

חלופות לעובדים זרים בסיעוד¹

יוסי אברהם ויוסי תמיר²

תהליך הזדקנות האוכלוסייה הופך את הטיפול באוכלוסייה המזדקנת לנושא בעל חשיבות עליונה בסדר היום של מדיניות חברתית. ישראל נבדלת ממדינות מפותחות אחרות בגישתה למתן סיעוד, בכך שנעשה שימוש רחב יותר בעובדים זרים העובדים בענף הסיעוד. העובדים הזרים מקלים על הנטל המוטל על המשפחה המטפלת בקשיש הסיעודי, הזקוק לטיפול לאורך כל היממה. יחד עם זאת, שהייתם של העובדים הזרים בישראל תובעת מהחברה בישראל מחיר כבד במגוון תחומים כלכליים וחברתיים. מסמך זה מציג את התוצאות הלא רצויות הנובעות משימוש בעובדים זרים לעבודה בסיעוד ואת הגורמים המונעים שינוי בשיטת מתן הסיעוד הנוהגת בישראל, מציע שלוש חלופות לשינוי אופן מתן הסעד לקשישים, המתבססות על כוח עבודה ישראלי, ומציג את החלופה העדיפה ביותר לחברה ולמשק הישראלי – מעבר למתן שירות אינטגרטיבי.

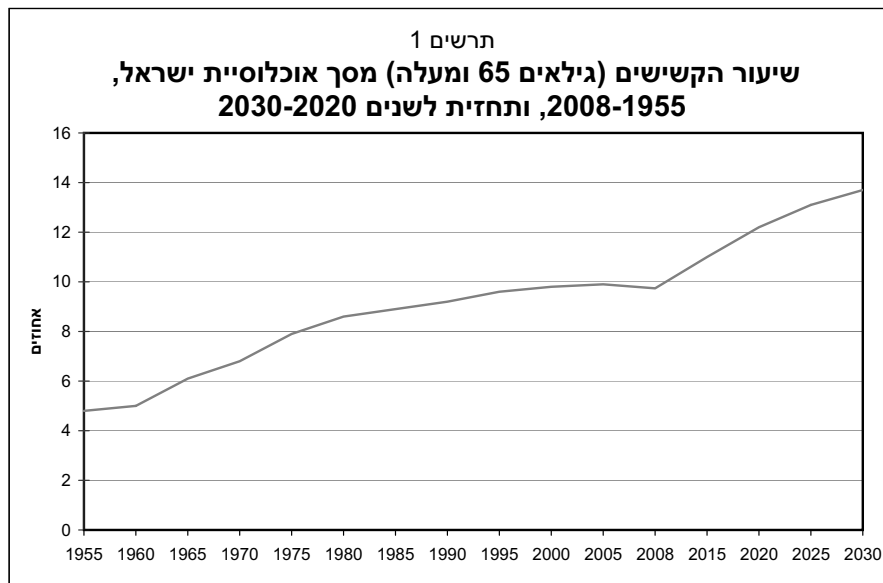
מבוא

טיפול ארוך טווח בקשיש הסיעודי הופך להיות נושא מרכזי בשיח המדיניות החברתית ברחבי העולם. רוב מדינות העולם, וישראל ביניהן, נמצאות בעיצומו של תהליך הזדקנות האוכלוסייה. עם השנים, שיעור הקשישים באוכלוסייה גדל, תוחלת החיים גדלה ואיתה גם הצורך לתת מענה לצורכיהם המתרבים של הקשישים (Francesca, Ana, Jérôme, & Frits, 2011).

- 1 תודתנו נתונה לכל מי שסייע בהכנת עבודה זו: לגבי ג'ני ברודסקי, מנהלת המרכז לחקר הזקנה, מכון ברוקדייל; ד"ר ענת גופן, מר רן כהן, גבי אילה הנדין מבית הספר למדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית; מלכה כורזים ואחרים ממכון ברוקדייל; מר יעקב קבילו מאש"ל; פרופ' איסי דורון, יו"ר האגודה לגרונטולוגיה; נתן לבון, יו"ר כן לזקן; ביאנקה יואל, כן לזקן; גבי רבקה רוזנברג מהביטוח הלאומי.
- 2 בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; וג'וינט ישראל.

ביטחון סוציאלי, ניסן תשע"ב, אפריל 2012, מס' 88 : 96-65
נשלח לפרסום ב-17.1.11, התקבל ב-30.8.11

בישראל (תרשים 1) גדל עם השנים שיעור הקשישים (בני 65 ומעלה) והגיע בשנת 2008 ל-9.7%. עלייה זו עתידה להימשך, והצפי הוא שבשנת 2030 יהיו 13.7% מאוכלוסיית ישראל מעל גיל 65. יתר על כן, אוכלוסיית הקשישים בני ה-75 ומעלה, הזקוקה לעתים קרובות יותר לסיוע רב, גדלה בקצב מהיר עוד יותר, ובשנת 2030 צפוי ש-50% מבני ה-65 ומעלה יהיו בני 75 ומעלה.³ (חלופה בינונית; למ"ס, 2009).



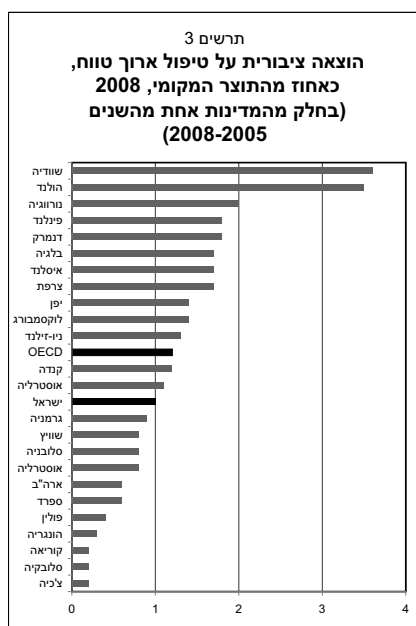
מקור: חלופה בינונית, למ"ס, 2009

שיעור הקשישים העולה מגביר את הצורך במתן סיעוד לצורכיהם. מערכת הטיפול בקשיש עברה במשך השנים מאוריינטציה מוסדית לאוריינטציה קהילתית, השואפת להעניק את הטיפול בביתו של הקשיש הסיעודי ובמסגרת קהילתו (גולדנר ובריק, 2003). שינוי זה נבע, הן מההנחה שמבחינת רווחת הקשיש עדיף לא לנתק אותו מסביבתו החברתית והטבעית (Fogel, 1992; Krothe, 1997) והן משיקולים כלכליים, שכן הטיפול בקהילה זול משמעותית מטיפול במוסד (Chernichovsky, Koreh, Soffer, & Avrami, 2010).

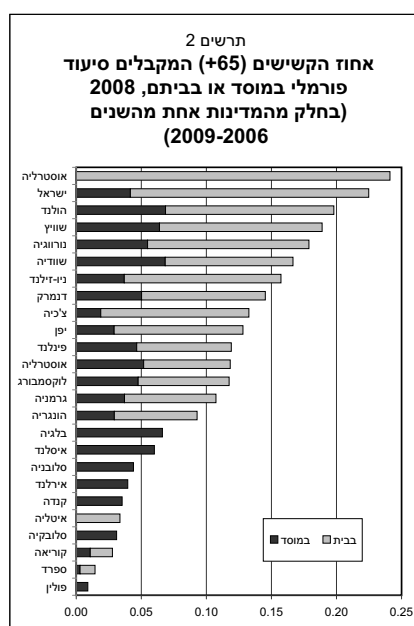
3 אוכלוסיית הקשישים בעדה הערבית קטנה וצעירה יותר. בשנת 2007 היו 3.5% מכלל האוכלוסייה הערבית בני 65 ומעלה ו-32.6% מהם היו בני 75 ומעלה.

בשנת 1986 נחקק חוק ביטוח סיעוד, שנועד להבטיח טיפול בקשישים החיים בביתם, אך מוגבלים ביכולתם לבצע את פעולות היומיום החיוניות לאורח חיים רגיל, ובכך להקל על העומס המוטל על בני המשפחה, הנושאים במרבית הנטל. במסגרת החוק נקבע שהשירותים לקשיש יינתנו בעין ולא כגמלה כספית, שהחוק יסייע למשפחה ולא יחליפה ושהוא יאפשר לקשישים להמשיך לחיות בביתם ככל שניתן (גל, 2004). משנת 1988 עלה בהתמדה מספר הזכאים לשירותי סיעוד במימון ציבורי, והגיע בסוף 2010 ל-144 אלף (Francesca et al., 2011). אלה מהווים כ-18% מאוכלוסיית ישראל בגילאי 65 ומעלה (חישוב עצמאי; למ"ס, 2009; המוסד לביטוח לאומי, 2011).

מתן הסיוע הנגזר מחוק ביטוח סיעוד מהווה אתגר משמעותי למדינת ישראל, במיוחד בהתחשב בעובדה שמספר הקשישים הזקוקים לסיוע עתיד לגדול בשנים הקרובות במידה משמעותית (למ"ס, 2010). בעוד שישראל ממוקמת במקום גבוה יחסית למדינות אחרות בשיעור מקבלי הסיוע בבית הקשיש (תרשים 2), נראה שההוצאה הציבורית על טיפול ארוך טווח, כאחוז מהתוצר המקומי, נמוכה מעט מהמוצע במדינות ה-OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (תרשים 3).

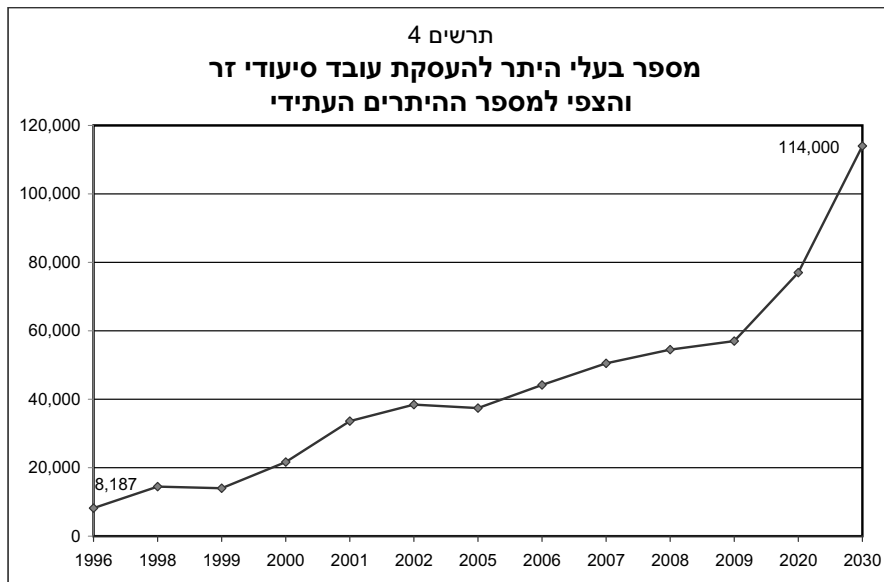


מקור: Francesca et al., 2011; OECD, 2010



מקור: Francesca et al., 2011, עבור ישראל: חישוב עצמאי, למ"ס, 2009; המוסד לביטוח לאומי, 2011

אחת השיטות המקובלות בישראל לטיפול פורמלי בקשיש סיעודי היא באמצעות עובד זר. הרשאה להעסקת עובד זר ניתנת לקשישים הזקוקים לסיוע רב ולהשגחה מתמדת. הזכאות נקבעת על פי הניקוד של הקשיש במבחן הערכת תפקוד (ADL) שעורך המוסד לביטוח לאומי.⁴ הליך הבאת עובד זר לארץ הוא הליך אישי, כלומר על פי הצורך של קשיש מסוים, ומוצמד לאותו קשיש (נתן, 2008א). בניגוד לענפים אחרים, אין מכסה המגבילה את מספר העובדים הזרים הרשאים לשהות בארץ (נתן, 2009). רבים מכנים מצב זה "צ'ק פתוח". הצפי הוא שעד שנת 2030 יהיו בישראל כ-114 אלף מטפלים זרים חוקיים בענף הסיעוד (תרשים 4).⁵



מקור: נתן, 2009; נתן, 2008א.

הנתונים של 2020 ו-2030 הם תוצאה של חישוב עצמי ומבוססים על נתוני הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), חלופה בינונית (למ"ס, 2009)

הגידול בביקוש לשירותים של מטפלים פורמליים נובע, לא רק מגורמים דמוגרפיים, אלא גם מעלייה ברמת החיים בישראל, שעמה מגיעים שינויים בדפוסי הצריכה ובנורמות המקובלות, וכן מהיחלשות התמיכה הלא פורמלית בקשישים (אקשטיין, 2007;

4 הניקוד הנדרש לקבלת ההיתר הוא 4.5 נקודות ומעלה, או 4 נקודות ומעלה, אם המבקש מתגורר בגפו או עבר את גיל 90.

5 בהנחה שהיחס בין מספר המטפלים הזרים למספר הקשישים בגילאים 65-74 ו-75+ יישאר זהה.

(Popenoe, 1993). אלה צפויים להוביל לעלייה גדולה עוד יותר בצורך בעובדי סיעוד פורמליים, וביניהם עובדים זרים.

בעשור האחרון גוברת המודעות להשפעתם של עובדים זרים על החברה והכלכלה בישראל. מודעות זאת באה לידי ביטוי בפעילות מוגברת של רשויות ממשלתיות: שינויים רבים במספר ההיתרים; שינויים בשיטות ההעסקה, במיסוי ובאגרות לעובדים; הקמת משטרת הגירה (2003); הקמת רשות הגירה ואוכלוסין (2009). כמו כן הוקמו ועדות רבות העוסקות בנושא (אקשטיין, 2010).

המודעות הגוברת להשפעת הימצאותם של העובדים הזרים בישראל לא תורגמה לצמצום מספרם של אלה העובדים בסיעוד. נהפוך הוא, מספרם גדל מאוד. גידול זה מלמד שלא בוחנים אם השימוש בעובדים זרים בסיעוד יהיה אפשרי גם בעתיד. נכון לעכשיו גורמים רבים פועלים לקראת הגבלת השימוש בעובדים זרים בסיעוד: עליית השכר בארצות המקור (Pissarides & McMaster, 1990); עליית השכר המשולם לעובדים זרים בישראל; הלחץ הגובר של ארגונים בינלאומיים על מדינת ישראל כנגד תנאי ההעסקה של עובדים זרים בסיעוד; הלחץ הפנים ישראלי כנגד הימצאותם של העובדים הזרים בישראל (Francesca et al., 2011; Kemp, 2010).

לדעתנו על קובעי המדיניות בישראל להתייחס לתופעה זו בהקדם האפשרי, כדי למנוע את המשבר הצפוי. אתגר זה קורא לבחון מחדש את שיטת מתן הטיפול הסיעודי ומסגרת התמיכה הניתנת לקשישי הסיעודי ולאפשר את הגדלת שילובם של עובדים ישראלים בתחום הסיעוד.

להלן יוצגו השפעות העובדים הזרים על הכלכלה, על שוק העבודה ועל החברה הישראלית.

השפעת העובדים הזרים על הכלכלה ועל שוק העבודה

דחיקת ישראלים לא מיומנים משוק העבודה

העסקת עובדים זרים מצמצמת את אפשרויות התעסוקה של ישראלים לא מיומנים, שהתמריץ להשתלבותם בשוק העבודה נמוך גם כך מהסיבות שיתוארו להלן. מקומות עבודה, שיכלו להיות נחלתם של עובדים ישראלים, מאוישים כיום בידי עובדים זרים.

זכאותם של עובדים לתשלומי העברה מעלה את שכר הסף שלהם (Feldstein & Poterba, 1984) ומקטינה את התמריץ שלהם להיכנס לשוק העבודה (Meyer, 1991).

העדר העניין להיכנס לשוק העבודה בשכר מינימום או בשכר קרוב לו נובע לא רק מגובה תשלומי העברה, כמו הגמלה להבטחת הכנסה, אלא גם מ"הפסד" של הטבות רבות בכסף ובשווה כסף, הניתנות למקבלי הגמלה (Blanchard & Katz, 1996). מצב דברים זה מזמין את העסקתם של עובדים זרים ומאיץ את דחיקתם של ישראלים לא מיומנים משוק העבודה. בהתחשב בהוצאות המדינה על יצירת מקומות עבודה (Active Labor Market Policy), הרי מקום עבודה המאויש בעובד זר ולא בעובד ישראלי מייצר הפסד של כ-24 אלף ש"ח לכלכלת ישראל.⁶

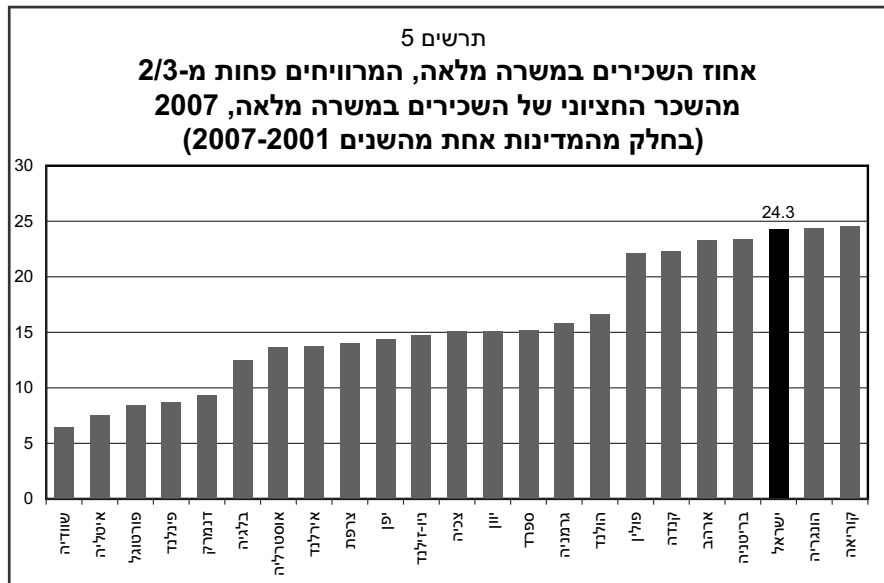
השפעות שליליות על השכר

מכיוון ששוק העבודה לבעלי מיומנויות נמוכות נחשב שוק אחד המשותף לכל ענפי המשק, להעסקתם של עובדים זרים השפעה רוחבית על תנאי העסקתם של ישראלים העובדים בסיעוד ועל ישראלים בעלי מיומנויות נמוכות בכלל הענפים (אקשטיין, 2010; גוטליב, 2002; Altonji & Card, 1991).

הימצאותם של עובדים זרים משפיעה על אחוז השכירים במשק ועל אחוז השכירים המרוויחים שכר נמוך ועקב כך גם על שיעורי העוני ואי השוויון בהתחלקות ההכנסות במשק. במדדים שליליים אלה ישראל נמצאת בראש רשימת המדינות המפותחות החברות ב-OECD. בתרשים 5 ניתן לראות ששיעור השכירים המרוויחים שני שלישים מהשכר החציוני בישראל, 24.3%, גבוה מהשיעור ברוב המדינות הנכללות במדידה זו. יתרה מזו, יש לציין שמדד זה מהווה מדד חסר; בעוד שבמדינות ה-OECD השכר החציוני הממוצע הוא 86% מהשכר הממוצע, בישראל הוא עומד על 75% בלבד.⁷ כלומר: השכר החציוני עצמו, המשמש בסיס למדידה, נמוך בהשוואה בינלאומית. נתונים אלה מעידים על שיעור גבוה במיוחד של שכירים בישראל הנמצאים ברמות שכר נמוכות.

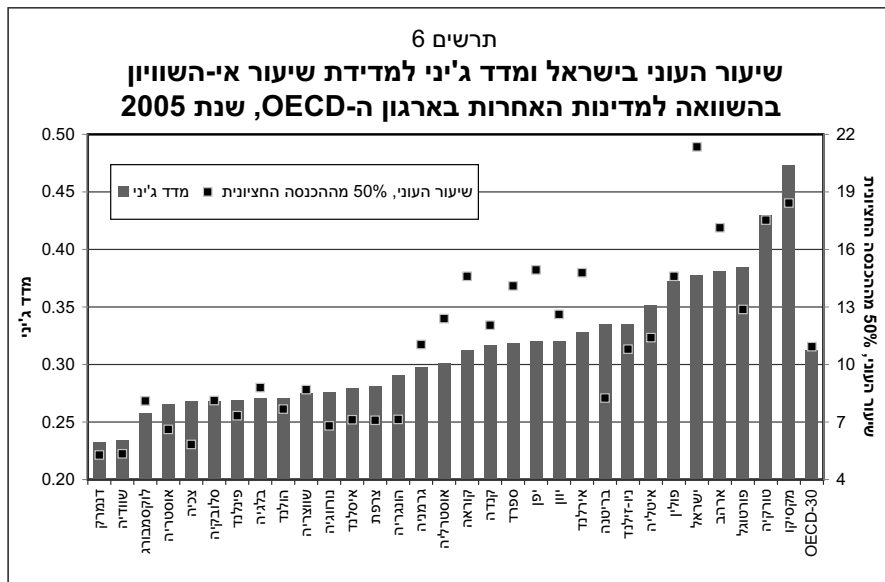
6 חישוב עלות יצירת מקום עבודה שימש לחישוב ההפסד הנוצר בעקבות איבוד מקום עבודה. סך ההוצאה הממשלתית על פעולות ליצירת עבודה בשוק העבודה (ALMP) עמד בשנת 2007 על 0.21% מהתוצר המקומי (שעמד על 675 מיליארד ש"ח בשנת 2007), כלומר 1.38 מיליארד ש"ח. בין השנים 2000-2009 נוצרו מדי שנה בממוצע 56 אלף משרות (למ"ס, "משרות שכיר, שכר ושכר ממוצע למשרת שכיר", סעיף 12.32, שנתון סטטיסטי, 2009).

7 חישוב עצמי; מקור הנתונים: <http://stats.oecd.org>. הנתונים על ישראל מתייחסים לשנת 2007.



מקור: OECD, 2010.

פגיעה בשכרם של ישראלים לא מיומנים מובילה להעמקת שיעורי העוני ולהגברת אי השוויון בהתחלקות ההכנסות במשק. תרשים 6 מראה שמדינת ישראל היא המדינה שבה שיעור העוני הגבוה ביותר בקרב מדינות ה-OECD. דו"ח הארגון (OECD, 2010) קושר את שיעור העוני הגבוה, לא רק לשיעור הנמוך של המשתתפים בשוק העבודה, אלא גם לשכר הנמוך של עובדים ישראלים לא מיומנים.



מקור: OECD, 2010.

ביטוי משמעותי לתופעה זו ניתן למצוא לא רק בתחולת העוני עצמה (שיעור העניים באוכלוסייה), אלא גם בשיעור העובדים מתוך אוכלוסיית העוני. על פי הנתונים האחרונים של המוסד לביטוח לאומי נושק שיעורם של העובדים העניים למחצית מכלל אוכלוסיית העוני (המוסד לביטוח לאומי, 2010). יתרה מזו, שיעור העובדים העניים הולך וגדל לאורך השנים. כך, למשל, בשנת 1990 עמד שיעור זה על 28% בלבד (המוסד לביטוח לאומי, 1991).

השפעת העובדים הזרים על החברה הישראלית

העסקתם של עובדים זרים מלווה פעמים רבות בניצולם. היא מובילה לביצוע עבירות של המעסיקים כלפי המדינה ולפגיעה בזכויותיהם של העובדים הזרים בשל חולשתם הכלכלית-החברתית (Bloomekatz, 2006), בשל מעמדם החוקי הנחות (מונדלק, 2003), בשל מעמדם הנחות בשוק העבודה (Ayalon, 2009a) ובשל ארעיות שהייתם בארץ והתחייבותם להשיב את דמי התיווך הלא-חוקיים שנגבו מהם (נתן, 2009; Ayalon, 2009a). תהליך הגיוס של עובדים זרים כרוך פעמים רבות בעבירות כלכליות, כגון גביית

דמי תיווך לא חוקיים וגיוס עובדים מיותרים והוצאתם המהירה מישראל, כדי להביא אחרים ולגרוף עוד דמי תיווך ("פליינג ויזה") (נתן, 2009).

העסקת עובד זר בתחום הטיפול הסייעודי יוצרת מצבים המובילים למעשה להפרה של חוקים סוציאליים קוגנטיים רבים במשפט העבודה המגן (Kav LaOved, 2010; Kemp, 2010). חוקי המגן נועדו לפצות על אי השוויון החברתי הנוצר בשל תלות כלכלית ביחסי העבודה (Befort, 2002). חוקים אלה מטילים על המעביד את החובה להעניק לעובדיו תנאי עבודה מינימליים מסוימים, ותכליתם להגן על זכויותיהם של עובדים, הן מפני המעבידים והן מפני ויתור של העובד עצמו על זכויותיו (פורת, 2009).

העובד בסיעוד מועסק במתכונת של מגורים במקום העבודה (live-in), שמשמעותה שהות בבית המעסיק במשך 24 שעות ביממה, שישה ימים בשבוע, שבהם יש טשטוש בין שעות העבודה לשעות הפנאי (Martin-Matthews, 2007). הבידוד החברתי הכבד ושעות העבודה הבלתי מוגבלות פוגעים ברווחה, בכבוד ולעתים אף בכריאותו הנפשית של העובד הזר (קו לעובד, 2010; Ayalon, 2009a).

העסקת עובדים זרים מביאה להתמודדות עם שאלות מוסריות ומשפטיות הנוגעות למעמדם של עובדים אלה (מונדלק, 2003) ולצורת ההתייחסות הרצויה לבני משפחתם (אקשטיין, 2010). בולטת בהקשר זה אמרתו של מקס פריש "רצינו להביא לכאן פועלים, וקיבלנו אנשים" (Motomura, 2006), אמרה המתמצתת את הקשיים הנובעים מהעסקת עובדים זרים. קשרים זוגיים, הולדת ילדים או כניסה לישראל של קרובים מדרגה ראשונה עלולים לסכן את מעמדו של העובד הזר ולהביא לגירושו מהמדינה. בעקבות זאת העובדים הזרים נמצאים במצב של בדידות חברתית ומשפחתית (Ayalon & Shiovitz, 2010) ומתבקשים להתמסר לטיפול בנמען על חשבון צורכיהם האישיים והחברתיים (Ayalon, 2009b). ילדים של עובדים זרים שנולדו בישראל או שהגיעו אליה בצעירותם חיים כיום בישראל, והסדרת מעמדם מעוררת שאלות מוסריות מורכבות (אקשטיין, 2010; נתן, 2010). לא בכדי עוררה סוגיה זו תהודה ציבורית נרחבת והתלבטות רבה, הן בציבור הרחב והן מסביב לשולחן הממשלה.

שהותם בישראל של עובדים זרים המועסקים שלא כחוק מעמיסה על המשק הישראלי ועל תקציב המדינה עלויות גבוהות לצורך ביצוע פעולות אכיפה. שהותם בארץ של כלל העובדים הזרים ובני משפחותיהם בישראל מגבירה את העומס על התשתיות הציבוריות בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה ועל התשתיות הפיסיות ומהווה נטל כלכלי על המשק הישראלי. להערכת משרד האוצר, הנטל הכלכלי של השימוש שעשו העובדים הזרים בשנת 2003 בתשתיות התחבורה, החינוך, הבריאות והרווחה נאמד ב-300 מיליון ש"ח ויותר (כ-1,600 ש"ח לעובד לשנה) (אנדרון, 2004).

התוצאות הלא רצויות הנובעות מהעסקת עובדים זרים מעלות את השאלה מדוע לא התפתחו חלופות שהיו יכולות לצמצם את מספר העובדים הזרים בסיעוד. לשאלה זו יש לדעתנו תשובות אחדות, שיוצגו להלן.

גורמים המונעים שינוי בתעסוקה בסיעוד

העדר תמריצים לקשיש הסיעודי ולמשפחתו להעסיק עובד סיעוד ישראלי: תקרת שעות הטיפול של עובדים ישראליים, המוקצות לקשיש סיעודי במסגרת חוק ביטוח סיעוד, עומדת כיום על 22 שעות שבועיות. בעבור רבים לא די בכך, ומלבד זאת פריסת השעות על פני היום אינה מיטבית. כך קשיש סיעודי יכול לקבל עזרה למשך שעות ארוכות, שבהן אין הוא זקוק לה, ולהישאר נטול עזרה בזמן שהוא נזקק לה. העסקת עובד זר לא דורשת אלא תוספת ממוצעת של כ-1,850 ש"ח מעבר למה שמקצה חוק הסיעוד להוצאות הקשיש ומשפחתו. בתמורה לכך הקשיש הסיעודי מקבל עובד ל-24 שעות במשך שישה ימים בשבוע (בן-צורי, 2010).

העדר מכסה למספר ההיתרים מהווה תמריץ חיובי להעסקת עובד זר ומוביל לניצול יתר של אפשרות הבאת עובדים זרים. צורכי הטיפול של חלק מהקשישים העומדים בתנאי הזכאות של העסקת עובד (זר או ישראלי) אינם מחייבים את העסקתו במשך רוב שעות היממה. ואולם מכיוון שעלות העסקתו של עובד זר נמוכה יחסית ומכיוון שחסרים פתרונות טיפוליים אחרים בהישג יד, רבים מהקשישים הסיעודיים בוחרים להעסיק עובד זר (אקשטיין, 2007).

העדר חלופה מוסדית: הטיפול במסגרת מוסדית אינו משמש כחלופה ממשית להחזקת הקשיש בביתו בקהילה. העלות הממוצעת של מיטה סיעודית לחודש היא כ-9,200 ש"ח. משרד הבריאות מכסה מתקציבו כ-70% מהעלות, ואת 30% הנותרים מכסים הקשיש, משפחתו והמוסד לביטוח לאומי, כשחלקו של זה האחרון במימון הקשיש ומשפחתו נקבע על פי מבחן הכנסה (נתן, 2006). מצב זה אינו יוצר חלופה ראויה מהבחינה הכלכלית, ולכך מתווספים היבטים הקשורים בהעדפת הטיפול הקהילתי על פני הטיפול המוסדי (גולדנר ובריק 2003; Krothe, 1997; Fogel, 1992).

השתרשות ההנחה שרק עובד זר יכול למלא את צרכיו של קשיש סיעודי: המטפלים הזרים הפכו למרכיב כה טבעי בנוף הישראלי, שענף הסיעוד הפך חסין כנגד שינויים. טיפול טוב בקשיש סיעודי נכרך ביחד עם עובד זר, רחמן וקשוב, העונה על כל צרכיו 24

שעות ביממה. כך נמנע פיתוח פתרונות חלופיים, העשויים להיות יעילים ונכונים יותר, הן לצורכי המטופל הסיעודי והן לצורכי המשק הישראלי.

מחסור בעובדים ישראלים המעוניינים לעבוד בתנאי השוק הקיימים ובמבנה העבודה הקיים: העובדים בסיעוד נדרשים לעבודה קשה ושוחקת. הם חשופים למפגעים בריאותיים רבים, מקבלים שכר נמוך (לוח 1), עבודתם נעדרת אפשרויות קידום וכרוכה בבידוד חברתי גדול (כורזים, גורן ונירן, 2002; Ayalon & Shiovitz; 2009a; Ayalon, 2009a; Ezra, 2010; Francesca et al., 2011).⁸ מסיבות אלה העבודה בסיעוד לא אטרקטיבית יחסית לעבודות אחרות בשכר נמוך. מכיוון שבשוק העבודה של עבודות לא מיומנות המעבר מעבודה אחת לאחרת הוא מהיר וקל יחסית, יעדיף המועסק לעבוד בעבודה קלה יחסית, ולא בסיעוד, הנחשב לעבודה קשה.

לוח 1

שכר העובדים בסיעוד (מקומיים) במדינות נבחרות, באחוזים מהשכר הממוצע באותה המדינה

אחוז מהשכר הממוצע	
47	צרפת
49	ישראל*
51-48	אירלנד
59-51	ארצות הברית
60-45	אוסטרליה
64-47	יפן
67-63	אנגליה
71	איטליה
76	דנמרק
79	קנדה

מקור: Bettio, Simonazzi, & Villa, 2006; Francesca et al., 2011; Fujisawa & Colombo, 2009.
* השכר בישראל מתייחס לשכר מינימום + 4% תוספת, בהתאם לחישוב תעריף התשלום עבור שעת טיפול להענקת שירותי סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, "מכרז ליצירת מאגר של נותני שירותי סיעוד לטיפול בזקן בביתו לזכאים לגימלת סיעוד" (2008). שכר המינימום המחושב הוא 4,100 ש"ח לחודש (22.04 ש"ח לשעה). תקציר חוק שכר מינימום, משרד התמ"ת. אוחזר ב-20.7.11 מהאתר:

<http://www.moit.gov.il/NR/exeres/E777967B-6430-4481-9AD2-FE8FBB43B476.htm>.

8 בסקר שנערך בקרב מטפלות בית בזקנים נמצא, ש-72% הגדירו את עבודתן כעבודה קשה נפשית, 68% הגדירו אותה כעבודה קשה פיזית, ו-88% הגדירו אותה כעבודה הדורשת אחריות רבה מדי (כורזים ועמיתים, 2002).

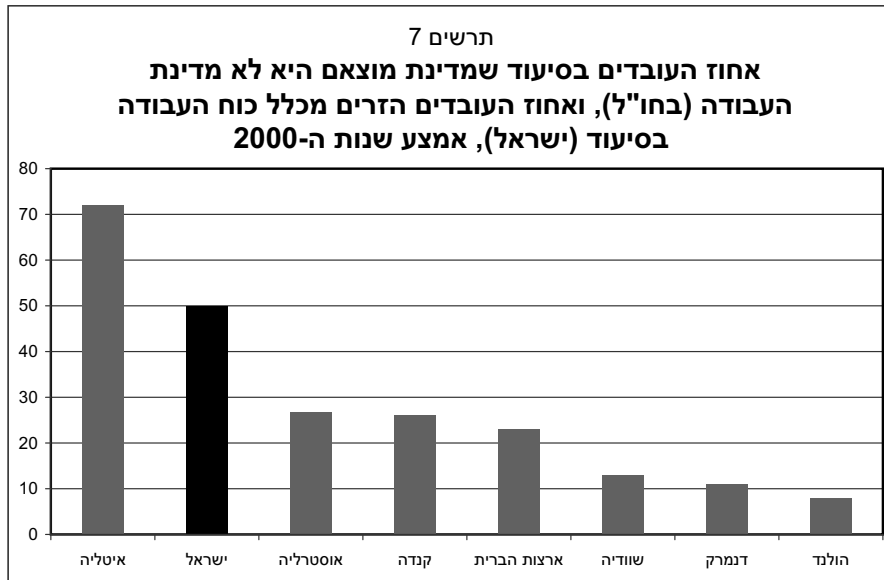
לוח 1 מפרט את השכר הניתן לעובדים המקומיים בסיעוד, במדינות השונות, בהשוואה לשכר הממוצע באותה המדינה. השכר הניתן בישראל הוא מהנמוכים ביותר. בעוד שבחלק מהמדינות השכר הוא גמיש (יש טווח שכר), בישראל הוא קשיח ונמוך.

פוטנציאל השינוי – האם אפשר אחרת?

כדי למדוד את פוטנציאל השינוי, כלומר לבחון עד כמה ניתן להסתמך על כוח עבודה מקומי כדי לספק את צורכיהם של קשישים סיעודיים, ניתן לצפות במתרחש במדינות מפותחות אחרות. בחינה שכזו מגלה שכוח העבודה הישראלי ממצט לעבוד בסיעוד בהשוואה למדינות אחרות (תרשים 7).

היחס בין מספר העובדים הזרים העובדים בסיעוד למספר כל העובדים בסיעוד (משרה מלאה) משמש כמדד לשיעור ההשתתפות של כוח העבודה המקומי בעיסוק זה. ההשוואה מלמדת שמספרם היחסי של העובדים הזרים בתחום הסיעוד בישראל עולה על זה שברוב המדינות האחרות. בישראל שיעור העובדים הזרים מסך העובדים בסיעוד הוא גבוה בהרבה מזה שברוב המדינות שנסקרו: 50% (אקשטיין, 2007; OECD, 2011) לעומת 26% ומטה בכל המדינות האחרות שנסקרו, מלבד איטליה. יש להדגיש, שההפרש בין ישראל למדינות אחרות גדול עוד יותר מזה המוצג בתרשים 7, שכן המידע שנאסף מהמדינות האחרות אינו עוסק באותו סוג של עובדים זרים המוכרים בישראל, עובדים לא מקומיים וזמניים (אקשטיין, 2010), אלא במהגרים: בכלל העובדים אשר ארץ מוצאם שונה ממקום עבודתם ומגוריהם. לשם המחשה, בקנדה, שבה שיעור המהגרים העובדים בסיעוד הוא 26%, עמד שיעור הקשישים בעלי היתר להעסקת עובד זר, כפי שמוגדר בישראל (עובדים לא מקומיים וזמניים), על 8.8% מסך הזכאים לגמלת סיעוד בשנת 2008.⁹ לעומת זאת, באותה השנה בישראל עמד שיעור בעלי היתר להעסקת עובד זר מבין מקבלי קצבת סיעוד על 41% (נתן, 2009; למ"ס, 2011).

9 חישוב עצמי נכון לשנת 2008. מקור נתונים: (נתן, 2008), <http://stats.oecd.org>



מקור: אקשטיין, 2007; Fujisawa & Colombo, 2009; Francesca et al., 2011.

בחינת הגורמים המונעים שינוי ופוטנציאל ההעסקה הגבוה של עובדים מקומיים (ישראלים) בסיעוד מובילים אותנו למסקנה שמודל העבודה הנוהג לא מתמרץ עובדים ישראלים לעבוד בסיעוד. יש אפוא צורך לשנות את מבנה הטיפול בקשיש הסיעודי, שינוי שיאפשר לעובד הישראלי להשתלב בעבודה בסיעוד וייתן מענה לצרכיו של הקשיש הסיעודי, בהתבסס על כוח עבודה ישראלי.

חלופות לטיפול בקשישים סיעודיים

יש שלוש אסטרטגיות עיקריות, המנסות להתמודד עם הצורך הגדל בטיפול בקשישים סיעודיים (Francesca et al., 2011; Fujisawa & Colombo, 2009; Lundsgaard, 2005; Reimat, 2009). בהתבסס על אסטרטגיות אלה מובאות החלופות הנבחנות במאמר זה. נתאר תחילה את החלופות, ולאחר מכן ננתח כל אחת מהן בהסתמך על קריטריונים שנבחרו לשם כך.

חלופה ראשונה: חיזוק חוליית המטפל הסיעודי – יצירת פרופסיה

המטרה המרכזית של חוק ביטוח סיעוד היא לאפשר לקשיש להמשיך ככל האפשר לחיות בביתו ובקהילתו, ולסייע לבני המשפחה המטפלים בו דרך הקטנת הנטל שהם נושאים (גל, 2004). המט"ב (מטפל הבית) ממלא תפקיד מפתח בהגשמה הלכה למעשה של מטרת החוק, שכן הוא המטפל הישיר. יש אפוא לוודא שהטיפול שהוא נותן הוא איכותי.

לא פשוט להגדיר טיפול איכותי, כאשר מדובר בטיפול הניתן לקשישים סיעודיים, שכן הצפי לתפקוד בעתיד הוא לא בהכרח שיפור אלא הידרדרות (Stuck et al., 1999). ניתן לומר, שטיפול איכותי הוא כזה המאפשר לקשיש הסיעודי להסתגל לשינויים שהם חלק מתהליך ההזדקנות הנורמלי ולשמור על רמה גבוהה של עצמאות, רווחה ואיכות חיים (Faber et al., 2001).

לא פשוט להגדיר טיפול איכותי, כאשר מדובר בטיפול הניתן לקשישים סיעודיים, שכן הצפי לתפקוד בעתיד הוא לא בהכרח שיפור אלא הידרדרות (Stuck et al., 1999). ניתן לומר, שטיפול איכותי הוא כזה המאפשר לקשיש הסיעודי להסתגל לשינויים שהם חלק מתהליך ההזדקנות הנורמלי ולשמור על רמה גבוהה של עצמאות, רווחה ואיכות חיים (Faber et al., 2001).

העבודה כמט"ב בסיעוד אינה קלה. התנאים הקשים בשילוב עם השכר הנמוך מובילים לשיעור תחלופה גבוה של עובדים ותורמים ליצירת דימוי שלילי לעבודה בסיעוד, ובכך מסכנים את האפשרות של שירותי סיעוד איכותיים לקשיש ולמשפחתו (כורזים ועמיתים, 2002; Francesca et al., 2011).

באספקת שירותים יש חשיבות רבה לכך שמערכת היחסים בין מקבל השירות ונותן השירות תקבל את החשיבות הראויה משני הצדדים. במערכת יחסים כזאת, שני הצדדים עושים התאמות מסוימות כדי לרצות את זולתם. התנהלות כזו מאפשרת לענות על הצורך המסוים של כל אחד מהם וכן לטפח ולפתח את מערכת היחסים עצמה (Brennan & Turnbull, 1999). בתנאי ההעסקה הגרועים של העובדים הישראלים (ראו לוח 1, לעיל) ועל רקע השימוש בכוח עבודה לא מיומן ובעל הון אנושי נמוך (כורזים ועמיתים, 2002; Francesca et al., 2011), קשה לצפות שהעובדים כמט"בים יתמידו בעבודתם, יתאימו את עצמם לצרכים המשתנים של הקשיש הסיעודי ובכך יאפשרו טיפול סיעודי איכותי לאורך זמן.

חיזוק חוליית המטפל במערכת הטיפול בקשיש הסיעודי יאפשר לשפר את איכות הטיפול (Moorman, 1991; Podsakoff, MacKenzie, Paine, & Bachrach, 2000). חיזוק שכזה יתאפשר, אם תגדל שביעות רצונו של העובד עצמו מעבודתו, משכרו, מהצורה שבה עבודתו נתפסת ומההכשרה שקיבל (Easterlin, 2001; Francesca et al., 2011).

(Locke, 1969). השיפור באיכות הטיפול עתיד להעלות את שביעות רצונו של הקשיש ומשפחתו. בכך הוא יהווה תמריץ חיובי, הן לשימוש בעובד ישראלי והן לעובד ישראלי להיות חלק משוק העבודה של עובדים סיעודיים.

יצירת פרופסיה לעבודה בסיעוד תאפשר את חיזוק חוליית המטפל במערכת הטיפול בקשיש הסיעודי. כך יתאפשר להבדיל את העובדים בסיעוד מהעובדים ללא מיומנויות. מדינות רבות פועלות להגדלת האטרקטיביות של העבודה בסיעוד ולשיפור איכות הטיפול על ידי יצירת מערך הכשרה, יצירת מבנה תעסוקתי המאפשר התמדה וקידום, העלאת רמות השכר ועוד (Francesca et al., 2011). פעילויות אלה נועדו להעלות את קרנה של עבודה זו ולמשוך למערכת עובדים חדשים (Francesca et al., 2011; Fujisawa & Colombo, 2009). הספרות המקצועית מגדירה מספר מאפיינים המייחדים פרופסיה כקטגוריה חברתית ומקצועית, ועל פיהם ניתן להגדיר את המאפיינים הייחודיים הדרושים ליצירת פרופסיה לעובדים בסיעוד (Cruss, Cruss, & Johnston, 2004):

א. הכשרה ומתן רישיון לטיפול – יש ליצור מערכת הכשרה בסיסית הדרושה לכניסה למקצוע הטיפול הסיעודי. על בסיס ההכשרה הבסיסית יש לפתח הכשרה לכישורים מיוחדים בתחום הסיעוד, כגון עבודה עם אוכלוסיות מיוחדות הסובלות מבעיות בריאות מורכבות או עם אוכלוסיות הסובלות מבעיות התנהגותיות ופסיכו-סוציאליות מיוחדות, ואף הכשרה, שתזכה להכרה חוקית, לביצוע פרוצדורות רפואיות פשוטות.

ב. אופק להתפתחות מקצועית – יש ליצור מסלולי קידום מקצועי למטפלים.

ג. שכר דיפרנציאלי – יש לבנות סולם שכר בהתאם לוותק במקצוע הסיעוד, להכשרה שעבר העובד ולקושי הצפוי בטיפול בקשיש הסיעודי.

ד. מערך תמיכה ארגוני – יש לסייע למטפל להתמודד עם בעיות העולות בעבודה ולצמצם את רמת הבידוד שהוא חש בשל אופי עבודתו.

לחלק מהקשישים הסיעודיים דרושות יותר שעות טיפול מאלה שמקצים כיום. צורך זה מביא לשיעורי ההעסקה הגבוהים של עובדים זרים. כדי להרחיב את האפשרות להישען על עובדים ישראליים במקום על עובדים זרים, יש לתת מענה לצורך זה: הגדלת מספר שעות הטיפול שמקצה ביטוח לאומי ושימוש יותר גמיש בהן.¹⁰

10 שעות טיפול נוספות יתנו במבחן הכנסה, בדומה לבדיקת הזכאות לטיפול מוסדי ולנעשה בפועל בהעסקת עובד זר.

חלופה שנייה: שינוי מבנה הטיפול בקשיש הסיעודי – מעבר למתן שירות אינטגרטיבי¹¹

לקשישים רבים נדרש מגוון שירותי תמיכה ובריאות, כדי שיוכלו להמשיך לחיות בביתם ובקהילה (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011; Krothe, 1997). כדי שהטיפול יהיה מותאם היטב לצורכי הפרט, יש צורך בתיאום של מגוון השירותים ואף בשילובם (Chernichovsky et al., 2010; Francesca et al., 2011). איגום המשאבים המופנים לטיפול בקשיש (Chernichovsky et al., 2010), גמישות השימוש במשאבים (Francesca et al., 2011), הערכה גריאטרית של הקשיש הסיעודי וטיפול מבוסס מקרה (Powers, Sowers, & Singer, 2006) מאפשרים טיפול טוב יותר, מותאם יותר לצרכים ואף חיסכון במשאבים.

חלופה זו מציעה לעבור לשיטת סיוע לקשיש על פי מודל "התמקדות בלקוח" (Consumer-centered/directed). ביסודו של מודל זה עומד העיקרון של "חליפה על פי מידה", סל שירותים המתאים למטופל ולמטפל, בשונה מהמודל המסורתי של מתן שירותים ספציפיים באמצעות מפעיל (Agency model) (Benjamin, 2001). מודל זה מתמקד בהתאמה אינדיווידואלית של השירותים ולוקח בחשבון את הטיפול הבלתי פורמלי של המשפחה. תוכניות על פי מודל זה פותחו כבר בארצות הברית ובמדינות ה-OECD (Benjamin, 2001; Kodner, 2003; Lundsgaard, 2005).

גישה התוכנית היא גישה מכוונת לקוח, שנועדה למקסם את האוטונומיה והעצמאות של אנשים תלויים פיסית, על ידי כך שהיא מאפשרת להם בחירה ושליטה גדולות יותר על הטיפול האישי ועל שירותים אחרים בביתם. על פי המודל, הלקוח (הקשיש הסיעודי ומשפחתו) יכול להיות מוסמך לקחת אחריות על החלטות מפתח, כולל הערכת הצרכים של עצמו, קביעת הדרך שבה יינתנו השירותים, בחירת נותני השירותים וניטור איכות השירות (Kodner, 2003).

כדי לסייע לקשיש הסיעודי ולמשפחתו בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לאופן הטיפול וארגונו, התוכנית המוצעת מבוססת על יצירת תפקיד של מתאם טיפול (Case manager). אלה יהיו תפקידיו של מתאם הטיפול על פי ה-Professionally assisted model (Kodner, 2003): ליווי הקשיש הסיעודי ומשפחתו, תיווך בין הגורמים המטפלים השונים, הצבעה על אופני טיפול אפשריים ופיקוח על עצם מתן הטיפול ואיכותו.

כדי להקל על ארגון טיפול שכזה ואספקתו (Chernichovsky et al., 2010), התוכנית מציעה להקים מוקדי טיפול על פי אזורים גיאוגרפיים. נותן השירות בכל אזור יהיה

11 חלופה זו נכתבה בשיתוף עם פרופסור יצחק בריק ודרור רותם. הראשון הוא מנכ"ל אש"ל, והשני ראש תחום מחקר ופיתוח באש"ל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, ג'וינט ישראל.

אחראי, באמצעות מתאם הטיפול והגורמים האחרים, על מתן הסיוע לקשיש הסייעודי להמשך חיים עצמאיים. לכל קשיש יינתן תקציב אישי לפי מידת נזקקותו. בתקציב יהיה ניתן להשתמש ל"רכישת" השירותים שלהלן לפי העדפותיו.

רשימת השירותים העתידיים להיות בסל התמיכות:

- **מתאם טיפול (Case managers) –** אלה יכירו את כל חברי הקהילה, ימצאו עמם בקשר, וביחד עם הקשיש ומשפחתו יהיו אחראים על התוויית אופן מתן העזרה לקשיש. לכל קשיש יהיה מתאם טיפול.
 - **טיפול אישי סיעודי (בפעולות ADL) –** העזרה תינתן בהתאם לצרכיו הייחודיים של המטופל ובשעות המתאימות לו. העזרה הסייעודית כוללת הלבשה והפשטה, תנועה בבית ומחוצה לו, עזרה בהליכה לשירותים, רחצה, עזרה באכילה ובשתייה וטיפולים פארא-רפואיים פשוטים.
 - **עזרה אישית בחיי היומיום –** ניקיון וסידור הבית, שירותי כביסה.
 - **התאמת סביבת המגורים לצרכיו של הקשיש, לרבות שיפורים פיסיים.**
 - **רכישת טכנולוגיה מסייעת.**
 - **שירותי אב/ אם קהילה –** לצורך תחזוקה שוטפת של הבית ותיקון תקלות.
 - **מרכז יום –** אזור השירות יכלול מרכז יום.
 - **שירותים רפואיים בשילוב עם קופות החולים.**
 - **לחצן מצוקה וקריאה לעזרה המאפשר פיקוח 24 שעות ביממה למקרה חירום.**
 - **עזרה בפיתוח כישורים לחיים עצמאיים –** הדרכה לזקן ולבני משפחתו איך להתנהל בחיי היומיום במצבי מוגבלות.
 - **טיפול קשרים חברתיים בקהילה ושילוב בפעילות חברתית.**
 - **הדרכה ושילוב בני המשפחה בטיפול בקשיש הסייעודי.**
- התוכנית רואה את צרכיו של הקשיש בקהילתו כמכלול. השרות ישמש כמתווך לשירותים הניתנים לקשיש הסייעודי, ובכך יאפשר מתן שירותים מכוונים יותר לצורכי הלקוח. שירות שכזה יאפשר גם מתן ייעוץ, הדרכה ומידע לבני המשפחה המעורבים בטיפול בקשיש בנוגע לצרכיו והדרכה לקשיש בנוגע להתמודדות עם קשיי הזקנה.

חלק מהשירותים המתוארים לעיל מסופקים בידי התוכנית קהילה תומכת לזקנים, שלה תשתית ארגונית הפרוסה על פני 250 קהילות ויותר ברחבי הארץ (ברג-ורמן, 2010).

מכיוון שהמענה לצורכי הקשיש הסיעודי יהיה ממוקד יותר ויכיל מגוון שירותים שיכולים להוות תחלופה לחלק משעות הטיפול הישיר, עתידה התוכנית ליצור חיסכון בשעות מטפלות בית. השוואת תוכניות שונות מראה שטיפול קהילתי יכול לחסוך עלויות, גם כשמחשבים רק את הטיפול הסיעודי הניתן ישירות, החיסכון גדל במידה רבה אף יותר, כשמחשבים את העלויות של מערכות אחרות שאינן קשורות לטיפול ארוך טווח בלבד (לדוגמה: ירידה בהוצאות על אשפוז). יתר על כן, טיפול שכזה מאפשר לצמצם את מספר המטופלים במוסדות (Johri, Beland, & Bergman, 2003) ובכך להוביל לחיסכון תקציבי נוסף. עם זאת, קשה להסיק מסקנות חד משמעיות מהיזמות במדינות השונות, העוסקות בתיאום ובאינטגרציה של שירותים (Francesca et al., 2011), שכן תוכניות שונות מכילות מרכיבים ודגשים שונים. התוכנית המוצעת מציעה לקבוע תקרת הוצאות שתמנע גידול בלתי צפוי בהוצאות.

חלופה שלישית: החלפת המעסיק העיקרי – הפיכתם של הקשיש ומשפחתו למעסיק

בישראל רוב הטיפול בקשישים מסופק בידי המערכת הבלתי פורמלית, במיוחד בידי בני משפחת הקשיש (ברודסקי ועמיתים, 2011). גם במדינות, כמו מדינות סקנדינביה, שבהן יש שירות פורמלי אינטנסיבי לטיפול בקשיש הסיעודי, המטפלים הלא פורמליים (קרובי משפחה, חברים ואחרים) מספקים חלק גדול מהטיפול הממושך (Lundsgaard, 2005). מתן מענק כספי במקום שירותים יאפשר לחזק את מעמדם של הקשיש הסיעודי ומשפחתו כצרכנים פעילים, יוביל להעמדת צורכי הקשיש במרכז הטיפול ויאפשר לתת מענה טוב יותר לצרכים אינדיווידואליים (Lundsgaard, 2005). תקציב אישי יאפשר לרכוש שירותים שונים ומגוונים מסוכנויות שונות, להעסיק באופן ישיר עובד סיעודי בשעת הצורך תוך בקרת איכות אישית ולרכוש אמצעים טכנולוגיים שיסייעו לקשיש לפתח עצמאות רבה יותר ויקלו על הטיפול בו; יתר על כן, תקציב אישי מאפשר מתן תגמול לחבר או לקרוב משפחה על טיפולו בקשיש הסיעודי (Francesca et al., 2011) ובכך נותן מענה מסוים למחסור של עובדים בסיעוד.

החלפת המעסיק העיקרי והכנסת בקרת האיכות כמרכיב מרכזי עתידות לשנות את שוק העבודה בסיעוד, ולהפיכתו לכזה המתגמל בהתאם לאיכות הטיפול ולרמת הקושי בטיפול (Cronin Jr & Taylor, 1992; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996). רמת השכר של המטפל תעלה, מכיוון שדמי התיווך של חברות הסיעוד יפחתו. כמו כן תגדל זיקת המטפל לקשיש ולמשפחתו, שכן עתידה להיות התאמה גדולה יותר ביניהם.

תקציב אישי או תשלום ישיר נהוגים במדינות רבות. רוב מדינות ה-OECD מספקות גמלה כספית בנוסף לשירותים בעין (Francesca et al., 2011). בגרמניה, לדוגמה, 80% מכלל הקשישים הסיעודיים בכל דרגות הנזקקות מעדיפים תקציב אישי או שילוב בין תקציב אישי לשירותים על שירותים בלבד (Lundsgaard, 2005).

בבואנו לבחון חלופה זו, יש לזכור את ההתלבטויות בזמן תכנון חוק ביטוח סיעוד; בוועדת מן (1983), ועדה לתכנון חוק ביטוח סיעוד, היה רוב למתן גמלה בכסף, עמדה שגם המוסד לביטוח לאומי אימץ בזמנו. המחוקק לעומת זאת תמך בעמדת המיעוט מהחשש שהקשיש הסיעודי לא יקנה שירותים ושהגמלה בכסף תשמש למטרות אחרות. כדי להפיג חשש זה, ניתן להנהיג ביקורי בית תקופתיים המאפשרים לעקוב אחר איכות הטיפול שמקבל הקשיש הסיעודי ואחר רווחתו. אם יתגלה שהטיפול שהקשיש מקבל אינו מספק, תישלל הזכאות לתקציב אישי. מניסיוןן של מדינות אחרות נראה שמתן תקציב אישי אינו מוריד מאיכות הטיפול (Lundsgaard, 2005). זאת ועוד, מחקרים שנערכו בהולנד ובמדינות אחרות (Lundsgaard, 2005) מראים שתקציב אישי מאפשר גמישות גדולה יותר בבחירת השירותים ואת השליטה של קשישים סיעודיים על חייו היומיום שלהם, ובכך הוא מגדיל את הסיפוק של הקשיש הסיעודי מהטיפול הניתן לו.

בשנים האחרונות הפעיל המוסד לביטוח לאומי בקרב מקבלי גמלת סיעוד תוכנית ניסיונית שאפשרה להם לקבל בכסף במקום גמלה בעין. הניסוי הגדיר כזכאים לגמלה בכסף כאלה הנעזרים במטפל לפחות שישה ימים בשבוע ולפחות 12 שעות ביממה. מחקר הערכה של הניסוי הצביע על תמונה כללית חיובית ביותר, וקרא להרחבת התוכנית. הנשאלים שקיבלו גמלה בכסף ציינו היבטים כמו תועלת כלכלית, חיסכון בבירוקרטיה ובטרטורים שהיו קודם מול חברות הסיעוד וכן את ההתנהלות הנוחה והנעימה של הטיפול במסגרת הגמלה בכסף, המתבטאת גם בשביעות רצון גבוהה מההסדר ובתחושה שהטיפול בהם משתפר. הסיבה העיקרית לאי בחירה בגמלה היתה אי ידיעה על אפשרות זו, כאשר שני שלישים מאלה שלא בחרו הצהירו שהיו רוצים לקבל גמלה כזאת (גרא, 2010).

יש להדגיש שבעוד שתוצאות הניסוי תומכות בחלופה זו, החלופה המוצעת איננה המשך של הניסוי משתי סיבות: (1) חלופה זו תומכת בהרחבת אפשרות הגמלה בכסף לכלל מקבלי גמלת הסיעוד; (2) במסגרת הניסוי העסיקו 60% ממקבלי הגמלה בכסף עובד זר (גרא, 2010). ואילו חלופה זו מציעה להתנות גמלה בכסף בהעסקת עובד ישראלי.

הערכת החלופות

הערכת שלוש החלופות שלעיל נעשתה באמצעות שיטת התועלת מרובת תכונות, MAUT (Multi-Attribute Utility Theory). השיטה מאפשרת לדון באופן מסודר בכל הקריטריונים הרלוונטיים ולתת משקולות (המבטאות חשיבות) לכל קריטריון, כך שהקריטריון הנבחר וחשיבותו יבואו לידי ביטוי בקריטריון ההחלטה. שיטה זו היא ממשפחת כלי ההחלטה לאנליזת החלטה רבת קריטריונים, MCDA (Multiple criteria decision analysis) (Belton & Stewart, 2002; Figueira, Greco, & Ehrgott, 2005).

מטרת MAUT היא למצוא ביטוי פשוט לתועלת נטו של החלופות השונות. היא מאפשרת להעביר מערכת מורכבת בעלת קריטריונים רבים לקריטריון תועלת יחיד. ניתוח בשיטת ה-MAUT מתבסס על העקרונות האלה: מקבל ההחלטה הוא רציונלי (מעדיף יותר תועלת מאשר פחות תועלת), יודע את כל שצריך לדעת ועקבי בהחלטותיו (Belton & Stewart, 2002; Figueira et al., 2005). הקריטריונים והמשקולות מופקים פעמים רבות באמצעות סקרים ישירים של בעלי העניין (Linkov et al., 2006).

לשיטה זו מספר חסרונות היכולים להשפיע על מידת הרלוונטיות של כלי ההחלטה המתקבל: (1) ייתכן שמקסום התועלת הכללית לא חשוב למקבל ההחלטות; (2) ייתכן שקריטריונים ומשקולות שאותרו באמצעות סקרים לא משקפים במדויק את העדפות הנוגעים בעניין (Linkov et al., 2006). לבעיות אלה נידרש בהמשך.

לשם השוואת החלופות השונות נבחנו ארבעה קריטריונים שאותרו כחשובים ביותר לקובעי מדיניות ולחברה הישראלית בטיפול בקשיש הסיעודי. קריטריונים אלה מתוארים בלוח 2, שלהלן. הציון שניתן לחלופה בכל קריטריון הוא לפי סולם אורדינלי, בין 1-3, כאשר 3 מייצג את העדיפות הגבוהה ביותר. כל אחד מששת הקריטריונים קיבל משקל באחוזים, המשקף את חשיבותו היחסית.

שתי גישות תיאורתיות מלוות את תהליך קביעת המשקולות לקריטריונים: (א) לתת לעובדי הממשל ולנבחרי ציבור לקבוע את המשקולות (ב) על מנתח המדיניות לשנות את המשקולות, אך לא להחליפן לגמרי, כאשר הוא מזהה שאינטרסים ואף עקרונות שונים אינם מקבלים ביטוי הולם אצל קובעי המדיניות (Bardach & NetLibrary, 2005). המשקולות נקבעו על דעת המחברים בהתאם ללוגיקה שהוצגה לעיל.

קריטריון ההערכה החשוב ביותר הוא שהתוצאה הצפויה תפתור את הבעיה שאליה היא נדרשת במידה מתקבלת על הדעת (Bardach & NetLibrary, 2005). על כן הקריטריון

המתאר את האפקטיביות הצפויה, צמצום מספר העובדים הזרים בסיעוד, קיבל את המשקל הגבוה ביותר (35%).

קיימות פיננסית מדורגת כקריטריון החשוב ביותר בזמן קביעת המדיניות המופעלת במערכות של טיפול סיעודי (LTC) (Francesca et al., 2011), לכן העלות התקציבית של כל חלופה היא אחד הגורמים המכריעים בבחירת צורת מתן השירות לקשיש הסיעודי. קריטריון זה קיבל אפוא גם הוא את המשקל הגבוה ביותר (35%).

בתחילת המאמר נסקרו השלכות על שוק העבודה והשפעות חברתיות הנובעות מהימצאותם של עובדים זרים בישראל. כמו כן נחשף הצורך בשינוי מבנה הטיפול בקשיש הסיעודי, שינוי שיאפשר לעובד הישראלי להיכנס לעבודה בסיעוד וייתן מענה לצורכי הקשיש הסיעודי.

התחזיות לעתיד מלמדות אותנו שבעוד כ-20 שנה עתיד מספר העובדים הזרים המועסקים בסיעוד לשלש את עצמו. לכן ניתן להניח שבעתיד הלא רחוק נרגיש בצורה חזקה יותר את מגוון ההשפעות שנסקרו. על כן השלכות על שוק העבודה והשלכות חברתיות קיבלו משקל של 20%.

על העובד הישראלי מוטלת אחריות הטיפול בקשיש הסיעודי במקום העובד הזר, לכן יש להבטיח שמערכת הטיפול בקשיש תתאים לעובד הישראלי. עם זאת, בתוך מכלול השיקולים, שבמרכזם השיקול הכלכלי, אין קריטריון הגדלת האטרקטיביות של תחום הסיעוד לעובד הישראלי נחשב קריטריון מוביל, והוא קיבל משקל של 15%.

קריטריון אחר שאינו מצוין בחישוב זה הוא איכות הטיפול. אי הכלתו בכלל הקריטריונים להערכת החלופות השונות נובע מהקושי בהערכת המשקל שיינתן לאיכות הטיפול בקשיש. נראה שראוי יותר שקריטריון זה יהיה מחוץ לניתוח וישמש כמעין קריטריון סף, אשר מוודא שאיכות הטיפול בקשיש הסיעודי נשארה זהה או גדלה באותו שיעור בכל אחת מן החלופות המוצעות וביישומן. מסקירת החלופות לעיל ניתן להניח שאיכות הטיפול בקשיש הסיעודי תשתפר בכל אחת מהחלופות.

לוח 2

השוואה אורדינלית של החלופות לפי קריטריונים שונים, עם וללא משקולות

החלפת המעסיק העיקרי	שירות אינטגרטיבי	יצירת פרופסיה – מטפל סיעודי	
2	3	1	אפקטיביות צפויה – תאפשר הישענות נמוכה יותר על עובדים זרים בסיעוד (35%)
3	2	1	עלות תקציבית (35%)
1	3	2	השלכות על שוק העבודה והשלכות חברתיות (20%)
1	2	3	הגדלת האטרקטיביות של תחום הסיעוד לעובד הישראלי (15%)
1.75	2.5	1.75	ממוצע ללא משקולות
2.05	2.55	1.4	ממוצע תוך התחשבות במשקולות

החלופות השונות בעבור כל קריטריון מסודרות בסדר יורד, לפי רמת העדיפות שלהן בקריטריון הנדון.

אפקטיביות צפויה – החלופה תאפשר הישענות נמוכה יותר על עובדים זרים בתחום הסיעוד

שירות אינטגרטיבי הוא החלופה המאפשרת מתן שירותים בצורה העוטפת ביותר והנגישה למספר הרב ביותר של קשישים סיעודיים. בכך היא מורידה למינימום את הצורך בעובד זר. מרכיב עיקרי בחלופה זו הוא מידת הגמישות במתן השירותים לקשיש הסיעודי, באמצעות ניהול פרטני של הטיפול (Case Management). מסגרות קהילתיות בעולם מטפלות בקשישים סיעודיים בדרגות שונות של נזקקות, ואף מהוות חלופה לאשפוז (Hirth, Baskins, & Dever-Bumba, 2009; Johri et al., 2003). לכן ניתן להניח שרוב הקשישים הסיעודיים בישראל יוכלו להסתפק בשירות זה.

הפיכת הקשיש הסיעודי ומשפחתו למעסיק העיקרי (מתן כוח רכישה) תוביל להפחתת הצורך לעובדים בסיעוד על ידי החלפת חלק מהטיפול, הניתן היום באמצעות שעות מט"ב, בשירותים אחרים ועל ידי הגדלת חלקם של בני המשפחה בטיפול. צפוי שמשפחות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה לא יבחרו להגדיל את מספר שעות הטיפול שלהן בקשיש הסיעודי (Francesca et al., 2011).

יצירת פרופסיה של מטפל סיעודי עשויה, כפי שראינו לעיל, להגדיל את האטרקטיביות של התחום ואת ההתמדה בעבודה בו. הגדלת ההיצע של עובדים סיעודיים מקצועיים

מוסמכים עתידה להוביל להגדלת הביקוש לעובדים אלה. יחד עם זאת, כדי לספק את צורכיהם של הקשישים הסיעודיים הזקוקים לעזרה במשך רוב שעות היממה, יהיה צורך במספר משמרות, דבר שיוביל להגדלה משמעותית של העלות התקציבית. סביר להניח שבחלופה זו לא תתאפשר הסתמכות על כוח עבודה פרופסיונלי לאורך כל שעות היום בשל מגבלת התקציב.

העלות התקציבית הנובעת מהפטרון המוצע

החלפת המעסיק העיקרי תאפשר שמירה על מסגרת התקציב במידה הרבה ביותר, כי היא מאפשרת שליטה ישירה על התגמולים. כיום התקציב עבור טיפול בקשיש סיעודי המקבל את מירב הסיוע הוא כ-3,800 ש"ח לחודש. לכך יש להוסיף את ההוצאה האישית הממוצעת על עובד זר, כ-1,850 ש"ח לחודש (בן-צורי, 2010). ביחד תשלומים אלה יכולים להוות תמריץ משמעותי למתן סיוע לקשיש בחיק משפחתו.¹² ייתכן שמספר התביעות למימוש ההטבה יעלה בעקבות קבלת חלופה זו. משפחות המשמשות כמטפל עיקרי ללא החוק עתידות לבקש את התגמול הכספי המגיע להן לפי חוק. עם זאת, אין להגזים בסבירותה של מגמה זו, שכן נראה שרמת הניצול של חוק ביטוח סיעוד הגיעה למיצוי הצורך הקיים בשטח, אם מניחים שהיקף הצורך לסיעוד פורמלי בישראל אינו שונה מהותית מהיקף הצורך במדינות אחרות (תרשים 2 לעיל).

הטיפול האינטגרטיבי הוכיח חיסכון במשאבים המועברים לטיפול בקשישים סיעודיים במדינות שונות. בארצות הברית, למשל, הובילה תוכנית (Program of All) PACE (Inclusive Care for the Elderly) לחיסכון של 17% במגוון השירותים הניתנים לקשיש הסיעודי, אלה כוללים שירותים רפואיים (Hirth et al., 2009; Johri et al., 2003). תוכניות שונות בעולם מכילות מרכיבים ודגשים שונים, לכן לא ניתן להסיק מסקנות חד משמעיות על חיסכון במשאבים מהיוזמות העוסקות בתיאום ובאינטגרציה (Francesca et al., 2011). התוכנית המוצעת מציעה לקבוע תקרת הוצאות שתמנע גידול בלתי צפוי בהוצאות. ההוצאות הראשוניות לבניית התשתית הארגונית צפויות להיות גבוהות.

יצירת פרופסיה והסתמכות על עובדים ישראלים בעיקר עתידה להעלות את גובה התשלומים המועברים לטיפול בקשיש הסיעודי על ידי הגדלת השכר לעובד הישראלי ועלות ההכשרה. כך, לדוגמה, העלאת השכר ל-59% מהשכר הממוצע (כ-30 שקל לשעת

12 יש לזכור שהנוהג הקיים הוא שהגמלה הכספית הניתנת בכסף היא בשיעור נמוך יותר מערכה בעין. כך גם בניסוי שערך המוסד לביטוח לאומי אשר אפשר למקבלי גמלת סיעוד לקבל גמלה בכסף במקום גמלה בעין.

עבודה) תוביל להעלאת העלות עבור שעת טיפול ב-37%, במסגרות הקיימות כיום.¹³ זאת ועוד, שעות הטיפול הנוספות ייקרו את עלות הטיפול.

השלכות על שוק העבודה והשלכות חברתיות

האתגרים העיקריים של מדינת ישראל בתחום המדיניות החברתית והמדיניות בשוק העבודה הם הצורך להתמודד עם העוני ועם אי השוויון והצורך להגדיל את שיעור המשתתפים בשוק העבודה בתנאי העסקה הוגנים. כמו כן על מדינת ישראל להתכונן להזדקנות האוכלוסייה (OECD, 2010). חלופה המאפשרת את ההתמודדות הטובה ביותר עם אתגרים אלה היא שתקבל את הדירוג הגבוה ביותר בקריטריון זה.

למעבר לטיפול קהילתי ולשירות אינטגרטיבי ההשלכות החיוביות הגבוהות ביותר על שוק העבודה. גם ההשלכות של התפיסה החברתית הקהילתית, שהיא הבסיס לחלופה זו, על החברה הישראלית הן המשמעותיות ביותר. חלופה זו מציעה לפועל בשני מישורים: חיזוק מקצוע הסיעוד כפי שפורט לעיל ויצירת מארג תמיכה שיאפשר לקשיש הסיעודי לחיות בקהילה ולהסתגל לשינויים שהם חלק מתהליך ההזדקנות הנורמלי ובכך יקל על הסיוע הנדרש מהמשפחה. שירות כזה יאפשר לתת מענה הממוקד יותר בצרכי האינדיווידואליים של כל קשיש וייתר את הצורך של קשישים סיעודיים רבים בעובד זר. בכך הוא עתיד להוביל להגדלת הביקוש לכוח עבודה ללא מיומנות לעבודה בסיעוד, שכן שירות זה עתיד להיות מבוסס על כוח עבודה ישראלי. הביקוש בתורו יוביל להעלאת השכר המוצע למטפלים ולהעלאת הסטטוס של העבודה בסיעוד. מלבד זאת, מסגרת קהילתית תאפשר למשפחת הקשיש הסיעודי להיות מעורבת יותר בטיפולו, על ידי הדרכה, ליווי ותמיכה, ותאפשר לקשיש להיות מחובר יותר לסביבתו ולקהילתו.

הגדרת פרופסיה של מטפל סיעודי עשויה להוביל לשינויים חיוביים רבים בשוק העבודה ובחברה הישראלית: הגדלת מספר הישראלים המשתתפים בשוק העבודה, צמצום פערי השכר וצמצום שיעורי העוני בישראל. עם זאת נשאלת השאלה אם החברה הישראלית מעוניינת למסד את הטיפול הסיעודי כפרופסיה, שכן הפיכת מטפל הבית למקצוע עלולה ליצור בעתיד חסמי כניסה למקצוע זה (Francesca et al., 2011).

החלפת המעסיק העיקרי תוביל לתגמול על פי איכות הטיפול ורמת הקושי בטיפול (Cronin Jr & Taylor, 1992; Zeithaml et al., 1996). כך יתאפשר להעלות את שכרם של העובדים בסיעוד באופן דיפרנציאלי. ההשלכות של חלופה זו על התעסוקה ועל

13 כיום ביטוח לאומי מעביר לחברת סיעוד כ-40 ש"ח עבור שעת טיפול, וחברות הסיעוד מעבירות למטפל 21 ש"ח. העלאת השכר המועבר למטפל כוללת בתוכה עלויות נוספות בשיעור של 50% מהתוספת.

הקיימות הפיסקלית מורכבות למדי. מתן תקציב או מזומנים לקשישים סיעודיים ולמשפחתם, כדי שיוכלו לשלם לנותני טיפול פורמלי או לעצמם על הטיפול שהם נותנים, עשוי לעזור למעגל רחב של משאבי אנוש להיכנס למקצועות הטיפול בקשיש הסיעודי (Francesca et al., 2011). יחד עם זאת, שוק מתפקד של שירותי טיפול פורמלי ביתי (או אספקה של שירותים ציבוריים כגון אלה) חיוני כדי לאפשר לקרובי משפחה של קשישים סיעודיים לשמור על החיבור שלהם לשוק העבודה (Francesca et al., 2011). יתר על כן, תשלום על טיפול לא פורמלי יכול להוביל ליצירת "מלכודת תמריצים" שתוביל לניתוק המטפל משוק העבודה ותקשה על חזרתו לעבודה לאחר סיום הטיפול (Lundsgaard, 2005). גמלה בכסף יכולה ליצור תמריץ שלילי ליציאה לעבודה למטפלים לא פורמליים, מכיוון שהקצבה במזומן תיכנס באופן טבעי לתקציב משק הבית המשותף ותשפיע על ההחלטה אם לצאת לעבודה. זאת ועוד, אם אין מערכת דיווח על קבלת הכספים, ייתכן מצב שלתוך הסל המשפחתי נכנסות מספר קצבאות במקביל (אבטחת הכנסה, אבטלה וכדומה). אלה יחזקו את התמריץ השלילי לצאת לעבודה (Francesca et al., 2011). עם זאת, יש לזכור שמידת הנדיבות של תוכניות ביטוח אבטלה בישראל היא מהנמוכות במערב¹⁴ (המוסד לביטוח לאומי, 2008), ועל כן התמריץ שלא לצאת לעבודה אינו משמעותי.

הגדלת האטרקטיביות של תחום הסיעוד לעובד הישראלי

יצירת פרופסיה עתידה להעלות במידה הרבה ביותר את האטרקטיביות של העבודה בסיעוד ואת הגאווה המקצועית של העובדים (Francesca et al., 2011; Fujisawa & Colombo, 2009). יצירת מדרג שכר, הכשרה ואופק תעסוקתי עתידיים למשך עובדים חדשים לתוך מערכת הסיעוד ולהשאיר את אלה העובדים בה לאורך זמן. הם עתידיים גם להוביל להעלאת השכר בשוק העבודה בסיעוד.

שירות אינטגרטיבי לטיפול בקשיש הסיעודי משמעו יצירת תא ארגוני האחראי על הטיפול בקשיש. המט"ב יהיה חלק מתא ארגוני זה ויקבל תמיכה, סיוע והדרכה במסגרת עבודתו. הפעלת מסגרת שכזו תאפשר חיסכון בשעות סיעוד ועשויה לייצר חיסכון תקציבי (Hirth et al., 2009; Johri et al., 2003), שאותם ניתן להפנות להעלאת השכר הניתן לעובד בסיעוד.

הפיכת הקשיש ומשפחתו למעסיק העיקרי עתידה להוביל לצמצום מספר שעות הטיפול של מט"בים (Francesca et al., 2011), להגדלת הדרישות מהעובד בזמן עבודתו,

14 מבחינת תקופת ההכשרה המזכה בדמי אבטלה, מבחינת אורך הזמן לתשלום דמי אבטלה (ביטוח לאומי, 2008) ומבחינת שיעור ההחלפה של גמלת אבטלה עם השכר טרם האבטלה, שיעור הנע בין 35%-60%.

להעלאה בשכר המוצע ולגמישות גדולה יותר בשעות העבודה (Lundsgaard, 2005) בגלל הקשר הישיר בין העובד למשפחה. צפוי שהאטרקטיביות של העבודה בסיעוד תעלה, אם כי לא ברמה הנגזרת מהחלופות האחרות.

החלופה המומלצת

לאחר שקלול הקריטריונים ניתן לראות, שלשינוי מבנה הטיפול בקשיש והפיכתו לטיפול אינטגרטיבי מרב היתרונות: האפקטיביות הצפויה היא הגבוהה ביותר, והעלות התקציבית השוטפת לא עתידה לחרוג בהרבה מהעלות כיום. התוכנית מאפשרת להגדיל את האטרקטיביות של תחום הסיעוד בעיני העובד הישראלי. הזמן הנדרש לביצועה לא חורג מהסביר, במיוחד לאור העובדה ששטף הצריכה העתידי של עובדים זרים הוא המקור לדאגה. איכות הטיפול שיינתן לקשיש הסיעודי עתידה להשתפר, והתוכנית יוצרת אחריותיות בטיפול בקשיש הסיעודי. מלבד זאת, התוכנית מאפשרת לפתח מסגרות קהילתיות שונות בהתאם לשוני התרבותי של חברות שונות, שעל פי רוב תחומות באזורים גיאוגרפיים.

חלופה מומלצת זו תואמת במידה רבה את המגמה הרווחת במדינות המערב ובישראל להשאיר את הקשיש בקהילה תוך מתן חיזוק לשירותים הקהילתיים המעודדים זאת. אנו סבורים שאימוץ חלופה זו אכן יביא לפתרון הסוגיה של הגידול הצפוי בעובדים זרים בתחום הסיעוד, שלו כאמור השלכות כלכליות וחברתיות רבות.

מקורות

- אנדרון, י' (2004). דו"ח הצוות הבין משרדי בנושא תכנון שיטת העסקת עובדים זרים בישראל ותנאים למתן רשיונות להעסקת עובדים זרים, מדינת ישראל.
- אקשטיין, צ' (2007). דו"ח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראליים, אג'נדה חברתית כלכלית 2008-2010, מדינת ישראל.
- אקשטיין, צ' (2010). העסקת עובדים זרים, פורום קיסריה 2010, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

- בן-צורי, ר' (2010). בעלי היתר להעסקת עובדים זרים – מבט על. ירושלים: מינהל מחקר וכלכלה, משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, מדינת ישראל.
- ברודסקי, ג', רוניצקי, ש' וסיטרון, ד' (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ותמיכה (דמ-11-508). ירושלים: המרכז לחקר הזיקנה, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גוטליב, ד' (2002). השפעת עובדים לא-ישראלים על תעסוקה, שכר ואי-שוויון: 1995-2000. פורום ספיר, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת תל אביב.
- גולנדר, ח' ובריק, י' (2003). התפתחות השירותים לזקנים בישראל – מבט היסטורי. בתוך ר' ארנולד (עורך), הזדקנות וזקנה בישראל (עמ' 17-62). ירושלים: אש"ל.
- גרא, ר' (2010). גמלת סיעוד בכסף, מחקר מלווה לניסוי. ירושלים: מינהל מחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- גל, ג' (2004). ביטחון סוציאלי בישראל. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- המוסד לביטוח לאומי (1991). סקירה שנתית. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל מחקר ותכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (2008). הצעות לשינוי בחוק ביטוח אבטלה. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל מחקר ותכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (2010). מדדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי – 2009. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל מחקר ותכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (2011). רבעון סטטיסטי, זכאים לגמלת סיעוד לפי רמת זכאות ומין. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל מחקר ותכנון.
- כורזים, מ', גורן, ט' ונירן, ר' (2002). מטפלות בית בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- למ"ס (2009). תחזית אוכלוסייה בישראל לשנים 2010-2030, לפי קבוצת אוכלוסייה, מין וגיל. שנתון סטטיסטי לישראל, פרק 2.26. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- למ"ס (2010). נתונים לרגל יום הקשיש הבין לאומי (הודעה לעיתונות). ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- למ"ס (2011). זכאים לגמלת סיעוד לפי רמת זכאות ומין. רבעון סטטיסטי. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

- מונדלק, ג' (2003). עובדים או זרים בישראל? "חווה התשתית" והדפיציט הדמוקרטי. עיוני משפט, כז (2), 487-423.
- נתן, ג' (2006). עלויות הטיפול בקהילה ואשפוז במוסד של קשישים סיעודיים. ירושלים: מרכז המחקר והמידע.
- נתן, ג' (2008א). אישור אוטומטי להעסקת עובד זר בתחום הסיעוד. ירושלים: מרכז המחקר והמידע.
- נתן, ג' (2008ב). העסקת עובדים זרים בסיעוד – המודל הקנדי. ירושלים: מרכז המחקר והמידע.
- נתן, ג' (2009). עובדים זרים בישראל – סוגיות מרכזיות ותמונת מצב. ירושלים: מרכז המחקר והמידע.
- נתן, ג' (2010). ילדי עובדים זרים ומבקשי מקלט במערכת החינוך. ירושלים: מרכז המחקר והמידע.
- פורת, ה' (2009). דיני עבודה – המדריך המלא (מהדורה רביעית). נס ציונה: לסה ויז'ין.
- קו לעובד (2010). תנאי עבודתן של מהגרות עבודה המועסקות בסיעוד. תל אביב: קו לעובד.
- Altonji, J. G. & Card, D. (1991). The effects of immigration on the labor market outcomes of less-skilled natives. In J. M. Abowd & R. B. Freeman (Eds.), *Immigration, trade, and the labor market* (pp. 201-234). Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- Ayalon, L. (2009a). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of filipino home care workers in israel: Characteristics and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*, 21 (1), 40-49.
- Ayalon, L. (2009b). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign carers in israel. *Ageing and Society*, 29 (5), 671-686.
- Ayalon, L. & Shiovitz-Ezra, S. (2010). The experience of loneliness among live-in filipino homecare workers in israel: Implications for social workers. *British Journal of Social Work*, 40 (8), 25-38.

- Bardach, E. & NetLibrary, I. (2005). *A practical guide for policy analysis: The eightfold path to more effective problem solving*. New York: Seven Bridges Press.
- Befort, S. F. (2002). Labor and employment law at the millennium: A historical review and critical assessment. *Boston College Law Review*, 43, 351-460.
- Belton, V. & Stewart, T. J. (2002). *Multiple criteria decision analysis: An integrated approach*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Benjamin, A. (2001). Consumer-directed services at home: A new model for persons with disabilities. *Health Affairs*, 20 (6), 80.
- Bettio, F., Simonazzi, A., & Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16 (3), 271-285.
- Blanchard, O. J. & Katz, L. F. (1996). *What we know and do not know about the natural rate of unemployment*, no. 5822. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Bloomekatz, R. (2006). Rethinking immigration status discrimination and exploitation in the low-wage workplace. *UCLA Law Review*, 54, 1963.
- Brennan, R. & Turnbull, P. W. (1999). Adaptive behavior in buyer-supplier relationships. *Industrial Marketing Management*, 28 (5), 481-495.
- Chernichovsky, D., Koreh, M., Soffer, S., & Avrami, S. (2010). Long-term care in israel: Challenges and reform options. *Health Policy*, 96 (3), 217-225.
- Cronin Jr, J. J. & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *The Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Johnston, S. (2004). Professionalism for medicine: Opportunities and obligations. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 24, 208-2011.
- Easterlin, R. A. (2001). Income and happiness: Towards a unified theory. *The Economic Journal*, 111 (473), 465-484.

- Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E., et al. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161 (22), 2694-2700.
- Feldstein, M. & Poterba, J. (1984). Unemployment insurance and reservation wages. *Journal of Public Economics*, 23 (1-2), 141-167.
- Figueira, J., Greco, S., & Ehrgott, M. (2005). *Multiple criteria decision analysis: State of the art surveys*. New York: Springer Verlag.
- Fogel, B. S. (1992). Psychological aspects of staying at home. *Generations*, 16 (2), 15-19.
- Francesca, C., Ana, L. N., Jérôme, M., & Frits, T. (2011). OECD health policy studies help wanted?: Providing and paying for long-term care. Publications de l'OCDE.
- Fujisawa, R. & Colombo, F. (2009). *The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. Paris: OECD Publishing.
- Hirth, V., Baskins, J., & Dever-Bumba, M. (2009). Program of all-inclusive care (PACE): Past, present, and future. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (3), 155-160.
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 222-235.
- Kav LaOved. (2010). *Kav LaOved's (worker's hotline) shadow report on the situation of female migrant workers in israel*. Submitted to the committee on the elimination of all forms of discrimination against women 48th session. Tel-Aviv: Kav LaOved.
- Kemp, A. (2010). Reforming policies on foreign workers in Israel. *OECD social, employment and migration working papers No. 103*. OECD Publishing.

- Kodner, D. L. (2003). Consumer-directed services: Lessons and implications for integrated systems of care. *International Journal of Integrated Care*, 3, 1-7.
- Krothe, J. S. (1997). Giving voice to elderly people: Community-based long-term care. *Public Health Nursing*, 14 (4), 217-226.
- Linkov, I., Satterstrom, F., Kiker, G., Batchelor, C., Bridges, T., & Ferguson, E. (2006). From comparative risk assessment to multi-criteria decision analysis and adaptive management: Recent developments and applications. *Environment International*, 32 (8), 1072-1093.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4 (4), 309-336.
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?* No. 20. OECD Publishing.
- Martin-Matthews, A. (2007). Situating "Home" at the nexus of the public and private spheres. *Current Sociology*, 55 (2), 229-249.
- Meyer, B. D. (1991). Unemployment insurance and unemployment spells. *Econometrica*, 58, 757.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76 (6), 845-855.
- Motomura, H. (2006). Choosing immigrants, making citizens. *Stan.L. Rev.*, 59, 857-870.
- OECD. (2010). *Reviews of labour market and social policies: Israel*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2011). *International migration outlook 2011*. OECD Publishing.

- Pissarides, C. A. & McMaster, I. (1990). Regional migration, wages and unemployment: Empirical evidence and implications for policy. *Oxford Economic Papers*, 42 (4), 812-831.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26 (3), 513-563.
- Popenoe, D. (1993). American family decline, 1960-1990: A review and appraisal. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 527-542.
- Powers, L. E., Sowers, J. A., & Singer, G. H. S. (2006). A cross-disability analysis of person-directed, long-term services. *Journal of Disability Policy Studies*, 17 (2), 66.
- Reimat, A. (2009). Welfare regimes and long-term care for elderly people in Europe. *The European Social Model in a Global Perspective*. IMPALLA-ESPAnet Joint Conference, Luxembourg.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Bula, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48 (4), 445-469.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *The Journal of Marketing*, 60, 31-46.