה, שיצירת "שווקים-למחצה" המבוססים על הפרדה בין תפקידי הקונה והספק תרחיב את הטווח של החלופות הזמינות להספקת שירותי רווחה (Le Grand, 1990; Semp, 1991; Taylor, 1992; Gray and Jenkins, 1993).

מגמה זו חוללה שינוי יסודי בתפקידה של המדינה בתחום הרווחה והביאה לצמיחתה של "המדינה המרשה" (enabling state), המאפשרת והמעודדת את הפעולות של ארגונים לא-מדינתיים (Smith and Lipsky, 1993; Knapp, et al., 1994). מבנה מוסדי חדש זה, אשר מכניס את עקרונות השוק לתחום השירותים החברתיים ומעניק למגזר הפרטי תפקיד מרכזי, נחשב מבנה המשיג מטרות שונות: הקטנת הוצאות, ריסון המגזר הציבורי כדי לעשותו יעיל יותר, השגת גמישות רבה יותר וחידושים בפיתוח וביישום מדיניות, הגדלת חופש הבחירה והנגישות של הלקוחות, והחזרה על כנה של הלגיטימיות של המדינה ושל הארגונים הציבוריים (Judge, 1982; Schwartz, 1994).

הוצאתה של הספקת השירותים מידי המנגנון הממשלתי והעברתה לארגונים לא-מדינתיים מעלות שאלות חשובות באשר להשלכות של ההבניה מחדש של מדינת הרווחה על היחסים שבין המדינה לחברה. גישות קלאסיות התייחסו ליחסים אלה במונחים של משחק סכום-אפס, בהנחה שהירידה בפעילות הגלויה של אחד משניהם פירושה באופן אוטומטי צמצום מרכזיותו של הראשון וחיזוקו של השני (Vogel, 1996, p. 3). ברוח זו, הגידול בעת האחרונה בפעילותם של הארגונים הלא-מדינתיים בתחום הרווחה נתפס כמוביל להסתלקות או להיחלשות המדינה ולהתחזקות במקביל של החברה האזרחית.

הנחה זו משותפת הן לביקורת האידיאולוגית של הימין החדש והן לזו של השמאל הדוגל בשיתוף הקהילה, על מדינת הרווחה, למרות תפיסותיהם השונות את החברה האזרחית ולמרות שהם דוגלים בחלופות שונות לחלוטין למרכזיותה של המדינה בתחום הרווחה (Taylor-Gooby, 1991). השקפת הימין רואה בתהליכים של הפרטה המכוונים להגדלת עקרונות השוק במדינת הרווחה את הדרך המתאימה לצמצם את אי-התפקוד שנוצר עקב התפקיד המוגזם שנטלה המדינה על עצמה בתחום של חלוקת המשאבים החברתיים. השקפת השמאל מציגה את הפעילויות של ארגוני התנדבות ושל ארגונים קהילתיים כאמצעי להעצמת הקהילה ולצמצום נוכחותה המרכזית המתמדת של המדינה. למרות חילוקי דעות אלה, שתי העמדות שותפות לאמונה שהירידה בפעילויות הגלויות שהמדינה מבצעת, והצטמצמות גבולותיה המשתמעת מתהליך זה תוביל לירידה בכוחה של המדינה, שכתוצאה ממנה תצמח חברה אזרחית חזקה ועצמאית יותר.

בניגוד להשקפות אידיאולוגיות אלה, ראייה נכונה יותר של השלכות ההפרטה ושל צמיחתם של "שווקים-למחצה" תצביע על כך, שמעורבותם הגוברת של ארגונים לא-מדינתיים אין פירושה בהכרח הסתלקות המדינה מתחום הרווחה או צמצום רב במעורבותה (Bartlett et al., 1994; Taylor and Hoggett, 1994; Johnson et al., 1998). כפי שטען פוגל, הרטוריקה המציגה תהליכים של הפרטה ודהירגולציה כסימנים לנסיגה של המדינה "משמשת רק להסתיר את מה שמתרחש באמת" (Vogel, 1996, p. 2). כפי שנראה במחקרנו, במקרים שבהם ההספקה הישירה של שירותי רווחה באמצעות מנגנון ממשלתי מצטמצמת, יכולות הפיקוח והוויסות של המדינה להמשיך להתקיים.

ב"מדינת רווחה בעלת אופי של שוק" זו, המנגנון הממשלתי הוא זה שעדיין ממלא את התפקיד המרכזי (Pierre, 1993; Schwartz, 1994; Vogel, 1996). בעוד שספקי השירות הלא-מדינתיים מוגדרים רשמית ונתפסים בעיני הציבור כגופים אוטונומיים, הם פועלים למעשה במסגרת של פיקוח ממשלתי הדוק. פעולותיהם נקבעות על-פי התקנות, האילוצים והדרישות של המדינה בכל הנוגע להיקף, לתוכן ולאוכלוסיות היעד של השירותים המסופקים. לפיכך התהליך, שבו המדינה מעבירה חלק מפעילויותיה לארגונים לא-מדינתיים, מציב בעת ובעונה אחת גם את הארגונים האלה בתחום הפיקוח שלה (Vogel, 1996; Clarke and Newman, 1997, p. 29). נקודה חשובה הראויה להדגשה היא, שבמקרים רבים המדינה עצמה ממלאת תפקיד-מפתח ביצירתם או בהתרחבותם של השווקים של ספקי השירותים הפרטיים (Challis et al., 1994, p. 10; Schwartz 1994, p. 27; Vogel, 1996; Clarke and Newman, 1997, p. 529). במקרים אלה של "שווקים-למחצה" המתקיימים בחסות המדינה, תלותם של הארגונים הפרטיים במדינה גוברת בשל העובדה, שעצם קיומם וכדאיותם נקבעים על-פי החלטות המתקבלות במנגנון המדינתי.

כאמור, מדיניות ההפרטה היתה רק חלק ממערכת תגובות רחבה יותר על המשבר הפיסקלי ועל משבר הלגיטימציה של שנות ה-70 וה-80. בהקשר זה, אחת המטרות העיקריות של הפרטת ההספקה של השירותים החברתיים היתה לצמצם את מידת החשיפה

של המנגנון המדינתי לתביעות וללחצים המתגברים מצד קבוצות שונות של החברה. בהעבירה את האחריות להספקת שירותים לגופים לא-מדינתיים המדינה מרחיקה את עצמה מן הבמה הציבורית, שבה עמדה באור הביקורת והתביעות של הציבור, ובכך היא מבודדת את עצמה מלחצים פוליטיים ומקטינה את העלויות הפוליטיות של כישלונות בתחום של הספקת השירותים (Yishai, 1990; Schwartz, 1994; Vogel, 1996). באופן חדש זה של מעורבות המדינה הארגונים הלא-מדינתיים מתפקדים כ"כולמי זעזועים" בפני התביעות והתלונות שהלקוחות מעלים.

מנגנון דומה פועל גם בנוגע לתפקודה של מדינת הרווחה כמעסיק עיקרי, במיוחד של נשים עובדות. באמצעות ההפרטה המדינה מנסה לצמצם את גודלו של המגזר הציבורי בשוק העבודה ולשתרר את עצמה מן הנטל התקציבי והפוליטי הנובע מהעסקת מספר עובדים גדול. כאשר כוח-האדם הדרוש להספקת שירותים חברתיים מועסק מטעם ארגונים פרטיים, תנאי ההעסקה הנוגעים למשכורות, להטבות ולביטחון בתעסוקה, נופלים בדרך-כלל מאלה המאפיינים את המגזר הממשלתי ומקטינים את העלויות של הספקת השירותים (Lawson, 1993; Taylor-Gooby and Lawson, 1993; Evers, 1994; Ungerson, 1994; Vogel, 1996). נוסף על כך, המדינה אינה נדרשת לשלם, למשל, את המחיר הפוליטי של פיטורים המוניים, או של הרעת תנאי ההעסקה המתחייבים מקיצוצים בתקציב. לסיכום, אחת התוצאות העיקריות של העברת ההספקה של שירותים חברתיים מן המדינה לארגונים לא-מדינתיים היתה הקטנת אחריותה של המדינה כלפי האזרחים, הן כספק שירותים והן כמעסיק. ממגמה זו לא משתמע בהכרח שהעברה זו מחלישה את המדינה. למעשה היא עשויה לחזק את האוטונומיה שלה. בהמשך אנו מתייחסים לאופן שתהליך זה מתרחש היום במדינת הרווחה בישראל תוך התמקדות בתחום של שירותי הסיעוד לקשישים. על-מנת למקם את מחקרנו בהקשר רחב יותר, נתאר תחילה מספר מגמות כלליות בעיצובה המוסדי של מדינת הרווחה בישראל בשני העשורים האחרונים.

התפתחויות במדינת הרווחה בישראל

בשנות ה-70 עברה מדינת הרווחה בישראל תהליך של התרחבות, מיסוד ואוניברסליזציה, תהליך שציינו אותו הוצאה תקציבית גוברת על רווחה ומיסוד של זכויות הרווחה בתוכניות מעוגנות בחוק (Doron and Kramer, 1991). מגמה זו השתקפה בייסודן של תוכניות חדשות של ביטחון סוציאלי - דוגמת תוכנית ביטוח אבטלה ב-1973 - ובהרחבתן של תוכניות קיימות - דוגמת תוכנית קצבות הילדים. הודות ליחזמות אלה של מדיניות התחזק מעמדה של המדינה בזירת הרווחה והתרחב תפקידו של המוסד לביטוח לאומי במערכת הביטחון הסוציאלי.

אולם בתחילת שנות ה-80 נעצר תהליך זה ואף התהפך. על התוויה הזאת מצביעים

מספר שינויים במדיניות הביטחון הסוציאלי שהתרחשו באותן שנים: תנאי הזכאות לגמלאות אוניברסליות הוחמרו, הרמה הריאלית של הגמלאות הורדה והשימוש בעקרונות של סלקטיביות ושל מבחן אמצעים הורחב (Cnaan, 1987; Gal, 1994). כתוצאה מצעדים אלה היתה ירידת מה באפקטיביות של גמלאות הביטחון הסוציאלי לצמצום העוני ואי-השוויון (Doron and Kramer, 1991, pp. 171-172).

יחד עם ההיחלשות של המדיניות החברתית האוניברסליסטית היחסית, אשר אפיינה את ישראל בעשור הקודם, ובתור חלק בלתי נפרד ממעבר כללי אל ליברליזציה בכלכלה המדינית של ישראל (Shalev, 1998), החלה המדינה בשנות ה-80 בפרויקט הפרטה, שמטרתו העיקרית היתה להביא להפחתה של ממש במעורבות הישירה של המדינה בהספקת שירותים חברתיים והענקת תפקיד הרבה יותר נרחב למגזר הפרטי ולמגזר ההתנדבות מכפי שהיה להם קודם לכן (קטן, 1996; Kramer, 1994). זהו ההקשר שבו יש להעריך את השימוש והיישום של תוכנית ביטוח הסיעוד. בחינה כזאת תיתן המחשה של הכוחות הפוליטיים המעצבים את מדיניות ההפרטה בתחום של הספקת שירותים חברתיים ושל ההשלכות שלה עבור יחסי מדינה-חברה בתחום הרווחה.

הכנת חוק ביטוח סיעוד

עד הפעלת תוכנית הביטוח להספקת טיפול סיעודי לקשישים לא-עצמאיים, שירותים אלה סופקו בהיקף קטן ולפי עקרונות מגבילים בידי משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת חולים כללית של ההסתדרות. משום כך, השירותים הגיעו רק למספר קטן מאוד של לקוחות (Morginstin, 1988, p. 1; Factor et. al., 1991, Table 3). הגשת הסיוע לא הוגדרה בתור זכות ואלה שפנו לקבלתו היו חשופים להחלטות שרירותיות של הפקידים שהחליטו על זכאותם. זאת ועוד, בשל אופיין הלא-סטטוטורי של התוכנית, הקרנות למימון היו פגיעות לקיצוצים תקציביים (Morginstin, Baich-Moray and Zipkin, 1991, p. 3).

בסוף שנות ה-70 החלו חוגים מקצועיים המעורבים בשירותי סיעוד לבקר בחריפות את ההסדרים הקיימים (Morginstin and Shamai, 1988, p. 32). הם הצביעו על גידול דרמטי באחוז הקשישים החיים בגפם, שהפך את ההסדרים הקיימים ללא מספקים. המבקרים טענו, שהתהליכים הדמוגרפיים והחברתיים דורשים נקיטת צעדים דחופים וקיצוניים כדי להרחיב את הספקת שירותי הטיפול לקשישים (Kop, 1988; Morginstin, 1988). תביעות אלה העלו את שירותי הסיעוד על סדר-היום הציבורי והפוליטי, והובילו לקריאות לממשלה למצוא דרכים להתמודד עם מה שהוגדר כמצב מכהיל (Habib, 1986, p. 15).

על רקע התגברות תשומת הלב הפוליטית והציבורית, הציע משרד העבודה והרווחה ב-

1979 למסד תוכנית ביטוח סטטוטורית. בנובמבר 1980 חוקקה כנסת ישראל חוק שקבע את מטרותיה הכלליות של התוכנית ואת הסעיפים החוקיים הדרושים כדי להתחיל לאסוף את הכספים הנחוצים, בלי לציין באותו זמן את הפרטים הנוגעים ליישומה (Mann, 1988, p. 23). לאחר שנתקבל החוק מונתה ועדה ציבורית, שמנתה אנשי מקצוע מומחים, נציגים של ארגונים ציבוריים שהם בעלי עניין בתחום ונציגים של ארגונים מדינתיים, כדי לנסח המלצות לביצוע התוכנית, כולל הגדרה של סוגי הגמלאות שתסופקנה ושל תנאי הזכאות. דעת הרוב בוועדה, שנתמכה באנשי המקצוע של המוסד לביטוח לאומי, אימצה את גישת הביטחון הסוציאלי, אשר הדגישה את העיקרון של זכויות אישיות לפי חוק. אשר לגמלאות, הוועדה המליצה, שכל התובעים שמוגבלותם אושרה בידי אנשי מקצוע יהיו זכאים לקבל גמלה כספית. הצידוק העיקרי להמלצות אלה היה, שהענקת גמלאות אלה תגדיל את חופש הבחירה של הקשישים ומשפחתם. דעת המיעוט, שהחזיקו בה נציגי משרדי האוצר, העבודה והרווחה והבריאות, היתה נגד הגישה האוניברסליסטית לביטחון סוציאלי ותמכה במקום זאת בתוכנית המושתתת על עקרונות של סיוע סוציאלי. מאחר שעלות של תוכנית המבוססת על ביטוח עלולה להיות בלתי ניתנת לחיזוי ואולי לא ניתנת למימון, כך טענו, עדיף להעניק גמלאות על בסיס סלקטיבי יותר לפי מבחן אמצעים. זאת ועוד, הומלץ שהתוכנית תעניק גמלאות בעין.²

נציגי משרד האוצר עמדו בחזית המאבק להעניק רק גמלאות בעין וראו בכך מכשיר לריסוק עלות התוכנית. הם טענו, שמתן גמלאות כספיות תהיה יקרה עד מאוד, מפני שתביא למספר רב של תביעות. אם יינתנו גמלאות בעין הדבר יביא לרתיעה טבעית מקבלתן ופחות קשישים יבקשו לקבל עזרה ועקב כך יקטנו העלויות של התוכנית.³ טענה נוספת שהעלו המצדדים במתן גמלאות בעין היתה, ששיטה זו תאפשר למדינה לפתח שוק של ספקי שירותי סיעוד שיעמוד תחת פיקוח הדוק של סוכנויות ממשלתיות.⁴

אף-על-פי שהמלצות הרוב בוועדה התקבלו על דעת משרד העבודה והרווחה, ניצל משרד האוצר בהצלחה את סמכותו כדי לעצב את התוכנית בהתאם לאינטרס שלו לרסן עלויות (Schwartz, 1987). משום כך נקבע בהצעת החוק שהגישה הממשלה לכנסת ב-1986, שהתוכנית תעניק גמלאות בעין. רק במקרים ששירותי סיעוד לא יהיו זמינים והקשישים חיים עם קרובי משפחה, תהיה המשפחה זכאית לקבלת גמלה כספית בשיעור של 80% מערכה של הגמלה בעין.⁵ כפי שיפורט להלן, לאימוצה של שיטה זו היו השלכות חשובות על אופן המעורבות של המדינה, שאפיין את יישום התוכנית.

2. דו"ח סופי של הוועדה להמלצת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, מאי 1983.

3. על עמדתו של משרד האוצר ראו פרוטוקולים של הוועדה להמלצת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, ישיבה מס' 31 (6 בינואר 1982), ישיבה מס' 9 (7 בפברואר 1982) והצעה להקמת מערכת סיעוד לאנשים קשישים ומוגבלים, אגף החקציבים במשרד האוצר, אוגוסט 1981.

4. ראיון עם נציג המוסד לביטוח לאומי (16 ביולי 1995).

5. חוק ביטוח סיעוד (חוק הביטוח הלאומי, תיקון מס' 61), תשמ"ר-1986.

הפרטה ומדינת הרווחה בתור מעסיק

עוד לפני שהוחל ביישומה של התוכנית ביטאו תוגים מקצועיים ובירוקרטיים דאגה בגלל העדרם של מסגרות ארגוניות נאותות וכוח-אדם להספקת שירותי סיעוד (Factor et. al., 1991, pp. 158, 162). עניין זה נעשה דוחק עוד יותר כאשר הוחלט, שהתוכנית החדשה תספק גמלאות בעין. עתה היה זה באחריותה הישירה של הממשלה למצוא או להקים ארגונים שיספקו את שירותי הסיעוד המובטחים בחוק (Laor, 1988, p. 130).⁶

האפשרות שארגון מדינתי יספק את השירותים נדחתה מיד. האינטרס של המדינה להקטין ככל האפשר את עלות התוכנית, ובמיוחד מאמציו של משרד האוצר באותה תקופה לצמצם את חלקו של המגזר הציבורי בשוק העבודה, היו גורמים חשובים במניעתה של הספקת השירותים באמצעות ארגון מדינתי. הסדר זה היה מביא להעסקת מספר גדול של עובדים מטעם המדינה, תוך-כדי הענקת ביטחון בתעסוקה ותוכניות נרחבות יחסית של רווחה תעסוקתית, המאפיינים את המגזר הציבורי בשוק העבודה בישראל, ומגדיל בכך את עלויות התוכנית. הרצון למנוע את היווצרותם של יחסי מעסיק-מועסק מחייבים לגבי מספר העובדים הגדול הדרוש כדי לספק שירותי סיעוד אכן היה המניע העיקרי של קובעי המדיניות בהחלטתם לספק את השירותים בדרך של העברתם לקבלנות-משנה של ארגונים לא-מדינתיים, ציבוריים או פרטיים.⁷ כמו במקרים אחרים, ההפרדה בין תפקיד הרכישה לתפקיד ההספקה והעברת השירותים להספקה בקבלנות באמצעות ארגונים לא-מדינתיים שימשו אסטרטגיות להקטנת עלויות בדרך של עקיפת מגבלות ביורוקרטיות ותנאי העסקה נוחים יחסית המאפיינים כאמור את המגזר הציבורי (Kramer, 1994).

להחלטה לספק שירותי סיעוד שלא באמצעות ארגונים מדינתיים היו השלכות חשובות על תנאי העסקה, במיוחד של כוח העבודה הנשי המועסק במגזר זה של שוק העבודה. המדינה קבעה כללים על-מנת להסדיר תנאים אלה. כדי להירשם כספקים מאושרים של שירותי סיעוד במסגרת התוכנית, נדרשו הארגונים להעניק לעובדים שלהם לפחות תנאי עבודה מובטחים אחדים, כגון תשלום שכר לפי חוק שכר מינימום והטבות מינימליות (Ben Zvi, 1989, p. 55). ואף-על-פי כן, תקנות אלה נעקפו במידה רבה. סקר שדה גילה, שבערך מחצית מן הארגונים הפרטיים הפרו תנאים אלה ולא העניקו לעובדיהם את ההטבות המובטחות בחוק (Schmid and Sabag, 1990, p. 77). יש סימנים לכך, שמספר ארגונים פרטיים לא צייתו אפילו לחוק שכר המינימום.⁸ ממידע זה ברור, שההפרטה של הספקת שירותי סיעוד פעלה כגורם יסודי בהפיכת מגזר תעסוקה זה לשולי.

6. ראיון עם נציגת המוסד לביטוח לאומי (16 ביולי 1995).

7. ראיון עם נציגים של המוסד לביטוח לאומי (16 ו-25 ביולי 1995).

8. ראיון עם עובדת סוציאלית בעיריית ירושלים (15 באוגוסט 1997).

גם המאפיינים של כוח-האדם המועסק בארגונים מלמדים, שמגזר תעסוקה זה הפך להיות מגזר שולי. כתנאי להירשם בתור ספק של שירותי סיעוד המוסד לביטוח לאומי דורש, שלפחות 30% מנותני הסיעוד המועסקים אצלו השתתפו בתוכנית הכשרה מיוחדת. אולם כוח-האדם זה אינו מוכר כמקצועי או כמקצועי למחצה. הכרה כזאת, כפי שטענה פקידת המוסד לביטוח לאומי, היתה מביאה לתוצאות תקציביות לא רצויות.⁹ כצפוי, בין 20,000 העובדים שהיו מועסקים מטעם הארגונים ב-1992, הרוב הגדול היו נשים לא מיומנות, לא מקצועיות, שרבות מהן עבדו במשרה חלקית (Factor et al., 1991, pp. 165). דווח גם על שיעורים גבוהים של היעדרות מעבודה ועל תחלופת עובדים גבוהה (Schmid and Sabag, 1990, p. 82). יתרה מזו, העסקתם במהלך השנים האחרונות של עובדים מהגרים לא מוגנים, במיוחד נשים מן הפיליפינים, הן משקפת והן מחזקת עוד יותר את האופי השולי של מגזר תעסוקה זה.

לסיכום, נימוק חשוב בהחלטה להפריט את הספקת שירותי הסיעוד היה הרצון להקטין את תפקידה של המדינה כמעסיק. מאחר שהמגזר הפרטי יכול להעסיק את כוח-האדם הדרוש בתנאי העסקה שהמדינה, אילו רצתה לכפות אותם על עובדיה היתה משלמת על כך מחיר פוליטי יקר, מגזר התעסוקה של שירותי סיעוד היה נדחק לשוליים.

יצירת שוק פרטי בידי הממשלה

לעתים קרובות מדיניות הפרטה דורשת את צמיחתו וגידולו של שוק ספקים לא-מדינתי. במקרים כאלה לעתים קרובות המדינה היא היוצרת במתכוון את התנאים המעודדים התפתחות כזאת (Challis, et. al., 1994). במקרה של ישראל, ארגונים מדינתיים עודדו באופן פעיל את ייסודם של ארגונים פרטיים האחראים להספקת שירותי סיעוד במסגרת התוכנית שנקבעה בחוק.

לאחר שנתקבלה ההחלטה לספק שירותי סיעוד באמצעות ארגונים לא-מדינתיים, לא היתה קיימת שום מערכת נאותה של ארגונים מסוג זה שיכלה לספק את השירותים בהיקף שדרשה התוכנית שנקבעה מן החוק (מורגנשטיין, הרן ובייץ-מוראי, 1988, עמ' 24). לפיכך, כדי להפעיל את התוכנית היה על המדינה ליצור שוק כזה. החקיקה עצמה של חוק המבטיח רכישת שירותים בידי המדינה פעלה כתמריץ חשוב ליזמים פרטיים להיכנס לשוק שירותי הסיעוד. במילים אחרות, ההחלטה להעניק גמלאות בעין יצרה ביקוש מובטח לשירותים שיימכרו באמצעות הארגונים. זהו סוג של שוק, שיזמים פרטיים רבים ישמחו להיכנס אליו. כפי שביטאה זאת בבירור נציגה של המוסד לביטוח לאומי: "על-מנת לפתח שוק פרטי של

9. ראיין עם נציגת המוסד לביטוח לאומי (25 בנובמבר 1998).

ארגונים לשירותי סיעוד היה עלינו ליצור מצב של ביקוש יציב. יצרנו מצב כזה באמצעות הספקת גמלאות בעין, ובאמצעות הביקוש הישיר לשירותים מטעם המדינה. אילו קבע החוק שמקבלי הגמלה יקנו את השירותים בעזרת הגמלה הכספית, השוק הפרטי לא היה צומח.¹⁰

המדינה גם עודדה באופן פעיל, ובדרכים ישירות יותר, את צמיחתה של רשת ארגונים לא-מדינתיים. פקידי משרדי האוצר והעבודה והרווחה דרשו מחברות פרטיות קיימות להציע שירותי סיעוד שהמדינה תוכל לרכוש במסגרת התוכנית. מודעות המעורבות הקמת ארגונים פרטיים נוספים פורסמו בעיתונות.¹¹

המאמץ שהשקיעה המדינה בתחום זה היה יעיל מאוד. בעוד שלפני שיושמה התוכנית כמעט לא היו בנמצא ארגונים פרטיים לשירותי סיעוד, לאחר שיושמה השוק התרחב במהירות (Morginstin et al., 1991, p. 35). זמן קצר לאחר שהוחל ביישום התוכנית ב-1988 כבר היו 111 ארגונים שסיפקו שירותי סיעוד בתור קבלני-משנה של המוסד לביטוח לאומי. מאלה היו 70 פרטיים ו-31 - ארגונים שלא למטרות רווח (בן-צבי, 1989, עמ' 55). כעבור שלוש שנים עלה מספר הארגונים ל-178, ומתוכם היו 106 ארגונים פרטיים (Ben-Zvi, 1994, p. 95).

הפרטה ואופני מעורבות של המדינה

התפקיד המרכזי שהוטל על הארגונים הלא-מדינתיים בהספקת שירותי הסיעוד ניתן להתפרש כמצביע על אובדן ממשי של פיקוח מצד המדינה. יחד עם זאת, בחינה של אופן יישום התוכנית בפועל מגלה, שארגונים מדינתיים עדיין מפעילים פיקוח הדוק על כל שלבי ההפעלה שלה. הנקודות העיקריות שבהן ארגונים מדינתיים עושים שימוש ביכולות הפיקוח שלהם הם בדיקת הזכאות לגמלאות, קביעת השירותים שיסופקו ובחירת הארגון שיספק את השירותים.

הערכת הזכאות נעשית בשני שלבים. בשלב הראשון המוסד לביטוח לאומי בודק את בקשתו של המבוטח לפי כללי הזכאות הבסיסיים: גיל, מגורים והכנסה. אם התובע נמצא זכאי בפוטנציה לגמלה, מתחיל השלב הבא של ההערכה ונבדקים התפקוד היומיומי ומידת הצורך בעזרה. במהלך הכנתה של הצעת החוק נדונה השאלה, האם הערכת הצורך בעזרה תיעשה על בסיס דיווח-עצמי של התובע ומסמכים רפואיים, או על סמך בדיקה ישירה של מצבו של התובע באמצעות ארגון מדינתי. בסופו של דבר אומצה הדרך השנייה, שהידקה מאוד את הפיקוח המדינתי. את ההערכה מבצעת אחות בריאות הציבור ממשרד הבריאות

10. ראיון עם נציגת המוסד לביטוח לאומי (16 ביולי 1995).

11. ראיון עם נציגת משרד העבודה והרווחה (25 ביולי 1995).

בביתו של הפונה. היא משתמשת במכשיר סטנדרטי עד מאוד שאמור לאפשר "מדידה אובייקטיבית" של יכולתו של התובע לבצע פעולות יומיומיות בסיסיות ואת מידת התלות שלו (Cohen, 1988, p. 18; Factor et al., 1991, p. 166). במהלך ההערכה האחות מבקשת מן הפונה לאכול, להתלבש, להיכנס למקלחת ולאמבטיה ולצאת מהן ולהתהלך בבית. יתר על כן, האחות אמורה "לחפש סימנים לאי־שליטה בסוגרים, כגון סדין פלאסטי על המיטה או חבילות של אמצעי ספיגה לשימוש מתחת לכגדים" (Factor et al., 1991, p. 182). התוצאות של בדיקת האחות מתורגמות לציון משוקלל, הקובע את זכאות הפונה לגמלה ומגדיר את רמת העזרה שהוא או היא זכאים לקבל.

ארגונים מדינתיים מגדירים גם את סוג השירותים שיוצעו לפונה. ועדות מקומיות, המתפקדות כזרוע של המוסד לביטוח לאומי והכוללות עובד סוציאלי ממשד העבודה והרווחה, אחות מקופת חולים כללית ונציג של הסניף המקומי של המוסד לביטוח לאומי, אחראיות לבניית תוכנית הסיעוד עבור הפונה. תוכנית הסיעוד מפרטת מה הם השירותים שיסופקו - אשר נבחרים מ"סל שירותים", שהגדירה ועדה בין־משרדית - ואיזה ארגון לא־מדינתי יהיה אחראי להספקתם (Morginstin, 1988, p. 9). הוועדה בוחרת את הארגון המספק את השירותים מרשימת ארגונים שאישר משרד העבודה והרווחה; היא מתקשרת עם הארגון וחותמת על חוזה אתו ועליה האחריות למעקב ולפיקוח על מתן הסיעוד. התשלום עבור השירותים מועבר לספק במישרין באמצעות המוסד לביטוח לאומי.

כפי שאפשר לראות, לא למקבלי הגמלה ולא לבני משפחותיהם יש הזכות לבחור את סוג הסיעוד שיינתן ואת ספק השירותים. בגלל הסדר זה הלקוח האמיתי של ספק השירותים אינו האדם שמקבל את שירותי הסיעוד, אלא זרוע מדינתית: הוועדה המקומית.¹²

הכוח שניתן לוועדות המקומיות מקבל חיזוק נוסף מתקנותיה של התוכנית, הקובעות שסירוב של הפונה לקבל תוכנית סיעוד שקבעה הוועדה פירושו ויתור על הזכאות (Shnit, 1988, p. 93). ב־1990, לדוגמה, 4% מן הפונים שנמצאו זכאים ויתרו על תוכנית הסיעוד שקבעה הוועדה ונשללו מהם הגמלאות שהם היו זכאים לקבל (Morginstin et al., 1991, p. 30), ואילו ב־1996 ירד השיעור ל־2% (Zipkin and Morginstin, 1998, p. 31).

כפי שכבר נאמר, עיקרון בסיסי של התוכנית הוא לספק את הגמלאות בעין. גמלאות כספיות ניתנות רק במקרים שאין בקהילה ספקי שירות מוסמכים זמינים. הוועדה המקומית היא הגוף הקובע האם יש בקהילה שירותים זמינים, ולפיכך גם האם הפונה זכאי לקבל גמלה כספית. נטייתן הברורה של הוועדות המקומיות היא למנוע תשלום גמלאות כספיות. ב־1990, לדוגמה, רק 1% מן הפונים הזכאים קיבלו גמלה כספית במקום גמלאות בעין (Morginstin et al., 1991, p. 30), ואילו ב־1996 רק 73 מתוך 65,995 פונים זכאים בממוצע לחודש קיבלו גמלאות כספיות (Zipkin and Morginstin, 1998, p. 31).

12. קביעה זו השמיעו במפורש נציגי משרד העבודה והרווחה והמוסד לביטוח לאומי המעורבים ביישום התוכנית (ראיונות ב־25 ביולי 1995).

מתיאור העקרונות והנהלים המאפיינים את התוכנית ברור, שלארגונים מדינתיים יש כוח לפקח על התוכנית ולווסת את ביצועה. אף-על-פי שהספקת השירותים הועברה לידי ארגונים לא-מדינתיים, המדינה שמרה בידיה את הפיקוח על כל ההיבטים של התוכנית, ובכלל זה אילו שירותים יש לספק ובאמצעות איזה ספק. במילים אחרות, היווצרותם של "שווקים-למחצה" לא נתנה בידי מקבלי הסיעוד או בידי משפחותיהם יכולת "יציאה" או "זכות דיבור" (ראו Means et.al., 1994). יתרה מזו, בהפעלה את סמכותה המדינה משתמשת בשיטות פיקוח חודרניות מאוד, שהן אופייניות יותר לתוכניות עזרה סוציאלית מאשר לתוכניות של ביטחון סוציאלי על בסיס גביית. בעוד שהרטוריקה של הפרטה לעתים קרובות מציגה את חופש הבחירה של הלקוחות ואת הגבלת כוחה של המדינה בתור הצידוק העיקרי להעברתם של שירותי הסיעוד לידיהם של ארגונים לא-מדינתיים, מקרה זה מלמד, שכאשר מגדירים את ספקי השירותים כקבלני-משנה, המדינה יכולה למנוע צמצום של ממש בכוחה וביכולת הפיקוח שלה.

מסקנות

הניתוח של עקרונות הביצוע של תוכנית ביטוח הסיעוד בישראל מעלה, שמדיניות הפרטה לא בהכרח מציינת את דעיכתה של מדינת הרווחה ואף לא היחלשות של ממש בשליטת המנגנון המדינתי על תחום הרווחה. אדרבה, נראה שמדינת הרווחה נעשתה "מוסד מרכזי בלתי הפיך של מדינות קפיטליסטיות מתקדמות" (Therborn and Roebroek, 1986, p. 332. ראו גם Pierson, 1995). מהתפתחויות אלה משתמע, שהתרחש שינוי חשוב במבנה ובתפקוד המוסדי של מדינת הרווחה, המצביע על צמיחתה של צורה חדשה של מעורבות המדינה.

באמצעות פרויקט ההפרטה המדינה מצמצמת את אחריותה הישירה להספקת שירותים סוציאליים ומגנה על עצמה מפני תביעות ולתצים אפשריים של לקוחות תוך שהיא שומרת בידיה את מלוא יכולת הפיקוח והוויסות שלה. מאחר שארגונים מדינתיים שוב אינם עומדים ב"קו החזית" כספקי שירותים, הם מוגנים מפני ביקורת ותביעות של צרכנים. באופן אירוני, דווקא אותם ארגונים לא-מדינתיים, האמורים לכאורה להיות נושאים של העצמת החברה האזרחית, יכולים לפעול כמסננים את התביעות מן המדינה של קבוצות חברתיות. בעוד שניתן לארגונים אלה תפקיד מרכזי בהספקת שירותים סוציאליים במסגרת של פיקוח וויסות הדוקים של המדינה, זו שולטת על פעילותם באמצעות הקצאת כספים, קביעת קריטריונים לזכאות, הגדרת טיב השירותים שיסופקו ובחירת הארגון שיספק אותם. תהליך זה מאפשר למדינה להפעיל את כושר הפיקוח שלה באופן סמוי יחסית, תוך צמצום אחריותה לאזרחיה ויחד עם זאת חיזוק האוטונומיה שלה וכוחה בתחום הרווחה. למדיניות הפרטה יש השלכות חשובות לא רק על תפקידה של מדינת הרווחה כמספקת

שירותים, אלא גם על תפקידה כמעסיק מרכזי. נימוק חשוב להעברת ההספקה של שירותי הסיעוד לארגונים לא-מדינתיים הוא רצונה של המדינה לצמצם את המגזר הציבורי ולשחרר את עצמה מאחריות פוליטית ומעלויות כלכליות המתחייבות מהעסקת מספר גדול של עובדים בתנאי העסקה טובים יחסית. מאחר שלארגונים לא-מדינתיים יש בדרך-כלל יכולת לכפות תנאי העסקה נחותים יותר על כל סגל העובדים שלהם, מדיניות ההפרטה מביאה להחלשתו של כוח העבודה, הנשי בעיקר, המועסק במגזר השירותים החברתיים, דבר הרוחק עוד יותר מגזר זה לשוליים של שוק העבודה. במונח זה ניתן לראות בהפרטת ההספקה של שירותים סוציאליים מרכיב בפרויקט הרחב יותר של הפסקת הוויסות של חלקים חשובים של שוק העבודה.

בסיכום, אנו טוענים, שמדיניות הפרטה ויצירת "שווקים-למחצה", אשר צמחו כתגובה למשבר הכספי ולמשבר הלגיטימיות של מדינת הרווחה, לא בהכרח מעצימים את החברה או לקוחות יחידים ואף אינם מעמידים ארגונים לא-מדינתיים כחלופה למעורבות מדינתית. אדרבה, הם מבנים מחדש את יחסי המדינה-חברה באמצעות חידוש הלגיטימציה של הפיקוח והמעורבות המדינתיים. משתקף כאן ההיגיון המוסדי הפנימי של המדינה, ואין כאן ויתור על יכולת הפיקוח שלה, אלא הפרדה של פעילויות אלה מחובת האחריות, התגוננות מהעלאת תביעות מצד ציבור האזרחים וחזוק האוטונומיה שלה אל מול החברה.

ביבליוגרפיה

- בן-צבי, ב' (1989), "התרומה של חוק סיעוד לרווחה", בטחון סוציאלי, 34: 49-60.
 מורגנשטיין, ב', הרוך, ח', בייץ-מוראי, ש' (1988), ניסוי בחוק ביטוח סיעוד - דו"ח מס' 4, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
 קטן, י' (1996), "מעורבות ארגונית לא-מדינתית בשירותי הרווחה האישיים", בתוך: שירותי רווחה אישיים, חל-אביב: רמות, עמ' 137-160.
 Baldock, J. (1993), "Patterns of change in delivery of welfare in Europe", in: Taylor-Gooby, P. and Lawson, R. (eds.), *Markets and Managers - New Issues in the Delivery of Welfare*, Buckingham: Open University Press.
 Bartlett, W., Le Grand, J. and Propper, C. (1994), "Where Next?", in: Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand, J. (eds.), *Quasi-markets in the Welfare State*, Bristol: SAUS Publications.
 Ben-Zvi, B. (1994), "The long-term insurance law: Achievement and unforeseen implications of the implementation", *Social Security*, Special English Edition, No. 3, pp. 84-100.
 Challis, L., Day, P., Klein, R. and Scrivens, E. (1994), "Managing quasi-markets: Institutions of regulation", in: Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand, J. (eds.), *Quasi-markets in the Welfare State*, Bristol: SAUS Publications.
 Clarke, J. and Newman, J. (1997), *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*, London: Sage Publications.

- Cnaan, R. (1987), "The evolution of Israel's welfare state", in: Friedman, R., Gilbert, N. and Sher, M. (eds.), *Modern Welfare States: A Comparative View of Trends and Prospects*, Brighton: Wheatsheaf Books.
- Cohen, S. (1988), "The long-term care insurance law: Background, principles and organization toward implementation", *Social Security*, Special English Edition, pp. 4-22.
- Doron, A. and Kramer, R. (1991), *The Welfare State in Israel: The Evolution of Social Security Policy and Practice*, Boulder, Col.: Westview Press.
- Evers, A. (1994), "Payments for care: A small but significant part of a wider debate", in: Evers, A., Pijl, M. and Ungerson, C. (eds.), *Payments for Care*, Aldershot: Avebury.
- Factor, J., Morginstin, B. and Naon, D. (1991), "Home-care services in Israel", in: Jamieson, A. (ed.), *Home Care for Older People in Europe*, Oxford: Oxford University Press.
- Gal, J. (1994), "The development of unemployment insurance in Israel", *Social Security*, Special English Edition, No. 3, pp. 117-136.
- Gray, A. and Jenkins, B. (1993), "Markets, managers and the public service: The changing of a culture", in: Taylor-Gooby, P. and Lawson, R. (eds.), *Markets and Managers: New Issues in the Delivery of Welfare*, Buckingham: Open University Press.
- Habib, J. (1986), "Population aging and Israeli society", Discussion Paper D-129-86, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development, Jerusalem.
- Hewitt, M. (1992), *Welfare, Ideology and Need*, Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Johnson, N., Jenkinson, S., Kendall, I., Bradshaw Y. and Blackmore, M. (1998), "Regulating for quality in the voluntary sector", *Journal of Social Policy*, 27(3): 307-328.
- Judge, K. (1982), "The public purchase of social care: British confirmation of the American expectance", *Policy and Politics*, 10(4): 397-416.
- Katan, Y. (1996), "The involvement of non-governmental organisations in personal welfare services", in: Katan, Y. (ed.), *Personal Welfare Services: Trends and Changes*, Tel Aviv: Ramot.
- Knapp, M., Wistow, G., Folder, J. and Hardy, B. (1994), "Markets for social care: Opportunities, Barriers and implications", in: Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand, J. (eds.), *Quasi-markets in the Welfare State*, Bristol: SAUS Publications.
- Kop, Y. (1988), "The graying Sabra: A demographic view of the elderly population", *Social Security*, Special English Edition, pp. 49-72.
- Kramer, R. (1984), "Voluntary agencies and social change in Israel, 1972-1982", *Israel Social Science Research*, 2(2): 55-72.
- Kramer, R. (1989), "The use of government funds by voluntary social service agencies in four welfare states", in: James, E. (ed.), *The Nonprofit Sector in International Perspective: Studies in Comparison Culture and Policy*, Oxford: Oxford University Press.
- Laor, U. (1988), "Developing services in the framework of the long-term care insurance law", *Social Security*, Special English Edition, pp. 127-133.

- Lawson, R. (1993), "The new technology of management in the personal social services", in: Taylor-Gooby, P. and Lawson, R. (eds.), *Markets and Managers: New Issues in the Delivery of Welfare*, Buckingham: Open University Press.
- Le Grand, J. (1990), *Quasi-markets and Social Policy*, Studies in decentralization and quasi markets, No. 1, Bristol: , University of Bristol, School for Advanced Urban Studies.
- Mann, K. (1988), "The long-term care insurance law: Vision and reality", *Social Security*, Special English Edition, pp. 23-30.
- Means, R., Hoyes, I., Lart, R. and Taylor, M. (1994), "Quasi-markets and community care: Towards user empowerment?", in: Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand, J. (eds.), *Quasi-markets in the Welfare State*, Bristol: SAUS Publications.
- Morginstin, B. (1988), "Issues related to implementation of the long-term care insurance in Israel", Discussion Paper 1 (Series B), Jerusalem, Israel: The National Insurance Institute.
- Morginstin, B. and Shamai, N. (1988), "Issues in planning long-term care insurance in Israel's social security system", *Social Security*, Special English Edition, pp. 31-48.
- Morginstin, B., Baich-Moray S. and Zipkin, A. (1991), *Long-term Care Insurance Law: Data from the First Two Years*, Survey No. 85, Jerusalem, Israel: The National Insurance Institute.
- Pierre, J. (1993), "Legitimacy, institutional change, and the politics of public administration in Sweden", *International Political Science Review*, 14(4): 387-401.
- Pierson, P. (1995), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmid, H. and Sabag, C. (1990), *A Study of the Functioning of Care Services Organizations*, Jerusalem, Israel: The Hebrew University of Jerusalem, The Paul Baerwald School of Social Work.
- Schwartz, H. (1994), "Small states in big trouble: State reorganization in Australia, Denmark, New Zealand, and Sweden in the 1980's", *World Politics*, 46: 527-555.
- Schwartz, R., (1987), *The Process of Policy-making: Israel's Nursing Insurance Case*, Unpublished M.A. thesis, Department of Political Science, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel.
- Semp, R. (ed.)(1991), *Privatization: The Provision of Public Services by the Privat Sector*, Jefferson, N.C.: McFarland.
- Shnitt, D. (1988), "The long-term care insurance law: The legal aspect", *Social Security*, Special English Edition, pp. 84-102.
- Shalev, M. (1998), "Zionism and liberalization: Change and continuity in Israel's political economy", *Humboldt Journal of Social Relations*, 23(1-2): 219-259.
- Smith, S. and Lipsky, M. (1993), *Non-Profits for Hire: The Welfare State in an Age of Contracting*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Sullivan, M. (1992), *The Politics of Social Policy*, New York: Harvester Wheatsheaf.
- Taylor, M. (1992), "The changing role of the nonprofit sector in Britain: Moving towards the market", in: Gidron, B., Kramer, R. and Salamon, I. (eds.),

- Government and the Third Sector: Emerging relationships in Welfare States*, San Francisco, Cal.: Jossey-Bass.
- Taylor, M. and Hoggett, P. (1994), "Quasi-markets and the transformation of the independent sector", in: Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand J. (eds.), *Quasi-markets in the Welfare State*, Bristol: SAUS Publications.
- Taylor-Gooby, P. (1991), *Social Change, Social Welfare and Social Science*, New York: Harvester Wheatsheaf.
- Taylor-Gooby, P. and Lawson, R. (1993), "Where we go from here: The new order in welfare", in: Taylor-Gooby, P. and Lawson, R. (eds.), *Markets and Managers: New Issues in the Delivery of Welfare*, Buckingham: Open University Press.
- Therborn, G. and Roebroek, J. (1986), "The irreversible welfare state: Its recent maturation, its encounter with the economic crisis, and its future prospects", *International Journal of Health Services*, 16(3): 319-338.
- Ungerson, C. (1994), "Morals and politics in 'payments for care': An introductory note", in: Evers, A., Pijl, M. and Ungerson, C. (eds.), *Payments for Care*, Aldershot: Avebury.
- Vogel, S. (1996), *Freer Markets, More Rules: Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Yishai, Y. (1990), "State and welfare groups: Competition or cooperation? Some observations on the Israeli scene", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 19(3): 215-235.
- Zipkin, A. and Morginstin, B. (1998), *Recipients of Long-Term Care Insurance Benefits in Israel, 1996-1997*, Jerusalem, Israel: The National Insurance Institute.

ישום מדיניות ההפרטה בשירותי ביטוח סיעוד - לקחים ראשוניים

מאת יוסף קטן*

המאמר מתאר ומנתח את הסדרי ההפרטה החלקית, המאפיינים את ביצוע חוק ביטוח סיעוד. למרות שאת השירותים הניתנים במסגרת חוק זה מספקים ארגונים לא-ממשלתיים, המדינה, באמצעות המוסד לביטוח לאומי, היא המממנת שירותים אלה, קובעת את קניי-המידה להקצאתם ומפקחת על הספקתם. שלושה חלקים עיקריים במאמר ואלה הם: סקירת הספרות העוסקת בגורמים להפרטה, דרכי מימושה ותוצאותיה; סקירת דרכי המימוש של תהליך ההפרטה בהספקת שירותי ביטוח סיעוד; לקחים ראשוניים שניתן להפיק מן ההפרטה החלקית של שירותים אלה. לקחים אלה מצביעים על כך, שלהסדרי ההפרטה החלקית יש תוצאות חיוביות ושליליות. דרושה אפוא הערכה מחדש של הסדרים אלה, שיביאו להגברת התוצאות החיוביות ולצמצום התוצאות השליליות הנובעות ממדיניות ההפרטה החלקית בשירותי ביטוח סיעוד ובכלל השירותים החברתיים.

מבוא

אחד הנושאים העיקריים העומדים במרכז סדר-היום של שירותי הרווחה בישראל הוא רעיון ההפרטה. ההפרטה אינה תופעה חדשה וחריגה בזירת השירותים החברתיים בישראל, ואותותיה ניכרו זה מכבר, בתחומי שירות שונים, כולל אלה המיועדים לאוכלוסייה הזקנה. רבים מן השירותים החברתיים שהממשלה מחויבת להעניק בתוקף החוק, או מעוניינת לספק לאוכלוסייה, ניתנים היום באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים, הכוללים מוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים) וארגונים עסקיים פרטיים.

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב, רמת-אביב, והמרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

בשנים האחרונות ידע תהליך ההפרטה האצה גוברת ונתחזקה אמונתם של חוגים כלכליים ופוליטיים שונים, שיש בה משום מתכון לתיקון הליקויים של מערכת השירותים החברתיים, שהמדינה ממלאת בה תפקיד מרכזי.

אימוץ רעיון ההפרטה והחלתו על השירותים החברתיים מאפיין היום את כל "מדינות הרווחה", והוא אחד ממרכיביו המרכזיים של הקונסנזוס על צביונה הרצוי של מדינות הרווחה ההולך ומתגבש בשנים האחרונות.

מאמר זה מבקש לסייע בהבנת הממדים השונים של תהליך ההפרטה, ובאיתור השלכותיו האפשריות באמצעות בחינת מימושו בתחום הספקת שירותי סיעוד לאוכלוסייה הזקנה במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

המאמר נחלק לארבעה חלקים עיקריים: החלק הראשון מוקדש להבהרת מושג ההפרטה ולתיאור וניתוח של מרכיביו השונים. בחלק השני יידונו ההשפעות האפשריות של ההפרטה והיתרונות והחסרונות שחסידיה ומתנגדיה מייחסים לה. בחלק השלישי תואר "תמונת ההפרטה", בתחום הספקת שירותי הסיעוד וייבחנו ממדיה השונים. בחלק הרביעי יידונו הלקחים השונים שניתן להפיק מניסיון ההפרטה של שירותי הסיעוד ובהשלכותיהם האפשריות על קביעת מדיניות ברורה יותר בנושא זה. המאמר מבוסס על מספר מקורות עיקריים:

(1) ספרים ומאמרים שעסקו בהיבטים שונים של נושא ההפרטה, שפורסמו בישראל ובארצות אחרות, בעיקר בבריטניה.

(2) מאמרים ודוחות על ביצוע חוק ביטוח סיעוד, שפורסמו מטעם מכון ברוקדייל, המוסד לביטוח לאומי, עמותת חברות הסיעוד הפרטיות, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

(3) דיווחים של עובדי שדה הפועלים בתחום זה ושיחות עם עובדים המעורבים בהספקת שירותי סיעוד.

(4) דברים שנאמרו בכנסים ובדיונים שהוקדשו לנושא זה.

רעיון ההפרטה ומרכיביו

במרבית מדינות הרווחה ניתן להבחין בשלושה דפוסיים עיקריים של הקצאת שירותים חברתיים:

(1) שירותים ממלכתיים ומוניציפליים שאותם מספקים באורח בלעדי גופים ממשלתיים או הרשויות המקומיות. גופים אלה קובעים את השירותים הספציפיים שיינתנו לאזרחים, מממנים אותם, מחליטים (על סמך חוק או תקנות) מי רשאי לקבלם ובאילו תנאים ומספקים

אותם. דוגמה מובהקת לשירותים אלה הן הגמלאות הכספיות שהמוסד לביטוח לאומי משלם למגוון רחב של קבוצות אוכלוסייה.

(2) שירותים ממלכתיים ומוניציפליים שאותם מספקים ארגונים לא-ממשלתיים (מלכ"רים וארגונים פרטיים). הגופים הממשלתיים והמוניציפליים קובעים את הרכב השירותים שיסופקו, מממנים אותם, באורח מלא או חלקי (במקרים אחדים, כמו אשפוז סיעודי, הצרכן משתתף במימון השירות) ומחליטים מי זכאי לקבלם. אבל ההספקה הישירה של השירותים לאזרחים הזכאים נעשית באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים, המשמשים למעשה זרוע מבצעת של הממשלה או הרשות המקומית. שירותי טיפול בית לזקנים הניתנים בתוקף חוק ביטוח סיעוד הם דוגמה לשירותים מסוג זה.

(3) שירותים שאותם מספקים ארגונים לא-ממשלתיים, ללא כל מעורבות של גופים ממשלתיים ומוניציפליים. שירותים אלה עשויים לכלול הן שירותים שהם זהים לשירותים הממלכתיים, והן שירותים שאינם מסופקים באורח ישיר או עקיף מטעם הממשלה. הארגונים הלא-ממשלתיים פועלים למעשה במקביל למערכת הממלכתית. שירותי הרפואה הפרטיים הניתנים תמורת תשלום ושירותי בריאות השן הם דוגמאות לסוג זה של שירותים. בעוד שהדפוס הראשון של הקצאת השירותים משקף שליטה מלאה של גורמים ממשלתיים או מוניציפליים, ואי-מתן דריסת-רגל לארגונים לא-ממשלתיים, הדפוס השני מבטא מצב של הפרטה חלקית, ואילו הדפוס השלישי מבטא מצב של הפרטה מלאה. במאמר זה יושם דגש על דפוס ההפרטה החלקית המאפיין את שירותי ביטוח סיעוד. דפוס זה של הקצאת שירותים משקף כאמור מצב שבו המדינה או הרשות המקומית מפריטות, כלומר, מעבירות לאחריות של ארגונים לא-ממשלתיים את הספקת השירותים, אך מותירות בידיהן את השליטה על תכנון השירותים, קביעת הזכאות לקבלתם, מימנם והבקרה על פעילות ספקי השירותים.

ההתקשרות בין הממשלה או הרשות המקומית לארגונים הלא-ממשלתיים המספקים את השירותים היא על בסיס של חוזה, המגדיר את החובות והזכויות של שני הצדדים. דפוס זה של הקצאת שירותים, המתפשט במדינות רווחה רבות, ובתוכן ישראל, זכה לכינויים רבים, כמו "כלכלה מעורבת", "הפרטה זוחלת", "שווקים למחצה", "שוק הרווחה", "פלורליזם של רווחה", "תרבות החוזה" (דורון, 1989; 1995; לה גרנד, 1991; Wistow et al., 1996).

כינויים אלה באים לציין שתי תכונות מרכזיות של דפוס זה: מעורבות של גורמים שונים (ממשלה, מלכ"רים, ארגונים עסקיים) בהקצאת השירותים, ואימוץ מספר מרכיבים של "כלכלת שוק" בהקצאת שירותים ממלכתיים ומוניציפליים. מרכיבים אלה כוללים: פעילות מקבילה של מספר ארגונים המתחרים ביניהם על הספקת שירותים לצרכנים, ויכולת הצרכנים (הצרכנים עצמם או הגוף הממשלתי המממן את השירותים), לבחור בספקים שהם מעוניינים בהם ולנטוש את אלה שאינם עונים על ציפיותיהם.

בדפוס זה של הקצאת שירותים קיימת הבחנה ברורה בין קניית שירותים ובין הספקתם. גופים ממשלתיים ומוניציפליים שעסקו קודם לכן בהספקת שירותי רווחה הופכים להיות קוני שירותים מגופים אחרים. קניית השירותים יכולה להתבצע בארבע צורות עיקריות:

(1) הגוף הממשלתי, המחויב בתוקף חוק או המעוניין לספק שירותים לאוכלוסייה, בוחר בספק אחד מתוך מספר ספקים ומממן את השירותים שהלה מספק לאוכלוסייה הזכאית לקבלם (צורה זו מאפיינת את הספקת השירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד).

(2) הגוף הממשלתי מצייד את הצרכנים הזכאים לקבל שירותים ממלכתיים בשוברים שווי-כסף, אשר באמצעותם הם יכולים לרכוש שירותים ספציפיים מספקים שהם בוחרים (בדרך-כלל מדובר בספקים שקיבלו את אישורה של הממשלה). הספקים מקבלים מימון מן הגוף הממשלתי לפי מספר השוברים שברשותם (דפוס זה עדיין אינו קיים בישראל).

(3) הצרכנים הזכאים לקבל שירותים ספציפיים בוחרים בארגון המספק שירותים אלה. הגוף הממשלתי האחראי על הספקת השירותים מעביר לארגון מימון לפי מספר הזכאים המקבלים ממנו שירותים (צורה זו מאפיינת את הספקת שירותי הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי).

(4) המדינה מעבירה לאזרחים זכאים גמלה לשם קניית שירותים. האזרחים עצמם רשאים להשתמש בגמלה כאוות נפשם: לקנות בעזרתה שירותים מספקים שהם בוחרים לעצמם, להסתייע במשפחתם וכדומה (צורה זו באה לידי ביטוי בגמלת השירותים המיוחדים המשולמת לגנים מטעם המוסד לביטוח לאומי).

בכל הצורות שצוינו לעיל קיימת אפשרות של השתתפות חלקית של הצרכן במימון השירותים (כגון תשלום עבור ביקור אצל רופא או עבור תרופות). חלוקת העבודה האופיינית ביותר בין הממשלה ובין ארגונים לא-ממשלתיים הקיימת במודל ההפרטה החלקית מוצגת בלוח מס' 1.

לוח מס' 1. חלוקת העבודה בין הממשלה לארגונים לא-ממשלתיים במודל ההפרטה החלקית

התפקיד	הגוף המבצע
1. קביעת סל השירותים	הגוף הממשלתי
2. קביעת הזכאות לשירותים	הגוף הממשלתי
3. מימון השירותים	הגוף הממשלתי והצרכנים
4. הספקת השירותים	גוף לא ממשלתי
5. בקרה על הספקת השירותים	גוף ממשלתי (לעתים הגוף הממשלתי מעביר את האחריות לבקרה לגוף לא ממשלתי)

מדיניות ההפרטה החלקית ומימושה במרבית מדינות הרווחה ובתוכן ישראל עוררה התעניינות רבה, המתבטאת בפרסומים לא מעטים בנושא זה, שהופיעו בשנים האחרונות. תרומתם של פרסומים אלה להבנת רעיון ההפרטה ולהכרת השלכותיו האפשריות על תפקוד שירותי הרווחה תיבחן בחלק הבא של המאמר.

תהליכי ההפרטה בשירותים החברתיים - סקירת ספרות

הסקירה שלהלן תתרכז בהבנת הסיבות לחדירתו ולהתפשטותו של רעיון ההפרטה בשירותים החברתיים ברבות ממדינות הרווחה, באיתור השפעותיו של הרעיון על מבנה השירותים ודפוסי פעולתם, ובבחינת יתרונותיו ותסרוגותיו האפשריים.

העבודות שעליהן תסתמך הסקירה להלן פורסמו בעיקר בבריטניה, בארצות-הברית ובישראל (דורון, 1989; לה גרנד, 1991; גל, 1994; דורון, 1995; אייזנשטדט, 1996; קטן, 1996; 1997; שירום, 1996; כץ, 1997; קטן, 1998; שמיד, 1998; קטן ולבנשטיין, 1999; Salamon, 1987; Johnson, 1989; Deakin and Walsh, 1996; Marsland, 1996; Wistow et al., 1996; Higgins, 1997; Bartlett, Roberts and Le Grand, 1998; Johnson et al., 1998; McKay, 1998; Salamon, Anheier and Associates, 1998; Taylor-Goobey, 1999; Ajzenstadt and Rosenhek, 2000; Backman and Smith, 2000; Gelles, 2000; Kramer, 2000). עבודות אלה כוללות הן דיונים עיוניים, הן תיאורי אירועים על החדרת ההפרטה לשירותים קונקרטיים ותוצאותיה והן דיווחים על ממצאי מחקרים שבחנו היבטים שונים של מימוש ההפרטה.

חדירתה והתפשטותה של ההפרטה לזירת השירותים החברתיים מבטאות את חוסר הנחת בחוגים שונים מן ההשפעה הגוברת של המעורבות המקיפה של המגזר הממשלתי (הממשלה והרשויות המקומיות) בשירותים החברתיים. למעורבות זו מיוחסים מספר חסרונות וכשלים מרכזיים: ניהול כושל, רמת הוצאה גבוהה הפוגעת בצמיחה הכלכלית, בזבוז משאבים, קיום מנגנונים בירוקרטיים מנופחים ונוקשים המנסים לשמר את עצמם והגורמים חוסר יעילות, יצירת אוכלוסיית נזקקים תלוית ופסיבית, פגיעה בהתארגנויות וולונטריות של אזרחים המנסות לספק את צורכיהם, מניעת תחרות, שלילת זכות הבחירה מצרכני השירותים ושליטה ממשלתית מוגזמת על חיי האזרחים.

מול כשלי המגזר הממשלתי חסידי ההפרטה מציבים את יתרונותיה של "כלכלת השוק", המאפשרת לצרכנים המעוניינים לרכוש שירותים לברוק מספר ארגונים ולהעדיף, לאחר שיקול דעת רציונלי, את אלה המספקים שירותים התואמים, מבחינת עלותם ואיכותם, את צורכיהם וציפיותיהם. חסידי ההפרטה אף מציינים, שרצונם של ספקי השירותים, הפועלים בשוק בתנאי תחרות, להרוויח ולשרוד, מניע אותם להציע לצרכנים מוצרים איכותיים במחיר הולם. התחרות בין הספקים ויכולת הבחירה של הצרכנים הופכים את השוק לזירה

דינמית ומשתנה, אשר הארגונים הפועלים בה חייבים לגלות גמישות וחדשנות ולהגיע ליעילות מירבית. יתר על כן, חסידי ההפרטה אף טוענים, שבשל יעילותם של הארגונים הלא-ממשלתיים, עלות הספקתם של שירותים ממלכתיים ועירוניים באמצעותם היא נמוכה יותר מאשר עלות הספקתם מטעם הממשלה או הרשות המקומית (כלומר, אותם שירותים יסופקו לאזרחים בעלות נמוכה יותר). אחדים מן המחקרים שכך מצטט (1997) אכן מספקים תימוכין לטענה זו, למרות שיש גם מחקרים השוללים אותה (Gelles, 2000).

חסידי ההפרטה ו"כלכלת השוק" מחייבים אפוא את האצתו של תהליך הפרטת השירותים החברתיים, הן מנימוקים אידיאולוגיים ומוסריים, המשקפים את הסיכונים הכרוכים במעורבות יתרה של המדינה תוך שהם מדגישים את החיוניות שבהסתמכות על השוק ובטיפול עצמאות ואחריות הפרט וכישר היזמות שלו, והן מנימוקים מעשיים, המפנים את תשומת הלב ליכולתם המוגבלת של המגוונים הממשלתיים לטפל ביעילות במגוון רחב של נושאים, ואל התוצאות הכלכליות השליליות הכרוכות בהוצאה ממשלתית גבוהה המיועדת לנושאים חברתיים.

נימוקים אלה בזכות ההפרטה אמנם מתייחסים במיוחד להפרטה מלאה המביאה לדחיקת רגלי הממשלה לשוליים, אך הם רלוונטיים גם להסדרי ההפרטה החלקית, הכוללים מספר מרכיבים מרכזיים של "כלכלת שוק".

יחד עם זאת, המדיניות המסתייגת מהפרטה מלאה והדוגלת בהפרטה חלקית, שהממשלה ממשיכה למלא בה תפקיד מרכזי בהכוונת השירותים החברתיים, נובעת מן החשש בקרב מעצבי המדיניות החברתית במדינות רווחה רבות, מגלישה מואצת וחסרת מעצורים לעבר הפרטה מלאה.

ההפרטה החלקית אמורה למצות את יתרונות "כלכלת השוק", כגון: מתן אפשרות בחירה לצרכנים, עידוד תחרות בין ספקים וצמצום עלויות, תוך מזעור החסרונות הרבים שהמתנגדים להפרטה מייחסים לה. אלה גורסים, ששליטה מירבית של עקרונות "כלכלת השוק" בזירת השירותים החברתיים, ללא מעורבות ממשלתית, עשויה לפגוע באוכלוסייה הענייה, שבשל העדר משאבים כלכליים מתקשה לרכוש שירותים שונים בשוק, ליצור מערכות שירותים נפרדות לאוכלוסיות בעלות אמצעים כלכליים שונים, ולהביא להחלשת הסולידריות החברתית בין קבוצות אוכלוסייה שונות ולהגברת הפערים החברתיים.

אלה החוששים מהתעצמות תהליכי ההפרטה בזירת השירותים החברתיים אף מטילים ספק במידת תקפותם של מספר יתרונות שחסידי ההפרטה החלקית מייחסים ל"כלכלת השוק", כגון: קיום תחרות בין ספקים, המביאה להפחתת עלויות ולעלייה באיכות השירותים, ומתן אפשרות בחירה לצרכנים, המגבירה את כוחם והשפעתם. גורמים אלה מפנים את תשומת הלב למספר חריגות טיפוסיות המאפיינות את פעילות השוק, ועלולות דווקא לפגוע בצרכנים:

(1) קיום הסדרים גלויים וסמויים בין ספקים או השתלטות של ספקים אחדים על אחרים,

שמשמעה פגיעה בתחרותיות השוק ובאינטרסים של הצרכנים. דיווחים אחדים על הספקת שירותים ממלכתיים באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים בבריטניה אכן מצביעים על קיומה של תחרות מוגבלת מאוד בין ספקי השירותים (Johnson et al., 1998).

מיעוט התחרות או הבחירה נובעים ממספר גורמים, כגון: קיום ספק אחד בלבד או מספר קטן של ספקים באזורים אחדים - מצב המונע מראש אפשרות של תחרות; נטיית הרשויות לחתום על חוזים עם ספקים מוכרים הפועלים בשוק ולהימנע מהתקשרות עם ספקים חדשים ולא מוכרים; קיום הסדרים שונים בין ספקי שירותים.

(2) הפסקת פעילות של ספקי שירותים "לא יעילים", שאינם עומדים בתחרות וככללי המשחק המאפיינים את השוק, עשויה לפגוע בצרכנים. למשל, המקרה של בית-אבות, שבו מתגוררים זה שנים רבות עשרות דיירים זקנים, שנאלץ להפסיק לפעול בשל אי-יכולתו להתחרות עם בתי-אבות אחרים, חזקים יותר, ודייריו נאלצים לעבור בשל כך למקום מגורים אחר.

(3) צרכנים רבים פועלים בשוק שלא בהתאם לציפייה שיתנהגו בתבונה, ימצו את יתרונות השוק וירכשו שירותים העונים במידה מירבית על צורכיהם (Taylor-Gooby, 1999). הטענה היא, שבשל גורמים שונים, כמו חוסר השכלה וניסיון, צרכנים רבים אינם צוברים מידע מספיק על פעילות ספקים שונים בשוק ומתקשים לנתח בצורה הולמת את המידע החלקי שברשותם, ומשום כך גם אינם יכולים לבחור באופן רציונלי את הגורם שיספק את צורכיהם בצורה הטובה ביותר, או יספק להם את "הסחורה" התואמת את ציפיותיהם. התוצאה עלולה להיות, שצרכנים יקבלו החלטות הנוגדות את האינטרסים שלהם ועלולות אף לפגוע בהם. הקושי של הצרכנים מחרוץ במיוחד כשמדובר במידע מקצועי המחייב ידע והבנה.

פגיעת השוק בצרכנים עשויה לנבוע מכך, שהוא מאופיין במפגש אסימטרי בין מגוון רחב של צרכנים הפועלים על-פי רוב כיחידים ובין ספקים מאורגנים, מתוחכמים ועתירי משאבים, המשכילים להפעיל אמצעים שונים על-מנת לשווק את מוצריהם בצורה ההולמת את האינטרסים שלהם ולרכוש את לבם של הצרכנים. במפגש מעין זה צרכנים רבים עשויים למצוא את עצמם במצב נחות ולהיות טרף קל לרצון ספקי השירותים לשווק את מוצריהם ולהפיק רווחים. טיעון זה מתייחס בעיקר לארגונים פרטיים עסקיים, ולא לארגונים וולונטריים. רק מעורבות מקיפה של הממשלה עשויה להציב מחסום בפני אפשרות זו ולהגן על טובת הצרכנים.

אלה החוששים מהפרטה חלקית של השירותים החברתיים גם אינם "קונים" בקלות יתרה את הטיעון, שעלות הספקת השירותים הממלכתיים באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים היא נמוכה מהקצאתם בידי ארגונים ממשלתיים. אמנם הם אינם מתכחשים לנתונים המאשרים טיעון זה, אבל הם מציינים, שהעלות הנמוכה נובעת במידה רבה מן השכר

הגמוך, מתנאי העבודה הירודים ומן הניצול של חלק נכבד מן העובדים בארגונים הלא-ממשלתיים.

הסתייגויות אלה, המבוססות בחלקן גם על עדויות קונקרטיות, מרגישות את הצורך בהתייחסות זהירה ביותר למרכיבי "כלכלת השוק", ובצורך בשמירה על נוכחות ממשית ומשפיעה של המדינה כגורם מבקר ומווסת בזירת שירותי הרווחה.

אחדים מאלה המתנגדים להפרטה כוללת רואים בהפרטה החלקית פשרה מתקבלת על הדעת, אבל חלק מהם מתנגדים גם לה, מכיוון שהם רואים בה צעד ראשון שנועד להרגיל את האזרחים לכך שהם מקבלים שירותים מארגונים לא-ממשלתיים ובכך להכשיר את הקרקע להפרטה כוללת יותר. לפי גרסה זו, לא מדובר בהפרטה חלקית בלבד, אלא בהפרטה זוחלת שתוביל להפרטה מלאה. יתר על כן, מתנגדים אלה מטילים ספק ביכולת המגזר הממשלתי (הממשלה והרשויות המקומיות) לבקר באופן יעיל ומספק את פעילות הארגונים הלא-ממשלתיים. הסדרי ההפרטה החלקית גם אינם מעוררים את התלהבותם של החוגים הדוגלים בהפרטה מואצת ומתנגדים להמשך המעורבות הממשלתית המקיפה בזירת שירותי הרווחה. לדעתם, הסדרי ההפרטה החלקית הם אמצעי להמשך שליטת הממשלה במערכת שירותי הרווחה, אם גם בלבוש שונה. הסדרי חלקיים אלה מסייעים לממשלה להשתחרר מן התפקיד המורכב והיקר של הספקת השירותים, אבל יחד עם זאת מאפשרים לה להתמיד בשליטתה במערכת באמצעות מימון השירותים וחתימת "חוזים" עם ספקי השירותים הקובעים בצורה מוגדרת ומפורטת את חובותיהם ותנאי פעילותם. יתר על כן, להסדרי חוזיים אלה יש כמה השלכות אפשריות שעשויות להחליש את הארגונים הלא-ממשלתיים, לפגוע בפעילותם החופשית ובתחרות ביניהם ולהקשות בכך על השגת יעדי ההפרטה. על חלק מאלה מצביעים גם מספר מחקרים (Salamon, Anheier and Backman and Smith, 2000; Associates, 1998):

(1) חיזוק תלותם של ארגונים וולונטריים וארגונים פרטיים בממשלה בשל היותה גורם מרכזי במימון פעולותיהם, ובמקרים רבים אף בהבטחת עצם קיומם. ללא המימון הממשלתי, ארגונים פרטיים ומלכ"רים לא מעטים היו קורסים.

(2) התגברות התלות בממשלה והצורך להיענות לדרישות שונות שלה מביאים הן לחיזוק המרכיבים הבירוקרטיים בפעילות הארגונים והן למיקוד פעילותם בנושאים שעבורם הם יכולים לקבל תמיכה ממשלתית תוך התרחקות מפעילויות אחרות שאינן נתמכות בידי הממשלה - כגון הספקת שירותים לאוכלוסיות חלשות, פעילות סינגור ומאבק פוליטי של ארגונים וולונטריים - המיועדות לקדם רעיונות ונושאים שאינם עולים בקנה אחד עם עקרונותיהם של ארגונים אלה.

(3) פעילות מלכ"רים במסגרת "הכלכלה המעורבת" ו"השווקים למחצה", המחייבת אותם להתחרות עם ארגונים עסקיים, מביאה ל"מסחורם", כלומר, מניעה אותם לאמץ דפוסי

חשיבה, כללי פעולה ותרבות והתנהגות עסקית המשנים את צביונם, מכרסמים במרכיביהם הייחודיים כארגונים וולונטריים, המדגישים את שליחותם החברתית ואת התנערותם מעשיית רווחים.

הטענה היא אפוא, שהסדרי ההפרטה החלקית שבה נוטלים חלק ארגונים המשתייכים לשלושת המגזרים - הממשלתי, הוולונטרי והעסקי הפרטי - מקנים למגזר הממשלתי מעמד מרכזי, מטשטשים את ההבדלים בין הארגונים הוולונטריים והארגונים העסקיים הפרטיים, ומטילים עליהם מגבלות שונות המקשות עליהם לתת ביטוי לסגולותיהם המיוחדות. יש גם הטוענים, שבשל השפעות אלה, הסדרי ההפרטה החלקית מזכירים "סוציאליזם של שוק" יותר מאשר "כלכלת שוק קפיטליסטית" (Bartlett, Roberts and Le Grand, 1998).

הדיונים בנושא ההפרטה ובמשמעותה של ההפרטה החלקית, והמחלוקות על יתרונותיה וחסרונותיה האפשריים, מעידים על כך, שתהליך ההפרטה הוא אחד השינויים מרחיקי-הלכת שהתרחשו בשנים האחרונות במערכת השירותים החברתיים ואותותיו ניכרים, במידות שונות של עוצמה, במרכיבים שונים של מערכת זו: סמכות ומעורבות המדינה, המעמד ודפוסי התפקוד של מלכ"רים וארגונים עסקיים פרטיים ויחסי-הגומלין ביניהם, כוחם של הצרכנים ואיכות השירותים שהם מקבלים ומצבם של עובדי השירותים החברתיים.

חלקו הבא של המאמר יוקדש לבחינת מימושו של הרעיון בישראל, בתחום שבו ההפרטה החלקית מומשה במלואה, שירותי ביטוח סיעוד. הדיון יתמקד במספר היבטים עיקריים שהועלו בעבודות שנסקרו לעיל:

- ההיקף והאיכות של השירותים המסופקים לצרכנים באמצעות ספקים במסגרת ההפרטה החלקית.

- תפקיד המגזר הממשלתי (גופים המשתייכים לממשלה והרשויות המקומיות) האמור לכוון ולבקר את פעילות ספקי השירותים.

- תפקיד המלכ"רים והארגונים הפרטיים העוסקים בהספקת השירותים, מידת יכולתם לשמור על תכונותיהם, ויחסי-הגומלין ביניהם.

בחינת מימוש רעיון ההפרטה החלקית בשירותי ביטוח סיעוד עשוי להטיל אור על המשמעות וההשלכות האפשריות של יישום מדיניות ההפרטה בשירותים החברתיים בישראל ולהעשיר את הדיון בנושא זה הנערך היום בארצות שונות.

ההפרטה החלקית בשירותי ביטוח סיעוד

התקנות המנחות שפרסמה הממשלה לביצוע חוק ביטוח סיעוד קובעות בצורה החלטית, ששירותי ביטוח סיעוד המסופקים במסגרת החוק יינתנו אך ורק באמצעות ארגונים לא-

ממשלתיים (עסקיים פרטיים ומלכ"רים). יחד עם זאת, גוף ממשלתי (המוסד לביטוח לאומי) הוא המממן את השירות בצורה מלאה, והוא המגדיר את תנאי הזכאות ומחליט מי זכאי לקבל שירותים.

הוועדה המקומית, שגם היא שלוחה של גורמים ממשלתיים ארציים ומקומיים ואשר חברים בה עובדת סוציאלית של המחלקה המקומית לשירותים חברתיים, אחות מלשכת הבריאות ופקיד תביעות מן המוסד לביטוח לאומי, מתכנתת את סל השירותים שיינתן לזכאים, קובעת מי יספק אותם ומלווה את פעילות הספק.

הוועדה בוחרת את ספקי השירות מתוך רשימת ארגונים שקיבלו רישיון להספקת שירותי סיעוד. הרישיון ניתן לארגונים לאחר מבחן שערך השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה ולאחר שחתמו על הסכם עם המוסד לביטוח לאומי. בהסכם מפורטים התנאים המחייבים את הארגון, לרבות החובה להעסיק עובד סוציאלי ואחות ולהדריך את המטפלות. לאחר שנבחר הספק, אין לו מונופול על הספקת השירות למטופל ספציפי והוועדה רשאית להחליפו בספק אחר, אם מתקבלות תלונות על איכות עבודתו, או אם הוא אינו עומד בתנאי ההסכם. הממשלה אחראית אפוא על המימון והתכנון של השירות, על קביעת הזכאות, הבקרה ובחירת הספקים.

המשאבים הכספיים שהמדינה מפנה למימון שירותי הסיעוד לזקנים הם היום נתח עיקרי בכלל המשאבים שהמדינה מקצה לשירותי רווחה אישיים לאוכלוסייה זו. משאבים אלה כוללים שלושה מרכיבים:

(1) ההוצאה של השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה המועברת ברובה לרשויות המקומיות.

(2) ההוצאה לגמלאות הסיעוד.

(3) ההוצאה לפיתוח תשתית שירותים קהילתיים ומוסדיים לזקנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד המועברת למשרד העבודה והרווחה. הוצאה זו אינה כוללת הקצאות של גורמים נוספים המספקים שירותים לזקנים, כמו הרשויות המקומיות ואשל (הקצאה נוספת של משאבים שמקורם בחוק מועברת למשרד הבריאות). חלוקת ההוצאה הממשלתית בין מרכיבים אלה בשנים 1985-1999 מוצגת בלוח מס' 2.

הנתונים המוצגים בלוח מס' 2 מראים, שההוצאה המיועדת לשירותי הסיעוד לזכאים תופסת נתח מכריע של ההוצאה המיועדת לכלל שירותי הרווחה האישיים לזקנים (בערך 81 אחוזים בתקציב 1999). הוצאות השירות לזקן, המיועדות למכלול רחב של שירותים מוסדיים וקהילתיים נוספים לקשישים, גדלו במידה רבה מאז 1985, אבל החלק שלהם בהוצאה הכוללת לשירותי רווחה לזקנים פוחת והולך והוא מגיע בתקציב 1999 רק ל-10 אחוזים בערך. ירידה זו נובעת כמובן מן העלייה התלולה והמהירה בהיקף ההוצאה המיועד לביצוע חוק ביטוח סיעוד.

גם אם נביא בחשבון, ששירותי הרווחה האישיים לזקנים ממומנים גם בידי גורמים

לוח מס' 2. ההוצאה לשירותי רווחה לזקנים, בין השנים 1985-1999 (במיליוני שקלים, מחירי 1996, ובאחוזים)

פיתוח תשתית שירותים (חוק ביטוח סיעוד)		גמלאות ביטוח סיעוד (המוסד לביטוח לאומי)		השירות לזקן (משרד העבודה והרווחה)		סך הכל	
מיליוני ש"ח	אחוזים	מיליוני ש"ח	אחוזים	מיליוני ש"ח	אחוזים	מיליוני ש"ח	אחוזים
						95	100.0
7.4	47	478	75.7	107	16.9	632	100.0
8.3	85	809	78.7	134	13.0	1,028	100.0
9.0	144	1,295	80.6	167	10.4	1,606	100.0

מקור: נתוני המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים (הנתונים לשנת 1999 מתייחסים להצעת התקציב).

נוספים כמו הרשויות המקומיות, ולא רק בידי המדינה, אזי ההוצאה לביטוח סיעוד ממשיכה להיות מקור עיקרי ומכריע במימון שירותי הרווחה לזקנים. היום, במסגרת הסדרי ההפרטה החלקית, משאבים חשובים אלה מועברים לארגונים הלא-ממשלתיים ומיועדים בעיקר להספקת סוג אחד של שירותים - שירותי סיעוד. הוצאות ארגונים אלה כוללות שלושה מרכיבים עיקריים:

- (1) מימון שכר המטפלות העוסקות במתן השירות הישיר לזקנים.
 - (2) מימון שכר עובדים נוספים (כמו מנהלים, עובדים סוציאליים, אחיות, בקריות) והשתלמויות לעובדים.
 - (3) מימון החזקת הארגון (שכר דירה, הנהלת חשבונות, שיווק ופרסום וכדומה).
- חלקם של הארגונים הלא-ממשלתיים השונים במימוש חוק ביטוח סיעוד בין השנים 1991-1998. מוצג בלוח מס' 3.

הנתונים המוצגים בלוח מס' 3 מראים, שבשנים הראשונות להפעלת חוק ביטוח סיעוד תפסה עמותת מט"ב, שפעלה כספק מרכזי של שירותי סיעוד לפני הפעלת החוק, נתח של 30 אחוזים בערך ממספר הזכאים, שעות השירות והתשלומים. העמותות האחרות, שהיו ברובן עמותות מקומיות לתכנון ופיתוח שירותים לקשישים, ואשר הוקמו ביישובים רבים ביוזמת אשל, תפסו נתח של 14-17 אחוזים, ואילו החברות הפרטיות "כיסו" מחצית מנתח השירותים. ב-1998 השתנתה החלוקה: חלקן של העמותות נשמר, מט"ב איבדה נתח מרכזי מחלקה, ואילו החברות הפרטיות הגדילו את חלקן עד לכיסוי של 65 אחוזים בערך מנתח מקבלי השירותים.

ההפרטה החלקית של שירותי ביטוח סיעוד מתבטאת אפוא לא רק בהעדר כל נוכחות

לוח מס' 3. ארגונים לא-ממשלתיים המספקים שירותי סיעוד, 1998-1991 (אחוזים)

מס"ב	עמותות	חברות פרטיות	קיבוצים ומושבים	סך הכל	
מקבלי שירות					
30	17	51	2	100	1991
19	18	62	1	100	1995
18	19	62	1	100	1996
17	18	64	1	100	1997
17	17	65	1	100	1998
שעות שירות					
33	14	50	3	100	1991
23	16	60	1	100	1995
20	16	63	1	100	1996
18	16	65	1	100	1997
20	16	63	1	100	1998
תשלומים					
31	16	51	2	100	1991
23	20	52	1	100	1995
21	20	58	1	100	1996
19	20	60	1	100	1997
20	20	59	1	100	1998

מקור: המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתית לשנים 1992-1991, 1996-1995, 1997-1996, 1998-1997, 1999-1998.

ממשלתית בהספקת שירותים אלה, אלא גם בהתעצמות חלקם של הארגונים העסקיים הפרטיים בתחום זה. המספר הכולל של הארגונים (מלכ"רים וארגונים עסקיים פרטיים) שהיו מעורבים בסוף שנות ה-90 בהספקת שירותי סיעוד היה בערך 150. מימוש חוק ביטוח סיעוד מאפשר אפוא לבחון כמה סוגיות מרכזיות הקשורות לתהליך ההפרטה. מאמר זה יעסוק בסוגיות אלה: היקף השירותים ואיכותם, תפקוד הרשויות הממשלתיות המעורבות בביצוע החוק ותפקוד ספקי השירותים.

הדברים שלהלן מבוססים על עבודות מחקר ודיווחים על ביצוע חוק ביטוח סיעוד שפורסמו בשנים האחרונות (בייץ-מוראי וזיפקין, 1993; בן-צבי, 1993; ברודסקי, 1998; כייטוב, 1998; סגל, 1999; פורת, 1999; עמותת חברות הסיעוד הפרטיות, 1998; קטן ולבנשטיין, 1999; רוזנפרל, 1999; רייס, 1998; שמיד וסבג, 1990; שמיד וסבג, 1990; Zipkin and Morginstin, 1998; Ajzenstgadt; 2000; and Rosenhek, 2000), שיחות עם עובדים המעורבים באורח ישיר או עקיף בביצוע חוק ביטוח סיעוד ודברים שנאמרו בכנסים ובדיונים שהוקדשו לנושא זה.

ראוי לציין, שהעדר מעורבות ארגונים ממשלתיים ורשויות מקומיות בהספקת שירותי הסיעוד, במקביל לארגונים הלא-ממשלתיים, מקשה על קבלת תמונה מלאה על השלכותיה של ההפרטה בתחום זה, מכיוון שהיא מונעת השוואה בין הספקת השירותים באמצעות ארגונים ממשלתיים ובין הספקתם באמצעות הארגונים הלא-ממשלתיים.

היקף השירותים ואיכותם

האומדן לגבי מספר הזקנים שקיבלו שירותי סיעוד בקהילה במימון גופים ציבוריים (משרדי ממשלה כמו משרד הביטחון, הרשויות המקומיות וקופות החולים) אינו אחיד והוא נע בין 2,500 ל-7,000. אולם, בחודש דצמבר 2000 הגיע מספר הזקנים המקבלים שירותים אלה בתוקף החוק ל-99,000 בערך (המוסד לביטוח לאומי, 2001). כלומר, בתקופה של שתיים-עשרה שנה בערך היה גידול מרשים בהיקף האוכלוסייה המקבלת שירותי סיעוד במימון ממשלתי.

גידול חסר תקדים זה במספר הצרכנים שהוכרו כזכאים לקבלת שירותי סיעוד, שלא היה לו אח ורע באף תחום אחר של שירותי הרווחה האישיים, הציב אתגר גדול הן בפני המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות והן בפני הארגונים הלא-ממשלתיים, שעליהם הוטלה המשימה של הספקת השירותים.

העובדה, שכמעט כל הזכאים מקבלים שירותים (למעט אלה המסרבים לקבל אותם) מוכיחה, שהארגונים הלא-ממשלתיים, שמרביתם הוקמו לאחר הפעלת החוק, הצליחו לעמוד באתגר שהוצב בפניהם. יחד עם זאת, יש להבחין בין הצלחת הארגונים לספק שירותים לאוכלוסייה הגדלה והולכת בפרק-זמן קצר ובקצב מהיר, ובין איכות השירותים ותרומתם לשיפור איכות חייהם של הזקנים.

למרכה הצער, הנתונים הזמינים מספקים רק מידע חלקי ולא עדכני על שאלה זו. שמיד וסבג (1990 א'; 1990 ב'), שבחנו את תפקוד ספקי השירותים בשנים הראשונות לביצוע החוק, מדווחים על רמת שביעות-רצון גבוהה של הזקנים ובני משפחתם משירותי הסיעוד שסופקו להם. מידת שביעות-הרצון הגבוהה ביותר היתה בקרב מקבלי שירותים מארגון מט"ב; אחריו דורגו הארגונים הפרטיים ואחריהם - העמותות. אולם ההבדלים בין הארגונים היו קטנים מאוד. החוקרים מייחסים ממצא זה לעובדה, שהמטפלות של מט"ב נהנות מהכשרה טובה יותר, משכר גבוה יותר ומתנאים סוציאליים טובים יותר. גורמים אלה תורמים להקטנת התחלופה של מטפלות מט"ב ולהיווצרות יחסים טובים יותר בין ובין הזקנים. גם חלק ממרכזות הוועדות המקומיות שהתבקשו לחוות את דעתן על איכות שירותי הסיעוד הצטרפו לדעה זו ואמרו, שעל סמך התרשמותן איכות השירותים היא משביעה-רצון (קטן ולבנשטיין, 1999). עדויות אלה מצטרפות לדיווחים על שביעות-רצון גבוהה בקרב המטפלות מעבודתן (בן-צבי, 1993). דעה שונה הביעו מרכזות אחרות של

ועדות מקומיות ועובדות סוציאליות, המטפלות בזקנים במסגרת מחלקות מקומיות לשירותי רווחה. הן הצביעו על הימצאות "כיסים" של איכות ירודה של שירותי סיעוד (קטן ולבנשטיין, 1999).

נראה אפוא, שהתמונה של איכות שירותי הסיעוד לזקנים אינה ברורה וחד-משמעית. יחד עם זאת, בחינת מספר מרכיבים בתפקוד ספקי השירותים מצביעה על מספר גורמים העשויים להשפיע לטובה או לרעה על איכות השירותים והקשורים לתהליך ההפרטה. ההשפעה לטובה עשויה לנבוע מכמה גורמים עיקריים:

ראשית, תלונות של מטופלים או בני משפחתם על איכות ירודה של שירותים, שארגונים מספקים, עשויה לפגוע בנכונות הוועדה המקומית להפנות לארגונים אלה מטופלים חדשים. יתר על כן, מטופלים יכולים לדרוש מן הוועדה המקומית להחליף את החברה המספקת להם שירותים, ובדרך-כלל הוועדה נענית לדרישה זו. התחרות בין ספקי השירותים, על "קבלת" מטופלים מן הוועדות המקומיות ורצונם למנוע נשירת מטופלים מהווים אפוא תמריץ להקפדה על איכות השירות.

שנית, בשנים האחרונות עלה מספר הזקנים ובני משפחתם הבוחרים בעצמם את ספקי השירותים במסגרת הסדר הקרוי "טרומ חוק", שיתואר בהמשך. הסדר זה מגביר את תלות הארגונים בבחירת הצרכנים ועשוי אף הוא לתרום להקפדה רבה יותר על איכות השירות. שלישית, פעילות ספקי השירותים מתבצעת במסגרת חוזה בינם ובין המוסד לביטוח לאומי, המגדיר בצורה ברורה את חובתם לספק שירותים איכותיים העונים על דרישות הוועדה המקומית. החוזה אף מחייב את הארגונים לדאוג להכשרת המטפלות, ולפקח על עבודתן.

לצד גורמים אלה פועלים גורמים אחרים הקשורים לתהליך ההפרטה, העשויים לפגוע באיכות השירותים. איכות שירותי הסיעוד המסופקים לזקנים נקבעת במידה רבה על-פי איכות המטפלות המועסקות אצל ספקי השירותים. מטפלות אלה שוהות בבית הזקן בין 10 ל-15 שעות בשבוע ומספקות לו את הסיוע במישרין וללא נוכחות אדם אחר, או בנוכחות בן או בת הזוג של הזקן בלבד. טיב עבודת המטפלות (מידת ההקפדה על הספקת סל השירותים המתוכנן, היחס האישי לזקן, איכות העבודה הטיפולית) מושפע מרמתן האישית, מכישוריהן לקיים יחסים בין-אישיים, ממידת הכשרתן לעבודה עם זקנים מוגבלים, מן ההדרכה השוטפת שהן מקבלות, משכרן ומתנאי עבודתן ומן הבקרה עליהן. נתונים שונים על המטפלות ותנאי עבודתן מעלים מספר בעיות מהותיות בתחום זה (שמיד, 1998ב').

בדרך-כלל, המטפלות עובדות במשרה חלקית. רובן מקבלות שכר מינימום (בערך 18 ש"ח לשעה) ונהנות מזכויות סוציאליות מינימליות. יתר על כן, רק חלק קטן מן הארגונים כולל בין התנאים הסוציאליים הניתנים למטפלות גם הסדרי פנסיה. למטפלות אין גם קביעות בעבודה וניתן לפטרן ללא כל קושי. לרובן המכריע גם אין מסלול קידום בעבודתן (מצד שני, המטפלות יכולות לעזוב את עבודתן בכל עת).

הכשרת המטפלות אף היא חלקית. למעשה, רובן מתחילות לעבוד ללא כל הכשרה

מוקדמת, אבל במהלך עבודתן הן מקבלות הכשרה בסיסית. ארגונים רבים מקצים רק משאבים מוגבלים להשתלמות המטפלות, להדרכתן ולקידומן האישי, כדי לעמוד בדרישות המוסד לביטוח לאומי, ולא מעבר לכך. שמיד (1998ב') מציין בהקשר זה, שרמת האפקטיביות של ההדרכה שהארגונים המעסיקים אותן מספקים היא נמוכה. ראוי להדגיש, שהדרכת המטפלות היא חיונית במיוחד, משום שמדובר בעשרות אלפי עובדות לא-מקצועיות המספקות שירותים לאוכלוסייה תלויה וחלשה.

הצירוף של שכר מינימום, תנאי עבודה נמוכים וחוסר הכשרה, או הכשרה חלקית בלבד, הוא מתכון אפשרי, אם גם לא בלעדי, לפגיעה באיכות השירותים העשויה לנבוע מהנעה נמוכה של המטפלות, המתבטאת בשיעור נשירה גבוה ו"נדידה" בין ספקים שונים.

שמיד (1998ב') כותב, שבשנים 1995-1996 גשרו מן העבודה 21% מן המטפלות של הארגונים הפרטיים, 26.5% מן המטפלות של הארגונים הוולונטריים ו-12% מן המטפלות של מט"ב. אמנם שיעור זה נמוך ממה שהיה בשנים קודמות, אבל הוא עדיין מעיד על בעייתיות ביציבות העובדים. במהלך תקופה זו הגדילו הארגונים הפרטיים את מספר עובדיהם ב-42%, הארגונים הוולונטריים ב-52%, ואילו מט"ב - ב-22%. יחד עם זאת, תוספת העובדים נובעת בחלקה מן הגידול במספר מקבלי השירות, ולא נגרם רק עקב נשירת עובדים.

הנשירה והתחלופה מונעות היווצרות קשר יציב בין העובדות לקשישים ומביאות לכניסה מתמדת של עובדות חדשות וחסרות ניסיון למערכת.

האם ניתן לייחס את תנאי העבודה של המטפלות ואת תופעות הנשירה והתחלופה שלהן לתהליך ההפרטה, כלומר לעובדה שהן מועסקות מטעם ארגונים לא-ממשלתיים? האם ניתן היה לצפות לשיעורים נמוכים יותר של נשירה ותחלופה אילו הועסקו המטפלות מטעם גוף ממשלתי או מטעם הרשויות המקומיות?

כפי שצוין לעיל, הפקדת האחריות על הספקת שירותי הסיעוד בידי ארגונים לא-ממשלתיים מונעת עריכת השוואה בינם ובין ארגונים ממשלתיים בנושאים שונים ובתוכם נשירה ותחלופה של עובדים. יחד עם זאת ניתן להצביע על שני גורמים הקושרים את השכר ותנאי העבודה של המטפלות לתהליך ההפרטה.

ראשית, ההחלטה להפריט את הספקת שירותי הסיעוד הונעה במידה רבה מהכרת הממשלה שהסדר זה יהיה כרוך בעלויות נמוכות יותר מאשר הספקת השירותים מטעם רשויות ממשלתיות ובאמצעות עובדים המועסקים אצלן. הכרה זו יכולה להתבסס, בין השאר, על העובדה, שמימון החזקת קשיש סיעודי במרכזים גריאטריים ממשלתיים עולה למדינה הרבה יותר מאשר החזקתו במסגרות סיעודיות הנמצאות בבעלות ארגונים פרטיים או וולונטריים. פער זה בעלויות נובע מכמה גורמים ובתוכם רמת השכר ותנאי העבודה הגבוהים יותר של העובדים המועסקים בארגונים ממשלתיים. יתר על כן, הממשלה קבעה תעריף לשעת טיפול, המקשה על רבים מן הארגונים המספקים שירותי סיעוד לשלם למטפלות שכר החורג משכר המינימום ולהעניק להן תנאים סוציאליים משופרים (כמו

הסדרי פנסיה). אמנם, בחוזה בין המוסד לביטוח לאומי לארגונים המספקים שירותי סיעוד הארגונים מתחייבים להעסיק את המטפלות בהתאם לחוקי המדינה (תשלום שכר מינימום, חופשה שנתית וכדומה), אבל הם אינם נדרשים לשלם עבור המטפלות לקרן פנסיה, להעניק להן הטבות נוספות, לאפשר להן להתארגן במסגרת של איגוד מקצועי, או לחתום עמן על הסכם עבודה קיבוצי.

ההפרטה משמשת אפוא כלי שבאמצעותו הממשלה מבקשת למנוע את הגדלת מספר העובדים במגזר הממשלתי וגם לצמצם את העלויות הכרוכות בביצוע חוק ביטוח סיעוד. העובדה, שמגמה זו עשויה לפגוע ברמת השכר ובתנאי העבודה של המטפלות אינה מרתיעה את הממשלה מכוונתה.

שנית, התעריף הממשלתי המשולם עבור שעת טיפול אינו נדיב אמנם, אבל לא ניתן לתלות בו בלבד את האחריות לשכר ולתנאי העבודה של המטפלות, שכן חלק מן הארגונים המצליחים להפיק רווחים גבוהים ממעורבותם בהספקת שירותי סיעוד ומסוגלים משום כך להעניק לעובדיהם שכר גבוה ותנאים סוציאליים טובים יותר אינם עושים זאת. יתר על כן, הפער בין תנאי העבודה של המטפלות המועסקות בארגונים השונים הוא אמנם מצומצם למדי, אבל העובדה שמט"ב ומספר ארגונים נוספים מעניקים לחלק מעובדיהם שכר ותנאים סוציאליים טובים יותר (כמו תשלום לקרן פנסיה) מלמדת, שקיימים ארגונים היכולים לשפר, ולו במקצת, את שכר המטפלות, אבל רק חלק מהם מממשים אפשרות זו, וגם אלה עושים זאת באופן חלקי בלבד. נראה אפוא, שלמדיניות ההפרטה החלקית, המתבטאת בהעברת האחריות להספקת שירותי הסיעוד מן הממשלה לארגונים לא-ממשלתיים, יש השפעה על תנאי השכר של המטפלות ועל איכות עבודתן.

אחד האמצעים העיקריים לשמירה על איכות עבודת המטפלות היא בקרה יעילה על עבודתן. אבל הבקרה על הספקת שירותי הסיעוד היא בעייתית בשל מספר טעמים: ראשית, מוגבלותם של הזקנים ותלותם הרבה במטפלות מצמצמות את יכולתם לשמש גורם מבקר. שנית, גורמי בקרה אחרים, כמו בני משפחה של הזקנים, הוועדות המקומיות והארגונים המספקים את השירותים, מוגבלים אף הם בשל מיעוט נוכחותם במפגש בין הזקן הסיעודי למטפלת, מפגש המתקיים בתוך בית פרטי סגור. שלישית, יכולת הבקרה של הרשויות העוסקות בנושא (המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות) נפגעת בשל ריבוי הארגונים המספקים שירותים והעומס המינהלי הרב הכרוך בקשר עמם.

היכולת של ספקי השירותים עצמם לבקר את עבודת המטפלות המועסקות אצלם מושפעת מהיקף המשאבים העומדים לרשותם ומנכונותם להשקיע בתחום זה. שמיד (1998 ב') מציין בהקשר זה, שהארגונים אמנם ערים לחשיבות הבקרה ונוקטים אמצעים שונים על-מנת לפקח על עבודת המטפלות (שיחות טלפוניות עם מקבלי השירות ובני משפחתם, העסקת בקרים העורכים ביקורי פתע וכדומה), אבל ממצאי מחקרו מצביעים על עוצמה בינונית למדי של שימוש שהארגונים עושים באמצעים אלה. ראוי לציין, שהארגונים הפרטיים הפעילו אמצעים אלה יותר מאשר הארגונים הוולונטריים.

נראה אפוא, שמספר גורמים הקשורים להפרטה, כמו הקושי לקיים בקרה על מספר גדול של ארגונים, השכר ותנאי העבודה של המטפלות המועסקות בארגונים אלה וההשקעה המוגבלת של הארגונים בהדרכת עובדים ובקרה עשויים לפגוע באיכות השירותים. הממצאים הלא אחידים, המצביעים מצד אחד על שביעות-רצון משירותי הסיעוד ומצד אחר על אי שביעות-רצון מהם, עשויים לשקף את ההשפעה הנבדלת של מכלול הגורמים שצוינו לעיל.

תפקוד הרשויות הממשלתיות ועובדיהן

תהליך ההפרטה החלקית מפקיע מן הרשויות הממשלתיות (הממשלה והרשויות המקומיות) את תפקיד הספקת השירותים, אבל מותיר בידן מגוון של תפקידים אחרים: קביעת הזכאות לשירותים. תכנון סל השירותים, בחירת ספקי השירותים, קיום קשר עמם ובקרה על פעילותם. חלק מתפקידים אלה, כגון בחירת ספקי השירותים, הם תפקידים חדשים שלא היו בעבר בידי הרשויות הממשלתיות. ההפרטה החלקית יצרה אפוא תמורה של ממש בתפקוד המערכות הממשלתיות, ברמה הארצית והמקומית. כיצד משפיעה תמורה זו על תפקודן של מערכות אלה? בדיון שלהלן נתייחס לשלושה היבטים עיקריים: הצורך להתמודד עם ארגונים לא-ממשלתיים רבים העוסקים בהספקת השירותים, פיצול השירותים לזקנים ותפקודם של העובדים הסוציאליים המעורבים בשירותי ביטוח סיעוד.

1. ריבוי הארגונים המספקים שירותי סיעוד

גורם מרכזי, המקשה על הרשויות הממשלתיות המעורבות בכיצוע חוק ביטוח סיעוד לתפקד כהלכה, הוא ריבוי הארגונים העוסקים בהספקת שירותי סיעוד. מספרם הרב הוא ביטוי לתפיסה שבבסיס ההפרטה, השוללת מונופול של ארגון אחד, או של מספר קטן של ארגונים, על הספקת שירותים. לפי תפיסה זו, ריבוי הארגונים הפעילים ברמה הארצית והמקומית מסייע לקיום תחרות ולמתן אפשרות לצרכנים לבחור בין ספקים שונים. יתר על כן, זכותם של יזמים פרטיים להקים ארגונים ולהיכנס לזירת פעילות זו תואמת את רוח ההפרטה, הדוגלת בעידוד היזמות האישית וחופש העיסוק. מצב זה יצר יחד עם זאת מספר בעיות שהרשויות הממשלתיות (המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות) נאלצות להתמודד עמן: רכזי ועדות מקומיות נחשפים ללחצים של ארגונים התובעים לקבל לקוחות; כמו-כן נוצרו קשיים במעקב ובקרה על תפקוד הארגונים, על כישורי עובדיהם ועל איכות השירותים שהם מספקים. ריבוי הארגונים, כמו גם המספר חסר התקדים של תובעי שירותים, יוצר אפוא עומס מינהלי רב על המוסד לביטוח לאומי ועל הוועדות המקומיות ומקשה עליהם למלא את תפקידיהם בצורה יעילה. המוסד לביטוח לאומי, שהיה

ער לקשיים הנובעים מריבוי הארגונים, החל לשקול לפני מספר שנים את האפשרות לצמצם את מספרם באמצעות בחירת מספר קטן של ארגונים במכרז פתוח, על סמך בחינת יכולתם לספק לאוכלוסייה שירותים איכותיים. ההנחה היתה, שצמצום מספר הספקים יקל על הבקרה, יצמצם את העומס המינהלי המוטל על הרשויות הממשלתיות, יקל על בחירת ספקי השירותים, ייעל את תפקוד הארגונים וישפר את רווחיותם. מימוש תוכנית זו נתקל בקשיים בשל התנגדות חברות הסיעוד הפרטיות, שהעלו את הנושא בפני ערכאות משפטיות. התנגדות החברות נדחתה והמוסד לביטוח לאומי פרסם באמצע שנת 1998 מכרז להספקת שירותי סיעוד. בשל סיבות שונות בוטל מכרז זה והמוסד פרסם באוגוסט 2000 מכרז חדש, הכולל דרישות יותר ספציפיות מן הספקים, בין השאר בתחום השכר ותנאי העבודה של המטפלות, אך גם מימושו של מכרז זה נדחה בינתיים.

נראה, שכוונת המוסד לביטוח לאומי, לצמצם את מספר הארגונים ולהגביר את הבקרה על עבודתם, אינה עולה בקנה אחד עם התפיסה הבסיסית של ההפרטה, המעודדת יזמות וחופש עיסוק, אבל היא מצביעה על הבעייתיות הרבה הכרוכה במימוש ההפרטה החלקית, שיצרה זירה שהיא רוויה בארגונים רבים. החלטת המוסד לביטוח לאומי לממש את כוונתו לצמצם את מספר הארגונים ולהגדיר באורח יותר ספציפי את הדרישות מהן משקפת את הכוח הרב שהסדרי ההפרטה החלקית מקנים לממשלה ואת התפקיד המרכזי שהיא ממשיכה למלא בזירת השירותים החברתיים, למרות תהליכי ההפרטה המתחוללים בה.

2. התהוות מערכות מפוצלות של הספקת שירותים לזקנים

המצב, שבו שירותי הסיעוד לזקנים ניתנים בעיקר באמצעות חברות הסיעוד, ואילו מגוון רחב של שירותי רווחה אחרים לזקנים ניתנים בעיקר באמצעות מחלקות הרווחה של הרשויות המקומיות וארגונים נוספים, מעלה מספר שאלות שיש להן השלכות על תפקוד מערכת השירותים לזקנים: האם קיים שיתוף פעולה או לפחות תיאום הולם בין השירותים השונים? האם המידע המצטבר אצל חברות הסיעוד מועבר בצורה מסודרת למחלקות הרווחה ולשירותים האחרים? האם השירותים האחרים ערוכים, יכולים ומעוניינים לעשות בו שימוש? האם העובדה, שהקשר העיקרי של זקנים רבים הוא דווקא עם ספקי שירותי הסיעוד, אינה פוגעת במעמדן ובתפקודן של מחלקות הרווחה המקומיות שהן עדיין הכתובת המרכזית בשביל זקנים רבים? סוגיות אלה טרם נבחנו בצורה שיטתית, אבל מספר עדויות מצביעות על קשר רופף וניצול חלקי בלבד של המידע העומד לרשות ספקי שירותי הסיעוד בידי שירותים אחרים (מחלקות הרווחה המקומיות, שירותי בריאות וכדומה).

הסדרי ההפרטה החלקית הביאו אפוא לריבוי הארגונים המספקים שירותים לזקנים ולפיצול ביניהם, אבל לא השכילו לאזן פיצול זה בעזרת יצירת מנגנוני קישור ותיאום הולמים ביניהם.

3. תפקוד העובדות הסוציאליות בתור מרכזות הוועדות המקומיות

ההפרטה החלקית תוללה תמורה בתפקידם של חלק מן הגורמים המעורבים בתחום שירותי ביטוח סיעוד. שינוי זה משתקף היטב בתפקוד חלק מן העובדות הסוציאליות של מחלקות הרווחה המקומיות, שעסקו בעבר בתכנון ובהספקת שירותים שונים לקשישים, והעוסקות עתה בריכוז פעולת הוועדות המקומיות. במסגרת תפקיד זה הן אמורות לעסוק במכלול רחב של תפקידים מינהליים מורכבים, שבחלק מהם הן לא היו מעורבות קודם לכן: ניהול הוועדות המקומיות, בחירת ספקי השירותים והתמודדות עם לחצים שאלה מפעילים, תיאום בין גורמים שונים, כגון שירותי רווחה ובריאות, קיום קשר אינטנסיבי עם ספקי השירותים, ובקרה ומעקב על עבודתם, קיום קשר עם הזקנים ובני משפחתם, תכנון סלי שירותים לקשישים הזכאים ועוד. העובדים הסוציאלים נדרשים אפוא למלא תפקיד של מנהל מקרה (Case Manager), שאינו עוסק בהספקה ישירה של שירותים, אלא בניהול, בתכנון ובתיאום הספקה זו.

מספר עדויות (כייטוב, 1998) מצביעות על קשיים לא מעטים הכרוכים בהסתגלות העובדים לתפקידים חדשים אלה, הנדרשים מהם במסגרת הסדרי ההפרטה החלקית והחורגים מן התפקידים שהם מילאו בעבר. קשיים אלה נובעים בחלקם מכך, שרבים מן העובדים לא הוכשרו לתפקידים אלה ומשום כך גם לא רכשו את הידע והמיומנויות הכרוכים בביצועם.

תפקידי ספקי השירותים ויחסי-הגומלין ביניהם

אחד הממדים העיקריים של ההפרטה החלקית המחייב התייחסות הוא הרכב הארגונים הלא-ממשלתיים הנוטלים חלק בהספקת השירותים. ארגונים אלה כוללים הן חברות עסקיות פרטיות והן ארגונים וולונטריים (מלכ"רים). בין שני סוגי ארגונים אלה אמורים להתקיים מספר הבדלים עקרוניים העשויים להשפיע על דפוסי פעולתם. ארגונים עסקיים פרטיים, המכונים גם ארגונים למטרות רווח, מוקמים ומופעלים בידי יזמים פרטיים המעוניינים לספק שירותים ולהפיק רווחים מפעילות זו. הארגונים הוולונטריים אינם מונעים על-פי מניע רווחי, אלא להיפך, הם אמורים שלא להפיק רווחים. רבים מארגונים אלה הפועלים בתחום השירותים החברתיים הוקמו בידי אזרחים בעלי צרכים ספציפיים, שביקשו לספק באמצעות התארגנות וולונטרית מענה הולם לצורכיהם או לצורכי אוכלוסיות אחרות, או להפעיל לחצים על ארגונים אחרים שיטפלו בצרכים אלה.

ההפרטה החלקית מפגישה שני סוגי ארגונים אלה בזירה אחת הפועלת בתוך סביבה כלכלית ופוליטית ספציפית, והמאופיינת בכללי פעילות אחידים, המוכתבים בידי אותם גורמים - המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות.

כיצד משפיעה נוכחות משותפת זו באותה זירה על דפוסי הפעילות של הארגונים הפרטיים והוולונטריים, על יחסי-הגומלין ביניהם ועל זיקתם לרשויות הממשלתיות? בדיון זה נתייחס לארבעה היבטים עיקריים: יכולת הארגונים, במיוחד אלה הוולונטריים, לשמור על תכונותיהם הייחודיות, יחסי-הגומלין בין הארגונים, הפקת רווחים מן המעורבות בהספקת שירותי סיעוד ומשמעות התלות במימון ממשלתי.

1. יכולת הארגונים הוולונטריים לשמור על תכונותיהם הייחודיות

חלק מן הארגונים הוולונטריים הפועלים כספקי שירותי סיעוד אימצו לעצמם דפוסי פעילות שהם אופייניים לארגונים עסקיים פרטיים: שימת דגש בשיקולים כלכליים וביעילות, גיוס מנהלים בעלי אוריינטציה עסקית, מתן תשומת-לב רבה לנושאי שיווק ופרסום, הצבת המטרה של גיוס מטופלים חדשים כיעד מרכזי ותיגמול עובדים המצליחים לממשו. בכך היה טשטוש בהבדלים בין ארגונים אלה לארגונים העסקיים הפרטיים (שמיד, 1998 ב'). יתר על כן, אחדים מן הארגונים האלה, שהתרכזו בעבר בהספקת שירותי סיעוד, חדרו, או שהם מבקשים לחדור, לתחומי שירות נוספים המיועדים לזקנים ובמקרים אחדים אף לאוכלוסיות נוספות. מט"ב, לדוגמה, שהוא הארגון הוולונטרי הגדול ביותר מבין הארגונים העוסקים בהספקת שירותי סיעוד, חדר בשנים האחרונות לתחומי עיסוק נוספים, כגון: מתן שירותי אפוטרופסות לזקנים, גיהול מסגרות דיור מוגן, הספקת שירותים לילדים בעלי צרכים מיוחדים ועוד. הכניסה לתחומי עיסוק חדשים, שתלק מהם חורג מתחומי ההתמחות של הארגון ומן היעדים המקוריים שהציב לעצמו, נובעת מן הרצון להימנע מן הסיכון הרב להישרדות הארגון, הכרוך בהסתמכות בלעדית על תחום הסיעוד, שבו קיימת תחרות רבה בין הספקים. בחירת תחומי העיסוק החדשים מונחית במידה רבה על-פי שיקולים כלכליים, ולא על-פי שיקולים חברתיים, כגון רצון לספק מענה לצורכי אוכלוסיות שאינם מכוסים במידה מספקת.

נטיית ארגונים וולונטריים לאמץ מרכיבים של התנהגות עסקית שהם אופייניים לחברות פרטיות ולהתפשט לזירות פעולה חדשות משקפת חריגה מדפוסי הפעילות הצפויים מארגוני שירות וולונטריים. ארגונים אלה אמורים לשים דגש במתן מענה לצרכים שאינם מכוסים, בהתמחות בתחומי שירות ספציפיים, בפעילות בתחום הסינגור ובקידום מטרות חברתיות, תוך דחיקה לשוליים של השיקולים הכלכליים ושיקולי הרווח.

נראה אפוא, שפעילות ארגונים וולונטריים בתנאי שוק תחרותיים המוכתבים על-פי הסדרי הפרטה, עשויה להביא ל"מסחורם", לפגוע בעקרונותיהם ובמחויבותם לשליחותם החברתית, לכרסם בהבדלים העקרוניים בינם ובין הארגונים הפרטיים ולאיים על מעמדם הציבורי.

2. התעוררות מתחים בין ספקי השירותים

הנוכחות המקבילה של ארגונים עסקיים פרטיים ושל ארגונים וולונטריים בזירת הספקת שירותי הסיעוד יצרה מתח בין שני סוגי הארגונים ובינם ובין הרשויות (המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות). הארגונים העסקיים הפרטיים טענו כנגד הרשויות הממשלתיות, שהוועדות המקומיות מעדיפות ארגונים וולונטריים על-פני חברות פרטיות, מפני שרבים מהם הוקמו ביוזמת הרשויות המקומיות, נציגי הרשויות חברים בהנהלותיהם והם נתמכים בהם מבחינה כספית. הארגונים הפרטיים טענו גם, שבשל מעמדם החוקי הייחודי הארגונים הוולונטריים נהנים מהטבות כספיות שאינן ניתנות לחברות פרטיות, כמו זיכוי במס על תרומות, שחרור ממסים שונים, פטור מתשלום מס ערך מוסף וכדומה (צחור, 2000).

החברות הפרטיות הפנו את טענותיהן לכנסת, למוסד לביטוח לאומי, למשרד המשפטים, למנהל מס ערך מוסף, לוועדות המקומיות, ואף העלו חלק מהן בפני ערכאות משפטיות. הגם שטענות אלה לא הביאו לביטול ההנחות ממס, הן הניעו את המוסד לביטוח לאומי להורות לוועדות המקומיות להימנע מניגודי אינטרסים בפעילותן, ולהתייחס באופן שווה לארגונים הפרטיים והוולונטריים. יתר על כן, משרד המשפטים הוציא הנחיה האוסרת על עובדי הרשויות המקומיות לכהן כחברים בהנהלות של ארגונים וולונטריים.

תחרות קיימת לא רק בין ארגונים עסקיים פרטיים ובין הארגונים הוולונטריים, אלא גם בין הארגונים המשתייכים לכל אחד ממגזרים אלה לבין עצמם. אחד הביטויים לתחרות זו, המשקף את מאמציהם של הארגונים לקנות חזקה על צרכנים פוטנציאליים של חוק ביטוח סיעוד, הוא התפשטות ההסדר המכונה "טרומ חוק". חלק מספקי שירותי סיעוד מקבלים מידע (מקופות החולים, מבתי-חולים ומגורמים אחרים) על זקנים מוגבלים, יוצרים עמם קשר ומציעים להם שירותים ללא תשלום עד לקבלת אישור הזכאות. במקרים רבים הם אף מעודדים אותם להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה לקבלת שירותי ביטוח סיעוד. הארגונים מקווים, ואף פועלים על-מנת להבטיח, שעם אישור הבקשה לקבלת גמלת סיעוד יפנו הזקן או משפחתו בבקשה שהשירות יינתן מטעם הארגון שכבר מספק אותו. רייס (1998), שבדקה סוגיה זו, מציינת, ש-50 עד 70 אחוזים מן הזקנים שאושרה זכאותם ואשר עניינם נדון בוועדות המקומיות, כבר קיבלו שירותי סיעוד במסגרת הסדר ה"טרומ חוק" ושהוועדות נוטות לאשר את הספקת השירות באמצעות הארגון שכבר מספק אותו, אם הזקן או משפחתו מבקשים זאת. תחרות זו בין הארגונים ממריצה אותם לספק שירותים הולמים, אבל באותה מידה היא מגבירה את לחצי הארגונים על הקשישים לפנות למוסד לביטוח לאומי בבקשה לקבל שירותי סיעוד במסגרת החוק ואם הבקשה זוכה לאישור, לדרוש שהשירות יינתן באמצעות הארגון שכבר מספק אותו. הפניות הרבות של הקשישים בבקשה לקבל שירותי סיעוד (שבערך מחציתן נדחות) מגבירות במידה רבה את העומס על עבודת המוסד לביטוח לאומי. יתר על כן, "לכידת" הקשישים בידי ספקים כבר בשלב

מוקדם מפחיתה את יכולת הבחירה שלהם ופוגעת ביכולת הוועדה המקומית לבחור בספקים על-פי שיקולים מקצועיים. התחרות בין הארגונים אף פגעה בהתהוות שיתוף ותיאום ביניהם במגמה לפתח ולשפר את השירותים לקשישים, אף-על-פי שהיא לא מנעה הקמת קואליציות בין ארגוניות שהחליטו להיאבק במוסד לכיטוח לאומי כאשר נקט פעולות או העלה רעיונות שאיימו על האינטרסים שלהם כמו פרסום מכרז לבחירת ספקים, או בחינת תוכניות להמרת השירותים בעין בגמלה כספית.

3. התלות במימון ממשלתי

המקור העיקרי של הכנסות הארגונים המספקים שירותי סיעוד הוא תשלומי הביטוח הלאומי תמורת הספקת השירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. שמיד (1998ב') מציין, שהארגונים הפרטיים מקבלים ממקור זה 67% בערך מהכנסותיהם; מט"ב מקבלת 74% בערך ושאר המלכ"רים 78% בערך. משרדי ממשלה אחרים (הביטחון, עבודה ורווחה) מוסיפים 16% בערך מהכנסות הארגונים הפרטיים, 13% בערך מהכנסות מט"ב ו-20% בערך מהכנסות הארגונים הוולונטריים האחרים. נתח קטן בלבד מהכנסות המלכ"רים מגיע ממקורות עצמאיים (תרומות וכדומה).

תלות זו של כלל הארגונים, ובמיוחד הארגונים הוולונטריים, במימון הממשלתי עשויה להביא למיקוד פעילותם בנושאים שעבודם מתקבל סיוע ממשלתי ולהימנעות מפעולות הנובעות מן המחויבות החברתית של ארגונים אלה, כגון הספקת שירותים לאוכלוסיות חלשות, ייזום ופיתוח תוכניות חדשות והפעלת ביקורת על משרדי ממשלה.

מחקרו של שמיד (1998ב') אכן מצביע על כך, שמרבית הארגונים מתמקדים בעיקר בהספקה שוטפת של שירותים במסגרת החוק ופונים בצורה מוגבלת וחלקית לתחומי פעולה אחרים. חריגת מה מדפוס זה מאפיינת את מט"ב ומספר ארגונים פרטיים וולונטריים נוספים.

4. הפקת רווחים ומשמעותה

פעילות ארגונים לא-ממשלתיים, ובמיוחד ארגונים עסקיים פרטיים, מונעת במידה רבה מן השאיפה לעשיית רווחים, שכן לא ניתן לצפות שיזמים פרטיים ישקיעו בהקמת שירות כלי שיובטח להם רווח הולם. יחד עם זאת, במקרה של הפרטה חלקית, שבה משאבים ממלכתיים מממנים את פעילות הארגונים העסקיים הפרטיים, יקשה על הציבור לקבל מצב שבו רווחי הארגונים יהיו לא סבירים ויחרגו מאמות מידה מקובלות. רווחים כאלה עשויים לערער את הלגיטימציה הציבורית ואת התמיכה הפוליטית בהסדרי ההפרטה החלקית. בניגוד להם, הארגונים הוולונטריים אינם אמורים לחלק רווחים לחבריהם, ובמידה שהכנסותיהם עולות על הוצאותיהם, עליהם להשקיע את העודפים בקידום מטרות הארגון. יחד עם זאת, לגבי ארגונים אלה עשויות להתעורר שתי בעיות:

(1) שימוש ברווחים שהופקו מהכנסות שיועדו למטרה אחת כדי לקדם מטרה אחרת. לדוגמה, הכנסות מיישום חוק ביטוח סיעוד, המיועד לזקנים, מנוצלות לקידום שירותים למען אוכלוסיות אחרות.

(2) תשלומי שכר חריגים למנהלי הארגונים ולעובדים נוספים.

הנתונים הקיימים המתייחסים לסוגיות אלה הם חלקיים ואינם מאפשרים לקבל תמונה בהירה. הדיווחים על רווחי הארגונים העסקיים הפרטיים המספקים שירותי ביטוח סיעוד אינם אחידים. מצד אחד, דווח בעיתונות על רווחים מוגזמים וחריגים של מספר ארגונים כאלה (ליפסון, 1999); מצד שני, עמותת חברות הסיעוד הפרטיות (1998) טוענת, על סמך בדיקה שעשה רואה חשבון, שהרווחיות של חברות הסיעוד הפרטיות, ובעיקר אלה המספקות שירותים למספר לא גדול של צרכנים, נמוכה מאוד עקב ההוצאות הגבוהות שלהן על שכר המטפלות, תשלומים סוציאליים, הוצאות נסיעה, השתלמות והדרכה, שכר עובדים סוציאליים ובקרים, הוצאות מינהל ושיווק, שכר המנהלים ועוד.

שמיד (1998ב') מציין על סמך מחקרו, שב-1996 היה השכר הממוצע של המנהלים בחברות הפרטיות (שרכים מהם הם גם הבעלים שלהן) 9,300 ש"ח בערך ובארגונים הוולונטריים (להוציא מט"ב, אשר לגביה לא סופקו נתונים) 7,400 ש"ח בערך. יתר על כן, הפער בין שכר המנהלים לשכר המטפלות בארגונים הוולונטריים היה קטן במקצת מן הפער בארגונים העסקיים הפרטיים. לפי דיווח שפורסם בעיתונות, היה שכר המנהלים במט"ב גבוה מן השכר שצוין לעיל, אבל הוא היה נמוך מהכנסות המנהלים בארגונים העסקיים הפרטיים הגדולים.

ככל שהנתונים שהוצגו לעיל הם חלקיים ולא חד-משמעיים, הם מצביעים בכל זאת על מספר מגמות:

(1) חלק קטן מן הארגונים (מדובר בעיקר בכמה ארגונים עסקיים פרטיים ובארגונים וולונטריים המספקים שירותים למספר גדול של צרכנים) מפיקים הכנסות גבוהות מפעילותם כספקים של שירותי סיעוד. רווחים אלה משתקפים בין השאר בשכרם של מנהלי הארגונים.

(2) התעריף שלפיו המוסד לביטוח לאומי משלם לספקים עבור שעת טיפול אינו מאפשר למרבית הארגונים המספקים שירותי סיעוד להפיק הכנסות גבוהות מפעילותם במסגרת חוק ביטוח סיעוד. עובדה זו משתקפת בשכר הממוצע של מנהלי הארגונים (כאמור, ברוב הארגונים הפרטיים המנהלים הם גם הבעלים). יחד עם זאת ראוי לציון העובדה, ששכר המנהלים בארגונים הוולונטריים נופל ב-20 אחוזים בערך משכרם של המנהלים בארגונים הפרטיים (שמיד, 1998ב').

(3) אין נתונים על דרכי השימוש של המלכ"רים בהכנסות שנבעו מפעילותם במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

העובדה, שארגונים אחדים הפיקו רווחים גבוהים מפעילותם כספקים של שירותי סיעוד, הממומנת בידי המדינה, משקפת היטב את אחת הדילמות המרכזיות הגלומות בהסדרי ההפרטה החלקית. מצד אחד, הסדרים אלה בנויים על אימוץ חלק ממרכיבי "כלכלת השוק", שבה הפקת רווחים, במידה שהיא נעשית בצורה חוקית, נתפסת כתופעה חיובית מפני שהיא מניעה יזמים לפעול בשוק באופן יעיל ולתת מענה הולם לביקושי הצרכנים. מצד שני, הם כוללים מעורבות ציבורית גדולה, השוללת שימוש בכספי משלמי המסים לצורך הפקת רווחים מוגזמים שאינם מושקעים בפיתוח שירותים נוספים לזקנים, או בשיפור השכר ותנאי העבודה של העובדים. ואכן, המידע שפורסם בעיתונות על רווחי מספר חברות סיעוד פרטיות עורר גל של מחאות והביא לקיומם של דיונים על הכנסת שינויים בדרכי ביצוע החוק, ובכללם ההצעה לספק לקשישים הזכאים גמלה כספית, ולא שירותים בעין המסופקים באמצעות חברות הסיעוד.

סיכום

בחינת יישומה של ההפרטה החלקית בשירותי ביטוח סיעוד מראה, שמדיניות זו אפשרה לתת שירותי סיעוד, כנדרש בחוק, לעשרות אלפי זקנים נזקקים המתגוררים הן במרכז הארץ והן ביישובים בפריפריה. רק מספר מצומצם ביותר של זקנים נזקקים קיבלו גמלה כספית, בשל אי זמינות של ספקי שירותים. נראה אפוא, שהארגונים הלא-משלתיים הצליחו למלא בהצלחה חלל שנוצר בעקבות הפעלת חוק ביטוח סיעוד. מספר עדויות אף מצביעות על שביעות-רצון של הזקנים מאיכות השירותים שהם מקבלים מארגונים אלה, למרות שעדויות אחרות מצביעות על איכות נמוכה של שירותים. יחד עם זאת, הסדרי ההפרטה החלקית יצרו מספר בעיות וקשיים שחלק מהם צוינו גם בפרסומים על תהליכי ההפרטה בארצות אחרות:

ראשית, הם מביאים לריבוי במספר ספקי השירותים, דבר המקשה על פעולות הבקרה, גורם עומס מינהלי רב על הרשויות הציבוריות העוסקות ביישום החוק ויוצר פיצול רב וחוסר תיאום בין הגורמים הארגוניים השונים המספקים שירותים לאוכלוסייה הזקנה. שנית, השכר ותנאי העבודה של המטפלות המועסקות אצל הספקים הם אחד הגורמים לנשירה רבה ולתחלופה גבוהה שלהן, דבר העשוי לפגוע באיכות השירות שניתן. שלישית, הארגונים הוולונטריים הפועלים בתחום זה יחד עם ארגונים עסקיים פרטיים ונאלצים להתחרות עמם, עוברים תהליכי מסחור מצד אחד ומצד שני תלותם בממשלה הולכת ומתחזקת. שינויים אלה עשויים לפגוע ביכולתם למלא את שליחותם החברתית. רביעית, חלק מן הארגונים הלא-משלתיים המעורבים בזירה מפיקים רווחים גבוהים מפעילות זו, רווחים המתבטאים, בין השאר, בהכנסה הגבוהה של מנהליהם, הכולטת על רקע השכר הנמוך המשולם למטפלות.

חמישית, רבים מן הארגונים הלא-ממשלתיים אינם משקיעים מספיק משאבים בהדרכת העובדים ובבקרה עליהם.

נראה, שמגקודת ראותה של הממשלה מדיניות ההפרטה החלקית השיגה את יעדיה: שירותי ביטוח סיעוד מסופקים היום לכל הזכאים, ההוצאה הממשלתית הגבוהה המיועדת לביצוע החוק, שהגיעה בשנת 1999, ל-1.6 מיליארד שקל, נובעת מן המספר הגדול והלא צפוי של הזכאים, הזוכים לשירותים. יתר על כן, הדעה הרווחת היא, שאילו סופקו השירותים באמצעות ארגונים המשתייכים למגזר הממשלתי-ציבורי, העלות הכרוכה בכך לא היתה נמוכה יותר. יחד עם זאת, הלקחים השונים שניתן להפיק מן ההפעלה החלקית של שירותי הסיעוד מצביעים על בעיות וקשיים הכרוכים בהסדרי ההפרטה החלקית ומחייבים בדיקה מתודשת ושיטתית של מדיניות ההפרטה וההסדרים הכרוכים בה, כולל בחינת האפשרות להקצות את השירותים גם באמצעות מספר מחלקות רווחה מקומיות שתגלינה נכונות ליטול על עצמן משימה זו. מעורבות מחלקות אלה בהספקת שירותי סיעוד אף תאפשר השוואה שיטתית בין פעילות המגזר הממשלתי-ציבורי ובין פעילות המגזרים האחרים בתחום זה ועקב כך תתקבל תמונה מלאה ובהירה יותר על משמעותה של מדיניות ההפרטה החלקית.

ביבליוגרפיה

- אייזנשטרט, מ' (1996), "סוגיות בהפרטת השירותים החברתיים בישראל. שירותי הסיעוד ושירותי תיקון ומניעת עבריינות", בתוך: קטן, י' (עורך), שירותי רווחה אישיים מגמות ותמורות, תל-אביב: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל ורמות.
- בייץ-מוראי, ש', זיפקין, א' (1993), ביצוע חוק ביטוח סיעוד, ירושלים, המוסד לביטוח לאומי, דו"ח מס' 108.
- בן-צבי, ב' (1993), "חוק הסיעוד - הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו", בטחון סוציאלי, 39: 121-110.
- ברודסקי, ג' (1998), "חומר רקע על הקשישים בישראל ועל שירותים נבחרים עבורם", ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גל, ג' (1994), "מסחור מדינת הרווחה והפרטתה. השלכות לגבי ישראל", חברה ורווחה, ט"ז(1): 24-7.
- דורון, א' (1989), "הפרטה של שירותי רווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית", בטחון סוציאלי, 24: 34-18.
- דורון, א' (1995), בזכות האוניברסליות, האתגרים של המדיניות החברתית בישראל, ירושלים: מגנס. המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתית, שנים שנתות, ירושלים.
- המוסד לביטוח לאומי (2000), רבעון סטטיסטי, 4/5, ירושלים.
- כץ, י' (1997), הפרטה בישראל ובעולם, תל-אביב: פקר.
- כ"טוב, י' (1998), "הדילמות בחסקידו של העובד הסוציאלי בוועדה המקומית לחוק סיעוד", גרונטולוגיה, 25(4-3): 140-127.
- לה גרנד, ג' (1991), "שווקים למחצה ומדיניות חברתית כבריטניה", בטחון סוציאלי, 37: 45-32.
- ליפסון, נ' (1999), "חברות המטפלות בקשישים סיעודיים מרוויחות מיליוני שקלים", הארץ, 29 ביוני.
- סגל, י' (1999), "השלכות חוק הסיעוד על עבודת העובדים הסוציאליים", דורות, 37: 25-20.

- עמותת חברות הסיעוד הפרטיות (1998), עלויות ישירות ורווחיות שירותי סיעוד, תל-אביב. סורת, ג' (1999), "ראיון עם סרוס' שטסמן, מנכ"ל הביטוח הלאומי", דורות, 33: 16-19. צחור, א' (2000), "מבחן התחרותיות בין עוסק למלכ"ר", במגזר השלישי, 24: 10-11. קטן, י' (1996), "מעורבות ארגונים לא-ממשלתיים בשירותי הרווחה האישיים", בתוך: קטן, י' (עורך), שירותי רווחה אישיים - מגמות ותמורות, תל-אביב: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל ורמות. קטן, י' (1997), "השירותים המוסדיים לקשישים: דגם של הפרטה חלקית", גרונטולוגיה, 77: 36-54. קטן, י' (1998), "שירותי הרווחה האישיים בישראל: סוגיות ודילמות מרכזיות", ביטחון סוציאלי, 53: 39-58. קטן, י', לבנשטיין, א' (1999), עשר שנים למימוש חוק ביטוח סיעוד - לקחים ומסקנות, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל. רוזנפרד, ש' (1999), "על שלושה נושאים הנוגעים לחוק ביטוח סיעוד ולביצועו הלכה למעשה", דורות, 37: 12-14. רייס, א' (1998), "עשור לחוק ביטוח סיעוד", דורות, 29: 2. שירום, א' (1996), שירות רפואי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל. שמיד, ה' (1998), "שירותי אנוש למטרות רווח ושלא למטרות רווח: ניתוח משווה", ביטחון סוציאלי, 51: 29-43. שמיד, ה' (1998), הערכת תפקודם של הארגונים המספקים שירותי טיפול בתי לזקנים סיעודיים, ירושלים: האוניברסיטה העברית, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד. שמיד, ה', בורובסקי, א' (2000), "סוגיות נבחרות בהספקת שירותי טיפול לקשישים במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד", ביטחון סוציאלי, 57: 59-81. שמיד, ה', סבג, ק' (1990), חקר תפקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד, ירושלים: בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית וג'וינט-מכון ברוקדייל. שמיד, ה', סבג, ק' (1990), הערכת יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותי סיעוד לזקנים, ירושלים: בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית וג'וינט-מכון ברוקדייל. שמיד, ה', סבג, ק' (1991), "היבטים ארגוניים ומבניים. ארגונים ציבוריים ופרטיים המספקים שירות לזקנים סיעודיים - ניתוח השוואתי", ביטחון סוציאלי, 36: 49-67. Ajzenstadt, M. and Rosenhek, Z. (2000), "Privatization and new modes of state intervention: The long-term care program in Israel", *Journal of Social Policy*, 29(2): 247-262. Backman, E.V. and Smith, S.R. (2000), "Healthy organization, unhealthy communities", *Nonprofit Management and Leadership*, 10(4): 355-374. Bartlett, W., Roberts, J.A. and Le Grand, J. (1998), *A Revolution in Social Policy: Quasi-Market Reforms in the 1990s*, Bristol: The Policy Press. Deakin, N. and Walsh, K. (1996), "The state: The role of markets and contracts", *Public Administration*, 74(2): 33-47. Gelles, E. (2000), "The role of the economic sector in the provision of care to trusting clients", *Nonprofit Management and Leadership*, 10(3): 233-250. Higgins, J. (1997), "Transparency and trade-offs in policy discourse: A case study of social service contracting", *Social Policy Journal of New-Zealand*, 9: 1-14. Johnson, N. (1989), "The privatization of welfare", *Social Policy and Administration*, 23: 17-30. Johnson, N., Jenkinson, S., Kendall, J., Bradshaw, Y. and Blackmore, M. (1998), "Regulating for quality in the voluntary sector", *Journal of Social Policy*, 27(3): 307-328. Kramer, R. (2000), "A third sector in the third millennium?" *Voluntas*, 11(1): 1-23.

- MacKay, R. (1998), "A coat of many colours: Welfare reform around the world", *Social Policy Journal of New-Zealand*, 11: 1-26.
- Marsland, D. (1996), *Welfare or Welfare State*, London: MacMillan.
- Salamon, L.M. (1987), "Of market failure, voluntary failure and third party government: Toward a theory of government non-profit relation in the modern welfare state", *Journal of Voluntary Action Research*, 16: 29-49.
- Salamon, L.M., Anheier, H.K. and Associates (1998), *The Emerging Sector Revisited: A Summary*, Baltimore: The John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.
- Taylor-Gooby, P. (1999), "Markets and motives: Implications for welfare", *Journal of Social Policy*, 28: 97-114.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B., Forder, J., Kendall, J. and Manning, R. (1996), *Social Care Markets: Progress and Prospects*, Buckingham: Open University Press.
- Zipkin, A. and Morginstin, B. (1998), *Recipients of Long-Term Care Insurance Benefits in Israel*, Jerusalem: The National Insurance Institute, Report No. 156.

השימוש בניתוח שוליים להתאמת רמות הזכאות לקבלת גמלת סיעוד

מאת אלן זיפקין*

לעתים קרובות קשה להביא לשינוי בתקצוב תוכניות ציבוריות בגלל חוסר נתונים על ביצוע התוכנית. במאמר זה נטען, שניתן לבצע שינויים תוספתיים במסגרת התקציב, כדי לשפר את יעילות התוכנית. יש אפוא מחסומים להתאמות בתוכניות, בין היתר בגלל הקושי להגיע להסכמה בין קובעי המדיניות מהי תוצאה טובה יותר. תוכנית ביטוח סיעוד של המוסד לביטוח לאומי, שבה התועלת נמדדת לפי מספר שעות הטיפול בבית המקבל, נבדקה כדי לגלות היכן ניתן לתקצב את התוכנית אחרת במסגרת הנוכחית של הקריטריונים לזכאות. בניתוח הנתונים על תפקוד הזכאים בקשר לפעילויות יומיומיות אובחנו ארבע רמות תפקוד. במאמר מוצע להגביל את מספר רמות התפקוד המוכרות, במקום השתיים הקיימות היום, ולשנות את מספר שעות הטיפול בהתאם במסגרת התקציב הקיים.

מבוא

מה שפוגע לעתים קרובות בתקצוב של תוכניות ציבוריות הוא העדר נתונים ברורים על הביצועים שלהן. מידע מסוג זה נחוצה כדי להעריך את תוצאותיה של התוכנית, דהיינו האם הטבות המוענקות עונות על מטרותיה, והן לשם הערכת המבנה והתהליך שלה, דהיינו, באיזו מידה ניתן היה לעצב תוכנית קיימת באופן אחר כדי להעניק את אותו היקף, או היקף גדול יותר, של גמלאות.

מאמר זה מתמקד בסוגיה השנייה: התאמות לפי מדיניות מכוונת ליעילות של תוכנית קיימת, במקרה זה ביטוח סיעוד לטווח ארוך, באמצעות הקצאה מחדש של משאבים. ניתוח נתונים שנצברו במהלך יישומה של תוכנית ישמש כדי לציין היכן ובאיזה אופן ניתן לעשות

* מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

את ההתאמות האלה. כאשר שואלים כיצד ניתן לשפר תוכנית, במקום לשאול כיצד התוכנית משיגה את מטרותיה, עוקפים את אחת מסוגיות המפתח של ההערכה. במקום זאת, ההתעניינות מוגבלת לנושאים של יעילות - האם התוכנית יכולה להגביר, אבל לא בהכרח למקסם, את האפקטיביות שלה במסגרת התקציב המוקצה לה?

בקבלת החלטות בתחום המדיניות הציבורית כרוכות באופן טיפוסי שתי שיטות: הדגם הרציונלי המקיף והגישה של שינוי תוספתי (אינקרמנטלי). השיטה הראשונה מאופיינת, בקיצור, בתהליך, שתחילתו בהמשגה של מטרות התוכנית, בפיתוח אסטרטגיות חלופיות להשגת מטרות אלה, בבניית מודלים הבודקים את החלופות הללו ובבחירת החלופה שתשיג את המטרות באופן הטוב ביותר (Quade, 1982). ההתנגדות לגישה זו כוללת את הקשיים הגדולים הכרוכים בהגדרה הולמת של מטרות התוכנית ואת הסוגיה של הצדקת התוכנית (Gershuny, 1978).

הגישה של שינוי תוספתי, בניגוד לגישה הרציונלית, אינה דוגלת במטרות סופיות מוצהרות והמדיניות נקבעת בהסכמה כללית על מה שניתן להשיג למרות ערכים מנוגדים. מתייחסים למודל זה גם כאילו הוא בנוי מרצף של השוואות מוגבלות, משום שהאמצעים והמטרות אינם מובחנים בהכרח אלה מאלה. נתונים המבוססים על ניסיון מספקים את האמצעים לשנות את (מטרות) המדיניות ברצף של ניסוי וטעייה (Lindblom, 1959). הגישה הרציונלית הקלסית נוטה לא לכלול קביעת מדיניות חוזרת, ואילו הגישה של שינוי תוספתי כוללת אותה בתוכה בתור עיקרון יסודי.

כאשר נחקק חוק ביטוח סיעוד בשנת 1980, הובחנו בכיסוי הטיפול לטווח ארוך שני חסרים גדולים: אי הכללתם של קשישים השוהים במוסדות, והגדלת הזכאות במקרים פרטיים רבים לרמה צנועה של גמלאות לעומת הצרכים. ואף-על-פי כן, החוק התקבל בגלוי בברכה ונחשב התקדמות חשובה בתחום הגמלאות הסוציאליות. בגלל סיבות פוליטיות, אידיאולוגיות וכספיות נעשו בו ויתורים בהיקף הכיסוי (כהן, 1987). לכיסוי היו מספר מגבלות: לפי גיל - מעל גיל 65 לגברים ומעל גיל 60 לנשים; לפי מיקום - בתוך הקהילה; לפי מוגבלות בתפקוד - הנקבעת על-פי סף תלות מינימלית; לפי הכנסה - הנקבעת על-פי מבחן אמצעים. כמו-כן הוכר, שהכיסוי עבור מקבלי גמלה תלויים מאוד באחרים הוא נמוך בהרבה מסך-כל הצרכים שלהם. אוכלוסייה נזקקת חשובה מאוד, הקשישים השוהים במוסדות, הוצאה כאמור כולה ממעגל בעלי הזכאות: ההערכה היתה, שעלות המימון שלהם גדולה פי שלושה מזו של קשיש הגר בקהילה (שניט, 1987). קבוצה זו נותרה ללא כל סיוע. בקיצור, חוק ביטוח סיעוד היה תוצאה של תהליך קבלת החלטות, שבו קבעו אינטרסים מתחרים, פוליטיים ואחרים, את מסגרת הדיון הציבורי ואלה כפו על התוכנית את הפשרות המשתמעות.

הרחבת היקפן של הטבות דורשת הצדקה של הרחבת התקציב מעבר למטרות הראשוניות. זהו אתגר אדיר. העשורים האחרונים היו עדים לאקלים ציבורי, שהעלה שאלות נכבדות על הגידול הנמשך של השירותים הציבוריים (קטן, 1994). יעילות והערכה בהספקת

גמלאות בריאות וגמלאות סוציאליות תפסו את מקומה של המטרה של הרחבת השירותים (ויילדינג, 1996). מקבלי ההחלטות התמקדו בהקצאה מחדש של משאבים, בהגדלת הגמלאות נטו, המוענקות לאוכלוסיית היעד באמצעות אותה כמות של משאבים יחד עם שמירה על תקציב קבוע. בבריטניה טכניקת תקציב זו רווחת מאוד בשירות הבריאות הציבורי, והיא קושרת את תקצוב התוכנית לניתוח שוליים (Program Budgeting and Marginal Analysis, או PBMA) (Posnet and Street, 1996). היו לכך יישומים בתחומים של בריאות הילד, רפואת המשפחה ושירותי בריאות לאימהות (Donaldson and Gilray, 1996; Ratcliffe, Donaldson and Macphee, 1996).

אולם אחד המכשולים ביישום ה-PBMA הוא הצורך להעמיד בראש סולם העדיפויות את התאמת המטרות, הן במצבים שבהם ההטבות מוגדלות והן במצבים שבהם הן מוקטנות. בתגובה לכך, נעשה שימוש בשיטות שונות הן כדי להגיע להסכמה בין קובעי המדיניות על השינויים המוצעים והן כדי להעריך את התוצאות הצפויות מכל התאמות שהן. ניתוח עלות/תועלת, דלפי וטכניקות אחרות של חקר ביצועים נוצלו כולן כדי להגיע להסכמה בעניין קביעת העדיפויות. ביצוע הערכת התוצאות של כל אחת מן התוספות המותאמות התאפשר הודות לזמינותם של נתונים על התוכנית. לאחר מכן, ניתן לשקול תחליפים למשאבים כדרך להשגת אותן תוצאות לגבי עלויות נמוכות יותר. כאשר מורידים עלות לפי יחידה, ניתן "למתוח" תקציבים קיימים כדי להעניק הטבות נטו גבוהות יותר.

בארצות-הברית ננקטה גישה דומה כדי ליצור זיקה בין תקצוב תוכנית לתוצאות התוכנית. שם מכנים זאת בשם "תקצוב תוכנית על בסיס תוצאות" (Performance-based Program Budgeting, או PB²). תקצוב תוכנית על בסיס תוצאות מסוג PB² דורש מן המנהלים להסתמך על נתונים המופקים מתוצאות התוכנית כדי להתאים הקצאות של משאבים ותמהיל שירותים בתוך מסגרת התקציב הקיים. הסניגורים של רפורמה חדישה זו מבחינים בינה ובין מאמצי רפורמה אחרים (כגון, PPBS ותקצוב על בסיס אפס) משתי בחינות לפחות: היא מדגישה, שאי אפשר להימנע מן השימוש בנתוני התוצאה כדי לשנות את התשומות של תוכנית, והיא מכירה בכך, שתוכניות אינן מתפתחות מתכנון רציונלי, אלא הן תוצר של פשרות פוליטיות (Office of Program Analysis and Government Accountability, 1997). היישום של תכנון הופך להיות תהליך חוזר, עם דגש בהתנהגות התוצאה ואופטימיזציה שלה. ממשלות רבות, ביניהן של מדינות פלורידה וויסקונסין בארצות-הברית, נטלו את היוזמה ודרשו להשתמש ב-PB² ברבות מן התוכניות שלהן.

כאשר משווים בין שתי רפורמות התקצוב, PBMA בבריטניה ו-PB² בארצות-הברית, אפשר לראות בבירור, שלשתיהן יש מחויבות חזקה לשינוי תוספתי. אולם הכנסת התאמות בתוכנית דורשת מערכת תומכת החלטה ושימוש בנתוני הביצוע של התוכנית בעת תכנון תוצאות חלופיות. כאשר בוחרים בין התאמות חלופיות של תוכנית, טוענים בתוקף, שיעילות היא הקריטריון הגלוי ביותר להקצאת משאבים (Jenkins-Smith, 1990). קריטריון היעילות של קאלדור-היקס, שהוא הנורמה המקובלת בניתוח מדיניות, מאפשר

להגדיל את התועלת עבור אחדים על חשבון הקטנת התועלת לאחרים, בתנאי שתעלה רמתה הכללית של התועלת ("תועלת נטו") (Jenkins-Smith, 1990). הקריטריון המקובל האחר ליעילות כלכלית, האופטימום של פארטו (Pareto Optimality), מושג רק לעתים נדירות, והוא מתרחש כאשר תוכנית מסוגלת להגדיל את התועלת לאדם אחד בלי להקטין את התועלת לאחרים. ניתוח השוליות מסתמך על יעילות בשעה שהוא קובע האם המשקל של רווחים שוליים המוצעים בתוכנית עולה על הפסדים שוליים. הוא בוחן אך ורק שינויים שיש בהם משום תוספת שולית (שינויים תוספתיים) ומתעלם משאלות בדבר ההצדקה לקיומה או יתרונותיה של התוכנית.

המוסד לביטוח לאומי מפעיל את תוכנית ביטוח הסיעוד מאז אפריל 1988. בעוד שמספר מקבלי הגמלאות גדל בשנים 1990-1999 בקצב שנתי של 14% בקירוב, שילוב המשאבים של השירותים לא השתנה בעיקרו של דבר: רמות הזכאות מחייבות את אותה רמה ואת אותו שילוב של שירותי טיפול בית כמו שהיה בתחילת ההפעלה של התוכנית. שיעור הגידול של מקבלי הגמלה עלה בהרבה על ההערכות המוקדמות של מספר הזכאים. בתגובה על הגידול התלול במספר מקבלי הגמלה והתקציב המתאים, נטל משרד האוצר על עצמו תפקיד מוביל בהנחיית מקורות מימון הסיעוד: במקום להטיל מס ביטוח לאומי, מימנו ההכנסות את גירעונות הסיעוד. דבר זה עלה בקנה אחד עם מדיניות הממשלה לצמצם את חלקו של המעסיק במימון הביטחון הסוציאלי בכלל (דורון, 1991). נוסף על כך, הוצעו צעדים שונים כדי לקצץ את הגמלאות ולהאט במעט לפחות את הגידול בתקציב. לאחרונה הונהגה קטגוריה של גמלה זמנית, שמטרתה להגביל את הזכאות במצבים אחדים ל-60 יום.

מאמר זה בוחן את היקף ההטבות המוענק למקבלים הנוכחיים של גמלת הסיעוד ובודק האם יש לפחות חלופה אחת של חלוקת גמלאות, אשר תשפר את יעילותה של התוכנית. הוא מציג ניתוחים שנעשו במוסד לביטוח לאומי, אשר שימשו בסיס להצעת אפשרויות חלופיות של מדיניות. מה שהושאר ללא שינוי באפשרויות שהוצעו הם סוג הגמלאות שניתנו ושיעורן הכולל, דהיינו - התקציב הכולל המיועד לגמלאות לטיפול בית (על בסיס ההנחה של תקציב קבוע לאוכלוסיית זכאים שאינה משתנה). נעשה שימוש בניתוח שוליים כדי לזהות שינויים תוספתיים, שיוכילו ליעול התוכנית, שתספק שירותים רבים יותר לאלה הזקוקים יותר ותצמצם שירותים לאלה הזקוקים פחות.

בתוכנית ביטוח הסיעוד רמת הזכאות מתורגמת ישירות למספר שעות טיפול המגיעות לזכאים. משום שסוג הטיפול הביתי הוא טיפול שאינו דורש התמחות מקצועית, שעות הטיפול ניתנות להעברה מזכאי אחד לאחר. שעת טיפול לאדם שהוא תלוי פחות נחשבת שווה בתור יחידת גמלה לשעת טיפול לאדם שהוא תלוי יותר. על-מנת להגביר את יעילותה של התוכנית כאשר הן סוג התשומות והן הכמות קבועים, יש להציע התאמה טובה יותר בין שעות הטיפול לרמת התלות מכפי שקיימת היום. הנחה ברורה אבל מכרעת היא, שהתועלת מכל שעת טיפול נוספת גדולה עבור אלה התלויים יותר לפחות כמו לאלה התלויים פחות.

אתגר השגת היעילות הוא להציע חלוקה מחדש של אותה כמות של שעות טיפול הניתנות לאותם מקבלי גמלה כך, שסך-כל התועלת של שעות הטיפול יגדל. המטרות של ביטוח הסיעוד הן בעיקרו של דבר שתיים: לעודד את הקשיש התלוי להישאר בקהילה במקום להיכנס למוסד, ולהקל את עומס הטיפול המוטל על אלה הנושאים באחריות ישירה לטיפול בקשיש התלוי. ידוע, שהגמלאות הזמינות עונות רק על חלק מן הצרכים, ושהפער בין השניים מתרחב, ככל שמידת התלות גוברת. הסיעוד הניתן בבית זמין לאוכלוסיית הקשישים בישראל (גברים בגיל 65 ומעלה ונשים בגיל 60 ומעלה) על סמך עמידה בדרישות הזכאות. אלה נקבעות בעיקרו של דבר בעזרת מבחן תלות שעורכת אתות בריאות הציבור נוסף על מבחן אמצעים. מבחן התלות מורכב משלושה מרכיבים אלה:

- (1) ציון לכושר לבצע פעילויות יומיומיות (ADL), שהטווח שלו מ-0 עד 8.0 נקודות;
 - (2) ממצא, לפיו התובע או התובעת אינם מתגוררים עם בן משפחה קרוב, ואין להם בן משפחה המתגורר בסביבה הקרובה לבית מגוריהם. בתנאים אלה ניתנות להם 2 נקודות, אבל רק לציון מינימלי של 2.0 ב-ADL;
 - (3) קביעה אם התובע עלול לפגוע בעצמו או באחרים אם יושאר בגפו ולפיכך הוא זקוק להשגחה אישית מתמדת (Constant Personal Attendance - CPA). במקרה כזה, ניתנות 6.5 נקודות.
- הציון הגבוה ביותר האפשרי הוא אפוא 16.5 נקודות. ציוני ה-ADL ניתנים על-פי דרגת כושרו של התובע לבצע את חמש הפעולות היומיומיות: רחצה, לבישה, אכילה (והכנת ארוחה), נידות בבית ושליטה בסוגרים.

נתונים

מערכת הנתונים כוללת את הציונים הכלליים המצטברים של 26,592 תובעים, שהגישו תביעות לקבלת גמלת סיעוד בשנת 1996 ונמצאו זכאים לקבלת סיעוד. המספר הכולל של פונים, שנקבעה להם זכאות במשך אותה שנה, היה 48,626. כל תביעה נספרה בנפרד, אף-על-פי שבאותה שנה הגישו 800 איש בערך תביעות ונמצאו זכאים בתביעות כפולות.¹ הציון הכללי מורכב משלושה מרכיבים: חמשת התחומים של ADL, הצורך בהשגחה אישית מתמדת והערכה על תנאי המגורים של התובע. בלוח מס' 1 מוצגת ההתפלגות של הציונים הכלליים. הזכאות מתחילה בציון הכללי המינימלי של 2.5 נקודות. מאחר שבמוקד החוק עומדים הקשישים המתאימים לקבל שירותים בקהילה ולא

1. הסיבות לכך כוללות סיום קבלה וקבלה מחדש של הגמלה בשנה אחת.

לוח מס' 1. התפלגות הציון הכללי במבחן התלות של תובעים בעלי זכאות, 1996

ציון כללי	מספר התביעות	אחוזים מסך הכל
2.5	5,609	21.1
3	1,775	6.7
3.5	1,074	4.0
4	4,113	15.5
4.5	2,670	10.0
5	1,694	6.4
5.5	1,182	4.4
6	955	3.6
6.5	1,810	6.8
7	1,483	5.6
7.5	1,002	3.8
8	1,054	4.0
+ 8.5	2,171	8.2
סך הכל	26,592	100

במוסדות, ריכוז הציונים מוטה כלפי הטווח הנמוך. מקבלי הגמלאות בקצה הגבוה יותר של הסולם דומים למדי מבחינת הכושר התפקודי למועמדים להיכנס למוסדות סיעוד מיומנים, או למי שכבר שוהים בהם. אלה שקיבלו את ציון הזכאות המינימלי, 2.5 נקודות, מונים יותר מחמישית מאלה שנמצאו זכאים, ואילו מחצית בערך (47.3%) קיבלו ציון שלא היה גבוה מ-4.0 נקודות. קצת פחות מ-30% מן הזכאים החדשים קיבלו ציון של 6.5 נקודות או יותר, המציין כושר מוגבל מאוד לבצע פעולות יומיומיות. יותר מרבע מקבוצה מוגבלת זו היה זקוק להשגחה אישית מתמדת. אולם, חשיבותם בניתוח זה מתעמעמת בגלל פיזורם ברמות הציון הגבוהות יותר.

ניתוח הפרופילים התפקודיים בתוך כל רמה של נקודות מתחיל בנתיב של אוכדן תפקודי מתקדם, וברוב המקרים הוא מצביע על הפעולה הדומיננטית הנעשית מוגבלת ככל שהציון עולה בחצי נקודה נוספת. לוח מס' 2 מציג את הפרופילים השכיחים ביותר של תלות בכל רמת ציון. הטור השלישי מימין מציג את אחוז בעלי הפרופיל הזה מסך-כל השייכים לרמה זו. בלוח מוצג פרופיל התלות השכיח ביותר באותו ציון כמו גם פרופיל התלות השני לו בשכיחות ברמת ציון זו (משום כך מספר הזכאים מסתכם כ-19,516, ולא בסך-הכל עבור השנה, 26,592). ברמת הכניסה של 2.5 נקודות, לדוגמה, הפרופיל השליט באופן בולט הוא

הקבוצה האחרונה מאופיינת באי שליטה חלקית בסוגרים או בצורך בעזרה להגיע לשירותים ולהשתמש בהם. תלות באשר לניידות, שאולי נמצאה אצל אחוז קטן של מקבלי הגמלה, בדרך-כלל איננה מאפיינת קבוצה זו.

בחינת הנתונים תוך שימוש במרכיבי התלות הללו מגלה פרופילים מובחנים המייצגים רמת תפקוד ברוב הרמות של הציון הכללי. ניתוח כמותי זה הוא מעוות בגלל הכללת שני פריטים בציון הכללי, שאינם משקפים במישרין את מצב התלות: תנאי מגורים והצורך בהשגחה אישית מתמדת (CPA). עיוות זה מתגלה בכמה נקודות קריטיות בסולם של 0-16.5: ברמה של 4.5 נקודות וברמה של 6.0 נקודות - אם גם באופן פחות בולט. ברמה של 4.5 נקודות, חרץ משתי הנקודות המוענקות בגין מגורים לבד, הפרופיל המציין קבוצה זו זהה בדיוק לזה של הקבוצה שקיבלה את הציון 2.5, כלומר הצורך בעזרה בלבישה וברחצה כמו גם עזרה באכילה. הגורל של הקבוצה הגדולה הבאה בתור ברמת 4.5 נקודות הוא זניח - רק 6% מרמה זו (165 נפש). הציון הכללי של 4.5 נקודות קובע אפוא את הגבול של הטווח הפונקציונלי המתחיל ב-2.5 נקודות.

ההוכחה לתזוזה פונקציונלית זו מקבלת תמיכה כאשר מכניסים אותה בין אלה המקבלים ציון בטווח של 5.0 נקודות ומעלה עבור תלות בגין אי שליטה בסוגרים. יותר מ-60% מן הזכאים ברמה זו של 5.0 נקודות, אשר בה הפרופיל השולט כולל ציון של 2.0 נקודות לפחות עבור השליטה הסוגרים, אינם שולטים בתפקוד של הטלת שתן או בתפקוד של הפרשת צואה, או שהם זקוקים לעזרה רבה בחדר השירותים. המצב האחרון משקף תלות בתחום הניידות, שאכן מתחילה להתגלות ברמה של 5.0 נקודות - 50% מן הנמנים עם קבוצה זו זקוקים לעזרה כדי לנוע בבית.

הן ברמה של 5.5 נקודות והן בזו של 6.0 נקודות - שוב כאשר מתעלמים משתי הנקודות הנוספות המוענקות עקב מגורים לבד - קיימת תלות בכל חמשת תחומי ה-ADL. לא נראה שקיים פרופיל אופייני יחיד ומיוחד המבדיל את שתי הקבוצות האלה זו מזו.

הקבוצה המובחנת הבאה בתור מופיעה ברמה של 6.5 נקודות: בקבוצה זו נמצאים אלה שאינם שולטים לא בתפקוד הטלת שתן ולא בתפקוד הפרשת צואה והם תלויים לחלוטין באחרים. זה גם ציון רמת הכניסה של אלה הזקוקים להשגחה אישית מתמדת. כפי שניתן לצפות, מרמה זו והלאה הצורך בהשגחה אישית מתמדת נעשה מרכיב תוצאתי יותר ויותר של ציון התלות הכללי.

לסיכום הפרופילים, על-פי כושר התפקוד, להוציא הנקודות עבור מגורים לבד, קיימות ארבע טיפולוגיות ברורות:

- מצב קל. צורך בעזרה או בעידוד בשלושה תחומים של ADL: רחצה, לבישה ואכילה; אין תלות בכל הנוגע לניידות; אי שליטה מינימלית, אם בכלל, בסוגרים. הציון: 2.5 נקודות.
- חמור במקצת. צורך בעזרה בארבעה עד חמישה תחומים של ADL; אי-שליטה כלשהי בסוגרים או תלות מינימלית בכל הנוגע לניידות. הציון: 3.0-4.5 נקודות.

ח מור. מינימום של עזרה או עזרה כלשהי בכל התחומים של ה-ADL; תלות קלה בכל הנוגע לניידות; תלות חמורה בתחום השליטה בסוגרים. הציון: 5.0-6.0 נקודות. תלות מוחלטת. תלות חמורה לפחות בארבעה מבין חמשת התחומים של ה-ADL; נחוצה עזרה אישית מתמדת. הציון: 6.5 נקודות. בלוח מס' 3 מוצג דירוג התלות לפי אובדנים תפקודיים ראשוניים ומשניים בכל רמת ציון כללי.

לוח מס' 3. התקדמות התלות התפקודית המשתקפת בציון הכללי

ציון כללי	אובדן תפקודי ראשוני	אובדן תפקודי משני
2.5	לבישה, רחצה	אכילה
3.0	ללא שינוי	אי שליטה בסוגרים
3.5	ללא שינוי	אי שליטה בסוגרים
4.0	ללא שינוי	ללא שינוי
4.5	ללא שינוי	ללא שינוי
5.0	אי שליטה בסוגרים	ניידות
5.5	ללא שינוי	ללא שינוי
6.0	ניידות	ללא שינוי
6.5	ללא שינוי	ללא שינוי

תרחישים חלופיים

את רמות הזכאות החלופיות הציע צוות של המוסד לביטוח לאומי על בסיס הניתוח הקודם, כמטרה להציג רמות חדשות, שתתאמנה טוב יותר לאובדן תפקודים. די מהר התברר, שמספרן של רמות הזכאות החדשות שיוצגו יהיה מוגבל. אמנם הנתונים מצביעים על רמות סף להגדרת ארבע רמות צורך, אבל הטווחים הנובעים מכך אינם מובחנים באופן מוחלט. קיימת מידת מה של עמימות. למשל, ברמת "הציר" של 3.0 נקודות: האם התוספת של תלות בתחום השליטה בסוגרים בקבוצה זו חייבת להיות חמורה במידה שתאפשר להבחין בין רמת ציון זו לרמת הציון שמתחתיה, 2.5 נקודות; או אולי היא דומה יותר לקבוצה שמעליה, 3.5-5.0 נקודות, שבה אי השליטה בסוגרים נעשית חמורה יותר? עמימות זו של הסיווג מובילה לשני תרחישים חלופיים. אפשר למצוא "ציר" נוסף ברמה של 5.0 נקודות,

שבה הדפוס התפקודי העיקרי הוא תלות חמורה בכל הנוגע לשליטה בסוגרים. בתרחיש זה לא כלולים מקבלי הגמלאות ברמה זו, שהציון שלהם עלה בשתי נקודות עקב מגורים בגפם. לוח מס' 4 מציג את ההקצאה הנוכחית של שעות טיפול בית לפי חלוקה לשתי רמות הגמלה הנוכחיות. בלוח זה ובלוח שאחריו הנתונים לקוחים ממאגר כל המקבלים גמלאות סיעוד בדצמבר 1996. יותר משלושה רבעים מן המקבלים גמלת סיעוד קיבלו את רמת הגמלה הנמוכה יותר, בטווח הציונים הכלליים של 2.5-6.0 נקודות.

לוח מס' 4. התפלגות נוכחית של מקבלי גמלה, לפי רמת הגמלה
(דצמבר 1996, N = 70,628)

רמת הגמלה	טווח הציונים	מספר השעות לשבוע	אחוז מכלל מקבלי הגמלה	אחוז מכלל השעות
נמוכה	6.0-2.5	10	77.5	69.4
גבוהה	+ 6.5	15	22.5	30.6

לאור ארבע הטיפולוגיות שתוארו לעיל לפי הציון הכללי (לוח מס' 3), מוצעות שתי חלוקות מחדש חלופיות של הגמלאות. לפי ההצעה האחת, החלוקה מחדש היא: הגמלאות המוענקות ברמת הזכאות הנמוכה ביותר של 2.5 נקודות הוקטנו במידה רבה ל-6 שעות בשבוע; הגמלאות המוענקות לקבוצת המקבלים הגדולה ביותר (בערך מחצית מכל המקבלים), המוגדרת כחמורה באופן בינוני, לא תשתנינה; הגמלאות המוענקות לקבוצה הקטנה של מקבלי הגמלאות המסווגת כתלויה במידה חמורה, תוגדלנה במקצת ל-12 שעות בשבוע; ואילו הגמלאות המוענקות לקבוצה התלויה במידה מוחלטת תוגדלנה ל-18 שעות. לוח מס' 5 נבנה על-פי רמות הגמלה החדשות שהוצעו.

חלוקה מחדש נוספת הוצעה בגלל מכשולים מינהליים שהוקמו לנוכח התרחבותן של רמות הגמלה. הטיעונים שהושמעו התייחסו לנטייתם של אלה המעבירים את המבחן לשפר את הציון של הפונים, שהוא ממש מתחת לרמה של כל סף, ולהעלותו ממש מעל הסף. הריכוז הגבוה השכיח של ציוני ה-ADL ברמה של 2.5 נקודות הוצג כהוכחה הולמת לטענה זו. עוד צוין, שהסיכוי להגיע לרמת זכאות גבוהה יותר ולשפר בכך את הגמלאות ב-50%, הוביל לקוחות זקנים רבים לערער לעתים קרובות על הציון שלהם. כל רמה נוספת תגדיל מאוד את מספר הערעורים. בתגובה להשגות אלה, הוצעה גם חלוקה מחדש של גמלאות, אשר הוסיפה רק רמת גמלאות אחת (לוח מס' 5 חלק ב). בחלופה זו, גודלה של הקבוצה הסופגת הפחתה גדולה בגמלה (ציון כללי בטווח של 2.5-3.0 נקודות) היה קצת יותר רחב מאשר בחלופה הראשונה: היא כללה 31% מכלל מקבלי הגמלאות. הגמלאות

לוח מס' 5. שתי חלוקות מחדש מוצעות של מקבלי הגמלאות

ב. שלוש רמות גמלה				א. ארבע רמות גמלה			
מספר מקבלי גמלה כאחוז מסך הכל	מספר שעות מוצע לשבוע	מספר שעות נוכחי לשבוע	טווח הנקודות	מספר מקבלי גמלה כאחוז מסך הכל	מספר שעות מוצע לשבוע	מספר שעות נוכחי לשבוע	טווח הנקודות
30.6	6	10	3.0-2.5	22.0	6	10	2.5
46	12	10	6.0-3.5	49.2	10	10	5.0-3.0
22.5	18	15	+ 6.5	6.2	12	10	6.0-5.5
				22.5	18	15	+ 6.5
100			סך הכל	100			סך הכל

שלהם הוקטנו ב־40%, מעשר שעות טיפול בבית לשבוע לשש. אולם, יותר משני-שלישים (69.4%) מכל המקבלים קיבלו גמלאות מוגדלות. הוספת גמלאות לקבוצת הביניים (טווח הציונים 6.0-3.5) נחשבה מפצה יותר את הקבוצה הנוספת המפסידה גמלאות (רמת הציון 3.0). בשתי החלופות הקבוצה שזכתה בשיפור הגדול ביותר בגמלאותיה היתה הקבוצה בעלת הצרכים הגדולים ביותר - בטווח הציונים של 6.5 נקודות ומעלה. בעוד אשר לפי החלוקה הנוכחית 22.5% ממקבלי הגמלאות ברמת הגמלה הגבוהה ביותר קיבלו 30.6% מסך-כל שעות הגמלה, לפי שתי החלוקות-מחדש המוצעות, חלקה של קבוצת מקבלים זו יגדל ל־36.7% מסך-כל שעות הגמלה הניתנות.

ההנחה המקובלת היא, שהתועלת השולית של שעת טיפול בית גדולה יותר ככל שמידת התלות גדלה. כלומר, התועלת השולית של שעת טיפול בית גדולה יותר עבור אדם התלוי בשלושה סוגי תלות מאשר עבור אדם התלוי רק בשני סוגי תלות. דבר זה נובע מן הקביעה, שהצרכים של מקבל גמלה שציונו גבוה יותר, גדולים יותר מאשר הצרכים של מקבל גמלה בכל רמה נמוכה יותר. לפיכך, סך-כל התועלת של X שעות המוענקות למקבלים שציונם 6.0, גדול יותר מסך-כל התועלת של מספר שעות שווה המוענקות למקבלים, שציונם 5.5. המסקנה הזאת לא היתה תקפה אילו התועלת השולית היתה יורדת או שווה לאפס עבור המקבלים.

דיון

הגמלאות המוענקות במסגרת תוכנית הסיעוד נועדו מלכתחילה לספק שתי רמות של טיפול בית, שבה כל קבוצה של מקבלים מכילה מגוון גדול של צרכים. בתוכנית הרבה יותר

מקיפה ויקרה, כמות הגמלאות היתה קשורה קשר הדוק יותר לדרגת הצורך, כפי שהוא מתבטא בציוני הזכאות. למרות שהפרוטוקול של רשימת הציונים אינו מגלה קשר ליניארי בין עליית הציון לירידת כושר התפקוד, מקובל מאוד לראות בשיטת ניתוח השוליות שיטה המאפשרת להבחין מהי רמת התלות (Spector and Kempen and Suurmeijer, 1990; Fleishman, 1998). אבל, בניגוד למרבית השיטות האחרות, המוסד לביטוח לאומי חורג מן ההערכה התפקודית הנוקשה ומעניק שתי נקודות נוספות למי שמתגורר בגפו. זוהו רמות מובחנות בכלל חלוקת ציוני התלות אשר עולות בקנה אחד עם ירידה מקבילה ביכולת לבצע פעולות של חיי יומיום. נקודות סף אלה מקלות על עשיית התאמות בשיוך רמת הצרכים לטיפול בית. אף-על-פי שלא כימתנו את כמות הטיפול הנדרש למקבלי גמלה בעלי נקודות ציון ברמת 5.0-6.0, שהם בעלי תלות בינונית מבחינת הניידות או מבחינת השליטה בסוגרים, מבחינה איכותית ומבחינה כמותית הם זקוקים במידה רבה יותר מאשר מקבלי גמלאות שציונם הוא רק 2.5 נקודות. הקבוצה האחרונה מאופיינת באופן כללי כעצמאית הרבה יותר בביצוע שתי פעולות יומיומיות אלה, ולמרות זאת שתי הקבוצות מקבלות היום את אותו מספר של שעות טיפול.

יצירת פרופילים תפקודיים עבור כל אחת מרמות הציונים מאפשרת לקובעי המדיניות לבחון את ההשפעות על כל אחת מן הרמות של השינויים השוליים המוצעים, שייעשו בחלוקה-מחדש של הגמלאות. מאחר שהתוספות בכל רמת ציונים אינן שוות בהשלכות שלהן על כושר התפקוד, יש לחלק את הגמלאות בהתאם. רק בעזרת ניתוח משמעותי של כל ציון תלות ב-ADL אפשר להעריך את החוצאות של הגדלה הטיפול הביתי או הקטנתו על כל רמת צורך.

נטילת גמלאות ממקבלים שהם זקוקים פחות והענקת גמלאות לזקוקים יותר היא שיפור בייעוד התוכנית. במונחים כלכליים, דבר זה מגביר את התועלת הכוללת של כל הגמלאות. צמצום הגמלה המוענקת למקבלים ברמת הזכאות הנמוכה ביותר זוהתה מיד כבעייתית מבחינה פוליטית. אולם, השיקול היה, שהרווחים גברו על ההפסדים במידה כזו שהצדיקה את השינוי במדיניות. התועלת שהוספה לאותם מקבלי גמלה שהם בעלי ליקוי קוגניטיבי (אלה הנזקקים לעזרה אישית מתמדת) תיראינה יעילות במיוחד, מאחר שהפער בין הצרכים שלהם ובין הגמלאות גדול מאוד (Spector and Kempen, 1994). זוהי נקודה מכרעת: ברמות הגמלה הנוכחיות מקבל גמלה, הזקוק להשגחה אישית מתמדת 24 שעות ביממה, מקבל רק חמש שעות טיפול בית בשבוע יותר ממקבל גמלה, שיש לו שתיים או שלוש מגבלות בינוניות ללא ליקוי קוגניטיבי. לא זו בלבד, שהתוכנית נעשית יותר יעילה עקב השינוי המוצע, אלא היא נעשית גם צודקת יותר, מכיוון שהיא משכללת את רמות הסף של הזכאות. מאחר שכל הגמלאות נחשבות ניתנות להעברה ושוות, לא כרוכה בדבר עלות תקציבית נוספת כל עוד מספרן הכולל של הגמלאות (שעות טיפול) נשאר ללא שינוי.²

2. לשם פישוט, טיפול בית הוא סוג השירות היחיד הכלול בניתוח זה. יש לציין, שגמלאות שירות מסופקות גם באמצעות מרכזייום לקשישים, אם גם במידה פחותה מאשר בבית.

כל אחת משתי החלוקות מחדש המוצעות היא יעילה על בסיס קריטריון היעילות של קאלדור-היקס, ולא זה של פאָרטו. עמידה בקריטריון של החלופה הראשונה מושגת באמצעות הרווח בכלל הגמלאות שכל אחת משתי החלוקות-מחדש מעניקה. לפי הקריטריון של פאָרטו כל חלוקה מחדש היתה יכולה להיות יעילה יותר אילו לא היו אותם מקבלי גמלה ברמה הנמוכה יותר מפסידים את גמלאותיהם. למעשה הוצע, ש-6 שעות טיפול בית, אשר אליהן צומצמה רמת הגמלה הנמוכה ביותר, עונות, או כמעט עונות, על הצרכים של אלה ממקבלי הגמלה שברמת הזכאות הנמוכה ביותר. הנחת העבודה היא, שבתוך כל רמת גמלה, היחס בין ציון התלות ובין המספר הקבוע של שעות הטיפול המתאים לאותה רמה מועיל באופן ישיר: ככל שרמת הציון עולה, כך גדלה גם התועלת השולית של כל שעה נוספת של טיפול בית.

על-פי קריטריון היעילות של קאלדור-היקס, קיימים רווחים בקרב אלה שעבורם הועלתה רמת הגמלה, וקיימים הפסדים עבור אלה שברמת הגמלה הנמוכה ביותר. בעוד שאלה המפסידים גמלאות אינם מפוצים בידי אלה המקבלים אותן, אפשרות זו קיימת באופן תיאורטי, והקריטריון מתממש. אלה המרוויחים בעזרת שעת טיפול נוספת ישפרו את מצבם גם אם יפצו את אלה שהפסידו בסכום שהוא נמוך מכלל הגמלה הנוספת שנתקבלה. התוכנית כפי שהוצעה במקורה תוקנה בעקבות החששות שהועלו מפני ריבוי הערעורים הצפויים מצד המקבלים הדורשים, שתאושר להם זכאות ברמת גבוהה יותר של גמלה. חשש זה היה מבוסס על הכרות קרובה בין מנהלי התוכנית לתובעים ועם תהליך הערעורים שהתפתחה במשך השנים. אף-על-פי שהתוכנית יצרה חלוקה מחדש אופטימלית פחות של גמלאות מאשר הצביעו הנתונים, שינוי מנהלי זה מצביע באופן חזק על המגבלות של ניתוח השוליים. הישג חשוב של החלוקה מחדש של הגמלאות היה הקונסנזוס שהושג בין צוותי המינהל והתכנון של המוסד לביטוח לאומי, שהיה בו שיפור בשימוש במשאבים הקיימים.

סיכום

מאמר זה הראה כיצד ניתן לעשות תוכנית ציבורית דוגמת תוכנית הסיעוד, גם אם רק בשוליים, יעילה יותר בהספקת השירותים, ויחד עם זאת בלי שהדבר יביא לעלויות נוספת בתקציב. הדבר נעשה כך, בעזרת בחינה מדוקדקת של התוצאות של התאמות בשוליים ברמות הגמלה הקיימות, שתאפשרנה את יצירתן של רמות גמלה נוספות. השינויים האלה מבוססים באופן אמפירי על הסיווג של מקבלי הגמלאות לפי רמות תלות. אחת התכונות החשובות של ניתוח השוליות שהודגש במאמר זה היא, שהמטרה אינה למצוא את החלוקה האופטימלית של משאבי תוכנית, אלא למצוא הקצאות יעילות יותר. דבר זה כרוך בהכרח בתהליך מכאיב של הערכה אילו גמלאות יש לצמצם. זוהי מטלה המציבה אתגר במיוחד

ברמה הפוליטית, כאשר מספר קבוצות של מקבלי גמלאות נתונות בסיכון בתור מועמדות פוטנציאליות לצמצום או להפסד גמלאותיהן. גם אי-ודאות ממלאת תפקיד מרפה-ידיים בקבלת ההחלטות: האם ניתן לממש רווחי יעילות מצופים לאחר שייושמו השינויים? המטרה של חוק הסיעוד היא להקל, לא לפתור, את צורכי הטיפול של הקשיש המוגבל המתגורר בקהילה. גם אם מכירים בכך, שהשינוי הוא רק פתרון חלקי, דבר זה אינו צריך למנוע הכנסת יעילות למסגרת הקיימת. השינויים מוצעים בשוליים של הספקת הגמלאות, ומשאירים את מצב הזכאות ללא שינוי.

קשירת ניתוח השוליות לתקציב ניתנת לביצוע בקלות בתוכניות ציבוריות, שבהן ההטבות ניתנות לחלוקה ולהעברה: ניתן להעביר את אותן הטבות של התוכנית מיעד אחד לאחר ביחידות משתנות. אפשר למצוא דוגמאות מחוץ לתחומי הבריאות והשירותים החברתיים. בתחום החינוך ניתוח השוליים עשוי להראות היכן ניתן לחלק באופן טוב יותר את שעות הלימוד בתוך אותו בית-ספר או בתוך אותה כיתה על-מנת להגביר את התועלת הכוללת.

מאמר זה מכיר בכך, שהחלטות על הקצאות מחדש בתוכניות ציבוריות, כמו בכניית תוכנית ציבורית, כפופות לשיקולים פוליטיים, אבל הוא מראה מהו תפקידו של ניתוח נתונים אמפיריים בהצגת חלופות למדיניות הקיימת. למרות שהצורך בנתונים המבוססים על ביצוע תוכנית נראה מובן מאליו לצורך הערכתן, שילובם בתהליך התקצוב אינו מובן באותה מידה.

ביבליוגרפיה

- דורן, א' (1991), "המפנה במדיניות הביטחון הסוציאלי בישראל: השפעות השינוי האידיאולוגי", בטחון סוציאלי, 36: 15-26.
- ויילדינג, פ' (1996), "טוב שנבע מרע: לקחים מ'משבר מדינת הרווחה'", בטחון סוציאלי, 45: 5-20.
- כהן, ש' (1987), "חוק ביטוח סיעוד - רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה", בטחון סוציאלי, 30: 7-19.
- קטן, י' (1994), "'מדינת רווחה' - המשכיות, שינוי או קריסה", בטחון סוציאלי, 42: 17-33.
- שניט, ד' (1987), "חוק ביטוח סיעוד - ההיבט המשפטי", בטחון סוציאלי, 30: 65-77.
- Gershuny, J.I. (1978), "Policymaking rationality", *Policy Sciences*, 9: 295-316.
- Jenkins-Smith, H.C. (1990), "The policy analysis paradigm", in: Jenkins-Smith, H.C. (ed.), *Democratic Politics and Policy Analysis*, Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole.
- Kempen, G.I.J.M. and Suurmeijer, T.P.M. (1990), "The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders", *The Gerontologist*, 30: 497-502.
- Lindblom, C.E. (1959), "The science of muddling through", *Public Administration Review*, 19: 79-88.
- Office of Program Analysis and Government Accountability (1997), *Performance-*

Based Program Budgeting in Context: History and Comparison, Tallahassee, Fla.: State of Florida.

Posnet, J. and Street, A., (1996), "Programme budgeting and marginal analysis: An approach to priority setting in need of refinement", *Journal of Health Services Research Policy*, July.

Quade, E.S. (1982), *Analysis for Public Decisions*, New York: North-Holland.

Ratcliffe, J., Donaldson, C. and Macphee, S. (1996), "Programme budgeting and marginal analysis: A case study of maternity services", *Journal of Public Health Medicine*, June.

Ruta, D.A., Donaldson, C. and Gilray, I. (1996), "Economics, public health and health care purchasing: The Tayside experience of programme budgeting and marginal analysis", *Journal of Health Services Research Policy*, October.

Scott, A., Currie, N. and Donaldson C. (1998), "Evaluating innovation in general practice: A pragmatic framework using programme budgeting and marginal analysis", *Family Practice*, June.

Spector, W.D. and Fleishman, J.A. (1998), "Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability", *Journal of Gerontology*, 53B: 546-557.

Spector, W.D. and Kempen, P. (1994), "Disability and cognitive impairment criteria: Targeting those who need the most home care", *The Gerontologist*, 34: 640-651.

תפיסת הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית בקרב קשישים יהודים וערבים מקבלי גמלת סיעוד

מאת אסתר יקוביץ ומיכל ניר**

למחקר זה היו שתי מטרות עיקריות: (1) לבחון את מידת הצורך הנתפס בעזרה בניהול משק-הבית אצל זקנים יהודים וערבים המקבלים גמלאות סיעוד, האם יש ביניהם הבדלים ביכולת לבצע את פעולות ניהול משק-הבית והאם הבדלים אלה משפיעים על תפיסתם את מידת ההזדקקות שלהם לעזרה בניהול משק-הבית; (2) לגלות מה הם הגורמים שעשויים לנבא את מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק-הבית של כל קבוצת נחקרים. ממצאי המחקר התבססו על סקר של בני 60+, שנערך בשנת 1997 ואשר הקיף 5,055 נחקרים, שֶׁ-601 מתוכם קיבלו גמלאות סיעוד מן הביטוח הלאומי. נמצא, שיותר זקנים ערבים מאשר זקנים יהודים דיווחו על קשיים בביצוע פעולות משק-הבית ועל הזדקקות רבה יותר לעזרה בתחום זה. מניתוחי רגרסיה עלה, שהגורם האתני מנבא הזדקקות לעזרה בניהול משק-הבית הן כאשר מדובר ביהודים והן כאשר מדובר בערבים. אצל הזקנים היהודים, גורמים כמו חפיסת מצב הבריאות ומצב התפקוד, כמו גם גובה ההכנסה החודשית, הם מנבאים מובהקים להזדקקות זו, ואילו אצל הנחקרים הערבים היה זה מצב התפקוד.

מבוא

הגידול המואץ בשיעור הזקנים באוכלוסייה והגידול הרב במספר הזקנים המוגבלים והתשושים הזקוקים לעזרה מציבים בפני משפחות, כמו גם בפני קובעי המדיניות ונותני שירותים, שאלות קשות כיצד לתת מענה לצרכים של אוכלוסייה זו, ובכלל זה כיצד להעריך

* המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.
** מחלקת הסקרים, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

את יכולת הזקנים לנהל משק-בית עצמאי ומהי מידת הסיוע הדרושה להם כדי להזדקן במקום, ולדחות עד כמה שאפשר את הצורך בכניסה למוסד. שיעור הקשישים המוגבל ב-ADL (פעולות יומיומיות הקשורות לטיפול הזקן בעצמו) מגיע בממוצע הארצי לכדי 13.8% מכלל האוכלוסייה הקשישה, כאשר שיעורי המוגבלות בקרב יהודים ותיקים עומד על 12.7%, בקרב עולים מארצות חבר העמים, שעלו לישראל החל משנת 1990, הוא עומד על 15.6%, ואילו בקרב הערבים שיעור המוגבלות עומד על 22.0% (ברודסקי, שנור ובאר, 1999). לעומת זאת, שיעורי המוגבלות ב-IADL (פעולות יומיום הקשורות לטיפול במשק-הבית) גבוהים בהרבה והגיעו בשנת 1988 ל-38%, כאשר עם העלייה בגיל ובקרב נשים שכיחות זו עולה עוד יותר. שיעור המוגבלות בקרב הזקנים היהודים הגיע ל-39.7% ול-43.1% בקרב הקשישים הערבים (פקטור ופרימק, 1990). היום בערך 92,000 זקנים מקבלים גמלאות סיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2000) האמורות לתת מענה גם לצרכים בתחום ניהול משק-הבית.

במהלך שני העשורים האחרונים עסקו מחקרים רבים בסוגיית התמיכה החברתית והטיפול הניתן לזקנים על-ידי מטפלים לא-פורמליים, ובעיקר בלחצים שמטפלים עיקריים נחונים להם (Aneshensel et al., 1995; Seltzer and Wailing, 2000). לעומת זאת, רק מחקרים מעטים יחסית עסקו בגורמים העשויים להשפיע על הצרכים בתחום העזרה הביתית, למרות ששירותי עזרה ביתית הם מרכיב חשוב במערך השירותים התוך-ביתיים (Barrera, 1986), המושפע מגורמים שונים כמו גיל, מעמד סוציו-אקונומי, השכלה, מוצא אתני ועוד (Tran and Dhooper, 1996).

מטרתו של מחקר זה כפולה: ראשית, לבחון את היקף ההזדקקות לעזרה בניהול משק-הבית בקרב זקנים יהודים וערבים המקבלים גמלאות סיעוד, לבחון עד כמה יש בגמלת הסיעוד כדי לתת מענה לצרכים של הזקנים בתחום זה ולבדוק באיזו מידה קיימים דפוסי הזדקקות דומים או שונים לעזרה בניהול משק-הבית בקרב זקנים יהודים וערבים. שנית, לבדוק באיזו מידה גורמים אתניים, תפקודיים וסוציו-דמוגרפיים עשויים לנבא את מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק-הבית על-פי הערכות שזקנים אלה מעריכים את עצמם.

סקירת ספרות

אחת הדילמות שקובעי מדיניות ואנשי מקצוע עומדים בפניהן היא איך להגדיר צרכים ואיך לתרגם אותם לכמויות מתאימות של שירותים קונקרטיים. בספרות מוצעות שתי קבוצות עיקריות של גישות להגדרת צרכים: גישות הנשענות בעיקר על הערכות אובייקטיביות, שאנשי מקצוע קובעים בהתאם לסטנדרטים מקובלים ואחידים. לעומת זאת, גישות אחרות נשענות יותר על הערכות סובייקטיביות של בני אדם המתנסים בחסרים והמבטאים חסרים אלה בביקוש או בצורה אחרת (Clayton, 1983). מחקרים קודמים, שהתמקדו בעיקר

בשימוש בשירותי בריאות (Wolinsky, et al., 1983; Wolinsky and Johnson, 1991), מציגים אף הם שתי שיטות להערכת צרכים. השיטה האחת, שהיא הערכה אובייקטיבית, מתייחסת לתפקוד הפיזי והקוגניטיבי של הזקן ומעריכה את יכולתו לבצע פעולות יומיומיות. על-פי שיטת הערכה זו, אי יכולת של הזקן לבצע פעולה כלשהי מתוך רשימת הפעילויות היומיומיות הללו מעידה על צורך בעזרה.

לעומת זאת, שיטת הערכה שנייה, שהיא הערכה סובייקטיבית, מתבססת על הערכות של הזקן את עצמו באיזו מידה הוא יכול לבצע כל אחת מפעילויות אלה ובאיזו מידה הוא זקוק לעזרה. שתי שיטות הערכה אלה לא תמיד חופפות זו את זו ותוצאותיהן אינן בהכרח דומות. מחקרים שונים הצביעו על פערים בתוצאות של שני סוגי הערכות אלה בקרב קשישים, שבדקו את יכולתם לבצע פעילויות יומיומיות ואת צורכיהם לשירותים תוך-ביתיים. אלה האחרונים נמצאו מושפעים מגורמים שונים כמו רמות תפקוד, תכונות של האישיות וגורמים סוציו-דמוגרפיים (Cress et al., 1995; Reuben et al., 1995; Kempen et al., 1996). גם מוצא אתני נמצא מובהק לשימוש בשירותים (Kart, 1991; Mui and Burnette, 1994). משום כך חשוב לבדוק באיזו מידה למשתני רקע שונים יש השפעה על הערכת הזקנים את מידת הזדקנותם לשירותים תוך-ביתיים.

יש להניח, שהערכת הזקן את מידת הזדקנותו לעזרה בניהול משק-הבית תלויה גם בהיקף העזרה שהוא מקבל בפועל, כאשר העזרה הנדרשת מיועדת להשלים למעשה את זו שכבר קיימת, אך אינה מספקת.

ספרות המחקר (Woehrer, 1982; Rosenthal, 1983) דנה גם בדפוסי עזרה אינסטרומנטלית לקשישים בתוך בתיהם ומייחדת פרק חשוב להשפעת גורמים שונים, כמו מוצא אתני, צורת מגורים, גודל והרכב רשת התמיכה, על מגוון דפוסיים במערכת התמיכה הלא-פורמלית ובשימוש בשירותים חברתיים ובשירותי בריאות בקרב זקנים, למרות שממצאים אלה אינם עקביים ולפיכך לא ניתן להסיק מהם מסקנות חד-משמעיות. במחקר של וולינסקי וג'ונסון (Wolinsky and Johnson, 1991) לא נמצאה השפעה מובהקת של מוצא אתני, מגורים לבד ומצב משפחתי על מדדים שונים לשימוש בשירותים רפואיים. לעומת זאת, נמצא קשר מובהק בין מגורים במשק-בית רב-דורי ובין שימוש נרחב יותר בשירותים רפואיים תוך-ביתיים. במחקר אחר של חוקרים אלה (Johnson and Wolinsky, 1996) כן נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים וגברים לבנים בשימוש בשירותי בריאות תוך-ביתיים לעומת נשים שחורות.

במספר מחקרים נמצאו הבדלים אתניים גם בדפוסיים ובמבנים של מערכת התמיכה הלא-פורמלית (Thornton et al., 1993; Miner, 1995). במחקר אחר (Burton et al., 1995) נמצא, שלרמת התפקוד והמוגבלות של הזקן, למצבו הקוגניטיבי, לגילו ולרמת הכנסתו היתה השפעה על היקף רשת התמיכה שלו. פנינג וצ'אפל (Penning and Chappell, 1987) בדקו הבדלים במערכות תמיכה לא-פורמליות בקרב ארבע קבוצות אתניות ומצאו

הבדלים וגם קווי דמיון בין הקבוצות מבחינת סוגי התמיכה והסיוע שקיבלו הזקנים, מה שעשוי להצביע על היות המוצא האתני מנבא מובהק לתמיכה לא-פורמלית.

במחקר של סטומל ואחרים (Stommel et al., 1998) נמצאו הבדלים בסיכויים של מטפלים עיקריים שחורים ולבנים בארצות-הברית להיות מטפלים יחידים ונמצא, שלזקנים שחורים היתה בדרך כלל רשת תמיכה רחבה וחזקה יותר מזו שהיתה לזקנים לבנים. אולם, מחקרים אחרים ייחסו הבדלים אלה לצורות המגורים ומשקי-הבית של הזקנים. כלומר, זקנים שחורים נוטים יותר לגור במשקי-בית מורחב ומשום כך היקף העזרה והטיפול שהם מקבלים נרחבים יותר מאלה שמקבלים זקנים לבנים.

יש שני סוגי הסברים לשוני בדפוסי המגורים: האחד הוא תרבותי, ולפיו בקרב השחורים קיימת הדגשה רבה יותר של ערכים של מחויבות ואחריות ילדים כלפי הוריהם הזקנים (Lee, Peek and Coward, 1998). ההסבר השני מתמקד במצב הסוציו-אקונומי ובמשאבים שברשות הזקן ומשפחתו. במקרים רבים הגורמים הללו מתלכדים אצל אותן משפחות (Hatch, 1991). למשל, במחקרם של פיק ואחרים (Peek, Coward and Peek, 2000) נמצא, שיש קשר מובהק בין מין, מצב משפחתי, גיל, השכלה, מספר הילדים וצורת המגורים ובין קבלת עזרה מילדים ונכדים ב-ADL וב-IADL, ואילו המשתנה של מוצא אתני לא נמצא מנבא מובהק.

מחקרים אחרים דנים בשאלת השימוש במערכת השירותים הפורמליים התוך-ביתיים. אולם, גם כאן אין תמימות דעים באשר לגורמים המשפיעים על היקף השימוש בשירותים אלה (Miller et al., 1994). נואלקר ואחרים (Noelker et al., 1998) לא מצאו הבדלי גזע בשימוש בשירותים תוך-ביתיים וגם הינג ובלום (Hing and Bloom, 1990) לא מצאו הבדלים בין היספנים ללא-היספנים בשימוש בשירותים קהילתיים. לעומת זאת, במחקרים אחרים נמצאו הבדלים על בסיס מוצא אתני באשר לשימוש בשירותים. מוי ובארנט (Mui and Burnette, 1994) מדווחים, שזקנים שחורים השתמשו פחות בשירותים תוך-ביתיים בתשלום מאשר זקנים לבנים. טראן ודהוופר (Tran and Dhoooper, 1996) מצאו הבדלים אתניים בכל הקשור לתפיסת הזדקקות לעזרה של שירותים חברתיים שכללו עזרה ביתית וטיפול אישי.

כאמור, המחקרים שנסקרו עסקו בגורמים שונים המשפיעים על מתן עזרה בפועל לזקנים מוגבלים ותשושים מטעם מערכות לא-פורמליות ועל שימוש בשירותים פורמליים. מחקרים מעטים מאוד עסקו בשאלה איך זקנים מעריכים את מידת הזדקקותם לעזרה בניהול משקי-הבית. יש להניח, שהערכתם את מידת ההזדקקות לעזרה חושפע אף היא מגורמים שונים וביניהם גורמים תרבותיים וסציו-אקונומיים. בסוגיה זו מתמקד המאמר הנוכחי.

חוק ביטוח סיעוד: מבחן הערכת התלות

חוק ביטוח סיעוד, שהתקבל בכנסת בשנת 1986 ונכנס לתוקף בשנת 1988, נועד לספק שירותי סיעוד לזקנים מוגבלים בתפקודם הזקוקים לעזרה בטיפול אישי, בניהול משק הבית או להשגחה (סעיף 127 פג בחוק). החוק בבסיסו נועד להעניק גמלאות סיעוד בעין לקשישים מוגבלים ולסייע בכך למשפחה בטיפול בזקן. החוק אינו מתיימר לבוא במקום המשפחה כמתן הטיפול, אלא לסייע לה ולעודדה להמשיך ולשאת בנטל האחריות והדאגה לצרכיו של הזקן כאשר הוא אינו מסוגל למלא אותם בכוחות עצמו (מז, 1987).

יישומו של חוק ביטוח סיעוד חייב לקבוע קריטריונים אופרטיביים שלפיהם ניתן להחליט מי עונה על הקריטריונים המוגדרים בחוק. החוק מגדיר בסעיף 127 פד את הקריטריונים לזכאות לקבלת גמלת סיעוד וקובע שתי קטגוריות של זכאות:

- מבוטח, שכתוצאה מליקוי נעשה תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות היומיום (ADL), או הזקוק להשגחה, יקבל גמלת סיעוד בשיעור השווה לקצבת יחיד מלאה.

- מבוטח, שכתוצאה מליקוי נעשה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום, או הזקוק להשגחה מתמדת - יהיה זכאי לקבל גמלת סיעוד בשיעור השווה ל-150% מקצבת יחיד מלאה.

עוד קובע החוק בסעיף 127 פג, ששירותי הסיעוד שיסופקו לזקן יכללו "שירותים המיועדים לסייע בביצוע פעולות יום יום או בהשגחה או בניהול משק הבית". ההנחה המקובלת היא, שמי שמוגבל בחלק מפעולות היומיום גם מוגבל בפעולות הקשורות לניהול משק הבית (IADL), אבל אין זה אומר בהכרח, שגם ההיפך נכון, שמי שחלוי בכל הפעולות הקשורות לניהול משק הבית גם תלוי בעזרה לצורך ביצוע פעולות היומיום שלו. כרי לשמור על עקרון האחידות והאוניברסליות (בייץ-מוראי, ויפקין ומורגנשטיין, 1993) היה צורך לתרגם הוראות חוק אלה להערכה אופרטיבית וכמותית על-מנת לאמוד את מידת התלות של הזקן בפעולות היומיום. לצורך זה נבנה כלי הנקרא "הערכת תלות". כלי זה בודק מספר נושאים הכוללים, בין היתר:

- סידור המגורים של הזקן: עם מי הוא גר בבית והאם יש לו קרובי משפחה הגרים סמוך אליו.

- מיהו המטפל העיקרי והיכן הוא גר.

- אשפוזים בחצי השנה האחרונה, טיפולים רפואיים ותרופות שהזקן מקבל.

- התרשמות האחות המעריכה מן הזקן ומגבלותיו, מניקונו האישי ומניקיון סביבתו.

- השירותים שהזקן מקבל ממערכת השירותים הפורמליים בקהילה, הערכת האחות את הטיב ומידת ההתאמה של העזרה לזקן ואת מידת שביעות הרצון של המשפחה מן העזרה הניתנת ומה הם השירותים והעזרה שהמשפחה מעוניינת לקבל.

- מידת התלות והצורך בעזרת הזולת בכל אחת מפעולות ה-ADL (ניידות בתוך הבית, לבישת בגדים, רחצה, אכילה ושתייה, שליטה בהפרשות) ומידת הצורך בהשגחה בתוך הבית.

כלומר, מבחן הערכת התלות מבוסס על הערכה של אנשי מקצוע (אחות) את מידת התלות של הזקן בפעולות היומיום (ADL). יש להדגיש, שהכלי להערכת התלות אינו מתייחס למידת התלות בפעולות הקשורות לניהול משק הבית - כמו עריכת קניות וסידורים - המחייבים ניידות מחוץ לבית ופעולות המתבצעות בתוך הבית כמו ניקיון, בישול וכביסה וגם לא להיקף העזרה הנחוצה בכל אחד מן התחומים הללו. כאמור, ההנחה היא כנראה, שמי שמוגבל בחלק מפעולות ה-ADL הוא בהכרח גם מוגבל בכל פעולות ה-IADL. ניתוח מבחן הערכת התלות (בייץ-מוראי, זיפקין ומורגנשטיין, 1993) אכן העלה, שסיבת הזכאות העיקרית היתה מוגבלות תפקודית בלבד בפעולות ה-ADL, ונגעה לרוב הזכאים (75%). עוד 7 עד 9 אחוזים מן הזקנים נמצאו זכאים בשל תוספת ניקוד בגין מגורים לבר. יחד עם זאת, חוזר המוסד לביטוח לאומי, העוסק במתן שירותי סיעוד, קובע, שהסיוע בניהול משק הבית, הגיתן על-ידי מטפל או מטפלת, יכול: כביסה במכונת הכביסה הביתית, קניות ובישול, ניקיון הבית וסידורו, למעט עבודות ניקיון יסודיות, כגון ניקוי תריסים וחלונות. כמו-כן על המטפל או המטפלת לערוך סידורים מחוץ לבית, כגון הבאת תרופות וליווי הזקן לבדיקות רפואיות, למרכז יום וכיוצא בזה.

שיטת המחקר

1. המדגם

נתוני מחקר זה מבוססים על סקר קשישים שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 1997. הסקר כלל מדגם של שלוש שכבות, שהוצא באופן מקרי מתוך מרשם האוכלוסין: יהודים שעלו ארצה עד 1989, ערבים, ועולים שהגיעו לארץ החל משנת 1989 ואילך. הנחקרים היו בני 60 ומעלה וכללו 4,179 יהודים ו-876 ערבים, ובסך-הכל 5,055 זקנים. איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיונות אישיים בבתיהם של הקשישים. במחקר הנוכחי, הנשען על ניתוח משני של הנתונים, נכללו אך ורק אותם קשישים שציינו שיש להם מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי. בסך-הכל היו אפוא 601 נחקרים, ובתוכם 523 יהודים ו-78 ערבים. בסוף שנת 1997 עמד אחוז הקשישים שקיבלו גמלת סיעוד על 11.1, ואילו גודל המדגם במחקר זה היה 11.9% מכלל הנחקרים, כלומר שיעור מקבלי גמלת סיעוד בקרב הנחקרים שנכללו בסקר זה דומה לשיעורם של מקבלי גמלת הסיעוד בכלל.

2. המדדים

תפיסת הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית (IADL). מדד זה נועד לבדוק את הערכת הזקן האם יש לו צורך בעזרה בכל אחת מפעולות ה-IADL. כפי שניתן לראות בלוח מס' 2 המובא להלן, תפיסת הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית הוערכה בעזרת חמישה משתנים דו-ערכיים: ניקיון, כביסה, הכנת ארוחות, קניות וסידורים מחוץ לבית (למשל, טיפול בחשבונות בנק). הנבדק נשאל האם הוא זקוק לעזרה או לעזרה נוספת בביצוע כל אחת מן הפעילויות הללו. שתי התשובות האפשריות היו "כן", תשובה שקיבלה את הציון 1, ו"לא" - שקיבלה את הציון 0. הציונים שהתקבלו בכל אחד מחמשת המשתנים הללו סוכמו יחד ויצרו מדד למדידת מידת ההזדקקות לעזרה. טווח הציונים היה מ-0 (לא זקוק ולא זקוקה לעזרה באף אחת מפעולות ה-IADL) עד 5 (זקוק או זקוקה לעזרה בכל אחת מפעולות ה-IADL). מבחן המהימנות (Alpha Cronbach) למדד זה נמצא גבוה ועמד על 0.942.

תפיסת מצב הבריאות. מדד זה נמדד בעזרת פריט אחד, שבו נשאל הנחקר איך הוא מעריך את מצב בריאותו באופן כללי. טווח הציונים לפריט זה היה מ-1 (גרוע) עד 4 (טוב מאוד).

- מצב התפקוד. מדד זה נמדד באמצעות שני סולמות:

(1) פעילות יומיומית (ADL). - הזקן נשאל באיזו מידה הוא מסוגל לבצע באופן עצמאי כל אחת מן הפעולות האלה: רחצה, לבישה, אכילה, ישיבה על כיסא וקימה ממנו, לשכב במיטה ולקום ממנה. טווח הציונים הוא מ-1 (לא מסוגל לבצע את הפעולה) עד 3 (מסוגל לבצע את הפעולה ללא קושי). הציונים שהתקבלו מכל נבדק סוכמו לציון ממוצע וציון זה הצביע על מידת היכולת הכללית שלו לבצע פעולות של יומיום. טווח הציונים היה מ-1.00 (לא מסוגל לבצע את כל הפעולות ללא כל קושי) עד 5.00 (מסוגל לבצע כל אחת מן הפעולות ללא קושי). מבחן המהימנות (Alpha Cronbach) למדד זה נמצא גבוה ועמד על 0.941.

(2) ניהול משק הבית. - מדד זה נועד לבדוק באיזו מידה על-פי הערכת הזקן יש לו בעיה או קושי בביצוע כל אחת מפעולות ה-IADL. בסולם זה התבקש הזקן להעריך את מידת יכולתו לבצע את המשימות האלה: הכנת ארוחות, ניקיון הדירה, כביסה, קניות ועריכת סידורים מחוץ לבית (כגון הליכה לבנק לסידורים כספיים). טווח הציונים לכל פריט היה מ-1 (לא מסוגל כלל לבצע משימה זו) עד 3 (מסוגל לבצע ללא כל קושי). כמו-כן הוכנסה קטגוריה נוספת, שעליה השיבו נבדקים ששאלה זו לא היתה רלוונטית לגביהם ("לא רגיל לעשות"). אלה שענו, ששאלה זו או אחרת אינה רלוונטית לגביהם, לא קיבלו ציון על אותו פריט. לכל נבדק חושב הציון הממוצע ביכולת לבצע פעולות של ניהול משק הבית. ציון זה

הצביע על מידת התלות שלו בעזרה בכל הפעולות הקשורות לניהול משק הבית. ציון נמוך (1.00) מציין מידה רבה יותר של תלות בכל פעולות משק הבית, ואילו ציון גבוה (5.00) מציין עצמאות בכל הפעולות הללו. מבחן המהימנות (Alpha Cronbach) למדד זה נמצא גבוה ועמד על 0.956.

הכנסה. הזקן התבקש לציין מה היתה הכנסתו החודשית הכוללת. לצורך זה הוצגה לו שאלה שכללה 9 קטגוריות (קטגוריה ראשונה, רמת ההכנסה, היתה פחות מ-1,390 ש"ח וקטגוריה השיעית כללה 11,100 ש"ח ומעלה) והיה עליו לבחור בקטגוריה המתאימה לו.

קבלת שירותי עזרה ביתית. הזקן התבקש לענות האם יש לו עזרה בבית ואם כן - האם העזרה ניתנת בתשלום או לא בתשלום, כלומר עזרה מידי בן משפחה. על תשובה חיובית לשאלה הראשונה (עזרה בתשלום) ניתן הציון 1, על תשובה שלילית בפרט זה ניתן הציון 2. לשאלה האם העזרה שהוא מקבל היא ללא תשלום, למשל מאחד מילדיו הבוגרים, ניתן ציון מ-1 עד 3 (1 - כן, לעתים קרובות; 2 - כן, לעתים רחוקות, 3 - בכלל לא).

מוצא אתני. מוצא אתני כלל שתי הגדרות: האחת התייחסה להגדרת הלאום לצורך הבחנה בין ערבים ליהודים. השנייה כללה הגדרת מוצא עדתי בקרב הזקנים היהודים על-פי יבשת מוצאם. משתנה זה קודד למשתנה דיכוטומי שכלל ילידי ארצות אסיה ואפריקה (עדות המזרח) וילידי ארצות אירופה ואמריקה (אשכנזים).

משתנה דמוגרפיים. משתני הרקע שנכללו היו גיל, מין, מצב משפחתי, מספר הבנים והבנות, סידורי מגורים והשכלה. משתנים אלה נבחרו משום שמחקרים קודמים הצביעו על קשר בין משתנים אלה ובין תפיסת הזדקקות לעזרה בבית (Antonucci, 1985; Burton et al., 1995; Connidis et al., 1996). המשתנים של מצב משפחתי וסידורי מגורים קודדו כמשתנים דיכוטומיים (נשוי/לא נשוי, גר לבד/גר עם אחרים).

ממצאים

1. מאפייני הנבדקים

מאפייני הקשישים שנבדקו מתוארים בלוח מס' 1. בלוח זה ניתן לראות, שלמעלה ממחצית הנבדקים (57.4%) הן נשים, כשיעורם באוכלוסיית הקשישים. בערך מחציתם (47.7%) הם בגיל 80 ומעלה. ל-38% בערך יש השכלה יסודית ולמטה מזה, ורובם ערבים. למעלה ממחצית הזקנים (52.5%) נשואים, בעוד ששיעור הנשואים באוכלוסיית הקשישים הכללית היא בערך 57% (ברודסקי, שגור ובאר, 1999). בערך רבע מן הקשישים גרים לבד והיתר גרים עם בן זוג או עם בני משפחה אחרים. נתון זה דומה להתפלגות הרכב משקי הבית

לוח מס' 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וקבלת עזרה פורמלית
ולא-פורמלית

מאפיינים	N	%
1. מין		
גבר	256	42.6
אישה	345	57.4
2. גיל		
69-60	71	11.8
79-70	243	40.5
89-80	225	37.4
+ 90	62	10.3
3. השכלה		
8 שנות לימוד או פחות	226	37.9
מ-8 עד 12 שנות לימוד	264	44.3
12 שנות לימוד ויותר	106	17.8
4. מצב משפחתי		
נשוי	316	52.6
לא נשוי	285	47.4
5. סידורי מגורים		
גר לבד	152	25.3
גר עם בת זוג, גרה עם בן זוג	277	46.1
גר עם בני משפחה נוספים	172	28.6
6. הכנסה חודשית (בשקלים)		
עד 1,389	130	22.2
2,774-1,390	251	42.9
4,159-2,775	118	20.2
5,549-4,160	42	7.2
6,939-5,550	29	5.0
8,324-6,940	11	1.9
9,714-8,325	4	0.6
7. יבשת לידה*		
אסיה-אפריקה	160	30.6
אירופה-אמריקה	363	69.4
8. עזרת בית בתשלום		
לא	536	89.3
כן	64	10.7
9. ילדים		
כן	481	80.2
לא	119	19.8
10. עזרת הילדים במשק-הבית		
אין ילדים	120	20.0
כן, לעתים קרובות	252	41.9
כן, לעתים רחוקות	112	18.6
בכלל לא	117	19.5

* מחיטס לנחקרים היהודים בלבד.

באוכלוסיית הקשישים הכללית, שבה שיעור הזקנים הגרים לבד עומד על 28.2%. במחקר זה שיעור הקשישים היהודים הגרים לבד עומד על 28.9%, ואילו בקרב הקשישים הערבים - רק 18.1% גרים לבד, נתון המצביע על גטייה של קשישים ערבים לגור במשקי-בית מורחבים, בעיקר עם בני זוג וילדים (ברודסקי, שנוור ובאר, 1999). ל-22.2% מן הנבדקים היתה הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי בלבד; ל-61% בערך היו הכנסות נמוכות עד בינוניות ורק ל-7.5% היתה הכנסה מעל השכר הממוצע במשק נכון למועד איסוף הנתונים. ל-10.7% מן הקשישים היתה גם עוזרת בית בתשלום בנוסף למטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי. עם קשישים אלה נמנו רק הזקנים היהודים (למעט קשיש ערבי אחד). שיעור הקשישים הערדים הוא 19.8%, ואילו בקרב הערבים מגיע שיעורם ל-10.3%. מתוך אלה שיש להם ילדים, 52.4% ציינו שהם מקבלים עזרה מילדיהם לעתים קרובות, 23.3% ציינו שהם נוהגים לקבל עזרה מילדיהם לעתים רחוקות והיתר ציינו שאינם מקבלים כלל עזרה מילדיהם. בקרב הערבים ציינו בסך-הכל 74.3% שהם מקבלים עזרה מילדיהם, ואילו בקרב היהודים ציינו 75.9% שהם מקבלים עזרה מילדיהם; 75 זקנים (12.5%) ציינו שאין להם שום קושי בביצוע פעולות היומיום ו-28 זקנים (4.8%) ציינו שאין להם שום קושי בביצוע פעולות הקשורות לניהול משק-הבית.

2. הזדקקות לעזרה

לגבי היהודים טווח הציונים למשתנה זה היה 0.00-5.00, כאשר החציון הוא 1.00 וסטיית התקן 2.155. אצל הערבים טווח הציונים זהה לזה של היהודים, אולם החציון הוא 5.00 וסטיית התקן 2.328. לגבי כלל האוכלוסייה טווח הציונים הוא בין 0.00 ל-5.00. החציון הוא 1.00 וסטיית התקן 2.216.

לוח מס' 2 מראה, שחלק נכבד מן הקשישים זקוקים לעזרה או לעזרה נוספת בעבודות משק-הבית והעזרה הרבה ביותר נחוצה בתחום ניקיון הדירה. כאשר מתייחסים להזדקקות של קשישים יהודים וערבים כל אחד בנפרד לעזרה בניהול משק-הבית מתגלה תמונה שונה מעט. אצל היהודים העזרה הנחוצה ביותר היא בתחום ניקיון הדירה ובקניות (45% ו-37% בהתאמה). בסך-הכל שיעור הזקנים היהודים שציינו שהם זקוקים לעזרה נוספת הוא מ-35% בערך עד 45% בהתאם לתחום שבו גדרש הסיוע. לעומת זאת, אצל הזקנים הערבים העזרה הנוספת הנחוצה ביותר היא בניקיון הבית ובכביסה (62.8% ו-64.1% בהתאמה). כמו-כן, שיעור הזקנים הזקוקים לעזרה ככל אחת מפעולות ניהול משק-הבית גבוה במידה רבה מזה שציינו הזקנים היהודים (מ-60% עד 64%).

לוח מס' 3 מראה, שמרבית הקשישים מתקשים או אינם מסוגלים לבצע אף אחת מפעולות היומיום והקושי הגדול במיוחד הוא בניקיון ובכביסה וגם בעריכת קניות המחייבת נידות מחוץ לבית. מן ההשוואה בין ערבים ליהודים עולה, שבקרב הזקנים הערבים נמצאה שכיחות גבוהה יותר בכל סוגי הפעילויות של ניהול משק-הבית שהם אינם

לוח מס' 2. הזדקקות לעזרה או לעזרה נוספת בביצוע פעולות IADL

	כלל האוכלוסייה		ערבים		יהודים	
	%	N	%	N	%	N
1. בישול						
כן	39.1	234	60.3	47	35.8	187
לא	60.9	366	39.7	31	64.2	335
3. ניקיון						
כן	47.3	284	62.8	49	45.0	235
לא	52.6	316	37.2	29	55.0	287
1. כביסה						
כן	38.6	232	64.1	50	35.0	182
לא	61.3	368	35.9	28	65.0	340
1. קניוח						
כן	40.2	241	61.5	48	37.0	193
לא	59.8	359	38.5	30	63.0	329
1. סידורים						
כן	36.5	219	61.5	48	32.7	171
לא	63.5	381	38.5	30	67.3	351

נוהגים לבצע כלל. הלוח מראה, שקיים קשר מובהק בין לאום ובין היכולת לבצע כל אחת מן הפעולות של ניהול משק-בית. הקשר נובע בעיקר מן השיעור הגבוה של קשישים ערבים שציינו שהם אינם רגילים לבצע פעולות שונות של ניהול משק-הבית בהשוואה לעמיתיהם היהודים. לעומת זאת, בלוח מס' 4 ניתן לראות, שכאשר מבודדים את אותם זקנים שאמרו שהם אינם רגילים לעשות פעולות אלה, ערכי ה- χ^2 משנים מעט את התמונה. הממצאים שהתקבלו מראים, שזקנים ערבים מתקשים יותר מזקנים יהודים בפעולות הבישול ($\chi^2 = 13.26, p < 0.001$) והכביסה ($\chi^2 = 9.700, p < 0.01$). ביתר הפעולות אמנם נמצאו הבדלים בין זקנים יהודים לערבים והזקנים הערבים התקשו יותר בניקיון הדירה, בעריכת קניוח ובסידורים, אולם הבדלים אלה לא נמצאו מובהקים.

לוח מס' 5 מציג את ערכי ה- β בניתוחי הרגרסיה המרובה בכל אחת משלוש הקבוצות: יהודים, ערבים וכלל המדגם. כל רגרסיה כללה שלוש קבוצות של משתנים, למעט קבוצת הערבים. במדגם שכלל ערבים ויהודים כאחד הוכנס תחילה המשתנה של לאום, לאחר-מכן הוכנסה קבוצת משתנים העוסקת במצב התפקוד והבריאות של הזקן והעזרה הפורמלית והלא-פורמלית שהוא מקבל בפועל. לבסוף הוכנסו משתנים סוציו-דמוגרפיים. בקבוצת היהודים הוכנס, בשלב הראשון, המשתנה מוצא ערתי. בשלב השני והשלישי הוכנסו אותן קבוצות משתנים כמו בקבוצה הכללית. מאחר שקבוצת הערבים מנתה בסך-הכל 78 קשישים, היה צורך לצמצם את מספר המשתנים שבמשוואה ולפיכך לא נכללו בה משתנים שבהם ההתפלגות של המשתנה הצביעה על מידה רבה של הומוגניות. למשל, העדר עזרת

לוח מס' 3. הקשר בין לאום ובין יכולת לבצע פעולות IADL

כלל האוכלוסייה	df	χ^2	יכולת לבצע פעולות IADL				
			ערבים		יהודים		
%	N	%	N	%	N		
	3	*46.974					1. כישול
11.8	71		3.8	3	13.0	68	יכול בלי קושי
22.6	136		6.4	5	25.1	131	יכול אבל בקושי
51.8	311		53.9	42	51.4	269	אינו יכול
13.8	83		35.9	28	10.5	55	לא רגיל לעשות
	3	*50.355					2. ניקיון
3.7	22		2.6	2	3.8	20	יכול בלי קושי
8.0	48		3.8	3	8.7	45	יכול אבל בקושי
77.1	464		59.0	46	79.9	418	אינו יכול
11.2	67		34.6	27	7.6	40	לא רגיל לעשות
	3	*67.695					3. כביסה
7.7	46		3.8	3	8.2	43	יכול בלי קושי
17.2	103		2.6	2	19.3	101	יכול אבל בקושי
65.1	391		59.0	46	66.2	345	אינו יכול
10.0	60		34.6	27	6.3	33	לא רגיל לעשות
	3	*19.562					4. קניות
9.7	58		7.7	6	9.9	52	יכול בלי קושי
18.8	113		12.8	10	19.7	103	יכול אבל בקושי
67.5	406		66.7	52	67.7	354	אינו יכול
4.0	24		12.8	10	2.7	14	לא רגיל לעשות
	3	*17.276					1. סידורים
12.6	76		9.0	7	13.2	69	יכול בלי קושי
18.3	110		11.5	9	19.3	101	יכול אבל בקושי
63.3	380		64.1	50	63.1	330	אינו יכול
5.8	35		15.4	12	4.4	23	לא רגיל לעשות

* p < .001

בית בשכר (רק לזקן אחד היתה עוזרת), השכלה (רק ל-3 קשישים היתה השכלה תיכונית ורק זקן אחד היה בעל השכלה גבוהה) והכנסה (רק ל-6 זקנים היתה הכנסה גבוהה מ-2,774 ש"ח לחודש).

מלוח מס' 4 עולים מספר ממצאים חשובים: ראשית, המשתנה לאום נמצא מנבא מובהק למידת תפיסת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. כלומר, זקנים ערבים חשים יותר בצורך בעזרה נוספת בניהול משק הבית לעומת זקנים יהודים. שנית, הממצאים מראים, שבקרב כלל הקשישים מצב התפקוד בביצוע פעולות היומיום משפיע על מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית וקשר זה נמצא מובהק. כלומר, ככל שהזקן תלוי יותר בפעולות היומיום כך הוא חש יותר בצורך לקבל סיוע נוסף בניהול משק ביתו. לעומת זאת, מידת

לוח מס' 4. הקשר בין לאום ובין יכולת לבצע פעולות IADL²

כלל האוכלוסייה	df	χ^2	יכולת לבצע פעולות IADL				
			ערבים		יהודים		
			%	N	%	N	
	2	*13.260					1. כישור
13.7	71		6.0	3	14.5	68	יכול בלי קושי
26.3	136		10.0	5	28.0	131	יכול אבל בקושי
60.0	311		84.0	42	57.5	269	אינו יכול
	2	.682					2. ניקיון
4.1	22		3.9	2	4.1	20	יכול בלי קושי
9.0	48		5.9	3	9.3	45	יכול אבל בקושי
86.9	464		90.2	46	86.5	418	אינו יכול
	2	**9.700					3. כביסה
8.5	46		5.9	3	8.8	43	יכול בלי קושי
19.1	103		3.9	2	20.7	101	יכול אבל בקושי
72.4	391		90.2	46	70.6	345	אינו יכול
	2	1.461					4. קניות
10.1	58		8.8	6	10.2	52	יכול בלי קושי
19.6	113		14.7	10	20.2	103	יכול אבל בקושי
70.4	406		76.5	52	69.5	354	אינו יכול
	2	2.562					5. סידורים
13.4	76		10.6	7	13.8	69	יכול בלי קושי
19.4	110		13.6	9	20.2	101	יכול אבל בקושי
67.1	380		75.8	50	66.0	330	אינו יכול

* p < .001

** p < .01

2. ללא הקטגוריה "לא רגיל לעשות".

העצמאות בניהול משק הבית לא נמצאה מנבא מובהק להזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. הממצאים מגלים גם, שלגודל משק הבית כמו גם להרכב המשפחה ומשתני המין, לגיל, להשכלה ולמצב משפחתי, לא היתה השפעה של ממש על מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. יחד עם זאת, השונות המוסברת בעזרת המשתנים שנכללו במשוואה היא רק של 13% בערך.

מדגם הערבים מראה, שקבלת עזרה מילדים והערכת מצב הבריאות נמצאו מנבאים מובהקים למידת ההזדקקות לעזרה. במילים אחרות, ככל שיש פחות עזרה מילדים כך מידת ההזדקקות לעזרה עולה וככל שמצב הבריאות לקוי יותר כך גדלה ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. כמו כן נמצא, שמספר הבנות שיש לזקן הוא מנבא מובהק להזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. כלומר, ככל שמספר הבנות גדול יותר כך מידת ההזדקקות לעזרה

לוח מס' 5. רגרסיה מרוכה למשתנים מנבאי הזדקקות לעזרה ב-IADL - ערכי β בלבד

משתנים	יהודים (N=523)			ערבים (N=78)		כלל האוכלוסייה (N=601)		
	שלב 1	שלב 2	שלב 3	שלב 1	שלב 2	שלב 1	שלב 2	שלב 3
לאום								
מוצא ערתי	.005	.023	.069					
קבלת עזרה מילדים		.036	.072	*-.239	**-.391			
יש עוזרת בית		.033	.039	-	-			
הערכת מצב הבריאות		.101	*.129	*-.353	*-.290			
מצב תפקודי (ADL)		***-.213	**-.197	-.084	-.070			
מצב תפקודי (IADL)		.028	-.034	.191	.205			
מין			.048		.014			
גיל			.089		.018			
השכלה			.019		-			
מצב משפחתי			-.010		.149			
גודל משק הבית			-.024		.119			
מספר הבנים			-.024		.068			
מספר הבנות			-.021		*.331			
הכנסה חודשית			*-.139		-			
R ²	.000	.084	.116	.122	.266	.049	.093	.132

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

גדולה יותר. ממצא זה מפתיע במידת מה. מידת השונות המוסברת בעזרת המשתנים שנכללו במשוואה היא 27% בערך.

לגבי מדגם היהודים, הערכת בריאות, יכולת לבצע פעולות יומיומיות (ADL) ורמת ההכנסה החודשית נמצאו מנבאים מובהקים למידת ההזדקקות לעזרה בבית. כלומר, ככל שרמת ההכנסה נמוכה יותר וככל שמצב התפקוד ירוד יותר ומצב הבריאות גרוע יותר, כך עולה מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. אף כאן, כל יתר המשתנים שנכללו במשוואה, ובכלל זה קיומה של עזרה בפועל פורמלית ולא פורמלית, לא נמצאו מנבאים מובהקים למידת ההזדקקות לעזרה בבית הגם שנמצאו מגמות לקשר בין גיל גבוה, מוצא ערתי (אשכנזים) ואי-קבלת עזרה מילדים ובין מידה רבה יותר של הזדקקות לעזרה בבית. מידת השונות המוסברת בעזרת המשתנים שנכללו במשוואה היא 12% בערך.

לסיכום, הממצאים מצביעים על קיומם של קשיים בניהול משק הבית ועל הצורך שאינו מסופק בתחום זה בקרב מקבלי גמלאות סיעוד. כמו-כן הממצאים מצביעים על הבדלים מובהקים בין יהודים לערבים הן ביכולתם לבצע פעולות אחדות של IADL והן במידת הזדקקותם לעזרה בפעולות אלה, ובעיקר בבישול ובכביסה. ניתוחי הרגרסיה מצביעים על כך, שבקרב הזקנים הערבים מידת הקבלה של עזרה מילדים, הערכת הבריאות ומספר

הבנות הם מנבאים מובהקים להזדקקות לעזרה בניהול משק הבית (כאמור, המשתנים של הכנסה, השכלה וקיומה של עזרה בתשלום לא נכללו במשוואה מפני שמשתנים אלה הם הומוגניים מבחינת התפלגותם), ואילו אצל הזקנים היהודים המשתנים של הערכת הבריאות, מצב התפקוד ומצב כלכלי נמצאו מנבאים מובהקים למידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. בניגוד למצופה, מצב משפחתי, גודל משק הבית ומידת קבלת עזרה מילדים (אצל היהודים בלבד) לא נמצאו מנבאים למידת ההזדקקות לעזרה. גם ביתר המשתנים נמצאו מגמות המצביעות על כיווני קשר אפשריים, אולם ממצאים אלה לא נמצאו מובהקים.

דיון ומסקנות

הממצאים הצביעו על הבדלים מובהקים בין ערבים ליהודים במידת היכולת לבצע את פעולות ה-IADL. הבדל אחד נובע משיעור גבוה יותר של ערבים שענו שהם אינם רגילים לבצע פעולות אלה. השאלה היא, מדוע הם אינם רגילים לבצע פעולות אלה? ההסבר לכך נעוץ כנראה במבנה משק הבית בחברה הערבית. צורת המגורים האופיינית יותר במשפחה הערבית היא זקן או זקנה הגרים עם בת או בן זוג וילדיהם באותו משק בית. בסוג זה של משק בית גרים בערך 35% מן הזקנים הערבים (עזאיזה וברודסקי, 1995). ואכן, כשיעור הזה של זקנים ציינו שהם אינם רגילים לבצע פעולות של ניקיון, כביסה ובישול. דפוס מגורים רב-דורי זה מגלם בתוכו גם חלוקת תפקידים בתוך המשפחה המורחבת, שבה בני הדור הצעיר נושאים בנטל עבודות משק הבית. לפיכך גם אם הזקן מסוגל לבצע את פעולות ה-IADL, הוא אינו נדרש לעשותן. משום כך השאלה בדבר היכולת לבצע פעולות אלה אינה רלוונטית לחלק נכבד מאוכלוסיית הקשישים הערבים. לעומת זאת, במשפחות יהודיות שכיה יותר הדפוס של זוג נשוי ו-53% מן הזקנים גרים עם בני-זוג או שהם חיים לבד (28.4% בהשוואה ל-22.2% אצל הערבים. עזאיזה וברודסקי, 1995). משום כך, הקושי בניהול משק הבית צפוי להיות שכיח יותר בקרב האוכלוסייה היהודית.

הבדל מובהק נוסף בין זקנים יהודים לזקנים ערבים, אצל אלה שצינו שהם זקוקים לעזרה, נמצא בעיקר בעבודות הבישול והכביסה. הזקנים הערבים ציינו צורך רב יותר בעזרה בעיקר בשני תחומים אלה. השאלה הנשאלת היא, כיצד ניתן להסביר את השכיחות הגבוהה יותר של הזדקקות לעזרה נוספת בקרב הזקנים הערבים לעומת היהודים? חלק מן ההסבר נעוץ כנראה בשתי סיבות עיקריות: האחת, התופעה של שיעורי מוגבלות גבוהים יותר ב-IADL בקרב הקשישים הערבים בהשוואה לאלה הקיימים אצל קשישים יהודים, היא תופעה ידועה (פקטור ופרימק, 1990) ומשום כך היה זה רק צפוי ששיעור מוגבלות גבוה יותר בפעולות ניהול משק הבית יגרור בעקבותיו גם הזדקקות רבה יותר לעזרה בפעולות אלה. שנית, חלק (בערך 12%) מן הקשישים היהודים נעזרים גם בשירות של

עוזרת בית בתשלום, תופעה שאינה קיימת אצל קשישים ערבים. לפיכך צורך זה מסופק במידה רבה יותר אצל הזקנים היהודים לעומת הערבים. יחד עם זאת, אצל חלק נכבד מן הזקנים הערבים נטל זה נופל בעיקר על בני משפחתם, בעיקר ילדיהם, שאינם גרים עמם. הביטוי של צורך בעזרה נוספת מבטא אולי את הרצון להפחית את הנטל המוטל היום על בני משפחותיהם במילוי תפקידים אלה. במילים אחרות, שיעור נכבד של זקנים, בעיקר בקרב הערבים, זקוק לעזרה נוספת בניהול משק הבית, דבר שעשוי להצביע על כך שצורך זה אינו מקבל מענה מספק לא ממערכות התמיכה הלא-פורמליות ולא ממערכת התמיכה הפורמלית המוגשת באמצעות גמלת הסיעוד. נושא זה ראוי אפוא לבחינה מקיפה יותר ויש מקום למחקר שיבדוק את היקף העזרה הניתנת לזקן באמצעות מקורות התמיכה השונים בניהול משק ביתו: בני משפחה, גמלאות הסיעוד ועזרה הניתנת באמצעות עוזרת בית בתשלום.

המדיניות הקיימת, המעודדת את הישארות הזקן בסביבתו והזדקנותו במקום, מחייבת הגשת סיוע בניהול משק הבית באופן ובהיקף שיבטיחו לזקן איכות חיים ותחושת רווחה. אפשר שיש לבחון את הפעלתן מחדש של מערכות הסיוע באמצעות מבחני ההכנסה, שהיו קיימות ערב כניסת החוק לתוקף. כידוע, החוק היה אמור להוסיף על השירותים הקיימים, ולא להחליפם. אולם, בפועל באו גמלאות הסיעוד במקום השירותים שניתנו באמצעות לשכות הרווחה. העובדה, שחוק ביטוח סיעוד אינו עונה על צרכים אחדים בתחום ניהול משק הבית וההסתייגות ואי-הנוחות שקבלת סיוע באמצעות מערכות הסיוע הלא-פורמליות מעוררת, מחייבים לבחון את האפשרות להנהיג מתן סיוע בתחומים אלה באמצעות שירותי הרווחה המקומיים על-פי מבחני הכנסות לקבוצות יעד מוגדרות באוכלוסייה שאינן מקבלות מענה הולם לצרכים אלה ואשר ידם אינם משגת לממן קניית שירותים אלה מכספם.

בניתוחי הרגרסיה נמצא, שמשתנה הלאום הוא משתנה מנבא מובהק להזדקקות לעזרה בניהול משק הבית ושקשישים ערבים מבטאים יותר הזדקקות לעזרה ב-IADL; מאשר הזקנים היהודים. ממצא זה תומך לכאורה בממצאי מחקרים קודמים, אשר לפיהם גורמים אתניים משפיעים על מידת ההזדקקות לעזרה בשירותים תוך-ביתיים ושקבוצות מיעוט מתנסות בתנאי חיים קשים יותר המגבירים אצלם את תחושת ההזדקקות לעזרה (Sokolovsky, 1986). ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרם של וולנסקי וג'ונסון (Wolinsky and Johnson, 1991), שמצאו שהביקוש של זקנים לשירותי בריאות עקב מצב בריאות, ובכלל זה מוגבלות ב-ADL וב-IADL, השתנה בהתאם למשתנה האתניות ולפיכך אצל זקנים שחורים, שהיו מוגבלים מבחינת התפקוד שלהם, היה שימוש נרחב יותר בשירותי טיפול בית הנוגעים לבריאות (Health home care) מאשר אצל זקנים לבנים. יחד עם זאת, בקרב האוכלוסייה היהודית לא נמצא מוצא עדתי משתנה מנבא למידת ההזדקקות לעזרה, אולם המשתנים של מצב תפקוד, הערכת בריאות והכנסה חודשית נמצאו משתנים מנבאים מובהקים למידת ההזדקקות לעזרה בבית. בנוסף לכך נמצאו מצב התפקוד של

הזקן והכנסתו הכספית אף הם מנבאים מובהקים להזדקקות לעזרה בבית. כלומר, ככל שמצב התפקוד ירוד יותר וככל שההכנסה הכספית נמוכה יותר כך גדלה מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית.

ממצאים אלה עשויים להצביע על שתי מסקנות אפשריות: ראשית, מידת ההזדקקות הסובייקטיבית של הזקן לעזרה בפעולות ניהול משק הבית אינה פועל-יוצא של מצב התפקוד שלו בלבד, אלא משקפת גם את מצבו הכלכלי ואת שייכותו האתנית (או הלאומית). שנית, הקשר בין מוצא אתני ובין הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית הוא כנראה קשר הרבה יותר מורכב המשלב בתוכו גם גורמים דמוגרפיים, גורמי בריאות ותפקוד וגורמים סוציו-אקונומיים. אכן, מבחינת המאפיינים הסוציו-אקונומיים נמצאה קבוצת הזקנים הערבים הומוגנית בכל הנוגע להשכלה (רוב הזקנים הערבים הם חסרי השכלה פורמלית כלשהי או שיש להם השכלה יסודית חלקית) ולהכנסה (הזקנים הערבים עניים יותר מבחינת ההכנסה לחודש). ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים אשר מצאו, שיש לייחס את ההבדלים האתניים לגורמים נוספים כמו הבדלים במצב הסוציו-אקונומי ומבנה משק הבית (Burton et al., 1995; Peek et al., 2000). יחד עם זאת, אחוזי השונות המוסברת הנמוכים לגבי כלל האוכלוסייה והזקנים היהודים מתייבים מחקר נוסף כדי לבחון משתנים נוספים העשויים לנבא ולהסביר את מידת ההזדקקות לעזרה בניהול משק הבית. לגבי הערבים נמצא אמנם אחוז שונות מוסברת גבוה יותר, אולם גם כאן הנושא ראוי לבחינה מחקרית מעמיקה יותר כדי לבחון באיזה מידה למשתנה הלאום עצמו יש משקל בקביעת מידת ההזדקקות לעזרה מעבר למשתנים הסוציו-אקונומיים.

ממצאי מחקר זה מעלים את השאלה, באיזו מידה יש להביא בחשבון בקביעת הזכאות לגמלת סיעוד גם קריטריונים חברתיים נוספים כגון רקע תרבותי, מוצא אתני ומצב כלכלי. יתרה מזו, עולה גם השאלה איזה משקל יש לתת להערכתו הסובייקטיבית של הזקן את מידת הזדקקותו לקבלת שירותים, אם בכלל. למעשה, מבחן התלות הקיים אינו בודק כלל את מידת תלותו של הזקן בעזרת הזולת בכיצוע פעולות ניהול משק הבית, כפי שנעשה לגבי תפקודו של הזקן ב-ADL, והזקן אף אינו נשאל לגבי מידת הזדקקותו לסוג שירותים זה. כפי שהצביעו הממצאים, מידת ההזדקקות לעזרה בכל אחת מפעולות ה-IADL היא שונה ולפיכך, בבניית תוכנית הטיפול וקביעת סל השירותים שיינתנו לזקן יש להעריך את יכולת התפקוד של הזקן בפעולות השונות הקשורות לניהול משק הבית ולאמוד בהתאם לכך את היקף העזרה הנדרשת בכל אחד מהם. גמלת הסיעוד אמורה לתת מענה לצרכים גם בתחום ניהול משק הבית ומשום כך מן הראוי הוא, שמבחן הערכת התלות יכלול התייחסות ישירה גם לנושא זה, כפי שהוא מתייחס לנושא הטיפול האישי והצורך בהשגחה.

בבחינה מחודשת של מבחן התלות יש לבדוק גם את האפשרות להכליל בתוכו מרכיבים הכוללים היבטים חברתיים נוספים, כגון רקע אתני ותרבותי של הזקן ומאפיינים סוציו-אקונומיים, בנוסף להתייחסות ליכולת התפקוד ולצורת המגורים שלו. הכלי במתכונתו הנוכחית מבטיח אולי אחידות ואוניברסליות של מתן הגמלאות, אבל הוא אינו רגיש דיו

כדי לתת מענה לצרכים האינדיווידואליים והמורגשים של הזקנים הבאים מרקע תרבותי שונה ושהם בעלי משאבים אישיים וחברתיים שונים. אפשר שלצד הרובד האוניברסלי של הגמלה (המותנית במבחני הכנסות) יש לבנות רובד נוסף הבנוי על מבחני הכנסה מחמירים יותר, כדי לתת מענה לצרכים של קבוצות חלשות באוכלוסייה שידם אינה משגת לרכוש שירותים משלימים או נוספים הכרוכים בתשלום. למשל, כמה זקנים, החיים מקצבאות זיקנה או שאירים והשלמת הכנסה, יכולים להעסיק עובדים זרים, שהעסקתם כרוכה בתשלום נוסף מעבר לגמלת הסיעוד? האם זו צריכה להיות נחלתם של אלה שיש באפשרותם לשלם את הסכומים הגוספים הדרושים להעסקת מטפלת מסביב לשעון? נראה אפוא, שהערכת צרכים שאינה מביאה בחשבון את צרכיו המורגשים של הזקן, כמו גם את המרכיבים האחרים שצוינו לעיל, במיוחד במדינה המתאפיינת בפלורליזם תרבותי, לאומי ועדתי, היא הערכה לא מלאה שיש לתקנה ולשפרה. אולם, שיפורו של הכלי להערכת התלות אינו מבטיח שיינתן בכך מענה לצרכים הלא אחידים והמיוחדים של קבוצות שונות של זקנים. לצורך זה יש להגדיל את מספר רמות הגמלה, כדי שזו אמנם תוכל לתת מענה אופטימלי לצרכים נבדלים של אוכלוסיות קשישים שונות ברוח הדברים שנאמרו לעיל.

ביבליוגרפיה

- בייץ-מוראי, ש', זיפקין, א', מורגנשטיין, ב' (1993), ניתוח מבחן הערכת תלות במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ברודסקי, ג', שגור, י', באר, ש' (1999), קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי, ירושלים: אשל ומכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל.
- המוסד לביטוח לאומי (2000), רבעון סטטיסטי, ירושלים, כרך כ"ט (4).
- מן, ק' (1987), "חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד", בטחון סוציאלי, 30: 20-24.
- עזאזיה, ס', ברודסקי, ג' (1995), "חמורות במשפחה הערבית ופיתוח שירותים לזקנים ערבים בישראל בעשור האחרון", גרונטולוגיה, 70: 69-80.
- פקטור, ח', פרימק, ח' (1990), מוגבלות בקרב הקשישים בישראל, ירושלים: מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, 180-90.
- Aneshensel, C.S., Perlin, L.I., Mullan, J.T., Zarfit, S.H. and Whitlatch, C.J. (1995), *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career*, San Diego, Calif.: Academic Press.
- Antonucci, T.C. (1985), "Personal characteristics, social support and social behavior", in: Binstock, R.H. and Shanas, E. (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York: Van Nostrand Reinhold, pp. 94-128.
- Barrera, M. (1986), "Distinction between social support concepts, measures and models", *American Journal of Community Psychology*, 14: 413-445.
- Burton, L., Kasper, J., Shore, A., Cagney, K., Laveist, T., Cubbin, C. and German, P. (1995), "The structure of informal care: Are there differences by race?", *The Gerontologist*, 35: 744-752.

- Clayton, C. (1983), "Social need revisited", *Journal of Social Policy*, 12(2): 215-234.
- Connidis, I.A., Rosenthal, C.J. and McMullin, J.A. (1996), "The impact of family composition on providing help to older parents", *Research on Aging*, 18: 402-429.
- Cress, M.E., Schechtman, K.B., Mulrow, C.D., Fatarone, M.A., Gerety, M.B. and Buchner, D.M. (1995), "Relationship between physical performance and self-perceived physical function", *Journal of the American Geriatrics Society*, 43: 93-101.
- Johnson, R.J. and Wolinsky, F.D. (1996), "Use of community-based long-term care services by older adults", *Journal of Aging and Health*, 8(4): 512-537.
- Hatch, L.R. (1991), "Informal support patterns of older African-American and white women", *Research on Aging*, 13: 144-170.
- Hing, E. and Bloom, B. (1990), "Long-term care for the functionally dependent elderly", *Vital and Health Statistics*, Series 13, No. 104, Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics.
- Kart, C.S. (1991), "Variation in long-term care service use by aged blacks", *Journal of Aging and Health*, 3: 511-526.
- Kempen, G.I.J.M., Steverink, N., Ormel, J. and Deeg, D.J.H. (1996), "The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey self-report versus performance-based tests and determinants of discrepancies", *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B: P254-P260.
- Lee, G., Peek, C.W. and Coward, R.T. (1998), "Filial responsibility expectations and patterns of intergenerational assistance", *Journal of Marriage and the Family*, 56: 559-565.
- Miller, B., McFall, S. and Campbell, R.T. (1994), "Changes in sources of community long-term care among African American and white frail older persons", *The Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49: S14-S24.
- Miner, S. (1995), "Racial differences in family support and formal service utilization among older persons: A non recursive model", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B: S143-S153.
- Mui, A.C. and Burnette, D. (1994), "Long-term service use by frail elders: Is ethnicity a factor?", *The Gerontologist*, 34: 190-198.
- Noelker, L.S., Ford, A.D., Haug, M.R., Jones, P.K., Stange, K.C. and Mefrouche, S. (1998), "Attitudinal influences on the elderly's use of assistance", *Research on Aging*, 20: 317-338.
- Peek, M.K., Coward, R.T. and Peek, C.W. (2000), "Race, aging and care", *Research on Aging*, 22(2): 117-142.
- Penning, M.J. and Chappell, N.L., (1987), "Ethnicity and informal supports among older adults", *Journal of Aging Studies*, 1: 145-160.
- Reuben, D.B., Valle, L.A., R.D. and Siu, A.L. (1995), "Measuring physical function in community-dwelling older persons: A comparison of self-administered, interviewer-administered, and performance based measures", *Journal of the American Geriatrics Society*, 43: 17-23.
- Rosenthal, C.J. (1983), "Aging, ethnicity and the family: Beyond the modernization thesis", *Canadian Ethnic Studies*, 15: 1-16.
- Seltzer, M.M. and Wailing Li. L. (2000), "The dynamics of caregiving: Transitions during a three year perspective study", *The Gerontologist*, 40(2): 165-178.

- Sokolowsky, J. (1986), "Ethnicity, culture and aging: Do differences really make a difference?" *Journal of Applied Gerontology*, 5: 6-17.
- Stommel, M., Given, C.W. and Given, B.A. (1998), "Racial differences in the division of labor between primary and secondary caregivers", *Research on Aging*, 20: 199-217.
- Thornton, N.C., White-Means, S.I. and Choi, H.K. (1993), "Sociodemographic correlates of the size and composition of informal caregiver networks among frail ethnic elderly", *Journal of Comparative Family Studies*, 24: 235-250.
- Tran, T.V. and Dhooper, S.S. (1996), "Ethnic and gender differences in perceived needs for social services among three elderly Hispanic Groups", *Journal of Gerontological Social Work*, 25: 121-147.
- Woehrer, C.E. (1982), "The influence of ethnic families on intergenerational relationships and later life transitions", *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 464: 65-78.
- Wolinsky, F.D. and Johnson, R.J. (1991), "The use of health services by older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46: S345-S357.
- Wolinsky, F.D., Coe, R.M., Miller, D.K., Prendergast, J.M., Creel, M.J. and Chavez, M.N. (1983), "Health services utilization among non institutionalized elderly", *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 325-337.

רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת זו

מימי אייזנשטרט	מרצה, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
ברכה בן-צבי	יושבת-ראש, מועצת העובדים הסוציאליים, לשעבר מנהלת אגף שיקום וסיעוד, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
גיני ברודסקי	חוקרת בכירה, מנהלת תוכנית המחקר בזיקנה, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
אלן זיפקין	חוקר מומחה, מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
ג'ק חביב	פרופסור, מנהל מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
אסתר יקוביץ	מרצה, המחלקה לעבודה סוציאלית ותוכנית המוסמך בגרונטולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.
אילנה מזרחי	חוקרת, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
מיכל גיר	רכזת בכירה, מחלקת הסקרים, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.
יוסף קטן	פרופסור, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש כוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב, רמת-אביב, והמרכז לחקר המדיניות החברתית, ירושלים.
זאב רוזנהק	מרצה, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
יוחנן שטסמן	מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, פרופסור, בית-הספר לרפואה, האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.
הלל שמיד	פרופסור, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

חברה ורווחה - רבעון לעבודה סוציאלית

כרך כ"א, מס' 1, אדר תשס"א, מרץ 2001

תוכן העניינים

השפעת מניעים ואינטרסים על הצטרפות ארגונים
וולונטריים לקואליציה למאבק ציבורי

רוני קאופמן

הזעקה של עבריין וקרבו: דרך לגישור ולטיפול
בפשעה בקהילה

אורי ינאי, רחל שרביט
ושרי גרבלי

זהות דתית וזהות האני אצל נוער מנותק ונוער
נורמטיבי ממוצא אתיופי

שלמה רומי ולימור טל-בר-לב

אחיזה ככלי טיפולי במסגרות חינוכיות ופנימייתיות

אמתי מגד

מן השדה

התערבות מערכתית במבצע "ענבי זעם" עם תושבי
קרית-שמונה שפוננו מבתיהם

גליה אגמון

סקירות ספרים

Human services technology: Understanding,
designing and implementing computer and
Internet applications in the social sciences

Schoech, Dick

אחרון מלמד

דורית אלדר-אביזן

המשפחה - ערש או הרס ילדיה?

בוחרות בחיים: נשים מוכות גוברות על האלימות

מן המדף

תמציות באנגלית

מען המנחלה ומחלקת מנויים:

האגף למחקר ולתכנון, משרד העבודה

והרווחה

רח' יד חרוצים 10, תלפיות, ירושלים

טלפון 02-6708174

מען המערכת:

פרופ' חיה יצחקי, עורכת ראשית

בי"ס לעבודה סוציאלית,

אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן 52900

דואר אלקטרוני itzhah@mail.biu.ac.il

חברה ורווחה - רבעון לעבודה סוציאלית

כרך כ"א, מסי 2, סיון תשס"א, יוני 2001

תוכן העניינים

- מעורבותם של ארגוני רווחה וולונטריים בתהליכי קביעת מדיניות רווחה - תהליך קביעת תקנות "ילד נכה" **מיכל בר**
- העדפות מקצועיות של סטודנטים מתחילים לעבודה סוציאלית בישראל **עידית וייס וג'וני גל**
- כיצד נשים תופסות את כושר ההתאוששות המשפחתי שלהן? **ארנון כהן, איריס סלונים וריקי פינצי**
- "למחוק את הזיכרון, את החבנה ואת התשוקה": תרומת אי-הידיעה לעבודת צוות טיפולי רב-מקצועי **שמואל ויינשטיין ועל רונן**

מן השדה

מחדרה למעורבות חברתית **רוני סטריאר**

סקירות ספרים

- להיות שונה בישראל: מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל **קלייר רבין (עורכת)**
- יחסים מקבילים: פיתוי וניצול מיני בפסיכותרפיה וייעוץ **אלי זומר**
- העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל **יהודית ט' שובל ועפרה אנסון**

מן חמדף

תמציות באנגלית

מען המנחלה ומחלקת מנויים:
האגף למחקר ולתכנון, משרד העבודה
והרווחה
רח' יד חרוצים 10, תלפיות, ירושלים
טלפון 02-6708174

מען המערכת:
פרופ' חיה יצחקי, עורכת ראשית
בי"ס לעבודה סוציאלית,
אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן 52900
דואר אלקטרוני itzhah@mail.biu.ac.il