

עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים

יוסף קטן ואריאלה לבנשטיין

1. מבוא סיכום ולקחים עיקריים*

ב-1998 מלאו עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - החוק למתן שירותים לזקנים מוגבלים. החוק אושר בכנסת ב-1980 ונכנס לתוקפו ב-1986. במשך שנתיים, החל ב-1986, הועברו במסגרתו תקציבים למשרד הבריאות ולמשרד העבודה והרווחה לצורך פיתוח תשתית של שירותים, ובראשית 1988 הוחל באספקת שירותים לזקנים מוגבלים. הפעלת החוק מהווה נקודת מפנה רבת משמעות לא רק באופי ובהיקף השירותים לאוכלוסיית הזקנים בישראל, אלא אף בהתפתחות כלל שירותי הרווחה האישיים בישראל. פרק זה בוחן היבטים שונים הכרוכים בחוק ייחודי זה ובביצועו. המדובר במספר היבטים של ביצוע החוק, שיש להם השלכות כלליות על מדיניות הרווחה ועל מבנה ודפוסי התפקוד של השירותים החברתיים בישראל (קביעת סל שירותי רווחה אישיים ועיגונו בחוק, הפרטת האספקה של שירותים ממלכתיים, חלוקת עבודה בין שירותים פורמליים והמשפחה, והמרת גימלה כספית בשירותים בעיף). העבודה עסקה גם במספר היבטים ישירים של דרכי מימוש החוק והשפעתו על אוכלוסיית הזקנים בישראל (מבחן התלות, רמות הגימלה, והרכב סל השירותים). הפרק עוסק בחוק ביטוח סיעוד בלבד ולא דן בשאלת האשפוז הסיעודי המחייבת דיון נפרד.

* הפרק הוא גרסה מקוצרת של העבודה שהתפרסמה על-ידי המרכז ביוני 1999. המחברים מבקשים להודות לכל המרואיינים שסייעו להם בקבלת מידע לצורך כתיבת עבודה זו. תודות מיוחדות לברכה בן צבי על הערותיה החשובות לטיוטה.

חוק ביטוח סיעוד הינו אחד מחוקי הביטוח הלאומי. מימון ביטוח סיעוד מבוסס על שני מקורות: תשלומי האזרחים והשתתפות ממשלתית. החוק מקנה לכל זקן המוגבל בתפקודו זכאות לגמלת סיעוד לפי כללים הקבועים בו. הזכאים לגימלה הם תושבי מדינת ישראל – אישה מגיל 60 וגבר מגיל 65 – המוגבלים בתפקודם והעומדים במבחן תלות ובמבחן הכנסות. הגימלה ניתנת לקשישים המתגוררים בקהילה, אך הזכות חלה גם על זקנים המתגוררים בבית-אבות או בדיר מוגן ונושאים ברוב דמי החזקתם.

גימלת הסיעוד מיועדת לזקן התלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום-יומיות, או הזקוק להשגחה. הגימלה אינה משולמת לפרט הזכאי לה, אלא לארגונים המספקים את שירותי הסיעוד לפי תכנית טיפול שמתווה ועדה מקצועית מקומית. כל פרט הזכאי לגימלה מקבל סל שירותים המותאם לצרכיו, הכולל שילוב של חלק או כל השירותים הבאים: טיפול אישי בבית או במרכז יום, עזרה ביתית, השגחה, הסעות למרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה, הכנת ארוחות ואספקתן ומימון שימוש במשדרי מצוקה.

החוק קבע שתי רמות תלות ובהתאמה להן שתי רמות של גמלת סיעוד: מי שנמצא תלוי **לחלוטין** בעזרת הזולת **בכל** פעולות היום-יום, וכן מי שנמצא זקוק **להשגחה מתמדת**, זכאי לגימלה מלאה ששיעורה 37.5 אחוז מן השכר הממוצע. מי שנמצא תלוי **במידה רבה** בעזרת הזולת **ברוב** פעולות היום-יום וכן מי שנמצא זקוק **להשגחה**, זכאי לגימלה חלקית, ששיעורה 25 אחוז מן השכר הממוצע. גימלה מלאה מזכה ב-15 שעות טיפול ביתי בשבוע וגימלה חלקית ב-10 שעות. כמו כן, נקבעו שני שיעורים מופחתים (50 ו-75 אחוז) של גימלה המיועדים למי שהוכרו כזכאים אך לא עמדו במבחן ההכנסות.

השירותים מסופקים באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים שהוכרו על-ידי משרד העבודה והרוחה כספקי שירותים מורשים. ארגונים אלו פועלים על סמך חוזה שנערך בינם לבין המוסד לביטוח לאומי. החוק קובע שעל שר העבודה והרוחה למנות ועדות מקומיות מקצועיות, הכוללות עובד סוציאלי, אחות ועובד המוסד לביטוח לאומי. תפקיד הוועדה לקבוע את השירותים הספציפיים שיש לספק לזכאים ולבחור בארגון שיספק את השירותים. כמו כן, על הוועדה לדאוג שהשירותים אכן יסופקו. כאשר אין מצליחים לאתר שירותים במשך 60 יום ממועד תחילת הזכאות, על המוסד לביטוח לאומי לשלם קיצבה

כספית בהיקף של 80 אחוז מגובה הגימלה לבן משפחה הנוטל על עצמו את האחריות לטיפול. תהליך אישור זכאות הינו בסמכות המוסד לביטוח לאומי בלבד והוא כרוך בהגשת תביעה מקדימה לקבלת הגימלה, עריכת מבחן תלות על-ידי אחות בביתו של הזקן, ועריכת מבחן הכנסות (הכנסה של עד 150 אחוז מהשכר הממוצע ליחיד ועד 225 אחוז מהשכר הממוצע לזוג, מזכה את המבקש בגמלת סיעוד בתנאי שעמד גם במבחן התלות). קביעת רמת הגימלה מועברת אל הוועדה המקומית המתאימה לכל פרט את סל השירותים שיינתן לו ואת הארגון המספק.

זקנים או בני משפחתם רשאים לערער הן על דחייה כוללת של התביעה והן על רמת הגימלה שאושרה בפני בית הדין לעבודה. על החלטת הוועדה המקומית בדבר השירותים ונותניהם ניתן לערער בפני ועדת ערר הפועלת בסניף המוסד לביטוח לאומי בו הוגשה התביעה.

בחינת האיפיונים של חוק ביטוח הסיעוד, שיש להם משמעות לא רק לחוק עצמו, אלא אף למדיניות כוללת בתחום שירותי הרווחה האישיים מצביעה על כמה לקחים עיקריים:

אין ספק כי עיגון שירותי רווחה אישיים בחוק, המחייב את הקצאתם, הינו מתכון לפיתוח מקיף של שירותים, להשגת "כיסוי" הולם, אם כי לא מוחלט, של האוכלוסייה הנזקקת, ולהשגת מידה רבה של שוויוניות בהקצאת השירותים. המודל שנקבע בחוק ביטוח סיעוד נושא אפוא משמעות גם לגבי תחומי שירות אחרים בהם עדיין לא קיימת תשתית של אך קיימים צרכים דומים.

לגבי הפקדת האחריות לאספקת השירותים בידי ארגונים לא-ממשלתיים. מסתבר כי מדיניות זו לא מנעה, וניתן אף לטעון שהיא איפשרה מתן שירותים בהיקף נרחב לציבור הנזקק. יש, עם זאת, מספר תוצאות בעייתיות כמו: ריבוי ספקים שהיקשה על פעולות הבקרה ויצר עומס אדמיניסטרטיבי רב, תחלופה ונשירה של מטפלות, רווחיות גבוהה של חלק מהארגונים, פיצול בין מערכות ארגוניות שונות, תחרות בין ספקים המקשה על שיתוף הפעולה ביניהם, שינוי בדפוסי העבודה של מחלקות הרווחה המקומיות ושל העובדים הסוציאליים העוסקים בתחום הזיקנה; ושינוי בדפוסי התפקוד של ארגונים וולונטריים.

העובדה שבאספקת שירותי הסיעוד אין כל נוכחות של רשויות ממשלתיות מונעת השוואה בין ספקים המשתייכים לכל המגזרים, ומקשה על הסקת לקחים רחבים יותר באשר להשלכותיה האפשריות של

ההפרטה על תפקוד שירותי הרווחה האישיים בישראל. חשוב לכן ליצור אפשרות של הפרטה אבל לצמצם את מספר הארגונים נותני השירות. בנוסף לכך, מוצע להפעיל בצורה ניסיונית גם שירות באמצעות מספר מחלקות רווחה מקומיות כדי לבחון את איכות השירות באופן השוואתי. היבט אחר של מימוש החוק מלמד כי הכניסה של שירותים פורמליים לתחום הטיפול הביתי בזקנים, לא פגעה בקשר של הזקנים עם המשפחות. מימוש החוק יצר זיקה רבה יותר בין משפחות הזקנים לבין מערכת השירותים הפורמליים. יחד עם זאת, התפתחות זו שינתה את תכני הסיוע שהמשפחה מספקת והביאה להדגשה רבה יותר על הסיוע האמוציונלי. הפעלת החוק מצביעה על כך, שפעילות המערכת הפורמלית אינה סותרת את פעילות המערכות הלא-פורמליות וכי קיימת אפשרות של יצירת תאום והשלמה הדדית ביניהם.

מימוש חוק ביטוח סיעוד אף מצביע על היתרונות הגלומים בהמרת גימלה כספית בשירותים בעין, בייחוד כשמדובר בגימלה שאינה מיועדת לפצות על אובדן הכנסה כספית אלא מיועדת לרכישת שירותים. עם זאת רצוי לבחון על-ידי ניסוי שיטתי ומבוקר את האפשרות של המרת השירותים בעין בגימלה כספית לזקנים המעוניינים בכך.

הדיון בחוק הסיעוד העלה מספר סוגיות הקשורות לביצוע החוק: גיוס המטפלות, הכשרתן והבטחת איכות עבודתן, מעורבות המשפחות בבחירת ספקי השירותים ובתכנון סל השירותים, מהימנות ותקפות מבחן התלות ומרכיביו, רמות הגימלה הקיימות, השיעור הגבוה של הפונים לקבלת שירותים שבקשתם נדחתה, והרכב סל השירותים. אפשר לסכם כמה לקחים עיקריים שנלמדו בבחינת סוגיות אלו:

- א. יש לפתח מנגנוני בקרה הולמים לבדיקת איכות עבודת המטפלות.
- ב. יש לשפר את תהליכי גיוס המטפלות, ולהגדיל את שיעור המטפלות המקבל הכשרה בשלב ראשוני של עבודתן.
- ג. יש להגביר את מעורבות הזקן ומשפחתו בבחירת הספקים, בתכנון השירותים, ובבקרה על איכותם.
- ד. יש להיערך למתן מענים לצרכים שאינם מכוסים על-ידי חוק ביטוח סיעוד, במיוחד צרכים בתחומי התעסוקה והשיקום.
- ה. יש לבדוק ולהעריך שוב את מרכיבי מבחן התלות וקביעת הניקוד. בהקשר זה יש להתייחס במיוחד לשיפור דרכי ההערכה של מצבם הנפשי של הזקנים, בדיקת מרכיבי מבחן התלות ומשקלם בקביעת הניקוד, ולבחינת השפעת נוכחות בן משפחה נוסף על הניקוד.

- ו. יש לשקול תוספת רמות גימלה נוספות מעבר לאלה הקיימות כיום.
- ז. יש לבחון את מרכיבי סל השירותים ואת האפשרות לכלול בו שירותים נוספים, כמו פיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק.
- יש אף לבדוק את הסיבות לרמת השימוש הנמוכה בשירותים המוצעים על-ידי כ-140 מרכזי יום לזקנים.
- ח. יש להיוועץ בבעלי מקצוע נוספים, כמו עובדים סוציאליים המטפלים בזקנים במסגרת מחלקות הרווחה המקומיות, רופאי המרפאות הקהילתיות, פסיכיאטרים ומרפאים בעיסוק, הן בהערכת מצבו התפקודי של הזקן ומגבלותיו, הן בתכנון סל השירותים ובעדכונו.
- ט. קיימת חשיבות רבה לבדיקת המעמסה על העובדים הסוציאליים האחראים לביצוע החוק והוספת כוח אדם. כמו גם בחינת תכני העבודה שבחלקם יכולים להתבצע על-ידי פקידי זכאות.

2. תשתית חוקית להענקת שירותי רווחה אישיים לאוכלוסייה ספציפית

במהלך השנים נחקקו חוקים חברתיים רבים המספקים תשתית להקצאת מיגוון רחב של שירותי רווחה לאוכלוסייה בישראל. ניתן למיין חוקים אלו לשלושה סוגים עיקריים: הקבוצה הראשונה, אלו הם חוקי הביטוח הלאומי, הקובעים מיגוון של תשלומי העברה שיש להעניק לאזרחים; הקבוצה השנייה כוללת חוקים המחייבים את הרשויות לספק שירותים הגנטיים לאוכלוסיות ספציפיות כמו ילדים בסיכון, דיירי מעונות, נערים ונערות במצוקה. בשל אופיים של חוקים אלו אין הם קובעים את הרכב השירותים הספציפיים שיש לספק לאוכלוסיות אלו. והקבוצה השלישית כוללת חוקים אחרים, כמו חוק שירותי הסעד (תשי"ח), הקובע כי כל רשות מקומית חייבת להקים מחלקת רווחה ולספק שירותים לאוכלוסיות נזקקות, אך אינו קובע את מהותם של השירותים האלו.

ייחודו של חוק ביטוח סיעוד בכך, שלראשונה בתולדות החקיקה החברתית בישראל, נקבע סל מחייב של שירותים, אותם יש לספק לאוכלוסייה שהוכרה כזכאית על סמך קריטריונים אחידים ושוויוניים. ראוי לציין שמאז חקיקת חוק זה בראשית שנות השמונים לא נחקק כל חוק דומה נוסף המחייב הענקת סל שירותים לאזרחים. עם זאת, מספר חוקים של הביטוח הלאומי כמו ביטוח נפגעי פעולות איבה, מאפשרים

בנוסף למתן קיצבה כספית, גם אספקה של שירותים בעין כמו ציוד לבית. לבחינת תוצאות יישומו והשלכותיו של חוק ביטוח סיעוד יש על כן חשיבות לא רק לצורך הערכת התמורות שהוא הביא בשירותים לזקנים, אלא אף לצורך בחינת ההשלכות האפשריות של חקיקה מסוג זה על אוכלוסיות נוספות. התייחסנו לשלושה תחומים עיקריים: שינויים במספר הזכאים לשירותי ביטוח סיעוד; מידת הכיסוי של החוק לפי קבוצות באוכלוסייה וביישובים שונים; התמודדות עם היקף המשאבים הדרוש לביצוע החוק.

א. שינויים במספר הזכאים לשירותי ביטוח סיעוד

מאז תחילת ביצוע החוק חל גידול מהיר במספר מקבלי השירותים במסגרת זו. מספר הזכאים גדל פי 4. קצב הגידול היה מהיר במיוחד בשנים הראשונות, אך פחת במידת מה בשנים האחרונות. מרבית מקבלי השירות הן נשים, ושיעורן נע בין כ-67% אחוז מכלל הזכאים בשנת 1989 לכ-75% אחוז מהם באמצע 1999.

לוח 1. מקבלי שירותי ביטוח סיעוד, לפי מין, 1989-1999

| נשים | גברים | סה"כ | |
|--------|--------|--------|-------------|
| 14,398 | 6,961 | 21,359 | 1989 |
| 19,016 | 8,668 | 27,684 | 1990 |
| 21,907 | 9,594 | 31,501 | 1991 |
| 26,476 | 11,258 | 37,734 | 1992 |
| 32,395 | 13,381 | 45,776 | 1993 |
| 37,148 | 14,919 | 52,067 | 1994 |
| 42,367 | 16,656 | 59,023 | 1995 |
| 47,546 | 18,449 | 65,995 | 1996 |
| 52,827 | 20,085 | 72,912 | 1997 |
| 58,849 | 22,079 | 80,928 | 1998 |
| 64,253 | 23,795 | 88,048 | 1999 (יוני) |

מקור: המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, כ"ט/2, 1999.

ראוי לציין כי לפני הפעלת החוק, סופקו במימון ציבורי שירותי סיעוד לכ-7000 קשישים. מספר מקבלי הסיוע הסיעודי, בסיוע ציבורי, גדל אפוא ביותר מפי 13 בתקופה של כעשר שנים בלבד. נשאלת השאלה, מה היחס בין גידול זה לגידול שחל בפרק זמן זה באוכלוסיית הקשישים במדינה? בשנים 1989-1997 גדלה אוכלוסיית הזקנים (גילאי 65+) בכ-28 אחוז, ואילו אוכלוסיית בני 75 ומעלה, גדלה בכ-23 אחוז. הגידול במספר מקבלי ביטוח סיעוד בתקופה זו חרג אפוא במידה ניכרת מגידול מספר הקשישים במדינה; ראוי לציין כי בנוסף לקשישים, בני 65+, זכאיות לקבל שירותי ביטוח סיעוד גם נשים בגיל 60-65, אך שיעורן בין הזכאים הינו מזערי.

הגידול במספר מקבלי שירותי סיעוד הינו חסר תקדים והוא מצביע על כך, שהפעלת החוק היוותה נקודת מפנה משמעותית בתחום שירותי הרווחה לקשישים בישראל. יתר על כן, זינוק כה גדול במספר מקבלי שירותים, בפרק זמן קצר יחסית, לא התרחש באף לא אחד משירותי הרווחה האחרים. נתונים אלו מספקים תמיכה לטענה, שעיון סל שירותים המיועד לאוכלוסייה ספציפית בתשתית חוקית עשוי להביא לגידול ניכר ביותר במספר הפונים לקבלת השירות.

ניתן להניח כי השפעת החוק על הגידול במספר מקבלי השירותים, נבעה משני גורמים עיקריים: ראשית, קיומו של צורך אמיתי לשירותי סיעוד, שחשיפתו התאפשרה על-ידי חקיקת חוק שקבע שקבלת שירותים אלו הינה זכות בסיסית. שנית, קיומו של החוק הביא לכך, שהפנייה לקבלת השירותים אינה כרוכה עוד באי הנעימות, שהרתיעה בעבר אוכלוסיות מפנייה לשירותי הרווחה הציבוריים.

ב. מידת הכיסוי של הזקנים המוגבלים באוכלוסייה וביישובים

האם ההיקף הנרחב של מקבלי ביטוח סיעוד מורה כי שירות זה מצליח להגיע אל כל הזקנים המוגבלים הזכאים לפי החוק לקבל את השירות? נתונים לגבי שיעורי הקשישים המוגבלים כלולים בעבודתם של פקטור, באר ופרימק (1992). לפי נתונים אלו, שיעור המוגבלים בקרב הקשישים היהודים היה צפוי להגיע בשנת 1998 ל-8.7 אחוזים, ובקרב הקשישים הלא-יהודים ל-22.6 אחוז. שיעור הנשים המוגבלות היה צפוי להיות 9.6 לעומת 7.7 אחוזים בקרב הגברים. בתוך האוכלוסייה היהודית צפוי להיות פער ניכר בין יוצאי אירופה-אמריקה, שבקרבם שיעור המוגבלים הינו 6.8 אחוזים, לעומת 13.5 אחוז בקרב יוצאי אסיה-אפריקה. נתונים מאוחרים יותר על שיעור המוגבלות בקרב הזקנים

בישראל מוצעים על-ידי ברודסקי (1998), הקובעת, ששיעור המוגבלות בקרב הזקנים היהודיים הוותיקים הוא 13 אחוז, בקרב העולים החדשים מארצות חבר העמים 15 אחוז, ובקרב הלא-יהודים 23 אחוז. שיעור המוגבלות הכולל לאוכלוסיית הזקנים הוא 14 אחוז (77 אחוז מהם חיים בקהילה, ו-23 אחוז במוסדות). נתונים אלו מתייחסים לזקנים בגיל +65. כל האומדנים מורים על שיעורי מוגבלות ההולכים וגדלים באורח הדרגתי ואיטי, והנעים בשנות התשעים בין כ-10 לכ-14 אחוז. האומדנים שונים עם זאת לגבי קבוצות אוכלוסייה שונות.

לוח 2, המציג נתונים על שיעור מקבלי ביטוח סיעוד בקרב הקשישים מאפשר לבחון, ולו באורח חלקי, את השאלה, האם שירותי ביטוח סיעוד אכן מצליחים "לכסות" את אוכלוסיית הקשישים המוגבלים.

לוח 2. קשישים וזכאים לביטוח סיעוד, 1989-1996

| אחוז הזכאים לביטוח סיעוד | | זכאים לביטוח סיעוד | קשישים (כולל נשים בגיל +60) | קשישים (גילאי +65) | |
|--------------------------|-----------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------|
| מהזקנים | כולל נשים | | | | |
| (+65) | בגיל +60 | | | | |
| 5.3 | 4.4 | 21,359 | 487,700 | 405,200 | 1989 |
| 6.5 | 5.4 | 27,684 | 507,200 | 423,200 | 1990 |
| 6.9 | 5.7 | 31,501 | 546,400 | 457,200 | 1991 |
| 7.9 | 6.6 | 37,734 | 570,300 | 478,600 | 1992 |
| 9.2 | 7.8 | 45,776 | 588,900 | 495,700 | 1993 |
| 10.3 | 8.6 | 52,067 | 606,500 | 505,200 | 1994 |
| 11.2 | 9.5 | 59,023 | 624,000 | 528,600 | 1995 |
| 11.7 | 10.3 | 65,995 | 661,500 | 561,200 | 1996 |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות, והמוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, חוברות שונות.

אמנם בשנים הראשונות לביצוע החוק שיעור הזכאים בקרב הקשישים היה נמוך, אך הוא עלה באורח הדרגתי וב-1996 השיעור היה יותר מכפול מהשיעור ב-1989. יתר על כן, בשנים האחרונות דומה שיעור הזכאים לאומדנים שהתייחסו להיקף המשוער של אוכלוסיית המוגבלים (וזאת, אם ניקח בחשבון שהאומדנים מתייחסים לקשישים בגיל 65+ וכוללים גם את דיירי המוסדות שרבים מהם אינם זכאים לקבל שירותי סיעוד במסגרת החוק). ניתן אפוא להניח, כי אם האומדנים אכן משקפים את המציאות, הרי ששירותי ביטוח סיעוד מצליחים להגיע לכיסוי מירבי של אוכלוסייה זו. עם זאת, נתונים אלו הינם כלל-ארציים ואינם מתייחסים למגזרי אוכלוסייה וליישובים שונים.

בדיקת שיעורי הזכאים ביישובים שונים מעוררת את השאלה: האם שיעור הזכאים ביישובים אלה משקף את הרכב אוכלוסייתם? לצורך בחינה, ולו ראשונית של שאלה זו, התייחסנו למדגם שבו מיוצגים סוגים שונים של יישובים:

- (1) עיירות פיתוח (אופקים, בית-שאן, דימונה, קרית-גת וקרית-שמונה).
- (2) ערים ותיקות בצפון הארץ (טבריה, עפולה, צפת).
- (3) ערי עולים (אור-יהודה, אשקלון, באר-שבע ורמלה).
- (4) יישובים ערביים גדולים (אום-אל-פחם, טייבה, כפר כנא, מג'אר, עראבה ורהט).

לגבי כל יישוב נבדקו שני נתונים לגבי שנת 1994: שיעור מקבלי ביטוח סיעוד בקרב האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה, ושיעור בני 75 ומעלה באוכלוסיית הזקנים. בשל היעדר נתונים על שיעורי המוגבלות בקרב הקשישים בכל אחד מהיישובים, הנחנו כי שיעורי הזכאות ישקפו את האומדנים באשר לשיעורי המוגבלות המאפיינים קבוצות אוכלוסייה שונות. קיימת ציפייה, על כן, שביישובים הדומים זה לזה בהרכבם ובשיעור הזקנים בני 75 ומעלה בתוכם (כמו יישובים ערבים ועיירות פיתוח), יהיה שיעור הזכאים דומה. הנתונים מתייחסים אמנם לשנה אחת בלבד, אך בדיקת הנתונים לגבי שנים קודמות מורה כי המגמות המאפיינות את שנת 1994, רלבנטיות גם לשנים קודמות.

לוח 3. מקבלי גימלת סיעוד ובני 75+ ביישובים בישראל, 1994 (אחוזים)

| בני 75 + | מקבלי גימלת סיעוד | ערים ותיקות בצפון הארץ |
|----------|----------------------|------------------------|
| 28.0 | 11.3 | טבריה |
| 36.6 | 12.6 | עפולה |
| 38.1 | 5.6 | צפת |
| | | עיירות פיתוח |
| 58.9 | 11.3 | אופקים |
| 39.5 | 23.4 | בית-שאן |
| 56.8 | 12.2 | דימונה |
| 59.5 | 11.9 | קרית-גת |
| 46.2 | 12.3 | קרית-שמונה |
| | | ערי עולים |
| 46.1 | 24.6 | אור-יהודה |
| 54.0 | 18.5 | אשקלון |
| 56.8 | 11.0 | באר-שבע |
| 46.5 | 13.4 | רמלה |
| | | יישובים ערביים |
| 33.3 | 22.0 | אום-אל-פחם |
| 33.3 | 18.2 | טייבה |
| 50.0 | 25.0 | כפר-כנא |
| 50.0 | 16.7 | מג'אר |
| 50.0 | 12.7 | עראבה |
| 40.0 | 13.0 | רהט |

מקור: המוסד לביטוח לאומי (1995), מבוטחים ומקבלי גימלאות לפי יישוב 1994, סקר 129, ירושלים.

כמה ממצאים ראויים לתשומת לב: ביישובים הערביים עולה שיעור הזכאים על השיעור ברוב המכריע של היישובים היהודים. בארבעה מתוך היישובים הערביים ורק בשניים מתוך היישובים היהודים עולה שיעור הזכאים על 16.5 אחוז. ראוי לציין בהקשר זה כי ב-1995 היה שיעור הזכאים ביישובים יהודיים עירוניים כ-12.5 אחוז, ואילו ביישובים עירוניים לא-יהודיים, השיעור היה 15.3 אחוז. שיעור הזכאים במגזר זה נופל במידה ניכרת מהאומדנים על שיעור מוגבלות באוכלוסייה זו. במגזר זה אף בולטים פערים טריטוריאליים ניכרים: לעומת יישוב כמו כפר כנא, בו כרבע מהזקנים מקבלים שירותי סיעוד, בעראבה וברהט רק כ-13 אחוז נהנים משירות זה.

לגבי עיירות הפיתוח – להוציא את בית-שאן, ששיעור הזכאים בה עולה על 23 אחוז, בשאר העיירות השיעור דומה (בין 11.3 ל-12.3). קשה ליחס את השיעור הגבוה בבית-שאן לשיעורים של בני 75 ומעלה בקרב הזקנים, שהוא הנמוך ביותר בהשוואה ליישובים האחרים. ביישובים הוותיקים בצפון הארץ – השיעור הנמוך של זכאים בולט בצפת, כמחצית מהשיעור בטבריה ובעפולה. וזאת למרות העובדה, שדווקא בצפת שיעור בני 75 ומעלה הוא הגבוה ביותר.

מבין הערים, שהוקמו או יושבו לאחר הקמת המדינה, בולט השיעור הגבוה של זכאים באור-יהודה, יותר מכפול מהשיעור בבאר-שבע ורמלה. נתונים אלו מפתיעים אם ניקח בחשבון את הדמיון הרב בין יישובים אלו בשיעור בני 75 ומעלה.

חוסר אחידות בין יישובים מועלה על-ידי בייץ-מוראי וזיפקין (1993), המצביעים על קיומו של שוני בין יישובים במספר התביעות ובשיעור אישור תביעות. בחיפה, למשל, אושרו רק 45 אחוז מהתביעות, לעומת למעלה מ-70 אחוז ביישובים כמו חדרה ורחובות.

מסתבר אפוא, כי שיעור הזכאים במגזר היהודי דומה לאומדנים המוקדמים באשר לשיעור המוגבלות בקרב הזקנים המשתייכים למגזר זה. לגבי המגזר הלא-יהודי, אמנם שיעור הזכאים נופל מהאומדנים המוקדמים, אך הוא עולה על שיעורם בקרב הזקנים היהודים. פער זה לטובת המגזר הערבי מהווה תופעה הבולטת בחריגותה לעומת שאר שירותי הרווחה האישיים, בהם קיימים פערים ניכרים לרעת המגזר הערבי.

עוד נמצא כי בין יישובים הדומים בהרכבם החברתי ובשיעור הזקנים בני 75 ומעלה, קיימת מידה רבה של קירבה בשיעור הזכאים לשירותי ביטוח סיעוד. זאת להוציא מספר יישובים בולטים לעומת הקבוצה אליהם הם משתייכים. איתור הגורמים לפערים הטריטוריאליים בשיעורי הזכאות מחייב בדיקה שיטתית שתתייחס לשלושה מרכיבים: שיעורי המוגבלות ביישובים השונים, תוך אבחנה בין מוגבלות פיזית ונפשית; דפוסי התפקוד של הרשויות האחראיות על אספקתו של שירות זה (מידת האחידות במבחני התלות, מידת ההתייחסות למצב הנפשי של הזקנים, שוני באישורי תביעות וכדומה); התנהגות ועמדות הזקנים ובני משפחותיהם (חוסר פנייה לקבלת שירות בשל חוסר נכונות או חוסר מידע, או פנייה ברמה גבוהה ביישובים בהם ניתנת גימלה כספית).

ג. התמודדות עם היקף המשאבים הדרוש לביצוע החוק

ההנחות המוקדמות באשר להיקף ההוצאה הכספית המשוערת הכרוכה בביצוע החוק, שהונחו בעת תכנון הפעלתו, הסתמכו על האומדנים שהיו מוכרים אז לגבי שיעור המוגבלות בקרב הקשישים. הנחות אלו קבעו כי היקף ההוצאה לאספקת השירותים לזכאים ולמטרות האחרות הקבועות בחוק יצמח בהדרגה מרמה של כ-23 מיליון ש"ח בשנת 1986 לכ-55 מיליון ש"ח בממוצע לשנה (במחירי 1996) בעת הפעלתו המלאה של החוק (כהן, 1987). אומדן שונה הוצע על-ידי חביב ופקטור (1987), המניחים שב-1995 תגיע עלות ביצוע החוק ל-24-27 מיליון דולר.

ההוצאה הריאלית לשירותי ביטוח סיעוד בשנים 1988-1999 מוצגת בלוח 4, המראה כי מאז ראשית הפעלת החוק ועד לשנת 1999, ההוצאה גדלה פי 11 לערך, בעוד ההוצאה הכוללת לשירותי רווחה אישיים (כולל שירותי סיעוד) עלתה פי 2.7 בלבד. נתח כה גדול של הוצאה אינו מתיישב לחלוטין עם ההנחות המוקדמות באשר להיקף המשאבים שיידרש לצורך מימוש החוק. היקף זה של הוצאה יצר גירעון במימון שירותי ביטוח סיעוד, וחייב את הממשלה להשתתף במימון ההוצאה מעבר לנדרש ממנה (בתוקף החוק). אין ספק כי עיגונם של שירותי הסיעוד בתשתית חוקית, הקובעת, הפך שירותים אלו למרכיב המרכזי והמשמעותי ביותר בשירותי הרווחה האישיים.

לוח 4. ההוצאה לשירותי רווחה אישיים ולביצוע חוק הסיעוד, 1988-1999
(מיליוני שקלים, מחירי 1998*)

| שירותי רווחה אישיים* | גמלאות סיעוד | גמלאות שירותי רווחה אישיים (אחוזים) | שנת |
|----------------------|--------------|-------------------------------------|------|
| 1,444 | 113 | 8 | 1988 |
| 1,914 | 478 | 25 | 1990 |
| 2,699 | 809 | 30 | 1995 |
| 3,673 | 1,295 | 35 | 1999 |

* הוצאה בתקציב הרגיל (ללא תקציב פיתוח).

מקור: נתוני המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ההתפתחות שעליה הצבענו מעלה סוגיה נוספת הראויה לבדיקה: האם ההוצאה הכספית, ההולכת וגדלה המיועדת למימוש חוק ביטוח סיעוד, משפיעה על היקף ההוצאה הממשלתית המוקדש לשירותי רווחה אישיים אחרים לזקנים. בחינתה של שאלה זו הינה חשובה משתי סיבות עיקריות: אחת, השירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד ניתנים רק לחלק מהזקנים. ושתיים, סל השירותים הניתן על פי החוק הינו ספציפי, ואינו כולל שירותים כמו סיוע במימון השהייה במוסדות, שירותי טיפול בית לקשישים שלא הוכרו כזכאים, דיור מוגן לקשישים, אספקת ארוחות חמות, קניית ציוד לקשישים נזקקים וכדומה.

ההוצאה הממשלתית לשירותי רווחה אישיים לזקנים כוללת שלושה מרכיבים: (1) ההוצאה של השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, המועברת באמצעות הרשויות המקומיות; (2) ההוצאה לגמלאות הסיעוד; (3) הוצאה לפיתוח תשתית השירותים הקהילתיים והמוסדיים לזקנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד המועברת למשרד העבודה והרווחה. הוצאה זו אינה כוללת הקצאות של גורמים נוספים המספקים שירותים לזקנים או תורמים לפיתוח שירותים אלו, כמו: הרשויות המקומיות, אשל ומשרד הבריאות.

מסתבר אמנם כי ההוצאה המיועדת לשירותי הסיעוד לזכאים תופסת נתח מכריע בהוצאה המיועדת לכלל שירותי הרווחה האישיים לזקנים (כ-81 אחוז בתקציב 1999). עם זאת, הוצאות השירות לזקן, המיועדות לשירותים מוסדיים וקהילתיים נוספים לקשישים, גדלו בשיעור ניכר

מאז 1985, אך הנתח שלהם בהוצאה הכוללת לשירותי רווחה לזקנים הולך ופוחת, ומגיע בתקציב 1999 לכ-10 אחוז בלבד. ירידה זו נובעת כמובן מהעלייה התלולה והמהירה בהיקף ההוצאה המיועד לביצוע חוק ביטוח סיעוד.

לוח 5. הוצאה על שירותים לזקנים, 1985-1999
(מיליוני שקלים, מחירי 1998)

| פיתוח תשתית שירותים (חוק ביטוח סיעוד) | גמלאות חוק ביטוח סיעוד | | השירות לזקן | | סה"כ | | | |
|---------------------------------------|------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------|------|
| | מיליוני ש"ח | אחוזים | מיליוני ש"ח | אחוזים | מיליוני ש"ח | אחוזים | | |
| | - | | - | 100 | 95 | 100 | 95 | 1985 |
| 7 | 47 | 76 | 478 | 17 | 107 | 100 | 632 | 1990 |
| 8 | 85 | 79 | 809 | 14 | 134 | 100 | 1,028 | 1995 |
| 9 | 144 | 81 | 1,295 | 10 | 167 | 100 | 1,606 | 1999 |

מקור: נתוני המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

האם הפער הניכר בין קצב ועוצמת הגידול בהוצאה במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לבין הגידול המתון בהוצאות השירות לזקן מעיד על כך ששירותי הסיעוד פגעו בשירותים אחרים לזקנים? אחת הדרכים לבחון שאלה זו, היא להשוות בין התמורות שחלו מאז הנהגת החוק בהוצאה של משרד העבודה והרווחה לשירותים לזקנים לבין ההוצאה לשירותים לאוכלוסיות אחרות.

מסתבר כי הגידול בהוצאה לזקנים (ללא ביטוח סיעוד) עולה במקצת על הגידול בהוצאות לשירותי תקון ונוער מנותק ולמפגרים, הוא עולה במידה ניכרת על הגידול בהוצאה לילדים ובני נוער, לתחומי עבודה קהילתית ורווחת המשפחה, ונופל רק לעומת הגידול בהוצאה לנכים (שנבע בחלקו מההחלטה לממן שיחות טלפון של נכים).

מסתבר עוד כי הגידול בהוצאות השירות לזקן, לאחר הנהגת חוק ביטוח סיעוד, עשוי להצביע על כך, שהשירות לא נדרש לקצף מתקציבו את ההקצאות הכספיות, שבאמצעותן מימנו לפני הנהגת החוק (ביחד עם הרשויות המקומיות) את אספקת שירותי הטיפול הביתי לאלפי זקנים. האחריות לטיפול בזקנים אלו, שהוכרו כזכאים, הועברה לאחר הפעלת

החוק למוסד לביטוח לאומי. ראוי לציין שההוצאה המיועדת לפיתוח תשתית השירותים המוסדיים והקהילתיים לזקנים, שנבעה מתוקף יישום חוק הסיעוד, איפשרה הרחבה ניכרת במספר מרכזי היום לקשישים, פיתוח שירותים קהילתיים נוספים ושיפור השירותים המוסדיים. בחינת הוצאות משרד הבריאות המיועדות לאשפוז זקנים, מורה אף היא שלא חלה פגיעה בהיקפה של הוצאה זו שגדלה בין 1988 ל-1997 בכ-90 אחוז (לעומת השנים, 1980 עד 1988 שבהן גדלה הוצאה זו ב-8 אחוזים בלבד). לסיכום, אין ראיות לכך שהפעלת חוק ביטוח סיעוד פגעה בשירותי הרווחה האחרים לאוכלוסייה הזקנה.

יש לציין, עם זאת כי הפעלת החוק הביאה לגידול ניכר בפניות זקנים לקבלת שירותים לא רק מהמוסד לביטוח לאומי, אלא אף משירותי רווחה אחרים, ובעיקר ממחלקות הרווחה המקומיות. בין הפונים הנוספים נכללים זקנים שלא הוכרו כזכאים לשירותים במסגרת החוק, אך הם מצפים לקבל סיוע ממחלקות הרווחה המקומיות ומגורמים נוספים. היכולת של ארגוני השירות לספק מענה לביקושים גדולים אלו הינה מוגבלת ביותר, בשל הגידול האיטי במשאבים העומדים לרשותם.

ההפעלה של שירותי הסיעוד על בסיס חוקי מצביעה על מספר תוצאות, חלקן צפויות וחלקן בלתי צפויות:

1. חל גידול ניכר וחסר תקדים במספר הזכאים לקבלת השירותים.
2. הגידול במספר הזכאים הביא לזינוק בהוצאה הציבורית המיועדת לשירותי ביטוח סיעוד.
3. שירותי ביטוח סיעוד מצליחים "לכסות" בצורה הולמת את אוכלוסיית הזקנים המוגבלים במגזר היהודי. שיעור הזכאים במגזר הלא-יהודי נופל משיעור המוגבלות הקיים בקרב אוכלוסיית הזקנים הלא-יהודית. נתון זה מורה כי קיומה של תשתית חוקית לא הועיל ל"כיסוי" מלא של אוכלוסייה זו, עם זאת הוא מראה שדווקא בגין החוק, תחום שירות זה הינו היחיד מבין שירותי הרווחה האישיים, בו קיים פער לטובת המגזר הלא-יהודי.
4. קיומה של תשתית חוקית לא תרם אמנם למניעה מוחלטת של פערים טריטוריאליים בהקצאת שירותי ביטוח סיעוד, אך ברבים מהיישובים הדומים זה לזה בהרכבם, קיים דמיון בשיעורי הזכאות. קיומם של יישובים חריגים מבחינת שיעור הזכאות (רמה גבוהה או נמוכה במיוחד) מחייב בחינה יותר שיטתית של שאלה זו.

5. חוק ביטוח סיעוד לא שימש עילה לפגיעה במשאבים המיועדים לצורכי זקנים שאינם מכוסים על-ידי החוק, ולהפך. החוק שימש מנוף לפיתוח שירותי הרווחה והבריאות לאוכלוסייה זו. עם זאת, הגידול האיטי בהוצאה לשירותים הנוספים אינו תואם את הביקוש ההולך וגובר לשירותים אלו.

נראה כי מצדדי עיגון שירותים חברתיים בחקיקה עשויים למצוא בממצאים אלו תמיכה לטענותיהם בדבר סגולותיה החיוביות של מדיניות זו כמו: הבטחת שירותים לאוכלוסיות נזקקות, "כיסוי" הולם אם כי לא מלא של אוכלוסיות אלה, והשגת מידה רבה של אחידות בין יישובים שונים. שולליה של מדיניות זו עשויים להסתמך על הממצאים המעידים על הגידול חסר התקדים בהוצאה הציבורית, שגרם לגירעון בענף ביטוח סיעוד ויצר עומס רב על הקופה הציבורית.

3. קביעת העיקרון של אספקת השירותים באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים (הפרטת האספקה)

בתקנות שנוסחו לצורך ביצוע חוק ביטוח סיעוד נקבע בצורה מחייבת ששירותי ביטוח סיעוד יסופקו על-ידי ארגונים לא ממשלתיים (עמותות וחברות פרטיות עסקיות). האחריות למימון השירותים, קביעת הזכאים, תכנון סל השירותים ובחירת הארגון שיספק את השירותים והבקרה עליו נתונים בידי המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקצועיות המקומיות. הסדרי ההפרטה החלקית המעבירים את האחריות לאספקת השירותים לגורמים לא-ממשלתיים נהוגים אמנם גם בתחומי שירות אחרים, אך בתחום ביטוח הסיעוד ההעברה היתה מלאה ומוחלטת. כתוצאה מהפעלת הסדרים אלו נכנסו לזירה ארגונים רבים העוסקים באספקת שירותי סיעוד, חלקם הוקמו כתוצאה ישירה של החוק וחלקם פעלו בתחום השירותים לזקנים עוד קודם לכן, כמו מט"ב, ומספר עמותות מקומיות וארגונים פרטיים.

בשנים הראשונות להפעלת החוק עמותת מט"ב נטלה כ-30 אחוז ממספר הזכאים, שעות השירות והתשלומים. העמותות האחרות, ברובן עמותות מקומיות לתכנון ופיתוח שירותים לקשישים, שהוקמו ביישובים רבים ביוזמת אשל, טיפלו בכ-14-17 אחוז ואילו החברות הפרטיות "כיסוי" מחצית מנתח השירותים. ב-1996 השתנתה החלוקה: הנתח של העמותות עלה במקצת, מט"ב איבדה כשליש מחלקה, ואילו החברות

הפרטיות הגבירו את חלקן עד לכיסוי של כ-60 אחוז מנתח השירותים. בכל השנים האלו חלקם של הקיבוצים והמושבים נותר מזערי בלבד. מספר הארגונים (עמותות וחברות פרטיות), שעסקו באספקת שירותי סיעוד באמצע 1998 היה כ-170.

הפעלת שירותי הסיעוד מאפשרת לבחון את השלכותיה של ההפרטה החלקית והנוכחות המשותפת של המגזר הממשלתי, המגזר הפרטי-עסקי והמגזר השלישי (הוולונטרי) באותה זירת שירותים. נתייחס להלן להשלכות בשלושה תחומים עיקריים: איכות השירות לזקנים הסיעודיים, תפקיד הרשויות הממשלתיות ועובדיהם, ותפקוד ספקי השירותים (החברות הפרטיות והעמותות) ויחסי הגומלין ביניהם.

א. איכות השירות לזקנים הסיעודיים

מה ידוע על איכות השירות הניתן לזקנים הסיעודיים? הנתונים הזמינים מספקים, למרבה הצער, מענה חלקי בלבד לשאלה זו. שמיד וסבג (1990, 1991), 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 שאר העמותות. ההבדלים בין הארגונים היו קטנים ביותר. החוקרים מייחסים ממצא זה לעובדה שהמטפלות במט"ב מקבלות הכשרה טובה יותר ושכר ותנאים סוציאליים משופרים יותר. גורמים אלו תורמים להפחתת התחלופה בקרב מטפלות מט"ב ולהיווצרות יחסים טובים יותר בין לבין הזקנים. גם חלק ממרכזות הוועדות המקומיות הצטרפו לדעה זו וציינו כי על סמך התרשמותן איכות השירותים המסופקים לזקנים הנה משביעת רצון. עדויות אלה מצטרפות לדיווחים על שביעות רצון גבוהה בקרב המטפלות מעבודתן (בן צבי, 1993). דעה שונה הובעה על-ידי מרכזות אחרות של ועדות מקומיות ועובדות סוציאליות, המטפלות בזקנים במסגרת מחלקות מקומיות לשירותי רווחה והן מצביעות על הימצאות "כיסים" בולטים של איכות ירודה של שירותי סיעוד. מסתבר, שהתמונה על איכות שירותי הסיעוד לזקנים אינה חד-משמעית. עם זאת, בחינת מספר מרכיבים בתפקוד ספקי השירותים הלא-ממשלתיים מצביעה על מספר גורמים העשויים להשפיע לטובה ולרעה על איכות השירותים.

ההשפעה לטובה עשויה לנבוע משלושה גורמים עיקריים: ראשית, התחרות בין ספקי השירותים על "קבלת" מטופלים מהוועדות המקומיות משמשת תמריץ, להקפדה על איכות השירות. תלונות של מטופלים או בני משפחתם, עשויות לפגוע ביכולתם של הארגונים "לזכות" במטופלים ולאיים על קיומם, בשל תלותם הרבה בכספי ביטוח סיעוד.

שנית, בשנים האחרונות עלה מספר הזקנים ובני משפחתם, הבוחרים בעצמם את ספקי השירותים במסגרת הסדר הקרוי "טרום 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 לבין הביטוח הלאומי, המגדיר בצורה ברורה את חובתם לספק שירותים העולים בקנה אחד עם דרישות הוועדה המקומית. החוזה אף מחייב את הארגונים לדאוג להכשרת המטפלות, ולפקח על עבודתן.

בצד גורמים אלו פועלים גורמים אחרים העשויים לפגוע באיכות השירותים. איכות שירותי הסיעוד מושפעת במידה רבה מרמת המטפלות המועסקות על-ידי ספקי השירותים. המטפלות מספקות לזקן את הסיוע במישרין וללא נוכחות אדם אחר, או בנוכחות בן/בת הזוג בלבד. טיב עבודת המטפלות (מידת ההקפדה על אספקת סל השירותים המתוכנן, היחס האישי לזקן, ואיכות העבודה הטיפולית) מושפע מרמתן האישית, מכישוריהן ביחסים בין-אישיים, ממידת הכשרתן לעבודה עם זקנים מוגבלים, מההדרכה השוטפת אותה הן מקבלות, ומשכרן, תנאי עבודתן והבקרה עליהן. נתונים שונים על המטפלות ותנאי עבודתן מורים על מספר בעיות מהותיות בתחום זה.

המטפלות עובדות בצורה חלקית, מקבלות שכר נמוך וזכויותיהן הסוציאליות מינימליות. יתר על כן, רק חלק מהארגונים כולל בתנאים הסוציאליים הניתנים למטפלות הסדרי פנסיה. למטפלות אין קביעות בעבודה וניתן לפטרן ללא כל קושי, ולרובן המכריע גם אין מסלול קידום בעבודתן (גם המטפלות יכולות לעזוב את עבודתן בכל עת). הכשרת המטפלות הנה חלקית ומרביתן מתחילות לעבוד ללא כל הכשרה מוקדמת, אם כי במהלך עבודתן הן חייבות, בהתאם לדרישות הביטוח הלאומי, לקבל הכשרה בסיסית. רבים מהארגונים מקצים משאבים מוגבלים להשתלמות המטפלות, הדרכתן וקידומן האישי בהתאם לנדרש על-ידי המוסד לביטוח לאומי אך לא מעבר לכך. שמיד (1998), מציין

בהקשר זה, שרמת האפקטיביות של ההדרכה המסופקת על-ידי הארגונים היא נמוכה. ראוי להדגיש כי הדרכת המטפלות הנה חיונית, לפי שמדובר בעובדות לא מקצועיות המספקות שירותים לאוכלוסייה תלותית וחלשה.

הצירוף של שכר מינימום, תנאי עבודה ירודים, וחוסר הכשרה או הכשרה חלקית בלבד, עלול להוות מתכון אפשרי לפגיעה באיכות השירותים, ובמקרים מסוימים להביא אף לניצול לרעה של הקשישים. שתי תופעות קשורות לכך: נשירת מטפלות מעבודת הסיעוד, ו"נדידתן" בין ארגונים של ספקי שירות בשל תנאי העבודה השונים המוצעים על-ידם. שמיד (1988), שחקר מדגם של ארגונים המספקים שירותי סיעוד, מציין כי בשנים 1995-1996 נשרו 21 אחוז מהמטפלות בארגונים הפרטיים, 26.5 אחוז מהמטפלות בארגונים הוולונטריים ו-21 אחוז מהמטפלות במט"ב. שיעור זה הוא אמנם נמוך מאשר בשנים קודמות אך עדיין מעיד על בעייתיות ביציבות העובדים. הנשירה והתחלופה מונעות היווצרות קשר יציב בין העובדות והקשישים וגורמות לכניסה מתמדת של עובדות חדשות. האם ניתן לייחס את תופעות הנשירה והתחלופה לתהליך ההפרטה? האם ניתן היה לצפות לשיעורים נמוכים יותר של נשירה ותחלופה לו המטפלות היו מועסקות על-ידי גוף ממשלתי או הרשויות המקומיות? הפקדת האחריות על הספקת שירותי הסיעוד בידי ארגונים לא ממשלתיים מונעת עריכת השוואה בינם לבין ארגונים ממשלתיים בנושאים שונים ובתוכם נשירת ותחלופת עובדים.

ראוי עם זאת לציין כי ההחלטה להפריט את אספקת שירותי הסעד הונעה במידה רבה על-ידי הכרת הממשלה שהסדר זה יהיה כרוך בעלויות נמוכות. הכרה זו נובעת במידה רבה מרמת השכר ותנאי העבודה הנמוכים של העובדים בדרגים הנמוכים המועסקים בארגוני שירות לא ממשלתיים. ואכן, התעריף שנקבע על-ידי הממשלה והמשולם לארגונים עבור שעת טיפול בזקן סיעודי, לוקח בחשבון עובדה זו. שמיד (1998), מציין כי השכר החודשי הממוצע של מטפלות בארגונים הפרטיים ב-1996 היה 2,083 ש"ח ובעמותות - 1,375 ש"ח. (סכומים אלה נובעים משילוב של תעריף נמוך לשעת עבודה ומשרות חלקיות). תנאי השכר והעבודה הירודים של המטפלות בארגונים הלא-ממשלתיים העשויים לפגוע באיכות עבודתן נובעים אפוא במידה רבה מתהליך ההפרטה. מבחינה זו ניתן לכאורה להצדיק את טענת ספקי שירותי הסיעוד כי התעריף אותו

הם מקבלים מהביטוח הלאומי אינו מאפשר תשלום שכר גבוה יותר והרחבת פעילויות ההשתלמות וההדרכה.

אולם מסתבר שגם ארגונים המפיקים רווחים גבוהים מפעילותם בתחום הסיעוד, אינם נוטים להעלות את שכר המטפלות, לשפר את תנאי עבודתן ולהרחיב את פעילויות ההשתלמות וההדרכה. שמיד (1998), מציין בהקשר זה, על סמך שורת מחקרים בינלאומיים, כי ההשקעה בהדרכת עובדים של ארגונים פרטיים-עסקיים הנה קטנה יותר מאשר בארגונים אחרים, שכן הם רואים בה הוצאה הפוגעת ברווחיותם.

אחד האמצעים העיקריים לשמירה על איכות עבודת המטפלות הנה בקרה יעילה על עבודתן. הבקרה על אספקת שירותי הסיעוד הנה בעייתית מעיקרה בשל מספר טעמים, שחלקם קשורים בתוך ההפרטה: ראשית, מוגבלותם של הזקנים ותלותם הרבה במטפלות מצמצמת את יכולתם לשמש כגורם מבקר. שנית, גורמי בקרה אחרים, כמו בני משפחה, הוועדות המקומיות, וספקי השירותים, מוגבלים אף הם בשל מיעוט נוכחותם במפגש בין הזקן והמטפלת המתקיים בתוך בית פרטי. יתר על כן, יכולת הבקרה של המוסד לביטוח לאומי והוועדות המקומיות נפגעת בשל ריבוי הארגונים המספקים שירותים והעומס האדמיניסטרטיבי הרב הכרוך בקשר עימם. יכולת ספקי השירותים עצמם לבקר את עבודת המטפלות אף מושפעת מהיקף המשאבים העומדים לרשותם ומנכונותם להשקיע בתחום זה. שמיד (1998), מציין כי הארגונים מודעים אומנם לחשיבות הבקרה ונוקטים באמצעים שונים על מנת לפקח על עבודת המטפלות. אך ממצאי מחקרו מצביעים על עוצמה בינונית למדי של שימוש הארגונים באמצעים אלה.

נראה אפוא כי מספר גורמים הקשורים להפרטה, עשויים לתרום לשיפור איכות השירותים אך גורמים אחרים, כמו ריבוי הארגונים, תנאי השכר והעבודה של המטפלות, הפיצול בין הגופים הממשלתיים וספקי השירותים ונכונות הארגונים להשקיע משאבים בהדרכת עובדים ובבקרה עשויים לפגוע בהם. הממצאים הלא ברורים, המצביעים מחד על שביעות רצון משירותי הסיעוד ומאידך על אי שביעות רצון עשויים לשקף את ההשפעה הדיפרנציאלית של מכלול הגורמים שצוינו לעיל. אין ספק שנושא איכות השירותים מחייב בחינה שיטתית ומקיפה.

ב. תפקוד הרשויות הממשלתיות ועובדיהם

ההפרטה החלקית חוללה תמורה משמעותית בתפקידם של חלק מהגורמים הציבוריים המעורבים בתחום שירותי ביטוח סיעוד. עובדות סוציאליות של מחלקות הרווחה המקומיות, שעסקו בעבר בתכנון ובאספקת שירותים שונים לקשישים, מתפקדות עתה כמרכזות הוועדות המקומיות. הן עוסקות במכלול רחב של תפקידים, שבחלק מהם הן לא היו מעורבות קודם לכן: ניהול הוועדות, בחירת ספקי השירותים, תאום בין גורמים שונים כמו שירותי רווחה ובריאות, קיום קשר אינטנסיבי עם ספקי השירותים, בקרה ומעקב על עבודת הספקים, קשר עם קרובי משפחה, תכנון סלי שירותים וכדומה. העובדים הסוציאליים נושאים בתפקיד של מנהל מקרה (Case Manager), שאינו עוסק באספקת שירותים אלא בניהול, תכנון ותאום אספקה זו.

קיימות עדויות חלקיות בלבד על המידה בה העובדים הסוציאליים הוכשרו לתפקידים אלו, הסתגלו אליהם, עמדו בלחצים הכרוכים בקשר עם גורמים שונים, רכשו את הידע והמיומנויות החדשים הכרוכים בביצועם והצליחו לשלבם בצורה הולמת עם ערכיהם ותפיסותיהם המקצועיים. עדויות מסוימות (כי-טוב, 1998, סגל, 1999), מצביעות על כמה קשיים הכרוכים בהסתגלות העובדים לתפקידים חדשים אלה הנדרשים מהם במסגרת הסדרי ההפרטה החלקית.

גורם נוסף המקשה על הרשויות הממשלתיות הוא ריבוי הארגונים העוסק באספקת השירותים. מספרם הרב הינו ביטוי לתפיסה השוללת מונופול של ארגון אחד או מספר קטן של ארגונים על אספקת השירותים. לפי תפיסה זו פעילות ארגונים רבים היא תנאי בסיסי לקיום תחרות ולמתן אפשרות בחירה לצרכנים. עם זאת מצב זה יוצר מספר בעיות וקשיים. רכזי הוועדות המקומיות עומדים מול לחצים מתמידים ולעתים אף קשים של ארגונים לקבל לקוחות. ישנם קשיים בפיקוח, במעקב ובבקרה על תפקוד הארגונים, על כישורי עובדיהם ואיכות השירותים אותם הם מספקים. קיים גם עומס אדמיניסטרטיבי רב הנובע מהצורך לקיים קשרים הדוקים במישור המקצועי, המנהלי והכספי עם מספר רב של ארגונים, ובכללם ארגונים בעלי היקף מוגבל של פעילות.

ריבוי הארגונים אף יוצר בעיות כלכליות הפוגעות ברווחיות ארגונים לא מעטים ומסכנות את קיומם. דו"ח של עמותת חברות הסיעוד הפרטיות משנת 1988 אכן מצביע על ההבדלים הניכרים ברמת הרווחיות

בין סיעוד המספקות שירותים למספר קטן של זכאים, לבין חברות המספקות שירותים למספר גדול של זכאים. צמצום מספר הארגונים והגדלת מספר הזכאים המטופלים על-ידם, עשויים אפוא לתרום לשיפור רווחיות הארגונים. כמו כן תתאפשר השקעת משאבים רבים יותר בפיתוח העובדים בארגונים אלה ויופחת הלחץ שלהם על הממשלה להגדיל את התעריפים.

המוסד לביטוח לאומי, שהיה ער לקשיים אלה, החל לפני מספר שנים לנקוט בפעולות לשינוי במצב באמצעות בחירת מספר קטן של ארגונים במכרז פתוח. ההנחה היתה, שצמצום מספר הספקים יקל על הבקרה, יצמצם את העומס האדמיניסטרטיבי, יקל על בחירת ספקי השירותים, ייעל את תפקוד הארגונים וישפר את רווחיותם. מימוש תכנית זו נתקל בקשיים בשל התנגדות ארגון חברות הסיעוד הפרטיות, שהעלה את הנושא בפני ערכאות משפטיות. לפני מספר חדשים נדחתה התנגדות חברות אלו והביטוח הלאומי פרסם מכרז לאספקת שירותי סיעוד, אליו ניגשו כ-120 ארגונים וחברות כולל כ-60 עמותות עירוניות שניגשו כגוף אחד. פרסום המכרז מדגיש את העובדה שבמסגרת ההפרטה החלקית המאפיינת את ביצוע חוק ביטוח סיעוד ממלאים הגורמים הממשלתיים תפקיד מכריע.

ג. תפקוד ספקי השירותים ויחסי הגומלין ביניהם

מספר תנאים מאפיין את זירת פעולתם של הארגונים לאספקת שירותי הסיעוד: פעילות מוגבלת לאספקת השירות בלבד, כאשר צורת המעורבות, נקבעת על-ידי הוועדות המקומיות ומבוקרת על-ידו; הארגון נבחר על-ידי הוועדות המקומיות ולפי שיקול דעתן, ורק בחלק מהמקרים משתתפים הזקנים ו/או בני משפחותיהם בבחירה; בזירה פועלים ספקים רבים המתחרים על השגת צרכנים; הספקים כוללים עמותות וארגונים פרטיים-עסקיים השונים זה מזה בסטטוס החוקי שלהם ובמטרותיהם המוצהרות.

כיצד משפיעה הפעילות בזירה מורכבת זו על תפקוד הארגונים הפועלים בתוכה, ועל קשרי הגומלין ביניהם? למעשה נוצרות מערכות נפרדות של אספקת שירותים, אפילו לאותם זקנים, כאשר שירותי הסיעוד ניתנים על-ידי עמותות וחברות פרטיות-עסקיות, ושירותים אחרים ניתנים על-ידי מחלקות הרווחה המקומיות. במקרים רבים דווקא העמותות והחברות, המקיימות קשר ישיר ואינטנסיבי עם מספר גדול של

זקנים, מכירות את השטח טוב יותר ממחלקות הרווחה. מצב זה מעורר מספר סוגיות שיש להן השלכות על מבנה ותפקוד מערכת השירותים לקשישים: האם המידע המצטבר אצל חברות הסיעוד מועבר בצורה מסודרת לשירותים האחרים? האם השירותים האחרים ערוכים, יכולים ומעוניינים לעשות בו שימוש? האם העובדה שהקשר העיקרי של זקנים רבים הוא דווקא עם הספקים אינה פוגעת במעמדן ובתפקודן של מחלקות הרווחה המקומיות? סוגיות אלו לא נבחנו עד כה במידה מספקת.

נושא אחר מתייחס לחלק מהעמותות הפועל בזירה זו, שאימץ דפוסי פעילות מובהקים האופייניים לארגונים פרטיים-עסקיים: שימת דגש על שיקולים כלכליים ועל יעילות, מתן תשומת לב ניכרת לנושאי שיווק ופרסום, הצבת היעד של גיוס מטופלים חדשים כיעד מרכזי ותגמול עובדים המצליחים במימוש. כמו כן, מספר עמותות, שהתרכז בעבר באספקת שירותי סיעוד, חודר לתחומי שירות נוספים המיועדים לזקנים ובמקרים מסוימים אף לאוכלוסיות נוספות. מט"ב, לדוגמה, התפרסה בשנים האחרונות לתחומי עיסוק נוספים כמו: שירותי אפוטרופסות לזקנים, ניהול מסגרות דיור מוגן, פיתוח שירותים לילדים בעלי צרכים מיוחדים וכדומה. הכניסה לזירות עיסוק חדשות נובעת מהרצון להימנע מהסתמכות בלעדית על תחום הסיעוד בו קיימת תחרות רבה.

אימוץ דפוסי פעילות אלה מבטאים חריגה מדפוסי וסגנון הפעילות האופייניים לארגונים וולונטריים. ארגונים אלה שמו דגש על קידום מטרות חברתיות, על איכות השירות ועל התמחות בתחומי שירות ספציפיים תוך הפחתה בערך השיקולים הכלכליים-רווחיים. קשה עדיין להעריך את המידה בה נטיית העמותות לאמץ דפוסי פעילות עסקיים מפחיתה את תשומת הלב המוקדשת למטרות אלה. מספר ראשי עמותות עימם שוחחנו שוללים אפשרות זו, אך עדויות אחרות מורות על כך שהתפתחות בכיוון זה הינה אפשרית.

היבט אחר של הפעילות קשור לנוכחות באותה זירת פעילות של עמותות וארגונים עסקיים, שיצרה מתח ביניהם ובינם לבין הביטוח הלאומי והוועדות המקומיות. הארגונים הפרטיים-עסקיים מעלים כנגד הרשויות הממשלתיות שתי טענות עיקריות: האחת היא, שהוועדות המקומיות מעדיפות את העמותות היות שרבות מהן הוקמו ביוזמת הרשויות המקומיות, נציגי הרשויות חברים בהנהלותיהן והן נתמכות מבחינה כספית על-ידן; הטענה השנייה היא, שבשל מעמדן החוקי נהנות

העמותות מהטבות כספיות מהן לא נהנות חברות עסקיות כמו זיכוי במס על תרומות, אי תשלום מע"מ וכדומה. והטענה היא שהטבות אלה יוצרות תנאים לא הוגנים של תחרות בינן לבין העמותות.

בעקבות טענות אלה הוציא המוסד לביטוח לאומי הנחיות מפורשות לוועדות המקומיות למנוע כל העדפה של העמותות על פני החברות העסקיות. טענות החברות העסקיות ותגובות העמותות שקבלו על הניסיונות להצר את צעדיהן יצרו מתח בין שני סוגי הארגונים והיקשו על יצירת תיאום, שלא לדבר על שיתוף פעולה ביניהם.

התחרות המאפיינת את התחום אינה קיימת בין ארגונים פרטיים-עסקיים לבין העמותות בלבד אלא אף בין הארגונים המשותפים לכל אחד ממגזרים אלו לבין עצמם. אחד הביטויים לתחרות זו, המשקף את מאמציהם של הארגונים לקנות חזקה על צרכנים של חוק ביטוח סיעוד, הינו התפשטות ההסדר המכונה "טרומ חוק". ארגוני סיעוד המקבלים מידע (מקופות-חולים או מגורמים אחרים) על זקנים מוגבלים מציעים להם שירותים ללא תשלום עד לקבלת אישור הזכאות. לעתים הם אף מעודדים את הזקנים להגיש תביעה לקבלת שירותי ביטוח סיעוד ומסייעים להם בכך. הארגונים מקווים שעם אישור התביעה יפנה הזקן או משפחתו בבקשה שהשירות יינתן על-ידי הארגון שכבר מספק אותו. רייס (1998), הבוחנת סוגיה זו מציינת כי 50 עד 70 אחוז מהזקנים שזכאותם אושרה, כבר מקבלים שירותי סיעוד. נטיית הוועדות הינה לאשר את הארגון שכבר מספק את השירות במידה והזקן ובני משפחתו מבקשים זאת. הסדר זה מאפשר אמנם בחירה מסוימת לצרכנים, אך הוא משרת את האינטרסים של הארגונים, פוגע בסמכות הוועדה, ומביא לגידול בפניות לקבלת שירותי ביטוח סיעוד שכמחציתן נדחות.

נראה כי בשלב זה קשה עדיין להעריך את מלוא השפעותיה והשלכותיה של הפרטת אספקת שירותי הסיעוד. הדיון דלעיל מצביע עם זאת על כמה מגמות:

מדיניות ההפרטה החלקית לא מנעה, אלא אפשרה מתן שירותי סיעוד, לעשרות אלפי זקנים נזקקים המתגוררים במרכז הארץ ובפריפריה. רק מספר זעיר של זכאים קיבלו גימלה כספית בשל אי זמינות של ספקי שירותים. הארגונים הלא-ממשלתיים הצליחו אפוא למלא בהצלחה חלל שנוצר בעקבות החלטה ממשלתית על פיתוח שירותי סיעוד לזקנים בהיקף נרחב. עם זאת, הסדרי ההפרטה החלקית יצרו

מספר בעיות: ריבוי ספקים, שהיקשה על פעולות הבקרה ויצר עומס אדמיניסטרטיבי רב; נשירה ונדידה של מטפלות, שנבעה בחלקה מרמת השכר ותנאי העבודה שלהן; פיצול בין מערכות ארגוניות שונות, תחרות בין הספקים המקשה על שיתוף הפעולה ביניהם, שינוי בדפוסי העבודה של מחלקות הרווחה המקומיות ושל העובדים הסוציאליים העוסקים בתחום הזיקנה; שינוי בדפוסי התפקיד של הארגונים הוולונטריים, וטשטוש בהבדלים בינם לבין הארגונים הפרטיים-עסקיים, ורווחיות גבוהה בחלק מהארגונים הפרטיים-עסקיים שפגעה בלגיטימיות של הסדרי ההפרטה החלקית. ההפרטה החלקית כפי שהיא פועלת כיום בזירת שירותי הסיעוד אף מצביעה על תפקידה הדומיננטי של הממשלה בתחום זה ועל המרחק הרב שבינה לבין אידיאל "כלכלת השוק" בו דוגלים חסידי ההפרטה.

הדיון בסוגיית ההפרטה החלקית בתחום שירותי הסיעוד ובהשלכותיה מעלה שאלה עקרונית שלא זכתה עד כה לדיון שיטתי: האם הדרך שנבחרה היתה הכרחית? האם לא היה רצוי לאפשר למחלקות הרווחה המקומיות העוסקות באספקת שירותים שונים לזקנים, לקבל על עצמן את האחריות גם לאספקת שירותי הסיעוד, ולמנוע בכך את הכניסה המסיבית של ארגונים לא-ממשלתיים לזירה זו? שאלה זו ראויה לבדיקה.

4. שינוי בחלוקת העבודה בין שירותי הרווחה הפורמליים לבין המשפחה

הסיוע הישיר לזקן המוגבל המתגורר בקהילה נתפס בחברה בראש ובראשונה כמטלה של משפחת הזקן וחלק אינטגרלי מהאחריות והמחויבות המשפחתית לחבריה. המדיניות הניצבת בבסיס חוק ביטוח סיעוד, המחייבת את המדינה להקצות שירותי טיפול ביתי לזקנים מוגבלים, עשויה על כן להיתפס כתפנית בתפיסת האחריות המשפחתית. החוק אינו מבקש להדיר את המשפחה ממעורבות בסיוע לזקן אלא לסייע בידה, על-ידי הקלת הלחץ המוטל עליה.

חוק ביטוח סיעוד יצר אפוא מצב חדש של מעורבות מקיפה של שירותים פורמליים במתן שירותי טיפול בית לעשרות אלפי זקנים. יתר על כן, הקביעה בחוק, שגמלת הסיעוד תועבר לחברה המספקת את השירות ולא לזקן עצמו או למשפחתו, עשויה לבטא התייחסות שונה למשפחת הזקן ולתפקידה כגורם מסייע.

ראוי לציין, כי ועדת מן, שקבעה את הנחות היסוד של חוק ביטוח סיעוד, חיבה את העיקרון שהמשפחה חייבת להמשיך ולמלא תפקיד מרכזי בסיוע לזקן ועל כן המליצה על הענקת גימלה כספית לזקן או למשפחתו (מן, 1987). אולם, בעת ניסוח החוק לקראת אישורו בכנסת, גברה ידם של אלו שחייבו את הענקת הגימלה בצורה של שירותים בעין. שינוי זה מעורר מספר שאלות הראויות לבחינה, לגבי ההשפעה שיש לכניסה המסיבית של המערכות הפורמליות לתחום הסיוע לזקנים סיעודיים על מעורבות המשפחות במתן סיוע זה: האם היא גרמה לירידה במעורבות המשפחתית? מה מאפיין את מערכת היחסים שנוצרה בעקבות הפעלת החוק בין המערכות הפורמליות לבין משפחות הזקנים? ממצאי מחקרים שבוצעו, בעיקר במחצית הראשונה של שנות התשעים (ביץ-מוראי, 1992; מורגנשטין, ברודסקי, נאון וקינג, 1993), וכן עדויות של מרכזי ועדות מקומיות וגורמים נוספים המעורבים בביצוע החוק, מצביעים על כמה תופעות:

- א. שירותי הסיעוד הקלו על תחושת העומס של משפחות הזקנים. ההקלה הורגשה יותר אצל משפחות של זקנים שנהנו מרמת גימלה מלאה, ופחות אצל משפחות שנהנו מרמת תמיכה חלקית. ההקלה בעומס ניכרה במיוחד בתחום הסיוע הפיסי (רחצה, סידורים שונים וכדומה), בתחום הסיוע הרגשי המשיכה המשפחה למלא תפקיד מרכזי ולעתים אף מורחב יותר.
- ב. מתן שירותי הסיעוד לא הביא לשינויים בהיקף שעות העזרה שהקדישו בני המשפחה לקרוביהם הזקנים.
- ג. בעקבות הפעלת החוק נוצר קשר בין משפחות רבות של זקנים לבין שירותי הרווחה הפורמליים, קשר זה מהווה מקור בעבור המשפחות להיוועצות בנושאים שונים הקשורים בסיוע לזקן, ומאפשר לעובדים לספק למשפחות מידע, ייעוץ ותמיכה. יתר על כן, קשר זה אף מאפשר לעובדים המקצועיים לשתף את משפחת הזקן בנושאים שונים כמו תכנון מרכיבי סל השירותים, בחירת הספק ובקרה על עבודת המטפלות.
- ד. ביישובים ערביים, בהם אין שירותים זמינים, שירותי הסיעוד מסופקים על-ידי קרובי משפחה, אך אין בידינו מידע על איכותם.

מסתבר אפוא כי כניסת המערכת הפורמלית לזירה, שנחשבה טריטוריה משפחתית, נשאה מספר תוצאות חיוביות: היא לא הפחיתה את המעורבות המשפחתית בסיוע לזקנים אלא הביאה לשינוי בתכניה, שהקל על תחושת העומס של המשפחה. בעקבות הפעלת החוק נוצרה אף

רקמת יחסים חדשה בין שירותי הרווחה לבין המערכת המשפחתית, שבה טמון פוטנציאל רב אך מידת מיצויו אינה ברורה.

5. מימוש חוק ביטוח סיעוד כשירותים בעין

גמלת הסיעוד לה זכאים הזקנים המוגבלים משולמת לחברה המספקת להם את שירותי הסיעוד. הזכאים מקבלים אפוא שירותים בעין ולא מענק כספי. ההסדר הינו חריג לעומת גמלות הנכות האחרות, המשולמות ישירות כמענק כספי למבוטחים. ההחלטה להמיר את התשלום הכספי בשירותים בעין מבטאת ללא ספק תפנית במדיניות הביטוח הלאומי, ולמעשה ניתן באמצעות שינוי בחקיקה להחילה גם על אוכלוסיות אחרות של מבוטחים. אופן ביצוע החוק מאפשר לבחון היבטים שונים של המרת גימלה כספית בשירותים בעין. אפשרות זו מוגבלת בשל העובדה שהחלטה הגורפת לספק לזכאים שירותים בעין לא מאפשרת השוואה עם הענקת המלגה בכסף.

אפשר להצביע על מספר יתרונות של מימוש חוק ביטוח סיעוד כשירותים בעין. ראשית, דרך זו מבטיחה שהזקן אכן יקבל את הסיוע לו הוא זקוק. שנית, הסיוע יתוכנן עבורו על-ידי הוועדה המקומית באמצעות סל שירותים שיתאים במידה מירבית לצרכיו, וזאת תוך שיתוף הזקן עצמו ובני משפחתו. סך השירותים ניתן לשינוי בהתאם להתפתחויות במצבו של הזקן. מעורבותה של ועדה מקצועית בתכנון הסל ובמעקב אחר אספקתו משקפת יתרון מרכזי של מתן שירותים בעין. ועדה זו מאפשרת גם לשפר את התאום בין שירותי הרווחה והבריאות, האם פוטנציאל זה הטמון במתן השירותים בעין ממומש הלכה למעשה? חלק ממרכזי הוועדות המקומיות ציינו בהקשר זה, כי הוועדות אינן ממצות במידה מספקת את יכולתן, וכי ראוי שבפעילותן יושם דגש חזק יותר על הידוק הקשר עם שירותים נוספים (כמו שירותי בריאות) לצורך הבטחת רציפות הטיפול בזקנים המוגבלים. שלישית, השירותים בעין ניתנים בביתם של הזקנים, חושפים אותם ל"עין הציבורית", מאפשרים מעקב אחר מצבם, ומקלים על איתור סיכונים ובעיות, ודיווח על כך לשירותי הרווחה והבריאות. ליתרון זה משמעות מיוחדת בעבור זקנים בודדים.

נראה כי מתן גימלה כספית לזקן ולבני משפחתו והפקדת האחריות על הסדרת השירותים בידיהם (על-ידי בני המשפחה עצמם או על-ידי גיוס מטפלים/ות) היתה מקנה להם אמנם מידה רבה של עצמאות, אך שוללת את היתרונות שהוצגו לעיל.

למתן שירותים בעין יש גם חסרונות: ראשית, הוא מגביל את ההסתייעות במשפחה. שנית, חלק מהגימלה אינו מנוצל למתן שירותים ישירים לזקנים, אלא לכיסוי הוצאות שונות של ספקי השירותים. שלישית, ההיערכות להענקת שירותים בעין חייבה הקמה ותפעול של מנגנונים מיוחדים הן במוסד לביטוח לאומי והן ברמה המקומית (הוועדות המקומיות) שהחזקתם כרוכה בעלויות גבוהות. ייתכן שמתן גימלה כספית לזקן או לבני משפחתו (כפי שהדבר נעשה לגבי גמלות אחרות) היה מחזק את מחויבות המשפחה ומפשט את ההליכים המנהליים שהזכרנו. ייתכן אף שהיה מצמצם את תופעת הסרבנות של זקנים לקבלת השירות, תופעה שאמנם איננה שכיחה ביותר, הנובעת בעיקר מאי רצונם להסתייע בעובד שייכנס לביתם. השאלה המרכזית היא, האם מתן גימלה כספית היה מבטיח שזקנים מוגבלים היו מקבלים שירותי סיעוד בהיקף וברמה שהם מקבלים באמצעות ספקים? מרבית הגורמים המקצועיים המעורבים בתחום משוכנעים שהתשובה לשאלה זו הינה שלילית, וכי רק באמצעות שירותים בעין ניתן להבטיח שהזקנים אכן יקבלו שירותים המתאימים לצורכיהם. גם מרבית בני המשפחה של הקשישים מעדיפים קבלת שירותים בעין על פני קבלת גימלה כספית (ביץ'-מוראי מורגנשטיין, 1992).

6. היבטים ישירים של ביצוע חוק ביטוח סיעוד

בבחינת ההיבטים הישירים הנוגעים לביצוע חוק ביטוח הסיעוד עולות שלוש סוגיות מרכזיות: הרכב מבחן התלות לקביעת הזכאות ודרכי הפעלתו, רמות הגימלה הקיימות, והרכב סל השירותים.

א. מבחן התלות לקביעת הזכאות לגמלת סיעוד

(1) תאור מבחן התלות

מבחן התלות מבוצע על-ידי אחיות בריאות הציבור ומטרתו לבדוק את תפקוד הזקן בתחומי פעילות היום-יום ולהעריך את מידת תלותו בזולת. חשיבותו בכך, שהינו חלק מתהליך קבלת החלטות ובאמצעותו מתורגמים חוק הסיעוד ונהליו לשפת הביצוע – קבלת החלטה לגבי הזכאות וקביעת תכנית הטיפול וסל השירותים.

מבחן התלות כולל שלושה מרכיבים.

* בדיקת יכולתו של הזקן בביצוע חמש פעילויות יום-יומיות (ADL); ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה ושליטה על סוגרים. בכל תחום נבדקת המידה בה הזקן הוא עצמאי לחלוטין, נזקק לסיוע חלקי או תלוי לחלוטין בעזרת הזולת. הבדיקה התפקודית מתבצעת על-ידי אחות המבקרת את הזקן בביתו ומעריכה את יכולתו תוך הפעלתו בביצוע מטלות שונות.

* בדיקת מידת העצמאות בתפקוד נעשית תוך התייחסות למרכיבים הבאים: שליטה מוטורית, הבנה, יוזמה והתמצאות. כמו כן נבדקת מידת הצורך בהשגחה קבועה של אדם נוסף וזאת על מנת למנוע ממנו להזיק לעצמו ולאחרים. הצורך בהשגחה מלאה נקבע על-ידי האחות בהסתמך על תצפיות על התנהגות הזקן במהלך הבדיקה והיעזרות בשאלות מנחות ובמידע רלבנטי אחר (בייץ-מוראי, זיפקין ומורגנשטיין, 1993, 1994).

* בדיקת המידה בה הזקן חי בגפו, וללא נוכחות של קרוב משפחה בסביבתו הקרובה.

בנוסף לבדיקת המרכיבים הכלולים במבחן, אמורה האחות להתרשם מהופעתו הכללית של הזקן, רמת חייו, מצב ביתו, ורשת התמיכה הלא-פורמלית המסייעת לו, ולדווח על כך.

הניקוד הניתן לזקן כולל את שלושת המרכיבים שצוינו לעיל: בעבור מוגבלות בביצוע הפעולות היום-יומיות עשוי הזקן לקבל מ-0 נקודות (עצמאות מוחלטת) עד ל-8 נקודות (תלות מלאה); בעבור הצורך בהשגחה מלאה מקבל הזקן 6.5 נקודות; ואילו בעבור מגורים לבד הוא מקבל 2 נקודות (אך נקודות אלו ניתנות לו רק באם צבר 2 נקודות לפחות בבדיקת הפעילות היום-יומית). גימלה חלקית (100) ניתנת לזקן שצבר לפחות 2.5 נקודות במבחן הפעילות היום-יומית, ואינו זקוק להשגחה מלאה. גימלה מלאה (150) ניתנת לזקן שזקוק להשגחה מלאה ו/או צבר לפחות 6.5 נקודות בגין מוגבלותו בפעילות היום-יומית ומגורים לבד.

מהו שיעור הזקנים שהגיש בקשות לקבלת גמלת סיעוד ובקשתם אושרה? זיפקין ומורגנשטיין (1998), מדווחות כי שיעור זה נע בין השנים 1988 ל-1997 בין 47- ל-57 אחוז. ברוב המכריע של הפניות לגמלת סיעוד שנדחו, הדחייה נבעה מאי עמידה במבחן התלות. 8 אחוזים מהבקשות נדחו בשל אי עמידה בתנאי זכאות מקדימים (גיל, מקום מגורים וכדומה) ורק ב-1 אחוז היא נבעה מאי עמידה במבחן ההכנסות.

ראוי לציין, כי רבים מהנדחים פונים שוב לאחר פרק זמן מסוים בבקשה לקבל גמלת סיעוד. שיעור הפונים מחדש הולך וגדל משנה לשנה, הוא היה כ-9 אחוזים ב-1988, עלה לכ-30 אחוז ב-1990, והגיע לכ-45 אחוז ב-1997. המעניין הוא כי רבות מפניות אלו נענות בחיוב. ב-1996

71- אחוז מהפניות מחדש אושרו. לא נמצא הבדל בשיעורי האישור לפי פרק הזמן שחלף בין הדחייה לבין הפנייה (זיפקין ומורגנשטיין, 1998).

(2) בעיות מרכזיות במבחן התלות ובהפעלתו

אפשר להצביע על שלוש בעיות מרכזיות הקשורות למבחן התלות: ראשית, רמת המהימנות והתקפות של המבחן. שנית, המידה שבה מרכיבי המבחן אכן מבטיחים אבחון הולם של זקנים מוגבלים. שלישית, השירותים לזקנים שפנייתם נדחתה.

התקפות והמהימנות של מבחן התלות

הבטחת המהימנות והתקפות של המבחן הינה תנאי לאחידות ושוויוניות של שירותי הסיעוד. מספר מחקרים שבחנו שאלה זו מצביעים על כך שהמבחן הינו אכן תקף. כהן, גינסברג ושטסמן, (1991), העריכו את רמות התפקוד של 50 זקנים, שנבדקו הן על-ידי מבחן התלות והן באמצעות כלי בדיקה נוספים, ומצאו מידה רבה של התאמה בין תוצאות הבדיקות השונות, זולת התוצאות בנושא ההשגחה. מחקר נוסף שנערך בשנים הראשונות לביצוע החוק (נאון, 1989), מצביע על מידה רבה של התאמה בין סטנדרטים שקבעו מומחים למתן מענה לצורכי זקנים לבין הניקוד הכולל שניתן לזקנים אלו במבחן התלות.

בדיקת המהימנות בין האחיות בביצוע מבחן התלות הינו נושא מורכב הנובע מהמספר הרב של האחיות המבצעות את הבדיקה ומהשתייכותן ללשכות בריאות מחוזיות שונות. המחקר שבדק שאלה זו בראשית שנות התשעים (בייץ-מוראי, זיפקין ומורגנשטיין, 1994), מצא סטייה קטנה בין הלשכות השונות בציונים שניתנו לרמות התפקוד בתחומים השונים של הפעילות היום-יומית. הסטייה התבטאה בכך שבשתי לשכות, באר-שבע ונצרת, הציון הממוצע שניתן לרמות התפקוד היה שונה באופן מובהק מהציון הממוצע הכולל. הבדלים אלו מיוחסים על-ידי החוקרים בעיקר לייחודם של מחוזות אלו מבחינת ההרכב הדמוגרפי (מין וגיל) ותנאי מגורים. התמונה משתנה כאשר עוברים לנושא ההשגחה. בתחום זה נמצאה מידה רבה של שוני בין המחוזות וזאת גם לאחר ניכוי ההבדלים ביניהם בתכונות הדמוגרפיות של האוכלוסייה. ניתן אולי להסביר ממצאים אלו בכך, שקביעת הצורך בהשגחה נתונה בחלקה הגדול לשיקול הדעת של האחיות וזאת מבלי שתוכל להסתייע במבחן מובנה, המסייע בקביעת המוגבלות הפיסית. אלא רק בשאלות מנחות.

רמת המהימנות והתקפות של מבחן התלות מקבלת משוב, במידה מסוימת, גם מן השיעורים הגבוהים של אישורי זכאות, הניתנים לזקנים

שפנו מחדש בתביעה לקבלת גמלה זמן קצר לאחר דחיית בקשתם הקודמת. ב-1996 אושרו כ-74 אחוז מהפניות מחדש של זקנים שבקשתם נדחתה פחות משלושה חודשים קודם לכן (זיפקין ומורגנשטיין, 1998). אין אמנם מידע על הסיבות לשינוי בהחלטה תוך פרק זמן כה קצר. סביר להניח, שבמקרים רבים הוא נובע משינוי לרעה במצבו של הזקן, שמתרחש פרק זמן קצר לאחר מבחן התלות. אך יתכן גם שהשינוי בהחלטה הוא תוצאה של הערכה שונה של מצבו של הזקן על-ידי אחות אחרת המפעילה אותו מבחן תלות.

ראוי לציין, שב-1996 הניקוד הממוצע שניתן לזקנים שתביעתם אושרה לאחר שנדחתה קודם לכן, היה 2.57 לעומת ממוצע של 0.93 בבדיקה הקודמת. ההערכה מחדש אפשרה אפוא לזקנים אלו לחצות את הסף של 2.5 נקודות, המזכה אותם בקבלת גימלה. נתונים אלו אף מצביעים על כך שהשינוי בניקוד נבע מהערכה שונה של מרכיב הפעילויות היום-יומית במבחן התלות ולא של מרכיב ההשגחה. הנתונים שהוצגו לעיל אינם אחידים, חלקם מצביעים על כך שמבחן התלות עונה במידה הולמת לדרישות התקפות והמהימנות, אך חלקם מצביעים על בעייתיות בתחום זה, בעיקר בנושא ההשגחה.

מרכיבי המבחן

סוגיה נוספת מתייחסת למרכיביו של מבחן התלות: האם המרכיבים הנבדקים אכן משקפים בצורה הולמת את מגבלותיו הפיסיקות והנפשיות של הזקן? האם אין צורך בהוספת מרכיבים נוספים על מנת לשפר את יכולת האבחון של המבחן?

כהן גינסבורג ושטסמן, (1991), ערכו השוואה בין היקף הזכאות לגימלה לפי מרכיבי מבחן התלות הנוכחי להיקף הזכאות לפי מבחן, שכלל מרכיבים נוספים המקשים על תפקוד הזקן. הם מצאו כי המבחן "המשופץ" הביא לתוספת של כ-15 אחוז במספר הזכאים. קיימת אפוא בעייתיות אפשרית ביכולתו של המבחן לכסות בצורה הולמת את אוכלוסיית הזקנים המוגבלים. המידע הקיים בשאלה זו הוא חלקי ויש להעשירו על-ידי מחקרים נוספים.

"הנדחים" מקבלת שירותי סיעוד בגין הפעלת מבחן התלות

כפי שצוין לעיל כ-50 אחוז מהזקנים הפונים בבקשה לקבלת שירותי סיעוד אינם נענים, רובם המכריע בגין אי עמידה במבחן התלות. המספר הגבוה של הפונים לקבלת שירותי סיעוד מצביע על קיומם של צרכים, על מודעות הזקנים לצורכיהם ולשירותים שעשויים לסייע להם, ועל נכונותם

לפנות אליהם. נראה אפוא, שבחלק גדול מן הפניות שנדחו, אין משמעה של הדחייה שלפונים אין צרכים, אלא שצרכים אלו אינם עולים בקנה אחד עם דרישות החוק.

מצב זה מעלה שאלות עקרוניות המחייבות התייחסות: האם מערכת השירותים, המטיבה לכסות את צורכיהם של הזכאים לקבלת שירותי סיעוד, מתייחסת לעשרות אלפי הקשישים שאינם זכאים לקבלת שירותים אלו? האם מחלקות הרווחה המקומיות ערוכות מבחינה מקצועית, ארגונית ותקציבית לספק מענה הולם לצורכיהם של זקנים אלו שרבים מהם ומבני משפחתם "גילו" את שירותי הרווחה בגין חוק ביטוח סיעוד? כפי שצוין כבר בחלק קודם של העבודה יכולתם של שירותי הרווחה להיענות לאתגר זה הינה מוגבלת למדי.

ב. רמות הזכאות והיקף הסיוע

(1) בחינת רמות הזכאות

גימלת הסיעוד אינה מיועדת לכסות את כל צרכי הזקן בשירותי סיעוד אלא מכוונת לסייע לזקנים רבים בשיעורים צנועים יחסית (בן צבי, בהתאם לעיקרון זה קבע החוק שתי רמות גימלה בלבד. אליהן נוספו שתי רמות מופחתות שנועדו לענות על צורכיהם של זקנים שנמצאו זכאים לגימלה בגין מבחן התלות, אך לא עמדו במבחן ההכנסות. זקנים שאושרה להם רמת גימלה חלקית של זכאים לערער על קביעה זו ולדרוש הערכה מחדש. באותה מידה גם המוסד לביטוח הלאומי רשאי לבחון מחדש את רמת הגימלה שנקבעה לזקן וזאת כתוצאה מסיבות שונות כמו מידע על שינוי במצבו.

ב-1996 נערכו 10,600 הערכות מחדש, שלושה-רבעים מהן היו ביוזמת הזקן. 29 אחוז מההערכות מחדש הביאו להעלאת רמות הגימלה, 12 אחוז מהן הביאו לביטול כולל של הגימלה או להורדתה, הרוב המכריע של ההערכות לא הביאו לשינוי בהערכה הראשונית. בחינת מקור הדרישה להערכה מחדש מורה כי שינויים בכיוון של העלאת רמת הגימלה חלו בשיעור רב יותר כאשר הפנייה באה מהזקן (37 אחוז) לעומת פניות של המוסד לביטוח לאומי (6 אחוזים). יתר על כן, כ-40 אחוז מהפניות של הביטוח הלאומי להערכה מחדש הביאו לביטול כולל של הגימלה (זיפקין ומורגנשטיין, 1998).

בדיקת הנתונים על חלוקת הזכאים לפי רמות הגימלה לאורך השנים ועל הניקוד אותו קיבלו הזכאים במבחן התלות מצביעה על כמה מגמות בולטות:

- א. לרוב המכריע של הזקנים אושרה גימלה חלקית בלבד ורק למיעוטם גימלה מלאה.
- ב. קיימת ירידה הדרגתית לאורך השנים בשיעור הזכאים שקיבל גימלה מלאה (מכ-25.5 אחוז ב-1989 לכ-21 אחוז במחצית 1998).
- ג. לשיעור מזערי של זקנים אושרה רמת זכאות של 50 ו-75 אחוז.
- ד. למספר גדול של זקנים בעלי רמות שונות של מוגבלות המתבטאות בניקוד שונה, אושרה אותה רמת גימלה.
- ה. מספר לא קטן של זקנים נדחה, אם כי הם היו על סף הניקוד לזכאות.
- ו. פניות להערכה מחדש בעיקר של הזקנים מביאות במקרים רבים לשינוי ברמת הגימלה.

(2) בעיות מרכזיות הקשורות לרמות הזכאות

מגמות אלה בשילוב עם העולה מריאיון של מרכזות הוועדות המקומיות, מצביעים על שלוש בעיות מרכזיות אליהן ראוי להתייחס:

שיעור נמוך של מקבלי גימלה מלאה והירידה בחלקם בין מקבלי גמלות הסיעוד במהלך השנים. שתי התופעות אינן עולות בקנה אחד עם נתונים שונים המצביעים הן על הגידול במספר הזקנים, המאופיינים על-ידי רמת מוגבלות גבוהה יותר, והן על שיעור גבוה של זקנים תשושי נפש החיים בקהילה והזקוקים על כן להשגחה מלאה המקנה להם גימלה מלאה. קיימת אפוא אפשרות שישנו פער בין מספר הזכאים להם אושרה גימלה בגין מצבם הנפשי ו/או מוגבלותם התפקודית, לבין שיעור תשושי הנפש בקרב הזקנים המתגורר בקהילה. פער אפשרי זה עשוי גם להסביר את הבעיות שצוינו לעיל בבדיקת נושא ההשגחה ובאיתור ו"כיסוי" הולם של אוכלוסיית תשושי הנפש.

קיומן של שתי רמות גימלה. זקנים ברמות מוגבלות ותפקוד, השונות במידה רבה זו מזו, מקבלים למעשה אותו מספר שעות סיוע. זקן שקיבל 2.5 נקודות בתחום אחד, לדוגמא, מקבל אותו מספר שעות סיוע כמו זה שקיבל מספר נקודות זהה בגין מוגבלותו בתחום אחר, אך בנוסף לכך הוא קיבל 3.5 נקודות נוספות בגין מוגבלות בתחומים נוספים.

אוכלוסייה הנמצאת על סף הזכאות. כ-7 אחוזים מהזקנים קיבלו ב-1996 בגין רמת תפקודם בפעילויות היום-יומיות 2 נקודות. כלומר שחצי נקודה נוספת בלבד ו/או מגורים לבד, היו מאפשרים לזקנים אלו לחצות את סף הזכאות. הפער ברמת המוגבלות בין זקנים אלו לבין הזקנים שקיבלו 2.5 נקודות הינו מצומצם ביותר. יתר על כן, יכולתם של

זקנים אלו ליהנות מסיוע שלא במסגרת החוק מותנית ביכולתם הכספית ובהיקף ההוצאה המוקדשת לנושא זה על-ידי מחלקת הרווחה המקומית.

ג. הרכב סל השירותים

(1) תאור מרכיבי סל השירותים

מרכיבי סל השירותים נקבעים על-ידי הוועדה על בסיס הערכת מצבו הבריאותי ומגבלותיו התפקודיות של הזקן. המגמה היא להגיע להתאמה מירבית בין צרכיו של הזכאי והמענים אותם יכול החוק לספק. בדיקת הרכב סל השירותים בשנים 1996-1998 מראה כי המרכיב העיקרי הוא טיפול אישי, כולל עזרה בניהול משק הבית. שירות זה, הניתן בביתו של הזקן, מסופק ללמעלה מ-90 אחוז מהזכאים, כאשר חלק מהם מקבל גם מרכיב נוסף מסל השירותים. כל השירותים האחרים הכלולים בסל – שירותי מרכזי היום, שירותים לניהול משק הבית, מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה ולחצני מצוקה – ניתנים לאחוז קטן יחסית מהזכאים, לדוגמה, רק בין 6 ל-7 אחוזים מהזכאים מקבלים שירותי מרכז יום. השירותים העיקריים הניתנים במסגרת מרכזי היום כוללים: ארוחות אותם מקבל הרוב המכריע של הזכאים, התעמלות, ריפוי בעיסוק, רחצה ופיזיותרפיה. זכאים מעטים נהנים משירותים נוספים כמו מספרה ושירותי כביסה.

(2) בעיות בהרכב סל השירותים

האם השירותים המסופקים לזכאים תואמים את צרכיהם? כמחצית מהעובדים שרואיינו במסגרת עבודה זו, טענו שהתשובה לכך היא חיובית, בדרך-כלל, וכמחצית טענו כי השירותים אינם עונים על הצרכים. הביקורת העלתה ארבעה נושאים מרכזיים: ראשית, בקביעת הסל אין מעורבות מספקת של העובדים הסוציאליים בקהילה ושל בני המשפחה המכירים את הזקן וצרכיו; שנית, הסל אינו כולל מספר מרכיבי שירות שאספקתם חיונית להבטחת איכות חיי הזקנים כמו: ארוחות מוכנות, שירותי שיקום, פיזיותרפיה, ייעוץ ומתן מידע. הכללת חלק ממרכיבים אלו בסל השירותים הניתנים במסגרת חוק סיעוד הינה עם זאת בעייתית, מכיוון שהם כלולים בתחום האחריות של שירותים אחרים. הביקורת השלישית היתה השימוש המוגבל בשירותי מרכזי היום. מרכז היום, הפועל בקהילה הוא בעל חשיבות מיוחדת מכיוון שהוא מאפשר לזקן המוגבל לצאת מביתו, להיפגש עם זקנים אחרים ולקחת חלק במיגוון פעילויות וליהנות משירותים שלא ניתן לספקם במסגרת הטיפול הביתי. ראוי לציין כי בישראל פועלים כיום כ-150 מרכזי יום.

מקורות

הפרק מבוסס על מספר מקורות מרכזיים: (1) פרסומי מכון ברוקדייל ומחלקת המחקר של המוסד לביטוח לאומי; (2) ריאיון של קובעי מדיניות ואנשי מפתח בתחום; (3) ריאיון מרכזי ועדות מקומיות לביצוע חוק הסיעוד במספר יישובים ועובדים סוציאליים נוספים במחלקות לשירותים החברתיים. (במסגרת איסוף החומר לא רואינו זקנים המקבלים שירותים או בני משפחה של מקבלי שירותים, אך חלק מהמחקרים שנסקרו בחנו אוכלוסיות אלו).

בייץ-מוראי ש. ומורגנשטין ב. (1992). השפעת חוק הסיעוד על מערך העזרה הבלתי פורמלי בקשישים מוגבלים, המוסד לביטוח לאומי, דו"ח מס' 92.

בייץ-מוראי ש., זיפקין א. (1993). ביצוע חוק ביטוח סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, דו"ח מס' 108, ירושלים.

בייץ-מוראי ש., זיפקין א. ומורגנשטין ב. (1993). מבחן הערכת תלות במסגרת חוק ביטוח סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, דו"ח מס' 112, ירושלים.

בייץ-מוראי ש., זיפקין א. ומורגנשטין ב. (1994). "בחינת מבחן-הערכת-תלות בחוק ביטוח סיעוד", *ביטחון סוציאלי* 42, עמ' 100-117. בן-צבי ב. (1993). "חוק הסיעוד – הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו", *ביטחון סוציאלי* 39, עמ' 110-121.

ברודסקי ג. (1998). חומר רקע על הקשישים בישראל ועל שירותים נבחרים עבורם, גויינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברודסקי, ג., נאון ש. וקינג י. (1993). השלכות הרחבת הטיפול הביתי על מצבם של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק הסיעוד, מכון ברוקדייל, דו"ח מס' 3, עמ' 93-204.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, *שנתון סטטיסטי לישראל*, שנים שונות. המוסד לביטוח לאומי, *סקירה שנתית*, שנים שונות. המוסד לביטוח לאומי (1995). *מבוטחים ומקבלי גמלאות לפי יישוב 1994*, סקר מס' 129, ירושלים.

המוסד לביטוח לאומי (1999) *רבעון סטטיסטי*, כ"ט 2. חביב ג. ופקטור ח. (1987). "הגישות הקשורות לפיתוח חוק ביטוח סיעוד והשלכותיהן הכספיות", *ביטחון סוציאלי* 30, עמ' 54-64.

- כהן א., גינסברג א. ושטסמן י. (1991). הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני התלות של המוסד לביטוח לאומי ובמבחנים נוספים באוכלוסייה הקשישה בירושלים, מכון ירושלים, מחקר הזיקנה (לא פורסם).
- כהן ש. (1987). "חוק ביטוח סיעוד – רקע, עקרונות והתארגנות לקראת הפעלה", *ביטחון סוציאלי* 30, עמ' 7-19.
- כי-טוב י. (1998). "הדילמות בתפקידו של העובד הסוציאלי בועדה מן ק. (1987). "חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד", *ביטחון סוציאלי* 30, עמ' 20-24.
- נאון ד. (1989). תהליך סיווג קשישים לרמה תפקודית במערכת השירותים לטיפול ממושך ובניית כלי עזר לשיפור התהליך, מכון ברוקדייל, דפי דיון, עמ' 15-90, ירושלים.
- סגל י. (1999) *"מספק שירות לקונה שירות"* דורות 37 עמ' 20-24. עמותת חברות הסיעוד הפרטיות (1998). עלויות ישירות ורווחיות שירותי סיעוד.
- פקטור ח. באר ש. פרימק ח. (1992) תחזית דמוגרפית תחזיות מוגבלות ותחזיות צרכים קשישים לשירותים עד שנת 2000. בת ברנע, וג. חביב (עורכים) *הזדקנות בישראל בשנות ה-90*. מכון ברוקדייל ואש"ל, גיוינט ישראל ירושלים.
- קופ י. (עורך). *הקצאת משאבים לשירותים חברתיים*, שנים שונות, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- קטן י. (1997). "הממד השוויוני בפעילות שירותי הרווחה האישיים" בי. קופ (עורך), *הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1996*, המרכז לחקר המדיניות החברתית, ירושלים.
- קטן י., ינאי א. ושרר מ. (1996). "שלטון מרכזי ושלטון מקומי בזירת שירותי הרווחה האישיים" בי. קטן (עורך), *שירותי רווחה אישיים מגמות ותמורות*, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, והוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- רייס א. (1998). "עשור לחוק ביטוח סיעוד", *דורות* 29, עמ' 12-14.
- שמיד ה. וסבג ק. (1990). חקר תפקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד, בית-הספר לעבודה סוציאלית, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים.
- שמיד ה. וסבג ק. (1991). "היבטים ארגוניים ומבניים של ארגונים ציבוריים ופרטיים המספקים שירותים לזקנים סיעודיים – ניתוח השוואתי", *ביטחון סוציאלי* 36, עמ' 49-67.

שמיד ה. (1998). הערכת תפקודם של הארגונים המספקים שירותי טיפול
בית לזקנים סיעודיים. האוניברסיטה העברית בית-הספר לעבודה
סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, ירושלים.
שניט ד. (1987). "חוק ביטוח סיעוד – ההיבט המשפטי", ביטחון סוציאלי
Zipkin A. and Morginstin B. (1998). Recipients of Long-Term
Care Insurance Benefits in Israel 1996-1997, National
Insurance Institute, Jerusalem, Survey no. 156.