

בכנתו סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה ונטחון סוציאלי

מערכת הפנסיה בישראל • מימון תכנית זיקנה, שאירים ונכות במערב גרמניה • התפתחויות ומגמות בביטחון הסוציאלי 1981—1983 • מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל • האם חוקי הפלה משפיעים על שיעורי הילודה? (עדויות מכמה ארצות) • המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה • ביטוח סוציאלי של התלויים בסמים ואלכוהול • היערכות עובדים סוציאליים כמסנגרים וכמתריעים חברתיים בתקופה של צמצום משאבים.

בטחון סוציאלי

כתביעת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על-ידי

המוסד לביטוח לאומי

ירושלים * תמוז תשמ"ה * יוני 1985

חוברת 27

בחוברת זו

מאמרים של שלמה כהן ויעקב אנטלר, הפותח את החוברת, סוקר את מערכת הפנסיה בישראל על שני מגזריה: הממלכתי והמשלמי. לאור חלוקה זו נסקרים חלקו של כל אחד מהם, תפקודו בתווה כמו גם כיווני התפתחותו בעתיד. המתברים מצביעים על הקשיים שבהם נתקלים שני רבדים אלה של הביטוח הסוציאלי בישראל בזמננו ומתארים את השינויים שחלו בפעולתם.

את הנעשה במערב גרמניה בשטח מימון תכנית הביטוח של זיקנה, שאירים ונכות מתאר ד"ר פאול פיישר, הסוקר את הקשיים שנתקלת בהם מדינה זו במימוש זכויות המבוטחים בשל המצב הקשה שהיא נתונה בו כיום — אבטלה גדולה שהביאה עמה גם ירידה בהכנסות הממשלה וקשיי מימון שהביאו לצמצום השתתפות הממשלה בתכניות הסוציאליות מזה, והעידוד לפרוש מן העבודה מוקדם כדי לצמצם מעט את ממדי האבטלה — מזה. על אלה יש להוסיף גם את שיעור הילודה הנמוך שבוודאי ייתן את תוצאותיו בעתיד.

תיאור קודר מביא גם ד"ר מוכ"ל ISSA לשנים 1981—1983, הקובע שהביטחון הסוציאלי היה נתון בתקופה הנסקרת להתקפות גוברות בכמה ארצות. ולמרות זאת, באופן כללי, גילה המבנה של מערכות הביטחון הסוציאלי יכולת מצוינת להסתגל לקשיים. מה גם שהצעות שביקשו לפגוע בתכניות הסוציאליות עוררו התנגדות לא קטנה בחלקים נרחבים של הציבור וקרוב לוודאי שהתנגדות זאת לא תיחלש גם בעתיד.

להערכת הטיפול שמעניקים המוסדות לטיפול ממושך בישראל לדייריהם מוקדש מאמרם של רחל פליישמן ואדריאן תומר, שביקשו במחקרם לפתח מכשירים מתאימים למדידת איכות הטיפול הניתן במוסדות לקשישים, אשר ישמשו בסיס למחקר בתחום זה, וכן לזהות אחדים מן הגורמים העיקריים המשפיעים על איכות הטיפול.

בנושא הילודה עוסקים — אמנם משתי זוויות ראייה שונות לחלוטין — המאמר של זהבה פוקס, המתארת את המתלקה להרינונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה, ומאמרם של אילנה ציגלר ופרופ' שלמה שרליון, שבו הם מנסים לבדוק — לאור ניסיוןן של ארצות אחדות — האם חקיקה מחמירה בענייני ילודה, שכוונתה להביא לצמצום מספר ההפלות, או הנהגת הקלות בזמינותן של ההפלות, אמנם משפיעות באופן ישיר ופשוט על שיעורי הילודה.

בהשוואה בין כמה ארצות עוסק גם אריק אודון בורג, מנורווגיה, אבל בעניין אחר לחלוטין: ההתייחסות למתמכרים לאלכוהול ולסמים והביטוח הסוציאלי שהם זוכים לו בארצות הנסקרות.

סוגר את רשימת המאמרים ד"ר יוסף כורזים, הפונה בקריאה אל העובדים הסוציאליים להגביר את מודעותם כשומרים על איכות חיהם של חלשי החברה ולחזור ולהיות מעורבים בתהליכי קביעת המדיניות החברתית — ודווקא בתקופה של צמצום משאבים.



"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בתורף ובקיץ. מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברוח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית המאמר באנגלית וכן שם המחבר ושם המאמר באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע. מען המערכת: "בטחון סוציאלי", האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13, ירושלים 91909. הדעות וההערות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

חמערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

נסים ברוך

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משח ליסק

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירה שמאי

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334 — 231X

דפוס אחוח, ירושלים

תוכן העניינים

עמ'		
5	שלמה כהן ויעקב אנטלר	מערכת הפנסיה בישראל
35	ד"ר פאול פישר	מימון תכנית זיקנה, שאירים ונכות במערב גרמניה
44		התפתחויות ומגמות בביטחון הסוציאלי 1981—1983 (דו"ח המזכיר הכללי של איס"ס"א)
55	רחל פליישמן ואדריאן תומר ואחרים	מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל
97	אילנה ציגלר ופרופ' שלמה שרליון	האם חוקי הפלה משפיעים על שיעורי הילודה? עדויות מכמה ארצות
114	זהבה פוקס	המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה
122	אריק אודון בורג	ביטוח סוציאלי של התלויים בסמים ואלכוהול
128	ד"ר יוסף כורזים	היערכות עובדים סוציאליים כמסנגרים וכמתריעים חברתיים בתקופה של צמצום משאבים
137	אריה וולף, עו"ד	חקיקה ופסיקה סוציאלית: הצעת חוק הביטוח הלאומי (חוראת שעה) ; התקף לב כתאונה בעבודה ; תסמונת "הילד המוכה"
145		פרסומים חדשים

מערכת הפנסיה בישראל

מאת שלמה כהן * ויעקב אנטלר **

הסוציאליות מתייחסות לשורה ארוכה של סיכונים, העלולים להוציא את האדם ממעגל העבודה באופן זמני, או לצמיתות.

כל מערך הזכויות והחובות בתוכניות הביטוח הלאומי מוגדר בחוק, וכשיש עילה — זכאי האדם לגמלה מכוח החוק, אם נתמלאו בו כל כללי הזכאות. מאפיין נוסף של מערך הביטוח הלאומי הוא כיסוי רחב ביותר. למעשה, כל תושב מדינת ישראל מבוטח מכוח החוק בתוכניות הפנסיה המרכזיות, וחלה עליה חובת תשלום דמי ביטוח, ללא קשר לזיקתו לשוק העבודה.

קצבאות המוסד לביטוח לאומי משולמות בדרך כלל על-פי שיעור בסיסי אחיד. הן קשורות קשר חלש למשך תקופת הביטוח, ומתייחסות למספר הנפשות התלויות במבוטח, אך אינן קשורות לגובה ההכנסה המבוטחת. העיקרון הבסיסי הוא הבטחת קיומם של המבוטח ושל משפחתו ברמה ובשיעורים שהוגדרו בחוק, ולא-דווקא שמישהו על רמת חייו היחסית האישית. בחלק קטן של תוכניות הביטוח, כגון: ביטוח נפגעי עבודה, שירות מילואים ודמי לידה, שביסודן הן תוכניות המבטחות את שכרו של העובד, משולמות קצבאות יחסיות לשכרו האישי של המבוטח.

התוכניות הפנסיוניות הקלאסיות: ביטוח זקנה, ביטוח שאירים וביטוח גכות כללית, כולן תוכניות הנשאות אופי של הבטחת הכנסה ברמת המינימום. קצבת זיקנה

א. המערכת הפנסיונית בישראל — תיאור כללי

המערכת הפנסיונית במדינת ישראל בנויה משני רבדים עיקריים. הרובד הראשון הוא רובד ממלכתי, ותפקידו העיקרי להקנות הגנה כלכלית בסיסית לאזרחי המדינה ולאפשר להם רמת קיום מינימלית. רובד זה מופעל באמצעות המוסד לביטוח לאומי, שהוא המכשיר המרכזי לביצוע המדיניות הכלכלית-חברתית של הממשלה בחלוקת המשאבים הלאומיים בין אזרחי המדינה. הרובד השני נועד להשלים את רמת ההכנסה של האדם העובד ושל בני משפחתו בתקופה, שבה הוא נמצא מחוץ למעגל העבודה, כדי שיתאפשר לו לשמור על רמת חיים דומה לזו שהיתה לו בתקופת עבודתו במונחים של אחוז מוגדר שלה. רובד זה מופעל באמצעות צעות הסדרי ביטוח וולונטריים באמצעות האיגודים המקצועיים.

1. הרובד הראשון — הביטוח הלאומי המוסד לביטוח לאומי אחראי על חלוקת צודקת, ושוויונית יותר של ההכנסה הלאומית באמצעות מערכת ביטוחית מחייבת, הגובה דמי ביטוח מהאוכלוסייה הפעילה ומחזירה אותם לציבור המבוטחים שחדלו מפעילות כלכלית במשק מסיבות שונות: אישיות, רפואיות, חוקיות ועוד. תוכניות הביטוח

* מנהל המחלקה לגמלאות ארוכות מועד, האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.
** אקטואר ראשי, המרכז לביטוח סוציאלי, הסתדרות העובדים בישראל.

18½% משכר העובד (מזה בערך 5% על-ידי העובד עצמו). רובד זה מבטיח תשלום חד-פעמי או קצבת זיקנה, קצבאות במקרה נכות או מוות (לשאיירים) ותוכניות נוספות.¹ לכל העובדים מובטחות זכויות פנסיוניות בהתאם להסכמי העבודה. חלק מקרנות הפנסיה מבטיחות לחבריהן גם זכויות סוציאליות נוספות, אף הן בהתאם להסכמי העבודה: דמי מחלה, דמי תאונה, חופשה שנתית, דמי חגים, פיצויי פיטורין, מענקים שונים במקרי לידה, נכות, דמי הבראה וכן הלוואות לצור-כי שיכון וצרכים קונסטרוקטיביים אחרים. חשוב להדגיש את העובדה, שהקרנות הפועלות ברובד השני פועלות כגופים וולונטריים, ללא מסגרת של חוק (פנסיה) מחייב. תוכנית הפנסיה המשלימה בארץ היא צעירה יחסית, וקיבלה תנופה בשנים האחרונות, הן מבחינת היקף האוכלוסיות המכוסות, והן מבחינת תנאי הביטוח ומעריך הזכויות המוקנה באמצעותן. לכן חלק לא קטן מציבור העובדים, ובמיוחד אלה שפרשו מעבודתם בשנים הראשונות לאחר קום המדינה, לא היו מכוסים בביטוח פנסיוני ולא נהנו מפנסיה לאחר פרישתם. יתרה מזו, האופי המיוחד של מדינת ישראל כמדינת הגירה מובי-הקת הביא לגידול עצום של האוכלוסייה, בעיקר עקב גלי העלייה הגדולים בשנות החמישים, וכך גם לגידול ניכר של כוח עבודה מבוגר, שבגלל גילו לא יכול היה להשתלב בתוכניות הביטוח הפנסיוני, או למלא אחר התנאים המזכים בפנסיה זיקנה. כתוצאה מכך, למרבית הקשישים החיים כיום בארץ אין הכנסה כלשהי, פרט לקצבה המובטחת ממערכת הביטוח הלאומי. מחקרים שונים מראים, ש-40% בלבד מכלל הקשישים נהנים גם מפנסיה משלימה כלשהי, בנוסף על קצבת הזיקנה של הביטוח הלאומי.

משולמת לכל תושב ישראל בהגיעו לגיל זיקנה, אם נתמלאו בו תנאי הביטוח. הקצבה הבסיסית היא בשיעור אחד מהשכר הממוצע, בהתאם לאחוזים הקבועים בחוק, לפי מספר התלויים במבוטח, ורמתה נמוכה, יחסית, באשר היא נועדה להבטיח רמה מינימלית של קיום בסיסי.

קצבת השאיירים משולמת לשאייריו של מבוטח שנפטר, ברמות דומות לאלה של קצבת הזיקנה.

קצבת הנכות הכללית משולמת לכל מבוטח שאיבד את כושרו להשתכר, או שכושרו צומצם ב-50%, לפחות, בשל מחלה או מום מלידה.

בכל מקרה, לכל מבוטח בתוכניות אלה מובטחת הכנסה ברמה שהמחוקק הישראלי קבע שהיא רמה מינימלית הכרחית לקיום. רמה זו מעוגנת בחוק הבטחת הכנסה. מבוטח, שהכנסתו מקצבה או ממקורות אחרים נמוכה מגורמה זו, מקבל השלמה עד רמה זו על חשבון אוצר המדינה.²

2. הרובד השני — פנסיה משלימה באמצעות קרנות ההפטרות

ברובד השני מצויים הסדרי ביטוח ציבוריים וולונטריים, אך לא ממלכתיים. רובד זה בנוי בעיקר משבע קרנות הפנסיה ההסתדרותיות, המבטחות כ-80% מציבור השכירים בישראל. ליד קרנות אלה פועלות עוד שמונה קרנות קטנות, המבטחות יחד לא יותר מאשר 45,000 עובדים שכירים. ברובד הזה כלולים גם כל עובדי המדינה והרשויות המקומיות, הנהנים מפנסיה תקציבית על-פי חוק.

הסדרי הביטוח הציבוריים מעוגנים לעתים קרובות בהסכמים הקיבוציים שבין העובדים והמעבידים והם קשורים לרמת השכר של העובד. מקובל להפריש לצורך זה בערך

1 לפירוט מלא של מערך קצבאות הזיקנה, השאיירים והנכות הכללית, ראה נספח 1 המובא בסוף המאמר.

2 עיקרי תוכניות הפנסיה המשלימה מפורטים בנספח 2.

1. מידת הכיפוי של המערכות הבסיס החוקי הרעיוני השונה של כל אחת מן המערכות יוצר, מכוח ההגדרה, הבדלים ביניהן. לגבי חוג המבוטחים והיקף הכיסוי של האוכלוסייה הזכאית לזכויות המוקנות על-ידי שתי המערכות. התפיסה הבסיסית המונחת ביסוד חוק הביטוח הלאומי היא הקניית הזכות לגמלה על בסיס אוניברסלי. גישה זו היא פועל יוצא מן השיטה הביטוחית הנהוגה כיום. דהיינו, אדם מבטח את עצמו במהלך חייו על-ידי תשלום שוטף של דמי ביטוח כנגד קשת רחבה של סיכונים ומצבים, שהוא עלול להיקלע אליהם. מכאן, שאם נקריית עילה המזכה לגמלה, זכותו מוחלטת ובלתי מותנית, כל עוד הוא מילא את כל התנאים והכללים הדרושים. העילות האפשריות משתנות, כמובן, בהתאם לתוכן גיות הביטוח. לגבי הזכות לקצבת זיקנה העילה היא עצם הגעתו של האדם לגיל המזכה בקצבה; לגבי נכות כללית — אובדן או צמצום כושר השתכרותו; לגבי זכאות לגמלת נפגעי עבודה — התרחשות התאונה בעבודה. הביטוי המרכזי להיותה של מערכת הביטוח הלאומי מערכת אוניברסלית הוא העדר מבחן הכנסות, או מבחן אמצעים כל-שהו, ככלל וכעיקרון, לצורך מימוש הזכאות (להוציא חריגים שוליים).³

לעומת זאת, במערכת הפנסיונית המש-לימה, שהיא ביסודה וולונטרית למחצה ומעוגנת בהסכמי עבודה, המצב שונה: הסכמי העבודה במשק אינם מכסים בביטוח פנסיוני את כל העובדים במשק. עובדים עצמאיים ולא-שכירים אחרים אינם מבוטחים כלל במסגרת קרנות הפנסיה ההסתדרותיות, וגם בקרב השכירים קבוצות שונות אינן כלולות במסגרת הסכמי עבודה, המבטיחים את הביטוח הפנסיוני.

שיעור החלפת השכר המשולם כיום על-ידי מערכת הפנסיה המשלימה נמוך, יחסית. רק חלק קטן מהפורשים צובר את שיעור הפנסיה המקסימלי (70%). מרבית האוכ-לוסייה צוברת שיעורים נמוכים בהרבה, והרמה הממוצעת היא 50%. גם אלה שצברו את השיעור המקסימלי אינם נהנים משיעור החלפת שכר מקביל לשכרם הקודם, היות שההכנסה הבסיסית לחישוב גובה הפנסיה איננה כוללת רכיבי שכר שונים ששולמו לעובד תמורת עבודתו, כגון שעות נוספות, חזר הוצאות וכו'.

ב. מאפיינים עיקריים של מערכת הביטחון הסוציאלי בישראל שיש להם השלכות ארגוניות

גיבושה של מערכת הפנסיה במתכונתה הנו-כחית היא תולדה של התפתחות היסטורית דינמית הנמשכת זה 30 שנה. במהלך תקופה זה חלו שינויים רעיוניים בסיסיים בתפיסות היסוד לגבי מהותו ותפקידו של מערך הבי-טחון הסוציאלי. זאת, כפועל יוצא מן הני-סיון שהצטבר בהפעלת המערכת בארץ, פי-תוח הגישות הרעיוניות בארצות המערב ושינויים דמוגראפיים, חברתיים וכלכליים של האוכלוסייה בארץ, לצד תמורות כלכליות ומשקיות במערכות החיים שמחוץ למוסד, המשפיעות במישרין או בעקיפין על מערך הביטחון הסוציאלי. נציג להלן מספר קווים עקרוניים כלליים, שיש בהם כדי לאפיין את התפיסה הרעיונית הבסיסית של תוכניות הביטוח הסוציאלי, העוברת כחוט השני לאו-רך מרבית התוכניות והמשמשת אבן יסוד להערכתה, החזקתה ופיתוחה של המערכת. המרכיבים שיוצגו להלן קשורים קשר אמיץ להיבטים מינהליים וארגוניים של החזקת המערכת ופיתוחה בטווח הארוך.

3 לאחרונה קמו עוררין על גישה זו. ראה על כך בהמשך המאמר.

סיות במערכת נקבעו כאשר שיעורי האינפלציה השנתיים היו נמוכים בהרבה, וספק אם יש עוד בכוחן לשמור על רמת חייהם של הגימלאים.⁴

הוויכוח הנצחי כמעט על המדיניות הרצויה לשמירת ערכן של הקצבאות לא פסח גם על ישראל. ההתלבטות העיקרית היתה בין שתי גישות מקובלות ושכיחות, הנבדלות זו מזו מבחינה רעיונית. הגישה האחת מעדיפה את הבטחת כוח הקנייה של הקצבאות, כפי שזה בא לידי ביטוי בהצמדתן לשינויים ברמת המחירים במשק, ואילו הגישה השנייה מציבה כיעד מרכזי את שמירת הקצבאות במונחים של השינויים ברמת החיים של כלל האוכלוסייה בארץ. הדוגלים בשיטה זו גורסים הצמדת הקצבאות לשכר הממוצע במשק, שהוא אינדיקטור לשינויים החלים ברמת החיים בטווח הארוך.

במערכת הביטוח הלאומי אומצה בסופו של דבר בהדרגה הגישה של הצמדת הקצבאות לשכר הממוצע במשק ושמירת ערך הקצבאות יחסית לרמת החיים הממוצעת. במערכת הפנסיה המשלימה התקבל העיקרון של הבטחת כוח הקנייה של הפנסיה והצמדתה לשינויים ברמת החיים.

לאחרונה נתקבלה גם בהסתדרות החלטה לפצות את הגימלאים עם העלייה ברמת החיים בדרך של הצמדה לשכר הממוצע במשק. המהלך יתבצע בהדרגה במשך מספר שנים במקביל לגיוס האמצעים הכספיים. קצבאות הביטוח הלאומי נקבעו ברובן הגדול כאחוזים מהשכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי⁵, וגם העדכון התקופתי

2. העיר קשר וזיקה בין שתי המערכות כיום לא קיים כל קשר בין שני הרבדים של מערכת הפנסיה הישראלית, וכל רובד משולם באופן עצמאי ללא זיקה לזולתו. מבוטח זכאי לקבל את קצבת הזיקנה מכוח ביטוח הזיקנה בביטוח הלאומי, ובמקביל לקבל את הפנסיה שצבר מכוח ביטוח במסגרת הפנסיה המשלימה מעבודה. כתוצאה מכך עשוי שיעור החלפת השכר של הגמלאי להגיע לרמות גבוהות במיוחד. תופעה זו בולטת במיוחד בהכנסה הפנויה של הגמלאי, לאור העובדה שניתנות הנחות מס על הכנסות שמקורן בקצבה או בפנסיה. אפשרות זו מקיפה כיום מספר קטן של גימלאים, אך היא עשויה להתמש בעתיד ביתר שאת עם הבשלת הזכויות הפנסיוניות של הפורשים מן העבודה.

מחשבות שונות כיצד ליצור מבנה מגובש ומתואם יותר, שיסדיר את בעיית הבטחת הכנסתם של קשישים, שאירים ונכים בצורה מחייבת ובהתאם למדיניות אחידה, תוך חלוקת האחריות הביצועית בין המערכות הפועלות כיום בשטח, מועלות מזה זמן רב בישראל. מחשבות אלה עדיין לא הגיעו לשלב של גיבוש סופי וחקיקה.

3. שמירה על ערך הקצבאות בעתות אינפלציה — שיטות עדכון הקצבאות הבעיה היסודית הקיימת כיום במדינת ישראל מבתנתו של האזרח, ובמיוחד של הגימלאי והפנסיונר, היא בעיית האינפלציה. שיעורה נע בשנים האחרונות בין 100% ל-150%, והיא גרמה שתיקה ברמת החיים של הגימלאים. שיטות העדכון הבסיס-

4 לפירוט השיטות המשמשות לעדכון קצבאות המוסד לביטוח לאומי ראה נספח 3.

5 השכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי איננו זהה לשכר הממוצע בפועל למשרת שכיר, המתפרסם מטעם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בשל הפיגור הרב שחל בפרסום נתוני השכר בפועל (3-4 חודשים) המתוקן נוקק להגדרת מיוחדת של השכר, שנועדה לתת קירוב טוב ככל האפשר לשכר הממוצע בפועל. על-פי הגדרה זו, השכר הממוצע לפי חוק הוא השכר החדשי הממוצע למשרת שכיר בפועל בשלושת החודשים האחרונים שהנתונים לגביהם מצויים בידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בצירוף שיעורי תוספת היוקר ששולמה לכלל השכירים במשק מאז תום שלושת החודשים האלה ועד לחדש עדכון השכר הממוצע על-פי החוק. בעתות של יציבות כלכלית ושיעורי

אלה כשיש במשק התייקרויות חריגות בשל צעדים כלכליים של הממשלה, כגון בשעת קיצוץ בסובסידיות למוצרי היסוד, פחות מסיבי של השקל וכו'. תשלומי פיצויים מיוזמי חדים אלה אינם אוטומטיים, אלא הם נתונים לדיון ולמשא-ומתן בין האוצר ובין הביטוח הלאומי, ויש לכך השלכות מינהליות ניכרות.

להתפתחות האינפלציונית יש השלכות נוספות על מערכת הגמלאות והגבייה, ונדון רשו תיקונים והרחבות שונות בחוק הביטוח הלאומי ובחוקים אחרים הנוגעים לקרנות הפנסיה, שמטרתם לשמור על הערך הריאלי של התשלומים ושל תקבולי דמי הביטוח. ואלה התיקונים שהוכנסו:

(א) חוק ריבית והצמדה. מאז אפריל 1984 כל חובותיהם של המבוטחים, וכן גם החזרי דמי הביטוח המגיעים להם מהמוסד, צמודים למדד המתירים לצרכן.

(ב) גביית דמי הביטוח מעצמאיים על בסיס שנה שוטפת. מאז אפריל 1984 נגבים דמי הביטוח הלאומי מעצמאיים על-פי הכנסתם המשוערת בשנה השוטפת במקום על-פי ההכנסה בשנת המס הקודמת, כפי שהיה נהוג לפני כן. בשיעורי אינפלציה כה גבוהים התאמה שוטפת של הגבייה והגמלאות לבסיס הכנסה ריאלי היא הכרחית.

(ג) תשלום פיצוי בעד איחור בתשלום גמלה. מאז מרס 1984 איחור בתשלום גמלה לתקופה העולה על פרק זמן סביר שנדרש לקביעת הזכאות (לרוב 3 חודשים) מחייב את המוסד בתשלום הגמלה בערכה הריאלי מיום הגשת התביעה. עד כה שולמו הגמלאות בערכן הנומינלי, מבלי

נעשה בהתאם לשינויים החלים בגובה שכר זה. הנהגת שיטה זו מבטיחה עקרונית התפתחות מקבילה של הקצבאות ושל רמת החיים במשק, כך שרמתן היחסים של הקצבאות נשמרת לאורך זמן. ברור, ששיטה זו עדיפה בתקופות של עלייה ברמת החיים (קרי בשכר הריאלי), שהיו אופייניות למשק הישראלי כמעט כל שנים, אך בתקופות של שחיקה גדולה ברמת החיים ובשכר הריאלי היא פוגעת בכושר הקיום של האוכלוסייה, ובעיקר בשכבות החלשות.

לאור זאת פותחו בשנים האחרונות, עם התגברות האינפלציה, מספר שיטות להישוב ההצמדה⁶, שכל אחת מהן מתאימה לסוג אחר של גמלה.

באפריל 1984 אימצו קרנות הפנסיה ההסתדרותיות את העיקרון של הצמדה לשכר הממוצע במשק. החל משנה זו יוצמדו קצבאות קרנות הפנסיה בהדרגה לשיעור הגידול הריאלי בשכר הממוצע במשק, אבל בכל מקרה יישמר העיקרון של הצמדה לפחות לשיעור הגידול במחירים.

המחוקק הישראלי נתן את דעתו באופן מיוחד להבטחת ערכן הריאלי של הקצבאות המשולמות לאוכלוסיות החלשות ביותר בחברה, שקיומן תלוי באופן בלעדי בתשלומי העברה. לכן נקבעה לגביהן שיטת עדכון מועדפת שיש בה שילוב של שמירה על הרמה היחסית שלהן וכן על כוח הקנייה. כלומר, העדכון לפי השכר הממוצע נעשה תמיד כאשר משולמת תוספת זקנה לכלל השכירים במשק, ובנוסף על כך, בין תקופות העדכון הללו, הקצבאות מוגדלות באופן אוטומטי תמיד כשעליית מדד המתירים לצרכן מגיעה ל-5% ויותר⁷. בשנים האחרונות נהוג לתת פיצוי מיוחד לאוכלוסיות

אינפלציה מתונים יש קירוב טוב בין השכר לפי החוק ובין השכר הממוצע במשק, אולם במצב של תנודות כלכליות חריפות, שיעורי אינפלציה גבוהים, וריבוי הסכמי שכר בנוסף לתשלום תוספת יוקר, נוצר פער גדול בין שתי הגדרות שכר אלה, ודבר זה מביא לשחיקה ניכרת בשכר הממוצע לפי חוק, ובעקבותיו לשחיקה גדולה בקצבאות הנגזרות משכר זה.

6 ראה על כך בנספח 1.

7 לגבי שיטה חדשה שהונהגה לאחרונה ראה הערה 15 להלן.

ונתונים לתהליך של שחיקה מתמדת. לא כן הדברים לגבי תוכניות הביטוח קצרות-המועד חליפות השכר. תוכניות אלה נועדו במהותן להבטיח לזכאי רמת הכנסה יחסית להכנסתו הקודמת, בהתאם לשיעורי ההתלפה שנקבעו בתוכניות הביטוח השונות.

שיטת המימון. שיטת המימון הביטוחי הנהוגה לפי חוק הביטוח הלאומי היא שילוב של השיטה התקציבית השוטפת ושל שיטת הצבירה, למרות ששיטה זו אינה מעוגנת בחוק ונתונה, למעשה, לשינויים בהתאם למדיניותה של מינהלת המוסד לאור ההתפתחויות הכלכליות והמשקיות. מאז 1979 גובשה שיטת מימון המתבססת על "רמת כיסוי", המגדירה עבור כל ענף את היחס הרצוי בין הצבר הנכסים של הענף ובין סך הגמלאות השנתיות המשולמות על-ידי הענף. עקרונית נקבע, שבענפים שבהם משולמות גמלאות ארוכות-מועד, רמת הכיסוי המינימלית של נכסי הענף תהיה ברמה הגבוהה פי שלושה מסכום הוצאות הענף בשנה התקציבית, ואילו רמת הכיסוי המקסימלית תהיה ברמה השווה ל-6 שנות הוצאה. בגמלאות קצרות מועד דרושה צבירה מינימלית, שתספיק להוצאה שנתית שלמה אחת, והמקסימלית תספיק לשתי שנות הוצאה. נמצאו עוררין גם על שיטת מימון זו בטענה, שאין הצדקה לצבירת רוזבה כה נדיבה למימון מערך, שהזכויות המוקנות באמצעותו ומקורות המימון שלו מובטחים באמצעות החוק, ובמקרה של מצוקת מימון ניתן להגדיל את שיעורי דמי הביטוח ללא קושי. השלכותיו של ויכוח זה על הבטחת עצמאותו של המוסד ועל קשרי הגומלין בין השותפים השונים במועצת המוסד לביטוח לאומי יובאו להלן בפרק ג'.

דמי הביטוח לתוכניות הביטוח. מערכת הביטוח הלאומי היא מערכת ביטוחית במהותה ובטבעה. דהיינו, בצד התשלומים והגמלאות שהמוסד משלם, יש חובת תשלום דמי ביטוח. החוק גם קובע

להביא בחשבון את הירידה העצומה בכוח הקנייה שלהן.

(ד) צמצום מספר הימים העובדים בין תשלום המשכורת לעובדים ובין העברת הכספים המופרשים עבור קרנות הפנסיה לקרנות אלה.

4. שיטות המימון ומערך הגבייה המערכת הפנסיונית בארץ על שני רבדיה מבוססת על העיקרון הביטוחי. דהיינו, על המבוטח לשלם דמי ביטוח מהכנסתו במשך כל שנות עבודתו, וכשנקרית העילה המזכה לפנסיה, הוא נהנה מהזכויות בהתאם לכללים ולנוהלים המעוגנים בפוליסת הביטוח. אך בהתאם למדיניות הגבייה יש הבדלים גדולים בין מערכות ביטוח שונות בדבר הנכסים, השקעת נכסים, מידת הקשר בין ההכנסה המבוטחת ובין רמת הפנסיה המובטחת וכו'. המערכת הישראלית כוללת אלמנטים מובהקים רבים של היסודות הביטוחיים הקלאסיים, אך מדגשים בה גם היסודות הסוציאליים והשלכותיהם על שיטת הגבייה והמימון. להלן נתייחס למרכיבים העיקריים בתחום המימון והגבייה בשתי המערכות הפנסיוניות הנהוגות בארץ.

(א) מערכת הביטוח הלאומי הקשר בין רמת הגמלאות ובין שכר המבוטח. כאמור, במרבית תוכניות הביטוח לפי חוק הביטוח הלאומי לא קיימת זיקה ישירה בין רמת ההכנסה האישית של המבוטח בתקופת פעילותו הכלכלית ובין רמת הגמלאות המשולמות לו בהיקרות העילה המזכה. כל התוכניות להבטחת הכנסה לטווח הארוך, וכן קצבאות הילדים, מבוססות בעיקרן על התפיסה הסוציאלית ועל עקרון הביטוח ההדדי, ולכן רמת הגמלאות היא אחידה מעיקרה. הדאגה היא להבטיח רמה בסיסית אחידה על-פי הנורמה שנקבעה בכל תוכנית, ולכל מי שזכאי למימוש זכותו בתוכנית, תוך התחשבות בגודל המשפחה. עד כמה שקיימים אלמנטים ביטוחיים, הם שוליים

ושהמוסד כלל אותם באוכלוסיית הזכאים שלו.

(2) ענף ילדים — סכום השווה לגבייה מן הציבור. השתתפות זו נועדה לכיסוי התשלומים עבור נקודת זיכוי אחת, שבעבר ניתנה ישירות באמצעות מערכת המס וש- נכללה בתשלום המוסד בעקבות הרפורמה במס בשנת 1975.

(3) ענף נכות כללית — 50% מן התש- לומים לנכים, שנכותם אירעה לפני תחילת החוק (אפריל 1970), או הנהנים מגמלאות במסגרת הענף על-פי תנאים וכללים שנק- בעו בחוק.

גבייה סוציאלית עבור גופים אחרים. בשל יעילותו של המוסד לביטוח לאומי בתחום הגבייה מופעלים עליו לחצים גדולים ליטול על עצמו גם את הגבייה לנושאים ולשירותים שאינם בתחומי פעילותו הישירים. כך, למשל, המוסד גובה כיום עבור קופות החולים מס מקביל מהמעבידים, המבטיח את זכויות האשפוז הרפואי של העובדים. כן גובה המוסד היטל חינוך תיכון. הרחבת הגבייה לתחומים אלה מעלה את שיעורי דמי הביטוח לרמה גבוהה מאוד, שעלולה לעודד "בריחה" של מבוטחים ממי- לוי חובת התשלום, וזאת בנוסף לסכנת הכרסום שיחול בתדמיתו של המוסד כגוף לביטחון סוציאלי, הגובה כספים מהציבור אך ורק לצורך מימון היעדים החברתיים כפי שהחוק הטיל עליו. מדיניות המוסד היא להימנע ככל האפשר מביצוע שירותי גבייה גרידא עבור תחומי פעולה שאינם שלו, וגם על כך יש מאבקים קשים עם המשרדים הכלכליים.

עבור עובד שכיר גבייה זו מסתכמת בשי- עור של 5.45% מהכנסתו, עבור עובד עצ- מאי — 4.95% מההכנסה ועבור מבוטח שאינו עובד ואינו עובד עצמאי — 3.1% מן ההכנסה.

מדיניות הרזרבות וההשקעות. בהתאם לשיטת המימון הקיימת במוסד, נצ- ברים בכל ענף נכסים, שהם בבחינת רזרבה

מפורשות שלילת תשלום גמלאות למי שקיים אצלו פיגור גדול בתשלום דמי הביטוח. חו- בת הביטוח חלה על כל מבוטח, להוציא מקרים שהחוק או התקנות פטרו מתשלום. שיעורי דמי הביטוח לפי ענפי הביטוח השונים, וכן התחלקותם בין העובד למעביד, מוגדרים בחוק והשר רשאי לשנותם רק לאחר אישורה של ועדת הכספים של הכנסת, ובלבד שתישמר הפרופורציה הבסיסית בין חלקו של העובד לחלקו של המעביד. שיעור דמי הביטוח לענפי הביטוח הלאומי עבור עובד שכיר הוא בערך 14.15% מהכנסתו של השכיר, וחובת התשלום היא על המע- ביד. העובד משתתף ב-3.8% מכלל שיעור זה, והיתרה היא על חשבון המעביד. השיעור לעובד עצמאי מתחילת אפריל 1984 מסתכם ב-14.6% מהכנסתו, ואילו למבוטח שאינו עובד ואינו עובד עצמאי השיעור הוא 12.6%. יודגש, כי שיעורי דמי הביטוח מותאמים לרמות הכיסוי שנקבעו לענפי הבי- טוח השונים, כמפורט לעיל.

מועד התשלום של דמי הביטוח בעבור עובד שכיר הוא ה-15 לחודש שלאחר החודש שאליו הוא מתייחס, ואילו לעובד עצמאי ולמי שאינו עובד ה-10 בחודש של כל חודש. על-פי החוק, פיגור בתשלום דמי ביטוח גורר אחריו קנסות והצמדה למדד. הקנס המוטל על אי תשלום במועד הוא 1.5% לשבוע או חלק ממנו, ואם הפיגור נמשך יותר משלושה חודשים, הקנס גדל עד 3% לכל שבוע, החל מן השבוע ה-13 לפיגור. כמו כן המוסד רשאי על-פי חוק לקזז את חוב דמי הביטוח מגמ- לאות המגיעות לחייב מן המוסד, או לעשות כן לפי בקשתו. הקיזוז מתבצע בעיקר מקצ- באות הילדים של מי שמפגר בתשלום.

מימון מכספי המדינה. על-פי הוראות החוק, הממשלה משתתפת במימון חלקי של הענפים האלה:

(1) ענף זיקנה ושירים — בשיעור של 15% מן הגבייה. השתתפות זו נועדה לכסות את התשלומים לאוכלוסיות, שעם כניסת החוק לתוקפו קיבלו תשלומים מן הממשלה,

התכונות העיקריות של השיטה הן: היכו-
לת לשלוף את ההיסטוריה הביטוחית של
התובע במהירות ובדייקנות ולשלם גמלאות
תוך זמן קצר ביותר. (בתקופות של שיעורי
אינפלציה גבוהים, חשיבותה של מהירות
בגביית דמי ביטוח מובנת מאליה.)

הזכאות לפנסיות (על-פי הכללים) וסכו-
מיהן תלויים במספרם ובערכם של דמי הבי-
טוח החדשיים ששולמו בתקופת גבייה
מסוימת. לכן הכרחי שיהיה רישום על דמי
הביטוח של כל מבוטח, שניתן להשיגו מיד,
לשם קביעה מהירה של תביעה. דבר זה
ניתן לביצוע כאשר קיים תיק דמי ביטוח
עבור כל מבוטח. לו היו המעבידים מפקידים
את דמי הביטוח עבור עובדיהם בסכום חד-
פעמי מדי תקופה ורק לאחר מכן היו שולחים
דו"ח ובו פרטי המבוטחים שעבורם שולמו
דמי הביטוח, היה מתעורר הצורך להרכיב
במשרד קרן הפנסיה רישומים נפרדים על
דו"חות אלה. ברור, שרק שיטה ממוכנת
ומערכת עיבוד נתונים אלקטרונית יכולות
לאפשר לקרן הפנסיה להרכיב תוך זמן קצר
רישומים אישיים של דמי ביטוח לצורך עיון
בהם בעת הגשת תביעה.

מאז 1974 מקובלת על קרנות הפנסיה
שיטת תשלום דמי הביטוח במזומנים (הן גם
ממשיכות לקיים את הרישום האינדיווידואלי
של דמי הביטוח).⁸

מדיניות ההשקעות. הבעיות העיי-
קריות של המינהל שלנו קשורות בשיעורי
האינפלציה הגבוהים. בשנות השבעים
המוקדמות התחלנו בשיעורים נמוכים וכיום
עלינו לנהל את קרנות הפנסיה בשיעורי אינ-
פלציה גבוהים. בעיה זו קשורה קשר הדוק
לאפשרות להבטיח את ערכם הריאלי של
הפנסיות ודמי הביטוח (בעיית תיק ההש-
קעות). יחד עם זאת, היות שחלק גדול
מתיקי קרנות הפנסיה מורכב מאיגרות חוב
ממשלתיות הצמודות במלואן (קרן וריבית)

להבטחת המשך פעילותו התקינה. הרזרבה
הדרושה בכל ענף נקבעה, כאמור, על-ידי
מועצת המוסד על-פי הכללים בדבר "שיעור
הכיסוי" הדרוש לכל ענף. בענפים "צעירים"
הרזרבה גדולה יותר, בשל פער הזמן הקיים
בין מועד הפעלת התוכנית, הכרוכה לרוב
בגבייה מיידית ושוטפת של דמי ביטוח, ובין
מועד הבשלת הזכאות לקבלת גמלאות מכוח
החוק. צבירת רזרבות גדולות יוצרת לחצים
וציפיות מכיוונים שונים. העובדים ונציגיהם
תובעים להעלות את רמת הקצבאות ולהת-
אימן לרמת הצבר המשאבים. המעסיקים,
מאידך גיסא, קובלים על שיעורי דמי ביטוח
גבוהים ובלתי מוצדקים. הם תובעים להור-
ידם ולהתאימם לרמת הקצבאות המשולמות,
וכך להוריד את נטל המסים הכבד המוטל
עליהם. מדיניות המוסד בנושא זה היא להי-
מנע מיצירת רזרבות גדולות ובלתי הכי-
רחיות, תוך התאמת שיעורי דמי הביטוח
לרמת הרזרבה המתחייבת משיעורי הכיסוי
שקבעה המועצה.

הרזרבות הצבורות מחזקות באיגרות חוב
של האוצר על-פי הסכם השקעות מיוחד,
לפיו על מחצית ההשקעה משולמת ריבית
צמודה של 5.5% ועל המחצית האחרת
ריבית צמודה של 5%. כמובן, שאיגרות
החוב צמודות למדד, והן מושקעות ל-15
עד 20 שנים. בהגיע מועד הפירעון, הן
נפרעות בשיעורים שנתיים.

(ב) הפנסיה המשלימה של ההסתדרות

גביית דמי ביטוח. על-פי החוק,
האחריות לתשלום דמי הביטוח של העובד
חלה על המעסיק, הרשאי להחזיר לעצמו את
חלקו של העובד בדרך של ניכויים מן השכר
הרלוונטי. דמי הביטוח של העובד משתלמים
מדי חודש, בדרך כלל על-פי רשימות
העובדים הנשלחות לסניף של קרן הפנסיה,
ובהן נתונים על שכרם המבוטח.

8 הבעיות הכרוכות בשמירה על השיטה ובפיתוחה נדונו בעבודה שהוכנה במרכז לביטחון סוציאלי
והוצגה בכינוס בינלאומי בלוקסמברג בספטמבר 1982.

ג. היבטים תפעוליים ומינהליים — תיאור ודיון

לביצוע תוכניות כה מורכבות ומגוונות דרושה מערכת מינהלית מיזמית, מקצועית ויעילה. ההיבטים התפעוליים והמינהליים מתחלקים למספר מישורים, בהתאם לאופייה של הבעיה המינהלית, ולטיבה של ההחלטה הנדרשת. שאלות ביצועיות שוטפות בתהליך קבלת ההחלטה על זכאות התובע שונות לחלוטין מן השאלות הקשורות לתהליך קביעת מדיניות, או לפיתוח ולשינוי המערך. התייחסות מעמיקה לניתוח התהליכים הקבועים והמשתנים בביצוע חוק הביטוח הלאומי איננה אפשרית במסגרת סקירה זו, ולפיכך נציג רק מספר היבטים תפעוליים ומינהליים, שיש להם חשיבות רבה להבנת הדינמיקה בפעולה המינהלית של המוסד בשני מישורים: מישור הטיפול בתביעה על כל שלביה, שבעיקרו של דבר הוא הנדבך הבסיסי הראשוני של כל תוכנית ביטוח; והמישור הגבוה של תהליכי קביעת מדיניות וקבלת החלטות מרכזיות תוך הדגשת יחסי הגומלין ודפוסי חלוקת האחריות בין המוסד ובין גורמים חיצוניים במערכת הממלכתית והפוליטית ובמערכת הציבורית.

1. מערכת הביטוח הלאומי

מבנה יחידת ביצוע. בראשותו של כל ענף ביטוח עומד מגהל, ולידו פועל מטה הענף הכולל סגן ועוזרים ראשיים, כמספר תוכניות הביטוח או השירותים הכלולים בענף. על מטה הענף מוטלת האחריות הישירה להפעלה שוטפת של התוכנית, ומקום מושבו במשרד הראשי בירושלים. הטיפול בתביעות נעשה באמצעות 17 סניפים ראשיים, הפוזרים ברחבי הארץ ומקום מושבם ביישובים הגדולים. אלה מציעים את שירותיהם באמצעות סניפי משנה ואשנבים גם ליישובים קטנים יותר.

למדד והנושאות ריבית בשיעור גבה יחסית (5.7%—6.3%), אנו יכולים להתמסר לנושאים אחרים.

שיטת המימון. בקרנות הפנסיה ההסתדרותיות מופעלת שיטת המימון המצטברת. בממשלה וברשויות המקומיות מופעלת פנסיה תקציבית. לפחות 92% מדמי הגמולים (הפרשות המעביד והעובד), שהם כאמור בשיעור 16% מהשכר המבוטח בפנסיה ומיתר ההכנסות, חייבים להיות מושקעים באיגרות חוב המונפקות במיוחד על ידי אוצר המדינה למטרה זו. איגרות חוב אלה הן ל-17 שנה, צמודות למדד המחירים לצרכן (קרן וריבית) ונושאות ריבית שנתית ריאלית של 6.3% בערך, המשולמת באופן שוטף.

יתרת הכספים (בערך 8%) מיועדת להלוואות לחברים בקרנות או להשקעה בניירות ערך אחרים (השקעה חופשית). לגבי ה"השקעה החופשית" קיימות אי-אלה מגבלות המבטיחות שקרנות הפנסיה לא ישתלטו על מפעלים או על מוסדות כספיים. השאיפה הכללית היא להגיע למימון מלא. עד כה הקרנות לא היו צריכות להשתמש בקרן שנצברה או בריבית השוטפת. מימון הקצאות הוא מתוך הגבייה השוטפת.

עדכון הקצבות. ככלל, קרנות הפנסיה ההסתדרותיות, הפועלות בשיטת המימון המצטבר, מצמידות את הגמלאות למדד המחירים לצרכן. במספר מגזרים (פועלי בניין, חרושת הסתדרותית), וכן בפנסיה התקציבית עדיין נהוגה שיטת התצמדה לשכר האחרון (ראה הגדרה בנספח 6).

באפריל 1984 החליטו האיגודים המקצועיים לפעול לשינוי שיטת התצמדה בקרנות הפנסיה המצטברת במטרה שהגמלאות יהיו צמודות לשכר הממוצע במשק (עד לשיעור מקסימלי של 80% מהעלייה בשכר הממוצע במשק). מעבר זה אמור להבטיח לגמלאים את חלקם בעלייה ברמת החיים של כלל האוכלוסייה.

עובדי הסניפים, ומתפקידו אף לפקח ולבקר את טיב העבודה, את רמתה, איכותה והיקפה. תהליך הטיפול בתביעה. כל בקשה למימוש זכות לגמלה כלשהי בביטוח הלאומי מצריכה מילוי טופס תביעה, הכולל שורה של נתונים הדרושים לבדיקת הזכאות וכן נתונים למטרות סטטיסטיות. רמת הפירוט של הטופס שונה מעגף לעגף, בהתאם למורכבותו, אך לעתים גם מסיבות היסטוריות. נראה, שיש מקום לרוויזיה ולרענון טופסי התביעה במספר ענפים לטובת המבוטחים במטרה להקל על מילויים. טופסי התביעה במרבית הענפים, לרבות בענפים הפנסיוניים (זיקנה, נכות כללית) אינם ממוזנים בשלב זה, ולאחר תום השימוש בהם הם מוכנסים לתיקו האישי של המבוטח.

פקיד התביעות בודק את הזכאות בהתאם לנתונים המפורטים בטופס לאחר אימותם וזיהויים באמצעות קבצים מינהליים פנימיים או כלל-ארציים, ולעתים קרובות גם באמצעות שיחה עם התובע. כמעט בכל המקרים הכרחי לבדוק את קיומם של תנאי הביטוח המזכים ואת תקופת האכשרה בעזרת קובץ המבוטחים, העומד לרשותו של כל סניף.

במקרה שקיימים ספקות לגבי אמיתות הנתונים המרכזיים, כגון רמת הכנסה, כאשר מבחן אמצעים הוא רלוונטי לקביעת הזכאות, או מצב משפחתי וצורת מגורים במקרים אחרים, נשלח לביתו של התובע חוקר חוץ מאנשי המוסד או מחברה חיצונית, המוכרת את שירותיה למוסד, לשם בירור ואימות הנתונים.

לאחר מיצוי תהליך הבדיקה והבירור מתייבט פקיד התביעות בהתאם לנתונים העומדים לרשותו האם התובע זכאי לקבל קצבת בהתאם לחוק ולתקנות¹⁰. אם ההחלטה היא שלילית, נמסרת לתובע הודעה בכתב, תוך

המבוטח מקבל את השירות בדרך כלל במקום מגוריו או בסביבתו הקרובה.

בכל סניף ראשי יש מנהל יחידת גמלאות, המרכז את הטיפול בכל התביעות לקבלת גמלה בכל ענפי הביטוח. כפופים לו פקידי תביעות בכירים, בדרך כלל פקיד אחד לכל ענף ביטוח, המרכז את עבודת יחידתו. הטיפול היומיומי בתביעות — קבלת התביעה, בדיקתה והחלטה לגביה — מתבצע בידי פקידי תביעות מיוחדים לכל ענף, שקיבלו הכשרה והוסמכו לכך והכפופים מבחינה מקצועית לפקיד התביעות הבכיר, החולש על הנרש. פקידי התביעות הם, למעשה, החוליה הבסיסית הראשונית, שיש לה סמכות החלטה בהתאם לחוק ולתקנות.

מבנה מערכת הגבייה מקביל למבנה יחידת הגמלאות בסניף. האחריות לטיפול בכל נושא הגבייה בסניף מוטלת על מנהל יחידת הגבייה, וכפופים לו שני מרכזי גבייה, שהאחד מהם הוא בדרך כלל גם סגן המנהל. החלוקה היא לפי שני סוגי המבוטחים העיקריים: שכירים ולא-שכירים. לכל אחד מאלה כפוף פקיד גבייה, ובדרך כלל הוא אחראי על חוליית גבייה, הכוללת מספר עוזרים לפקיד-גבייה. מתכונת זו הושלמה במרוצת שנת 1983.

הכפיפות המינהלית של כל עובדי הסניף היא למנהל הסניף, שהוא האחראי בפני מינהלת המוסד על כל פעולות הסניף. הכפיפות המקצועית של עובדי הסניף היא למנהל הענף המתאים במשרד הראשי. כך, למשל, יחידת זיקנה ושאיירים, בכל הסניפים, פועלת בהתאם להוראות, חוזרים והנחיות של מטה ענף זיקנה ושאיירים, שהוא גם כתובת לכל הבעיות המקצועיות המתעוררות תוך-כדי עבודה. מטה הענף אחראי על הדרכתם המקצועית של

10 תהליך המתואר כאן הוא התהליך הטיפוסי לגבי מרבית הקצבאות. יש, כמובן, ניואנסים שונים בהתאם לאופי הגמלאות. בנכות כללית, למשל, עד מרס 1984 נתקבלה ההחלטה על הזכאות בוועדה חיצונית סטטוטורית. מאז אפריל 1984 הוענקה סמכות ההחלטה לפקיד התביעות, בדומה לנהוג בענפים אחרים, לאחר שהתייעץ עם ממלאי הפונקציות המקצועיות המרכזיות במוסד, כגון רופא, פקיד-שיקום וכדומה.

לית, כאשר הנכה הזכאי סובל מהפרעות נפשיות.

השלכות ותוצאות של המבנה הארגוני ושל תהליך הטיפול בתביעה. לאור המאפיינים והתפעוליים של בדיקת הזכאות, נציין בקצרה קווים אחדים להערכת השפעתם על טיב הטיפול ועל רמת השירות לאזרח.

ביזור ההחלטה לסניפים. העברת סמכות ההחלטה לסניפים נתגלתה בדיעבד כנכונה וכמשרתת את טובת האזרח. לאחרונה נבדקת האפשרות להעמיק את הביזור עוד יותר על-ידי מתן סמכות ההחלטה גם לסניפי משנה, ואפילו לאשנבים.

חובת הגשת תביעה כתנאי לבדיקת הזכאות. כאמור, תנאי לבדיקת זכאות הוא הגשת תביעה — וזאת בכתב על טופס מיוחד. ברוב המקרים אין, כנראה, תחליף להוראה זו בהעדר מקורות מידע מהימנים וקשיי איתור, הגם שלעתים הדבר גורם למבוטח טרחה מיותרת, ובמקרים קיצוניים אף לאי מיצוי הזכות מחוסר ידיעה על עצם קיומה. המוסד בוחן בהתמדה דרכים ואפשרויות חדשות כדי להקל על המבוטח בתחום זה. לגבי קצבת ילדים הונהגה שיטה, שבית החולים ידווח על כל יילוד ישירות ובו-זמנית למשרד הפנים ולביטוח הלאומי, וכך האשה משוחררת מהגשת תביעה אישית. לגבי קצבת זיקנה המוסד עורך ניסיון חדשני של ייזום הגשת תביעה לקצבת זיקנה על-ידי פנייה לכל מבוטח המגיע לגיל המזכה, בהתאם לפרטים המצויים בקובץ מרשם התושבים. אפשרות נוספת לביטול הצורך להגיש תביעה נוגעת לזכאות לקצבת שאירים. כאשר המבוטח הזכאי הולך לעולמו, המידע על הפטירה מדווח לקובץ. מאחר שפרטי השאיר גם הם מצויים בקובץ, אפשר שתימצא דרך שתביא לשינוי מידי של סוג הזכאות, ללא צורך בהגשת תביעה. מכל מקום, מושקעים מאמצים רבים כדי להקל על התובע במימוש זכותו, תוך שימוש בקבצים ובמערכות מידע מינהליות ממוכנות, אשר במוסד ומחוצה לו.

הדגשת זכותו להגיש ערר לבית הדין לעבודה על החלטתו. אם ההחלטה היא חיובית, ימלא פקיד התביעות או אחד מעוזריו הוראת תשלום המותאמת לניקוב ישיר ההכוללת תקציר מטופס ההחלטה למערכת הממוכנת במשרד הראשי בירושלים.

ההוראה גקלטת, מאומתת ומבוקרת במשרד הראשי, ואם לא נמצא בה כל פגם היא מועברת לקליטה בקובץ התשלומים. אם נמצאה ההוראה שגויה, היא מתוקנת במשרד הראשי — במקרים של טעות קלת ערך, או מוחזרת לסניף כאשר לשגיאה יש השלכות על עצם הזכאות לגמלה או על רמת הזכאות. ההוראה המתוקנת החוזרת מן הסניף עוברת תהליך דומה.

התשלום מתבצע לרוב פעם אחת בחודש, בסוף כל חודש, באמצעות חשבון הבנק של המבוטח. לקשישים, ובמקרים חריגים גם לבנים, יש אפשרות לשלם את הקצבה באמצעות בית הדואר, על מנת להקל על אנשים שאינם שולטים ברזי הפעילות הבנקאית, או החסרים השכלה אלמנטרית. מגמת המוסד היא לצמצם עד למינימום את השימוש בבתי הדואר מטעמים מינהליים, או גם מטעמים של בטיחות הקשיש, שלא אחת חשוף לתקיפה ולמעשי שוד.

הגמלה היא אישית ואיננה ניתנת להמרה. זכאותו של המבוטח בלעדית והמחוקק הגן בחוק על זכותו זו על-ידי איסור תשלום הקצבה לזולתו. יחד עם זאת, בנסיבות אחרות הקצבה ניתנת להעברה, אף זאת לאחר הרשאה מפורשת של החוק. זכאי השהיה במוסד ושכל החזקתו על הקופה הציבורית, אפשר לשלם את קצבתו למינהלת המוסד לאחר שמנכים ממנה דמי כיס, המשולמים לזכאי בכל מקרה. היתר נוסף להעביר קצבה לזולת ניתן כאשר המוסד משתכנע שתשלום הקצבה לזכאי אינו לטובתו. במקרה כזה, לאחר קבלת חוות דעת של עובד סוציאלי, המוסד רשאי להעביר את הקצבה לאדם אחר, שישתמש בה לטובת הזכאי. מקרים אלה נפוצים בעיקר כשמדובר בגמלת נכות כל-

לב מתמדת ניתנה לפישוט תהליכי העבודה הנוגעים לרישום ולניהול רשומות, לגביית דמי הביטוח ולטיפול בתביעות. בתחילה רוכזו עבודות הרישום והכנת המסמכים עבור מבוטחים וגם גביית דמי הביטוח נעשו בצורה מרוכזת. גם כרטיסי דמי הביטוח תוחזקו במרוכז.

מאחר שהיה נחוץ לחשב זכאות לגמלאות על בסיס דמי הביטוח ששולמו עבור המבוטח בתקופת הגבייה הרלוונטית הקודמת, היה על הסניפים המקבלים את התביעות והמחלקים את דמי הגמלאות לשמוע מהמשרדים הראשיים מהו השיעור כל אימת שמבוטח הגיש תביעה לגמלה בפעם הראשונה בתקופת גמלאות. דבר זה הביא לעיכוב התשלום עבור תביעות, היות שעבר זמן רב בטרם ניתן לברר מהו השיעור.

בעזרת הרישום וניהול הרשומות המרוכזים גדלו באופן משמעותי עם הרחבת הכיסוי, ועבודת הרישום והחזקת כרטיסי דמי הביטוח טוח בורה מהמשרד הראשי לסניפים. דבר זה איפשר הכנה מהירה של מסמכי הרישום וכן את גמר הטיפול בתביעות בסניף עצמו, ללא צורך בהפניה למשרד הראשי.

לפי שיטה זו, כרטיסי דמי הביטוח המתקבלים במשרד הראשי ומעובדים בו נשלחים לסניף הנוגע בדבר לפני תחילתה של תקופת הגמלאות המתאימה. יחד עם זאת התעוררה בעיה כאשר עובדים של מעביד אחד גרו באזורים שונים והשתייכו לסניפים שונים. במקרים כאלה לא היתה אפשרות לשלוח את כל כרטיסי דמי הביטוח של המעביד האחד לסניף אחד. על קושי זה התגברו על-ידי שיוך כל המעבידים ועובדיהם באזור מסוים לסניף אחד באזור זה.

תשלום גמלות. רישומי תשלומי הגמלאות של כל מבוטח בסניף נשמרו בתחילה בתיקים אישיים (עד שנת 1973). כעבור זמן נעשו תיקי הגמלאות כבדים ועבי כרס ונדרשו מקום וציוד נוספים לאחסונם. קשיים ועיכובים בתשלום תביעות נגרמו גם כאשר הגמלאות הושמו במקום לא נכון.

משך הטיפול בתביעה. בענפים אחדים, במיוחד בענף נכות כללית ובענף נפגעי עבודה, התהליך הקיים של בדיקת הזכאות הוא ממושך, בעיקר בשל מורכבותם של החוק ושל תנאי הזכאות הנדרשים. תהליך זה נמשך לפעמים שנה ויותר, ובשיעורי אינפלציה כה גבוהים כפי שהתפתחו במשך הישראלי בשנים האחרונות, נגרמים למבוטח הפסד כספי ומצוקת קיום חמורה. צעדים רבים ננקטים לצמצום משך זמן הטיפול באמצעות פישוט נוהלי עבודה, תיקוני חוק ותקנות, שינוי במערכות מידע מרכזיות ועוד, אך הבעיה לא נפתרה והמאמצים לשפר עודם נמשכים. תיקון חשוב בחוק, שהתקבל לאחרונה, מצמצם במידה רבה את ממדי הפגיעה בשל התמשכות הטיפול בתביעה. לפי תיקון זה, החלטה שלא התקבלה תוך שלושה חודשים מיום הגשת התביעה מזכה את בעליה בפיצוי מלא בשל ירידת ערך הקצבה מיום ההגשה.

גורמים נוספים להתמשכות הטיפול בתביעה הם: (א) כמות גדולה, יחסית, של הוראות שגויות; (ב) עררים על תביעות לבית הדין לעבודה, הגוזלים זמן רב, והטיפול בתביעה אינו מגיע לידי סיום לפני שתהליך הערר ממוצה עד תום; (ג) ריכוז הפעולות הממוכנות במשרד הראשי בלבד כרוך באובדן זמן יקר עקב העברות חוזרות ונשנות בין הסניף ובין המשרד הראשי.

מחשבה רבה הושקעה במוסד בנושאים אלה, לרבות בחיפוש דרכים אפשריות לפתרון, כגון הנהגת מערכת הזנה ישירה למחשב באמצעות מערכת מחשבים סניפיים, שיפור אמצעי ההדרכה, בדיקה חוזרת של ההחלטה לדחות את התביעה עוד לפני שמודיעים למבוטח על ההחלטה ועוד. פתרונות מעשיים דורשים מחשבה נוספת ותכנון מפורט, שטרם בא לידי פיתוח מלא.

2. מערכת הפנסיה המשלימה של

ההפתרות

רישום וניהול רשומות. תשומת

התרחבות המהירה בפעילות המוסד והשינויים התכופים והמהירים בתחיקה ובקביעת נהלים, למעשה, מוציאים מכלל השבון עבודתה ידנית, ומעמידים את השירותים הממוכנים בעדיפות גבוהה. כיום מרבית תוכניות הביטוח כבר ממוכנות, והמעטות שעדיין מבוססות על עבודה ידנית עומדות על סף "חנק" מינהלי ותובעות פתרון מידי. המערכת הפנסיונית המשלימה מצויה, כאמור, בפיקור יחסי בתחום זה, אך לא יהיה מנוס ממתן עדיפות גבוהה לנושא בעתיד הקרוב. מאידך גיסא, מערכות ממוחשבות מחייבות רמה גבוהה של תחכום כדי לגלות גמישות אופטימלית לשינויים מהירים, שמכתיבים קובעי המדיניות המקצועית. נראה לנו, שבשלב זה טרם הושגה מידת האיזון הרצויה בין שתי מערכות אלה, כך שמדיניות מקצועית נקבעת לעתים מבלי שתובטח יכולתה של המערכת הממוכנת ליישמה ולבצעה. גורם שא זה עדיין דורש מחשבה מעמיקה לשם מציאת פתרונות מהירים.

3. ביקורת איכות וביקורת תקינות חשיבות רבה ניתנת לאחרונה לנושא זה. ברוב תוכניות הביטוח הונהגו מדגמים שוטפים של החלטות לבדיקת איכות הטיפול בתביעה, ליקויים באיכות ההחלטה, גורמי הליקוי, משמעותו הכספית של הליקוי ודרך כים לתיקון הטעויות עם התגבשותה הסופית של המערכת וכניסתה למסלול שוטף של תיקון ליקויים ניתן יהיה לעמוד על האפקטיביות שלה.

גם ביקורת תקינות שוטפת לפני תשלום הגמלה, כחוליה הכרחית בתהליך הטיפול בתביעה על-פי כללים מתייבים, תאפשר להגביר את הפיקוח על טיב התשלום ותצמצם אפשרויות של תשלומים חריגים ושגויים, אם ליתר זאם לחסר.

4. טיב השירות לקהל העברת מידע: שוטף לציבור תרחב על זכויותיו באמצעות כלי התקשורת האלקטרוניים

ניהול הרשומות הבסיסי של תשלום הגמלאות בסניפים הוסב אפוא משיטת תיקים לשיטת יומנים. צעדים אלה תרמו הרבה לתשלום מהיר עבור תביעות לגמלאות.

כמו כן ננקטו אמצעים במטרה לאפשר ביצוע תשלום גמלאות למבוטחים במפעלים גדולים במקום העבודה עצמו וכן להעברת גמלאות על-ידי הוראת תשלום על השבון המערכת.

ד. היבטים של טיב ואיכות השירות לציבור

שתי המערכות משקיעות אמצעים מרובים כדי לייעל את המערכות, לשפר את רמת השירות לציבור ולהבטיח איכות מירבית של העבודה. להלן תיאור הפעילות המרכזית של המערכות בתחומים אלה.

1. הדרכה לעובדים

תנאי הכרחי לביצוע נאות של החוק על סעיף פירוש, כוונותיו ונהליה הוא הדרכה מתאימה. המוסד משקיע משאבים גדולים לשיפור מערכת ההדרכה, הן באמצעות חוזרים והוראות כתובות, הן באמצעות ימי עיון שנתיים מרוכזים לכל העובדים בכל ענף, והן על-ידי הדרכה אישית של עובדי הסניף באמצעות ביקורים שוטפים של אנשי המטה. גם תוכנית הכשרת פקידי התביעות לצורך קבלת הסמכה היא אינטנסיבית וממושכת, ובסופה על העובד לעמוד במבחן מסכם כתנאי לקבלת ההסמכה. תוכנית ההדרכה היא באחריות מטה הענף ומחלקת הדרכה מקצועית ומיומנת עומדת לרשותו לשם מתן עצה, הכוונה והענקת כל העזרים והשירותים הטכניים הדרושים.

2. השירותים האוטומטיים

הצלחת פעולתו של המוסד לביטוח לאומי תלויה כיום במידה רבה ברמת ההתפתחות של הטכנולוגיה האוטומטית. הממוחשבת.

תיו בקרן (שלו ושל מעסיקו) וכן על הזכויות שהוא צבר. כך ניתנת לכל מבוטח אפשרות לעמוד בעוד מועד על סכנת פגיעה הנשקפת לזכויותיו מכך שהמעסיק לא העביר את דמי הגמולים.

קו טלפון פתוח להנהלת הקרן. מדי פעם ניתנת למבוטחים אפשרות להתקשר בטלפון ישירות עם מנהלי קרן הפנסיה ולברר שאלות המטרידות אותם. פעולה זו מלווה, כמובן, בפרסום נאות ברדיו וב-עיתונות.

תוכניות אינטנסיביות וממו-שכות להכשרת פקידי תביעות במוסד לביטוח לאומי.

ה. היבטים עיקריים של קבלת החלטות בתחום מדיניות המוסד לביטוח לאומי

האחריות המיניסטריאלית הכוללת על ביצוע חוק הביטוח הלאומי מוטלת על שר העבודה והרווחה, שהוא גם יו"ר מועצת המוסד לביטוח לאומי המורכבת מנציגים של המעסיקים, העובדים, הממשלה והציבור, ותפקידה לייעץ לשר ולמינהלת המוסד בבעיות חוק, תקציב ושאר סוגיות חשובות. בראש המוסד לביטוח לאומי עומדת מינהלת המוסד הכוללת את המנהל הכללי המתמנה בידי השר, וסגנים כמספר האגפים הקיימים במוסד. מינהלת המוסד היא האחראית, למעשה, על ביצוע המדיניות, שקוויה הכלליים והעקרוניים מתורגמים ומסכמים עם שר העבודה והרווחה. מעמדו של המוסד כתאגיד ממשלתי בעל מערך כספי נפרד מתקציב המדינה, הפועל מכוח חוק מדינת מיוחד, מקנה למינהלת המוסד עצמאות רחבה יחסית בקביעת מדיניות מקצועית, תפעולית ומינהלית. זו מחד-רכת על-ידי שיקולים מקצועיים, ומנסה למנוע כניסת שיקולים וקריטריונים זרים למהותו ולתפקידו של המוסד לביטוח לאומי.

ובאמצעות העיתונות הכתובה קיבלה תנופה ניכרת לאחרונה, למרות שכל המחקרים מורים שרמת המיצוי גבוהה ביותר. כמו כן מושקע מאמץ רב בתחום של שיפור קבלת הקהל, הן מבחינת היחס למבוטח, הן במישור התנאים הפיזיים שמעמידים לרשותו.

למוסד לביטוח לאומי ולקרנות הפנסיה ההסתדרותיות יש תשתית רחבה של אמצעים, המיועדים להרחיב את התודעה של ביטוח פנסיוני. קרנות הפנסיה חשופות גם להש-וואה — לא בצדק ברוב המקרים — עם חברות ביטוח מסחריות (ביטוח מנהלים, קופות גמל) המשקיעות הון עתק באמצעי פרסום.

קיים לחץ ציבורי מתמיד לשיפור תוכנית הפנסיה, פעמים רבות בלי לשים לב למקורות הכספיים. הלחץ הוא למעבר מביטוח סוציאלי לביטחון סוציאלי.

כדי לעמוד בפרץ, על נושאי המערכת הפנסיונית להרחיב את התודעה לגבי ביטוח פנסיוני ולהסביר את מהותן של התוכניות השונות, ייעודן, צורת תפקודן ולעתים אף לערוך השוואות עם מערכת הביטוח המסחרי. עיקר האמצעים העומדים לרשותן הם כדל-קמן:

סמינרים, שבהם ישתתפו האחראים לנושא הביטוח הפנסיוני במפעלים, בהנהלת המפעלים (מעסיקים) ועובדי העובדים. בסמינרים מסבירים את תוכניות הפנסיה, עורכים השוואות ביניהן, מתווים תוכניות עבודה ומגמות, ובעת ובעונה אחת מטילים אוזן לבעיות המטרידות את קהל המבוטחים. חוברות הסברה, בצבעים ובפור-מאטים שונים (אף חוברות מצוירות). דרך נוספת היא הוצאת עלון הכולל שאלות ותשובות על הבעיות העיקריות, שנתקלים בהן בעבודה השוטפת, ושסביר להניח של-ציבור המבוטחים יש עניין בהן. העלונים מביאים הסבר מפורט על מערך הזכויות והחובות בלשון עממית, המובנת לכל אדם. סרטונים, בעיקר סרטוני וידיאו. דיווח שנתי לכל מבוטח על הפקדו-

במליאת הכנסת או בוועדותיה, והתהליך מורכב וממושך. יחד עם זאת, יש מידת מה של שרירותיות בכל חוק בשל ההכרח לפעול על-פי כללים נוקשים, שבדרך כלל אינם משאירים פתח לשיקול דעת. לעתים קורה, שמבוטח מוחה על קיפוח בשל אופיו הקשה של החוק, אך היד קצחה מהשיע. הביטוח הלאומי ער לבעיית הצורך למצוא פתרונות למקרים חריגים, אך עד כה לא מצא את הדרך לעשות זאת במסגרת החוק.

2. הגנה על מדיניות מקצועית עצמאית בהתאם לעקרונות הביטוח

הוויכוח על מידת עצמאותו של המוסד לביטוח לאומי בקביעת מדיניותו המקצועית נטוש מזה זמן רב. המוסד לביטוח לאומי שואף בהתמדה לשמור על העקרונות הבסיסיים של הביטוח הלאומי במלאו את תפקידיו המכוונים לצמצום הפערים הכלכליים בחברה ולחלוקה שוויונית יותר של ההכנסה הלאומית. לשם כך הוא עושה שימוש בשיטות המימון שנקבעו, דהיינו על-ידי מימון כל הגמלאות באמצעות דמי הביטוח הנגבים מן הציבור, תוך שמירה על רזרבה פונקציונלית בהתאם לשיעורי הכיסוי שקבעו מועצת המוסד והמינהלה. משרד האוצר, הממונה על קביעת המדיניות הכלכלית בארץ, רואה במוסד לביטוח לאומי גורם כלכלי-חברתי ממשי לכל דבר, החייב להשתלב במסגרת המאמץ הלאומי להבראת המשק הישראלי, בהתאם למדיניות הכלכלית שקובעת הממשלה ותוך התעלמות מן האופי הייחודי והעצמאי שלו. כך, למשל, בשנת 1982 נתבע המוסד לביטוח לאומי להקטין בשיעור ניכר את דמי הביטוח בענפי הייצוא, כסיוע למדיניות הממשלה, שנועדה להוריד את עלות העבודה בענפי הייצור והייצוא. בסופו של דבר הופחתו שיעורי דמי הביטוח לפי שיטה שהציע המוסד לביטוח לאומי, מבלי לפגוע בעקרונות היסוד הבסיסיים טוחיים שלו. מדיניות המוסד בתחום זה היא להשתלב בכל האפשר במסגרת המדיניות הכלכלית של הממשלה ולתרום תרומה חיובית

אולם היקף פעולתו של המוסד וכמות המשאבים הכלכליים העוברים דרכו הופכים אותו לגורם כלכלי רב משקל במשק הישראלי, הנושא יחד עם גורמים אחרים באחריות למדיניות הכלכלית-חברתית של המדינה. קשרי גומלין בין המערכות המרכזיות במשק הם בלתי נמנעים, ואף רצויים לאור הזיקה החזקה שחייבת להתקיים בין המערכת הכלכלית והמערכת החברתית במדינה. ואמנם, הניסיון הישראלי לימד, שקשרים אלה היו על-פי רוב חיוביים, ושתי המערכות התפתחו בצורה מאוזנת, תוך הבנה, תיאום והסכמה. יחד עם זאת, היו בין שתי מערכות אלה גם נקודות חיכוך, ניגודי אינטרסים ומחלוקות, בעיקר בתקופות של שפל כלכלי ומצוקה תקציבית, כאשר המערכת החברתית שואפת לשמור על ההישגים שהושגו בעמל רב במהלך השנים, ואילו המערכת הכלכלית תובעת ויתורים כלכליים גם מאוכלוסיית הגמלאים, בדומה לויתורים הנדרשים מן האוכלוסייה הפעילה. מדיניות המוסד לביטוח לאומי בשנים האחרונות, שהיו שנים קשות למשק הישראלי מבחינה כלכלית, מושפעת רבות מן ההתרחשויות הכלכליות במשק, והשלכותיהן על מרקם היחסים עם הגופים הכלכליים, החברתיים והפוליטיים הן רבות. נציג להלן את המגמות העיקריות של המדיניות המקצועית של המוסד לביטוח לאומי.

1. עיגון מירבי של כל הזכויות והחובות בחוק

קו מדיניות מרכזי שנקט המוסד מאז הקמתו הוא לעגן את כל הזכויות, הגמלאות והשירותים תים שהוא מעניק, בחוק ובתקנות המגדירים במפורט את התנאים ואת הכללים לקבלתם. שיטה זו מבטיחה מידה רבה של יציבות בקבלת הגמלאות, גוזרת גזרה שווה לגבי כל מי שממלא אחר התנאים ומעניקה את הגמלאות בתורת זכות חוקית, בדומה לכל זכות אזרחית אחרת, ללא סטיגמה חברתית. גם אפשרויות הפגיעה בזכויות חוקיות הן מצומצמות יותר, שכן כל שינוי דורש תיקון חוק

חוק פנסיה ממלכתית. כפי שצוין, לא קיים בישראל חוק פנסיה ממלכתית מקיפה. כאשר תהיה אפשרות לחוקק חוק כזה, הוא יקבע את תנאי הזכאות, רמת הפנסיה, שיטת צבירת הזכויות וכד'. כל עובד אפוא, שכיר כעצמאי, יבוטח בתוכנית ביטוח פנסיוני מקיפה. תוכנית חדשה זו תמצא את הדרך לשלב תחת גג אחד את מערכת הביטוח הלאומי, המבטיחה לכל אזרח ישראלי שיעוד פנסיה אחידה, עם המערכות הוולונטריות השונות הקיימות כיום.

מערכת הפנסיה הקיימת והתפתחותה האפשרית בעתיד בהכרח מחייבות שכלול נוסף של המערכת הארגונית המינהלית. על שתי קבוצות מערכות אלה להתפתח במקביל. במערכת הארגונית כבר הונהגו שינויים, או לפחות ניתנו המלצות לדבר, ובעתיד צפויות התפתחויות נוספות.

להבראת המשק הישראלי, תוך גיצול כלי המינהל והמידע שפותחו במוסד לביטוח לאומי. אך זאת, כל עוד אין פגיעה בעקרונות הבסיסיים של הביטוח הלאומי, וכל עוד נשמרת עצמאותו היחסית של המוסד בקביעת מדיניות חברתית.

3. כיווני התפתחות אפשריים בעתיד

חוק ביטוח סיעוד. חוק זה מצוי כעת בשלבי חקיקה ראשונים, לאחר שוועדה ציבורית שהקים שר העבודה והרווחה המליצה על כללים ותנאים שאומצו בידי השר. החוק יבטיח לכל קשיש במדינת ישראל המוגבל בכרשר תפקודו גמלה בכסף או בעין, שתסייע לו להישאר במסגרת ביתו וסביבתו הטבעית. המוסד לביטוח לאומי גובה דמי ביטוח לענף ביטוח הסיעוד עוד מאפריל 1980.

נספחים

נספח 1. מערך קצבאות הזיקנה, השאירים והנכות מהביטוח הלאומי

1. קצבת הזיקנה של הביטוח הלאומי זהו הרובד הבסיסי, החוקי והמחייב של המערכת הפנסיונית בישראל. כל תושב ישראל שמלאו לו 18 שנה מבוטח בביטוח זיקנה, להוציא עקרת בית שאיננה עובדת מחוץ למשק ביתה, עולים חדשים שביום עלותם ארצה היו בני 60 ומעלה וכן אלמנה המקבלת קצבת שאירים או קצבת תלויים (אלמנת נפגע עבודה) מהביטוח הלאומי. חובת הביטוח מכסה למעשה כל משפחה בגיל העבודה במדינת ישראל.

גיל הזכאות לקצבה גיל הזכאות לקצבה היא 70 בגבר ו-65 באשה. אולם הקצבה תשולם לגבר כבר בגיל 65 ולאשה בגיל 60, אם הכנסתם אינה עולה על סכום מסוים המוגדר בחוק.

בנושא זה של גיל הזכאות לקצבה חלו שינויים רבים במהלך השנים. בעבר המבחן לזכאות המוקדמת היה מבחן תעסוקה, דהיינו, מבוטח היה זכאי לקצבה מתחת לגיל הזכאות המוחלט אם פרש לחלוטין או שהיקף עבודתו לא עלה על מספר שעות מוגדר. ברבות הימים הונהגה הגדרה ליבראלית יותר לפרישה, שאיפשרה גמישות רבה יותר בתכנון היקף עבודתו של הקשיש ואף הקלה רבות מבחינה מינהלית: ההכנסה המותרת מחושבת באחוזים מהשכר הממוצע, כתחליף למבחן תעסוקה או פרישה.

תקופת אכשרה. הזכאות לקצבה מתנית בתקופת ביטוח מינימלית: 5 שנים לפחות מתוך 10 השנים שקדמו לגיל המזכה בקצבה, או תקופה של 144 חודשים, בין שהם רצופים ובין שאינם רצופים. האפשרות השנייה הוכנסה באפריל 1973 ונועדה להקל

על ביטוחה של אשה שבמהלך חייה יש לעתים קרובות תקופות של הפסקת עבודה בשל הריונות, גידול ילדים וכו'. יש מקרים שבהם אשה פטורה כליל מתקופת אכשרה, כגון אשה גרושה, אלמנה או עגונה, אשה שבן-זוגה אינו מבוטח, או אשה לא נשואה שביום עלייתה לישראל היתה בת 55 ומעלה.

שיעורי הקצבה הבסיסית. ליחיד — 16% מהשכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי. בעד בן-זוג התלוי בזכאי לקצבה מוענקת תוספת של 8% מהשכר הממוצע. בעד כל אחד משני הילדים הראשונים מוענקת תוספת של 5% מהשכר הממוצע. בנוסף לקצבה הבסיסית תשתלם לזכאי תוספת ותק בשיעור של 2% לכל שנת ביטוח מעל ל-10 שנות ביטוח, עד לתוספת מקסימלית של 50%. וכן תשולם תוספת דחייית פרישה בשיעור של 5% מהקצבה עבור כל שנה שבה דחה הזכאי את פרישתו מעבר לגיל 65 בגבר וגיל 60 באשה. התוספת המקסימלית מכוח סעיף זה מסתכמת ב-25% מהקצבה עבור 5 שנות דחייית פרישה.

עדכון הקצבה. נעשה על-פי השכר הממוצע לפי החוק, המחושב מחדש בכל פעם שמשולמת תוספת יוקר לכלל השכירים במשק — כפי שהוסבר בהרחבת לעיל.

2. קצבת שאירים

זכאות. נפטר מבוטח, זכאי שאירו לקבל קצבת שאירים חודשית או מענק חד-פעמי. לקצבה חודשית בשיעור של 16% מהשכר הממוצע זכאים אלמן או אלמנה עם ילדים, וכן אלמן או אלמנה שהם בני 50 ומעלה.

אלמנה או אלמן ללא ילדים בטווח הגילים שבין 40 ל-50 זכאים לקצבה חודשית בשיעור של 12% מהשכר הממוצע.

אלמן או אלמנה ללא ילדים מתחת לגיל 40 אינם זכאים לקצבה חודשית כלל.

נפגעי עבודה, הנהוגה במרבית מדינות תבל ונחשבת אולי לחלוצת התוכניות לביטוח שכרו של העובד בשל נסיבות של תאונות בעבודה, מופעלת החל מאפריל 1974 תוכנית ביטוח המבטיחה הכנסה ברמת מיני-מום לכל מבוטח שאיבד את כושרו להשתכר או שכושרו להשתכר צומצם מטעמי בריאות, מבלי להתחשב בנסיבות שגרמו את ליקוייו הרפואיים. תוכנית זו היא כמובן בנוסף לתוכנית ביטוח נפגעי עבודה המבטיחה כמקובל את שכרו היחסי של העובד בטווח הקצר בעת היעדרותו מהעבודה בגין הפגיעה ואף לטווח הארוך, אם כתוצאה מן העבודה נגרמה לו נכות לצמיתות. כאמור, קצבת הנכות הכללית המשולמת על-ידי המוסד לביטוח לאומי היא ברמת המינימום בהתאם לנורמה שקבע המחוקק הישראלי. היא משולמת ללא קשר וללא תלות בסנסיית הנכות שהאדם אולי זכאי לה ובמסגרת הביטוח הפנסיוני המשלים מהעבודה בהתאם לתנאי ה"פוליסה" של ביטוח זה. הבעיות המתעוררות בשל הניתוק בין שתי המערכות ושפורטו בהרחבה לעיל קיימות גם כאן, ובמסגרת של תוכנית פנסיה ממלכתית מקיפה מן הדין לתת את הדעת גם לכך.

בביטוח נכות כללית מבוטח כל מי שמבוטח בביטוח זיקנה ושאימים, לרבות עולה חדש שהוא גבר שמלאו לו 60 וטרם מלאו לו 65 ואשר על כן איננו מבוטח בביטוח זיקנה ושאימים. בנוסף לכך מבוטחת בנכות כללית גם עקרת בית שאיננה עובדת מחוץ למשק ביתה על-פי כללים שנקבעו בתקנות. הרחבת חוג המבוטחים לעקרת בית היא הידוש מרענן בחוק הביטוח הלאומי. לראשונה מוכרת עבודתה של האשה במשק ביתה כעבודה כלכלית, שהיא חליפה לתפקוד בשוק העבודה.

זכאות לקצבה. זכאי לקצבת נכות שכתוצאה מליקוי גופני, שכלי או נפשי הנובע ממחלה, תאונה או מום מלידה, אין לו הכושר להשתכר כדי מחייתו, או שכושרו

לתשלום מענק זכאית אלמנה שטרם מלאו לה 40 שנה ואשר לכן אינה זכאית לקצבה חודשית וכן אלמנה שפקעה זכותה לקצבה עקב נישואיה. סכום המענק שווה ל-36 קצבאות חודשיות המשולמות לאלמנה בודדה.

תוספת עבור ילדים. עבור כל אחד משני הילדים הראשונים משולמת תוספת בשיעור של 7.5%. תוספת זו הועלתה החל מאפריל 1980 מ-5% ל-7.5% במטרה לשפר את מעמדן הכלכלי של האלמנות, שרובן שריות במצב כלכלי ירוד.

ילדים ללא הורים. יתומים משני הוריהם, או שההורים גרים דרך קבע מחוץ לגבולות המדינה, זכאים לקצבה בשיעור של 10% מהשכר הממוצע עבור כל ילד. לקצבת אבות שאירים הבסיסיות מיתוספת תוספת ותק בשיעור של 2% לכל שנת ביטוח מעל 10 שנים עד למקסימום של 50%.

תקופת אכשרה. גם כאן, הזכאות לקצבת שאירים מותנית בקיום תנאי מינימום של תקופת ביטוח למבוטח שנפטרה התגאים הנדרשים והים לאלה שנקבעו לגבי תקופת אכשרה לזיקנה כפי שפורט לעיל, תוך הרחבתם לנסיבות ספציפיות מקילות לזכאות לקצבת שאירים כגון: היחת המנוח מבוטח 12 חודשים אחרונים לפני הפטירה, או 24 חודשים, בין שהם רצופים ובין שאינם רצופים בחמש השנים שקדמו לתאריך הפטירה, או 60 חודשים בעשר השנים שקדמו לפטירה בין שהם רצופים ובין לאו.

שיטת עדכון הקצבאות. קצבאות אלה צמודות לשכר הממוצע לפי החוק, המחושב מחדש בכל פעם שמשולמת תוספת יוקר לכלל השכירים במשק.

3. קצבת נכות כללית

ביטוי מובהק להשלמת המערכת הפנסיונית בישראל מבחינת היקף כיסוי הסיכונים והנסיבות שבהן אדם צפוי להפסיק את פעילותו הכלכלית בשוק העבודה הוא הנהגת חוק ביטוח נכות כללית. בניגוד לתוכנית ביטוח

תוספת בעד כל אחד משני הילדים הרא-
שונים — 5%.

הגדרת בן-זוג התלוי בנכה כסופה למבחן
הכנסות. כל תוספת בעד תלויים בנכה מות-
נית במבחן הכנסות. הקצבה ליחיד פטורה
ממבחן הכנסות¹¹.

נכה שדרגת נכותו נמוכה מ-75%, דהיינו
צמצם את כושרו להשתכר בפחות מ-75%,
מקבל קצבה חודשית חלקית בהתאם לדרגת
הנכות.

שיטת עדכון הקצבאות. מאחר
שקבוצת אוכלוסייה זו נחשבת לאחת הקבו-
צות החלשות ביותר מבחינה כלכלית, הונהגה
לגביה שיטת הצמדה מועדפת בדומה לקבו-
צות האחרות בחברה הישראלית, שלגביהן
יש למדינה מחויבות חברתית להגן על רמת
קיום מינימלית. הקצבאות צמודות לשכר
הממוצע על-פי החוק ומעודכנות בכל פעם
שמשולמת תוספת יוקר לכל השכירים במשק.
בין מועדי עדכון אלה מוגדלות הקצבאות
בכל פעם שמדד המחירים לצרכן עולה על
5%, כפי שהוסבר לעיל¹².

4. הגמלה להבטחת הכנסה

כאמור, הקצבה המשולמת מכוח חוק הביטוח
הלאומי לקשישים ולשאיריהם היא בשיעורים
נמוכים, ואינה יכולה להבטיח למקבליה קיום
ברמה סבירה. ואולם, קצבה זו לא נועדה
מראש להבטיח את קיומו של הקשיש
או שאיריו, אלא להוות את הנדבך
הראשון והבסיסי שעליה תבוא הפנסיה
המשלימה מהעבודה, כך שהמערכת על שני
רבדיה תבטיח קיום הוגן ומכובד לקשיש לעת
פרישה. אך בשל הבעיות הכרוכות בהבשלת
המערכת הפנסיונית המשולמת, כפי שתוארו
לעיל, נותר חלק נכבד מן הקשישים בישראל

להשתכר מעבודה או ממשלח-יד צומצם
עקב מחלתו ב-50% לפחות. הזכאות לקצבה
מוקנית אפוא לכל מבוטח שיש לו ליקויים
רפואיים שאינם מאפשרים לו להשתכר ברמת
מינימום כפי שקבע המחוקק או שכושר עבו-
דתו נפגע בשל מצב בריאותו. כלומר, על
המבוטח למלא אחר שני תנאים מרכזיים:
(א) נכות רפואית; (ב) נכות תעסוקתית.
הסף הרפואי שהיה נהוג עד מרס 1984 היה
35% או 50% בהתאם למועד היווצרות
נכותו. החל מאפריל 1984 יהיה המבחן
הרפואי אחיד לכלל הנכים ויעמד על 40%.
בהתמלא התנאי הרפואי, תיקבע הזכאות
לקצבה רק אם יתברר שבשל ליקוייו הרפו-
איים איבד או צמצם המבוטח את כושרו
להשתכר לגבי מבוטח עובד, ואם המבוטחת
היא עקרת בית, תיקבע זכאותה לקצבה רק
אם איבדה או צמצמה את כושרה לתפקד
במשק ביתה ב-50% או יותר.

תקופת אכשרה. תקופת הביטוח
המינימלית כתנאי לזכאות היא 12 חודשים
רצופים לפני קרות הנכות, או 24 חודשים
מתוך ה-60 שקדמו ליום שבו היה המבוטח
לנכה (דהיינו צימצם או איבד את כושרו
להשתכר). החוק מגדיר גם נסיבות שבהן
המבוטח פטור מתקופת אכשרה.

רמת הקצבאות. רמת הקצבאות
המובטחת לאוכלוסייה זו היא בגובה ההכנסה
המינימלית לקיום על-פי נורמה שגובשה
בשנים האחרונות במדינת ישראל ועוגנה
בחוק הבטחת הכנסה. כפי שיפורט בהמשך:
ליחיד — 25% מהשכר הממוצע על-פי
החוק, אם דרגת נכותו היא 75% ומעלה.
תוספת בעד בן-זוג תלוי — 12.5%
מהשכר הממוצע.

תוספת בעד הורה תלוי — 10% מהשכר
הממוצע.

11 עד מרס 1984 היתה בחוק הבחנה בין נכה חדש לנכה קודם בהתאם למועד שבו ארעה הנכות. תנאי הזכאות לגבי נכה קודם היו חמורים יותר, לרבות מבחן הכנסות לקצבת היחיד והבטיסית. החל באפריל 1984 אוחדו כללי הזכאות לגבי שני סוגי הנכים.

12 בדצמבר 1984 הונהגה שיטת עדכון זמנית חדשה. ראה הערה 15 להלן.

ומשלימים את הכנסתם לכדי רמת המינימום לקיום באמצעות חוק הבטחת הכנסה.

רמת הגמלה להבטחת הכנסה בהתאם לטיי-פוזי משפחה עיקריים היא כדלקמן¹⁴:

יחיד — 25% מהשכר הממוצע לפי החוק.
זוג — 37.5% מהשכר הממוצע לפי החוק.
זוג עם ילד — 42.5% מהשכר הממוצע לפי חוק.

זוג עם שני ילדים — 47.5% מהשכר הממוצע לפי החוק.

אלמנה עם ילד — 40% פחות הקצבה לילד אחד שהיא מקבלת ממערך קצבאות הילדים האוניברסליות.

אלמנה עם 2 ילדים — 47.5% פחות הקצבה לילד אחד שהיא מקבלת ממערך קצבאות הילדים האוניברסליות.

עדכון הקצבאות. מאחר שאלה הן האוכלוסיות החלשות ביותר במזבן הכלכלי בחברה הישראלית הונהגה לגביהן שיטת העדכון הטובה ביותר הנהוגה כיום בביטוח הלאומי, עדכון לפי השכר הממוצע בכל פעם שמשולמת תוספת לכלל השכירים במשק. בנוסף לכך, בין תקופות העדכון לפי השכר, מוגדלות הקצבאות אוטומטית בכל פעם שמדד המחירים לצרכן מצטבר לכדי 5% ויותר¹⁵. בשנים האחרונות נהוג גם לתת פיצוי מיוחד לאוכלוסיות אלה בכל פעם שמתחוללות במשק התייקרויות חריגות בשל צעדים כלכליים של הממשלה, כגון קיצוץ בסובסידיות למוצרי היסוד או פחות מסיבי של המטבע. תשלומי פיצויים מיוחדים אלה אינם אוטומטיים, אלא נתונים לדין ולמשא ומתן בין האוצר ובין המוסד לביטוח לאומי.

עם קצבת הזקנה בלבד ללא כל הכנסה מש-לימה. לכן גובשה באופן הדרגתי בעשור האחרון התפיסה לפיה יש לקבוע רמת הכנסה מינימלית לקיום על-פי נורמה מוסכמת, שתובטח לכל קשיש או אלמנה שבמסגרת אוניברסיטיות ומוצדקות אינם יכולים ליטול חלק פעיל בשוק העבודה. נורמה זו יושמה לראשונה ב-1974 לגבי קשישים ואלמנות, ועוגנה בהסכם שנכרת בין המוסד לביטוח לאומי ובין משרד האוצר (הסכם ההטבה הסוציאלית). בשנת 1975 הורחבה תפיסה זו לגבי קבוצות אוכלוסייה נוספות, כגון הזכרים לקבלת קצבת נכות כללית, ובשנת 1982 הגיעה לכלל גיבוש סופי והכרה ממלכתית מחייבת באמצעות חוק הבטחת הכנסה. בהתאם לחוק זה, כל משפחה בישראל החסרה אמצעים מינימליים לקיום, ואשר אין בה מפרנס היכול להפיק הכנסה כלכלית מעבודה, לאחר שעשתה כל מאמץ באמצעות רשות התעסוקה הממלכתית להשתלב בשוק העבודה, תהיה זכאית להבטחת הכנסה ברמה שהגדיר המחוקק כרמה המינימלית לקיום. הנורמות שנקבעו חופפות פחות או יותר את רמת קו העוני הכלכלי למשפחה בהתאם לגודלה, על-פי הגדרתו הישראלית¹³.

חוק הבטחת הכנסה איננו חוק ביטוחי, אך הוא מוסעל באמצעות המוסד לביטוח לאומי. הגמלאות המשולמות מכוחו ממומנות כולן מאוצר המדינה. בערך 40% מכלל הקשישים והאלמנות במדינת ישראל נזקקים להשלמת הכנסתם באמצעות חוק הבטחת הכנסה. מבין מקבלי קצבאות זיקנה לפי חוק, בערך 30% נעדרים הכנסה נוספת מחוץ לקצבת הזיקנה

13 קו העוני לנפש סטנדרטית מוגדר בישראל ברמה השווה ל-40% מן ההכנסה החיצונית ברוטו (הכוללת תשלומי העברה) לנפש סטנדרטית. קו העוני למשפחה מוגדר כמובן בהתאם למספר נפשות הסטנדרטיות במשפחה. לפירוט ראה בסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי, 1982.

14 רמות אלה משולמות לקשישים ואלמנות עם ילדים, הפטורים ממבחן תעסוקה לפי החוק. לאנשים בגיל העבודה משולמות גמלאות ברמה זו רק מקץ שנתיים לזכאותם לגמלה. בשנתיים הראשונות הגמלאות המשולמות להם נמוכות ב-20% בערך מרמה זו.

15 החל בדצמבר 1984 הונהגה שיטת עדכון חדשה, שתהיה בתוקף 12 חודשים. לפיה הקצבאות לאוכי-לוסיות מעוטות הכנסה יעודכנו אחת לחודש במלוא שיעור עליית מדד המחירים לצרכן, במטרה להבטיח לאוכלוסיות אלה בוודאות מחלטת שמירה על כוח הקניה.

פנסיית הנכות תשולם לאחר תום ימי המחלה, ובהתאם לאחוזי הנכות.

תקופות זמניות, שבהן החבר מקבל פנסיית נכות, אינן פוגעות בזכויות הפנסיוניות.

המשכורת הקובעת לפנסיה לפי שיטה א' מחושבת המשכורת הקובעת לפנסיה על-פי היחס בין השכר, שממנו מפרישים דמי גמולים, לשכר הממוצע במשך בכל תקופות החברות. לפי שיטה ב' מחושבת המשכורת הקובעת לפנסיה לפי רמת שכרו של העובד שממנה גבו את דמי הביטוח ממקום העבודה ב-36 החודשים האחרונים לפי פרישתו. משכורת קובעת זו משקללים בשיעור המישרה.

הפנסיות המשולמות צמודות למלוא עליית מדד המחירים לצרכן.

תקופת אי-שירה לפנסיה מקיפה היא שנה אחת (12 חודשים). (בתקופה זו עדיין אין ביסוי למקרי נכות ומוות). חברים חדשים בקרן יכולים לרכוש את תקופת האכשרה ולהיות מכוסים גם למקרי נכות ומוות מיד לאחר התשלום הראשון. חברי קרן שאינם רוכשים את האכשרה ואינם זכאים לפנסיה זכאים לביטוח תדדי משלים (ביטוח זה הוא גם למקרי מוות ונכות מלאה ותמידית).

היוון פנסיה לחברי הקרן מותר להוון 25% מהפנסיה, בגיל הפרישה, ל-3, 4 או 5 שנים לפי בחירתם, ולקבל את ההיוון בסכום חד-פעמי. בתקופת ההיוון יקבל הפנסיונר 75% מהפנסיה שלו, ובתום תקופת ההיוון יחזור לקבל פנסיה מלאה.

במקרה מוות בתקופת ההיוון יקבלו שאירי הפנסיונר את שיעורי הפנסיה המגיעים להם מתוך הפנסיה המלאה של הנפטר (כאילו ללא היוון).

תשלום מיוחד בגובה 75% מהמשכורת הקובעת לפנסיה, עבור כל שנת חברות מעל ל-15 שנים, ישולם עם הפרישה לחברי הקרן ששילמו בצורה שוטפת דמי גמולים מלאים בשיעור 16%, במשך יותר מ-35 שנים. תשלום חד פעמי זה משולם בנוסף לפנסיה המגיעה להם.

נספח 2. עיקרי תוכנית הפנסיה ההסתדרותית (המשלימה)

1. תוכנית פנסיה מקיפה

מטרת תוכנית הפנסיה המקיפה להבטיח לעובד ולמשפחתו הכנסה קבועה בהתאם למשכורתו בעת פרישה בגיל זיקנה במקרה מוות או אובדן כושר עבודה כתוצאה מנכות או ממחלה. ההצטרפות לקרן אפשרית בכל גיל, ובהתאם לגיל זה נקבעות הזכויות.

שיעורי פנסיית זיקנה יכולים להגיע עד 70% מהמשכורת, לפי מספר שנות הוותק בקרן. גבר פורש לפנסיה בגיל 65, ואשה בגיל 60. אפשר לפרוש לפנסיה לאחר 10 שנות חברות, לפחות.

לאחר מות הפנסיונר מקבלת אלמנתו פנסיה בשיעור 60% מהפנסיה שלו כל ימי חייה (אלמן 30%, יתומים עד גיל 21 — 20% כל אחד). סך כל הפנסיות יכול להגיע לשווה פנסיה מלאה. קיימת אפשרות לפרוש פרישה מוקדמת עד 5 שנים לפני גיל הפרישה. במקרה כזה מופחתים אחוזי הפנסיה בהתאם.

חבר שמת לפני הגיעו לגיל פרישה, בתנאי שהצטרף לקרן לפני גיל 55 בגבר, ו-50 באשה, יקבלו שאירי פנסיה מתוך משכורתו בשיעורים שלהלן: אלמנה — 40% כל ימי חייה; יתום עד גיל 21 — 20%; יתום משני הורים — 40%; יתום נכה יקבל פנסיה כל ימי חייו או עד תום גכותו. סך כל שיעורי הפנסיה יכול להגיע ל-80%. אם נשארו הורים שהיו סמוכים על שולחן החבר — יקבלו 15% כל אחד. סך כל שיעורי הפנסיה יכול להגיע במקרה זה ל-85%.

חבר שנעשה נכה או שחלה ואינו מסוגל לעבוד, לפני הגיעו לגיל פרישה, יקבל את שיעור הפנסיה שהיה מגיע לו אילו המשיך בחברותו עד גיל הפרישה, בתנאי שהצטרף לפני גיל 55 בגבר ו-50 באשה.

כלל, יכול להקפיא את זכויותיו בקרן. אחוז הפנסיה המוקפאת ייקבע על-פי הישוב שברו הממוצע במשך שנות עבודתו. בעת חידוש חברות בקרן פנסיה אפשר להמשיך ולצבור זכויות. הקפאה של 10 שנים ויותר מקנה גם למי שאיננו ממשיך בחברות פעילה זכויות לפנסיית זיקנה ושאידיים.

(4) משיכת כספים. החבר יכול לוותר על זכויות הפנסיה ולקבל את הכספים שנצטברו בחשבוננו.

2. תוכנית פנסיית יסוד
מטרת תוכנית זו להבטיח לעובד ולמשפחתו הכנסה קבועה בהתאם למשכורתו רק לאחר הפרישה בגיל הזיקנה. שיעורי פנסיית הזיקנה לפי תוכנית זו זהים לשיעוריה לפי תוכנית הפנסיה המקיפה. המשכורת הקובעת לפנסיה, תקופת האכשרה וכן האפשרות להי-וון חלק מן הפנסיה, ביטוח הדדי וזכויות המבוטח עם עזיבת העבודה תקפים גם בתוכנית פנסיה זו.

ביטוח הדדי. חברי הקרן מבוטחים בביטוח הדדי למקרי מוות ולמקרי נכות מלאה ותמידית. יש להם אפשרות לרכוש ביטוח חיים קולקטיבי נוסף.

עזיבת העבודה. מומלץ בפני חברי הקרן העוזבים את מקום עבודתם לא למשוך כספים מהקרן ולבחור באחת מהאפשרויות המוצעות לשמירת זכויותיהם הפנסיוניות:

(1) רציפות. חבר העובר לעבוד במקום הקשור בקרן פנסיה (כולל פנסיה תקציבית) ייהנה מרציפות זכויות מלאה. בעת הוצאות לפנסיה תשלם לו הקרן האחרונה פנסיה שוטפת, והיא תדאג להתחשבנות עם הקרנות הקודמות.

(2) חברות בודדים. חבר העובר לעבוד במקום שאין בו קרן פנסיה, או התופך להיות עצמאי, יכול להמשיך בחברותו כבודד, בתנאי שהיה חבר בקרן שנה אחת, לפחות.

(3) הקפאת זכויות. חבר העובר לעבוד במקום שאין בו פנסיה או שאינו עובד

נספח 3. שיטות עדכון קצבאות המוסד לביטוח לאומי

השיטה העיקרית לשמירת ערכן של הפנסיות במוסד לביטוח לאומי היא הצמדתן לשכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי. גם העדכון התקופתי נעשה בהתאם לשינויים בגובה שכר זה. הנהגת שיטה זו מבטיחה באופן עקרוני התפתחות מקבילה של הקצבאות ורמת החיים במשק, כך שרמתן היחסית של הקצבאות נשמרת לאורך זמן. ברור ששיטה זו היא עדיפה בתקופות של עלייה ברמת החיים (קרי בשכר הריאלי) שהיו אופייניות למשק הישראלי במשך כל השנים כמעט, והיא פוגעת בכושר הקיום של האוכלוסייה, ובעיקר השכבות החלשות שבה, בתקופות של שחיקה גדולה ברמת החיים ובשכר הריאלי. לאור זאת, שיטות החישוב וההצמדה הנהוגות במוסד הן כדלהלן:

שיטה 1: הצמדה לשכר הממוצע בכל פעם שמשולמת תוספת יוקר לכלל השכירים במשק

על-פי שיטה זו הצמדת הקצבאות לשכר נעשית במועדי תשלום תוספת יוקר לכלל השכירים במשק. בכל מועד כזה מחושב השכר הממוצע לפי הנוסחה הקבועה בחוק, והקצבאות המחושבות באחוזים מהשכר או הצמודות לתגודות בשכר מתעדכנות בהתאם לשכר זה. שיטה זו נהוגה במרבית הקצבאות ארוכות המועד, כמו קצבאות הזיקנה והשאי-רים לפי חוק הביטוח הלאומי, קצבת נכות כללית, הגמלאות להבטחת הכנסה, דמי מזונות ודמי אבטלה. שיטה זו פועלת החל מאפריל 1980. עד אותו מועד היתה ההצמדה לשכר הממוצע חד-שנתית, באפריל של כל שנה, ובמהלך השנה נערך העדכון על-פי שיעור תוספת היוקר. בשנים האחרונות השכר הממוצע על-פי החוק היה מחושב מדי רבע שנה ולאחרונה אפילו מדי חודש — במקביל

למועדי תשלום תוספת היוקר לכלל השכירים.

שיטה 2: כמו שיטה 1, בתוספת עדכון ביניים בחודשים של עלייה מיטמעותית במדד

השיטה שהוצגה לעיל מבטיחה עדכון סביר בשיעורי אינפלציה מתונים. אולם בתהליך האינפלציוני המואץ שהתחולל במשק הישראלי בשנים האחרונות (למעלה מ-100%), עדכון רבעוני איננו נותן מענה נאות לאוכי-לוסייה שקיומה מרשתת על קצבאות סוציא-ליות, ואשר לא עומדות לרשותה רזרבות כספיות, או הסכונות הניתנים למימוש להבטחת רמת תצרוכתה. לכן הונהג שיטת עדכון מועדפת לאוכלוסיות חלשות במיוחד הנמנות עם העשירון התחתון בהתפלגות האוכלוסייה. לפי שיטה זו, בין שתי תקופות עדכון על-פי השכר הממוצע יוגדלו הקצבאות המשולמות להן בכל פעם שמדד המחירים המצטבר עולה על 5%, למרות שכלל השכירים במשק אינם מקבלים פיצוי מידי בגין התייקרות זו¹⁶. עדכון זה הוא אוטומטי ועוגן בהסכם שנכרת בין המוסד לביטוח לאומי ובין משרד האוצר, וממומן מטעם האוצר. נהנים משיטה זו קשישים ואלמנות הזכאים להבטחת הכנסה בגופף לקצבתם לפי חוק הביטוח הלאומי; אנשים בגיל העבודה הזכאים להבטחת הכנסה לפי חוק הבטחת הכנסה; מקבלי קצבת נכות כללית; וגרושות הזכאיות לדמי מזונות. שיעור העדכון הוא 80% עד 90% מעליית המדד בהתאם לשיעור האינפלציה.

שיטה 3: הצמדה לשכר הממוצע פעם אחת בשנה, בחודש אפריל, ועדכון במועדים ובשיעורי תוספת היוקר המשולמים לכלל השכירים במשק שיטה זו פועלת בעיקר לגבי גמלאות נכות מעבודה, דמי קבורה, וגמלאות משניות שונות בכל תוכניות הביטוח.

כיום לתוכנית ביטוח ילדים בלבד. קצבאות הילדים צמודות לגידול המלא במדד המחירים לצרכן ומשולמות במועדי תוספת היוקר לכלל השכירים במשק (כיום 4 פעמים בשנה). בעתות של גידול מהיר ברמת החיים גורמת שיטה זו שחיקה ניכרת ברמת הקצבאות, והכרסום בתפקידן המקורי — השלמת ההכנסה המשפחתית של מפרנס המשתכר שכר מינימום לכדי רמת הכנסה מינימלית לכל גודל המשפחה.

למשל, הקצבה לילד אחד שהיתה בשנת 1975, עם הנהגת שיטת העדכון, בערך 5% מהשכר הממוצע, ירדה עד לרמה של פחות מ-3% בראשית שנת 1984, ירידה של למעלה מ-40%, וזאת בשל העלייה הגדולה ברמת החיים בישראל בתקופה זו, שפסחה על משפחות עם ילדים ומעוטות הכנסה.

שיטה 4: הצמדה לתוספת היוקר בלבד
שיטה זו נהוגה לגבי גמלאות קצרות מועד ומחליפות שכר, שהזכאות לגביהן היא על-פי רוב חד-פעמית, ולא מתעוררת בהן בעיה של שמירה על ערך הגמלה לטווח הארוך. הגמלאות המרכזיות הכלולות בקטגוריה זו הן תגמולי המילואים דמי הלידה. הגמלאות המשולמות על-פי תוכניות ביטוח אלה הן ברמה יחסית להכנסתו האישית של הזכאי בסמוך לקרות העילה, והמטרה היא למנוע פגיעה ממשית בגמלה חליפת השכר כל עוד עילת הזכאות נמשכת, דהיינו בעת השירות במילואים, או בעת שהותה של האשה בחופשת הלידה.

שיטה 5: הצמדה למדד
שיטה זו, שהיתה נפוצה בעבר, הצטמצמה

הרפורמה שחלה לאחרונה בקרנות הפנסיה הישראליות הביאה לשינוי שיטת החישוב הקיימת — משיטה המבוססת על "שכר הסופי" לשיטה מסובכת יותר, המביאה בחשבון את השכר היחסי במשך כל שנות העבודה. הרפורמה השפיעה גם על שיטת ההצמד של הפנסיות: הונהגה הצמדה למדד במקום הצמדה לדרגה. תוצאות הרפורמה תלויות בדפוסי השכר: כאשר יורד השכר המבוטח הריאלי במשך תקופה ארוכה, יחסית, הרפורמה משפרת את מצבם של הפנסיונרים ומרעה את המאזן האקטוארי של הקרן.

מבנה השכר המבוטח בישראל

דמי הביטוח בתוכניות הפנסיה מנוכים בדרך כלל רק מחלק מן השכר. הגמלאות המשולמות לפנסיונרים צמודות בדרך כלל לשכר — או באמצעות מודי מחירים כלליים (מדד המחירים לצרכן) או באמצעות דפוסי ההשתכרות של העובד לפני הפרישה (הצמדה לפי סיווג תפקידים). על מנת לבדוק את תוכניות הפנסיה ובעיותיהן בישראל מן ההכרח אפוא להבין קודם את התכונה העיקרית של שיטת התמורה לעבודה בישראל.

דירוגי שכר: למערכות השכר בישראל יש מספר מאפיינים משותפים: רוב העובדים מקבלים שכר במסגרת הסכמי עבודה כלליים הנחתמים מפעם לפעם (בדרך כלל מדי שנה או שנתיים) על ידי הסתדרות העובדים. בענפים אחדים נחתמים הסכמי עבודה מיוחדים, אך גם אלה תואמים את הקווים העיקריים של ההסכמים הכלליים.

בכל מגזר נקבע השכר לפי "דירוג" שהוא טיפוס למגזר זה. כל דירוג שכר מורכב משורה של "דרגות" עבודה הקובעות את השכר ואת ההטבות שמקבל כל עובד בכל אחת מדרגות השכר. רוב העובדים מחולקים אפוא לפי סוגי תפקידים, ותשלומים ספציפיים נקבעים לכל סוג: הדירוגים, שבהם נמצא המספר הגדול ביותר של עובדים, הם של עובדי מדינה, מורים, אקדמאים במדעי החברה, פועלי תעשייה ופועלי בניין. דירוגים

נספח 4. קרנות הפנסיה ההסתדרותיות והפנסיה התקציבית

השפעת האינפלציה על השכר המבוטח בפנסיה

דמי הביטוח לקרנות הפנסיה מנוכים רק מחלק של השכר (השכר המבוטח). מרכיבים אחדים, כגון פרמיות, שעות גוספות, ותשלומים שונים אינם כלולים בשכר המבוטח. התפתחות השכר המבוטח בתנאי אינפלציה היא פאראמטר המפתח בהערכת השפעת האינפלציה על קרנות הפנסיה ועל המאזן האקטוארי שלהן.

עיתוי עדכוני השכר

בתנאי אינפלציה מואצת גם למגמות הטווח הקצר משמעות ניכרת. האינפלציה היא תהליך רצוף. לא כן התפתחות השכר (והשכר המבוטח). רק מספר מרכיבי שכר סובלים מהאינפלציה באופן אוטומטי.

האינפלציה מביאה לשחיקת השכר הריאלי מכיוון שתוספת היוקר מפצה רק על חלק מן העלייה במדד המחירים לצרכן, ויש לה תקרה מוחלטת. יחד עם זאת, עובדים פעילים מצליחים לשמור על שכרם הריאלי באמצעות התאמות במסגרת חווי עבודה כלליים (לדוגמה: העלאות אוטומטיות בדרגה, הנהגת מרכיבי שכר נוספים, עדכוני שכר תקופתיים).

לרוע המזל, ההכנסה המבוטחת לא תמיד מוגנת בעזרת התאמות אלה, מכיוון שחלק ממרכיבי השכר נשאר בלתי מבוטח. דבר זה מביא לשחיקה מהירה של ההכנסה המבוטחת הריאלית, המועברת לקרנות הפנסיה. לכן האינפלציה גורמת ל"תתי-ביטוח" בהגנה על הפנסיה המבוטחים משלמים את "קנס חוסר הביטוח". כלומר, נטל האינפלציה נופל במלואו על המבוטחים. למרות שבתסריטים אינפלציוניים אחדים מצליחות קרנות הפנסיה להשיג שיפור במאזן האקטוארי שלהן בטווח הקצר, המאזן תמיד מופר בטווח הארוך.

דשים (בעבר פעמיים בשנה) יוצרות הפרש ניכר בין השכר המותאם ובין הערך הריאלי של השכר הראשוני. הפרש זה גדל יותר בגלל העובדה, שהעלאת תוספת היוקר היא חלקית בלבד. יתר על כן, תוספת היוקר והתאמות שכר מוסכמות אחרות (הניתנות מפעם לפעם) משולמות רק לאחר פיגור נוסף (מחתימת ההסכם ועד התשלום בפועל). תופעה זו גורמת שחיקה נוספת של כוח הקנייה של השכר המותאם.

כאשר שיעורי האינפלציה גבוהים, חשוב להתאים את השכר לעתים קרובות יותר. דבר זה נעשה בישראל, בעקבות שיעורי האינפלציה הגבוהים, מאז הותאם השכר תוך תקופות הולכות ומתקצרות, לעתים אפילו כעבור חודשיים. לפיגור זמן זה יכולה להיות משמעות גדולה בזמני אינפלציה והוא יכול להשפיע על האיזון האקטוארי של קרנות הפנסיה. יחד עם זאת, במקרה של ישראל, ההשפעה על הקרנות היתה מועטת היות שהתתייברותיהן מבוססות על השכר המשולם בפועל והפנסיות מותאמות לפי הסכמי שכר רק לאחר פרסומם ותשלום דמי הביטוח בהתאם.

מרכיבי שכר בלתי מבוטחים. בעת אינפלציה המשאומתן על השכר חותר בעיקר לשמירה על כוח הקנייה של השכר ולסגירת הפער שבין תוספת היוקר האוטומטית ובין מלוא ההתייקרות. דרך טיפוסית להשגת מטרה כזו היא המצאת מרכיבי שכר חדשים (תחת שמות שונים ומשונים). מסתבר, שניתנת עדיפות להטבות שיש להן יתרונות נוספים מבחינת מס ההכנסה (תש-לומים מוגדלים עבור החזקת רכב פרטי לצורך עסקי, פרמיות בגין העלאת פריון, השתפות המעביד בהוצאות העובד וכו'). שמו-תיהם של מרכיבים אלה נבחרים בדרך שיוצרת את הרושם, שהם ניתנים למגזר מסוים או לתפקיד מוגדר (במטרה למנוע שדרשת

אחרים מוצמדים לתנאי הדירוגים האלה, כך שניתן לומר, שהדירוגים האלה קובעים את השכר של רוב העובדים בישראל.

התפתחויות היסטוריות הביאו לשיטת תשלום מסובכת במסגרת כל אחד מדירוגים אלה. כל הסכם קובע מי זכאי לאילו הטבות, כמה יקבל ובאילו נסיבות. לדוגמה, ההסכם מגדיר את מרכיבי השכר שיוכאו בחשבון לצורך חישוב דמי הביטוח לקרנות הפנסיה.

יוקר המחיה. כל העובדים בישראל זכאים לקבל תוספת יוקר הנקבעת בהסכם שחותמים עליו המעסיקים, העובדים, האיגוד המקצועי והממשלה (כמעסיק). שיעור ההעלאה נקבע מפעם לפעם (בשנים האחרונות מדי רבע שנה)¹⁷ בהתאם לשינויים במדד המחירים לצרכן. יש לזכור, שמדובר בשינויים שחלו בעבר ולכן יכולה להיות משמעות ניכרת, בתקופות של אינפלציה מואצת, להפרש הזמן שבין המועד שבו חלו השינויים במחירים ובין המועד שבו מעדכנים את השכר (הפנסיות).

תוספת היוקר נקבעת לעתים קרובות סאחח כלשהו של השינוי במדד המחירים לצרכן (כיום רק 80% מהעלייה בפועל). יתר על כן, היא מחושבת כך שרק מרכיבים אחרים של השכר מוצמדים, ואילו מרכיבים אחרים נשארים ללא שינוי. המרכיבים האחרים יכולים להיות מותאמים באופן עצמאי, בדרך כלל בשיעור שונה ובמועד שונה. תוספת היוקר משולמת על "שכר היסוד" (שהוא חלק קבוע של השכר בכל דרגה בדירוג).

יש גם תקרה לתוספת היוקר. היות שהיא משולמת רק עד תקרה מסוימת, ברור אפוא, שהעובדים אינם יכולים לשמור על כוח הקנייה של הכנסתם, אלא אם יקבלו פיצוי נוסף, שבדרך כלל לרוב צורה של הטבות נוספות, מותאמות לאינפלציה. השאר מותאם באופן תקופתי. ההתאמות הרטרואקטיביות שנעשו בשנים האחרונות אחת לשלושה חו-

17 בהסכם חדש לתשלום תוספת יוקר שנחתם במאי 1984 נקבע, שתוספת היוקר תהיה גמישה ותשולם בכל פעם שמדד המחירים לצרכן יגיע ל-12% ויותר.

השפעות על קרנות הפנסיה להתפתחויות השכר שתוארו לעיל יש השפעה משמעותית על קרנות הפנסיה. גניח, שבנקודת דת זמן התחלתית כלשהי בזמן הקרן מאוזנת מבחינה אקטוארית. ההתפתחויות הנ"ל בשכר משפיעות על האיזון האקטוארי של הקרנות. בטווח הקצר משפרת שחיקת הפנסיה את האיזון האקטוארי שלהן, היות שהתחייבויות תיהן הריאליות לחבריהן הפעילים מצטמצמות, כי דמי הביטוח בעבר התבססו על שכר ריאלי גבוה יותר. הוא הדין לגבי ההתחייבויות לאלה שכבר פרשו ושוכאים כעת לפנסיות ריאליות נמוכות יותר.

במלים אחרות, נטל האינפלציה נופל במלואו על המבוטח, כפי שקורה בחווי ביטוח אחרים, שבהם האינפלציה יוצרת מצב של "תת-ביטוח". האינפלציה יכולה להיטיב עם קרן הפנסיה, והשפעותיה יכולות לקזז, לפחות חלקית, את ההפסדים האפשריים הנובעים מבעיות סיכון מוסרי (שיכולות להיות משמעותיות למדי בשיטה המבוססת על "דרגה אחרונה" או "שכר סופי").

בשיטת "דרגה סופית" או "שכר סופי" נחש לש התמריץ של העובדים הפעילים לנקוט אמצעים נגד שחיקת השכר המבוטח בטווח הקצר. ויחד עם זאת, הפנסיונרים לוחצים על האיגודים המקצועיים לתקן את המצב. דרך אחת לעשות כן היא להנהיג התאמות אד-הוק של פנסיות המשולמות לפנסיונרים. תיקונים אלה ניתנים לעשות על חשבון הרווחים האינפלציוניים של הקרנות. בטווח הארוך חייבים להתאים את השכר המבוטח (שאם לא כן הוא יתקרב לאפס). התאמה כזו יכולה להשפיע בצורה דרסטית על האיזון האקטוארי של הקרן. כיוונה ועוצמתה של ההשפעה יהיו

תביעות להתאמות דומות במגזרים אחרים)¹⁸. בשנת 1983 שולמו 20%—40% משכר היסוד של עובד טיפוסי בצורת מרכיבים כאלה שאינם מבוטחים, בהתאם לדירוג של העובד. רק במקרים יוצאים מן הכלל המרכיבים הבלתי מבוטחים שווים בערכם לשכר היסוד. הנהגת מרכיבי שכר כאלה ועדכוןם תורמים לשמירת ערכו הריאלי של השכר למרות האינפלציה. ויחד עם זאת, מרכיבי השכר החדשים יוצרים בעיה לפנסיונרים, ולאלה העומדים על סף פרישה. הסיבה העיקרית לכך היא, שמרבית המרכיבים בדרך כלל אינה מבוטחת בתוכניות פנסיה ולכן שכר היסוד לצורך הפנסיה מחושב רק על חלק מן השכר המשולם בפועל לפני הפרישה¹⁹. אין ביש-ראל נתונים המראים את ההתפתחות של מרכיבי השכר המבוטחים והבלתי מבוטחים. הסטטיסטיקה הקיימת מציגה ממוצע של כל מרכיבי השכר, ללא הבחנה בין המרכיבים המבוטחים לאלה הבלתי מבוטחים. ניתן להשיג עדות עקיפה בלבד על שחיקת החלק המבוטח (בעקבות תוספת היוקר הבלתי מסויקה והמרכיבים הבלתי מבוטחים).

העלאה אוטומטית בדרגה של עובדים פעילים פנסיונר שפרש בדרגה הגבוהה ביותר עלול לגלות תוך מספר שנים, שהפנסיה שלו מבוטחת על דרגה הרבה יותר נמוכה מזו של העובד המועסק כעת במשרתו. ניתן להסיק אפוא, שהפנסיונרים אינם נהנים מן הטכניקות שנוצרו כדי להתגבר על שחיקת השכר של עובדים פעילים. הפנסיות שלהם סובלות אפוא משחיקה מהירה²⁰. כלומר, האינפלציה נוטה ליצור מצבי "תת-ביטוח" גם בתוכניות פנסיה, הפנסיונרים אכן סובלים מכך.

18 ראוי לציין, יחד עם זאת, ששיטה זו לא נעלמה לאחר הנהגת הרפורמה במסים של ועדת בן-שחר בשנת 1975, למרות שהרפורמה ביטלה את יתרונות המס שהיו זכאים להם מרכיבי שכר אלה.

19 עד לאחרונה היו מבוטחים רק שכר היסוד, תוספת הוותק ותוספת היוקר ("השכר המשולב").

20 ראוי לציין, שבמקרים אחדים השכר ב"דרגה הסופית" עולה על תקרת תוספת היוקר, ולעומת זאת הפנסיה עצמה (שהיא אחוז מסוים של השכר בדרגה זו) אינה מגיעה לתקרה זו. בקרנות ההסתדרותיות הותאמו הפנסיות לתוספת היוקר, כך שהפנסיונרים היו זכאים לפנסיות גבוהות יותר מאלה ששולמו כחלק קבוע של השכר המתאם.

36, החודשים האחרונים. עבור כל שנה מחוץ שב היחס בין השכר המבוטח ובין השכר הממוצע למשרת שכיר בישראל. הממוצע של יחסים תקופתיים אלה במשך שנות העבודה מוכפל בשכר הממוצע הסופי כדי להגיע ל"שכר היסוד". אצל אלה שעבדו יותר מ-35 שנה היחס הממוצע נקבע על בסיס היחסים של 25 השנים "הטובות ביותר". שיטה זו חיסלה את הסיכון המוסרי שבשיטה הישנה (שבה הועלו עובדים בדרגה סמוך לפרישתם כדי להגדיל את שכרם הסופי) שיצר הטיות נגד הקרנות.

הרפורמה הביאה להנהגת שינויים נוספים. כיום מצטברות זכויות פנסיה בשיעור אחיד (2% משכר היסוד לכל שנת עבודה). בעבר היה השיעור בלתי אחיד — צבירה מהירה יותר במשך השנים הראשונות של העבודה וצבירה אטית יותר בשנים האחרונות. לשינוי זה יש השפעה מועטה על תוכנית הפנסיה, כאשר פורשים עובדים עם שיעורי פנסיה מקסימליים. יחד עם זאת, הרפורמה בישראל היתה נחוצה בגלל הכניסה של קבוצות עובדי דים גדולות, כולל מספר גדול יחסית של אנשים מבוגרים יותר, לתוכנית הפנסיה.

הרפורמה לוותה בשינוי הגדרת ההכנסה המבוטחת. כדי לקבוע יחס הדוק בין דמי הביטוח לקרנות הפנסיה ובין הגמלאות, נכללו מרבית מרכיבי השכר, שהיו בלתי מבוטחים עד אז, בתוך השכר המבוטח (רק מרכיבים אחרים, כגון השתתפות המעביד בהוצאות העובד, נשארו בלתי מבוטחים).

תלויים במאפייניה הדמוגרפיים של הקרן. באופן כללי, ככל שהגיל האקטוארי של האוכלוסייה המבוטחת גבוה יותר וככל שהר תקופה שעבורה היו מבוטחים ארוכה יותר, כן תהיה ההטיה נגד הקרן חזקה יותר.

רפורמה בתוכנית פנסיה ישראלית —

לא כולל פנסיה תקציבית

הדין דלעיל הוכיח, שהאינפלציה יכולה לגרום עיוות דרסטי של האיזון האקטוארי של קרנות פנסיה המבוססות על "דרגה סופית" או על "שכר סופי". כדי למנוע עיוותים כאלה עברו קרנות הפנסיה בישראל רפורמה גדולה. השינויים העיקריים חלו בתחומים אלה:

- (א) ביסוס הפנסיה הראשונית על השכר במשך כל תקופת העבודה;
 - (ב) הצמדת הפנסיה למדד המחירים לצרה כן במקום לדרגה סופית;
 - (ג) הגדרה רחבה יותר של השכר המבוטח והכללת מרכיבים נוספים בו.
- הפנסיה הראשונית היא תוצר של "שכר היסוד" כפול זכויות הפנסיה שהצטברו (שיעור הפנסיה). שיעור הפנסיה מבוסס על ותק בתוכנית (מספר שנות העבודה) כפול 2% לכל שנת עבודה עד למקסימום של 70%. (עד לרפורמה השתמשו תוכניות הפנסיה בסולמות שונים, שלא היו ליניאריים ביחס לוותק.)

חישוב "שכר היסוד" מביא בחשבון את השכר במשך כל שנות העבודה, ולא רק את

נספח 5. לוחות נתונים

לוח 1. נתונים בסיסיים על מערכת הפנסיה המשלימה על-ידי קרנות ההפטרות

שנת תקציב	1981	1982	1983	
1. מספר המבוטחים	591,000	603,000	620,000	
אחוז מכוח הקצבאות	43.8	44.1	44.2	
2. מספר מקבלי הקצבאות	86,000	92,000	99,600	
כאחוז מכלל המבוטחים	14.6	15.3	16.1	
3. גבייה * (במיליוני שקלים)	13,500	13,650	14,050	
במונחי שכר ממוצע במשק ** (באלפים)	56.3	55.3	59.4	
4. תשלומי פנסיות * (במיליוני שקלים)	4,450	5,000	5,500	
במונחי שכר ממוצע במשק ** (באלפים)	18.5	20.3	23.2	
5. הון צבור בדצמבר 1983 * (במיליוני שקלים)	139,050	151,500	166,150	
במונחי שכר ממוצע במשק ** (באלפים)	579.6	614.1	702.0	
6. הוצאות ניהול קרנות הפנסיה כאחוז מהגבייה	5	5	5	

* במחירי דצמבר 1982.

** משקף את היחס שבין סכומי הגבייה, התשלומים וההון ובין רמת השכר הממוצע לעובד במשק.

לוח 2. מקבלי קצבאות זיקנה ושאיירים תכונות כלליות מהמוסד לביטוח לאומי

מקבלים	1975	1980	1981	1982	1983
סה"כ מקבלים	276,005	386,230	402,326	417,020	430,544
אחוז מכוח העבודה	24.0	29.3	29.8	30.5	30.7
מזה : נכות כללית	4,685	42,871	48,760	54,385	59,491
סה"כ זיקנה ושאיירים	271,320	343,359	353,566	362,635	371,053
מזה : אחוז מקבלי השלמת הכנסה 48.5	45.3	44.3	41.8	40.2	
רמות הכיטוי של הרזרבות במונחים של שנות הוצאה *					
ענף זיקנה ושאיירים	—	4.5	3.7	3.8	3.5
ענף נכות כללית	—	2.6	2.1	1.9	1.7

* במחיר סוף שנה.

** אומדן.

לוח 3. קצבאות הזיקנה והשאירים באחוזים מהשכר הממוצע לעובד במשק

אחוזים מהשכר הממוצע	יחיד	זוג	זוג 1+	זוג 2+	אלמנה עם ילד	אלמנה עם 2 ילדים
קצבה לפי חוק						
1981	14.5	21.7	26.3	30.8	21.0	28.1
1982	14.0	21.0	25.4	29.8	20.6	27.2
1983	14.4	21.7	26.2	30.7	21.8	27.2
עם השלמת הכנסה *						
1981	24.8	37.2	42.2	47.1	36.9	44.2
1982	24.6	36.9	41.9	46.8	36.8	44.2
1983	25.1	37.6	42.6	47.6	37.7	45.3

* רמה זו מובטחת למקבלי קצבאות זיקנה ושאיירים לפי החוק שאין להם הכנסות משמעותיות נוספות, וכן למי שזכאי לקצבת נכות כללית (תוך שינויים קלים).

מימון תכנית זיקנה, שאירים ונכות במערב גרמניה *

מאת ד"ר פאול פישר **

מבוא

עשויות להפיק תועלת מניתוח צעדי הקיצוץ המתוכננים והמבוצעים בתכנית הגרמנית המנוסה והוותיקה יותר לביטוח סוציאלי הדומה ביסודה לזו הנהוגה בהן.

שני עקרונות של התכנית הגרמנית לקיצוץ באות זיקנה מ-1889 עודם מושלים בכיפה בתכנית הקיצבאות הקיימת שאומצה ב-1957: (1) הקיצבה קשורה להכנסות; (2) הביטוח הסוציאלי מושתת על חקיקה לאומית ונקבע בידי המדינה ומנהל על-ידי מספר קרנות תגמולים. היבט הביטוח הסוציאלי מולך לזכאות לזכויות נרכשות, בעוד שהחקיקה הלאומית קובעת את כללי היסוד (בפירוט רב).

שני עקרונות אלה שרדו והמשיכו להתקיים לא רק במערב גרמניה אלא גם בארצות הברית, ביבשת אירופה, באמריקה הלטינית ובאזורים נרחבים של שאר חלקי העולם. תיאור התיקונים וההתאמות שנאלצה לעשות מערכת הקיצבאות בגרמניה בתגובה לתנאים הכלכליים והמדיניים המשתנים איננו מעניינה של גרמניה בלבד. לאחר פסק זמן קצר הולידו זעזועי הגפס של 1973 ו-1979 בכל המדינות המייבאות נפט מיתון עמוק, האטה בצמיחה הכלכלית, אינפלציה גוברת, שיעורי ריבית גבוהים יותר ואבטלה. המגמה האחרונה הולכה לרמת שכר נמוכה יותר, ושתי ההתפתחויות הפחיתו את הכנסותיה של מע-

מערב גרמניה, כמו מדינות תעשייתיות רבות המייבאות נפט, התגסתה מאז שנות השבעים בתקופות אחדות של מיתון ואבטלה חריפים. התפתחויות אלה דילדלו את אוצר המדינה והולידו בעיות מימון לתכנית ביטוח הזיקנה, השאירים והנכות במערב גרמניה. מספר התורמים הישירים פחת, אלה ששמרו על מקומות עבודתם לא זכו ליהנות מתוספות שכר או נאלצו להסכים לירידה בשכרם. כל אלה הקטינו את הכנסות מערכת הקיצבאות התרומתית של המדינה. בנוסף לכך ירדה גם השתתפות הממשלה בצורה תלולה. האבטלה הביאה לפרישה מוקדמת ולתביעות רבות יותר לקיצבאות נכות, ושתי מגמות אלה הגדילו את התוצאות. כדי להקטין את הגירעון שנבע מכך, נעשה שימוש במגוון אמצעים במגמה לקצץ בהוצאות על קיצבאות. אוכר לוסיתתה המזדקנת של גרמניה ושיעור הילודי הנהנמד מצייבים איום גדול אף יותר על שיווי המשקל הכספי של המערכת ועל יכולתה להמשיך לשלם קיצבאות לאלה שיפרשו מעבודתם בסוף המאה הנוכחית. כדי לטפל בבעיה יינקטו מספר צעדים ראשוניים. שני הפגעים משפיעים על רבות מן המדינות המתועשות, ובכללן ארצות הברית, ואלה

* Paul Fischer, "Financing the Federal Republic of Germany's Old Age, Survivors and Disability Program", *Aging and Work*, Vol. 7, No. 1, The National Council on the Aging Inc., Washington D.C., 1984.

** חבר מועצת המערכת של *Aging and Work*, לשעבר מנהל האגף לקשרים בינלאומיים במינהל הביטוח הסוציאלי של ארצות הברית. תרגם מאנגלית: עמוס פלד.

ההכנסות וההוצאות של ביטוח הזיקנה, שאירים והנכות. הן הגיעו ל-40% מסך הוצאות התקציב הסוציאלי, ואלה האחרונות הגיעו ל-30% מן התוצר הלאומי הגולמי בחשבונות הלאומיים ל-1980. הוצאות התקציב הסוציאלי במשך 20 השנים האחרונות עלו בקצב מהיר יותר מאשר התוצר הלאומי הגולמי, כפי שעלו ההוצאות לזקנים ולשאי-רים, שהגיעו ב-1981—1982 ל-12.05% וב-1983 ל-11.87% מן התוצר הלאומי הגולמי. במונחים של התקציב הלאומי, ההוצאה של התקציב הסוציאלי עלתה ל-22.4% ב-1978, והיתה אפוא סעיף ההוצאה הבודד הגדול ביותר.

השפעתו הראשונה במעלה של התהליך הפוליטי

עם גבור חשיבותו הכספית והכלכלית של ביטוח זיקנה, שאירים ונכות, כמודגם בהשפעות הנגד-מחזוריות והמחלקות-מחדש של המערכת וגודלה בהשוואה לפעולות ממשלתיות אחרות, נקל להבין שהיא גם בעלת משמעות פוליטית ראשונה במעלה. הממשלה, הרשות המחוקקת, המפלגות הפוליטיות, הארגונים השונים של המבוטחים, המעסיקים העובדים, מבוטחים אחרים והמבקרים האקדמיים כולם שותפים לשבת ולגנאי עבור הקיצוצים והשיפורים. המשא-ומתן מתנהל באווירה של מיכל זכוכית לעיניהם הצופיות של אמצעי התקשורת. ביטוח זיקנה, שאירים ונכות, כמו גם ביטוח בריאות, הם סמלים של "כלכלת השוק הסוציאלי" של השדר המנות ארה"ד, מדינת רווחה של שוק חופשי המתגלמת בחוק היסוד של מערב גרמניה, החוקת.

תיאור קצר של מימון ביטוח הזיקנה, שאירים והנכות במערב גרמניה, בד בבד עם תיאור מקוצר של הגורמים הקובעים כל קיצבה וקיצבה, עשויים לסייע בהבנת הנאמר להלן.

רכת ביטוח הזיקנה, שאירים והנכות (OASDI — Old Age, Survivors and Disability Insurance). בד בבד גדל נפח הקיצבות, באות, ירדו הרזרבות, ונשחק אמון העובדים המבוטחים ביכולתו של ביטוח זיקנה, שאירים ונכות להמשיך בתשלומי הקיצבות ולכבד תביעות בעתיד.

כל הממשלות הנוגעות בדבר ניצבו בפני הוצאות גוברות, ובכללן עליות פתאומיות בביטוח אבטלה, בעוד שההכנסות ממסים פחתו. הגירעונות גדלו והיכולת לשקם את מצבן הכספי של קרנות הפנסיה פחתה במידה רבה. לדוגמה, הגירעון במערב גרמניה בסכום של 41.5 מיליארד מרקים גרמניים הגיע ב-1981 ל-18% מכלל הוצאות הממשלה או 2.6% מן התוצר הלאומי הגולמי (תל"ג).

ממשלת מערב גרמניה היתה מסוגלת לשמור על גידול בקצב האינפלציה שהוא נמוך מזה של מדינות רבות אחרות. ברם, בד בבד היתה עליה למצוא דרך להבטיח תשלום סדיר של קיצבות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות כמו גם למלא אחר התחייבויות כספיות אחרות שנטלה על עצמה בתכנית הרחבה יותר לביטוח לאומי במשולב עם שאר התפקידים הממלכתיים. גם במערב גרמניה, כמו בכמה מדינות אחרות, נתחלפה הממשלה הליברלית בממשלה שמרנית, שהביאה אל הבעיות הכספיות מערכת קדימויות חדשה.

ממשלת מערב גרמניה מפרסמת באורח סדיר דו"ח סוציאלי ותקציב סוציאלי. התקציב הסוציאלי מספק מידע על הטבות במונחים והטבות בעין (benefits-in-kind), ובכ"ל ללן שירותים נוספים לקיצבות ציבוריות של זיקנה ושאירים, כגון הוצאות על משפחה, בריאות, תעסוקה, שיכון, סיוע כללי וכד'. ההוצאות מדווחות לא רק עבור התכניות לביטוח לאומי שנקבעו בחוק, אלא גם עבור תרומות ותשלומים נוספים מטעם המעסיקים, תכניות מטעם עצמאיים ועבורם, סיוע סוציאלי והוצאות מס הנקבעות באורח סוציאלי. לקט זה מניב גם תמונה טובה של משמעות

המקדם הוא 1.0, כדי להגיב את הקיצבה האינדיווידואלית החדשה.

קיצבה חדשה מותאמת מוזמן לזמן

הקיצבה החדשה מותאמת מוזמן לזמן בהתאם לשינויים ברמת השכר בעבר. בהנחה, שרמת השכר בעבר עלתה בהתמדה, הגידול באחור-זים מושג על-ידי השוואת הממוצע של רמות השכר הממוצע בשלוש השנים הקודמות לממוצע של תקופה נוספת בת שלוש שנים, שנה קודם לכן (ממוצעים נעים — moving averages). הגידול באחורים הנובע מכך מיושם אז לגבי הקיצבאות שנקבעו קודם לכן. התוצאה של פרוצדורה זו היא פער זמן בין ההכנסות השוטפות ובין הקיצבה — פער הנע בין שנתיים לשלוש שנים.

השיטה המסורבלת לכאורה של קביעת קיצבת הוֹיִקְנָה הבודדת והתאמתה נועדו לשמור על רמת החיים שהיה המבוטח מורגל לה קודם פרישתו באופן שלא יחול בה שינוי עם פרישתו. בהנחה, שבטווח הארוך ישוו השינויים ברמת השכר לשינויים ברמת המחירים או יעלו עליהם, היה צפוי שההתאמה השנתית תשמור על כוח הקנייה של הקיצבה תוך שהיא מאפשרת למקבל הקיצבה להשתתף בפריזון העבודה העולה שממנו נהנה עמיתו בכוח העבודה הפעיל. ההיקף של השגת יעד זה יכול להימדד בעזרת ערכי החלפה (תגולמיים) המייחסים את קיצבתו של מבוטח בעל הכנסה ממוצעת לשכר שהש-תכר טרם פרישתו. שיעור החלפה זה ירד מ-1969 ל-1980 בשיעור ניכר, היינו מ-55% ל-49% לעובד בודד בעל 40 שנות כיסוי.

גם ההתאמה של הקיצבאות לשינויים ברמת השכר (באיחור של שלוש שנים) בעבר איננה אוטומטית. המועצה המייעצת לביטוח סוציאלי (Social Insurance Advisory Council), המסתייעת לפעמים בחבר מדענים, ממליצה בפני הממשל והרשות המחוקקת על

ביטוח של דבר ממומן ביטוח זיקנה, שאירים ונכות מכספים של מבוטחי החובה ומבוטחי הרשות ומעסיקהם ומתמיכה של הממשלה הפדרלית. מספר מקורות הכנסה משניים, כגון רווחי הון, כספים מתכניות אחרות של הביטוח הלאומי, כגון כספי המכון הפדרלי לעבודה ולתעסוקה (Federal Institute of Labour and Employment) המטפל בדמי אבטלה וכד', אינם מוזכרים כאן כשם שלא מוזכרים כאן כספים מתכניות פנסיה של השירות הממשלתי, של האיכרים, של הכורים ושל התעשייה הפרטית כמו גם כספים מתכניות פנסיה של המקצועות החופשיים. גובה דמי הביטוח נקבע על-פי נפח הקיצבה, ההוצאות המינהליות והכספים הדרושים לקיום רזרבה.

“רזרבת התנודה” (“fluctuation reserve”) של המערכת הדרושה עתה כדי להגיע לרמת הוצאות של חודש אחד, נרעדה לגשר על-שני פערים זמניים בין הכנסות המערכת להוצאותיה. ניתן להשקיע את הרזרבה, אך יש לקיים מידה גבוהה של נוזלות. היקף רזרבת התנודה משמש אינדיקטור למצבה הכספי של תכנית ביטוח זיקנה, שאירים ונכות. אם הרזרבה מגיעה או מתקרבת לנקודה הנמוכה שנקבעה בחוק, מורה הדבר על הצורך בפעולת תיקון. פעולה כזו חייבת להינקט אם הרזרבה אינה מצליחה לכסות, בתום שנתיים רצופות, הוצאות חודש אחד של השנה הקודמת.

קיצבאות פרישה, נכות ושאירים קשורות להכנסות. הקיצבאות מבוטחות על מספרן והיקפן של התרומות והתרומות הפטורות, הנקבעות על-פי שנים של שירות מכוסה והכנסות גולמיות של אורך חיים ממוצע. סעיפים אלה מוערכים מחדש ומחושבים ביחס לשכר הממוצע, המוערך מחדש בצורה שווה בכל שנת שירות. היחסים המבוטאים כמספר האחוזים מחושבים בממוצע והתוצאה מידשמת בשכר הנקבע באופן שוטף. התוצאה מוכפלת לגבי קיצבאות פרישה ונכות מחלטה במקדם של 1.5. בקיצבאות נכות תעסוקתית

צעדי הקיצוץ של מערכת הביטוח הסוצי-אלי הגיעו לשיאם ב-1977, וב-83-1982, כאשר ניתן היה לאמוד או לפחות לצפות את ממדי המיתון והשפעותיו. בעוד שניתן היה לספוג עדיין את ההשפעות הראשונות על ידי שיעורי השתתפות מוגדלים וחיטול חלקי של רזרבות, התגלתה רורבת התגודה כקטנה מדי מכדי לקוץ מהשפעת המיתונים העמוקים שלאחר 1977. כלכלת מערב גרמניה גם לא הצליחה לצמצם ב-83-1982 את משכה ועומקה של ההאטה בצמיחה הכלכלית באמצעות ייצוא מוגבר, כפי שאירע ב-1974 וב-1975, שכן המיתון האחרון היה פרוס על-פני כל העולם, והביקוש החיצון הצטמצם. שער הליפין מוערך של המרק הגרמני הגביר את ההשפעה על הייצוא. הלחץ הכספי על חקציבה של מערב גרמניה גבר במידה כזו שהממשלה גיסתה להסיר מעליה כמה מתפקידיה וממחויבויותיה. הביטוח הסוציאלי היה יעד מפתה למדי, במיוחד משום שהוא התרחב במידה רבה ב-1972 ובאחדות מן השנים שלאחריה.

נוסף להשפעות הייצוניות חזקות אלה, השפיעו עוד כמה גורמים פנימיים על תכופותם וחומרתם של המשברים הכספיים. רובם טבועים בשיטות המימון המשמשות את מערכת הביטוח הסוציאלי בגרמניה. כפי שצויין לעיל, ביטוח זיקנה, שאירים ונכות נסמך על כספי השתתפותם של האנשים המבוטחים, על הכספים הניתנים עבורם, ועל כספים שנותנת המדינה כדי לכסות את הוצאות התכנית. ניתן לסווג את המערכת כתכנית מימון המבוססת על תשלום שוטף (pay-as-you-go), שבה העובדים המבוטחים, מעסיקיהם ומשלמי המסים תומכים בקיצבאות השוטפות של הוקנים מהם, תוך ציפייה שהדורות הבאים יתמכו בצורכיהם הכספיים שלהם עם פרישתם (אמנה חברתית). מערכת המבוססת על תשלום שוטף פועלת בצורה הטובה ביותר אם ההכנסות וההוצאות גדלות בקצב קבוע, היינו געות מתוך תיאום זמנים, אם היחס בין התורמים והנהנים נותר כשהיה,

התאמה פנסיונית (כלומר, התאמת הקיצבאות) בדר"ח שהיא מכינה. הגם שדר"ח זה מביא בחשבון את שיעור השינוי ההיסטורי ברמת השכר, הוא מבסס את ממצאיו גם על יציבותם הכספית של מערכת הביטוח הסוציאלי, המצב הכלכלי הכללי, פרוץ העבודה הלאומי וההכנסה הלאומית. ההכרעה הסופית בשאלה איזה שינוי באחוזים יחול, אם בכלל, מתקבלת במועצה בצורת החוק השנתי להתאמה פנסיונית והתיקונים המתחייבים מכך. יותר ויותר מופיעות התאמות פנסיוניות אלה בתקציב השנתי ובחוקי התקציב הנלווים.

תוכפים המשברים הכספיים בביטוח זיקנה, שאירים ונכות

מספר המשברים המביאים לשינויים קיצוניים במערכת ביטוח הזיקנה, השאירים והנכות במערב גרמניה הוא מדהים, כאשר החמורים ביותר מתייחסים בבירור למיתונים מחזוריים, מחוץ או מבית, ולשינויים דמוגרפיים. כל המיתונים הוליכו לאבטלה ולהאטת העלייה ברמת השכר תוך הפחתת ההכנסות למערכת הביטוח הסוציאלי והגדלת ההוצאות בזמנית. תשלומים מוגדלים בצורה חדה של דמי אבטלה מעיקים — בשל ערבות ממשלתית לשמירה על שלמותם של כספי המכון הפדראלי לעבודה ולתעסוקה — על כספי הממשלה הפדראלית ומאלצים את הממשלה להקטין את השתתפותה בכספי הקיצבה. פעולה זו מצמצמת את רזרבת התגודה, בהעמידה את הצורך בקימוץ וקיצוץ. לאחר המיתון של 67-1966 חלה התאוששות מ-1968 עד 1973. אולם משבר הנפט ב-1973 השפיע על כלכלת גרמניה בשנה שלאחר מכן וב-1975, משבר שממנו התאוששה חלקית בלבד במשך השנים 1976-1979. משבר הנפט ב-1979 חולל את המיתון העמוק של 1980-1982, שממנו נחלצה מערב גרמניה חלקית בלבד ב-1983.

במגזר ה"תורם" יודעו יותר מאלה של הענף המקבל בסיבוב הראשון.

צעדי קיצוץ להעלאת הכנסות

משהגיעו ההעלאות הנוספות כשיעור ההשתתפות הכספית בקיצבאות לגבול העליון של סיבולת (tolerance) העובדים המבוטחים ומעסיקיהם, והמצוקה הכספית — פרי המיתון — ביטלה את האפשרות להגדלת השתתפות הממשלה, נדרשו דרכים חדשות לשיפור מצבם הכספי של נושאי הביטוח הפנסיוני. הן נמצאו בהגדלת הכיטוי של מבוטחי התו-בה, תוך הרחבת בסיס החישוב והחשת גביית הכספים כמפורט להלן:

(א) מספר המבוטחים תפח בגלל הצטרפות העובדים הזרים, ולא בשל מספרן הגדול יותר — במידת מה — של הנשים שהצטרפו לכוח העבודה. יהיה אשר יהיה הגידול בהכנסות, אין ספק שהדבר יקוון, במרוצת הזמן, עקב תביעותיהם לקיצבאות. ברם, הדבר יקרה מאוחר הרבה יותר והוא אינו מבטל את התוספת להכנסות בטווח הקצר.

(ב) תשלומים חד-פעמיים של המעסיקים, כגון מענק חג המולד, דמי חופשה (ותשלום על שעות נוספות) נחשבו הכנסות החייבות בדמי ביטוח זיקנה, שאירים ונכות. בשל פריסתם על-פני כל השנה, היינו נתינתם במשך 12 חודשים, אין הם מגיעים לתקרת ההכנסה החודשית, בעוד שקודם לכן הם נחשבו והובאו בחשבון רק בחודש קבלתם. תחילה היו דמי המחלה חלק מבסיס החישוב לאחר 13 חודשים. עתה תיחשב קביעת ההשתתפות ותובא בחשבון מן היום הראשון. הכללת תחליפי ההכנסה (דמי מחלה באים במקום שכר ומשכורת שאבדו) בבסיס ההשתתפות היתה אחד מיעדי הממשלה השמרנית-ליברלית.

(ג) מצוקה כספית זמנית, בחלקה בשל בעיית הנזילות של רזרבת התגודת, הוקלה עם הפניית בקשה למבוטחים ולמעסיקיהם

אם תנודות קצרות טווח יכולות להיספג בעזרת הרזרבות ואם ההקבלה אינה מופרעת בגלל צעדי הממשלה.

התמיכה הממשלתית יורדת ל-14%

הסובסידיה הממשלתית ירדה מ-29.8% מן ההוצאות ב-1957 ל-16.2% ב-1982 ול-14% לדברי גורמים שונים — ב-1983. אף-על-פי שהממשלה ערבה לפריעת החשבון, היינו לכיסוי כל הגירעון התקציבי של המכון הפדראלי לעבודה ולתעסוקה, ערבות הממשלה לגירעונות הכספיים של ביטוח זיקנה, שאירים ונכות נראית כהבטחה מעורפלת בלא בסיס חוקי מפורט למימושה. להשתתפות הכספית של הממשלה בביטוח זיקנה, שאירים ונכות יש, מן הסתם, זיקה לשינויים ברמות השכר, לא להוצאות. שיעורם המוקטן של תשלומים אלה מבחינת הוצאות המערכת מעלה מספר שאלות על מידת השמירה על הזיקה לרמת השכר.

בנוסף לכך, בשנים אחדות ערכה הממשלה קיצוצים אד-הוק בהשתתפות הכספית. ב-1981 היא הקטינה את השתתפותה ב-3.5 מיליארד מרק, ב-1984 הוקטן השתתפותה ב-900 מיליון מרק. תמיכת הממשלה בתכניות אחדות המנוהלות על-ידי קרנות הפנסיה — לדוגמה: פרישה מוקדמת של אנשים בעלי נכות קשה — הופסקה באורח חד-צדדי. הממשלה הנוכחית מתכוונת להבהיר את תפקידה כתורמת כספים בדרך שתניב יתר ודאות, אמון וביטחון. אין פירוש הדבר בהכרח השתתפות מוגדלת. תחת זאת, הממשלה שואפת ל"הפרדה ברורה בין הביטוח הממלכתי ובין הביטוח הפנסיוני". כל הצעדים הללו עולים בקנה אחד עם מאמצי הממשלה להעביר כספים מתכנית אחת לביטוח סוציאלי לתכנית אחרת שהתנסתה בתנאים כספיים גרועים, במעין משחק אבוד, שם ניתן לבטל תנועות אלה אם התנאים

לקבל קיצבאות זיקנה ושאיירים. אולם שינוי כזה עלול גם להקטין את ההכנסות (תשלומי רשות) בעתיד הקרוב.

דעות חלוקות על אופציית הפרישה המוקדמת

הציבור, המבוטחים, מעסיקיהם והאיגודים המקצועיים רואים — בשל מגוון סיבות — בפרישה מוקדמת דרך בדוקה ליצירת משרות פנויות עבור המובטלים, לרבות המובטלים הצעירים. מנפרד ניזמן הטיל ספק בהנחה זו; הוא מעריך כי אף לא אחת מן המשרות הפנויות שנוצרו עקב פרישה מוקדמת תאוּש. הערכות אופטימיות יותר מדברות על 54%, 70% ו-90%.

כדי להיאבק בדרישתה של פדרציית עובדי די המתכת להנהגת שבוע עבודה של 35 שעות מקדישה הממשלה מחשבה רצינית להורדת הגיל שמעמיזה אופציית הפרישה הגמישה מ-63 ל-59, אם העלויות יכוסו במידה רבה בידי הצדדים למשאומתן הקיבוצי.

"קיצור חיי העבודה", "תשלום בטרם פרישה" ו"קיצבה פרי משאומתן קיבוצי" הן שלוש סיסמאות המושלות בכיפה בוויכוח הנוכחי. מערב גרמניה קרובה לאימוץ הצעה שהעלה לראשונה דודינג (Dodging), נשיא איגוד עובדי המזון והמסעדות. בידם של העובדים ניתנה הברירה לפרוש מרצון ולקבל הכנסה של טרם פרישה הנעה בין 68%, 70% ו-75% מהכנסתם ברוטו עד שיגיעו לגיל הפרישה הרגיל עת יחול תשלומה של קיצבת הזיקנה (בגיל 65 או 63, אם הם זכאים לפרישה גמישה). המעסיק יישא בדמי ביטוח זיקנה, שאירים ונכות ובדמי ביטוח בריאות. אם יאוּש מקום העבודה שהתפנה בעובד מובטל, יחזיר המכון הפדראלי לעבודה ולתעסוקה למעביד 40% מהשתתפותו.

כפעם בפעם עולה השאלה אם הורדה כזו של גיל הפרישה תהיה ניתנת לביטול במקרה

לסייע לעלייה בשיעור ההשתתפות מ-18.0% ל-18.5% המתוכננת ל-1 בינואר 1984 החל מ-1 בספטמבר 1983. הממשלה אף הציעה לשלב את סכום השתתפותה, שזמן פירעונו חל בסוף השנה, לפני תאריך זה, במקרה של העדר נזילות של הרורה הצפוי ברבע האחרון של 1984. אף לא אחת מן ההתניות היתה צפויה לחולל גדולות ונצורות במצוקתה הכספית החמורה של תכנית הקיצבאות.

צמצום הוצאות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות — אופציה ורודה יותר

מקור מבטיח יותר של הקלה כספית לתכנית הקיצבאות נמצא בצמצום ההוצאות המושג על-ידי ביטול תכניות שוליות, הקטנת ההטבות, הקטנת גידול ההטבה, הפחתת מספר הנתנים והקיצבאות על-ידי דרישות זכאות קפדניות יותר ושינוי גיל הפרישה כמתואר להלן:

- (א) ביטוח זיקנה, שאירים ונכות העביר את תכנית השיקום למכון הפדראלי לעבודה ולתעסוקה ואת התכנית למלחמה בשחפת למערכת ביטוח הבריאות. תוספת הילדים לקיצבאות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות בוטלה לטובת התכנית הכללית לקיצבאות ילדים, שהיא פחות נדיבה והנתמכת בעזרת מסים.
- (ב) תשלומי הסכומים החד-פעמיים לאל-מנות אשר נישאו מחדש הוקטנו מחמש קיצבאות שנתיות לשתי קיצבאות שנתיות.
- (ג) בלי כל קשר לשאלה איזו מפלגה או קואליציה פוליטית תזכה ברוב, כל אחת שבה ומבטיחה לנתנים שלא תקצץ בקיצבאותיהם. הבטחה זו מתייחסת על-פי רוב לקיצבה השוטפת ולזכויות הנרכשות לקיצבה מכוח החוקים הקיימים אנו. אך היא אינה מתייחסת להגדלות בעתיד. אפילו כלל זה מבחין בחריגים. לדוגמה, מכמה מבוטחי רשות חדשים (ובכללם עקרות בית) נשללה הגנת ביטוח הנכות הם שמרו רק על הזכות

ההתאמה ב-4.5% ב-1979, ו-4% ב-1980 וב-1981, נגעה להכנסות נטו (לעומת שי-עורי נוסחה של שכר ברוטו של 7% ב-1978, 6.3% ב-1979, 5.8% ב-1980 וב-1981) וכ-14% בקיצבה הצפויה. קיצבה שהוענקה ב-1975, בלא כל התערבות ממשלתית בשיעור ההתאמה, תהיה גבוהה יותר ב-25% בשנת 1986.

הוסף לשתיקה זו בערך הקיצבאות את האובדן באשראים פנסיוניים הנובעים מקיצבאות ביטוח אבטלה נמוכות יותר ודמי מחלה נמוכים יותר ואת העובדה שהנהנים היו חייבים לכסות אחוז גדל והולך של קיצבת זיקנה, שאירים ונכות כמו גם להגדיל את השתתפותם בביטוח בריאות. השתתפותם היתה 1% ב-1 ליולי 1983; 3% שנה לאחר מכן ותהיה 5% ב-1985. לזו היתה לנהגה קיצבת זיקנה ממקור אחר כלשהו, כגון תכנית פנסיה פרטית (תעסוקתית) של זיקנה או פרישה, היה עליו לשאת מאז 1 בינואר 1983 בהשתתפות של 6% ממקור הכנסתו, וב-0.83% מכל קיצבה פרטית של סכום חד-פעמי. היתה סכנה — אך לא חוק עדיין — שקיצבאות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות יחויבו במס (אמנם בלי הקטנת קיצבת הפרישה שתוגדל בצורה נאותה) ושקיצבאות פרישה המתקבלות לפני גיל 65 יוקטנו באופן אקטוארי, הקטנה הנאמדת ב-30%.

המדיניות מציבה נושאים של רווחה חברתית

ב-1978 היו רבע מכלל המשפחות במערב גרמניה תלויות בצורה מכרעת בקיצבאות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות למחיתן. יחס זה היה עלול להיות גבוה יותר ב-1983 בשל שינויים בהתפלגות הגילים, האבטלה ותוחלת החיים. קיצבאותיהן האמיתיות ירדו באי-רח ניכר. יש מי שטרען, שמקבלי ביטוח זיקנה, שאירים ונכות יקבלו ב-1983/84 50

שמחסור בעובדים בשנות ה-90 יבוא תחת היצע היתר בעובדים כיום. ברור שהחלטה להוריד את גיל הפרישה לגיל 60 תשפיע גם על שלוש התכניות. אם תאושר, היא תבטל את השפעתם של רבים מן הצעדים שננקטו כדי להקטין את ההוצאות הרובצות על קרנות הפנסיה.

מי משלם בסופו של דבר עבור נקיטת צעדי הקיצוץ?

קל יותר לקבוע מי חומק מן הנטל: משלם המסים נהנה מן ההקטנה בהשתתפות הממ"לכתית. מן המנהלים הנושאים במחצית ההשתתפויות המוגדלות ניתן לצפות — בשוק הפנים לפחות — להסטת הנטל קדימה או אחורה. אין נתונים מספיקים כדי למדוד כיצד השפיעו העלויות על רווחי ייצוא.

מחציתו השנייה של נטל ההשתתפות, לא רק בביטוח זיקנה, שאירים ונכות אלא אף בביטוח בריאות, בביטוח אבטלה וכד', נופלת על כתפי התורמים המבוטחים. כפי שצוין לעיל העובדה ששיעורי ההשתתפות של ביטוח זיקנה, שאירים ונכות נותרו למעשה יציבים במשך 10 השנים האחרונות מותירים פתוחה את השאלה הנוגעת: מי נושא בחלק הארי של נטל הקטנת הקיצבאות השונות במצורף לשינויים אחרים. כפי שתוכנן, הוטלו קיצוץ הקיצבאות ושינויים אחרים על כתפיהם של הנתנים.

סילוק, דחייתו וכיסויו של מקדם ההתאמה האחוזית (percentage adjustment factor) של הקיצבאות על-ידי מדד השכר שומרים על קביעותו של סכום הקיצבה כל זמן שנמשכת נקיטת הצעדים הנ"ל. תהיה זו קיצבה נמוכה יותר מאשר אילו נעשתה ההתאמה בזמן הרגיל. כאשר נעשית ההתאמה הבאה, שינוי האחוז חל על הקיצבה הנמוכה יותר הקיצבה המוקטנת נותרת מוקטנת לנצח. לדוגמה, התקופה שבין 1978 ל-1981, המתאפיינת בסילוק ההתאמה ב-1978, הודך כיסוי מקדם

הראשונה מקורה בהחלטה של בית-המשפט הפדראלי העליון לענייני חוקה מיום 12 במרס 1975, המחייבת את הממשלה לזוּם רפורמה בהתניות לגבי קיצבאות שאירים תוך שימת דגש בזכויות הנשים עד 1 בינואר 1985. הבעיה השנייה והגדולה יותר היא לתכנן מערכת גימלאות העונה על היחס המספרי המידרדר בין התורמים לנהנים הנובע מצדו מאוכלוסייה מזדקנת המספקת כוח עבודה קטן יותר. רווחת הדעה, שניתן לפתור את הבעיה הראשונה באורח משביע רצון רק במסגרת הרפורמה המבנית של ביטוח זיקנה, שאירים ונכות כנדרש על-פי הבעיה השנייה. כיום, האלמנה או האלמן התלוי המגיע לגיל פרישה, או שגילם 45 והם נכים או מטופלים בילד, מקבלים 60% מקיצבת הגנות של בן הזוג שנפטר. השאר היה זכאי לקבל 100% מקיצבה זו במשך שלושה חודשים — שהועמדו עתה על חודש אחד בלבד — מיד לאחר הפטירה.

לאחר פרסום דו"ח ועדת המומחים על ביטוח סוציאלי של נשים ושאירים (ועדת ה-84), ביום 21 למאי 1979, הושגה הסכמה כללית של כל הצדדים המעוניינים, הסכמה הכוללת את עקרון השותפות. בן הזוג שנותר בחיים יהיה זכאי ל-70% מכלל זכויות הפנסיה שרכשו שני הצדדים לפני נישואיהם ולאחריהם. תחת זאת תובטח לבן הזוג שנותר הקיצבה הגבוהה יותר שזכה לה באמצעות תשלומים אישיים, בנוסף לכך, קיצבת האלמנה תגדל ב-75% מקיצבתם למשך שנה אם עודנה מגדלת ילד. אף-על-פי שנראה היה שגירסה זו או גירסה מתוקנת של נוסחה זו היתה מקובלת בדרך כלל, היא לא נחקקה בשל שיקולי עלות. העלויות היו צפויות לעלות במשך 25 שנים כדי 1—3 מיליארד מרק לשנה. לדעת אחרים ההתניה בדבר גידול ילדים במשך שנה אחת היא גורם שיוסיף מיד קרוב ל-2.3 מיליארד מרק להוצאות ביטוח זיקנה, שאירים ונכות. נוכח מצבה הכספי הרוסף של רוב התגודות, עוכבה חקיקת התניה זו או התניות דומות. כצעד

מיליארד מרק פחות מאשר קיבלו לפני שהוחל בצעדי הקיצוץ של 1977. עולה השאלה התברתית-פוליטית אם חלוקה זו של הנטל — שנגרמה בשל אמצעים שנועדו לשכך לתקופה קצרה את מצוקתו הכספית של הביטוח הסוציאלי — בין המדינות, התורמים והגימלאים, עולה בקנה אחד עם רעיון מדינת הרווחה של החברה המערב גרמנית ובוחריה. היה קל יותר להגיע אל התשובה לו היו נתונים על אחוז הנהנים שלהם הכנסה הנופלת ממינימום הקיום או מקו העוני ועל מי שנהפך לתלוי בתמיכה סוציאלית. גם תמיכה זו היתה מיועדת להיפגע מן ההקטנות.

התמיכה הסוציאלית נהגה להישען ולהסתמך על מדידה אובייקטיבית של ההכנסה במזומן הדרושה לרכישת סל מצרכים ושרותים, הנקבעת חלקית על-פי צריכת קלוריות. לאחר מכן הותאם קנה מידה זה למדד המחירים כדי לאפשר שימוש אוטומטי מלא ואובייקטיבי. הוא הוחלף בהחלטה מינהלית אד-הוק שלטענת המתנגדים פותחת פתח למניפולציה פוליטית.

אף-על-פי שאין ספק שהמשרדים הנוגעים בדבר — משרד העבודה, משרד הרווחה, משרד הפנים ומשרד האוצר — פועלים בתום לב, הודעתו של שר העבודה כי "אין לכבד תביעות ממדינת הרווחה אם הן מצויות מעבר ליכולתה של המדינה לספקן", ותהיה מובנת מאליה ככל שתהיה, אם תוחל על העניים בקרב מקבלי ביטוח זיקנה, שאירים ונכות, תהיה אות מבשר רעות לרווחתם.

בעיות נישואין ובעיות אחרות שטרם באו על פתרון

אם משברים כספיים חוזרים ונשנים בביטוח זיקנה, שאירים ונכות מעלים שאלות כאלה, מופיעות באופק שאלות יסודיות אף יותר שמקורן בשתי בעיות — בעלות היקף בלתי שווה — שטרם באו על פתרון.

ממשלת מערב גרמניה הגיעה להכרה שעם העשור הבא, בשל השינויים הדמוגרפיים, יפחת מספר התורמים ובאותו זמן ממש יעלה מספר הנהגים. הדבר מחייב הסכמה כללית מצד מפלגות פוליטיות וארגונים רלוונטיים שיש להם עניין בשינוי מבני של החקיקה הפנסיונית שבמרכזו עומדים העקרונות האלה: הקיצבאות תמשכנה להתייחס להשתתפותיות הכספיות הקשורות להכנסה; הכנסת הנהגים חייבת לגדול באותו שיעור שבו גדלה ההכנסה הפנויה של העובדים; ההשתתפות הפדראלית בביטוח זיקנה, שאירים ונכות חייבת להיות מושתתת על בסיס אמין ומתימן, והתאמת הקיצבאות חייב לענות על התנאים הכלכליים והדמוגרפיים המשתנים. הם חייבים להכיר באינטרסים של כל הצדדים המשתתפים בתחום הקיצבאות בצורה צודקת והוגנת. הממשלה התייחסה אף לאפשרות של מיסוי קיצבאות בהתאם להחלטתו של בית המשפט הפדראלי העליון לענייני חוקה מיום 26 במרס 1980 שתבעה מן הממשלה לסלק ממערכת המסים חריגים הנוטים לשים לאל את כוונת המתקוק. מיסוי מלא או חלקי על קיצבאות שייך לפתרונות הרבים — רבים מדי מכדי להידון בדו"ח זה — שצצו הללו נועדו לסגל את העלייה החדה בקיצבאות לירידה בהכנסה מהשתתפות המבוטחים — התפתחות הצפויה בשליש הראשון של המאה ה-21 במערכת הביטוח הסוציאלי בת 100 השנים.

העם המערב גרמני הפגין, במשימת שייקום הכלכלה לאחר מלחמת העולם השנייה, מידה כה גבוהה של אחריות, נכונות להקרבת קורבנות והכפפת האינטרסים האישיים לאינטרס של המדינה, עד שגראה שהשגת הסכמה כללית על בעיית מימון ביטוח זיקנה, שאירים ונכות, המצומצמת הרבה יותר, היא אפשרית. כפי שמראים הדיונים בסרלמנט, יצירת הבילת צעדים שתחלק את הנטל הדרוש בצורה צודקת איננה מעבר ליכולתן של המפלגות הפוליטיות. זוהי משימה מכרעת לעתיד הקרוב.

ביניים יינתנו מענקי שאירים חודשיים לאלמנים ולאלמנות במידה שווה.

תחזית דמוגרפית קודרת לעתיד

התפלגות הגילים במערב גרמניה מצביעה על השפעת אובדן האוכלוסין הכבד בשתי מלחמות העולם והתודת ובוהו הכלכלי שבא בעקבותיהן. לאחר 1970 פחתה הילודה והגיעה לנקודת השפל הנמוכה ביותר ב-1977. לו נכלל שיעור הילודה הנמוך באותה שנה באומדני אוכלוסין כלשהם לעתיד היתה האוכלוסייה בגרמניה — ורק היא בקרב כל שאר המדינות המתועשות — יורדת מ-57.1 מיליון ב-1980 ל-39.8 מיליון בשנת 2030 ול-32.2 מיליון בשנת 2045, אם מתעלמים מהגירה נטו כלשהי של עובדים זרים.

לו תורגם הדבר ליחסים מספריים בין תורמים לנהגים, כלומר ליחסים מספריים בין אלה הנמצאים בכוח העבודה הפעיל לאנשים המקבלים קיצבאות פרישה בגיל 65, היחס שהיה ב-1965 1:2.34 היה יורד בשנת 2030 ל-1:1 ובשנת 2035 ל-1:1.2. תחזית קודרת מעין זו תלויה, כמובן, בהנחות שאינן ניתנות לחיזוי המתמטי לעתיד מעורפל. בנוסף לשיעורי ילודה ותמותה, שאינם ניתנים לחיזוי, גם תוחלת החיים, ההיקף והרכב כוח העבודה, האפשרות לשינויים במדיניות ההגירה, היחסים המספריים בין עבודה להון, מלחמות וכיו"ב, כל אלה נותרים בלתי חזויים.

מאז פרסום דו"ח המועצה החברתית המייעצת (Social Advisory Council) הדן ב"בעיות ארוכות טווח של הגנת הקשישים במערב גרמניה" בד בבד עם פרסום ממצאי חבר מדענים באותו נושא ב-2 ליולי 1981, נדונו פתרונות אפשריים. ועדת מומחים אחת רת הגישה את הדו"ח שלה ב-19 לנובמבר 1983. הוא מתרכז בהרמוניזציה אפשרית של תכניות שונות לפנסיות זיקנה ובמיסוי על הקיצבאות.

התפתחויות ומגמות בביטחון הסוציאלי

1981-1983 *

מבוא

קביעת הקדימויות הלאומיות בתחום ההגנה הסוציאלית.

על אף הבעיות הכספיות החמורות, אין להתעלם מכך שתקופה זו התאפיינה גם במידת יציבות מפתיעה של מוסדות הביטחון הסוציאלי. הניסיונות הרציניים, שנעשו בכמה מדינות, לפרק תכניות ביטחון סוציאלי או לקצץ במידה רבה בזכויות לקיצבאות, בדרך כלל לא עלו יפה. נהפוך הוא, התפתחויות במדינות אחדות מעידות על ההכרה מצד ממשלות בחשיבות ההגנה שמעניק הביטחון הסוציאלי, במיוחד בתקופות של קשיים כלכליים, כמו גם על הקשר החזק של האוכלוסיה עם התכניות הקיימות לביטחון סוציאלי. יותר מבכל תקופה אחרת נראה בעליל שהביטחון הסוציאלי היה לאחד מעמודי התווך המוסדיים של החברות בנות זמננו ושחשיבותו, הן לכלכלה והן למדיניות הסוציאלית, גוברת ולא מצטמצמת, הן במדינות המתועשות והן במדינות המתפתחות.

מחיר האבטלה לביטחון הסוציאלי

כמו בתקופה הקודמת גם עתה שלטו הבעיות הקשורות באבטלה בהתפתחות הביטחון הסוציאלי בחברות המתועשות יותר, במיוחד אלה מהן שהן בעלות כלכלות שוק. ברוב המדינות

אין מנוס מן העובדה שהתקופה 1981-1983 היתה במדינות רבות אחת התקופות הקשות ביותר שעברו על מוסדות הביטחון הסוציאלי מאז כינונם. אף-על-פי שהיו כמה מקרים בולטים של התקדמות ממשית בהרחבתה ובשיפוריה של ההגנה שמעניק הביטחון הסוציאלי, מה שאיפיון תקופה זו יותר היו הניסיונות שנעשו במדינות רבות לבחון מחדש את מימון הביטחון הסוציאלי ואת מבנה הקיצבאות במגמה לפקח בצורה הדוקה יותר על ההוצאה הכוללת. התוצאות השליליות של המיתון העולמי לגבי הביטחון הסוציאלי, אשר תוארו בדו"ח הקודם, הן בתקופה 1978-1980*, נעשו נפוצות יותר וחריפות באורח גובר והולך, בייתוד בכלכלות השוק המתועשות. בתלקי עולם אחרים, ובמיוחד במדינות מתועשות עם כלכלות מתוכננות ובמדינות העולם השלישי, היתה זו תקופה שהתאפיינה בהעדרם היחסי של תמורות או חידושים חשובים. ואולם, אפילו במדינות אלה נתגלו סימנים מדאיגים שבגלל היותם של המחוקקים ומנהיגי הממשלות מוטרדים בראש ובראשונה בבעיות כלכליות התקשו מינהלי הביטחון הסוציאלי יותר ויותר להביא לכך שהשקפותיהם יובאו בחשבון בצורה נאותה בעת

* חלק א' של דו"ח המזכיר הכללי של הארגון הבינלאומי לביטחון סוציאלי לעצרת הכללית ה-21 של הארגון, שהתכנסה בג'נבה, שווייץ, בימים 13-13 באוקטובר 1983. פורסם בתוך: ISSA Review, Year XXXVI, No. 4 (1983), pp. 431-442. תרגום מאנגלית: עמוס פלד.

** ראה: כחחון סוציאלי 24 (פברואר 1983), עמ' 23-38.

שחוללה את המשבר הכספי הניצב כיום בפני תכניות רבות.

כשם שהממונים על הביטחון הסוציאלי היו מודאגים מן ההשלכות הכספיות של אבטלה עמוקה, כן הם היו ערים באופן מכאיב גם למחירה החברתי והאנושי ולהשלכותיה על מערכות הביטחון הסוציאלי. אבטלת צעירים, המופרת זה זמן רב כאחת הבעיות החמורות הניצבות בפני כלכלת השוק, המשיכה לעלות. לדוגמה, בקהילה האירופית, במחצית הראשונה של 1983, יותר מ-25% מן הצעירים היו מחוסרי עבודה; ובאי-אלה אזורים בתורכיה הערים, היתה התעסוקה לגחלת מעטים מבני 25 ומטה. אין מטילים ספק בכך שהאבטלה הכפויה מולידה תסכול רב בקרב עוזבי בית-הספר. מאמץ רב הושקע בהכנת תכניות מיוחדות כדי שצעירים יתנסו לפחות מעט בעבודה, כדי להקנות להם מיזמוניות נדרשות וכדי להעסיקם בפרויקטים מועילים לחברה. אין ספק שבלי אמצעים אלה היה המצב גרוע עוד יותר. ואולם, הולך ומתברר שפתרון של ממש לבעיה ימצא רק אם תחול עלייה גדולה בדרישה לעובדים. אם לא יקרה כן, חלק גדול מן הדור הצעיר ייעשה מנוכר פחות או יותר לצמיחות לעולם העבודה. מה יהיו התוצאות לטווח ארוך של תסריט כזה, הן לגבי המערכות לאבטחת הכנסה והן לגבי החברה בכללה, קשה לשער.

מחירה האנושי של האבטלה גם משפיע בצורה חמורה במיוחד על הנכים. כפי שהראו מחקרים במדינות רבות, מספר גדול מאוד של נכים מסוגלים לעבוד אם יינתנו להם עבודה מסוג מתאים ותנאי עבודה מתאימים. ואכן, לגבי רבים מהם העבודה עשויה להיות חשובה יותר לרווחתם ולכבודם העצמי מאשר לגבי אנשים אחרים. רמת אבטלה גבוהה אינן מאפשרות כמעט לשלב מחדש נכים בכוח העבודה, ועל-ידי כך שמות לאל חלק נכבד מן השיקום החשוב המתבצע באמצעות הביטחון הסוציאלי. יתרה מזו, נכים המצויים במעגל העבודה פגיעים במיוחד כאשר עובדים נעשים מיותרים, לא רק משום שהמעסיקים

המתועשות שמחוץ למזרח אירופה עלה מספר העובדים המובטלים במידה רבה בין 1980 ל-1983 ובאחדות מהן הוכפל המספר ואף מעבר לכך. מטבע הדברים היתה משמעותה של מגמה זו עלייה בהוצאות דמי אבטלה, אולם היא גם הקטינה את ההכנסה הפוטנציאלית של מערכות הביטחון הסוציאלי בכללותן. מחקרים שנערכו במדינות אירופיות אחדות הראו, שהמחיר במונחים של הכנסות אבודות הוא אף גבוה יותר מאשר ההוצאה הנוספת על דמי אבטלה. כתוצאה מכך, כל ענפי הביטחון הסוציאלי הממומנים מתשלומי מבוטחים סובלים מבחינה כספית מן האבטלה. יתרה מזו, העלייה באבטלה קשורה לעתים קרובות במספר העובדים היוצאים משוק העבודה עם קיצבאות נכות או עם קיצבאות פרישה מוקדמת, כך שהוצאה גבוהה יותר על קיצבאות איננה מוגבלת לענף האבטלה.

לעתים קרובות אין אומדים את ממדיה האמיתיים של בעיית האבטלה, שכן תשומת הלב ממוקדת באורח צר מדי במספרם הכולל של העובדים הרשומים כמובטלים. רבים אחרים יצאו ממעגל העבודה, חלקם זמנית, חלקם לצמיתות. אין הם מופיעים בנתוני האבטלה בשל מגוון סיבות: ייתכן שהם אינם זכאים לדמי אבטלה ולכן אין להם תמריץ ישיר להירשם (כך הוא לעתים קרובות אצל נשים נשואות), או אולי הם ממשיכים בלימודים מלאים או שחזרו אליהם, אולי פרשו מעבודתם, או אפשר שעזבו את הארץ. דבר זה נכון בייחוד אם הם עובדים זרים. אין ספק שהמספרים הקשורים בכך, אף-על-פי שקשה לאמוד אותם, גדולים: מחקר במדינה אירופית חשובה הראה, שהוספת המובטלים הלא רשומים מים שעודם מסוגלים ומוכנים לעבוד (היינו, למעט אלה מהם שהיגרו, פרשו או פנו לעייסוקים אחרים שמחוץ לכוח העבודה) היתה מעלה את מספר המובטלים הרשמי ב-50% בערך. העבודה, שאנשים אלה אינם מועסקים משמעה אובדן הכנסות מאסיבי למערכת הביטחון הסוציאלי. ומעל לכל, בעיה זו היא

את ההוצאה על קיצבאות ולגייס יותר כסף מן המבוטחים — עובדים ומקבלי קיצבאות כאחד.

רק לעתים רחוקות קיימת הסכמה בין הפוליטיקאים במדינה כולה כשמדובר בצמצום ההוצאות על תכניות חברתיות; אבל נראה, שלצעדים שנקטו במהלך שלוש השנים האחרונות היתה השפעה רבה והם היו אפוא יותר שנויים במחלוקת מאשר בתקופות הקודמות. אחת התוצאות השליליות ביותר של המיתון הכלכלי הנוכחי עלולה להיות החלשת מה, בכמה מדינות, של האוטונומיה של מוסדות הביטחון הסוציאלי. במדינות אלה ממלאים משרדי האוצר או משרדים אחרים שאינם עוסקים באופן הדוק בביצוע צעדי הגנה סוציאלית תפקיד שחשיבותו גדלה והולכת בתכנון מדיניות הביטחון הסוציאלי. הגם שקיים תמיד הצורך לתאם תכנון כלכלי וחברתי ברמה המרכזית, התפקיד המכריע שממלאים אלה המופקדים על המדיניות הכלכלית והפיסקאלית בתהליך זה עלול ליצור מצב שבו היעדים לטווח ארוך של הביטחון הסוציאלי יוכפפו ליעדים כלכליים לטווח קצר. מצב זה מקשה עוד יותר על מוסדות הביטחון הסוציאלי לנסח בבהירות את השקפותיהם על יעדי הביטחון הסוציאלי כך שיהיו מובנים הן למחוקקים והן לציבור בכללותו.

כמו בתקופה הקודמת גם עתה אחת הדרכים השכיחות ביותר לקיצוץ בהוצאות היתה לדחות או לשנות את עדכון הקיצבאות. במקרים אחדים לבשו צעדים כאלה צורה פשוטה, כאשר, דרך משל, בוצע העדכון הרגיל כמה שבועות או אף כמה חודשים מאוחר יותר מן המקובל. במקרים אחרים נפגע סכום העדכון עצמו: מדינות אחדות קבעו תקרה לקיצבאות או הודיעו שסכום העלויות יינתן בשנתיים או בשלוש השנים שלאחר מכן. התוצאה תהיה, שאם האינפלציה לא תרד לרמות המוכרות, יצטרפו מן הסתם מקבלי הקיצבאות להסכים לירידה בערך קיצבאותיהם. מדינות אחרות שינו את הדרך שבה נבנה מדד המחירים לצרכן ועיקרו את מחירי

מבכרים להמשיך להעסיק את הכשירים יותר, אלא גם משום שהם יודעים במקרים רבים שהנכים עשויים להיות זכאים לקיצבאות עדיפות, במיוחד לטווח ארוך, מאשר עובדים מובטלים אחרים. לפיכך, למרות כל המאמצים שנעשו במשך שנת הנכים הבינלאומית (1981) לקידום שילובם החברתי והכלכלי, הנכים מתקשים יותר ויותר להשתתף בכוח העבודה.

מצבם של העובדים המבוגרים אינו שונה ממצבם של הנכים: עתה, משנהפכו למובטלים, הם מגלים שכמעט אי אפשר להם לשוב לעבודה והם נתונים תחת לחץ כבד להסכים לפרוש מוקדם במקרים של עודף עובדים, כדי להציל את מקומות העבודה של העובדים הצעירים. צחוק הגורל הוא, שצריכים להכריח או לשכנע עובדים כה רבים לפרוש מעבודתם לפתע ובטרם עת דווקא בתקופה שבה ערים הכל להשפעותיו הפסיכו-סוציאליות השליליות של מעשה כזה.

ובאותו זמן עצמו גובר במדינות רבות תחשש שמחיר הסדרי הפרישה המוקדמת, שנועדו לעודד את העובד המבוגר לגטוש את כוח העבודה לטובת המובטל הצעיר יתגלו כמעמסה כבדה על כתפי התורמים בעתיד לביטוח הסוציאלי ויחמירו עוד יותר את הבעיה של העדר סולידריות בין דור למשנהו.

ירידה בסטנדרטים של ההגנה הסוציאלית

בשנים האחרונות החמירו הבעיות הכספיות של מערכות הביטחון הסוציאלי בשל העובדה שמדינות אחדות שהתחייבו לקצץ בהוצאה הציבורית מגלות חוסר רצון לסבסד תכנית מהכנסותיהן. יש גם התנגדות נרחבת להטלת תשלומים גבוהים יותר על המעסיקים בתקופה שבה חלקים גדולים של התעשייה שרויים במצוקה וגדל מספרן של תברות שפשטו את הרגל. כתוצאה מכך, נוצר לחץ חזק להוריד

שיפורים בקיצבאות הביטחון הסוציאלי

למרות המיתון, ואלי אף בגללו, חלו באזורים אחדים שיפורים ברמת ההגנה שמעניק הביטחון הסוציאלי. הסדרים מיוחדים, המאפשרים לעובדים, במיוחד אם הם מובטלים, פרישה מוקדמת מן העבודה, המשיכו להתקיים במספר רב של מדינות, אף-על-פי שעלותן הגבוהה של תכניות כאלה הביאה במקרים אחדים להחמרת תנאי הזכאות. מדינה אירו-פית חשובה הורידה את גיל הפרישה המקובל מ-65 ל-60, מדינה לטינו-אמריקנית אחת אף הורידה את גיל הפרישה המינימלי מ-60 ל-57, במקום אחר הורד גיל הפנסיה לגבי עובדים במקצועות קשים או בעלי ותק רב בעבודה.

במספר רב של מדינות גיל הפרישה לגברים עודנו חמש שנים מעל גיל הפרישה של נשים. הואיל והתנועת למען יחס שווה לגברים ולנשים זוכה לתנופה, יש לצפות לשינוי מה מבחינה זו. להלכה, ניתן ליצור את השוויון בדרך של העלאה או הורדה של הגילים; אך, למעשה, העלאת גיל הפרישה לנשים בחמש שנים תהיה, ללא ספק, בלתי פופולרית והיא תעורר גם את בעיית הזכויות הנרכשות. מאידך גיסא, הורדת גיל הפרישה לגברים עלולה להיות יקרה מאוד. נראה שלחצים מנוגדים אלה יגרמו לכך שגיל ביניים כלשהו הוא שיהווה את הפתרון בעל הסיכויים הרבים ביותר להגשמה. לפיכך, הורדת מה של גיל הפרישה, לפחות לגבי גברים, נחשבת אפשרית בכמה מדינות, במיוחד חד מפני שהדבר יסייע להקטנת רמת האבטלה.

הנכות היא תחום נוסף של הביטחון הסוציאלי שבו נרשמה התקדמות. צעדים חדשים שנקטו במרוצת התקופה הנסקרת, כוללים קיצבאות לילדים נכים, קיצבאות לצעירים שהיו לנכים לפני שרכשו את הזכאות להיכלל בין מקבלי ביטוח סוציאלי, קיצבאות לקידום

ריתם של המוצרים והשירותים הצפויים לעלייה בסכום חריג או מסיבות חריגות; ומספר גדל והולך של מדינות מעניקות העלאות משוקללות בקיצבאות, שיתרונן בכך שהן מבטיחות שמקבלי הקיצבאות העניים ביותר יזכו למלוא ההגנה מפני האינפלציה, בשעה שהאמידים יותר יזכו בהגנה חלקית בלבד. היו כאלה שביקשו לחסוך בדרך של שינוי צורת חישוב הקיצבאות או בשינוי הכללים הנוגעים לפרקי הזמן שעבורם צריך לשלם. בשני המקרים היתה המגמה בכיוון של יישום מחמיר וקפדני יותר של עקרון הביטוח, היינו ייתוס ערך הקיצבאות בצורה הדוקה יותר לתשלומים שנתקבלו. לפיכך בוטלה במדינה אחת קיצבת המינימום (הרעיון היה, שמקבלי קיצבת זיקנה שאין להם הכנסה אחרת יהיו זכאים בכל מקרה לסייע על-פי מבחן אמ-צעים). ואילו בכמה מדינות אחרות קוצרה תקופת מתן הקיצבאות, במיוחד במקרה של אבטלה, לגבי עובדים שהיו מבוטחים פרק זמן קצר יחסית.

במספר מדינות הוחמרו תנאי הזכאות בראש וראשונה לגבי דמי אבטלה. נעשה שימוש בקריטריונים מחמירים כדי לבחון אם האנשים המובטלים זמינים לעבודה ואם הם משתדלים מספיק למצוא תעסוקה אחרת. הוחמרו העונשים על אי קבלת עבודה שמ-ציעת לשכת התעסוקה ולשכות התעסוקה רשאיות להציע עבודות התואמות פחות את כישוריו של האיש ואת הכנסותיו הקודמות. בתכניות רבות מופיעות תקנות חדשות ומחמירות יותר שבעזרתן ניתן לעכב את הקיצבה למשך מספר שבועות או חודשים; לדוגמה, אם קיבל העובד תשלומי יתר או דמי חופשה, אם עזב העובד את עבודתו ללא סיבה מוצדקת או נמצא אשם בהתנהגות בלתי הולמת, או אם נהנה העובד לפני מהכנסות גבוהות מן הרגיל. מדינות אחדות מיישמות את כללי הזכאות לקיצבאות נכות בצורה קפדנית ומחמירה מבעבר וכתוצאה מכך הן מעכבות קיצבאות כאשר מקרים מובאים לבדיקה מחודשת.

עדכונים רגילים ברמת קיצבאות הביטחון הסוציאלי. הגם שעדכונים כאלה היו שכיחים במקומות אחרים במשך למעלה מעשר שנים הם לא היו תכונה אופיינית של הביטחון הסוציאלי בכלכלות בעלות התכנון המרכזי. הדבר משקף את העובדה, שמדינות אלה התנסו עד לאחרונה באינפלציה נמוכה יחסית. ואולם, בשנים האחרונות ערכו כמה מן המדינות הנדונות עדכונים גדולים במחירים לצרכן, כדי להגיע להתאמה טובה יותר בין ההיצע לביקוש. במקרים כאלה תוענקו למקבלי קיצבאות הביטחון הסוציאלי העלאות בקיצבאות, על-פי רוב בסכום אחיד. בינתיים הכירו בכך שיציבות מחירים ממושכת שאחריה באות עליות מחירים גדולות מאוד אולי איננה הפתרון היעיל ביותר מבחינה כלכלית או הקביל ביותר מבחינה חברתית. כתוצאה מכך, מספר מדינות נעו או נעות לקראת מדיניות מחירים גמישה יותר, ומכאן העניין החדש שמגלים גורמים שונים במנגנוני עדכון הקיצבאות.

ואולם, האינפלציה איננה הסיבה היחידה לכך שהממשלות בכלכלות בעלות התכנון המרכזי מנהיגות עדכוני קיצבאות. סיבה נוספת לכך היא שהכנסותיה של האוכלוסייה העובדת עלו, ועקב כך נוצר פער בין העובדים ובין הגימלאים. שכן, בעוד שגימלאות חדשות עולות בהתאם לשכר הנוכחי, הגימלאות הוותיקות כבר מספר שנים נוטות לפגור אחריהן יותר ויותר, ובשל כך רבים מן הזקנים מאוד והנכים מזה זמן רב זוכים לגימלאות נמוכות מאוד. בהתאם לכך, אחד העיסוקים השכיחים בעדכון הקיצבאות הוא מתן קדימות לאנשים המקבלים כיום את הקיצבאות הנמוכות ביותר, אם על-ידי כך שמגדילים את קיצבאותיהם מהר יותר מאשר את קיצבאותיהם של אחרים, ואם על-ידי כך שסכום ההגדלה לגביהם יהיה גדול יותר באורח פרו-פורציונלי מסכום ההגדלה לגבי אלה המקבלים קיצבאות גבוהות יותר — מגמה שניתן להבחין בה גם במדינות שבהן נהוגה כלכלת השוק.

גיידות, וקיצבאות סיעוד לאלה שאינם מסוגלים לשרת את עצמם. מדינות שונות, במיוחד בעולם המתפתח, אף הקלו וריככו את תנאי הזכאות לקיצבאות הקיימות. ניתן לציין שיפורים צנועים גם בתחום הביטוח נגד סיכונים מקצועיים ותעסוקתיים. הונתו תכניות חדשות והכיסוי של התכניות הקיימות הורחב, במיוחד במדינות המתפתחות. מדינות מתועשות אחדות הרחיבו סוג ביטוח זה גם על העצמאים. הן במדינות המתועשות והן במדינות המתפתחות גברה חשיבותן של הפעילויות למניעת תאונות בד בבד עם חיפוש אחר דרכים להקטנת הוצאות על קיצבאות וגילויי ממצאים חדשים על הסכנות לבריאות הטמונות באי אלה תהליכים תעשייתיים.

אף-על-פי שבמספר מדינות שופרו תנאי ביטוח אימהות, נתגלו סימנים שחלה האטה, בתחילת שנות ה-80, בהתקדמות המתמדת שהושגה בשנות ה-70. בעוד שבמדינות המתועשות במערב אירופה נותר בעינו העניין הרב בהעלאת רמת ההגנה של ביטוח אימהות, חלקית בשל שיקולים דמוגרפיים וחלקית בשל הגידול בתעסוקת נשים, התיישבו בכיוון זה היו צנועים הואיל ורוב המדינות לא היו מוכנות להוצאות חדשות.

ברם, בכלכלות המתוכננות של מזרח אירופה היה המצב חיובי יותר. שם נמשך בתקופה הנסקרת הדחף להרחיב את ביטוח האימהות. בכמה ממדינות אלה, שבהן קיצבאות מורחבות לאימהות מקובלות מכבר, חל שיפור נוסף בכמה מקרים; סעיפים המאפשרים להורים לתבוע דמי מחלה כאשר הם נשארים בבית כדי לטפל בילד חולה אף הם עברו ליברליזציה; גם הקיצבאות לאימהות לא גשואות הוגדלו במידה רבה. התפתחויות אלה הן חלק מאיסטרטגיה רחבה יותר של הגנת המשפחה, הכוללת גם צעדים מחוץ לתחום הביטחון הסוציאלי, כגון שעבודה חלקית תהיה זמינה יותר לאימהות עובדות. התפתחות חשובה נוספת בכלכלות בעלות התכנון המרכזי היו הצעדים שנקטו להנהגת

הבינלאומי נאלצו יותר ויותר מדינות מתפתחות להתמודד עם בעיות חמורות של תורים מזומנים בתקציב הציבורי. הלחץ שנבע מכך על התקציבים הממלכתיים פירושו שרק ממשלות מעטות יחסית היו מוכנות לשקול הנהגת רפורמות משמעותיות בביטחון הסוציאלי, במיוחד הכנסת שיפורים שיגדילו את ההוצאות למעסיקים או לאוצר המדינה. במצב זה חלה החמרה נוספת בשל נכונותן של ממשלות אחדות, במיוחד באמריקה הלטינית, להעניק משקל להשקפותיה של אסכולה אחת של כלכלנים, שטענו שיש להעניק עדיפות ליצירת הון ולהשקעות בד בבד עם קיצוץ בהוצאות הסוציאליות.

באמריקה הלטינית, שם קיימות תכניות רבות לביטחון סוציאלי שימיהן כימי התכניות לביטחון סוציאלי של הארצות המתועשות יותר באירופה, היתה למיתון הכלכלי השפעה ישירה על שני סוגי בעיות המשותפות לארצות רבות באזור; ראשית, האיזון הכספי לטווח בינוני ולטווח ארוך של תכניות הביטחון הסוציאלי העומדות לפירעון באורח אקטוארי ועל כן משלמות קיצבאות למספר משמעותי של משתתפים; ושנית, המכשלות הכספיות והמינהליות שיש להתגבר עליהן כאשר מרחיבים את הגנת הביטחון הסוציאלי באופן שתחול על רובה המכריע של האוכלוסייה במגזר הכפרי ובעיסוקים בעלי ההכנסה הנמוכה. נוכח ההתעסקויות בנושאים דלעיל, הפגינו מדינות אמריקה הלטינית נטייה ברורה לעיצוב מחדש ולרציונליזציה של מערכות מינהליות, כדי להגיע לבקרה כספית טובה יותר על תכניותיהן. הגם שצעדים כאלה ישפרו בבירור את הסיכויים הכספיים לטווח ארוך של התכניות לביטחון סוציאלי במדינות אלה, הושגה אך התקדמות מועטה יחסית בהרחבת הגנת הביטחון הסוציאלי לסוגי אוכלוסייה חדשים.

אין פירוש הדבר שהמצב באמריקה הלטינית היה מצב של קפיאה על השמרים. נהפוך הוא, הוחל בסדרת צעדים חדשים בניסיון לטפל בבעיות הנוכחיות של הביטחון הסוציאלי

מגמה עיקרית שלישית במדיניות הביטחון הסוציאלי בכלכלות בעלות התכנון המרכזי היתה שיפור הביטחון הסוציאלי לגבי עובדים בחקלאות. המאמצים בכיוון זה הונעו על-פי היעד ארוך הטווח של הקטנת הפערים בין העיר לכפר ובמקרים אחדים על-פי היעד המידי יותר של שיפור יעילותה של החקלאות.

ביטחון סוציאלי במדינות המתפתחות

אף-על-פי שהמדינות המתפתחות נפגעו קשות מן המיתון בסחר העולמי, ההשלכות לגבי הביטחון הסוציאלי אצלן היו שונות ביסודן מאלה שבארצות המתועשות יותר. הואיל ותכניות הביטחון הסוציאלי ברוב המדינות המתפתחות עודן מוגבלות לחלק קטן יחסית של האוכלוסייה הקשורה בטבורה למגזר הלא-חקלאי של התעסוקה, הן היו, כתוצאה מכך, פגיעות פחות לתנודות ברמת התעסוקה. ראשית, זו עדיין תופעה חריגה בעולם המתפתח שמערכות לביטחון סוציאלי מעניקות סיוע או דמי אבטלה במסגרת התנאות הקיצבאות שלהן. ברם חשוב מזה, בניגוד למדינות המתועשות, רוב תכניות הביטחון הסוציאלי בעולם המתפתח רחוקות מאוד מהשגת מלוא הכיסוי לאוכלוסייה הנתונה לסיכונים; כתוצאה מכך, הגם שחלה בהן האטה בהרחבת ההגנה הסוציאלית לאזורים חדשים או לקבוצות אוכלוסייה חדשות, הן ממשיכות להתרחב.

ואולם, מצב זה אין פירושו שהתקופה הנסקרת היתה תקופה של תמורה או חידוש לגבי הביטחון הסוציאלי במדינות המתפתחות. למעט מספר חריגים בולטים, איפיינו תקופה שיפורים בקנה מידה קטן בתכניות הקיימות, שהיו מלווים במאמצים להעניק הגנת ביטחון סוציאלי המושתתים יותר על בסיס כיסוי עלות (cost-effective basis). ניתן להבין דבר זה לאור העובדה שעקב ההאטה שחלה בסחר

טחון הסוציאלי באפריקה נענו לצורך זה על-ידי הנהגת טכניקות מתקדמות של עיבוד נתונים ועל-ידי ביזור המבנה המינהלי שלהם. המגמה האחרונה נראתה בעליל בתחילת שנות ה-80, משהתלו מספר מדינות בתכניות לקירוב אפשרויות לביטחון סוציאלי לאוכלוסייה המוגנת, במיוחד במקומות שבהם התו-שבים פוזרים על-פני שטחים נרחבים והתק-שורת נחשלת יחסית.

הגם שההתקדמות הכוללת של הביטחון הסוציאלי באפריקה היתה הדרגתית וצנועה, היו מספר חריגים בולטים הראויים לציון. מדינה אחת ממדינות אפריקה הדוברות צר-פתית הרחיבה למעשה את הגנת הביטחון הסוציאלי לכלל האוכלוסייה; נבנתה תכנית חדשה לכיסוי העצמאים בביטוח זיקנה, נכות ומוות, מתלה ואימהות, תאונות עבודה וקיצבאות ילדים. אותה תכנית מבטיחה מענקי משפחה וטיפול רפואי לתושבים הנצרכים, המוגדרים כמובטלים בעלי הכנסה שהיא נמוכה משכר המינימום. שתיים ממדינות אפריקה הדוברות אנגלית הנהיגו קיצבאות מזומנים שנועדו לשכך מצוקות וקשיים הנג-רמים בגלל אבטלה; במסגרת תכנית אחת משולמים דמי מחיה לאנשים העובדים בפרד-יקטים ציבוריים; התכנית השנייה היא תכ-נית לעובדים מובטלים המבוססת על מבחן אמצעים.

באסיה ובאוקיינוס ה* העידו סימ-נים רבים על כך שהמדינות המתפתחות המ-שיכו באותם דפוסים של שיפור הדרגתי של תכניות הביטחון הסוציאלי שלהן כבתקופות הקודמות. אחת מן התכונות הבולטות והאופ-ייניות ביותר היתה היקף הכיסוי של האנשים שנעשה בחלקים שונים של האיזור. כתוצאה מכך, עובדים רבים ומספר עצמאיים זכו אף הם להגנה שמעניקים החוקים הנוכחיים של הביטחון הסוציאלי. כחלק ממגמה כללית זו נעשו מאמצים להבטיח מידת מה של הגנה סוציאלית לאוכלוסיות הכפריות שנותרו עדיין

ציאלי. לדוגמה, בשתי מדינות שונות מערכת המימון הקיימת באמצעות הנהגת מס ערך מוסף במקום השלומי מעסיקים. מדינה אחרת העבירה את ניהול הביטחון הסוציאלי למגזר הפרטי. במקרה אחר הורחב הביטחון הסוציאלי לכלל האוכלוסייה, ללא שינויים גדולים כל-שהם במימון, בהתבסס על עקרון הסולידריות מצד המעסיקים. במדינה אחרת שולב המיסוי ואוחד עם השלומי הביטחון הסוציאלי, כדי להבטיח הגנה על הבריאות לקבוצות שו-ליים. ואולם, לבד ממקרים אלה, רוב מדינות אמריקה הלטינית ניסו למצוא פתרונות לבע-יותיהן הנוכחיות בלי להכניס שינויים יסודיים במבנים הקיימים.

במדינות הים הקריבי הדוב-רות אנגלית היו ההתפתחויות בבי-טחון הסוציאלי בקנה מידה כזה שהצביע על כך שהושגה התקדמות ברמה הדומה מאוד לזו של השנים האחרונות. בנוסף לשלוש תכניות חדשות, היו שיפורים אחדים בתכניות הקיימות, יתרה מזו, מדינה אחת ביצעה מעשה חקיקה לגבי סיכונים תעסוקתיים ואב-טלה. בתחום זה הומרו מספר קרנות תגמולים לאומיות לתכניות ביטחון סוציאלי ומגמה זו נמשכת, שהרי שתי מדינות נוספות תכננו באורח פעיל הנהגת שינוי כזה בתקופה הנס-קרת. מגמות אלה ואחרות מצביעות על כך שהביטחון הסוציאלי ממלא תפקיד שחשיבו-תו גדלה והולכת במדינות הים הקריבי הדוב-רות אנגלית.

גם באפריקה היתה המגמה בראש וראשונה לבסס ולשפר את התכניות הקיימות לביטחון סוציאלי. למרות דוגמאות רבות, הן באפריקה הדרברת צרפתית והן באפריקה הדרברת אנגלית, להרחבתו ההדרגתית של הכיסוי לאוכלוסייה, אם באמצעות הכללת סוגי עיסוקים נוספים, אם באמצעות הכללת אזורים גיאוגרפיים נוספים, הדגש הושם במשך התקופה הנסקרת בשיפור יכולתן המינהלית של התכניות. רבים ממוסדות הבי-

* במסגרתה נכללים האיים שבדרום האוקיינוס השקט ובאוקיינוס התיכון.

ארוכות טווח בגין פגיעה בעבודה ולהחזיר הוצאות טיפול רפואי לנפגעי עבודה. יש רצון יות למכביר על כך ששיעורי התאונות, כאשר משווים אותם לפי סוג הפעילות התעשייתית, הם לעתים קרובות גבוהים יותר בצורה משמעותית מאשר במדינות המתועשות. לפיכך הגבירו אחדים ממוסדות הביטחון הסוציאלי בעולם השלישי את פעילותם למניעת תאונות על-ידי הגברת הכשרתם של מומחים ופתחו בפעולות חינוך והסברה בקרב מעסיקים ומגייגי איגודים מקצועיים. כבתחומים אחרים של הגנה סוציאלית, קידומן של פעולות מנע ניצב נוכח המציאות הקשה בעולם השלישי, שכן נמשך המחסור החמור בכוח אדם טכני לעריכת מבצעי חינוך והסברה או לבדיקת מפעלים וכן בבעלי מקצועות רפואיים מיומנים — לשם טיפול והערכה של מחלות הקשורות במקום העבודה.

מצבם של השירותים הסוציאליים הכפופים לביטחון הסוציאלי

שירותים סוציאליים המנוהלים או הממומנים באמצעות הביטחון הסוציאלי נטו להתרחב בהתמדה במשך התקופה התולפת למרות האקלים הכלכלי הבלתי נוח. ואולם, ייתכן ששיעור הצמיחה הואט במרוצת השנים האחרונות ורק לאחרונה נכנסו פעילויות אלה לשלב של ייצוב, אם לא של ירידה יחסית. גורמים אחדים יכולים להסביר את העלייה הכוללת במתן שירותים סוציאליים. התפתחות חיות כגון הגידול באוכלוסיית הקשישים והאבטלה הגוברת הביאו לעלייה במספרם של הצרכים שאותם נועדו למלא השירותים הסוציאליים. במדינות רבות הביאה ההידרדרות במצב הכלכלי לעלייה בולטת במספר המשפחות והבודדים אשר, עקב שילוב של מכשלות, נתקלים בקשיים וזקוקים על כן בדחיפות לסוגים ידועים של שירותים סוציאליים. יתירה מזו, מודעות רבה יותר של

מחוץ לתחום האמצעים שתוכננו ונועדו למגזרי התעסוקה המאורגנים. מספר מדינות העלו את שיעורי הגימלאות, אך היו גם מקרים שבהם קוצצו הסכומים המשולמים. עלותו המאמירה בצורה תלולה של הטיפול הרפואי השפיעה על התכניות לטיפול בבריאות שהכין הביטחון הסוציאלי במדינות המתפתחות. לנוכח אילוצים כספיים, שגרמו לכך שתכנית גדולה אחת תרחיב את התנאות חלוקת העלות, פנו תכניות חשובות מאוד אלה לרפואה מונעת ולקידום החינוך לבריאות בין המשתתפים ומשפחותיהם; הן אף עוקבות מקרוב אחרי המאמצים לפתח טיפול בריאות ראשוני.

במדינות אסיה ובמדינות אפריקה הדוברות אנגלית, שם ממשיכים הסדרי קרנות התגמולים להיות הצורה השלטת של ביטוח זיקנה, גברה הדאגה במשך התקופה הנדונה נוכח השחיקה ברמות הקיצבאות בשל האינפלציה הגבוהה הנמשכת. כתוצאה מכך ננקטו באחדות ממדינות אלה צעדים לליברליזציה בנוי הלי התשקעות, כדי לזכות ברווחים גבוהים יותר. המגמה לגיוון קיצבאות נמשכה כדרך להבטחת הגנה סוציאלית טובה יותר מזו שניתן להשיגה באמצעות הסתמכות בלעדית על תשלומים חד-פעמיים כוללים. ההמחשה העיקרית לגישה זו היו האמצעים שנקטו מדינות אחדות להרחבת תפקידן של קרנות התגמולים בהבטחת מימון לשיכון המבוטחים. אף-על-פי שלפחות שתיים ממדינות אפריקה הדוברות אנגלית הגיעו לשלב של כינון ועדות בדיקה רשמיות לבחינת שאלת ההמרה של קרנות התגמולים שלהן לתכניות לביטחון סוציאלי, עדיין לא הרעלתה המלצה סופית — ואף לא נעשתה פעולת חקיקה בכיוון זה. ולבסוף, יש להזכיר עוד, שבאפריקה, כמו גם באסיה ובאוקיאניה, גובר החשש בכל מדינה כמעט מפני השפעת התיעוש המתקדם על שיעורי תאונות העבודה והמחלות התעסוקתיות. במדינות אלה הובעה לעתים קרובות הדעה, ששיעור גדול ללא יחס של כספי הביטחון הסוציאלי משמש לתשלום קיצבאות

אחדים, כגון אלה המסייעים לפעילויות הכל-כליות של גשים, השתפר בתקופה של תעסוקה מלאה, כאשר הדבר תאם הן את האינטרסים של הנשים והן את צורכי שוק העבודה; עתה שירותים כאלה עומדים בסכנה נוכח ניגוד אפשרי בין שני אינטרסים אלה בתקופה של אבטלה עמוקה ומתמדת.

ניתן להסתייע בטעמים נוספים כדי להטיל ספק לאו דווקא בצורך בשירותים הסוציאליים, אלא בתרומה שמרימים מוסדות הביטחון הסוציאלי להתפתחותם. ניתן היה לקבל ברצון את הרעיון שלגופים המוסקדים על תשלום מענקי משפחה, לדוגמה, יכולה להיות אחריות רחבה יותר לרווחת המשפחות בכלל בתקופה של שפע; אלא שהוא נעשה חשוף לביקורת בתקופה של משבר שבמהלכו אותן פעילויות של המוסדות שאולי נראות שוליות עלולות להיות נתונות לאיום הגדול ביותר. אי אלה שירותים סוציאליים נתונים לאיום בצורה פחות ישירה כאשר הם נראים כמדיניות כוויים ליעדי התכניות לביטחון סוציאלי, כמו במקרה של שירותי השמה או הכשרה מקצועית במסגרת ביטוח אבטלה; אולם הניסיון בתקופה הנסקרת הראה, שמוסדות הביטחון הסוציאלי עלולים להיות נאלצים לוותר על האחריות לשירותים אלה כאשר הבעיות לובשות ממדים המצריכים התערבות ישירה וניכרת מצד המדינה.

הגם שהשפעת המיתון והאבטלה על הפרט, על המשפחה ועל הקהילה מעלה את הצורך באי אלה שירותים סוציאליים, הביקוש הגובר לשירותים אלה והמשאבים הזמינים הבלתי מספיקים הביאו באורח בלתי גמנע לחיפוש אחר דרכים חדשות להפיכת השירותים יותר ויותר לשירותים שיש לשלם בעדם. משום כך החלו מדינות שונות בתהליך של הערכה מחדש של תכניות השירותים הסוציאליים שלהן, במגמה לחזק את תרומתם של שירותים כאלה להשגת יעדי הביטחון הסוציאלי.

צורכי הקדימות של קבוצות אחדות של מקבלי קיצבאות — לדוגמה, הדגשת שירותים שנועדו לסייע לנכה להשתלב טוב יותר בקהילה ולנהל חיים עצמאיים ככל האפשר — נטתה לחזק את תפקיד השירותים הסוציאליים בתכניות המטפלות בקבוצות כאלה. גישות חדשות לתכניות הדגישו את האפשרויות לעזרה הדדית שמציעים המשפחה, השכנים והקהילה המקומית: השירותים הסוציאליים מוצבים וממוקמים בצורה טובה במיוחד לגיוס משאבים אלה, תוך שהם מביטיחים אמצעי להימנעות בצורות התערבות יקרות יותר.

ההוצאה על שירותים סוציאליים, במיוחד במדינות מתפתחות, אפילו כאשר היא רק חלק קטן מן ההוצאה הכוללת על ביטוח סוציאלי, ממלאת תכופות תפקיד עיקרי במימון התשתית הסוציאלית: הצורך במימון זה נוטה להיות מעיק אף יותר כאשר משאבים אחרים, שקודם לכן היו זמינים לקהילה, מידלדלים.

מאידך גיסא, הוכח שהשירותים הסוציאליים ליים בהחלט פגיעים הרבה יותר מאשר קיצבאות מזומנים בשל האקלים הכלכלי הלא נוח. הואיל ורוב השירותים הסוציאליים הם בעלי אופי דיסקרטי ונתונים לשיקול דעת, אפשר להטיל ספק בנחיצותם בלי לפגוע בעקרון הזכויות הנרכשות. במידה שהגישה לשירותים הסוציאליים איננה זכות מפורשת, ניתן להשאיר משרות בלתי מאוישות, אפשר לקצץ בעלויות השוטפות, להקטין את תשלומי קעות ולהגיה לכמות השירותים המוענקים ולאיכותם להידרדר בלא כל שינוי בחוקים או בתקנות.

מאפיינים נוספים של השירותים הסוציאליים ליים יכולים לשמש נשק נגדם בתקופה של מיתון כלכלי: לדוגמה, לרבים מהם יש יעדים בעלי אופי מגיעתי או חינוכי שניתן להשיגם רק בטווח הבינוני או הארוך והם עלולים להיות או הקורבנות הראשונים לשיקולים כלכליים קצרי טווח. מתן שירותים סוציאליים

היוזמות הפרטיות משמעו, לעתים תכופות, הוצאות מינהליות גבוהות יותר. וחשוב אף יותר, הניסיונות לאמץ את הגישה הפרטית כאלטרנטיבה להגנת הביטחון הסוציאלי יס-תיימו ברוב המקרים בהתמוטטות עקרון הסו-לידריות המונח ביסודו של הביטחון הסוציאלי, אשר על-פיו קיימת חלוקה של סיכונים בין בעלי ההכנסה הגבוהה לבעלי ההכנסה הנמוכה בכוח העבודה, בין קבוצות הצעירים לקבוצות המבוגרים באוכלוסייה, בין הברי-אים לחולים, בין אלה הפעילים מבחינה כל-כלית לאלה שאינם פעילים מבחינה כלכלית.

הגם שהטיעונים נגד התפיכה לפרטי בלמו תמורות משמעותיות כלשהן בכיוון זה כמר-בית המדינות, ניסיון שלוש השנים האחרונות מראה שאין מקום לשאננות ולשביעות רצון. בעוד שרמות השירות הניתן למקבלי הקיצבאות עשויות להיות גבוהות מאוד במערכות רבות של ביטחון סוציאלי, מערכות אחרות נתפסות בעיני הציבור כביורוקרטיות יתר על המידה. ייתכן מאוד שיש לייחס את הפולמוס שפרץ לא מכבר בדבר הפיכת מדינת הרווחה לעניין פרטי ליתר הביורוקרטיזציה של הביטחון הסוציאלי כמו גם לבעיות לטווח קצר של חוסר יציבות כספית. על כן, חיוני הדבר שרשויות הביטחון הסוציאלי יעשו ככל יכולתן כדי להתקרב לאוכלוסיות שהן משר-תות.

בדרג המינהלי ניתן במקרים רבים לענות על האתגר ולהבטיח שירות טוב יותר באמצעות ביזור ובאמצעות שימוש בטכנולוגיית מידע, כדי לתת תשובות מהירות וברורות יותר לשאלות שמעלים המבוטחים. גישה נוחה יותר למידע ולזכאות לקיצבאות היא המפתח לשביעות רצונם של הפונים, כך שחייבים לעשות כל מאמץ כדי למנוע התהוות תורים, לצמצם עד למינימום את העיכובים המינהליים ולהקטין את המרחק בין המבוטח למינהל. הצלחה בהגשמת יעדים אלה תמלא תפקיד מכריע בהבטחת תמיכה ציבורית מתמדת בביטחון הסוציאלי.

הערות לסיום

בתקופה של 1981—1983 היה הביטחון הסו-ציאלי נתון להתקפה גוברת במספר מדינות. איכות ההגנה הסוציאלית נידרדרה במקרים אחדים, אך בדרך כלל התגלה המבנה הכולל של מערכות הביטחון הסוציאלי כגמיש מאוד. הצעות לביצוע קיצוצים יסודיים בתכניות עוררו התנגדות מצד חלקים גדולים של האוכלוסייה, ונראה שהתנגדות זו תוסיף להיות מורגשת בעתיד.

הפולמוס הנוכחי בדבר עלות הביטחון הסוציאלי וכושר הקיום בעתיד של התכניות פתח מחדש וביתר שאת את הוויכוח הישן והממושך באשר לתפקידיהם של הפרט וה-מדינה בהבטחת הגנה מפני סיכונים סוציאליים. לא מכבר קיבל הוויכוח כיוון חדש המתמחה בביטוי הקולע: "הפיכת מדינת הרווחה לעניין פרטי" (privatization of the welfare state). אף-על-פי שצעדים של ממש למסירת תפקידי הביטחון הסוציאלי למגזר הפרטי היו נדירים ביותר, טיעונים בכיוון זה זכו לדיון אהוד יותר כדרך הטובה ביותר להקטנת ההוצאה הציבורית, כאמצעי להגדלת חופש הבחירה של הפרט, וכתמריץ ליעילות רבה יותר באמצעות תחרות. ואולם, הנימוק נגד הפיכתו לעניין פרטי של הביטחון הסו-ציאלי הוכח כמשכנע ביותר בכל המדינות כמעט. כפי שצוין לעתים תכופות, קיצוצים בביטחון הסוציאלי עלולים להיזת דרך מהירה יחסית להקטנת ההוצאה הציבורית, אך גישה כזו איננה מהגימה היסכון בעלויות לחברה בכללותה. לדוגמה, אם ימשיכו העובדים והמעסיקים להקדיש משאבים כספיים להשגת צורות הגנה דומות במגזר הפרטי, קשה יהיה לראות באיזה מובן יושג היסכון ממשי כלשהו על-ידי הקטנת ההוצאות על ביטחון סוציאלי. יתרה מזו, בשל ההשקעה הניכרת בתשתית הדרושה לגביית הכספים, לקיום רישומים מדויקים ולהבטחת תשלום מהיר של הקיצבאות, ברור כשמש שסיבסוד

חיוכית ביותר זו של הביטחון הסוציאלי על החברה בעתות מצוקה חברתית-כלכלית היא נושא הממשיך לזכות רק בתשומת לב מועטה יחסית. ואף-על-פי כן, ניסיון שלוש השנים האחרונות מלמד, שמערכות הביטחון הסוציאלי הן מרכיב חיוני של מדיניות שנועדה להבטיח צדק כלכלי וחברתי הן במדינות המתועשות והן במדינות המתפתחות וכי המוסדות המופקדים על ניהול וביצוע צעדים אלה התגלו כמטוגלים לענות על האתגרים שהעמיד המיתון העולמי. יש סיבות טובות להאמין, כפי שהיה בעבר, שהתקופה הנוכחית של מצוקה כלכלית תחולל בסופו של דבר שיפור במערכות ההגנה הסוציאלית שלנו, תוך מתן מענה טוב יותר לתמורות החברתיות הכלכליות בחברותינו.

מבחינה זו יש מקום למידת מה של אופטימיות הואיל ותגובתן של מערכות הביטחון הסוציאלי לבעיות הכספיות והטכניות שנתקלו בהן בתחילת שנות ה-80 הוכיחה דייה את חיוניותם של מוסדות אלה. הואיל ובשנים האחרונות התמקדה תשומת הלב הציבורית לעתים קרובות ביותר בקשייהן הכספיים של תכניות הביטחון הסוציאלי, התעלמו לפעמים מן העובדה שהביטוח הסוציאלי תרם תרומה שערכה לא יסולא בפז לרווחתם הגשמית והחברתית של בני החברה החשופים לסיכונים. את עצם העובדה שכלכלות השוק המתועשות היו מסוגלות לשאת אבטלה גבוהה בלי התפרצות חברתית או סוליטית גדולה יש לייחס, במידה רבה, לתפקידו המגן של הביטחון הסוציאלי. השפעה

מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל*

מאת רחל פליישמן ואדריאן תומר**

עם

מרים בר-גיורא, שמואל ורטסקי, חמדה כהן, רות מרחב,
אסתר נלקן, דב פלס וארנולד רוזין

המפקחים הארציים של משרד הבריאות ושל משרד העבודה והרווחה, ש-60% בערך מן המוסדות לטיפול ממושך בארץ (מעונות ובתי-חולים כרוניים) הם באיכות טובה או טובה מאוד, ו-40% — באיכות בינונית ולמטה מזה.

על-מנת לחזק את אמצעי הבקרה של המערכת המוסדית, ועל-מנת לעמוד ביתר פירוט על נקודות התורפה במערכת זו, יש צורך בפיתוח כלים מדויקים שבעזרתם ניתן יהיה לבצע הערכה שוטפת של איכות הטיפול.

1. מבוא

בעקבות התפתחותה המהירה של מערכת הטיפול הממושך בארץ נעשה מאמץ גובר והולך מצד הגורמים המפקחים להעלות את רמת הטיפול ורמת התיים במוסדות לקשישים. על רקע זה נסגרו מספר מעונות וננקטו אמצעים שונים לשיפור שיטות הפיקוח וההדרכה.

בהערכה בלתי-תלויה, שנעשתה לפני שהוחל בביצוע המחקר שיתואר כאן, קבעו

* המאמר מבוסס על ממצאי מחקר מקיף שערך מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה במימון משותף עם המוסד לביטוח לאומי.

תודתנו נתונה לד"ר ג'ק חביב, מנהל מכון ברוקדייל, ולחברי ועדת ההיגוי של המחקר, שליוו אותנו לאורך כל הדרך ועזרו בעצה ובהערות שהעירו על טיטות קודמות של מאמר זה. חברי ועדת ההיגוי היו: פרופ' ארנולד רוזין — יו"ר, מנהל מחלקה גריאטרית, מרכז רפואי שערי-צדק; גב' רבקה אלמוג — מרכזות צוות בריאות, אגף התקציבים, משרד האוצר; מרים בר-גיורא — מפקחת ארצית על מעונות, השירות לזקן, משרד העבודה והרווחה; ד"ר אלברט הרט — מנהל מרכז גריאטרי, פרדס חנה; ד"ר ג'ק חביב — מנהל מסון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים; גב' חמדה כהן — אחות מפקחת ארצית, האגף למחלות ממושכות וזיקנה, משרד הבריאות; גב' ברנדה מורגנשטיין — סגנית מנהל המחלקה להערכת גימלאות ארוכות מועד, המוסד לביטוח לאומי; תאה נתן, יועצת למוסד לביטוח לאומי.

בתור יועצת לבריאות הפה שימשה פרופ' שרה פיונטי — בית-הספר לרפואת שיניים, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

** רחל פליישמן, אדריאן תומר, רות מרחב, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים.

מרים בר-גיורא, משרד העבודה והרווחה.

ד"ר שמואל ורטסקי, חמדה כהן, משרד הבריאות.

אסתר נלקן, מרכז יום גריאטרי שיקומי תלפיות מזרח (קופת חולים).

דב פלס, בית-ספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

פרופ' ארנולד-רוזין, מרכז רפואי שערי-צדק.

2. המסגרת המושגית

קיימות שלוש גישות לביצוע הערכה של איכות טיפול: הראשונה מתרכזת במבנה, השנייה — בתהליך הטיפול עצמו, והשלישית — בתוצאות הטיפול (Donabedian, 1969, 1982).

המשתנים המבניים מצביעים על מידת יכולתו של המוסד לספק טיפול באיכות טובה. יש לראותם יותר כגורמים המשפיעים על איכות הטיפול מאשר כמדדים לאיכות זו. משתנים מבניים אלה עשויים לכלול שיעורי כוח אדם, היקף ההדרכה הניתנת לצוות העובדים, זמינות של בתי-שימוש וכדומה.

מדדים הקשורים לתהליך מתן הטיפול עשויים לכלול: מודעות הצוות לבעיות שהקשישים סובלים מהן, עצם מתן הטיפול, ובאיוז מידה הטיפול מספק. הערכה על סמך מדדים אלה צריכה להתבסס על אמות-מידה קבועות מראש לגבי תהליכי הטיפול הרצויים.

סוג המדדים השלישי מתמקד בתוצאות הטיפול, ללא קשר למבנה או לתהליך הטיפול. דוגמאות לכך הן היגיינת הפה, רמת הניקיון האישי, וצורת והתאמת הלבוש.

בתרשים 1 מתוארים הקשרים בין המבנה, התהליך והתוצאה. קיימים גורמים חוץ-מוסדיים, כגון מדיניות ממשלתית, הליכי פיקוח והסדרי שלומים עבור החזקת הקשיש במוסד, המשפיעים ישירות על המשנתנים המבניים הפנימיים, ובפרט על תפיסת המוסד את אחריותו כלפי הקשיש. הן המשנתנים החיצוניים והן המשנתנים הפנימיים משפיעים, באורח ישיר או עקיף, על משנתני התהליך והתוצאה.

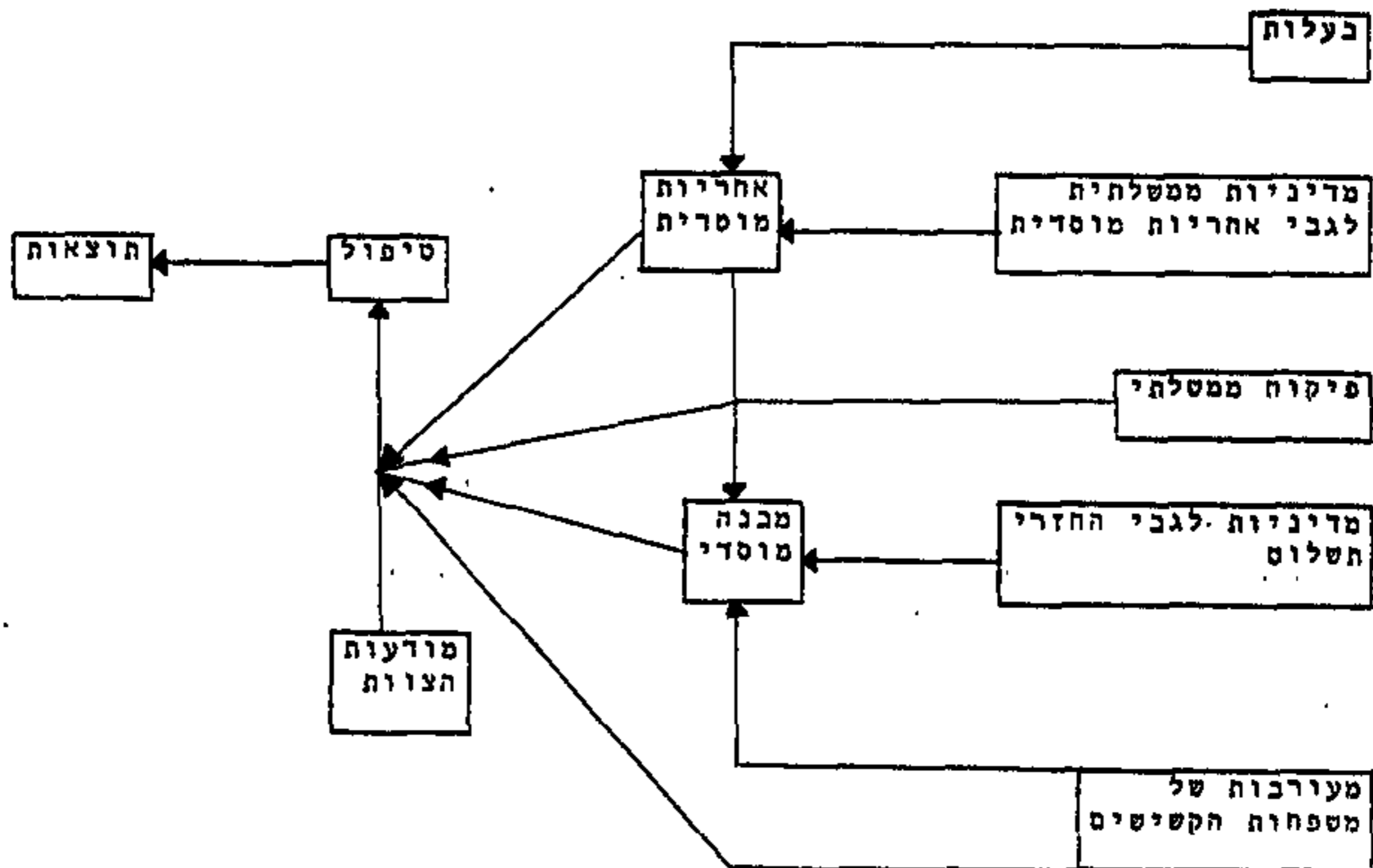
במחקר זה הושם דגש במדדי התהליך והתוצאה ונעשה שימוש בשיטת המסמנים (Kessner & Kalk, 1973). לפי שיטה זו, בעיות שכיחות ומוגדרות היטב יכולות לשמש מסמנים לצורך הערכת טיפול, הן על-

במאמר זה מוצגים הממצאים העיקריים של מחקר (תומר ופליישמן, 1984), שהיה מיועד:

- (1) לפתח כלים לבדיקת איכות הטיפול במוסדות לקשישים, אשר יוכלו לשמש בסיס למחקר בתחום זה ולמעקב שוטף בשדה.
- (2) לבחון בצורה מעמיקה את איכות הטיפול ביחידות שדורגו כבעלות איכות גבוהה לעומת יחידות שדורגו כבעלות איכות נמוכה.
- (3) לגסות לאתר את הגורמים העיקריים המשפיעים על מהות הטיפול.

בפרק 2 מתוארת המסגרת המושגית ובפרק 3 מובא פירוט של שיטת המסמנים (Tracer Method) שהופעלה במחקר זה. בפרקים 4, 5 ו-6 אנו מציגים את הממצאים על שלושת הממדים שעליהם מתבסס ניתוח איכות הטיפול: הימצאות הבעיה, מודעות צוות המוסד לקיום הבעיה והמידה שבה הבעיה זוכה לטיפול. ממצאים על מבנה המוסדות, ועל הקשר בין המידה שבה עומדים מרכיבים מבניים ספציפיים בסטנדרטים מקובלים ובין איכות הטיפול לגבי כל מסמן ומסמן, מובאים בפרק 7. בפרק 8 מוצגים מספר מדדים אשר נבחרו על-פי קניי-מידה שונים כמדדים מומלצים של איכות הטיפול המוסדי. על סמך מדדים אלה אנו מנסים לתת ראייה מסכמת של איכות הטיפול בכל תחום (הרפואי, הסייעודי, הנפשי-תברתי והמבני) לחד ובכל התחומים גם יחד (בפרק 9). הבדיקות המפורטות של ממדי ההימצאות, המודעות והטיפול הקשורים בכל מסמן, יחד עם מידע כללי על הארגון והמדיניות של המוסד, איפשרו לנו לאתר מספר סיבות לליקויים באיכות הטיפול ואלה מתוארות בפרק 10. בפרק 11 אנו דנים בטיב השיטה, ובמידת תקפותה ושימושיותה. לבסוף, בפרק 12, אנו עומדים על סוגיות וכיוונים לשיפור איכות הטיפול המוסדי העשויים לתרום למאמציהם של קובעי המדיניות וגורמי השדה כאחד.

תרשים 1. גורמים המשפיעים על איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך



והתחום הנפשי-חברתי (ראה לוח 1). בעיה או מחלה יכולה לשמש מסמן (Tracer) אם היא עונה על אמות-המידה האלה: שכיחות גבוהה, השפעה משמעותית על תפיסת קוד הקשיש, אבחנה מקצועית מוגדרת, נהלים סטנדרטיים של טיפול במחלה, והשפעה ברורה של ההתערבות על המהלך הטבעי של המחלה (Kessner & Kalk, 1973). תחילה נבחרו 16 מסמנים, אך בגלל העדר רישום על קיומן של בעיות או על הטיפול בהן נותרו לבסוף 11 בלבד.

נקודת המוצא להערכת איכות טיפול לפי שיטת המסמנים היא הימצאות הבעיה (Prevalence). ההימצאות, למרות שלמעשה איננה מדד איכות, יכולה לשקף גם באיזון מידה פעולות המניעה הטיפול הן נאותות. יש להבחין כאן בין שני סוגי בעיות:

(א) בעיות שניתן בדרך כלל לפתור או למתן אותן, כך שהקשיש אינו זקוק בהכרח לטיפול מתמיד, אלא רק למעקב. בין הבעיות

ידי הספקת מידע הנוגע לחלקים מסוימים של המערכת הטיפולית, והן על-ידי כך שהן מאפשרות הערכת של קשרי-הגומלין בין מקבלי הטיפול, הספקים והסביבה.¹

הן לגישה המבוססת על תהליכי טיפול והן לגישה המבוססת על תוצאות הטיפול יש יתרונות וחסרונות. הומינות היחסית של מדדי הערכה המבוססים על תהליכים, והיגחה הכללית שיש קשר בין תהליכים לתוצאות, משמשים צידוק לאימוץ גישה המבוססת על תהליכי טיפול. מאידך גיסא, ריבוי התהליכים מקשה על מדידה ממצה לפיכך יש נטייה להעדיף מדדי תוצאה כאשר הקשר שבין התוצאה למתן הטיפול הוא ברור. שיטת המסמנים איפשרה לנו לשלב את שתי הגישות, תוך הבאת בחשבון של מרכיבים מבניים רלוונטיים.

אחת-עשרה בעיות נבחרו לשמש מסמנים. ניתן לחלק את אלה באופן גס לשלושה תחומים: התחום הרפואי, התחום הסייעודי

1 ביסוד מושג המסמנים נמצאת ההנחה, שהצורה שבה ניתן הטיפול לבעיות שנבחרו בתור מסמנים היא מדד לאיכות הטיפול של כלל המערכת הנותנת את הטיפול. אולם להנחה זו אין ביסוס מלא בספרות.

לוח 1. המסמנים ששימשו במחקר

מסמנים רפואיים	מסמנים סיעודיים	מסמנים נפשיים-חברתיים
יתר-לחץ-דם קושי בראייה קושי בשמיעה בעיות בריאות הפה	אי-שליטה על סוגר השתן בעיות בניידות קושי בהלבשה קושי ברחצה קושי בצחצוח שיניים	הרגשת בדידות חוסר אוטונומיה

שנעשה בהם שימוש לגבי כל מסמן ניתן להגדיר דפוסים שונים של מדידה. סיווגם של דפוסים אלה מתבסס על שתי אמות-מידה: האם נעשתה הערכה של האיכות לגבי כל מסמן ברמת התהליך, ברמת התוצאה או בשתי הרמות גם יחד; האם הימצאות הבעיה כשלעצמה משקפת תוצאה של טיפול, או שמא הטיפול אינו יכול לפתור את הבעיה. במקרה שלא ניתן לרפא את הקשיש באופן מלא, הימצאות הבעיה איננה מדד לאיכות הטיפול, ולכן יש להשתמש בתוצאות אחרות לצורך מדידת האיכות. לדוגמה, הימצאות בעיה של יתר-לחץ-דם איננה מדד לאיכות הטיפול. מדד איכות הטיפול בבעיית יתר-לחץ-דם מבוסס על תוצאת הטיפול, שהיא, במקרה זה, אחוז הקשישים המקבלים טיפול ושמצבם מאוזן.

במקרה שניתן לרפא את הקשיש, הימצאות אות הבעיה עשויה לשמש מדד לאיכות הטיפול, שכן כתוצאה מן הטיפול יורד שיעור ההימצאות. לדוגמה, הימצאות הבעיה של הרגשת בדידות עשויה לשמש מדד לאיכות הטיפול. אך במקרים אלה ניתן להשתמש בהימצאות כמדד לאיכות הטיפול רק כאשר מודדים אותה בשתי נקודות זמן.

בלוח 2 מוצגים דפוסי המדידה של איכות הטיפול. ניתן להבחין בשני דפוסים עיקריים. בדפוס הראשון (א), ההימצאות שונה מן התוצאה. בדפוס זה קיימות מדידות של תהליך ותוצאה גם יחד רק לגבי ארבעה מסמנים, וזאת עקב קשיי מדידה של מדדי התוצאה. בדפוס השני (ב), ההימצאות שווה

מסוג זה וכללות בעיות ראייה ושמיעה, בעיות של בריאות הפה, הרגשת בדידות וכו'. במקרים אלה, הימצאות הבעיה היא מדד של התוצאה (למשל, ניתן לצמצם את הימצאות בעיות הראייה על-ידי הספקת משקפיים מתאימות).

(ב) בעיות כרוניות שכל מה שניתן לעשות לגביהן הוא לשמור על איזון במצבו של החולה (Under Control) או לדאוג שיתפקד באופן אופטימלי. דוגמאות לבעיות כאלה הן יתר-לחץ-דם, סכרת, אי-שליטה על סוגר השתן וקושי בהלבשה, ברחצה או בניידות. במקרים אלה הימצאות הבעיה איננה מבטאת בהכרח את איכות הטיפול, וכמובן שיש שוני בין ההימצאות לתוצאת הטיפול (למשל, לגבי יתר-לחץ-דם, הימצאות הבעיה היא ביטוי של היקף המחלה, ואילו אחוז החולים במחלה זו שמצבם מאוזן הוא מדד לתוצאת הטיפול בה).

כתגדרה אופרטיבית של איכות הטיפול השתמשנו במחקר זה במודעות הצוות או בקיום טיפול נאות בבעיה.

מודעות המטפלים לקיום בעיה כלשהי חייבת להקדים את הטיפול בה. בהעדר ידיעה מוקדמת כזאת יפורש כל סוג של טיפול שניתן כמקרי בלבד. מכאן, שמודעות הצוות המוסדי היא צעד ראשון בתהליך מתן הטיפול, ומשמשת, על כן, המימד הראשון של איכות הטיפול. הטיפול שניתן בפועל הוא המימד השני. ניתן להבחין בו בין עצם מתן הטיפול ובין מידת היותו של הטיפול נאות. בהסתמך על הסוגים של מדדי האיכות

לוח 2. רפופי מדידה של איכות הטיפול

ממד תוצאה	מדדי תהליך	המסמכים *
אחוז החולים במצב מאוזן מקרב כלל הקשישים הסובלים מיתר-לחץ-דם **	מודעות רופא מעקב סביר	1. יתר-לחץ-דם (א)
אחוז הקשישים מקרב כלל הקשישים הסובלים מקשיי ראייה שנמצא פתרון לבעייתם	מודעות רופא/אחות ביקר אצל מומחה במשך השנה האחרונה	2. קשיי ראייה (ב)
אחוז הקשישים מקרב כלל הקשישים הסובלים מקשיי שמיעה שנמצא פתרון לבעייתם	מודעות רופא/אחות ביקר אצל מומחה במשך השנה האחרונה	3. קשיי שמיעה (ב)
אחוז הקשישים הסובלים מבעיות של בריאות הפה מקרב כלל הקשישים	מודעות רופא ביקר אצל רופא שיניים במשך השנה האחרונה	4. בעיות בריאות הפה (ב)
—	עזרה בהליכה פיזיותרפיה	5. בעיות בניידות (א)
אחוז הקשישים מקרב כלל הקשישים הסובלים מקושי ברחצה אשר מצב ניקיונם האישי סביר	מודעות אחות עזרה ברחצה	6. קושי ברחצה (א)
אחוז הקשישים מקרב כלל הקשישים שיש להם קושי בהלבשה אשר לברשם מתאים להם	מודעות אחות עזרה בלבוש	7. קושי בהלבשה (א)
היגיינת הפה. אחוז הקשישים מכלל הקשישים שיש להם קושי בצחצוח שיניים שהיגיינת הפה שלהם סבירה	מודעות אחות טיפול סיעודי נאות	8. קושי בצחצוח שיניים (א)
—	מודעות רופא/אחות	9. אי-שליטה על סוגר השתן (א)
אחוז הקשישים מתוך כלל הקשישים שאינם מרגישים בודדים	מודעות אחות/ער"ס השתתפות בפעילויות טיפול פרטני של העו"ס	10. הרגשת בדידות (ב)
אחוז הקשישים מקרב כלל הקשישים שאינם מרגישים שחסרה להם אוטונומיה	—	11. חוסר אוטונומיה (ב)

* א מציין, שתוצאות הטיפול אינן מתבטאות בהימצאות הבעיה. ב מציין, שתוצאות הטיפול מתבטאות בהימצאות הבעיה.

** בשל מספרם הקטן של קשישים הסובלים מיתר-לחץ-דם והגמזאים בטיפול לא הוצג מדד זה בגוף המאמר.

כמו-כן רואיין העובד הסוציאלי (או עם הבית).

התיקים הרפואיים של כל אחד מן הקשי-שים נבדקו בידי רופא המחקר ואחות המ-חקר. כמו כן נבדקו התיקים הסוציאליים בידי המראיינים.

(2) המישור המחלקתי או המוסדי. הרופא הראשי, האחות הרא-שית, העובד הסוציאלי הראשי ומנהל המוסד רואיניו בנוגע למדיניות, אחראויות, גהלים וארגון העבודה במוסד. נעשו תצפיות על יחסי צוות-קשיש ועל איכות המתקנים. התצפיות בוצעו על-ידי אחות המחקר, המר-פאה בעיסוק של המחקר והמראיינים.

4. הימצאות הבעיות

כפי שצוין לעיל, נקודת המוצא להערכת איכות הטיפול היא הימצאות הבעיה. בעיה רפואית, סיעודית או נפשית-חברתית המתגלה אצל קשיש עלולה להיות, לעתים, תוצאה של העדר מאמץ מניעה הולם או של טיפול לקוי. למשל, העובדה שקשיש סובל מתחושת בדידות עם היכנסו למוסד עשויה לנבוע, בחלק מן המקרים, מכך שהמוסד לא השכיל להקל עליו את המעבר מסביבתו הקודמת, ולא דאג ליצור עבורו סביבה סי-יית, אנושית וארגונית המותאמת לצרכיו. הימצאות גבוהה של קשישים הסובלים מבעיה זו עשויה להצביע אפוא על איכות ירודה של הטיפול. יחד עם זאת, מן הראוי להביא בחשבון שלא תמיד יש בכוחם של מוסד טוב וטיפול מעולה למנוע בעיות או להביא לפתרון המלא. לא תמיד ניתן למתן הרגשת בדידות חריפה או לסלקה כליל. יתר על כן, יש כאמור בעיות שהימצאותן אינה מצביעה, כשלעצמה, על תוצאות הטיפול. למשל, הטיפול ביתר-לחץ-דם מכוון להביא את מצבו של החולה לידי איזון, ולא-דווקא

לתוצאה, ובאחד המסמנים (אוטונומיה) קיימת מדידה של הימצאות בלבד, ולא של תהליך.

3. איסוף הנתונים

המחקר נעשה ב-9 יחידות. כחידה הוגדרה מחלקה במוסד, או מוסד שלם — במקומות שאין בהם חלוקה למחלקות. המדגם כלל ארבע יחידות במוסדות פרטיים וחמש — במוסדות ציבוריים. שתיים מהן היו יחידות לקשישים עצמאיים, שלוש — לתשושים וארבע לסייעודיים. לפי ההערכה המוקדמת שעשו המפקחים הארציים חמש מיחידות המדגם הן בעלות איכות טובה או טובה מאוד (בהמשך הן מכונות יחידות "טובות") וארבע הן בעלות איכות בינונית, לא טובה, או גרועה (בהמשך הן מכונות יחידות "לא טובות")².

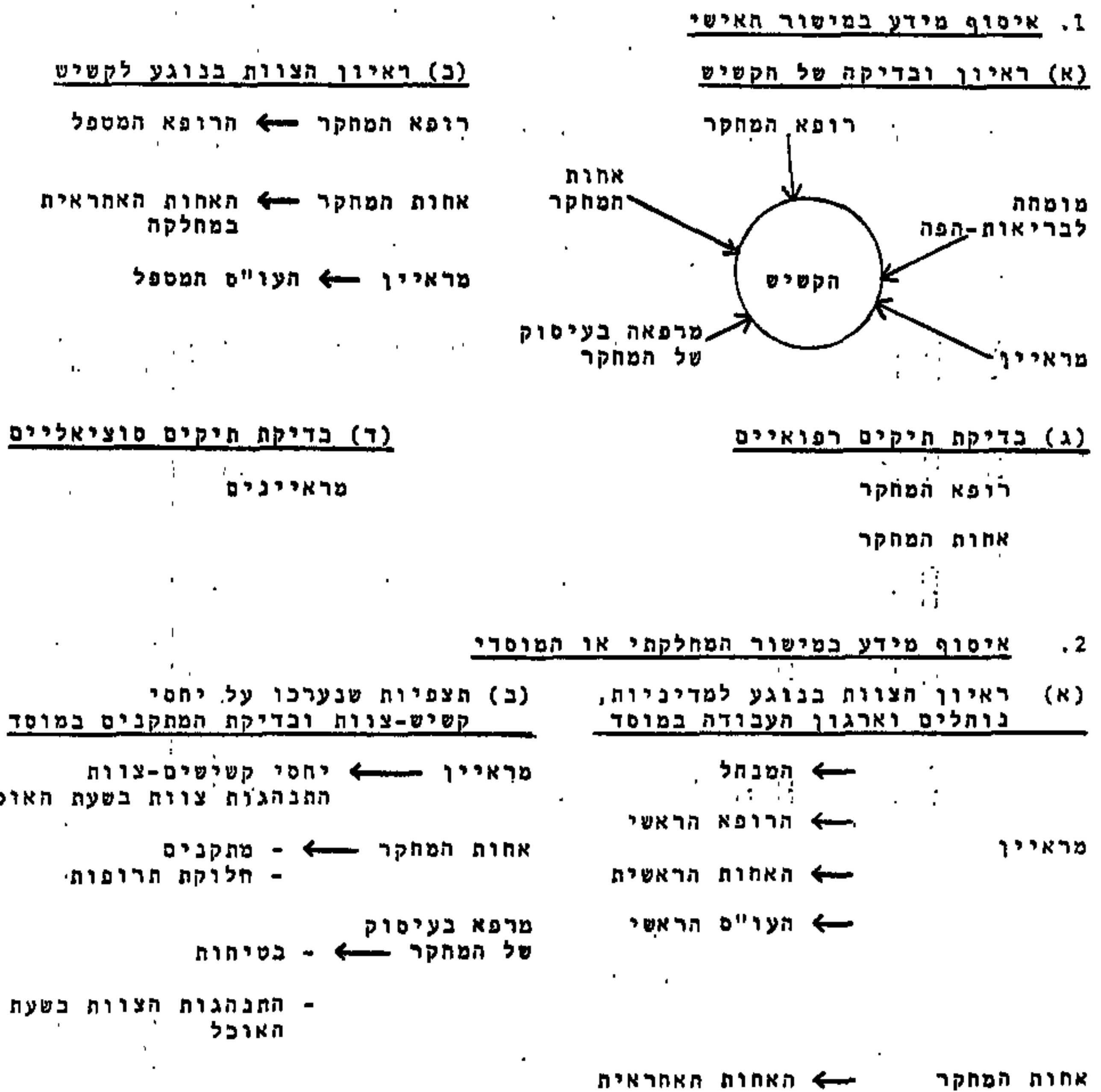
צוות רב-מקצועי הפעיל מכלול שיטות לאיסוף נתונים שהתבססו על בדיקות רפו-איות ותפקודיות, ראיונות עם אנשי צוות ועם הקשישים (נדגמו 136 קשישים, שהם 36% מכלל הקשישים ביחידות), תצפיות ובדיקת תיקים רפואיים וסוציאליים של הקשישים שבמדגם (ראה תרשים 2). השוני בשיעורי הדגימה בין יחידה ליחידה דרש בעת הניתוח שקלול לפי גודל היחידות.

איסוף הנתונים התבצע בשני מישורים:

(1) המישור האישי. הקשיש רואיין ונבדק בידי הרופא, האחות, המומחה לברי-אות הפה והמרפאה בעיסוק בכל הנוגע למצבי המסמנים ולמדדים הרלוונטיים. נתונים על בעיותיהם (המסמנים) של הקשישים במדגם והטיפול שקיבלו נאספו במסגרת הראיונות שקוימו עם אנשי הצוות המטפל. אחות המחקר ריאיינה את האחות האחראית במח-לקה ורופא המחקר — את רופא המחלקה.

2 מונחים אלה נקבעו לצורך נוחות התגדרות ואין לייחס להם משבן מעבר לכך.

תרישים 2. המקורות שמהם הופקו נתוני המחקר



שיתוף פעולה של הקשישים לרמות תפקוד וביישור מן של הגדרות אלה. (הימצאות המסמנים לפי סוג מחלקה ולפי ההערכה המוקדמת של המפקחים לגבי איכות המחלקה מוצגת בלוח 3. להגדרת המסמנים ראה הנספח המובא בסוף המאמר.) מספר ממצאים ראויים להדגשה מיוחדת: הימצאות המסמנים הנוגעים לתפקוד (גיי-דוט, עזרה ברחצה ובהלבשה, אי-שליטה) גבוהה, כמצופה, במחלקות לסיעודיים לעומת זו שבמחלקות לעצמאיים ולתשושים. מגמה זו נשמרת גם כאשר מפקחים על המשתנה

להביא לריפוי המלא של המחלה. יחד עם זאת, לאבחון בלתי תלוי של הבעיה יש חשיבות לצורך מדידת איכות הטיפול, בכך שהוא מאפשר לגלות איזה חלק מן הקשישים הסובלים מן הבעיה מזהים בידי צוות המר-סד בתור שכאלה. כמו-כן, העמידה על הי-מצאות הבעיות השונות מאפשרת קבלת מידע על מצבם הרפואי, התפקודי והנפשי-חברתי של הקשישים, שהוא חיוני להבנת אופי צורכיהם, לקביעת השירותים הדרושים להם ולהפנייתם בהתאם. בנוסף, נתונים אלה עשויים גם לסייע בבדיקת ההגדרות המשמ-

לוח 3. הימצאות המסמכים לפני סוג ואיכות¹ המחלקה²

כל הקשישים	תשועים ועצמאיים		תשועים וצנזורים		סיעודיים		סוג ואיכות המחלקה	
	לא	ל"א	לא	ל"א	לא	ל"א		
טובה N=60	טובה N=76	טובה N=87	טובה N=36	טובה N=51	טובה N=49	טובה N=24	טובה N=25	
44.1	36.8	37.7	40.9	35.6	46.1	50.0	41.0	1. יתר-לחוצים ³
69.5	59.6	64.5	68.7	61.8	62.7	70.8	50.7	2. קשיי ראיה (כולל עיוורים)
46.5	60.6	57.4	51.5	61.4	46.5	37.5	58.1	3. קשיי שמיעה (כולל חירשים)
*97.8	*72.4	81.2	*96.6	*71.0	90.1	100.0	77.3	4. בעיות של בריאות הפה, סדק ⁴
*27.5	*9.5	12.2	20.4	7.0	31.1	40.9	18.9	א. מחסרי שיניים ללא תחבת
*95.0	54.0	69.1	*97.5	*57.3	58.9	*87.5	*34.1	ב. תוחבת פגומה ⁵ (מחוד בעלי תוחבת)
*83.7	*43.1	53.0	*77.3	*36.5	81.8	100.0	65.6	ג. שיניים טבועות (מחוד בעלי שיניים טבועות)
*70.3	*30.1	55.5	*81.7	*38.0	47.0	50.0	43.1	ד. נעים בריאות חלל הפה ⁶
*73.8	*16.0	39.2	*80.8	*11.6	45.5	57.9	32.1	ה. היגיינה ירודה של הפה
46.9	38.8	41.1	45.1	30.4	45.7	50.0	40.0	5. בעיות בריאות
22.3	12.2	5.5	11.5	1.4	45.2	41.6	49.9	א. זקקים לעורה
*83.9	*57.8	57.4	*74.9	*45.7	100.0	100.0	100.0	ב. מזוהקים
								6. קושי בריאה (זקקים לעורה)

רחל פליישמן ואדריאן תומ

7.	קיש בלבשה (וקקים לעורה)	43.1	33.4	20.8	24.5	18.3	83.0	81.0	85.3
8.	קיש בצחוח שניים (וקקים לעורה)	*62.2	*28.8	26.8	*45.6	*14.2	86.5	91.7	79.8
9.	אי-שליטה על פנתר השתן, סדע'י	*53.7	*35.1	31.3	41.7	24.3	74.0	75.0	72.8
	א. אי-שליטה חלקית	18.5	20.7	19.9	17.2	21.7	19.2	20.8	17.1
	ב. אי-שליטה מלאה ללא צנתי	18.3	5.0	7.5	16.9	1.2	19.6	20.9	18.1
10.	הרגשת ברידות ⁸	16.9	9.5	3.9	7.6	1.4	35.2	33.3	37.6
	ג. אי-שליטה מלאה עם צנתי/פנתר	*71.5	*46.2	53.6	64.8	46.1	67.3	*83.3	*46.5
11.	חוסר אוטונומיה ⁹	*46.2	*9.6	17.7	*34.3	*8.4	55.6	88.9	*18.3

1 לפי הערכות המפקחים הארציים.

2. אחוז הקשישים המובלים מהבניה מסך כל הקשישים בכל הא.

3. ערכי לחץ-דם סיסטולי 160 מ"מ HG ומעלה או ערכי לחץ-דם דיאסטולי 95 מ"מ HG ומעלה.

4. כולל קשישים המובלים מבעיה אחת לפחות — מתוך א-ה'.

5. כשקיים פגם באחד לפחות מתוך הממדים האלה : תחילה, Retention, Occlusion Stability, Vertical Dimension.

6. כולל הנוגעים מן הסוגים האלה : Degenerative Conditions, Developmental Conditions, White Lesions, Ulcerative Lesions, Kramer *et al.*, 1980.

7. כולל קשישים המובלים לפחות מאחת הבעיות — מתוך א-ג'.

8. מבוסס על שלושה פריטים.

9. מבוסס על מלמות של מידת הפרטיות של הקשיש ומידת האפשרות להשתמש בשירותים של המוסד. חוסר אוטונומיה נקבע כאשר הקשיש הצביע על מגבלות ב-50% או יותר מן הפריטים בשני הטלמות.

* והפריש בין האחוזים המתחזקים למחלקות "טובות" ו"לא טובות" בתוך סוג מחלקה ומעבר לסוגים. מובהק ב- $\alpha=0.05$ במבחן χ^2 .

בלוח 4 מוצגת השוואה בין היקף הבעיות שנמצאו במחקר הנוכחי ובין היקף הבעיות שנמצאו במחקרים שונים שנערכו בארץ ובחוץ-לארץ. לא תמיד יש זהות מלאה בין ההגדרות במחקרים השונים, ולכן יש להת-ייחס לנתונים בזהירות. לא ניתן, במסגרת הנוכחית, להיכנס לניתוח מפורט של ההב-דלים בין המחקרים השונים, אולם ניתן לע-מוד על התמונה הכללית המצטיירת כתוצאה מהשוואה ביניהם.

בלוח 4 מוצגים שלושה סוגים של אוכי-לוסיות קשישים: עצמאיים בבתי אבות, סי-עודיים בבתי-חולים, במוסדות או במחלקות לסייעודיים, וקשישים החיים בקהילה באופן כללי, הנתונים של המחקר הנוכחי, שכלל קשישים עצמאיים וסייעודיים כאחד, אינם חורגים ממסגרת הטוחים שנמצאו במחקרים אחרים בארץ ובחוץ-לארץ. ניתן למצוא דמ-יון רב בין הממצאים של מחקרנו ובין אלה של מחקרים אחרים על שיעורי התימצאות של יתר-לתך-דם, קשיים בראייה, בהלבשה וברחצה. אשר לבעיות שמיעה וניידות, הנתו-נים של המחקר הנוכחי נמצאים בקצה הג-בוה של הטוח ואף חורגים ממנו, ואילו שיעורי אי-השליטה על סוגר השתן תואמים את אלה של מחקרים אחרים לגבי בתי אבות, והם גבוהים מן השיעורים המדווחים בספ-רות לגבי מוסדות לסייעודיים. אשר למסמן של הרגשת הבדידות, נמצאה חפיפה גדולה בין המחקר הנוכחי ובין מחקרים שנעשו על אוכלוסיות בבתי אבות לעצמאיים בחוץ-לארץ. שיעור הרגשת הבדידות שנמצא במחקר קר הנוכחי גבוה מן השיעור שנמצא במחקר של *Weihl et al.* (1970), שנעשה בארץ תוך שימוש במתודולוגיה שונה.

במחקר הנוכחי נמצאה שונות רבה בין יחידות המדגם במאפייני תרקע (גיל, מין ומוצא) של האוכלוסייה: שיעור הקשישים ממוצא אירופי במחלקות השונות היה בין 33% ל-100%; שיעור הנשים במחלקות השונות היה בין 60% ל-94%, וממוצע הגי-לים — בין 76 ל-88. נתוני ההכנסה (אלה

של איכות המחלקה. יחד עם זאת, שיעור השכיחות במחלקות לעצמאיים ותשושים אינו מבוטל כלל, ובמיוחד בולט השיעור הגבוה של הנוקמים לעזרה ירחצה (יותר מ-50%). גם אחוז הזקוקים לעזרה בניידות בקרב העצמאיים והתשושים הוא גבוה למדי (41%), ועד כדי שליש מהם סובלים מאי-שליטה חלקית או מלאה של סוגר השתן. על סמך הנתונים על ארבעה משתנים אלה ניתן לקבל תמונה כללית של רמת התפקוד של הקשישים. לקיומו של אחוז גבוה של קשישים יבעלי רמה תפקודית נמוכה, יחסית לסוג המחלקה, יש השלכות על איכות הטיפול שהם מקב-לים. בכל הרמות התפקודיות המוגדרות נמ-צאו אחוזים גבוהים של קשישים הסובלים מקשיי ראייה (60% במחלקות ה"טובות" ו-70% ב"לא טובות") ומקשיי שמיעה (61% במחלקות ה"טובות" ו-47% ב"לא טובות"). אשר לשיעורי המסמן יתר-לתך-דם, ההבד-לים בין המחלקות ה"טובות" ל"לא טובות" הם קטנים (37% ב"טובות" לעומת 44% ב"לא טובות"). שיעור הקשישים הסובלים מבעיות של בריאות הפה בולט בגובהו, וב-מיוחד התופעה של שיניים תותבות פגומות (אצל 54% מבעלי התותבות במחלקות ה"טובות" ו-95% מבעלי התותבות ב"לא טובות"). כמעט מחצית מן הקשישים במח-לקות ה"טובות" וקרוב לשלושה-רבעים מן הקשישים במחלקות ה"לא טובות" סובלים מהרגשת בדידות. הבדל גדול במיוחד נמצא בשיעורי הקשישים הסובלים מחוסר או-טונומיה — בין במחלקות שהוערכו בידי המפקחים כ"טובות" ובין באלה שהו-ערכו כ"לא טובות" (10% לעומת 46%). כצפוי, שכיחות חוסר האוטונומיה היא גבוהה יותר במחלקות הסייעודיות, גם כאשר מפק-חים על המשתנה של איכות המחלקה. השי-עורים הגבוהים של הימצאות המסמנים — במיוחד במחלקות ה"לא טובות" — מחייבים היערכות מתאימה הן של המוסד והן של כלל המערכת לצורך מתן מענה נאות על הצרכים.

לוח 4. היסטוריה בעיות בקרב הקשישים — השוואה: שוחים במרחים

מקרים שנעשו בארצות אחרות (ארצות-הברית, אנגליה, איטליה, סקנדינביה)	מקרים אחרים שנעשו בישראל		מקרים אחרים שנעשו בישראל		המחקר הנכונ *		מספרים	
	מסדות לסייעות ⁵	בת אבות ⁴	מסדות קהילה ³	מסדות לסייעות ¹	בת אבות ²	עצמאיים וחשופים		סיעודיים
30—50	—	—	41—49	—	—	36—41	41—50	יתר-לחץ ^ד
14—23	51—70	—	49—60	—	7 ²³	62—69	51—71	קשיי ראייה
27—50	28—33	27—51	24—40	—	7 ¹⁶	61—52	59—38	קשיי שמיעה
79—91	41—80	—	64—96	—	—	71—97	71—100	בעיות בריאות הפה
3—50	51—88	44	11—58	89	30	40—56	90—92	בעיות בבידוד ⁸
3—20	94—97	80	14—36	90	85	46—75	100—100	קושי ברחצה
3—5	80—84	32	11—21	90	23	18—25	85—81	קושי בהלבשה
10—20	55—59	26—38	7—14	—	—	24—42	73—75	אי-שליטה על סוגר השתן ⁹
5—6	23—47	14—19	3	—	—	3—25	56—54	מלאה
12—44	26	9—24	4—14	—	—	22—17	17—21	חלקית
12—28	49	33—74	3—70	—	25—42	46—65	41—83	בדידות ¹⁰

* הספר השנאלי של הטח מחייס למחלקת היעווד והימני — לילא טובודי.
1970, Wehl *et al.*

2. מטלים, 1976.

3. בודמרה, 1970; וייל ונר, 1973; כהן מורנושיין, 1976; דודוף רלי, 1979; רייים ואחרים, 1979; בראל ואחרים, 1981; וילברשיין ואחרים, 1981; קרק, 1982; וייל, 1979; Kark; 1982; Silverberg *et al.*, 1979; Rosin & Galinsky, 1975; Wehl & Berman, 1977; Gofin *et al.*, 1979; Gofin *et al.*, 1981; Fleishman & Peles, 1983; Fleishman, 1983; Davies & Fleishman, 1981; Factor *et al.*, 1985

4. Hood, 1976; Gillcard, 1980; McCoy, 1982; Corbin *et al.*, 1984.
5. Grintzing, 1970; Drake, 1970; Fawcus, 1971; National Center for Health Statistics, 1973; U.S. DHEW, 1975; McCoy, 1982.

6. Brocklehurst, 1968; Bennett *et al.*, 1970; Souvander *et al.*, 1970; Bennett, 1973; National Center for Health Statistics, 1973; Townsend, 1973; Gruer, 1975; Garbus & Garbus, 1976; Christensen, 1977; McWilliam, 1978; Kalimo, 1980; Fischer & Phillips, 1982; Swanborg *et al.*, 1982.

7. קשיים ומחרי נלבי.
8. נולל מרחקים.
9. עם אר בלי קטרי.
10. כלל מחסר חברים קרובים, בידוד חברתי, שעמים.

מדידת של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בנזקקים

פער בין התוצאות שהעלו הבדיקות שערך צוות המחקר ובין הגדרת הבעיה בידי הצוות במוסד (הרופא, האחות האחראית, העובד הסוציאלי). מקרים שלגביהם קבע צוות המחקר שהקשיש לוקה בבעיה מסוימת, ואילו צוות המוסד ציין שאין הדבר כך, האגדרו כמקרים של חוסר מודעות הצוות לבעיה.

הממצאים על מודעות הצוות במוסדות לקיומן של בעיות דורשים פירוש זהיר ביותר מכמה סיבות: (א) ייתכן שאחוז מסוים מאבחוני צוות המחקר הוא מוטעה; (ב) ייתכן, בתלק קטן מן המקרים, שהפער בין התוצאות של בדיקת צוות המחקר ובין מה שעולה מדיווחי צוות המוסד נובע משוני בהערכתן של בעיות שצוות המוסד אמנם ער להן. למשל, חלק מן המקרים המופיעים בלוח 5 כמקרים של "חוסר מודעות מצד הרופא לקיומו של יתר-לחץ-דם" הם מקרים שבהם ידועה בעיית לחץ-הדם לרופא המוסי, אך הוא אינו מתייחס אליה כאל מצב פתולוגי הדורש טיפול⁴. גורמים אלה עשויים להביא להטת כלפי מעלה, כלומר, לשיעור אי-מודעות גבוה מן השיעור ה"אמיתי". לעומת זאת, העובדה שבמחלקות לקשישים סיעודיים הסתמכנו פחות על דיווח הקשישים (מפאת חוסר אפשרות לראינם), יכולה להביא לשיעורי אי-מודעות שהם גמוכים מן השיעורים ה"אמיתיים הקיימים במחלקות אלה (הממצאים על המודעות מוצגים בלוח 5).

שיעור חוסר המודעות למספר בעיות הוא גבוה (כ-50% או למעלה מזה) בכל סוגי המחלקות, ה"טובות" וה"לא טובות" כאחד. נמצא שיעור גבוה של חוסר מודעות מצד הרופא לבעיות ראייה, שמיעה, בריאות הפה ואי-שליטה חלקית. האחות האחראית אף

נקבעו על סמך דיווח המוסד) אינם מלאים, אך הם מספיקים כדי להעיד שגם כאן קיימת שונות רבה: בשלוש מחלקות נמצא אחוז גבוה של קשישים המדורגים כבעלי אמצעים בבדיקת הקשר בין הימצאות המסמנים ובין המשתנים הדמוגרפיים של גיל, מין ומוצא, נמצא במחקר הנוכחי מתאם חיובי מובהק בין הימצאותן של בעיות ראייה, שמיעה וניידות ובין הגיל. מגמה דומה, אם כי לא מובהקת, נמצאה בקשר שבין קושי ברחצה או בהלבשה ובין גיל. הממצאים על הקשר בין מסמנים אלה לגיל תואמים את אלה שעלו במחקרים אחרים⁵. משתנה המין נמצא קשור רק להימצאות הבעיות של בריאות הפה וקושי בצחצוח שיניים. היגיינת הפה, המצב הפתולוגי (נגעים בריריות הפה) ומצב התותבות נמצאו גורמים יותר בקרב הגברים. היבטים אלה של בריאות הפה נמצאו לקויים יותר גם בקרב יוצאי אסיה-אפריקה. קשרים דומים בין בעיות בבריאות הפה ובין מין ומוצא נמצאו גם במחקר שנערך בקהילה ירושלמית (Fleishman & Peles, 1983). אשר לקשר בין קיום מסמן אחד למשנהו, נמצא מתאם גבוה (0.65) בין קיום בעיות ניידות ובין אי-שליטה על סוגר השתן. יתר המתאמים היו נמוכים בהרבה.

5. מודעות הצוות המוסדי לקיום הבעיות

קיומה של בעיה אצל קשיש נקבע כאמור על-סמך בדיקת הקשיש, ריאיונו, עיון במסמכים המצויים במוסד וראיון הצוות המטפל. בדרך זו ניתן היה לקבוע גם באיזו מידה יש

3 לגבי ראייה ראה: דיזיס ואחרים, 1979; Kark et al., 1979; זילברשטיין ואחרים, 1981; Gofin et al., 1981; לגבי שמיעה ראה: Kark et al., 1979; דיזיס ואחרים, 1979; Gofin et al., 1981; אשר לניידות ראה: Weihl et al., 1970; Factor et al., 1985; וייל וגתר, 1973; דיזיס ואחרים, 1979; בראל ואחרים, 1981; זילברשטיין ואחרים, 1981; אשר לקושי ברחצה ובהתלבשות ראה: Weihl et al., 1970; וייל וגתר, 1973.

4 במחקר הנוכחי השתמשנו בתגדרות יתר לחץ-דם של ארגון הבריאות העולמי. ראה: World Health Organization, 1978; Hart, 1982.

לוח 5. מודעות הצוות לקיום הבטיות, לפי פוג ואיכות¹ המחלקה² (באחוזים)

מסמן	סוג ואיכות המחלקה		סיעודיים		תשושים ועצמאיים		כל הקשישים	
	טובה	לא טובה	טובה	לא טובה	טובה	לא טובה	טובה	לא טובה
1. ית-לחידים								
חוסר מודעות הרוסא	24.7	49.9	40.2	56.2	40.0	49.1	48.2	44.0
2. קשיי ראייה								
חוסר מודעות הרוסא	82.1	58.8	66.4	77.5	57.3	69.2	78.2	57.9
חוסר מודעות האחות	33.1	47.1	42.5	59.2	47.0	54.1	54.7	47.0
3. קשיי שמיעה								
חוסר מודעות הרוסא	60.6	77.7	68.4	80.5	84.1	81.8	76.2	82.3
חוסר מודעות האחות	64.7	66.6	65.6	69.6	57.9	65.4	68.6	60.5
4. בטיות בריאות-הפה								
חוסר מודעות הרוסא	*62.7	*100.0	86.1	*56.1	*98.5	76.3	*57.6	*99.1
5. בטיות בניידות								
חוסר מודעות הרוסא	0.0	27.3	16.2	17.9	57.2	35.3	*10.3	*39.8
חוסר מודעות האחות	10.7	22.7	17.7	20.5	22.9	21.7	16.8	22.8
6. קושי ברחצה								
חוסר מודעות האחות	0.0	0.0	0.0	9.7	0.0	5.7	6.7	0.0
7. קושי בהלבשה								
חוסר מודעות האחות	0.0	³ (23.0)	8.8	33.3	(50.0)	40.1	15.0	37.7
8. קושי בצחצוח שיניים								
חוסר מודעות האחות	(0.0)	33.3	26.0	(41.8)	(50.0)	44.9	30.9	38.8
9. אי-שליטה על פוגר השתן								
א. מלאכה								
חוסר מודעות הרוסא	16.5	7.7	11.6	0.0	41.4	34.5	14.1	21.0
חוסר מודעות האחות	0.0	7.7	4.3	0.0	27.5	23.7	0.0	16.6
ב. חלקית								
חוסר מודעות הרוסא	73.2	60.0	65.1	100.0	91.8	97.2	95.1	78.9
חוסר מודעות האחות	73.2	60.0	65.1	80.0	75.3	78.4	78.7	69.1
10. הרגשת בדידות								
חוסר מודעות העו"ס	82.9	65.0	70.4	61.4	59.2	60.3	66.3	61.6
חוסר מודעות האחות	68.4	55.0	59.0	91.2	71.3	81.6	86.1	64.4

- 1 לפי הערכת המפקחים הארציים.
- 2 אחת הקשישים שיש חוסר מודעות לבעייתם מצד האחראים על הטיפול במוסד (רוסא, אחות אחראית, עובד סוציאלי) מסך כל הקשישים הסובלים מהבעיה, בכל תא.
- 3 הסוגריים מופיעים כאשר המספר שממנו חושב האחוז קטן מ-5.
- * ההפרש בין האחוזים המתייחסים למחלקות "טובות" ו"לא טובות" בתוך סוג מחלקה ומעבר לסוגים מובהק ב $\alpha=0.05$ במבחן χ^2 .

שיש עשויה להביא להתחשבות רבה יותר במצבו וליצירת קשר טוב יותר עמו גם כאשר אין אפשרות לטפל באופן ממשי בבעיותיו המיוחדות (למשל, מודעותה של האחות לקשיי שמיעה של הקשיש עשויה למנוע יחס של כעס וחוסר סבלנות מצדה כאשר הקשיש אינו מגיב לדבריה).

חוסר מודעות עשוי לנבוע מסיבות רבות. להלן מספר סיבות אפשריות:

- קשר רופף בין הקשיש לצוות (סיבה סבירה לבדידות).
- חשש (או בושה) של הקשיש המונעים אותו מלדווח על בעיות אחדות (כגון "תאונות" של אי-שליטה).
- תפיסת בעיות אחדות בידי הרופא או הצוות הסיעודי כבעיות שאינן "בתחום טיפולם" — (כגון קשיי ראייה, קשיי שמיעה, או בעיות של בריאות הפה).
- מוסכמה כללית הקיימת במוסד, שלפיה הוא אינו אתראי לטיפול בתחומים אחדים (כגון החלפת תותבת לא תקינה, או התקנת תותבת חדשה למי שאין לו שני גיים תותבות כלל).
- הצוות המטפל מייחס לבעיות אחדות חשיבות מעטה (למשל לקשיים בראייה או בשמיעה, או לבריאות הפה).
- הצוות המטפל מניח, שלבעיות אחדות "אין טיפול" או שאי-אפשר למנוע אותן (בדידות, אי-שליטה, קשיי ניידות).
- חוסר זמן או העדר כוח אדם בהיקף מספיק.

6. הטיפול במסמנים השונים⁵

הממצאים העיקריים בנושא הטיפול בבעיות הקשישים מובאים בלוח 6. מרביתם מוצגים כאחוזים מתוך סך כל הקשישים הסובלים מן הבעיות הנדונות. לגבי יתר-לתקידם

היא אינה ערה, באחוז ניכר מן המקרים, לבעיות ראייה, שמיעה, אי-שליטה חלקית ובדידות של הקשישים. חוסר מודעות גבוה (בשני-שלישים בערך מן המקרים) לבעיות הבדידות של הקשישים נמצא גם אצל העובד הסוציאלי (או אם הבית). מפתיע במיוחד הוא, שאף לגבי אי-שליטה מלאה על סוגר השתן נמצא שיעור לא מבוטל של חוסר מודעות. חוסר מודעות הרופא לבעיה זו הגיע לשיעור של 14% במחלקות ה"טובות", ולשיעור של 21% במחלקות ה"לא טובות". האחות האחראית מגלה מודעות רבה מזו של הרופא: במחלקות ה"טובות" אין כלל בעיה של חוסר מודעות אצל האחות האחראית ובמחלקות ה"לא טובות" מגיע שיעור חוסר המודעות שלה ל-17%. אצל האחות האחראית נתגלתה גם מידה נמוכה של חוסר מודעות לבעיות הניידות, לקשיים ברחצה ובהלבשה, ולקשיי בצחצוח שיניים ביחידות ה"טובות" (מ-7% עד 31% ביחידות ה"טובות" ומ-0% עד 39% ביחידות ה"לא טובות").

באופן כללי, לא נמצא קשר עקיב בין שיעור חוסר המודעות ובין הערכת איכות המחלקה, ומרבית התבדלים אינם מובהקים. הבדלים מובהקים בין המחלקות ה"טובות" וה"לא טובות" נמצאו רק במודעות לגבי בעיות בניידות ובבריאות הפה. דפוס עקיב למדי של מודעות גבוהה יותר (להוציא בעיות של בריאות הפה, קושי בצחצוח שיניים ובעיות) נמצא במחלקות לסיעודיים לעומת המחלקות לעצמאיים ולתשושים, וזאת אולי בשל המגע ההדוק יותר בין הצוות לקשישים. במרבית המסמנים לא נמצא קשר מובהק בין מודעות הצוות ובין גיל, מין ומוצא הקשיש.

חשיבותם של ממצאי המודעות נעוצה בכך, שאין לצפות לטיפול בבעיה שאינה ידועה ומופרת לצוות. כמו-כן, מודעות לבעיות תק-

5 "טיפול" מתייחס בעיקר לקיום או אי-קיום טיפול, ולא לקיום או אי-קיום טיפול נאות. למשל, קשיש הוגדר כמטופל אם ביקר בשנה האחרונה אצל רופא מומחה לצורך טיפול בבעיות שונות.

ו-95% מאלה שבמחלקות ה"לא טובות" אי-גם מקבלים את הטיפול השיקומי הדרוש. כמעט כל הקשישים המתקשים ברחצה מקבלים עזרה, ורק כ-10% מן הקשישים המתקשים בהלבשה אינם מקבלים עזרה כלשהי. למרות זאת, מצב הניקיון לא היה מספק ב-75% מן המקרים במחלקות ה"לא טובות" (וב-27% ב"טובות") ומצב הלבוש לא היה מספק ב-21% מן המקרים במחלקות ה"לא טובות" (וב-12% ב"טובות"). ייתכן שתכיפות הרחצה אינה מספקת, ושהקשישים הזקוקים לעזרה בהלבשה אינם זוכים לה בכל יום.

גם הטיפול בהיגיינת הפה הניתן לקשישים הזקוקים לו אינו מספק: במחלקות ה"לא טובות" היגיינת הפה ירודה אצל שלושה-רבעים בערך מקשישים אלה, ואילו ב"טובות" — אצל 22% בערך.

נמצא מחסור משמעותי ביותר בתכניות שיקום לקשישים הסובלים מאי-שליטה על סוגר השתן (74% ביחידות ה"טובות" ו-94% ב"לא טובות"), והוא בולט במיוחד על רקע ההתפתחות החשובה שחלה בנושא זה במוסדות טובים בעולם המערבי (Willington, 1976).

בחלק מן היחידות נתגלו בעיות רבות בתחום הנפשי-חברתי. חוסר אוטונומיה, שהתבטא במספר הנהלים המגבילים את החופש והפרטיות של הקשיש בחיי היומיום במוסד, נמצא גבוה למדי. אחדים מן הקשישים במחלקות ה"לא טובות" הצביעו על כך שלגבי 40% מן הסריטים הנוגעים לחיי היומיום (כגון האפשרות להשתמש במקרר המוסד, להכין אוכל וכדומה) המוסד מציב מגבלות. השיעור המקביל ביחידות ה"טובות" הוא 19%. המצב קשה במיוחד במחלקות לסייעדיים (64% ב"לא טובות" ו-46% ב"טובות"). תנאים "אובייקטיביים", כגון צפיפות בחדרים או מצב תפקודי ירוד, עשויים להביא להגבלת האוטונומיה או להביא את הצוות במוסד להחליט שהגבלת האוטו-נומיה של הקשיש היא הכרחית. ויחד עם

ובידידות, אשר לטיפול בהם יש חשיבות של מניעה, חושבו האחוזים מתוך סך כל הקשישים. נמצא, כמעט ללא יוצא מן הכלל, שהטיפול טוב יותר במחלקות ה"טובות". שיעור העדר הטיפול בבעיות של יתר-לחץ-דם, קשיים ברחצה, בהלבשה, בניידות ובבעיות של בדידות הוא נמוך יחסית במחלקות אלה, ואילו מידת האוטונומיה בהן גבוהה יותר. יחד עם זאת, כמה תחומים, כגון בעיות ראייה, שמיעה, בריאות הפה ואי-שליטה מוזנחים. באופן כללי, שיעור העדר הטיפול בתחומים אלה מגיע על-פי-רוב ל-50% ויותר ביחידות ה"טובות", ול-75% ויותר ב"לא טובות". נעבור עתה לפירוט הממצאים על המסמנים השונים.

המעקב אחר קשישים הסובלים מיתר-לחץ-דם נתגלה כלא סביר ב-34% מן המקרים במחלקות ה"טובות" וב-75% מן המקרים במחלקות ה"לא טובות". המעקב אחרי קשישים שאינם סובלים מיתר-לחץ-דם מספק יותר: הוא נתגלה כלא סביר ב-37% מן המקרים במחלקות ה"טובות", ורק ב-46% במחלקות ה"לא טובות".

אשר לבעיות הראייה — ל-63% מן הקשישים הלוקים בראייתם במחלקות ה"טובות" אין משקפיים, או שהמשקפיים שבשימושם אינם משפרים את ראייתם. המצב חמור במיוחד ביחידות הסייעודיות ה"לא טובות", שם מגיע אחוז הקשישים שאין להם משקפיים מתאימים (או שאין להם משקפיים כלל) ל-94% מכלל הקשישים הסובלים מבעיות ראייה.

ביקורים אצל רופא מומחה לבעיות שמיעה אינם מתקיימים כלל — לא במחלקות ה"טובות" ולא במחלקות ה"לא טובות".

גם שיעור חוסר הטיפול בבעיות הכרוכות בבריאות הפה (להוציא היגיינת הפה) נמצא גבוה, והוא עומד על 83% ומעלה במחלקות ה"טובות" וה"לא טובות" מן הסוגים השונים (ראה לוח 6).

אשר לבעיית הניידות — כ-40% מן הקשישים המוגבלים במחלקות ה"טובות"

לוח 6. השיפור בפעולה השנתית לפני סגירת האמות¹ המחלקה² (באחוזים)

לשנת סיום	השנים העצמים		סיעות		סגירת האמות המחלקה			
	כל הקשישים לא	לשנת סיום	לשנת סיום	לשנת סיום				
75.1	*34.2	54.5	75.2	38.3	54.6	75.0	22.4	1. יתרי-לחיצים מעקב לא ספיר ³ אחר קשישים הטובלים בניתר-לחיצים מעקב לא ספיר ⁴ אחר קשישים שאינם טובלים בניתר-לחיצים
45.6	36.6	35.4	30.9	38.3	54.0	75.0	31.1	2. קשיי ראיה לא: ביקרו אצל רופא בשנה האחרונה אין פתרון לבעיה (משקפים מתאימים) ⁵
*58.9	*34.5	35.6	44.0	29.4	76.8	86.7	58.7	3. קשיי שמיעה לא: ביקרו אצל רופא בשנה האחרונה / לא מטופלים
*86.8	*62.7	69.3	83.4	61.6	82.9	93.7	68.4	4. בעיות בריאות-הסר לא: מקבלים טיפול כלשהו בפה היגיעת פה ירודה ⁶
*98.0	*68.1	73.5	*97.2	*89.5	100.0	100.0	100.0	5. בעיות בניידות לא: מקבלים עזרה ⁷ לא: מקבלים טיפול ⁸
96.0	86.3	90.7	98.5	83.5	92.8	91.3	95.4	6. קושי ברחצה מצב הניקיון אינו מספק לא: מקבלים עזרה ברחצה
*75.0	*21.9	59.7	*87.7	*12.3	45.7	58.8	30.4	7. קושי בהלבשה מצב הלבוש אינו מספק לא: מקבלים עזרה בהלבשה
55.0	30.6	40.4	47.2	35.9	43.2	71.5	12.9	8. קושי במחזור שיניים לא: מקבלים טיפול סיעודי בפה
*95.0	*41.7	74.2	91.0	55.8	63.8	*100.0	*24.5	
*74.6	*27.2	50.9	*77.5	*19.7	57.7	70.8	39.2	
0.0	4.3	3.3	0.0	6.8	0.0	0.0	0.0	
*60.8	*12.0	21.3	*44.9	*0.0	48.3	*70.6	*21.8	
11.1	7.7	18.3	19.6	17.2	3.2	5.9	0.0	
52.4	49.0	78.7	70.4	100.0	30.9	36.4	22.6	

מקור: נתונים מלשנת 1998

94.4	73.8	95.3	100.0	90.0	74.4	88.9	55.0		
*65.9	*25.3	33.0	*53.8	*19.2	69.7	*87.5	*46.5		
*40.4	*69.0	63.9	*50.0	*74.1	33.7	22.7	50.0		
*78.7	*60.1	64.0	72.2	57.9	81.9	90.9	68.5		
*38.9	*19.3	21.5	*32.0	*15.6	55.3	*63.8	*45.8		
*62.6	*26.9	37.7	*64.9	*23.0	55.3	57.2	52.4		

1. לפי הערכות המפקחים הראשיים.
2. אחוז הקשישים שלא קיבלו טיפול מטהרי הקשישים הטובלים מן הבעיה בכל תא חשב (אלא אם כן צוין אחרת) מתוך מספר הקשישים שאובחנו אצלם בעיה.
3. כאשר יש פער זמנים של למעלה מחודשיים בין שתי מדידות לחידום.
4. כאשר יש פער זמנים של למעלה מ-3 חודשים בין שתי מדידות לחידום.
5. יש קושי בראייה ואין משקפיים, או שיש קושי בראייה ויש משקפיים אבל המשקפיים אינם פותרים את הבעיה.
6. מתוך מספר הקשישים המתקשים בצאצוח שיניים.
7. מתוך מספר הקשישים הטובלים מבעיות נידחת ואינם מרחיקים לציט ולגלים.
8. מתוך מספר הקשישים המתקשים בניידות וחקקים לטיפול (בעיקר פיזיותרפיה).
9. צפייה בטלויזיה לא נכללה בין הפעילויות.
10. התקדמו 2 פגישות או פחות בין משפחת הקשיש לעובדים מצוות המוסד במשך השנה האחרונה.
11. מתוך מספר הקשישים שיש להם משפחה.
12. הקשישים הוגדרו כלא-מטופלים במידה שלא מתקיים אף אחד משלושת המצבים האלה: (א) הקשיש משתתף בפעילויות; (ב) משפחת הקשיש נפגשת עם עובדים מצוות המוסד; (ג) הקשיש מקבל טיפול פרטני. במידה שמתקיים רק אחד משלושת המצבים הנ"ל הוגדר הקשיש כ"כמעט לא מטופל".
13. חשב ציון לכל מחלקה על-פי ממוצע ציוני הקשישים. האצוים חושבו על סמך תשובות הקשישים על פריטים הנוגעים לנושא האוטונומיה. הציון שקיבלו מוגד על-פי אחוז הפריטים שבהם הצביעו הקשישים על מגבלות בתחום האוטונומיה.
14. אחוז הקשישים שצינו שאינם מרוצים או לא כל כך מרוצים מן החיים במוסד.

* ההפרש בין האחוזים המתרחסים למחלקות "טובות" לעומת ה"לא טובות" בתוך סוג מחלקה ומעבר לסוגים מבוהק ב-0.05 = α במבחן χ^2 .

יחסית. סביר להניח, שאוכלוסייה כזאת, שהיא בעלת יחמה, שחבריה רגילים לטפל בעצמם והם נהנים מהכנסת גבחה באופן יחסי, תטפל בעצמה טוב יותר. ואכן, מצבם הטוב יחסית של הקשישים במחלקות אלה בתחום בריאות הפה למשל, נובע, כפי הנראה, מכך שהם דואגים לעצמם, ולא-דווקא מן העובדה שהם מקבלים טיפול במו-סד. יחד עם זאת, לא נמצאו קשרים מובהקים בין הטיפול בבעיות השונות ובין המשתנים גיל, מין ומוצא.

שביעות הרצון הכללית של הקשיש מן החיים במוסד (זו איננה נחשבת "מסמן") נבדקה כיוון שהיא עשויה לבטא את איכות הטיפול והחיים במוסד. שיעור חוסר שביעות הרצון במחלקות ה"לא טובות" לעצמאיים ותשושים גבוה בהרבה מאשר ב"טובות" (כשני-שלישים מן הקשישים במחלקות ה"לא טובות" אינם שבעי רצון באופן כללי מן החיים במוסד, לעומת 27% ב"טובות").

7. מבנה המוסדות *

ניתן להתייחס ליסודות המבניים של המוסדות לטיפול בקשישים בשני אופנים: א. מנ-קודת הראות של ההיבט המבני הכללי של המוסד, הכולל גורמים כגון: מידת התאמה של מבנים למטרתם (לפי הסטנדרטים המקובלים), או מידת התאמתו של כוח-האדם המצוי לסטנדרטים הרצויים; ב. מנקודת ראות של מסמנים ספציפיים, כגון של קשר סדיר מצד המוסד עם רופא עיניים, או קיום נהלים של בדיקות שגרתיות של לחץ-דם.

נבדקו מספר משתנים מבניים: כוח אדם, שירותי בריאות, חברה ותרבות, בטיחות ורישום ונמצאו ליקויים רבים במבנה המוסדות.

רק ארבע יחידות מתוך התשע שנבדקו עומדות בסטנדרטים של כוח אדם סיעודי

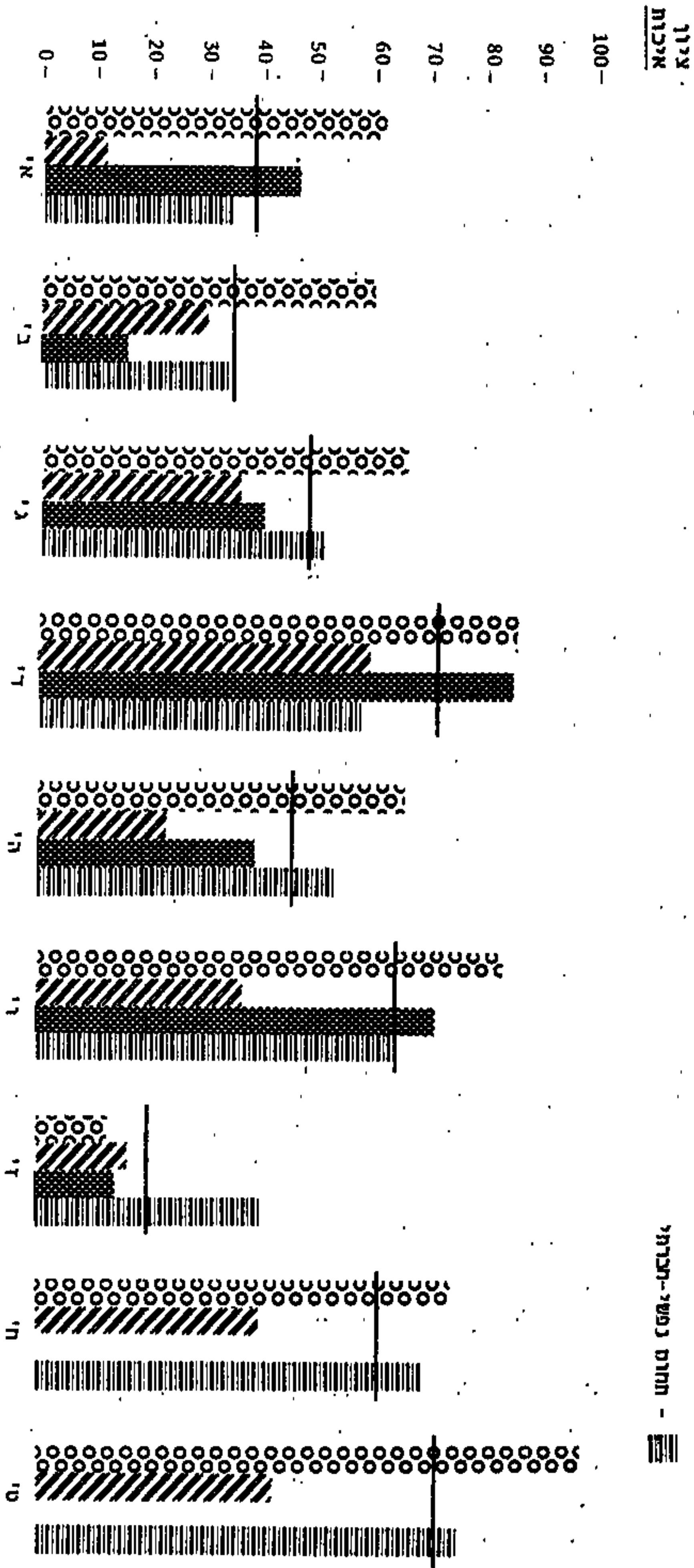
זאת, במקרים כאלה ניתן גם להבטיח באמצעים שונים, לעתים זולים למדי, את הקניי-תה של מידה מינימלית של פרטיות לקשיש (למשל, על-ידי התקנת פרגודים בחדרים), ולאפשר לו שימוש חופשי יותר במתקנים ובשירותים במוסד (Schulz, 1975; Seligman, 1976).

אשר להרגשת הבדידות, נמצא ש-25% מן הקשישים במחלקות ה"טובות" אינם משתתפים בפעילויות (לעומת כ-66% ב"לא טובות"). דבר זה נובע בעיקרו מהעדר פעילות במחלקות ה"לא טובות". הפער בין המחלקות ה"טובות" וה"לא טובות" קיים באותו היקף בכל סוגי המחלקות, אך שיעור אי-השתתפות גבוה יותר בקרב קשישים סיעודיים (82% ב"לא טובות" ו-46% ב"טובות").

קשר תקין ושוטף בין עובדי המוסד למשפחת הקשיש חשוב במיוחד להבטחת איכות חיים סבירה לקשיש במוסד. מנהלי היחידות דיווחו על מדיניות של טיפוח הקשר, ואולם, נמצא כי ב-69% מן המקרים (של קשישים שיש להם משפחות) במחלקות ה"טובות" אין אנשי הצוות מקיימים די פגישות עם משפחת הקשיש (מספר הפגישות במשך השנה האחרונה היה 2 או פחות). שיעור זה יורד ל-40% במחלקות ה"לא טובות". ייתכן שתכיפות המגעים בין המוסד למשפחת הקשיש משקפת, באורח חלקי, את נטייתן של המשפחות לבקר קשישים המצויים במצב קשה בתדירות גבוה יותר.

הפערים בין המחלקות ה"טובות" ובין אלה ה"לא טובות" עשויים אמנם לשקף שוני באיכות הטיפול המוסדי, אולם לא בהכרח. הם עשויים לנבוע גם מהבדלים סוציו-כלכליים בין אוכלוסיות המחלקות השונות. הבדלים אלה קשורים, כפי הנראה, ברמת הטיפול העצמי. נמצא, למשל, שביחידות ד' ו'ח' (ראה תרשים 3) אוכלוסיית הקשישים היא ברמה סוציו-כלכלית גבוהה

מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל



תקורת המדגם
 תרשים 3. ציוני איכות הטיפול בארבעה תחומים בכל אחת מתיחידות המוסד

ממוצע 4 תחומים -
 תחום טכני -
 תחום רפואי -
 תחום סיעודי לא ולכבשי במחלקות לעצמאיים (תיחידות ה', ט') -
 תחום נפשי-חברתי -

מסכם המבוסס על המרכיבים השונים (להר- ציא שירותי בריאות, חברה ותרבות) מצביע על פער ניכר ביניהן ובין היחידות שהוערכו כ"לא טובות" (ממוצע של 90.3 לעומת 59.2 בהתאמה, מתוך טווח של 0 עד 100 נקודות אפשריות — ראה לוח 7). במיוחד כדאי לציין, שאחוז כוח האדם הסיעודי מתוך כוח האדם המומלץ היה גבוה בהרבה ביחידות הסיעודיות ה"טובות" (100%) מזה שביחידות דות הסיעודיות ה"לא טובות" (63%). הב" דלים קטנים יותר נמצאו בקרב היחידות לתשושים ולעצמאיים (76% לעומת 71%, בהתאמה).

הבדלים גדולים בין המחלקות ה"טובות" ל"לא טובות" נמצאו גם בתחום תנאי הדיור (87 מתוך 100 נק', המבטא תנאי דיור סבירים, לעומת 49 מתוך 100 נק', בהתאמה). וכן ברמת הבטיחות לפי סולם הבטיחות שנקבע: במחלקות ה"טובות" מגיע מספר נקודות התערכה ל-96% ממספר הנקודות האפשרי, לעומת 65% ב"לא טובות". מגמה דומה ניכרת גם בתחום הרישום הרפואי, שנמצא ברמה סבירה ב-81% מן המקרים במחלקות ה"טובות", לעומת 56% ב"לא טובות".

בדיקת המרכיבים המבניים בהקשר של כל מסמן העלתה שיש ליקויים, בכל היחידות או במרביתן, במרכיבים הרלוונטיים לבעיות ראייה ושמיעה, לבעיות של בריאות הפה ולבדידות. המרכיבים הרלוונטיים למסמנים הסיעודיים נמצאו מספקים ברוב היחידות. השוואה בין דירוג היחידות על-פי מידת עמידתן בסטנדרטים המבניים הרלוונטיים לכל מסמן ובין דירוגן על-פי איכות הטיפול (לפי המדד המומלץ לאתר מסמן) העלתה, שאין התאמה מלאה ביניהם. מקדמי Kendall שחושבו היו בטווח של 0.12 עד 0.65, ורק ארבעה מהם (לגבי יתר-לחץ-דם, קושי בתלבשה, קושי ברחצה והרגשת בדידות) היו מובהקים. העובדה, שלא נמצא קשר ברור בין רוב המדדים המבניים ובין מדדי התהליך והתוצאה, עשויה לנבוע מכמה סיבות:

— מידת העמידה בסטנדרטים המקובלים

כפי שנקבעו במשרד העבודה והרווחה וב- משרד הבריאות (הוועדה לבדיקת הצרכים והעלויות במעונות לזקנים, 1981).

נמצאה שונות רבה בין היחידות באשר לסוגים של שירותי הבריאות שהן מספקות. בכולן, פרט לאחת, ניתן טיפול פיזיותרפיה לעומת זאת, רק בשתיים מהן יש רישור בעיסוק, וביחידה אחת בלבד ניתן השירות של רישור בדיבור. קשרי היחידות עם מומחים שונים מחוץ למוסד אינם הדוקים על-פי רוב. למשל, לא נמצא שקיים קשר קבוע בין היחידות ובין אורולוג או אורתופד, ורק שלוש יחידות מקיימות קשר קבוע עם מומחה לסכרת.

רק בשתי יחידות מועסקים עובדים סוציאליים, ופעילויות חברה ותרבות מתקיימות באופן סדיר בארבע יחידות בלבד.

גם תנאי הדיור ביחידות השונות הם שונים במידה רבה. באחד המשתנים — צפיפות בחדר — נמצא פער של 16 ל-1 בין יחידה סיעודית צפופה (1.18 מ"ר לנפש) ובין יחידה מרווחת לעצמאיים (16.65 מ"ר לנפש). ארבע יחידות מצויות באופן בולט מתחת לסטנדרטים המומלצים. שונות רבה בין היחידות נמצאה במשתנים נוספים המשקפים תנאי דיור, כגון התאמת החדר לצורכי הקשיש (למשל, קיום מרווח תמרון מינימלי בחדר, הדרוש לקשיש הנתון בכיסא גלגלים), ריהוט וציוד (ברוב המחלקות הסייעודיות אין לקשישים ארון לבגדים ולחפצים אישיים), ומצב השירותים והמקלחות. רמת הבטיחות ביחידות דורגה בידי המרפאה בעיי- סוק שבצוות המחקר לפי סולם בן 11 פריטים. בחמש יחידות נמצא שמצב הבטיחות הוא משביע רצון, ובארבע יחידות נמצאו ליקויי בטיחות משמעותיים.

הרישום הרפואי ביחידות הוערך בידי רופא מצוות המחקר. רק בשלוש יחידות נמצא רישום טוב ביותר מ-50% מן המקרים שנבדקו.

המרכיבים המבניים נמצאו טובים יותר ביחידות שהפיקוח מעריכין כ"טובות", ומדד

לוח 7. מדדים מבניים, לפי סוג ואיכות¹ המחלקה

המדדים המבניים	סוג ואיכות המחלקה			סיעודיים			תשושים ועצמאיים		כל הקשישים	
	טובה	לא טובה	סה"כ	טובה	לא טובה	סה"כ	טובה	לא טובה	טובה	לא טובה
כוח אדם סיעודי ²	100.0	63.0	86.0	75.7	70.6	72.7	96.8	66.7		
תנאי דיור ³	59.9	49.4	54.0	95.1	48.2	76.4	87.3	48.6		
בטיחות ⁴	82.6	76.3	79.1	100.0	58.6	83.5	96.1	65.0		
רישום רפואי ⁵	72.7	55.9	62.1	84.3	57.0	73.5	81.0	56.4		
מדד מבני מסכם ⁶	78.8	61.2	70.3	88.8	58.6	76.5	90.3	59.2		

- 1 לפי הערכת המפקחים הארציים.
- 2 אחוז כוח האדם הסיעודי הקיים מתוך מספר העובדים המומלץ על-ידי משרדי הממשלה (בריאות ורווחה).
- 3 תנאי הדיור נמדדו במחלקה לפי 8 פריטים ובוטאו באחוזים. 100% מבטא תנאי דיור סבירים בכל הפריטים.
- 4 הבטיחות במחלקה נמדדה בעזרת סולם בן 11 פריטים ובוטאה באחוזים. 100% מבטא בטיחות מירבית.
- 5 הציון שניתן למחלקה חושב לפי סיכום ציוני הקשישים (0 = רישום לא טוב; 1 = רישום בינוני; 2 = רישום טוב) ובוטא באחוזים מתוך הציון המקסימלי האפשרי למחלקה (שהוא 2 × מספר הקשישים במחלקה).
- 6 ממוצע אריתמטי של המדדים המבניים.

מחוק את הצורך להסתמך בעיקר על מדידות ישירות של תהליכים ותוצאות. לסיכום, יש לזכור שהמרכיבים המבניים — בין שמדובר בגורמים מבניים כלליים ובין שמדובר במדדים ספציפיים הקשורים למסמכים מסוימים — אינם אלא גורם אחד המשפיע על איכות הטיפול. בלא מרכיבים אלה לא תיתכן איכות טיפול טובה. ואולם, למרות חיוניותם, אין בקיומם כדי להבטיח טיפול טוב. לדוגמה, אם חסר ציוד סיעודי מתאים, ואין במקום אחות מוסמכת, ייתכן מאוד שהטיפול בפצעי-לחץ או בבעיות סיעודיות אחרות יהיה לקוי, ויחד עם זאת, עצם קיומם של מרכיבים אלה ביחידה וברמה הנדרשת אינו מבטיח שהפעילויות הקשורות לטיפול טוב אכן יתבצעו.

יותר משהם משמשים כמדדים לאיכות הטיפול היסודות המבניים משמשים גורם מסביר של איכות הטיפול (ראה להלן סעיף

איננה מהווה מדד רגיש די הצורך לזיהוי הקשר בין מבנה לאיכות. המרכיבים המבניים לא שוקללו באופן דיפרנציאלי, בהעדר קני-מידה מבוססים לחשיבותם היחסית. ייתכן שסיכום פשוט של המרכיבים העומדים בסטנדרטים אינו מבטא באורח מהימן את גודל השפעתם על איכות הטיפול. המדגם הקטן שעליו נערך המחקר הנוכחי אינו מספיק לצורך בדיקת הקשר בין היבטים מבניים לתהליכים ותוצאות. רצוי לבדוק את כל הנושא במסגרת מדגם גדול יותר של יחידות.

ואולם, מעבר לסיבות הטכניות המקשות על בדיקת הקשר בין מבנה לאיכות ייתכן שיש לראות בממצאים אלה עדות לכך שאין קשר חד-משמעי בין גורמים מבניים ובין איכות הטיפול, אפילו כאשר בודקים את הקשר ברמה של בעיה ספציפית. דבר זה

(ג) קיום קשר עם המשתנה "שביעות-הרצון של הקשיש" (באותם מסמנים העשויים להשפיע על שביעות-הרצון של הקשיש מן החיים והטיפול במוסד).

בלוח 8 מוצגים המדדים האלה יחד עם מספר תכונות בסיסיות, כגון סוג המחלקה שהמדד מתאים למדידת איכות הטיפול בה, סוג המידע שהמדד מבוסס עליו, והקשר עם משתנים נוספים העשויים להיות רלוונטיים לקביעת תוקפו של המדד. רוב המדדים מבחינים בין מחלקות "טובות" ל"לא טובות" והמדדים הנפשיים-חברתיים קשורים קשר הדוק לשביעות-הרצון (ראה גם את הסעיף הבא לגבי מחלקות "טובות" ו"לא טובות").

9. הערכות מסכמות: מחלקות "טובות" ו"לא טובות"

קביעת מספר מצומצם של מדדים לאיכות הטיפול מאפשרת איפיון כוללני יותר של המוסדות. אגב כך מתעוררת שאלת השקלול של אמות-מידה או מדדים שונים. במסגרת העבודה הנוכחית יצאנו מתוך ההנחה, שאין בסיס מוצק להענקת משקלות שונים לאמות-המידה השונות.⁷

לצורך חישוב ציונים כוללניים השתמשנו בחלוקה בין התחום הרפואי, הסיעודי והנפשי-חברתי, תוך הענקת משקלות שווים לאמות-המידה השייכות לכל תחום. במסמן הניידות, שהוגדר במקור כמסמן סיעודי, הבחנו בין ההיבט הסיעודי (עזרה למתקשים בהליכה) ובין ההיבט הרפואי (טיפול שיקומי לקשיש). כמו-כן, הטיפול ההיגייני בפה שויך לתחום הסיעודי. בתחום הנפשי-חברתי ביססנו את המדד הכולל גם על מרכיב שביעות-הרצון של הקשיש מן החיים במוסד

10, הדן בסיבות אפשריות לליקויים באיכות הטיפול).

8. מדדים מומלצים למדידת איכות הטיפול

ייתכנו מספר מדדים לאיכות הטיפול בכל מסמן. מתוך המדדים השונים שתוארו לעיל נבחרו 11 כמתאימים, וזאת לפי הקריטריונים האלה:

(א) האם המדד משקף בעיה שהטיפול בה נתון בעיקרו לאחריות המוסד (לדוגמה, שכיחות הביקורים אצל רופא מומחה לצורך טיפול בבעיות שמיעה או ראייה במסגרת המחלקות לעצמאיים תלוייה במידה רבה בהתנהגות הקשישים עצמם, ולא-דווקא במדיניות הנקטה במוסד בנושא זה, ואילו במחלקות הסיעודיות נופלת האחריות במקרה כזה במידה רבה יותר על המוסד עצמו).

(ב) המדד צריך להתבסס על שכיחות גבוהה יחסית של מקרים. הבעיות השכיחות בסוג מסוים של יחידות יכולות לשמש בסיס לבניית מדדים המתאימים לאותו סוג (למשל: בעיות בהלבשה ורחצה השכיחות בקרב קשישים תשושים וסיעודיים אך שכיחות פחות בקרב קשישים עצמאיים).

(ג) אפשרות המדידה. לדוגמה, יש קושי בריאיון הקשישים הסיעודיים, המונע לעתים שימוש במדד המבוסס על תשובות הקשישים. מספר קניי-מידה נוספים שימשו לצורך תיקוף (Validation) המדדים:

(א) קיום שונות משמעותית בין המחלקות במדגם (כשסביר להניח שבמציאות קיים שוני כזה).

(ב) יכולת המדד להבחין בין יחידות "טובות" ל"לא טובות" (כפי שהוערכו מראש בידי המפקחים הארציים).

7. אין ספק, שתחומים אחדים עשויים להיות חשובים יותר או רלוונטיים יותר לאיכות הטיפול המוסדי מאשר אחרים. כימות השיבותן היחסית של אמות-המידה השונות ישמש נושא לעבודה נוספת.

ה"לא טובות". כמו-כן, בדיקת המדדים לגבי כל יחידה ויחידה מצביעה על כך, שיש תחומים ביחידות ה"טובות" שבהם איכות הטיפול לקויה באופן יחסי (ראה תרשים 3). לדוגמה, ביחידה ו' (שהיא יחידה "טובה") הטיפול הרפואי לקוי יחסית לטיפול הרפואי ביחידות ה"טובות" האחרות. מצד שני, ביחידה אחת (א'), שבה איכות הטיפול נמוכה באופן כללי, נמצא שהטיפול הסיעודי טוב יחסית לטיפול הסיעודי ביחידות "לא טובות" אחרות. על-כן אין להסתפק בהערכות כוללניות של איכות הטיפול, אלא יש להתמקד במרכיבי הטיפול השונים ולנסות לשפר את אותם מרכיבים המתגלים כלקויים.

10. סיבות אפשריות לליקויים באיכות הטיפול

הצעד הבא המתבקש כשמנסים לקדם את איכות הטיפול הוא איתור הסיבות לליקויים. הבנת הגורמים לליקויים באיכות הטיפול מבוססת באופן חלקי על ניתוח ממדי המסגרת. לדוגמה, חוסר מודעות לבעיה מביא לחוסר טיפול בה. נוסף לכך, ניתן לעמוד על קיומם של גורמים נוספים העולים מניתוח התכונות המבניות. יתר על כן, התצפיות בקשרי הגומלין בין הקשישים לאנשי הצוות וריאיון אנשי הצוות הפועלים במוסד תרמו אף הם להבנת הגורמים לליקויים, וכך גם ההתבוננות במסגרת הארגונית של כל יחידה, הפגישות עם מספקי שירותים שונים ועם המפקחים הארציים ומנהלי בתי אבות שמחוץ למסגרת המחקר. הגורמים לליקויים קשורים בין השאר לכוח האדם המועסק במקום (כמות, איכות, מודעות לבעיות), למבנה הפיזי, למערכת השירותים הניתנים לקשישים ולמעורבות המשפחות במתרחש

בנוסף לטיפול בבעיית הרגשת הבדידות ומי-הת-האוטונומיה.

על שלושת התחומים האלה הוספנו תחום רביעי, התחום המבני, המבוסס על המרכיבים שלהלן: כוח אדם סיעודי, תנאי דירה, בטיחות ורישום רפואי. מרכיבים אלה ניתנים לכימות בקלות רבה יחסית, והם נמצאו קשורים ליותר ממסמן אחד. חושב מדד כוללני המבוסס על שלושת התחומים — הרפואי, הסיעודי והנפשי-חברתי. כמו-כן חושב מדד כוללני נוסף, המביא בחשבון גם את המרכיבים המבניים. מדדים כוללניים אלה חושבו כממוצע אריתמטי של המדדים המסכמים בכל תחום.

בשלושת התחומים הראשונים — הרפואי, הסיעודי והנפשי-חברתי — השתמשנו במדדים "המומלצים" כפי שהוגדרו בסעיף הקודם. במקרה של מדדי המודעות או הטיפול, הציון מבטא את אחוז המקרים שבהם קיימים מודעות או טיפול מתוך כלל המקרים של הקשישים הסובלים מן הבעיה. לגבי המדדים המבניים חושב הציון כאחוז מן המקסימום האפשרי⁸.

מדדי הטיפול הספציפיים והמסכמים לפי סוג היחידה ולפי איכותה בהתאם להערכת הפיקוח מופיעים בלוחות 9 ו-10. יחידות שהפיקוח העריכו כ"טובות" קיבלו בדרך כלל ציונים גבוהים יחסית בתחומים השונים. המדד המסכם הכללי הוא 70.6 לגבי היחידות ה"טובות" ו-40.6 לגבי ה"לא טובות" (ראה לוח 10). המדדים המסכמים גבוהים ביחידות הטובות בכל אחד מן התחומים (ראה שם). שני המדדים המסכמים הכלליים "מסדרים" את יחידות המחקר באותו סדר. יחד עם זאת, בדיקת המדדים הספציפיים מצביעה על כך שבשני מדדים אין יתרון ליחידות ה"טובות" — המודעות לבעיות שמיעה וראייה גבוהה במקצת ביחידות

8 בנושא של כוח אדם ניתן ציון מקסימלי כאשר כוח האדם במחלקה תאם למה שמכונה בשני משרדי הממשלה (בריאות ורווחה) הסטנדרט האופטימלי, או כאשר היה ברמה גבוהה מזו. בבטיחות ותנאי דירה השתמשנו בסולמות.

לוח 9. מדדים רפואיים, סיעודיים ונפשיים-חברתיים, לפי סוג ואיכות¹ המחלקה (באחוזים)

מחזים	סוג ואיכות המחלקה							
	כל הקשישים		תשושים ועצמאיים			סיעודיים		
	לא טובה	טובה	סה"כ	לא טובה	טובה	סה"כ	לא טובה	טובה
1. מדדים רפואיים								
יתר-לחץ-דם (מעקב) ²	24.9	65.8	45.5	24.8	61.7	45.4	25.0	77.6
קשיי ראייה (מודעות) ³	46.3	34.1	37.9	50.0	30.6	45.7	50.0	42.9
קשיי שמיעה (מודעות) ³	30.4	27.2	25.9	32.5	23.6	33.3	31.3	40.0
בעיות בריאות הפה (טיפול / התקנת תותבות) ⁴	3.3	45.2	28.5	1.8	45.8	25.2	7.2	42.8
בעיית ניידות - טיפול ⁵	5.0	58.3	25.8	9.0	44.2	36.2	0.0	75.5
מדד רפואי מסכם ⁶	21.9	46.1	32.7	23.6	41.2	37.2	22.7	55.8
2. מדדים סיעודיים								
קושי בצחצוח שיניים - היגינה סבירה ⁷	25.0	78.1	40.3	*12.3	*87.7	54.3	41.2	69.6
בעיות ניידות - עזרה ⁸	45.0	69.4	59.6	52.8	64.1	56.8	28.5	87.1
קושי בהלבשה - מצב לבוש ⁹	39.2	88.0	78.7	55.1	100.0	51.7	29.4	78.2
קושי ברחצה - ניקיון ¹⁰	25.4	72.8	49.1	22.5	80.3	42.3	29.2	60.8
מדד סיעודי מסכם ¹¹	33.7	77.1	56.9	35.7	83.0	51.3	32.1	73.9
3. מדדים נפשיים-חברתיים								
הרגשת בדידות ¹² - טיפול חוסר אוטונומיה - דרגת אוטונומיה ¹³	21.3	39.9	36.0	27.8	42.1	18.1	9.1	31.5
שביעות-רצון כללית ¹⁴	61.1	80.7	78.5	68.0	84.4	44.7	36.2	54.2
מדד נפשי-חברתי מסכם ¹⁵	60.7	86.5	78.5	60.3	89.8	59.5	53.8	75.0
	47.7	69.0	64.3	52.0	72.1	40.8	33.0	53.6

- 1 לפי הערכת המפקחים הארציים.
- 2 אחוז המקרים שבהם הוגדר המעקב אחר הקשישים הלוקים ביתר-לחץ-דם כסביר.
- 3 הציון שניתן למחלקה חושב על-סמך סיכום ציוני הקשישים (0 = חוסר מודעות הרופא האחוז; 1 = חוסר מודעות של אחד מהם, 2 = מודעות של שניהם) ובוטא כאחוז מתוך הציון המקסימלי האפשרי למחלקה (שהוא 2 x מספר הקשישים הטובלים מן הבעיה).
- 4 אחוז המקרים שבהם יש תותבת תקינה או שלא מומלצת התקנת תותבת חדשה, מתוך סה"כ מקרי הקשישים בעלי תותבת או חסרי שיניים.
- 5 אחוז המקרים שבהם ניתן טיפול שיקומי לקשישים מתוך סה"כ מקרי הקשישים הזקוקים לטיפול.
- 6 ממוצע אריתמטי של המדדים הרפואיים.
- 7 אחוז הקשישים בעלי היגינה סבירה מתוך כלל הקשישים (כולל עצמאיים) המתקשים בצחצוח.
- 8 אחוז הקשישים המקבלים עזרה בניידות מתוך הקשישים עם בעיות בניידות (שאינם מרותקים).
- 9 אחוז הקשישים שמצב הלבוש אצלם מספק - מתוך אלה הזקוקים לעזרה בהלבשה.
- 10 אחוז הקשישים שמצב הניקיון אצלם מספק - מתוך אלה הזקוקים לעזרה ברחצה.
- 11 ממוצע אריתמטי של המדדים הסיעודיים.
- 12 אחוז הקשישים שלפחות שניים מן המצבים שלהלן נכונים לגביהם: (א) הקשיש משתתף בפעילויות; (ב) משפחת הקשיש נפגשת עם אנשי המוסד; (ג) הקשיש מקבל טיפול פרטני.
- 13 הציון למחלקה חושב על-פי ממוצע ציוני הקשישים. ציונים אלה חושבו על סמך תשובות הקשישים לפריטים הנוגעים לנושא האוטונומיה. הציון מוגדר על-פי אחוז הפריטים שבהם ציין הקשיש שאין מגבלות בתחום זה.
- 14 הציון שניתן למחלקה חושב על-סמך סיכום ציוני הקשישים (0 = חוסר שביעות-רצון; 1 = שביעות-רצון בינונית; 2 = שביעות-רצון מלאה) ובוטא כאחוז מתוך שביעות-הרצון המקסימלית האפשרית למחלקה.
- 15 ממוצע אריתמטי של המדדים הנפשיים-חברתיים.

לוח 10. מדדים מסכמים ב-4 תחומים, לפי סוג ואיכות¹ המחלקה

סוג ואיכות המחלקה	סיעודיים		תשושים ועצמאיים			כל הקשישים		מדדים מסכמים
	טובה	לא טובה	טובה	לא טובה	סה"כ	טובה	לא טובה	
רפואי	55.8	22.7	37.2	41.2	32.7	46.1	21.9	
סיעודי	73.9	32.1	51.3	83.0	56.9	77.1	33.7	
נפשי-חברתי	53.6	33.0	40.8	72.1	64.3	69.0	47.7	
מבני	78.8	61.2	70.3	88.8	76.5	90.3	59.2	
מדד מסכם כללי א' ²	65.5	37.3	49.9	71.3	57.6	70.6	40.6	
מדד מסכם כללי ב' (לא כולל מבנה) ³	61.1	29.3	43.1	65.4	51.3	64.1	34.4	

1 לפי הערכת המפקחים הארציים.

2 ממוצע אריתמטי של המדדים בארבעת התחומים.

3 ממוצע אריתמטי של שלושת המחזורים הראשונים.

למודעות הצוות לבעיות שלא ניתן "לטפל" בהן, שכן היא עשויה לתרום להתייחסות נאותה אל הקשיש בכך שתביא לידי התחשבות מירבית במגבלותיו.

תפקיד המוסדות ואחריותם. המוסדות אינם רואים את עצמם אחראים למתן טיפול בתחומים כמו בריאות הפה ובעיות ראייה ושמיעה⁹. הטיפול בבעיות אלה עשוי לעלות כסף רב, שאינו מותר תמיד על-ידי הביטוח הרפואי או על-ידי שירותי הרווחה. לפיכך, יש לתת את הדעת על מידת האחריות שמערכת הרווחה בארץ מוכנה לקחת על עצמה בנושאים אלה.

פיקוח. הפיקוח החיצוני על המוסדות אינו מספק. נראה שאין שום פיקוח שיטתי על תחומים כמו ראייה, שמיעה ובריאות הפה. שטחים אחרים, כגון טיב הטיפול הסייעודי, מצויים אמנם בתחום הפיקוח, אך המצב הקשה שנתגלה בחלק מן היחידות מצביע על צורך בשיפור שיטות הפיקוח עליהם (למשל, עריכת ביקורות פתע).

מעורבות המשפחות. המעורבות והפיקוח מטעם משפחות הקשישים אינם מספיקים. מנגנוני הפיקוח החיצוניים הם

במוסד. גורמים אחרים מצויים מעבר לתחום המצומצם של מוסד זה או אחר, כגון קיומם של שירותים קהילתיים, פיקוח חיצוני על המוסדות, תפיסת המוסדות את אחריותם לרווחת הקשיש בתחומים שונים (ראה לעיל, תרשים 2).

יש להפריד בין ליקויים (או גורמים לליקויים) שנמצאו בכל היחידות או במרביתן, והמאפיינים, כפי הנראה, את כלל המערכת המוסדית של הטיפול הממושך, ובין ליקויים שנמצאו בחלק מן היחידות. מובן שבדיקה מעמיקה יותר לצורך זיהוי הסיבות לליקויים באיכות הטיפול תחייב בדיקה חוזרת של היחידות שנבדקו, שיחות עם הצוות על הממצאים, תצפיות נוספות, וכדומה.

סיבות המופיעות בכל היחידות

מודעות לחשיבות הבעיות. אין מודעות מספקת בקרב הצוות הרפואי-סיעודי לחשיבות הבעיות בתחומים רפואיים כמו ראייה, שמיעה, בעיות של בריאות הפה ואי-שליטה חלקית, או בתחומים נפשיים-חברתיים כמו הרגשת בדידות מן הראוי לחזור ולציין כאן, שיש חשיבות רבה גם

9 ראה: חוק הפיקוח על מעונות, תשכ"ה-1965, טומס. 7.

נסים ליחידה זו גדרשים לשלם תשלום חד-פעמי, וכן תשלום חודשי שוטף.

בלוח 11 מוצגת השוואה בין מחיר הטיי-פול, היקף כוח האדם, הערכות הפיקוח על איכות הטיפול, בין המדדים המסכמים של איכות הטיפול המבוססים על תוצאות המחקר הנוכחי.

ניתן לראות, שיש באופן כללי התאמה בין גובה התשלום החודשי ובין הערכת הפיקוח על האיכות, וכן בין גובה התשלום ובין "הערכת המחקר" על טיב איכות הטיי-פול (כתוך אותו סוג מחלקה). היחידות ה"לא טובות" (שהן "פרטיות"), מקבלות תשלום שהוא נמוך ב-20% מן התשלום שמקבלות היחידות ה"טובות". שיעור כוח האדם ביחידות אלה נמוך באופן משמעותי מן השיעור המקביל ביחידות ה"טובות" (63.0 לעומת 88.3 משרות ל-100 קשישים ביחידות לסייעודיים, ו-36.9 לעומת 63.8 משרות ל-100 קשישים ביחידות לתשושים). העובדה, שהוצאות החזקת כוח האדם תופסות חלק גדול — שליש עד שני-שלישים — מהוצאות היחידה, יכולה להסביר את ההבדלים בגובה התשלום (כהן, ד', 1979).

יש כמה סטיות מדפוס הקשר בין איכות הטיפול לתשלומים המתקבלים עבורו. ביחידה ג' התשלום גבוה במיוחד (וכוח האדם רב), ועם זאת נראה שהאיכות טובה פחות מאשר ביחידה ד', שם התשלום נמוך יותר וכוח האדם מועט יותר. ביחידה ה' התשלום (שמשלם הקשיש) גבוה למדי (לתשלום החודשי מתווסף גם הסכום החד-פעמי המשו-לם עם הכניסה) — אף-על-פי שכוח האדם אינו רב — ואיכות הטיפול נמוכה יותר מאשר ביחידה ט', שבה התשלום גבוה אף הוא אולם כוח האדם קטן עוד יותר.

המצב ביחידה ח' ממחיש את האפשרות להגיע לאיכות טיפול גבוהה כאשר היקף כוח האדם מצומצם מאוד (אם כי, כפי שצוין, התשלום המתקבל מן הקשיש גבוה למדי). יחד עם זאת, והשוואה בין יחידה זו ליחידה השנייה לעצמאיים (ט') אינה פשוטה, משום

לרוב מנגנונים של משרדי הממשלה (רווחה ובריאות), או בקנה מידה קטן — של גופים ציבוריים אחרים. מעורבות משפחות הקשישים בנעשה במוסד קטנה למדי. בשום מוסד מן המוסדות שנכללו במדגם אין ועד של משפחות הדיירים. ייתכן שעובדה זו, העובדה שיש שום מוסד, להוציא אחד, אין גם ועד דיירים, נובעות מכך שהדיירים ומשפחותיהם אינם מוכנים להתארגן מפני שהם חוששים שפעילות כזאת מצדם עלולה להביא לכך שהמוסד ינקוט אמצעים נגד הקשיש (אולי עד כדי סילוקו מן המוסד).

שירותים בקהילה. הטיפול הרפואי אי השיקומי באי-שליטה על סוגר השתן בארץ מצוי רק בשלבי התחלה. העדר מרפאות אורולוגיות שיקומיות אינו מאפשר מתן טיפול שיקומי לקשישים הוקוקים לו בתחום זה. שירותים המעניקים טיפול בתחומים אחרים, כגון רופא עיניים ואודיולמטריסט, אמנם קיימים, אך כמעט אין קשר בינם ובין המוסדות.

התשלומים עבור הטיפול איכות הטיפול במוסד תלויה רק בחלקה בגובה התשלום המשולם למוסד עבור הטיפול. מחיר הטיפול נקבע, בחלק מן המקרים, במשרדים האחרים.

בעבודה הנוכחית לא נבדק נושא עלות הטיפול בצורה מעמיקה. יחד עם זאת, מעניין להשוות בין נתוני האיכות ובין הנתונים הנוגעים לגובה הסכום המשולם למוסד (מט"ע משרדי הממשלה או גופים אחרים, או שמשלמים הקשישים עצמם). תשלומים אלה יכולים לשמש אינדיקציה לעלות הטיפול. בכל היחידות פרט לשתיים (ז' ו-ח') — ראה תרשים 3), מתקבלים אנשים על-סמך הפניה מן הגורמים הממשלתיים, והם למעשה רוב "הלקוחות". יחידה ז' פועלת ללא רישיון, ולפיכך אין השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה מפנה אליה קשישים. באשר ליחידה ח' — הרוב הגדול של הדיירים מגיעים אליה באופן פרטי, ורק מעטים מאוד מהם מגיעים על סמך הפניה (2 מקרים). הקשישים הנכ-

לוח 11. כוח אדם, תשלום למופד ואיכות הטיפול¹, לפי מחלקה

עצמאיים	תשושים					סיעודיים				
	ט'	ח'	ז'	ו'	ה'	ד'	ג'	ב'		א'
										כוח-אדם (מספר משרות ל-100 קשישים) מדד תשלום ²
38.3	8.9	18.3	63.8	40.3	79.9	100.8	70.5	57.5		
100.0	123.0 ⁴	— ⁸	100.0	81.9	95.2	129.3	81.0	83.4		
		לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא		דירוג הפיקוח ⁵
טוב	טוב	טוב	טוב	טוב	טוב	טוב	טוב	טוב		
72.6	62.0	21.6	66.0	47.1	73.1	49.6	34.1	39.0		מדד מסכם כללי ⁶
										מדד מסכם כללי — לא כולל מבנה
59.7	55.4	24.3	58.5	39.4	68.1	43.0	26.4	31.2		

- 1 לפי הערכת המסקחים הארציים.
- 2 כ-100.0 ביחידה לסיעודיים מוגדר תשלום ממשלתי עבור קשיש סיעודי באחד המוסדות הציבוריים הנחשבים "טובים" (99,750 שקל בתקופת ינואר-מרס 1984).
- 3 100.0 ביחידה לתשושים = תשלום ממשלתי עבור קשיש תשוש באחד המוסדות הציבוריים הנחשבים "טובים" (59,144 שקל בתקופת ינואר-מרס 1984).
- 4 100.0 ביחידה לעצמאיים = תשלום ממשלתי עבור קשיש עצמאי באחד המוסדות הציבוריים הנחשבים "טובים" (39,429 שקל בתקופת ינואר-מרס 1984).
- 5 המדד עבור יחידה מסוימת חושב כאחוז מתשלומים אלה.
- 6 המוסד פועל ללא רישיון והתשלום נקבע במסגרת משא-ומתן בין המוסד ללקוח.
- 7 התשלום גבוה מן הקשיש עצמו, ואינו כולל סכום חד-פעמי המשולם עם הכניסה למוסד.
- 8 מבוסס על הערכת איכות המחלקה לפי הסולם "טוב מאוד", "טוב", "בינוני", "לא טוב", "גרוע". שתי הדרגות הראשונות סווגו כ"טוב" ושלוש האחרונות — כ"לא טוב".
- 9 מדד כללי של איכות. 100 מסמן ציון מקסימלי אפשרי בבעיות שנבדקו במסגרת המחקר. הוא חושב כממוצע אריתמטי של המדדים המסכמים בתחומים הרפואי, הטיפולי, הנפשי-חברתי והמבני. המדד הסיעודי לא נכלל בחישוב המדד המסכם לגבי מחלקות עצמאיות.

בעלות. המדגם המצומצם והלא-אקראי אינו מאפשר הסקת מסקנות בדבר הקשר בין איכות ובין הבעלות על המוסד, אך אין ספק שקיים קשר כזה. אמנם לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מוסדות הנמצאים בבעלות פרטית ובין אלה שבבעלות ציבורית, אך המוסדות הציבוריים דורגו במקום גבוה יותר ב-9 מדדים, לעומת 3 מדדים שבהם זכו שני סוגי המוסדות לדירוג שווה. מגמה זו תואמת את ממצאי המחקר של

שהדירגים ביחידה ח' עצמאיים יותר, ותלויים פחות בעזרה יומיומית. בדיקות נוספות נחוצות כדי לבדוק את הקשר בין איכות הטיפול ובין גובה התשלום למוסד, וכדי לאתר את הסיבות הגורמות לכך שיחידה מגיעה לאיכות טיפול גבוהה למרות שהתשלומים שהיא גובה נמוכים יחסית (או, להיפך — שהיא "מסתפקת" באיכות בינונית למרות שהתשלומים גבוהים)¹⁰.

10. על כך שאיכות גבוהה יכולה להיות מושגת בתנאים של תשלומים נמוכים מצביע מחקר של Longest (1978), שהשתמש ב-4 מדדים של איכות ובשני מדדים של יעילות.

שיטה זו כדאי לשקול את האפשרות להנהיג שיטה שלפיה יקבל המוסד תשלום מן המשי-רדים בהתאם לאיכות הטיפול בפועל, דהיינו ששיפורים באיכות זו יזכו את המוסד בתו-ספת הולמת.

פיבות המופיעות בחלק מן היחידות תנאים פיזיים. התנאים הפיזיים בחלק מן היחידות פוגעים באיכות החיים ובטיפול הניתנים לקשישים. מחסור בבתי-שימוש ותעדר פיזור מתאים שלהם במוסד עלולים "לעודד" את התופעה של אי-שליטה חלקית על סוגר השתן, ששיעוריה ביחידות אחדות גבוהים למדי. נוסף על כך, צפיפות גבוהה בחדרים, המאפיינת במיוחד את היחידות לסייעודיים, עשויה להשפיע לרעה על מידת הפרטיות של הקשיש. אף-על-פי שקשה להכניס שינויים מרחיקי-לכת במבנה הפיזי של מוסדות קיימים, ניתן בכל זאת לגסות ולהנהיג מידה מינימלית של פרטיות בעזרת אמצעים פשוטים יחסית.

קיומם של שירותים בסיסיים במוסד. לעתים אין רמת השירותים במוסד תואמת את מצבם התפקודי של הקשישים. מצב זה בולט במיוחד במקרה של יחידה זו, המאוכלסת קשישים שמצבם תשוש ואף סיעודי, בלי שתהיה לה התשתית המתאימה של שירותים וכוח אדם (למעשה אין ביחידה זו שום צוות רפואי-סיעודי ופרה-רפואי, להוציא רופא המבקר במקום לעתים רחוקות).

כוח אדם סיעודי. בחלק מן היחידות חסר כוח אדם מקצועי, והפיקוח הפנימי אינו מספק. מיעוט או העדר כוח אדם סיעודי בכיר בחלק מן היחידות עלול להש-פיע על איכות הטיפול הסיעודי, בגלל העדר פיקוח והכוונה מתאימים. גם כוח אדם

ברגמן ואחרים (1983), שלפיהם ליחידות הנמצאות בבעלות ציבורית יש יתרון במרבית המדדים לעומת היחידות שבבעלות פרטית. גם במחקר המקיף של ברגמן, הביב ותומר (1980) נמצאו דפוסי איוש "חלשים" יחסית במוסדות הפרטיים. דפוסי אלה לא התבטאו דווקא בשיעורים כוללניים של מס-פר עובדי סיעוד בממוצע למיטה, אלא בפרו-פורציה נמוכה יחסית של כוח אדם מקצועי יותר (כגון אחיות מוסמכות) ובהונחה יחסית של הצרכים החברתיים (העדר עובדים סו-ציאליים, עובדי תעסוקה, מרפאים בעיסוק). במחקר הנוכחי לא היתה אפשרות לבחור יחידות פרטיות אשר המפקחים העריכו אותן כ"טובות" בשל מיעוטן של יחידות כאלה. לפיכך יש במחקר חפיפה בין הבעלות על היחידה ובין איכותה, הנובעת, אולי, באופן חלקי, מן העובדה שהתשלום שמעבירים המשרדים למוסדות הפרטיים נמוך בדרך כלל מן התשלום שמקבלים המוסדות הציבוריים¹¹. הקשר בין התשלום ובין הבעלות (והאיכות) ניכר גם במחקר הנוכחי: במוסדות הפרטיים א', ב' ו-ה' (ו', שאף הוא מוסד פרטי, אינו מקבל תשלומים כיוון שהוא פועל ללא ריש-יח) התשלום המשולם עבור כל קשיש נמוך מזה שבמוסדות הציבוריים.

אין ספק, שהמחיר ושיטת התשלום במוסד פרטי עשויים להשפיע על איכות הטיפול הניתן לקשיש. שיטת התשלום הנוכחית המבוססת בעיקר על מבנה המוסד (ובמיוחד על כוח האדם שבו), ושהיא פרוספקטיבית (כלומר, מבוססת על הנחות לגבי עלות עתידית), מנציחה במידה רבה את טיב האיכות הקיימת ויוצרת מצב שבו לא כדאי למוסד להשקיע בשיפור האיכות (או אף חמור מזה: יוצרת מצב שבו כדאי למוסד לחסוך על חשבון האיכות)¹². במקום

11 טענה זו מתייחסת למוסדות שבהם מרבית הקשישים הופנו על-ידי משרדי הממשלה. מוסדות שהמשרדים אינם מפנים אליהם קשישים לא מקבלים מימון ממשלתי משמעותי.

12 על השפעת מדיניות התשלום על איכות ועל תגובות המוסד נכתבו עבודות רבות. בין השאר ראה את המאמר של Spilerman & Litwak (1983).

הרופא של צוות המחקר) להפיק ממנו תועלת. לא מן הנמנע שהדבר נובע מהעדר כוח אדם בשיעור מספיק, אך כדי להגיע לקביעה חד-משמעית בעניין זה הכרח הוא לערוך בדיקה נוספת, כדי לברר מה הן הסיבות לתופעה זו.

11. השימוש בשיטת המסמנים לצורך קביעת איכות הטיפול

סוג הנתונים שנאספו במסגרת המחקר בנוגע למסמנים השונים, וניתוח נתונים אלה במטרה להגיע למדדים סבירים של איכות, מאפשרים להסיק מספר מסקנות באשר למידת השימושיות של שיטה זו למדידת איכות הטיפול המוסדי.

1. על מרבית המסמנים שנבדקו ניתן היה, תוך שימוש בשילוב של שיטות שונות, לאסוף נתונים משמעותיים. יחד עם זאת, היה קושי בהכללתם של תחומים רלוונטיים שאיסוף הנתונים עליהם תלוי באורח חד-משמעי במידע כתוב, ואשר הרישום בנוגע אליהם לא היה משובע רצון במרבית היחידות. שיפור הרישום בתחומים כאלה עשוי לאפשר את הכללתן של בעיות שהן רלוונטיות במיוחד לאיכות הטיפול במוסד.

2. השימוש בריבוי של מקורות מידע הוא הכרחי להשלמת המידע. מצאנו, שניתן להפיק חלק חשוב מן המידע מן הקשישים עצמם. אחוז הקשישים שרואיינו ביחידות לעצמאיים ותשושים היה גבוה למדי (97% ו-85%). לעומת זאת, מביץ הקשישים הסייעים עודיים רואיין (כמצופה) אחוז נמוך יותר (כ-60%). מכאן, שבמחלקות אלה חשיבותם של מקורות אלטרנטיביים (תצפיות, צוות המוסד וכו') גדולה יותר. במקרים כאלה יש לשקול אף שימוש בקרובי הקשישים כמקורות מידע.

סיעודי ברמה נמוכה יותר (אחידת מעשיות וכוח עזר) נמצא בחלק מן היחידות בשיעורים שהם נמוכים מן הסטנדרט הדרוש (הוועדה לבדיקת הצרכים והעלויות במעונות לזקנים, 1981). ליקויים אלה בדפוסי האיוש של כוח אדם סיעודי התבטאו ביחידות המדגם במצב היגיני כללי ירוד, בלבוש מוזנח ולא מתאים ובעזרה לא-מספקת בתחום הניידות.

כוח אדם בתחום הנפשי-חברתי. בחלק מן היחידות אין כוח אדם מיוחד המיועד לטיפול בתחום הנפשי-חברתי, ואין כל פעילויות בתחומים אלה. רק בשתי מחלקות נמצאו עובדות סוציאליות (שתיים אחרות היו נתונות במצב של מעבר לקראת היכנסו לעבודה של עובד סוציאלי חדש)¹³. רק בשני מוסדות (ארבע יחידות) נערכות פעילויות חברתיות ותעסוקתיות שונות. מאידך גיסא, אחוז הקשישים המדווחים שהם מרגישים בדידות הוא גבוה למדי. גם ביחידות שבהן יש עובד סוציאלי אין תכניות מיוחדות המופעלות כדרך להתמודדות עם בעיית הבדידות, ובפרט תוכניות המיועדות לדיירים חדשים שמטרתן להקל עליהם את תקופת המעבר מן הקהילה לסביבה המוסדית. נראה, שבנוסף לסיבות אלה עשויים גורמים שונים, שלא נבדקו באופן שיטתי במחקר, להשפיע על איכות הטיפול התחיים במוסד. התרשמונו, למשל, שבכמה יחידות יש ליקויים בתחומי ארגון העבודה והפיקוח הפנימי (לדוגמה, העדר מבנה מחלקתי ברור הכולל אחות אחראית וכו'), חלוקת תפקידים ברורה ומבנה היירארכי המוגדר בצורה מספקת). כמו-כן, נמצא שיש צורך בבדיקה מעמיקה יותר של מספר ממצאים על מנת לגלות את הסיבות המסתתרות מאחוריהם. למשל, גם ביחידות שבהן ניתן טיפול פיזיותרפיה נמצא שיעור גבוה למדי של קשישים שאינם מקבלים טיפול זה, למרות שיכלו (לפי הערכת

13 אחוז המוסדות בארץ שבהם יש עובד סוציאלי הוא נמוך למדי. המצב חמור במיוחד בבתי החולים לחולים כרוניים. במחקר של ברגמן, חביב ותומר (1982) דווח על הימצאות עובד סוציאלי ב-10% בלבד מן המקרים.

לוח 12. מקדמי מתאם (Kendall Concordance) בין מדדים שונים

מקדם Kendall	מתאם בין :
0.23	מדדים רפואיים (יתר-לחץ-דם, שמיעה, ראייה, בריאות הפה)
*0.67	מדדים סיעודיים (היגיינה, לבוש וניקיון, ניידות) ¹
*0.75	מדדים נפשיים-חברתיים (בדידות, אוטונומיה, שביעות-רצון)
*0.65	מדדים מבניים שונים (מח אדם סיעודי, תנאי דיור, בטיחות, רישום רפואי)
*0.76	מדדים מסכמים (רפואיים, נפשיים-חברתיים, סיעודיים) ¹
*0.79	מדדים מסכמים (רפואיים, סיעודיים, נפשיים-חברתיים, מבניים) ¹

* מובהק ברמה $\alpha=0.01$

1 חושבו לגבי 7 יחידות לסייעודיים ותשושים.

המוסדי היא, במידת מה, תכונה המאפיינת את המוסד באופן כללי. כדי לבדוק נקודות אלה נבדקה ההתאמה (על-פי מקדמי Kendall) בין דירוגי היחידות על-פי מדדים שונים בתוך תחום נתון וכמו-כן בין המדדים המסכמים את התחומים השונים. הנתונים המוצגים בלוח 12 מצביעים על התאמה טובה יחסית בין המדדים בתחום הנפשי-חברתי, המבני והסיעודי (0.75, 0.65 ו-0.67 בהתאמה) וטובה פחות בתחום הרפואי (0.23). המתאמים בין דירוגי המחלקות, שהם גמוכים יחסית בתחום הרפואי, תואמים את העובדה שהמתאמים שנמצאו אצל קשישים בין קיומו של טיפול בבעיה רפואית אחת ובין קיומו של טיפול רפואי בבעיה אחרת היו גמוכים באופן כללי. דבר זה מצביע על כך, שמסמנים אלה הם בלתי תלויים במידה לא מבוטלת ושמסמן בודד אינו מאפשר לקבל תמונה מהימנה של איכות הטיפול הרפואי. ניתן להסיק מכך, שרצוי לבדוק, במסגרת בדיקות איכות הטיפול, כמה וכמה מסמנים רפואיים, ואולי אף לשקול הוספת מסמנים על אלה שכבר נמדדו. לעומת זאת, בין המסמנים המסכמים כל תחום נמצאה התאמה טובה למדי, המעידה על כך שביחידות "לא טובות" איכות הטיפול לקויה בדרך כלל במספר תחומים. יחד עם זאת, ההתאמה אינה

3. חלק מן המסמנים שנבדקו הם רלוונטיים לסוג אחד של מחלקות וחלק — לכל הסוגים. למשל, המסמנים הסיעודיים (קשיים ברחצה ובהתלבשות, טיפול באי-שליטה ועזרה בניידות) מתאימים לצורך הערכת איכות הטיפול במחלקות לתשושים וסיעודיים. לעומת זאת, מספרם של הקשישים הסובלים מבעיות אלה במחלקות לעצמאיים קטן מכדי שניתן יהיה לבסס עליו מדד מהימן של איכות. מאידך גיסא, המדדים הנפשיים-חברתיים מתאימים לכל סוגי המחלקות.

4. המדדים שפותחו מבחינים על-פי רוב היטב בין מחלקות שונות ובין מחלקות "טובות" ל"לא טובות" (על-פי הערכת הפי-קוח). בו בזמן שהמדדים תואמים בדרך כלל את ההערכות המקדמות, הם גם מאפשרים הן כימות של הערכה זו והן את מיקודה על היבטים ספציפיים של הטיפול.

5. בנוסף לבדיקת מדד מסוים כמתאים לצורך מדידת איכות הטיפול, מחייבת הערכת שיטת המסמנים בדיקה של הקשר בין המסמנים השונים. קיום מתאמים גבוהים מחזק את התשערה שמספר קטן יחסית של מסמנים "מייצגים" את איכות הטיפול בתחום הגתון. קשר הדוק בין איכות הטיפול בתחומים שונים במוסד מצביע על כך שאיכות הטיפול

ממושך בארץ להקצות למימון תחומים אלה. מובן, שבדיקת הנושא מחייבת מעורבות מצד דרגים בכירים במשרד העבודה והרווחה וכי משרד הבריאות בנוסף לקביעות מקצועיות בנוגע לחשיבותן של הבעיות בתחומים השונים, ולהשפעתן האפשרית על איכות חייו של הקשיש.

קביעת אחריות הגורמים השונים המעורבים במתן שירותים לקשישים במוסדות. בדיקת החוקים, התקנות והנהלים הקיימים שנעשתה במסגרת המחקר הראתה, שקיימות פרצות רבות. תחומי טיפול אחדים אינם מוזכרים כלל, ובאלה המוזכרים נעדרת הסדרה הדרושה מעמית של אחריות המוסד כלפי הקשיש השוהה בו. יש צורך בסתימת הפרצות ולשם כך יש להביא בחשבון לא רק את המוסד עצמו, אלא גורמים נוספים כגון קופת-החולים שבה מבוטח הקשיש, לשכת הרווחה, משפחת הקשיש ועוד.

קביעת צורכי התיאום ושייתוף הפעולה בין הגורמים השונים המטפלים בקשיש השוהה במוסד. במקביל להגדרת האחריות יש לבדוק אפשרויות ליצירת שיתוף הדוק יותר מזה הקיים כיום בין הגורמים השונים המטפלים בקשיש. קיומם של קשרים תקינים עם גורמים חוץ-מוסדיים (קופת-חולים, בתי-חולים, לשכות רווחה ועוד) נתון הן לצורך מתן טיפול שוטף, הספקת תרופות וכו', והן לצורך עריכת בירורים רפואיים אצל מומחים, אשפוזים, הספקת מכשירים ועוד. ממי צאי המחקר מצביעים על כך שקשרי המוסדות עם גורמי החוץ המטפלים בנושאים אלה לקויים על-פי רוב, ושיצירת אפיקי תקשורת ושיתוף פעולה תקינים עשויים לתרום לשיפור איכות הטיפול המוסדי.

חיזוק נוהלי הטיפול הקיימים. במסגרות המופקדות על הפיקוח המוסדי כבר נעשתה עבודה חשובה בתחום קביעת נוהלי טיפול והפצתם. עתה יש צורך להדגיש בנהלים אלה את הנושאים שהמחקר

מושלמת ריתכן שביחידה "טובה" יהיו תחומים לקויים ולהיפך.

6. התאמת השיטה לצרכים של מערכת הפיקוח ואף לשימושו של מנהל המוסד גר-אית לנו רצויה ואפשרית. הדבר כרוך בפישוט מסוים של סוג המידע שנאסף ושל הדרך שבה נאסף. יש צורך לשכלל ולשפר את הרישום השוטף במוסדות, כדי לאפשר שימוש שיטתי ואמין יותר במידע הרשום.

12. שיפור איכות הטיפול המוסדי - סוגיות וכיוונים

ממצאי המחקר מעלים מספר סוגיות כלליות, הדורשות עיון ובדיקה נוספים. כמו-כן, מסתמנים כיווני פעולה בתחומים שונים העשויים לשפר את איכות המערכת לטיפול ממושך בארץ.

בדיקת הנושאים והנהגת השינויים הנדרשים מחייבות מעורבות ולעתים פעולה של אנשים וגורמים שונים: חוקרים, מפקחים ואנשי מקצוע העובדים בשדה, מקבלי החלטות בתחום הספקת השירותים לקשיש, מחנכים העוסקים בהכשרת כוח אדם, קשישים ומשפחותיהם ועוד.

בהמשך נציג את הסוגיות ואת כיווני הפעולה העיקריים, תוך התייחסות לגורמים שמעורבותם הכרחית לקידום הדין והטיפול בכל סוגיה וסוגיה. כאמור, אנו מסתמכים בעיקר על הממצאים והניסיון שהופקו במחקר הנוכחי. יחד עם זאת, אנו מביאים בחשבון גם ממצאים של מחקרים נוספים שנערכו בישראל בתחום זה.

גורמים על-מוסדיים

קביעת סדר עדיפויות לחיזוק תחומי הטיפול השונים. שיפור המצב, במיוחד באותם תחומים שהם מוזנחים כיום, מחייב קביעת מדיניות ברורה לגבי חשיבותם של התחומים השונים ולגבי המשאבים שאותם יכולה ומוכנה המערכת לטיפול

של הצוות בנושאים אלה. ייתכן שמצב, שבו לא מוטלת על המוסד אחריות טיפולית ברו-רה בתחום כלשהו, מביא לידי כך שהצוות הטיפולי לא יתייחס לבעיות המתעוררות באותו תחום. יחד עם זאת, לא מן הנמנע שגם ההכשרה הבסיסית והמשלימה הניתנת לרופאים, לאחיות ולעובדים סוציאליים בנושאים אלה היא לקויה. השערה זו מחייבת בדיקה. כמו-כן — במקרה של אימות ההשערה — יש צורך גם בבדיקת הדרכים לתיקון החסר, הן ברמת ההכשרה הבסיסית והן ברמת ההכשרות המשלימות המיוחדות לעובדים במוסדות.

הגברת מודעות הצוות לצרכים הנפשיים-חברתיים של הקשישים. ממצאי המחקר מעידים על חוסר מודעות מצד הצוות הבכיר להרגשת הבדידות של הקשישים, ועל חוסר התייחסות (או התייחסות במישור הפונקציונלי בלבד) של הצוות הזוטר יותר אל הקשיש. העלאת רמת הרגישות הבינאישית בתחומים אלה יכולה להיעשות הן במסגרת מתן ההכשרה הפורמלית והן במסגרת העבודה עצמה, תחת פיקוח והדרכה מתאימים.

הקשר עם הקהילה

ארגון פעולות מתנדבים במוסדות. בחלק מן המוסדות הקשישים מבוודדים במוסד עד כדי ניתוק מוחלט כמעט מן העולם החיצון. ברוב המקומות אין פעילות סדירה של מתנדבים. מן הראוי אפוא לארגן פעילות כזו ברמת הרשות המקומית, ואין להפקיד את ניהולה בידי המוסדות עצמם.

שיפור הגישה מן הקהילה למוסד ומן המוסד לקהילה. הגישה הלא נוחה אל המוסד וממנו (תחבורה לא נוחה וכו') היא מרכיב חשוב באיכות חייהם של הקשישים. שיפור התחבורה או סידורי הסעה מיוחדים פעם או פעמיים בשבוע עשויים לעזור לקשישים במידה רבה לשמור על קשר מינימלי עם הקהילה.

גילה שהם מוזנחים, ולצרף להם חומר הדרכה מתאים. באופן כללי, עדיף לתת ביטוי במסגרת הנהלים לגישה מונעת, המבוססת על איתור ומעקב מתמיד אחר בעיות העשויות להשפיע באופן מהותי על איכות החיים של הקשיש (כגון קשיי שמיעה וראייה).

שיפור שיטות הפיקוח ושימוש בתגמולים מתאימים. שיפור איכות הטיפול המוסדי מחייב שימוש בשיטת פיקוח יעילה. שיטה זו צריכה בין השאר:

- לפעול על בסיס שוטף, כדי לאפשר מעקב צמוד אחר שינויים החלים במוסד.
- להתבסס על שימוש בכלים מהימנים ותקפים המאפשרים כימות.
- לשלב התמקדות בבעיות ספציפיות (כגון "בעיות שמיעה") עם בדיקת נושאים כלליים יותר, כגון אלה המתייחסים לתיבטים מבניים.
- להיות מותאמת כך שתתמקד ותעקוב אחר התחומים הלקויים או העשויים להיות לקויים במוסד נתון.
- לכלול שימוש בתגמולים "מתאימים" (כספיים ואחרים), כדי ליצור מוטיבציה גבוהה להעלאת איכות הטיפול במוסד. שימוש מסוג זה בתגמולים צריך להיעשות על בסיס בדיקה מהימנה של איכות הטיפול.

המחקר הנוכחי הוא בבחינת צעד ראשון בקידום פיתוחה של שיטה כזאת, במיוחד בנושא השימוש בכלים מתאימים. יחד עם זאת, עדיין נחוצה אסטרטגיה כוללת המכוונת להבטחת איכות הטיפול.

הכשרה

הגברת מודעות הצוות לקשישים בתחומים מוגדרים. חוסר מודעות מצד הצוות המקצועי לכך שקשיש פלוני סובל מקשיי תפקוד, למשל בראייה ובשמיעה, מעלה את שאלת רגישותו

צעות יצירת קשרים הדוקים יותר עם אנשי מקצוע מחוץ למוסד, שיאפשרו להם לבקר בו באופן סדיר ושניתן יהיה להפנות אליהם את הזקוקים לכך בשעת הצורך.

ארגון פעילויות חברתיות ותעסוקתיות יומיות. המצב בתחום זה אינו מספק, בייחוד באותן יחידות שחסר בהן כוח האדם המתאים (מדריך חב"רתי, עובד סוציאלי ועוד). יחד עם זאת, ניתן לארגן פעולות כאלה בעזרת צוות המוסד ובעזרת הקשישים ומשפחותיהם גם בהעדר כוח אדם "מיוחד" ועל הדרגים המפקחים לעמוד ביתר תוקף על הדרישה שהן אמנם תתקיימנה באופן סדיר.

הנהגת הליכי קליטה. כדי להתמודד עם בעיות ההסתגלות והרגשת הבדידות הרווחות בקרב הקשישים יש להנהיג הליכי קליטה מבוקרים, שיאפשרו לקשיש להסתגל בהדרגה למציאות החדשה (לדוגמה, באמצעות הנהגת ייעוץ מקצועי בעת הכניסה למוסד, שיכלול שיחות עם הקשיש על הרגשותיו ופחדיו, וכן שיחות על כללי התנהגות במוסד, הנורמות המקובלות בו וכדומה).

ביצוע הערכות תקופתיות והפניה "נכונה". ניתן לשפר את איכות הטיפול באמצעות הפניה נכונה של הקשיש ליחידה המתאימה לו מבחינת סוגי הטיפולים הנחוצים — כלומר, ליחידה שתספק לו את רמת הטיפול הדרושה לו. התאמת רמת הטיפול לצורכי הקשיש כרוכה לא רק בהפניה ראשונית, אלא גם במעקב אחרי הקשיש הנמצא במוסד ובקבלת החלטות בנוגע לעצירתו לצורך להעבירו ליחידה אחרת או אף לשחררו לביתו. זהו נושא מורכב, שכן כל העברה עלולה להיות כרוכה בקשיי הסתגלות חדשים. במסגרת המחקר הנוכחי לא בדקנו את תפקודה של המערכת המפנה לעומת זאת מצאנו ליקויים בתחום ביצוען של הערכות תקופתיות של מצב הקשיש בתוך המוסד. במרבית היחידות לא מבוצעות הערכות כאלה, ואין כל נהלים לבדיקת האפשרות להחזיר את הקשיש לקהילה (או להע-

היבטים מבניים

במסגרת המחקר נותחו היבטים מבניים שונים של המוסדות באופן כללי ובקשר למסמכים. היבטים אלה כללו בין השאר את התנאים הפיזיים במוסדות, דפוסי האיוש, הפעילויות והשירותים הניתנים לקשישים, אי-אלה מרכיבים ארגוניים, קיומם של נהלי טיפול בהיבטים אלה נדון בהמשך.

שיפור התנאים הפיזיים במוסדות. בניתוח ההיבטים המבניים הרלוונטיים לכל מסמן התייחסנו גם לתנאים הפיזיים ביחידות. מצב בלתי מספק בתחום זה עלול לפגוע בפרטיות הקשיש, ולמנוע ממנו את הבטיחות הנחוצה לו כדי לתפקד בצורה סבירה, להגיע לשירותים בזמן, לצאת לחצר וכו'. שיפור החלק המבני מצריך לעתים השקעה גדולה ואולי מעבר לכניין אחר. יחד עם זאת, על-פי רוב ניתן להתגבר על חלק מן הבעיות באמצעות התארגנות מתאימה (לדוגמה: לאפשר לקשישים סיעודיים יתר תנועה בתוך המוסד, בחצר, או בסביבה המידית) או בעזרת אמצעים זולים יחסית (כמו פרגודים ומחיצות). מן הראוי שהמפקחים על המוסדות ייעצו למנהלי המוסדות בגיבוש תוכניות לשיפור המבנה הפיזי של מוסדותיהם.

שיפור דפוסי האיוש ביחידות. הליקויים בכוח האדם במוסדות נתגלו הן בתחום הסיעודי והן בתחום הנפשי-חברתי. שיעור כוח האדם הסיעודי בחלק מן היחידות הוא למטה מן הסטנדרט הנדרש. כמו-כן חסרים עובדים סוציאליים ומדריכים חברתיים. בחלק מן היחידות לעצמאיים ותושבים, למרות דרישה פורמלית המחייבת זאת, כוח אדם זה חסר גם ביחידות לסיעודיים. למרות שיש הסכמה רבה בדבר נחיצותם של עובדים סוציאליים ביחידות אלה, אין הדבר בא לידי ביטוי בדרישות הפורמליות הקיימות. המצב בעייתי במוסדות קטנים, הזקוקים לתשומה של אנשי מקצוע שונים בשיעורי משרה מצומצמים. ייתכן, שלפחות חלק מסגמים אלה ניתן לסלק באמי-

המחקר הצביע על בעיות ראייה, שמיעה, בריאות הפה, אי-שליטה חלקית, בדידות — כעל בעיות שאינן זוכות להתייחסות מספקת, אף לא במסגרת מוסדות הנחשבים בעלי איכות טובה. איתור ותיקון הסיבות המחוללות מצב עניינים זה מחייב עריכת דיננים נוספים בהשתתפות אנשי מקצוע, מסקחים, מספקי שירותים וכו'.

הערכת איכות מבוססת מחייבת שימוש בסטנדרטים המתייחסים לתהליכים טיפוליים שונים ואולי אף לתוצאות הטיפול. סטנדרטים כאלה קיימים במידה חלקית מאוד, ויש להוסיף ולגבשם תוך התבססות על תפיסותיהם של אנשי המקצוע בתחומים השונים. יש לקבוע את מידת חשיבותן של הבעיות השונות שמהן סובלים קשישים ואת מידת ההצלחה המשוערת שעשויה להיות לטיפול בבעיות אלה. דבר זה יכול להיעשות באמצעות ניתוח הערכותיהם של אנשי מקצוע שנבחרו במיוחד למטרה זו (ואולי גם של הקשישים ומשפחותיהם).

גישת המסמנים שאומצה במחקר זה הוויכחה עצמה כגישה פורייה ויש צורך לפתח אותה הן מבחינה תיאורטית-מתודולוגית והן מבחינה מעשית, על-ידי איתור מסמנים נוספים ופיתוח מכשירים למדידתם. יש לבדוק את האפשרות להתאים את הגישה והכלים לשימושם של לקוחות שונים, ובפרט לשימושן של המערכות המפקחות. הדבר מחייב נכונות מצד מערכות אלה ושיתוף פעולה הדוק בינן ובין החוקרים. פיתוח כלי מעין זה צריך להיעשות תוך התחשבות במגבלות התקציביות והחוקיות ובשיקולים מעשיים דומים.

בירו ליחידה אחרת) במקרה שחל שינוי במצבו.

שיפור המבנה הארגוני של מוסדות. המבנה המחלקתי נמצא לקוי בחלק מן המוסדות. במקרים אלה נמצא, שחלוקת המוסד ליחידות (מחלקות) קיימת יותר "על הנייר" מאשר בפועל. נראה, שאין הפרדה פיזית בין קשישים עצמאיים לתשושים ולסיעודיים, ושלא הוקצה כוח אדם מיוחד לכל אחת מן ה"יחידות" הללו. לפיכך רצוי שהגורמים המפקחים יתנו את דעתם על ההיבטים הארגוניים הקשורים בפעילות המוסד.

מעורבות המשפחות

שיתוף משפחות הקשישים במתרחש במוסד. הממצאים הנוגעים לקשר בין משפחת הקשיש למוסד הצביעו על אחוז גבוה למדי של העדר כל קשר, או קיום קשר ספוראדי מדי. ממצאים דומים הוצגו בנוגע לביקורי הקרובים אצל הקשיש. בנוסף לצורך לקרב את המשפחות המבקרות לעתים רחוקות, חשוב גם הצורך לעודד את בני המשפחה המבקרים בקביעות לקחת חלק פעיל יותר בחיי המוסד. בשום מקום לא מצאנו שבני משפחת אלה מאורגנים בצורה כלשהי, מיוצגים על-ידי ועד וכדומה. נראה לנו, שיש לעודד התארגנויות מסוג זה ולהבטיח (אולי גם באמצעות חקיקה) את קיומן של זכויות בסיסיות של הקשישים ושל בני משפחותיהם בכל הנוגע להיבטים של החיים הטיפולי במוסד הנוגעים למידת הפרטיות והאוטונומיה, ליכולתם של הדיירים להשפיע על קבלת החלטות הנוגעות להם, זכותם לקבל טיפול נאות וכו'.

המשך פעולות המחקר

העבודה הנוכחית היא רק שלב בדרך לפיתוח כלים מתמנים ותקפים למדידת איכות הטיפול. לשם פיתוחם של כלים אלה יש לבצע עבודות אמפיריות נוספות, תוך שימוש במדגמים גדולים יותר של מוסדות וקשישים.

13. סיכום

הניסיון שתואר כאן מאשר, לפי הערכתנו, שגישת המסמנים מתאימה למדידה של איכות הטיפול המוסדי במסגרת מחקרית. גישה

דית. כמו כן התגלו תחומים רבים שבהם יש לגשת לקביעת נורמות, ציפיות ואחריות ברורה יותר של הגורמים השונים. אנו מקווים שממצאינו יתנו דירבון נוסף לכל הגורמים — קובעי המדיניות, גורמי השדה והחוקרים — לתרום לתהליך, שחייב להיות מתמשך, של שיפור היחס לקשיש הטיפול בו.

זו יכולה לשמש גם בסיס להנהגת שיטות פיקוח המבוססות פחות על מדידת מרכיבים מבניים ויותר על בדיקת תהליכים ותוצאות הקשורים לבעיות ספציפיות של הטיפול. אף על פי שהמדגם היה קטן, הממצאים שהתגלו לגבי איכות הטיפול במוסדות שנבדקו מצביעים בבירור על כך שיש הרבה מה לשפר בטיפול בקשיש השוהה במסגרת מוס-

נספח הגדרות: מקורות המידע על המסמנים והגדרותיהם

מסמן	מקורות מידע	הגדרת הבעיה
יתר-לחץ-דם	א. ממוצע של ארבע מדידות לחץ-דם בידי רופא ואחות המחקר ב. בדיקה פיזית בידי רופא המחקר ג. עיון בתיק הרפואי בידי רופא המחקר	ל. ד. סיסטולי < 160 mm Hg ו.ל. ד. דיאסטולי < 95 mm Hg (לפי ההגדרה של WHO) או קיום אבחנה של יתר-לחץ-דם
קשיי ראייה	א. ריאיון הקשיש ב. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר ג. בדיקה פיזית בידי רופא המחקר	הקשיש דיווח על קושי בראייה לטווח קרוב או רחוק האחות האחראית דיווחה שהקשיש מתקשה בראייה
קשיי שמיעה	א. ריאיון הקשיש ב. ריאיון האחות האחראית על ידי אחות המחקר ג. בדיקה פיזית בידי רופא המחקר	הקשיש דיווח על קושי בשמיעה, המתבטא בפעילות יומיומית האחות האחראית דיווחה על קושי בשמיעה.
בעיות בבריאות הפה בדיקת הפה, השיניים והתותבות בידי המומחה לבריאות הפה		קיימת אחת מבעיות אלה: א. אין שיניים טבעיות, אין תותבת בשתי הלסתות ב. תותבת פגומה (יש פגם באחד לפחות מן הממדים האלה: Stability, Vertical Dimension, Fit, Retention and Occlusion ג. שיניים טבעיות נגועות ד. נגעים בריריות חלל הפה (כולל Proliferative Lesions, Ulcerative Lesions, Degenerative Conditions, White Lesions, Developmental Conditions and Non-Specific Conditions) ¹ ה. היגיינה ירודה של הפה ²

Kramer et al., (1980) 1

Green & Vermillion (1964) 2

מסמן	מקורות מידע	הגדרת הבעיה
בעיות נידות	א. ריאיון הקשיש, כולל הדגמה על-ידי אחות המחקר ב. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר ג. בדיקה פיזית בידי רופא המחקר	הקשיש זקוק לעזרה בניידות (אם אינו מסוגל ללכת מרחק של שלושה מטרים ללא עזרת הזולת)
קושי ברחצה	א. ריאיון הקשיש על-ידי אחות המחקר ב. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר	הקשיש או האחות האחראית מדווחים על היותו זקוק לעזרה ברחצה
קושי בהלבשה	א. ריאיון הקשיש על-ידי אחות המחקר ב. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר	הקשיש מדווח שהוא זקוק לעזרה בהלבשה (אינו מסוגל ללבוש חולצה בלי עזרה)
קושי בצחצוח שיניים	א. ריאיון הקשיש על-ידי אחות המחקר ב. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר	הקשיש או האחות האחראית מדווחים שהוא אינו מסוגל לצחצוח שיניים ללא עזרה
אי-שליטה על סוגר השתן	א. ריאיון הקשיש על-ידי אחות המחקר ב. תצפית של אחות המחקר ג. בדיקת הקשיש בידי אחות המחקר ד. ריאיון האחות האחראית על-ידי אחות המחקר ה. בדיקה פיזית של הקשיש בידי רופא המחקר	אי-שליטה תלקית — הקשיש "מרטיב" מדי פעם אי שליטה מלאה — שימוש בצנתר או בפנרוח בשל אי-שליטה או אי-שליטה יומיומית
הרגשת בדידות	א. ריאיון הקשיש	הרגשת בדידות — הקשיש ענה על שתי שאלות מתוך שלוש בנושא זה
חוסר אוטונומיה	א. ריאיון הקשיש ב. תצפית בתוך המוסד ג. ריאיון האחות האחראית ד. ריאיון מנהל המוסד	חוסר אוטונומיה — הקשיש דיווח על הגבלות ב-50% לפחות מן הפריטים המחדדים שימוש במתקנים ופרטיות במוסד (בסך הכל נמדדו 10 פריטים)

ביבליוגרפיה

- בן-זמרה, צ', פקר לאיתור צרכי אוכלוסייה קשישה למען תכנון ופיתוח שירותים לקשיש — נחלאות ירושלים, ירושלים, האגודה הישראלית לקידום העבודה הסוציאלית הקהילתית, צוות תכנון שירותים לקשיש — מתוז ירושלים והדרום, 1970.
- בראל, ר', קפלן, ג' ומלוביצקי, ד', מפקר הקשישים בקרית אונו, תל השומר, המכון לאפידמיולוגיה קלינית, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, 1981.
- ברגמן, ר', אקרלינג, ש', גולנדר, ח', שרון, ר' ותומר, א', פיעוד לקשיש: גורמים מופדים ואישיים המשפיעים על עבודת צוות הפיעוד במוסדות לטיפול ממושך, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה ואוניברסיטת תל אביב, S-19-83, ירושלים, 1983.
- ברגמן, ש', חביב, ג' ותומר, א', כוח אדם בשירותים לקשישים בישראל, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, D-45-80, 1980.
- דוידוף, ד' ולוי, ג', הערכת צרכים של אוכלוסיית קשישים החולים במחלות ממושכות בשכונות עירי-גנים וקרית-מנחם (ירושלים), מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל D-36-79, 1979.
- דיוויס, מ', פליישמן, ר', פקטור, ח' ומור, ו', הקשישים בבקעה, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, 1979.
- הוועדה לבידוק הצרכים והעלויות במעונות לזקנים, ד"ח מספם, ירושלים, 1981.
- הוועדה לבידוק תנאי המעונות לקשישים בישראל, דין וחשבון חלק א', ירושלים, 1981.
- וייל, ח', על בעיות שמיעה ולטיפה של קשישים, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל ובית-הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית, ירושלים, 1982.
- וייל, ח' וגתר, נ', בתי אבות בישראל, 1971, האוניברסיטה העברית, בית-הספר לעבודה סוציאלית, ירושלים, 1973.
- זילברשטיין, י', זלצר, מ', ארנסט, ס' ובדסנד, צ', פקר על צרכים רפואיים ופסיכיאטריים של קשישים מוגבלים בבני ברק — שירותים נחוצים ועלותם, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- חביב, ג', תומר, א' וברגמן, ש', פקר כוח אדם בשירותים לקשישים בישראל — סיכום מימצאים והש-לפות, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1982.
- כהן, ד', ההיבטים הכלכליים של מעונות לקשישים, ירושלים, 1979.
- כהן, ש' ומורגנשטיין, ב', תנאי החיים של קשישים בבאר שבע, פתח תקוה ויבנה, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, ירושלים, 1976.
- מוטליס, ח', "הקשיש במוסדות פרטיים לחולים כרוניים", גרונטולוגיה 7 (1977), עמ' 56—62.
- תומר, א' ופליישמן, ר', מדידת איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1984 (פרסום פנימי).
- Bennett, A., Garrad, J., & Habib, T., "Chronic Disease and Disability in the Community: A Prevalence Study", *Br. Med. J.* 3 (1970), p. 762.
- Bennett, R., "Social Isolation and Isolation-Reducing Programs", *Bull. N. Y. Acad. Med.* 49 (1973), pp. 1143-1163.
- Brocklehurst, J., Dillane, J., Griffiths, L. & Fry, J., "The Prevalence and Symptomatology of Urinary Infection in an Aged Population", *Geront. Clin.* 10 (1968), pp. 242-253.
- Christensen, J., "Oral Health Status of 65- to 74-Year Old Danes: A Preliminary Report of the Replication of the World Health Organization's International Collaborative Study in Denmark", *J. Dent. Res.* 56 (1977), pp. 149-153.
- Corbin, S., Reed, M., Nobbs, H., Eastwood, K. & Eastwood, R., "Hearing Assessment in Homes for the Aged: A Comparison of Audiometric and Self-Report Methods", *Journal of the American Geriatric Society*, 32 (5) (1984), pp. 396-440.
- Davies, A. M. & Fleishman, R., "Health Status and Use of Health Services as Reported

- by the Older Residents of the Baka Neighborhood", *Isr. J. Med. Sci.* 17 (1981), pp. 138-144.
- Donabedian, A., *A Guide to Medical Care Administration, Medical Care Appraisal, Quality, and Utilization*, Vol. 2, New York, Public Health Association Inc., 1969.
- Donabedian, A., "The Criteria and Standards of Quality", in: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol. II, Michigan, Health Administration Press, 1982.
- Drake, C., "Dental Needs of the Chronically Ill and Aged", *J. Publ. Health Dent.* 30 (1970), pp. 239-243.
- Factor, H. Habib, J. & Shmueli, A., *The Role of Demographic Data in Identifying High Risk Groups and Projecting Needs*, Jerusalem, Brookdale Institute of Gerontology, 1985, Discussion Paper No. D-109-85, 1985.
- Fawcus, M., "A Survey of Communication Problems in a Geriatric Hospital", Symposium on Hearing Loss and Communication Difficulties in the Elderly, 1971 (Unpublished). Cited in: Fisch, L., "Special Senses: The Aging Auditory System", in: Brocklehurst, J. C. (ed.), *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, 2nd ed., Edinburgh, Churchill-Livingstone, 1971, pp. 276-290.
- Fischer, C. & Phillips, S., "Who is Alone? Social Characteristics of People with Small Networks", in: L. Peplau & D. Perlman (eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York, John Wiley and Sons, 1982, pp. 21-39.
- Fleishman, R., Peles, D. & Pisanti, S., "Epidemiological Study of Oral Health among the Elderly of Baka, a Jerusalem Neighborhood", *Isr. J. Med. Sci.* 21 (1985), pp. 270-275.
- Fleishman, R. & Peles, D., *Indicators of Oral Health Among the Elderly*, Jerusalem: Brookdale Institute of Gerontology, Discussion Paper, No. D-89-83, 1983.
- Fleishman, R., *The Care of Hypertension Among the Elderly Population*, Jerusalem, Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development, 1983, (internal publication).
- Garbus, S. & Garbus, S., "Analysis of Mass Hypertension Screening", *Preventive Medicine*, 5 (1976), pp. 48-59.
- Gilleard, C., "Prevalence of Incontinence in Local Authority Homes for the Elderly", *Health Bulletin*, 38 (1980), pp. 236-238.
- Gofin, J., Kark, E., Manheimer, N., Kark, S. L., Abramson, J. H., Hopp, C. & Epstein, L.M., "Prevalence of Selected Health Characteristics of Women and Comparisons with Men", *Isr. J. Med. Sci.* 17 (1981), pp. 145-159.
- Greene, J. C. & Vermillion, J. R., "The Simplified Oral Hygiene Index", *Journal of the American Dental Association*, 68 (1964), pp. 26-31.
- Grintzig, L., *Selected Characteristics of Residents in Long-Term Care Institutions*, Long-Term Care Monograph No. 5, Washington, Research Division, Dept. of Health Care Administration, George Washington University, 1970.
- Gruer, R., *Needs of the Elderly in the Scottish Borders*, Edinburgh, Scottish Home and Health Department (Scottish Health Service Studies No. 33), 1975.
- Hart, J., "Hypertension — Does It Exist and Should It Be Treated", in: *Recent Advances in Geriatric Medicine*, 2 ed., Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, pp. 71-90.
- Hood, N. A., "Urinary Incontinence", *Health Bulletin*, 34 (1976), pp. 354-358.
- Kalimo, E. et al., "Health and Health Care of Elderly Population in Finland", in: *Gerontological XXII Yearbook 1978-79*, Helsinki, Societas Gerontologica Fennica, 1980, p. 65.
- Kark, S. L., Gofin, J., Abramson, J. H. et al., "Prevalence of Selected Health Characteristics of Men. A Community Health Survey in Jerusalem", *Isr. J. Med. Sci.* 15 (1979), pp. 732-741.

- Kessner, D. & Kalk, C., *A Strategy for Evaluating Health Services*, Washington D.C., National Academy of Sciences, 1973.
- Kramer, I. R. H., Pindborg, J. J., Bezrookov, V. & Sardo Infirri, "Guide to Epidemiology and Diagnosis of Oral Mucosal Diseases and Conditions", World Health Organization, *Comm. Dent. and Oral Epidemiol.* 8 (1980), pp. 1-26.
- Longest, B., "Hospital Services: An Empirical Analysis of Their Quality-Cost Relationship", *Hospital and Health Services Administration*, 23 (1978), pp. 79-92.
- McCoy, K., *Elderly People in Hospitals and Residential Homes*, Belfast Social Work Advisory Group, Dept. of Health and Social Services, 1982.
- McWilliam, R. J., "Vision in the Elderly", *Health Bulletin* 36 (1978), pp. 69-71.
- Moos, R. & Igra, A., "Determinants of the Social Environments of Sheltered Care Settings", *Journal of Health and Social Behavior* (1980), pp. 88-98.
- Moos, R. & Lemke, S., "Assessing the Physical and Architectural Features of Sheltered Care Settings", *Journal of Gerontology* 35 (1980), pp. 571-583.
- Moos, R. & Lemke, S., *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP): Preliminary Manual*, Palo Alto, Stanford University School of Medicine, 1979.
- National Center for Health Statistics, *Chronic Conditions and Impairments of Nursing Home Residents — U.S. 1969*, Vital and Health Statistics Series 12, No. 22 Washington, Public Health Service, U.S. Government Printing Office, 1973.
- Rosin, J. A. & Galinsky, D., "Health Testing in the Elderly by the Multiphasic Method", *Geront. Clinica* 17 (1975), pp. 80-88.
- Schulz, R., "The Effects of Control and Predictability on the Physical and Psychological Wellbeing of the Institutionalized Aged", *Journal of Personality and Social Psychology* 33 (1976), pp. 563-573.
- Seligman, M., *Helplessness*, San Francisco, W. H. Freeman, 1975.
- Silverberg, D. S., Rosenfeld, J., Agmon, J., Regev, O. & Ron, A., "Evaluation of Hypertension Control in General Practice". *Isr. J. Med. Sci.* 15 (1979), pp. 817-820.
- Sourander, L. B. et al., "A Health Survey on the Aged with a 5-year Follow-Up", *Acta Socio-Medica Scandinavica*, Suppl. 3, 1970.
- Spilerman, S. & Litwak, E., "Reward Structures and the Organizational Design of Institutions for the Elderly", in: Spiro, S. & Yuchtman-Yaari, E. (eds.) *Evaluating the Welfare State: Social and Political Perspectives*, N.Y., Academic Press, 1983.
- Svanborg, A., Bergstrom, G. & Hellstrom, D., *Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly*, Copenhagen, World Health Organization, 1982.
- Townsend, P., "Isolation and Loneliness in the Aged", in: *Loneliness, the Experience of Emotional and Social Isolation*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1973, pp. 175-188.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Long-Term Care Facility Improvement Study — Introductory Report*, Public Health Service, Office of Nursing Affairs, 1975.
- Weihl, H. & Berman, E., *An Experimental Project: Center for the Aged in Beit Pome-rantz, South Jerusalem*, Jerusalem, National Insurance Institute, 1977.
- Weihl, H., Nathan, T. & Avner, U., *Investigation of the Family Life, Living Conditions and Needs of the Non-Institutionalized Urban Jewish Aged 65 in Israel*, State of Israel, Ministry of Labor and Social Affairs, 1970.
- Willington, F., "The Physiological Basis of Retraining for Continence", in: F. Willington (ed.), *Incontinence in the Elderly*, 1976, pp. 188-201.
- World Health Organization, *Arterial Hypertension*, W.H.O. Technical Report Series 628, Geneva, 1978.

האם חוקי הפלה משפיעים על שיעורי הילודה? עדויות מכמה ארצות

מאת אילנה ציגלר ופרופ' שלמה שרלין *

מבוא

כמעט כל מדינה מנסה להשפיע על שיעורי הילודה, ובדרך כלל — לא במוצהר. היעד שונה מחברה לחברה בהתאם לתפיסת הצורך הלאומי בצמיחת או בהקטנת האוכלוסייה. צמיחה יכולה להיחשב חיובית במקום אחד ושלילית במקום אחר, וההערכה כלפי הנושא יכולה להשתנות עם הזמן.

קובעי המדיניות מניחים, שלאמצעים אדמיניסטרטיביים ישירים של פיקוח על הילודה יש השפעה מכרעת על גודל המשפחה, ושהתנהגות קבוצות ניתנת להכוונה בדרך זו. משום כך הם משתמשים בתדירות גבוהה באמצעים כאלה. בחיפוש שינוי אחר מדינת שבה היתה יציבות בחוקים ובמדיניות לאורך זמן כמעט העלינו חרס בדיונו. המדיניות נעה, לסירוגין, בין החמרות והקלות משמעותיות בחוקים. המדינאים גבהלים מדי פעם מתוצאות המדיניות הנקוטה כאשר יש לה, בדרך כלל, השלכות בלתי צפויות בתחומי חיים שונים; יתר על כן, מצב הרוח הלאומי משתנה, האופנה משתנה, הדשא אצל אחרים ירוק יותר. לכן שינויי המיוון הם תכופים.

שיעורי הילודה הם פונקציה של רצונות וכוחות חברתיים מסובכים וקשים לניתוח. התעדפות של פרטים באופן מצרפי בכל זמן נתון מעוצבות על-פי תרבותם, סביבתם הנו-

כחית והקודמת ושיקולים אישיים. ההתנהגות וההרגלית באשר לגודל המשפחה היא מתגמלת. השאלה היא אפוא, כיצד ניתן לשנות את ההרגל?

מדינאים מאמינים, כפי שצינו, שבאמצעות חוקים ומדיניות הקובעים את זמינות ומחיר ההפלה ואמצעי המניעה ניתן להוליד אל היעד הלאומי בתחום שיעורי הילודה. אנו נפריך דרך זו בדיונו. נעמיד מולת גורמים מהותיים, דהיינו גורמים המשפיעים, דרך עיצוב תפיסת גודל המשפחה הרצוי, על שיעורי הילודה.

קודם שניכנס בעובי הקורה של סוגיה זו רצוננו להקדים ולהעיר, שאנו מתייחסים בדיונונו רק לגורמים שיש להם השפעה על שיעורי הילודה במישור הלאומי, ולא לשיקולים אלה או אחרים המשפיעים על החלטתן של משפחות בודדות להביא לעולם ילד ראשון או ילד נוסף. מחלה של אחד מבני הזוג, קיומו של ילד מפגר במשפחה, נסיעה מתוכננת להשתלמות של אחד מבני הזוג ואלף ואחד מצבים מיוחדים שפיעו על החלטתן של המשפחות במצבים הנתונים, והם עשויים אף להיות מכריעים ברמה המקומית, אך כל עוד לא הוכחה מרכזיותם לגבי שיעורי ילודה ברמה הלאומית אין אנו עוסקים בהם.

המודל המובא להלן מסכם את הגורמים השונים המשפיעים על החלטת בני הזוג להוליד ילד נוסף בכל נקודה על רצף תקופת

* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
1. באמצעים אדמיניסטרטיביים ישירים לפיקוח על הילודה הכוונה לחוקים ולמדיניות הנוגעים להפלה ולאמצעי מניעה הקובעים את זמינותם ומחירם.

הזו אין השפעה משמעותית על שיעורי הי-
לודה.

אנו ננסה להוכיח את הנחתנו באמצעות
נתונים שונים ודוגמאות, שינבע מהן שאמ-
צעים אדמיניסטרטיביים ישירים של פיקוח
על הילודה, המקובלים על קובעי המדיניות
כמרכזיים בהכוונת שיעורי הילודה ומשמשים
אותם לכך, הם גורמים מסדר גודל שני
(משניים), שכן אינם משפיעים על התפיסה.
נעמיד לעומתם גורמים אחרים, המשפיעים
ומעצבים את התפיסה בדבר גודל המשפחה
הרצוי ונוכח, שהם המהותיים לגבי שיעורי
הילודה. כמו כן נאתר את הגורמים המהו-
תיים, נמיין אותם ונסווגם בקטגוריות.

גורמים מהותיים המשפיעים על שיעורי הילודה

נבחין בין שתי קטגוריות מרכזיות:

א. התרחשויות בתחום המאקרו, שאינן נית-
נות לשליטה בידי קובעי המדיניות ואשר
השפעתן גדלה על התנהגות ילודה של פר-
טים באופן קיצוני. התרחשויות אלה כוללות:
1. תהליכים חברתיים, התפתחויות בעלות
עוצמה, כוחות וזרמים חברתיים; 2. אירועים
ספציפיים בעלי עוצמה.

ב. גורמים הניתנים להשפעה והכוונה בעזרת
מדיניות מתאימה.

נעבור עתה להציג דוגמאות בהתאם לקט-
גוריות אלה.

א. התרחשויות בתחום המאקרו

1. תהליכים חברתיים, התפת-
חויות בעלות עוצמה, כוחות וז-
רמים חברתיים

(א) התנועה לשחרור האשה. עם
ירידת כוחה של הדת, באווירה של ליברליזם
חברתי שהתפשטו בה ערכים של אינדיבידו-
אליות ורציונליות, צמחה התנועה לשחרור
האשה. התנועה פסלה את מערכת היחסים
הקיימת וחרתה על דגלה שינוי במעמד

הפוריות של האשה. נתייחס עתה למרכיבי
העיקריים (ראה תרשים 1).

מה מכוון את ההתנהגות האנשית בתחום
ההולדה?

הנחה: הדרך שבה תופסים בני
אדם את גודל המשפחה הרצוי
באופן מצרפי היא המכוונת את
ההתנהגות בתחום ההולדה.

אם היעדים הציבוריים בתחום ההולדה אינם
עולים בקנה אחד עם ההתנהגות הנגזרת מן
התפיסה את גודל המשפחה הרצוי בעיני
הפרטים באופן מצרפי, אין כל סיכוי להגשים
את המדיניות. בין שהחברה פרימיטיבית ובין
שהיא מפותחת — במקרה של אי התאמה
בין המטרה החברתית ובין רצונם של הפר-
טים יגשימו הפרטים את רצונם באשר לגודל
המשפחה הנתפס כרצוי בעיניהם (בשני הכי-
וונים: הרחבה או צמצום). בחברה המודר-
גית קיימים אמצעים קלים ונוחים יותר מאשר
בחברות בלתי מפותחות להשגמתה של מטרה
זו. גם כאן, כבמקרים רבים אחרים (למשל,
תשלומי אמת למס הכנסה כשיעורי המס
גבוהים), כאשר הנוק הנגרם לאדם מהקפדה
על החוק — אפילו אם הוא מקובל כצודק —
נתפס בעיניו כגבוה מאוד, יופר החוק לעתים
קרובות. ייתכן, לדוגמה, שמדיניות הפלות
מחמירה, הנקבעת בידי המחוקק מתוך מטרה
להגדיל את האוכלוסייה, לא תישא פרי, אם
עיתויה, אופי ביצועה והצעדים הנלווים אליה
אינם עולים בקנה אחד עם "הנטיות הציבו-
ריות". במקרה כזה לא יהיה החוק ניתן לאכי-
פה, והחמרתו תביא רק להעלאת מספר ההפ-
לות הבלתי חוקיות והיעד העיקרי לא יושג.
ולדיפך, אם המחוקק מעוניין להביא להקטנת
הילודה, ומתיר לכן הפלות לכל דורש, אבל
"הנטיות הציבוריות" מברכות על מספר יל-
דים גדול, אזי "הליברליות" במדיניות ההפ-
לות לא תשנה ולא כלום.

מאחר שההנחה שלנו מעמידה את התפיסה
לגבי גודל המשפחה הרצוי כגורם המרכזי
בקביעת שיעורי הילודה נובעת ממנה המס-
קנה, שלגורמים שאינם משפיעים על התפיסה

הית, ולכן במאקרו, גודל המשפחה הרצוי קטן, כדי לשמור על תחלופה וגידול אוכלוסין סביר (ולא גדול מדי). וסטוף (1978) מביא גורמים המראים, שהפער בין שיעורי התמותה לשיעורי הילודה נשמר בגבולות סבירים לאורך השנים (תימוכין גם אצל דיוויס, 1963). השינוי בתפיסת גודל המשפחה הרצוי ותמותת התינוקות הגמוסה — שהביאה להשגת גודל רצוי זה במספר לידות קטן — אשר לא לוו בשינויים בדפוסי החיים של בני הזוג, תכופות המגע המיני, השימוש באמצעי מניעה חדשים וכו' (כלומר מספר ההיריונות נשאר כמקודם), הביאו לעלייה בשיעורי ההפלה באמצע המאה ה-19. אומדנים שעשה מוזר (1975) לגבי ארצות הברית מראים, ששיעור ההפלות עלה מ-1 ל-35 לידות חי ב-1800 ל-1 ל-5 לידות חי ב-1870. עלייה זו הבהילה את הציבור דאז (בגלל מערכות הערכים המוסריות הציבוריות שלא תמיד תאמו את אלה של הפרט, או כעתה), ולכן נוצר לחץ לחוקק חוקים חריפים נגד הפלות. חוקים אלה לא סייעו הרבה להעלאת שיעורי הילודה, אבל הם תרמו להשקטת קול המוסר הציבורי, ולהתאמה לערכים שהחברה האמינה בהם.

(ג) תנועת "גידול אוכלוסין אפס" (Z.P.G.). דוגמה לכוח הברתי, שתפיסת העולם שייצג השפיעה על שיעורי הילודה, היא תנועת ה-"Z.P.G."². רוח שנות ה-60 בארצות הברית היא שהעלתה את תנועת ה-Z.P.G. אבי התנועה והאידיאלוג המרכזי שלה, פול ארליך, ניאו-מלתוסיסט, הושפע מאוד מתחזיות דמוגרפיות קודרות של שנות השישים שהצביעו על שיעור עלייה גדול הצפוי באוכלוסיית העולם. הוא ותנועתו ראו בגידול הבלתי מבוקר של האוכלוסייה את הבעיה המרכזית של החברה האנושית, המאימת לדעתם על העולם בשני תחומים: רמת חיים ואיכות הסביבה. הנתחם הבסיסית

האשה, שישווה אותה למעמד הגבר. היתה זו קריאת תגר על מוסד הנישואין והמשפחה המסורתית ועל תפקיד האשה במוסדות הללו. שינויים אלה השפיעו בכיוון של ירידת הילודה.

וסטוף (1978), המנתח את דפוסי הנישואין והמשפחה במאמרו על "פוריות ונישואין בחברות מפותחות", הצביע על סימנים של שינוי הנוגעים לנישואין: גיל הנישואין עולה, מספר הנשים הבלתי נשואות עולה. זוגות חיים ללא נישואין, עולה שיעור הגירושין — כל אלה הם גורמים המשפיעים על צמצום הילודה. אשר למשפחות: חל שינוי בציפיות האשה מן הנישואין: לא עוד התפקיד המסורתי של הבאת ילדים לעולם, גידולם וחינוכם בלבד, אלא שאיפה להגשמה עצמית בדרך של השתלבות במעגל העבודה ורצון אצל האשה לשפר את מעמדה הכלכלי ולהשוותו לזה של הגבר. כל אלה הביאו בעקבותיהם לצמצום הילודה.

השינוי שחל בתפיסת האשה את מעמדה ותפקידה הביא בעקבותיו גם שינוי בתפיסתה את גודל המשפחה הרצוי. דבקות בתפיסתה המסורתית לגבי משפחה וילדים היתה מנציחה את המצב האי-שוויוני בינה לגבר. לדעתו של וסטוף (1978), השינויים במוסד המשפחה ובמעמד האשה הם בלתי הפיכים — ומלוא עוצמתם של אלה הקשורים במעמד האשה עדיין לא בא לידי ביטוי.

(ב) ירידה בתמותת התינוקות. התפתחות בעלת עוצמה ששינתה את התפיסה בדבר גודל המשפחה הרצוי היתה הירידה בתמותת התינוקות. כדוגמאות המעוגנות בנתונים סטטיסטיים ניתן להביא את התופעות שהתרחשו בארצות הברית ובאנגליה במאה ה-19. המהפכה התעשייתית והשיפורים המשמעותיים בתברואה שבאו בעקבותיה הביאו להפחתה ניכרת בשיעורי התמותה — כולל תמותת התינוקות — באנגליה ובארצות הברית.

2 "גודל אוכלוסין 0" (Z.P.G., Zero Population Growth) הוא מונח שמשמשים בו דמוגרפים לציון מצב של איזון בין תמותה לילודה, כלומר, מצב שבו חל קיפאון בגידול האוכלוסייה.

1971. היו שיעורי הילודה קטנים רק במעט במדינות שבהן היו חוקי ההפלות ליברליים לעומת שתי המדינות האחרות. המסקנה המתבקשת מניתוח זה היא, שבמקרה הנידון (בהשפעת האופנה), דרכה של תנועת "Z.P.G." והפחדים מפני התפוצצות אוכלוסין שהוחדרו ב-1970 על ידי תנועה זו היו אפקטיביים מאוד (דרך לחצים חברתיים, בין השאר) בקביעת גודל המשפחה הרצוי. השפעת גורמים אלה על שיעורי הילודה היתה גדולה יותר מאשר השפעתה של הליברליזציה בחוקי הפלות. מאלף במיוחד הוא ניסוי יונה של מדינת קליפורניה שבארצות הברית, המדינה שבה התנבא נביא התנועה: פול ארליך.

השנים 1969—1971 היו השנים הראשונות לאחר הליברליזציה של חוקי ההפלה, אשר חוקקו במדינה זו ב-1967. המספרים מוכיחים בעליל, שהעלייה במספר ההפלות לא באה על חשבון לידות פרט למקרה של נשים בגיל 35—44. בשאר הקבוצות מספר הלידות גדל מעט יותר משיעור גידול האוכלוסייה, ואילו מספר ההפלות גדל בשיעורים משמעותיים ביותר. ההסבר המתקבל על הדעת לתופעה זו הוא, שההפלות הבלתי מדווחות הפכו להיות מדווחות (ראה לוח 2).

2. אירועים ספציפיים בעלי עוצמה

(א) מלחמות (דחפים קיומיים). בדיקת נתונים לגבי שיעורי ילודה במדינות אחדות בתקופה שקדמה למלחמה ומיד אחריה, תוך השוואה למדינות אחרות שלא התנסו במלחמה, אך דמו בכל שאר המשתנים הרלוונטיים, גילתה שהיתה קפיצה פתאומית בשיעורי הילודה מיד לאחר המלחמה (Baby Boom). כך אירע במדינות שהשתתפו במלחמת העולם השנייה ותופעה דומה מצאנו בישראל. לאחר מלחמת ששת הימים ומלחמת יום הכיפורים היתה קפיצה פתאומית בשיעורי הילודה באוכלוסייה היהודית, בעוד שבתקופה המקבילה לא חל שינוי במגמת

היתה, שהאוכלוסייה אינה יכולה להמשיך לגדול בצורה בלתי מוגבלת בעולם שהוא סופי, שכן הגידול מוליך "להתפוצצות אוכלוסייה". לפיכך, האנושות נתבעת לנקוט אמצעים דרסטיים כדי להביא להקפאת גודל האוכלוסייה; לשם כך יש להוריד את שיעור הילודה אל מתחת לשיעור הנוכחי ולצמצם את הילודה על ידי תכנון הפרייון והילודה במישור הלאומי והעולמי (ארליך, 1970). אנו נראה מה היתה השפעתה של התנועה במספר מדינות בארצות הברית על התפיסה בדבר גודל המשפחה הרצוי בראשית שנות ה-70 בשעה שהתמיכה ברעיונות התנועה היתה בשיאה (ראה לוח 1).

לוח 1. שיעורי הילודה ל-1000 נשים בגיל הפרייון במספר מדינות בארצות הברית

המדינה השנה	מרילנד	קליפורניה	מדינת ושינגטון	העיר ניו-יורק
1966	93.3	86.3	84.6	92.5
1967	87.8	*83.9	85.5	87.4
1968	*83.9	82.7	85.5	84.4
1969	82.6	83.9	85.7	86.3
1970	80.8	84.6	*86.0	*87.3
1971	73.7	74.7	74.4	76.4
1972	64.7	67.6	64.1	66.1

מקור: Van der Tak, עמ' 67. * שנה שבה הותרו הפלות.

עיון בלוח 1 מראה, ששיעורי הילודה ל-1000 נשים בגיל הפרייון ירדו בצורה חריפה ב-1971 ושוב ב-1972 בכל המדינות המופיעות בטבלה, ללא התייחסות לשאלה מתי הותרה ההפלה במדינה זו או אחרת. בקליפורניה הותרה הותרה ההפלה ב-1967 ושיעור הילודה לא השתנה עד 1970; כך במרילנד ב-1968, עם אפקט קל בתחילה שגדל באופן ניכר בשנים 1971—1972; ואילו בניו-יורק ובוושינגטון היתה ירידה מיד עם הליגליזציה — ושוב בשנת 1971. יתר על כן, לפני

לוח 3. ישראל: שיעורי לידה ל-1000 נפשות בחומשים סביב מלחמות, יהודים ולא-יהודים

השנה	הלאום	
	יהודים	לא-יהודים
1965	22.6	50.7
1966	22.4	49.5
1967	21.5	44.9
1968	22.8	45.1
1969	23.4	46.4
1971	25.2	45.5
1972	28.3	45.6
1973	23.9	45.1
1974	24.5	44.8
1975	25.0	42.7

מקור: שנתונים סטטיסטיים לישראל בשנים המתאימות.

המחצית השנייה של 1967 — גרם ירידה חדה בשיעורי הילודה בשנת 1967, הן באוכלוסיה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. מיתון כלכלי מערער, כנראה, את תחושת הביטחון ומשפיע על הצפי לעתיד בתחום הכלכלי. לכן נרתעים אנשים מלהביא ילדים לעולם.

(ג) שנת "הסוס לוחך האש" (Fiery Horse) ביפן. לפי האמונה העממית הרווחת ביפן, בת הנולדת בשנת ה"סוס לוחך האש" תהיה מרשעת ולכן סיכוייה להינשא יהיו נמוכים (Van der Tak, 1974). משום כך קטן מספר הלידות ביפן בשנת 1966 (ראה לוח 4).

לוח 4. יפן: נתוני לידות, 1965—1967 *

השנה	אוכלוסייה (במיליונים)	מספר הלידות (באלפים)
1965	98.3	1824
1966	99.1	1359
1967	100.2	1935

* המקור: קלהן (1970), עמ' 267.

לוח 2. הפלות ולידות בקליפורניה, בשכבות גיל שונות, 1969—1970 * (המספרים מתייחסים לתושבי קליפורניה בלבד)

שכבת גיל	1970	1970	1969
הפלות כללי	4.09	59626	14584
לידות	1.03	361600	352300
הפלות 19—15	4.15	18634	4488
לידות	1.04	61000	58700
הפלות 24—20	4.20	20020	4770
לידות	1.03	137300	133200
הפלות 34—25	4.16	16106	3873
לידות	1.03	142000	137300
הפלות 44—35	3.35	4866	1453
לידות	0.96	213000	22300

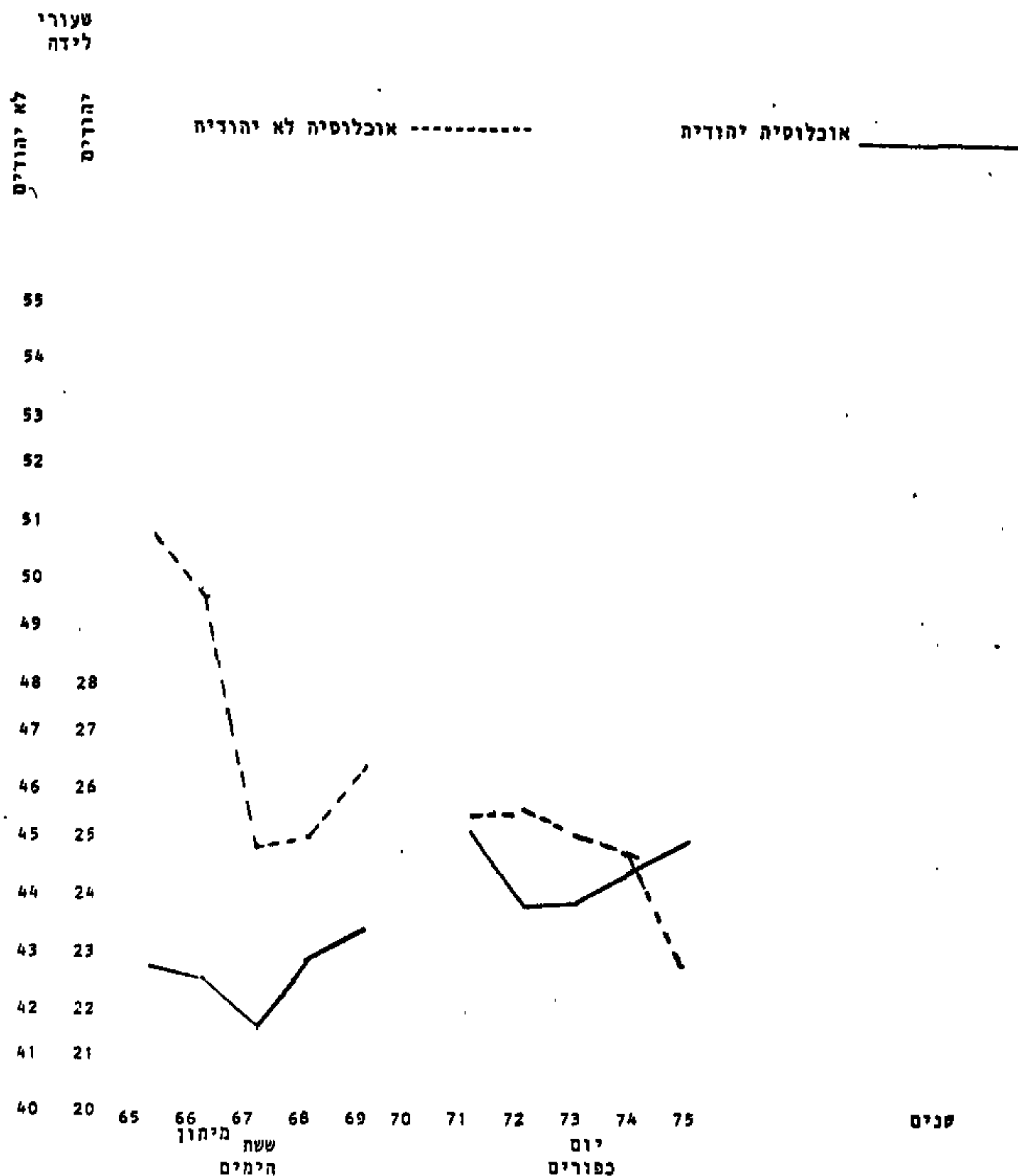
* המספרים עומדו על-פי Luker (1975), המצטטת נתוני מרשם תושבים של קליפורניה.

הגידול באוכלוסייה הערבית בישראל, שלא ניוקה במלחמה.

נפילת קורבנות, תחושה של היחלצות ממשבר וגורמים פסיכולוגיים שונים מביאים, כנראה, לתופעה של רצון להשלים ולפצות את החברה על אובדנה. במצב של דחף בלתי מודע ללדת פוחתים שיקולים אחרים, שבמצבים דומים פועלים לנקיטת אמצעים למניעת היריון או לידה.

בלוח 3 מובאים שיעורי הילודה באוכלוסייה היהודית והלא-יהודית בשתי תקופות של חמש שנים, המרוכזות סביב המלחמה (לוח 3 וכן תרשים 2).

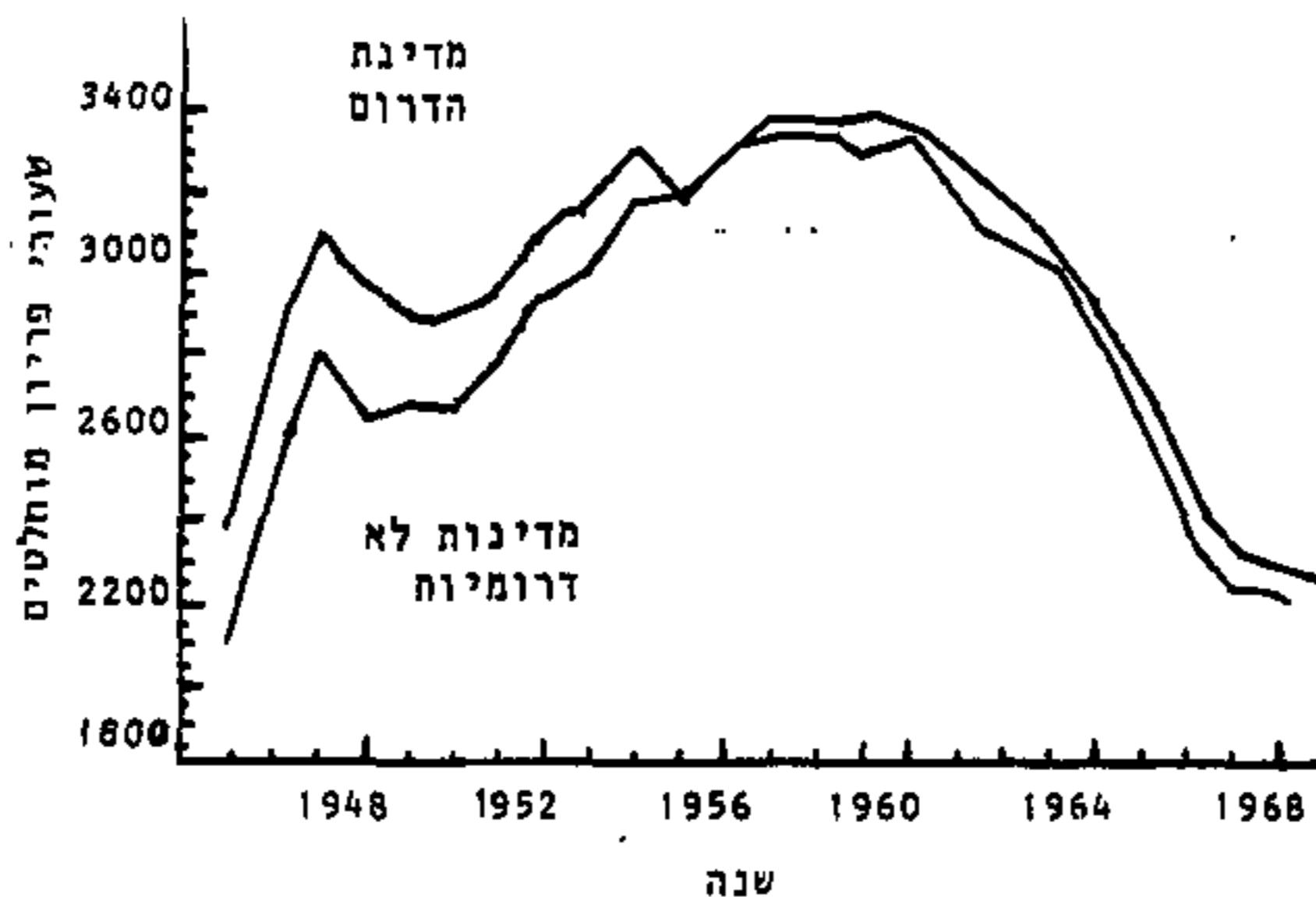
(ב) מיתון כלכלי. תרשים 2 מראה, שהמיתון של 1966—1967 — שנמשך עד



תרשים 2. שיעורי ילודה (ל-1000 נפשות) בחומשים פביב מלחמות: אוכלוסייה יהודית ולא-יהודית

בעניין איסור ההפרדה על רקע גזעי במוסדות החינוך הציבוריים. התבוננות בנתונים לגבי שיעורי הילודה בארצות הברית בשנות ה-50 מראה, שמספר הלידות של לבנים במדינות הדרום עלה מעט יותר מאשר בארצות הברית כולה (2.2% בדרום, 0.8% בארצות הברית כולה) בשנים 1953-1954, אולם ירד ב-0.7% בין 1954-1955, בשעה שבארצות הברית כולה נרשמה

(ד) החלטת בית המשפט העליון של ארצות הברית בשנת 1954 בדבר אי חוקיות ההפרדה בין שחורים ללבנים במוסדות חינוך ציבוריים. כדוגמה של אירוע שהשפיע בעוצמתו על שיעורי הילודה בשנה מסוימת דרך שינוי בתפיסה הציבורית בדבר גודל המשפחה הרצוי בעת ההיא נזכיר את החלטת בית המשפט העליון של ארצות הברית



תרשים 3. שיעורי פוריות מוחלטים * של נשים דרומיות ולא דרומיות, 1945-1969.

* שיעורי פוריות מוחלטים: מספר הילדים ש-1000 נשים בגיל הפרייה צפויות ללדת במשך שנות חייהן, אם שיעורי הפוריות בתקופת הבסיס י שארו ללא שינוי. מקור: Rindfuss, Reed & St. John (1978), עמ' 214.

הירידה הקטנה יותר בשיעורי הילודה שגרמה בקרב השחורים עולה בקנה אחד עם ההשערה: חלה אצלם ירידת-מה בילודה כי גם הם חשו אי-ודאות בעקבות החלטת בית המשפט. הדפוס המסורתי של חינוך ילדיהם עמד להשתנות וללא ספק חשו שתתלווה אלימות לביטול ההפרדה בין הגזעים; יחד עם זאת, הירידה היתה פחותה אצלם מזו שגרמה אצל הלבנים, כי השפעת הפגיעה בסטטוס וביתרונות של הלבנים בעקבות הפסיקה המשפטית היתה גדולה לאין שיעור מזו שאיימה על השחורים (ראה תרשים 3).

לסיכום ניתן לומר, ששיעורי ילודה הם פונקציה של רצונות וכוחות חברתיים מסוימים וקשים לניחוח. ראינו כמה מהם: למשל, ציפיות כלכליות, ציפיות אישיות לעתיד, תחושות לאומיות, שיעורי תמותה. התשכענו, שהשפעות אלה הן המהותיות, שהן הקובעות את גודל המשפחה באופן קיבוצי, ומה שחשוב במיוחד לענייננו — הן מתרחשות ללא תלות במדיניות ילודה, לפי ההגדרה המקובלת של מדיניות ילודה, הכוללת חקיקה בנושא הפלות והשפעה על המדעות לאמצעי מניעה.

עלייה של 1.9% בין השנים 1955-1956 עלה שוב מספר הלידות בקרב הלבנים בדרום (ב-2.2%), אולם לאט יותר מאשר בארצות הברית כולה (2.6%). דפוס הלידות בקרב השחורים היה דומה לזה של הלבנים, אך בפחות בולטות.

כיצד ניתן להסביר התנהגות חריגה זו בתחום הילודה? בחינת ההתרחשויות במדינות הדרום בשנת 1954 מצביעה לכיוון אותו אירוע היסטורי שהזכרנו — החלטת בית המשפט העליון. ב-15 למאי 1954 החליט בית המשפט העליון של ארצות הברית במקרה של *Brown vs. Board of Education*, שהפרדה (גזעית) בבתי-ספר ציבוריים היא מנוגדת לחוקה. ההחלטה, שהתקבלה פה אחד, היכתה את הדרומיים בהלם. היה בה כדי לפגוע באופן בסיסי בתפיסתם את אורח החיים באזורם. סביר להניח, שאי-נומיה וחרדה מפני עתיד בלתי ידוע השפיעו על תפיסת הדרומיים את הרציות של ילד בשלב זה, ולפיכך הביאו לדחיית הולדת ילדים שהיתה מתרחשת אילו ניתקבלה החלטה זו.

3 מדינות הדרום: "הדרום" נקבע כאן לפי סקר האוכלוסין "Census South", שכלל את 11 מדינות הקונפדרציה ובנוסף להן את דלאוור, מרילנד, וירג'יניה המערבית, קנטקי, אוקלהומה ומחוז קולומביה.

גורמים אלה אינם בלתי תלויים זה בזה. השפעתם על שיעורי הילודה היא ארוכת טווח. אוסנה: בגורם זה נכללות צורות של התנהגות חברתית, הנתפסות כנורמות התינהגות רצויות והנפוצות בדרך של חיקוי ועקב השפעות חיצוניות. מאחר שאין להן בסיס מוצק הן בנות חלוף.

"מחיר" הילד: גורם זה מורכב מסך-כל המשאבים הכלכליים, שיש להם שימוש חיי-לופי, המושקעים בגידול ילד בתקופת הזמן שהוא נמצא ברשות ההורים.

אופן קביעתם של גורמים אלה בחברה נתונה ודרכי ההשפעה עליהם הם עניין לדיון בפני עצמו ויידונו במאמר נפרד (שרלין וציגלר, בהכנה).

בחינת האפקטיביות של גישות שונות לשאלת השינויים הדמוגרפיים

הרבה מדינות נתקלו בבעיות דמוגרפיות: גידול יתר או תת-גידול מנקודת ראותם של מעצבי המדיניות. הם נוטים לייחס לקולתם או לחומרתם של חוקי הפלה חוקים אחרים קשר סיבתי לתופעת הגידול הבלתי רצויה. כדרך לפתרון בעיות מסוג זה נטו לחוקק חוקים בנושאי הפלות ונושאים אחרים כדי לשנות את התהליך הדמוגרפי. לא תמיד נומקה החקיקה בנימוקים דמוגרפיים גם אם נתכוונו לכך. אנו ננתח את ההתפתחות במספר מדינות ונבחן את האפקטיביות של הצעדים השונים.

בתיאור הניסיון שהצטבר בכמה מדינות שנביא כאן לא נתייחס להשפעת הצעדים שננקטו על מספר ההפלות הכולל, אלא על מספר ההפלות המדווחות בלבד. יש כמובן עניין רב בהשפעה על מספר ההפלות הכולל והיא אף ניתנת לבדיקה בעזרת שיטה שפיתחנו, המאפשרת לאמוד את מספר ההפלות הבלתי מדווחות, אך היא תידון במקום אחר (ציגלר, ציגלר ושרלין, נמסר לפרסום).

יש לשאול אפוא, האם ניתן בכלל לכוון שיעורי ילודה בעזרת מדיניות? בהמשך ננסה להצביע על כך שאכן ניתן לפתח מדיניות כזו ושאכן תיתכן השפעה לקובעי המדיניות על שיעורי הילודה.

צעדים רבים שיש להם, כנראה, השפעה על הפוריות לא ננקטו בידי קובעי המדיניות מתוך כוונה ישירה או במוצהר להשפיע על הפוריות, אלא היו תגובות ממשלתיות בזמנים שונים לתחום רחב של צווים חברתיים, שהחשובים בהם היו, כנראה, קידום חברתי וכלכלי של אוכלוסיותיהם ומילוי אחר נורמות תרבותיות. מספר מדינות, בעיקר במזרח אירופה, עברו שינויים תכופים. בסוגי מדיניות שונים שנתכוונו במוצהר להשפיע על שיעורי הילודה.

הערכת האפקטיביות של מדיניות מסוימת לגבי שיעורי הילודה אינה יכולה להיעשות באמינות אלא אם כן תהיה לנו היכולת לבודד את השפעות של סוגי המדיניות השונים. ליכולת כזו הגענו בעקבות פיתוח כלים, שהבטיחו נגישות לפרטים הקשורים לילודה אשר לא נותחו במלואם בעבר (על הכלים שפיתחנו ועל דרך פיתוחם ראה ציגלר, ציגלר ושרלין, נמסר לפרסום). השינויים התכופים שעשו כמה מדינות במדיניות הילודה שלהן הגדילו את כמות הנתונים שבידינו בנוגע לתוצאות של שינויים אלה ועזרו לנו באימות של מסקנות הניתוח בכלים חדשים.

בדיקת הניסיונות בכלים אלה בחלק מן המדינות (שבהן היתה רמת הדיווח נאותה) הראתה, שקיימים גורמים מהותיים, הניתנים להשפעה ולהכוונה. אנו נאתר אותם ונשווה את עוצמתם לאמצעי מדיניות ולחקיקה בתחום ההפלה.

ב. גורמים מהותיים הניתנים להשפעה בעזרת מדיניות מתאימה

הגורמים המהותיים שאיתרנו, המכתיבים את תפיסת גודל המשפחה הרצוי, מעוצבים במסגרת הכוחות הפועלים בחברה וניתנים להשפעה והם: אוסנה ו"מחיר" הילד.

א. רומניה

לפני אוקטובר 1966 היתה רומניה המדינה הליברלית ביותר והנוחה ביותר עבור נשים שביקשו להפיל את ולדן. בנוסף להיתר ולזמינות בכל הנוגע לטיפול עצמו נהנו הפונות גם מחשאיות מחלטת, ועל-ידי כך נמנעה מהן החשיפה הבלתי רצויה מבחינה חברתית. אבל התוצאה של מדיניות זו היו שיעורי הפלה גבוהים מאוד. באוקטובר 1966 ביצעה רומניה מפנה חד — ממדיניות ליברלית ביותר למדיניות מחמירה מאוד. ההחמרה החריפה בחוק ובאכיפתו נתנה את אותותיה מיד בשיעורי ההפלות והלידות. שיעור ההפלות המזווח קטן ב-95%, ושיעורי הלידה עלו מ-12.8 ל-1000 נפשות באוקטובר 1966 (מתוקן לממוצע שנתי) עד 39.9 ל-1000 נפשות באוקטובר 1967 (10 חודשים לאחר שנכנס החוק לתוקף). שיעור זה ירד חזרה ל-18.8 ב-1972 ללא עלייה בשיעור ההפלות המדווחות, משמע — נמצאו דרכי עקיפה (טיצה ודאוסון, 1975, תרשים 3). כדאי לשים לב לכך, שהירידה היא איטית, לעומת העלייה החריפה, ושהרמה שהגיעו אליה השינויים לאחר 5 שנים עדיין גבוהה ב-45% בערך מן השיעורים המינימליים שהיו תקפים בעת ששונה החוק.

מבחינה דמוגרפית, 5 שנים כאלה של שיעורים גבוהים הן בעלות השפעה מצטברת לא קטנה על שיעורי הלידה בדור הבא (תופעת ה-Baby Boom). "מחיר" ההחמרה בחוק (שלא לוותה בתמריצים חיוביים לעידוד הילודה) היה עלייה של מאות אחוזים במקרי המוות (ראה תרשים 4) — עדות עקיפה נוספת לגידול במספר ההפלות הבלתי חוקיות.

ב. צ'כוסלובקיה

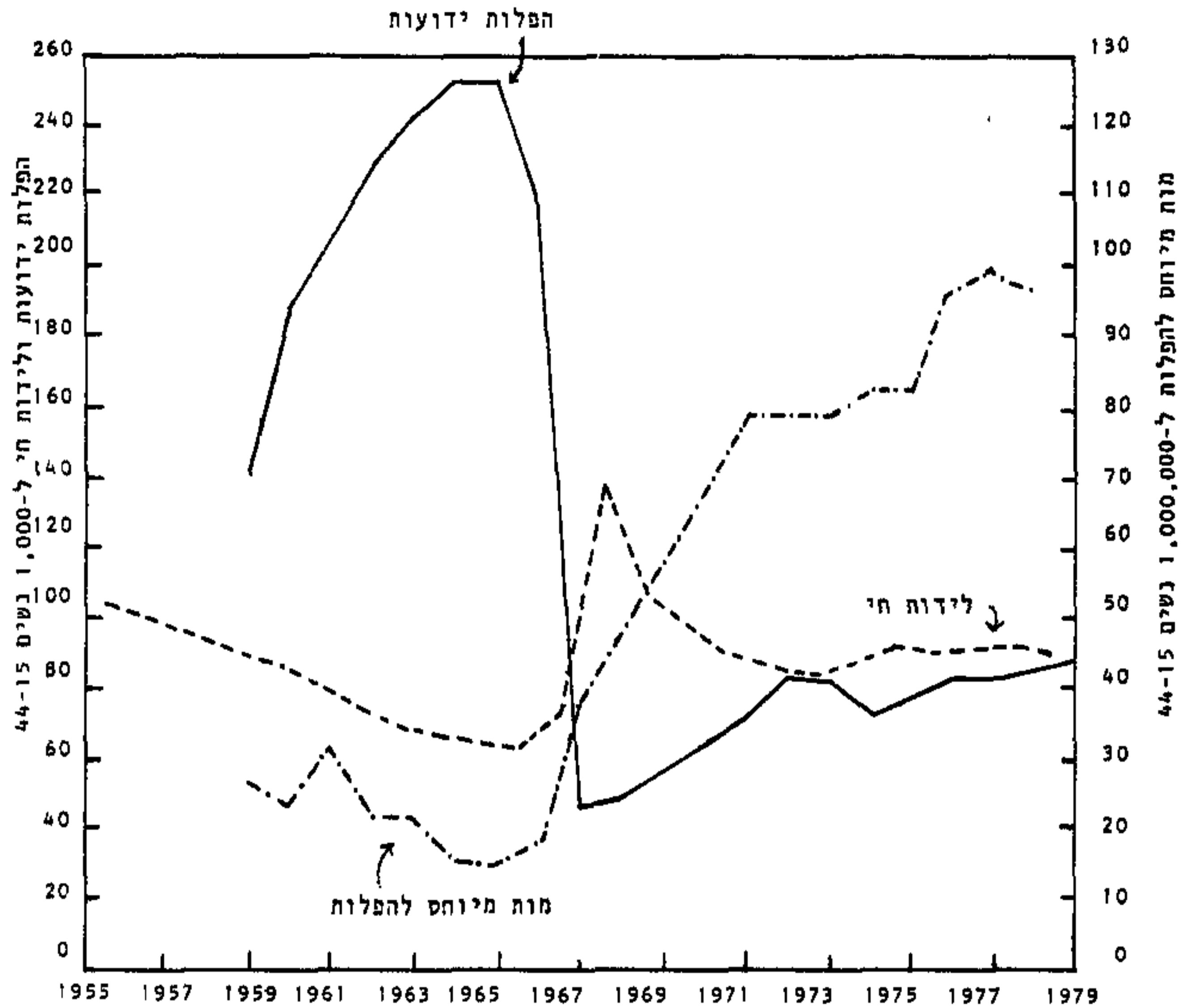
בשנות ה-50 המוקדמות שלט בצ'כוסלובקיה חוק הפלות מחמיר מאוד. בשנת 1957 חל שינוי דרסטי והמדיניות נעשתה ליברלית מאוד לגבי נשים בשלושת חודשי ההיריון הראשונים, ולגבי אלה שלא היו להן הפלות קודמות בששת החודשים שלפני הפנייה לבצע

הפלה. הסיבה העיקרית לשינוי החוק היתה הרצון למנוע ביצוע הפלות לא-חוקיות בתנאים המזיקים לאשה.

התוצאה המידית היתה עלייה חדה במספר ההפלות המדווחות. שיעור ההפלה ל-1000 נשים בגיל הפרייון גדל בשנה הראשונה לאחר הכנסת השינוי פי 8.5 (דהיינו ב-750%!). ותוך שלוש השנים הראשונות להנהגת החוק החדש פי 12 בסך-הכל. השפעת הליברליזציה על שיעורי הילודה היתה קטנה למדי, בייחוד בהשוואה להשפעתה על שיעורי ההפלה. אם לסכם את התופעה: ההפלות הבלתי חוקיות "צפות" על-פני השטח, וההשפעה על שיעורי הילודה אינה גדולה ביותר.

קברניטי המדינה נבתלו כנראה מתוצאות הליברליזציה ובסוף שנת 1962 הוחלט "לשנות כיוון" — לפחות באופן חלקי. מעתה הוחמרו הדרישות לפני מתן היתר הפלה לאשה הנמצאת בהיריונה הראשון וביצוע ההפלה היה כרוך מעתה בתשלום. התוצאה: שיעור ההפלות (המדווחות) ירד באופן דרסטי, ואילו שיעור הלידות — לאחר עלייה קצרת מועד ב-1963, ירד חזרה לרמה שהיתה לו ב-1962. המסקנה המתבקשת: החמרה בחוק מביאה בטווח הקצר לעלייה זמנית בשיעורי הלידה ולריבוי הפלות לא-חוקיות. בשנת 1965 שינתה צ'כוסלובקיה כיוון פעם נוספת והקלה שוב על הרוצות להפיל. ההקלה התקבלה לאחר ויכוחים מרים שבמרכזם הצביעו המתדיינים על הנוק שגורמות הפלות בלתי חוקיות ועל העלייה במספר ההתאבדויות בקרב נשים הרות (מקגטייר, 1972). בד בבד עם ההקלה בביצוע ההפלות ניתנו קיצות באות לילדים למשפחות הנתונות בתחתית סולם ההכנסה.

רשוב אנו עדים לתופעה של עלייה בשיעורי ההפלות המדווחות. שיעורי הילודה המשיכו לרדת בשיעורים הקודמים (ולא יותר מאשר בתקופה שקדמה לשינוי). בשנת 1968 חל שינוי במדיניות התמריצים. החוק המקל נשאר על כנו. משנת 1969 עד 1973 עלו שיעורי הילוד בה-20% בערך



המקור: Factbook 1983 FIG. 16

תרשים 4. הפלות ידועות ולידות חי ל-1000 נשים בגיל 15-44 ושיעור מקרי מוות ל-1,000,000 נשים בגיל 15-44 המיוחסים להפלה ברומניה בשנים 1955-1979.

העלייה הגדולה בממוצע לילד החל מן הילד השלישי, מעתה חלה העלייה כבר מן הילד השני. במקום תוספת של 7% מן השכר הממוצע שניתנה עם הולדתו של ילד שני, זכתה המשפחה החל מ-1968 בתוספת גדולה פי שניים: 15% מן השכר הממוצע. זהו תמריץ נכבד, מה גם שהוא מלווה במענקים והטבות (ישירים ועקיפים) בזמן הלידה.

כיוון שאלה היו השינויים העיקריים שהוכרו נסו בחוקים בשנים 1968-1973 ושום אירוע יוצא דופן לא אירע בתקופה זו — סביר להניח, שיש קשר בין ההטבות והתמריצים ובין הגידול המשמעותי שנתגלה בשיעורי הילודה (ראה לוח 5).

ושיעורי ההפלות ירדו בשנת 1973 ב-20%. ראוי לציין, שבתקופה זו לא שונתה החקיקה ביחס להפלות, אבל הוגדלו באופן ניכר קיצבאות הילדים, ועבור הילד השני ניתנה קיצבה גדולה במיוחד; מענק הלידה הוגדל, חופשת הלידה בתשלום הוארכה בתחילה לחצי שנה, ואחר כך, ב-1970 — לשנה (מקנטייר, 1970). ניתנו גם מלגות ומענקים שונים. להטבות כספיות אלה היתה השפעה על שיעורי הלידה.

באותה עת בוטלו גם ההבדלים בקיצבאות, שניתנו בעבר לפי רמת ההכנסה ולכן לא הועילו או למעמדות הביניים. חלו שינויי דגשים בקיצבאות. בעוד שלפני 1968 היתה

לוח 5. ציכופלובקיה : מספר הפלות, שיעורי הפלות, שיעורי לידות*

השנה	שיעורי לידה ל-1000 נשים בגיל הפריור	מס' הפלות	שיעורי הפלה ל-1000 נשים בגיל הפריור	שיעורי הפלה ל-1000 לידות	הערות
1956	91.7	3100	1.1	12	
1957	93.1	7300	2.7	29	הקלה רבה
1958	81.4	61400	22.8	280	
1959	80.3	79100	29.3	365	
1960	80.2	88300	32.5	405	
1961	78.9	94300	34.1	432	
1962	78.1	89800	31.5	403	החמרה
1963	83.1	70500	24.1	290	
1964	79.2	70700	23.6	298	
1965	74.3	79600	26.3	354	הקלה
1966	71.8	90300	29.6	412	
1967	69.5	96400	31.4	452	
1968	71.1	99900	32.4	456	שינוי בתמריצים
1969	72.4	102800	33.1	457	
1970	75.6	99800	32.3	427	
1971	78.9	97300	31.4	398	
1972	84.1	91300	29.2	347	
1973	89.2	81200	25.6	287	

* מספר ההפלות, שיעורי הפלה בגיל הפריור ושיעורי הפלה ללידות מובאים על-פי (1975) *Factbook*. שיעורי הלידה ל-1000 נשים בגיל הפריור עובדו במיוחד לצורך מאמר זה.

ג. הונגריה

מעניין לציין, שהתקלה באפשרות לבצע הפלה לא גררה אחריה ירידה בשיעורי הלידה. דווקא בשנים שמיד לאחר הנהגת הליברליזציה — 1953 ו-1954 — חלה עלייה בשיעורי הלידה.

ביוני 1966 שונה החוק ונעשה ליברלי ביותר. מעתה ניתנו אישורים להפלה לפי דרישה. כתוצאה מכך גדלו שיעורי ההפלות המדווחות בקצב מהיר. יש להניח, שתלק גדל הזולך של ההפלות הבלתי מדווחות נעשו מעתה מדווחות וזה הוא המקור העיקרי לגידול שחל במספר ההפלות שנרשמו. במקביל ירדו שיעורי הלידות — עד שנות ה-60 בקצב מהיר, וב-1962 הם הגיעו לשיעורים הנמוכים ביותר באירופה (12.9 ל-1000 נפשות). יש לציין, שהירידה המשמעותית

בין השנים 1949—1952 הותרו הפלות אך ורק מסיבות רפואיות. מלוח 6 ניתן לראות, ששיעורי ההפלות היו גמוכים מאוד (ראה לוח 6).

בשנת 1953 הוקמו בהונגריה ועדות רפואיות לאישור ביצוע הפלות ונימוקים רבים יותר הוכרו כמצדיקים הפלה. ויחד עם זאת, דבר קיומן של ועדות אלה והקריטריונים שבהם השתמשו בפועל לא הגיע, כנראה, לידיעת הציבור הרחב (על כך ניתן ללמוד משיעור ההפלות המדווחות, שעלה אך במעט בשנה הראשונה שלאחר השינוי, אבל קפץ קפיצה גדולה בהמשך). הליברליזציה בפרשנות שניתנה לחוק נמשכה גם בשנים 1955 ו-1956.

לוח 8. הונגריה: מספר הפלות, שיעורי הפלות, שיעורי לידות*

השנה	שיעורי לידה ל-1000 נשים בגיל הפרייה	מספר הפלות	שיעורי הפלה ל-1000 נשים בגיל הפרייה	הערות
1952**	88.9	1700	0.8	9
1953	100.0	2800	1.3	חוק מקל 13
1954	100.0	16300	7.5	75
1955	92.6	35400	16.3	176
1956	82.5	82500	38.3	מקל מאוד 464
1957	78.0	123400	58.0	(הפלה לפי 744
1958	73.1	145600	68.7	דרישה) 940
1959	70.5	152400	72.1	1023
1960	67.7	162200	76.4	1129
1961	62.7	170000	79.4	1267
1962	60.1	163700	75.2	1251
1963	59.6	173800	78.4	1316
1964	59.0	184400	82.2	1393
1965	60.2	180300	80.0	1328
1966	63.0	186800	82.8	1315
1967	68.5	187500	83.1	1213
1968	67.8	201100	88.8	1310
1969	67.7	206800	90.6	1338
1970	64.4	192300	83.5	1296
1971	65.3	187400	81.1	1242
1972	66.8	179000	77.5	1161
1973	71.8	169600	73.5	1023
1974	86.1	102600	44.6	חוק מחמיר 518

* מספר ההפלות, שיעורי הפלה בגיל הפרייה ושיעורי הפלה ללידות מובאים על-פי (1975) *Factbook*. שיעורי הלידה ל-1000 נשים בגיל הפרייה עובדו במיוחד לצורך מאמר זה.
** עד 1952 היה בתוקף חוק מחמיר.

המצטט את אנדרוקה, אסקרו, סבדי ואחרים, לא היה בסכומי הקיצבאות האלה, שכיסו רק חלק קטן מן ההוצאה העודפת של משפחה בגין ילד נוסף, כדי לשמש תמריק. בעיקר יש לשים לב לעובדה, שמשאלים שנערכו בהונגריה הראו, שמספר הילדים הרצוי הוא שניים. אך מדיניות התמריצים לא התחשבה בכך. ב-1973 החל במסע תעמולה נרחב נגד הפלות, אשר לוות בתחיקה מגבילה, שקיבלה תוקף ב-1.1.74. כתוצאה מכך, נעשו ההפלות פחות "מכובדות" ומספרן ירד בצורה

בשיעורי הילודה החלה לפני הכנסת השינוי בחוק (1955, 1956). בראשית שנות ה-60 חלה התייצבות בשיעורי הלידה. באמצע שנות ה-60 — כתוצאה מהשפעות הלוואי של ה-Baby Boom הבת-מלחמתי — היתה עלייה קלה יצוין, שנעשה בשנים אלה ניסיון לנקוט מדיניות של עידוד ילודה באמצעות תמריצים כספיים והונהגו קיצבאות ילדים ומענקי לידה. אך הקיצבאות היו נמוכות למדי ולא גדלו בממוצע עם עליית מספר הילדים. לדעת דייויד (1970),

הילודה ל-1000 נפשות עלה מ-10.8 ב-1975 ל-13.3 ב-1977 (כלומר ב-23% בערך) (ברינדל ואברשטט, 1980).

מגמות כלל-עולמיות הן שהשפיעו על הירידה הממושכת בילודה. כדי לשנות את המגמה היה צריך לשבור את ה"אופנה" של המשפחה הקטנה. אבל על מנת להצליח בכך היה הכרח לבחור מדיניות כזו שלא תתנגש בצורה חזיתית במגמות הכלליות, אלא תשפיע על התוצאות הנלוות שהן, כביכול, נגזרות אחריהן, אך שניתן למעשה לכוונן בלי לערער את המגמה הכללית. דבר זה ניתן היה לעשות על-ידי הורדת "מחיר" הילד הנוסף בעזרת מערכת תמריצים נבונה, המתיישבת עם הצרכים, ותוך הסתייעות בתעמולה אינטנסיבית, שביקשה להשפיע על תפיסת גודל המשפחה הרצוי. בדרך זו אכן שברו את האופנה של המשפחה הקטנה.

ואולם, יש להבחין בין השפעות מידיות שמחוללים השינויים במדיניות ובין תוצאות ארוכות טווח, וכן בין אלה ובין התוצאות של מדיניות הננקטת לאורך זמן.

המעבר מליברליות להחמרה מביא, כפי שראינו, לירידה מידית וחריפה בשיעורי ההפללות ולעלייה בשיעורי הילודה. ההשפעות מתמתנות עם הזמן, ורמת שיעורי ההפללות המדווחות מתייצבת בנקודה גבוהה, שהיא גבוהה יותר מאשר לאחר הנפילה המידית. עיקרו של דבר: הציבור מתרגל, מוצא דרכים חלופיות לביצוע הפלות, ומכיוון שאלה אינן חוקיות אין מדווחים עליהן, אבל קיומן נראה בעליל, שכן שיעורי הילודה יורדים בהדרגה. בסופו של דבר מתייצבים שיעורי הילודה על רמה המותאמת לרצון הציבור. מבחינה דמוגרפית ארוכת טווח, ה-Baby Boom המתלווה להחמרה, למרות שהוא נמשך רק זמן קצר, תורם להגדלה משמעותית של אוכלוסיית הנשים בגיל הפריור כעבור 20 שנה, ולכן השפעת ההחמרה מורכבת יותר מכפי שניתן לראות במבט ראשון. תופעה כזו מביאה לאי-בדירויות בניתוח שיעורי פוריות ומחייבת ניתוח מעמיק (ציגלר, ציגלר ושרלין, טרם

דרסטית (בשנים 1973-1974 ירד שיעור ההפללות המדווחות ב-41%); שיעור הלידות עלה ב-20%. לאור הניסיון הציכי מ-1962 והניסיון הרומני שתיארנו לעיל — היה זה, כנראה, הישג לטווח קצר, אלא אם כן הותאמה מערכת התמריצים. ואמנם, מנתונים מעודכנים המצויים בידינו נראה שאכן כך הוא. בשנת 1981 ירד שיעור הילודה ל-64 לידות חי ל-1000 נשים בגיל הפריור (Fact-book, 1983).

ד. גרמניה המזרחית

עד שנות ה-70 היתה ליברליות בכל הקשור בנושא ההפללות והמדינה לא התערבה בכך בשום צורה. שיעורי הלידות היו גמוכים ביותר. בראשית שנות ה-70 הם היו הנמוכים ביותר באירופה. למעשה, האוכלוסייה קטנה בשיעור שנתי של 2.4 ל-1000 נפשות (Nega-tive Population Growth). פרנסי המדינה נחרדו מן התחזיות בדבר הידלדלות האוכלוסייה.

גרמניה המזרחית הפיקה לקחים מניסיונות אחרותיה. הניסיון הרומני — חוק מחמיר ללא מדיניות של עידוד ילודה — הראה מה כבד היה המחיר (תמותת נשים גבוהה) ששולם תמורת עלייה קצרת טווח בילודה. ניסיונה של צ'כוסלובקיה הוכח, שמערכת תמריצים כלכליים נכונה, המכוונת להשפיע על תפיסת גודל המשפחה הרצוי, היא האפקטיבית ביותר, כאשר היא מלווה בתעמולה אינטנסיבית. ואכן ב-1976 הונהגה בגרמניה המזרחית מערכת תמריצים נדיבה, שכללה בין היתר: חופשות לידה בתשלום למשך 6 חודשים וחופשה נוספת (רשות) בתשלום למשך שנה לאשה שהיא אם ליותר מילד אחד; שבוע העבודה של אשה שיש לה 2 ילדים קוצר ב-4 שעות; מענק הלידה הועלה ל-1200 מרק. כמו כן ניתנה הלוואה ללא ריבית לרכישת ריהוט — הנהפכת בחלקה למענק עם גידול מספר הילדים (הולדת 3 ילדים תוך 8 שנים מבטלת את החוב כליל). למשפחות הוענקה קיצבת ילדים נדיבה ופרוי-גרסיבית. התוצאות היו מרשימות: שיעור

תמותת הגשים ב-50%. בתקופת המקבילה לא נרשמה כל ירידה בתמותת נשים במדינות אחרות באירופה שבהן נתקיים החוק המח-מיר. באנגליה ובארצות הברית, לאחר שחוקקו חוקים מתירניים בסוף שנות ה-60 וראשית שנות ה-70, הסתמנה מיד ירידה בתמותת נשים כתוצאה מהפלה.

ב. פגיעות מיוחדת של אוכלוסיית המצוקה לחוקי הפלה מחמירים

ככל שאכיפת החוק נוקשה יותר כך עולה המחיר הנדרש כדי לבצע הפלה בטוחה. התופעה של "טיולי חוץ-לארץ" למדינות שבהן הפלה היא מותרת רווחת מאוד במדינות המ-קיימות עליה איסור חמור. עקיפת החוק בדרך זו, או על-ידי תשלום גבוה מאוד לרופא מיומן המוכן להסתכן בעבירה על החוק, הן אפשרויות הפתוחות רק לפני בעלות אמצעים. אין בידינו סטטיסטיקות המפרטות את ההס-תכנויות כתוצאה מהפלה בלתי חוקית לפי מאפיינים חברתיים וכלכליים. סביר להניח, ששיעורן של חסרות האמצעים בקרב הנפג-עות מסיבוכים קלים ועד למיתה גבוה במיוחד. וזאת מן הטעמים שלהלן:

- (1) חוסר יכולת לעמוד במחיר הגבוה הנד-רש עבור ביצוע הפלה בטוחה.
- (2) גגישות פחותה למבצעים מהימנים של הפלה ומקומות בטוחים לכך.
- (3) נשים משכבות מצוקה חשופות יותר להיריונות בלתי רצויים בגלל השימוש בשי-טות בלתי יעילות למניעת ילודה.

מאחר שהשאיפה לתכנון הילודה משותפת לנשים אלה ולנשים משכבות המבוססות, פגי-עותן של הראשונות לחוקים מחמירים גדולה יותר.

אין בידינו נתונים המלמדים על מצבן הכלכלי והחברתי של משפחות בלתי מבו-ססות שבחרו לשלם מחיר כלכלי כבד ובלבד שתאשה תזכה בהפלה בטוחה. סביר להניח, שהמחיר הכלכלי והחברתי היחסי ששילמו עבור הפלה גבוה הרבה יותר מזה ששילמו המשפחות המבוססות.

פורסם). ובכיוון ההפוך — לזמינות ולנחיות של ביצוע הפלה יש השפעה על גודל המש-פחה בפועל, שכן דחיית הולדת הילד הראשון או השני יוצרת אופנה של גודל גורמלי קטן. שינויים בתזמון ודיווח יכולים להביא גם ללא כוונה לאי הגשמת המטרה בכל הקשור לגודל המשפחה הרצוי.

ראינו, שלהחמרת במדיניות ההפלות (ברו-מניה) היתה השלכה בכיוון הרצוי על שיעורי הילודה, אבל זוהי השלכה שבחלקה הגדול היתה קצרת טווח, ושולם עבורה מחיר כבד בעליית מספר מקרי המוות כתוצאה מהפלות בלתי חוקיות. בצ'כוסלובקיה נעשו שני ניס-יונות; האחד, החמרת בחוק ההפלות — ניס-יון שלא עלה יפה במיוחד, והשני, נקיטת מדיניות של תמריצים מתוכננים היטב — ניסיון שנשא פרי. ניסיון דומה בגרמניה המו-רית הביא לתוצאות מוצלחות באותה מידה. נראה לנו, שלמדיניות כזו יש סיכויים גדו-לים להצליח; השפעתה מהירה למדי והיא ארוכת טווח ובעלת היבט ספירלי חיובי.

רווחת האוכלוסייה הכללית, רווחת אוכלוסיית המטופלים בפרט, נורמות חברתיות- מסורתיות ומדיניות הפלה

א. הקשר בין חוקי הפלה לתמותת נשים הוכח מעל לכל ספק הקשר בין חוקי הפלה חמורים לתמותת נשים גבוהה ובין חוקי הפלה מתירניים לתמותת נשים נמוכה. חוקי הפלה מחמירים אינם מונעים מן האשה לעק-סם, היא המחיר אשר יהיה. ככל שמקשים על ביצוע הפלה באופן חוקי כן פוחתת בטי-חותה של הפלה, משום שהדרכים לעקיפת מסוכנות יותר ומסוכנות יותר. במקרה של רומניה, כפי שראינו, נרשמה עלייה של מאות אחוזים בתמותת נשים כתוצאה מהפלה לאחר החמרה בחוק. בהונגריה ובצ'כוסלובקיה — בשנים שבהן היו החוקים מתירניים — ירדה

החוק ומתגבשת נורמה חברתית שאין רע בפער בין חוק למציאות, שניתן להשקיט את המצפון בהרמת מס שפתיים למוסר שאין חיים לפיו.

הפחתה משמעותית במספר ההפלות מתרחשת כשזו נעשית בלתי נחוצה או נתפסת כבלתי רצויה בעיני האשה. מאמץ בכיוונים אלה יזכה לתמיכה ציבורית רחבה. כפי שכבר ציינו, אווירה המעודדת הפלה נתפסת כשלי-לית בעיני רוב הציבור בחברה המערבית, המושתתת על המסורת היהודית-נוצרית.

אם מטרת חוק מחמיר היא להגדיל את האוכלוסייה, אזי הממצאים מוכיחים שלא זו הדרך. מתגלה אמנם גידול-מה באוכלוסייה כתוצאה מיידית מהחמרה בחוק, אלא שהוא מוגבל בזמן ואינו מהותי. לעומת זאת, ראינו שקיימות דרכים חלופיות להשפיע באופן מהותי על גידול האוכלוסייה, שאינן מגבילות את חופש הפרט ומותירות בידו את זכות הבחירה.

אילו הושגו "מטרות-העל" בעקבות הצ'לחת אכיפתו של חוק מחמיר, וגם אילו הוכח, שאין דרכים חלופיות להשיג מטרות אלה, היתה מתעוררת הדילמה: האם המחיר, ששולם עבור ההישגים בתמותת נשים, בסיבוכים רפואיים ובגרימת נזק לבריאות ואי צדק חברתי, הוא מוצדק. הממצאים שלנו פוטרים אותנו מלהתלבט בדילמה זו, שכן לא הושגו הישגים של ממש ולעומת זאת כבר ראינו מה המחיר ששולם.

ישראל היא מדינה מעניינת במיוחד בכל הנוגע להתייחסות לנושא ההפלות ולכן ניחד לה דיון נפרד (ציגלר ושרלין, בהכנה). העז-מק המכוון של הפער שבין חוק ההפלות לאכיפתו שנתקיים משך שנים רבות אין לו אח וריע במדינות אחרות. הוא מעוגן בריקמה העדינה של יחסים בין חילוניים לדתיים ונתון לא אחת בצבת היחסים ביניהם.

ג. מטרות-על חברתיות והמחיר החברתי עלינו להדגיש, שאין לנו כל עניין להשתתף בוויכוח שבין האידיאולוגיות בנושא ההפלה. המקרים של "אדיקות" בהשקפת עולם אינם סה נפוצים ומעטים הם המקומות שבהם המדיניות נקבעת לפי שיקולים עקרוניים טהורים. תחיקה על רצף של "היתר מוחלט" - איסור מוחלט" משקפת, בדרך כלל, פשרות שונות בין האיסור המוסרי ובין הרצון לכבד את חופש הפרט. כמובן שגם צרכים לאומיים תופסים מקום בין השיקולים. איסור מחמיר על ביצוע הפלות נקבע, בדרך כלל, משיקולים מוסריים דתיים ודמוגרפיים. החברה נוטלת לעצמה, במקרים אלה, את הזכות לכפות על האדם קורבנות למען "מטרות-על" שהיא מציבה לעצמה בתחום המוסר החברתי והילודה, אפילו ברור לה שבשל כך נוצרים עיוותים שונים.

הממצאים שעלו בעבודה זו מאפשרים לנו לעמת הישגי "מטרות-על" של אכיפת חוקים מחמירים עם המחיר החברתי לאור העובדות שלהלן:

1. חוקי הפלה חמורים אינם מפחיתים באופן משמעותי את מספר ההפלות הכולל (חוקי-יות + בלתי חוקיות). הם משפיעים בעיקר על הסטטוס של ההפלה.
2. חוקי הפלה חמורים אינם מהותיים לגבי גידול בילודה; השפעתם קטנה ומוגבלת בזמן.
3. קיימת אלטרנטיבה למדיניות הפלה מחמירה, כשהיעד הלאומי הוא הרחבת האוכלוסייה.

יוצא אפוא, שאם מטרת החוק המחמיר היא מוסרית בעיקרה ובאה למנוע רצח עוברים או היווצרות אווירה המעודדת הפלה, משום שלדעת התומכים בקבלתו היא מזליכה לפחות בערך חיי אדם, אזי קרוב לוודאי שהוא יחטיא את מטרתו. יתרה מכך, מאחר שאכיפת אינה מונעת עקיפה, נוצר סיחות במעמד

ביבליוגרפיה

- ציגלר א' ושרלין ש', "התפתחות העמדה כלפי הפלה בישראל מאז ימי טרום המדינה ועד ראשית שנות ה-80" (בהכנה).
 שרלין, שלמה וציגלר אילנה, "אלטרנטיבות שונות למדיניות בנושאי ילודה והפלה למדינת ישראל" (בהכנה).
- Briendel, E.M., Eberstadt, N., "Paradoxes of Population", *Commentary* 70 (2) (1980), pp. 41-49.
- Callahan, D., *Abortion: Law, Choice and Morality*, New York, McMillan, 1970.
- David, H.P., *Family Planning and Abortion in the Socialist Countries*, New York, The Population Council, 1970.
- Davis, K., "The Theory of Change and Response in Modern Demographic History", *Population Index*, 294 (1963), pp. 345-366.
- Ehrlich, P. & Ehrlich, A., *Population, Resources, Environment*, San Francisco, W.H. Freeman and Co., 1970.
- Luker, K., *Taking Chances: Abortion and the Decision not to Contracept*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1975.
- Mohr, J.C., *Abortion in America*, Oxford, Clarendon Press, 1978.
- Rindfuss, R.R., Reed, J.S. & St. John, G., "A Fertility Reaction to a Historical Event: Southern White Birthrates and the 1954 Desegregation Ruling," In: Bean, F.D. & Frisbie, W.P. (eds.), *The Demography of Racial and Ethnic Groups*, Academic Press, 1978.
- Central Bureau of Statistics, State of Israel, *Statistical Abstracts*, Jerusalem, 1966.
- Tietze, C. & Dawson, D., *Induced Abortion: A Fact Book, Reports on Population Family Planning*, No. 14, New York, The Population Council, 1975.
- Van der Tak, J., *Abortion, Fertility and Changing Legislation*, Lexington, Lexington Books, 1974.
- Westoff, C.F., "Marriage and Fertility in the Developed Countries", *Scientific American*, 239 (6) (1978), pp. 35-41.
- Ziegler, I. Ziegler & Sharlin, S.A., "Are Abortion Statistics Reliable? ... A New Diagnostic Tool for Analyzing Abortion Statistics" (submitted for publication).

המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה כסוכן פיקוח חברתי על פריון והורות

מאת זהבה פוקס*

הקדמה

תכנון המשפחה וההולדה הם אקט פרטי של כל זוג, ולבני הזוג הזכות להחליט כמה ילדים יביאו לעולם ומתי, באילו מרווחים וכו'. אך כל חברה מקיימת איזה שהוא פיקוח חברתי על כך. קיים שוני במידה וברמה של הפיקוח החברתי המופעל על הפרט: באיזו מידה הפיקוח "צמוד" וממוסגר במערכת חוקים או "רופף" ומתבצע על-פי גורמות חברתיות שהפרט נוהג לפיהן (Simon, 1979). השוני במידת הפיקוח תלוי בנטיות ובאידיאולוגיות של כל חברה, במסורת הקיימת בה, במצב החברתי, הכלכלי, הפוליטי, הדתי שלה, בערכיה וכו'.

קיימות מדינות שבהן יש מדיניות רשמית מוצהרת בנושא תכנון ילודה, מדיניות המעוגנת בחוקים, חו "מוכתבת" לאזרחים גם אם הדבר נוגד את האינטרסים של הפרט, המסורת או הגורמה שלהם. במדינות אחרות הפיקוח "רופף" ועקיף יותר – ומופעל בדרך של מדיניות תגמולים, יצירת אווירה חברתית, לחץ חברתי, גורמות ונכונות לציית לגורמות אלה. ככל שהגורמות מבוססות יותר על אמונות ועל ערכים המקובלים על רוב החברה, ככל שטובה יותר התקשורת בין האנשים וככל שהחברות קטנות יותר – כן גדולה מידת ההסכמה לגורמות וכן הפרט מוכן יותר לנהוג לפיהן (Simon, 1979).

"הפיקוח" על תכנון הילודה יכול להיחזק בשני כיוונים: (א) "צמצום ילודה", כפי שנעשה בסין העממית (פיקוח "צמוד" שהצליח לשנות גורמות וערכים), או בהודו (ללא הצלחה מרובה); (ב) "עידוד ילודה" – כפי שנעשה ברומניה, בצ'כיה ("פיקוח צמוד", ללא הצלחה רבה באשר לשינוי גורמות) ובצרפת ("פיקוח רופף" גם הוא ללא הצלחה מרובה).

בארץ יש אי בהירות בכל הנוגע למדיניות ולהתייחסות לנושא הפיקוח על תכנון המשפחה. מחד גיסא יש קונסנזוס לאומי לעידוד הילודה, אך מאידך גיסא לא נעשה די כדי לעזור למשפחות מרובות הילדים ולעתים משפחות אלה, שהן בדרך כלל מעטות הכנסה, קולטות מסרים "סמויים" המדרבנים אותן בכיוון של צמצום הילודה. הפיקוח החברתי בארץ נעשה בצורות שונות:

א. פיזור תמריצים ותגמולים חוקיים, הכוללים זכאות לשיכון לפי מספר הילדים, מדרגות מס נמוכות ככל שמספר הילדים עולה, עלייה משמעותית בדמי הביטוח הלאומי מן הילד הרביעי ואילך; מענקי לידה דמי לידה שהביטוח הלאומי מעניק לילדת; תשלום דמי האשפוז בעת ההיריון ובשעת הלידה מטעם הביטוח הלאומי או קופת חולים ועוד. כמו כן תוכנו הצעות חוק למתן "זכויות עולה" לתינוק שנולד; חוק משפחות ברוכות ילדים מן הילד

* אחות מוסמכת ואחות בריאות הציבור. מדינית בבית-הספר לאחיות, שליד בית-החולים הדסה בירושלים.

תודתי נתונה לד"ר איילין בסקר על הדרכתה ועזרתה בביצוע המחקר ובכתיבת המאמר.

(3) סיפור מיילדותי גרוע (Bad Obstetric History): הפלות מרובות בעבר, עקרות קודמת, לידת עובר מת בעבר. ההשגחה על האשה בעת הריונה והטיפול בה פירושו שמירה על מצב בריאות תקין של האשה ומניעת הידרדרותו ומאמצים להאריך את ההיריון עד למקסימום, כמו גם מניעת תחלואת ותמותת תינוקות טרם לידה או אחריה.

סקירת הספרות המקצועית

הפיקוח על נשים הרות כקטגוריה הזקוקה להתייחסות מיוחדת החל בתחילת המאה באנגליה (McLure-Browne & Dixon, 1970). או נפתחו בית חולים ל"אמהות בעתיד" ומרפאות מעקב אחרי נשים הרות במטרה למנוע סיכוני היריון כדי לצמצם את תמותת הילדות ואת התחלואה והתמותה בקרב תינוקות. ואמנם נסתמנה ירידה דראסטית בתמותת הנשים בלידה: מ-4.8% ל-0.1% (בשנת 1930) ובתמותת העוברים — מ-6.3% ל-2.3% (בשנת 1971). כמו כן, העוברים שנולדו היו חיוניים יותר (שם). במשך השנים נעשו מחקרים רבים ונמצא קשר בין מחלות שונות (כגון לחץ דם, סכרת, מחלות אוטואימוניות, חוסר התאמה בסוג הדם) לתחלואה אצל העוברים (Davey et al., 1980; Pritchard et al.).

עם פיתוח הטכנולוגיה, הפארמקולוגיה והרפואה התגברו על הבעיה של תמותת הנשים, אך טרם התגברו על הבעיה של מות עוברים או של לידת עוברים פגומים. הפתרון שמונחים לתת לבעיה זו הם בהתאם למדיניות, לאידיאלוגיה ולאמצעים הרווחים בכל מדינה ומדינה. יש הסבורים, שדי במר"פאות שכונתיות ובמעקב צמוד (Kirkwood, 1974), ורק כאשר חלה החמרה במצב האשה יש צורך באשפוז לשם מניעת פגיעה בעובר. חוקרים אחרים (Pritchard et al.) העלו ממצאים ברורים ומדהימים לגבי אשפוז

הרביעי ואילך (כלומר 3 ילדים למשפחה הוא הנורמה...).

ב. נורמות חברתיות. קיים לחץ חברתי על זוגות צעירים ללדת ילד ראשון בתוך השנתיים הראשונות לנישואיהם.

ג. אמצעי תקשורת המונים עוזרים בביסוס הנורמות למשפחות גדולות יותר. בעיתונים ובאמצעי התקשורת האלקטרוניים ניתן פרסום רב למוצרי צריכה הדרושים למשפחה המונה כמה ילדים; מתפרסמים נתונים דמוגרפיים ונערכים ויכוחים אקדמיים על "הסכנה הדמוגרפית" ומודגש הצורך הלאומי בהגברת הילודה.

ד. סוציאליזציה של הדור הצעיר למשפחות רחבות יותר. (בספרות הילדים, למשל, כמעט אין למצוא תיאור של משפחה עם ילד אחד.)

ה. המשאבים הרבים המושקעים בנושא הפרייון והעקרות. בארץ מקימים או מרחיבים יחידות לטיפול בעקרות ומשקיעים אמצעים גדולים מאוד במחקר מדעי בנושאי הפוריות, "תינוקות במבחנה" וכו'. (לעומת זאת, תחנות ל"מניעת היריון ותכנון משפחה" סובלות מחוסר תקציבים ומפעלות בידי גופים מתנדבים או רשמיים למחצה.)

עבודה זו מנסה לבדוק "סוכן פיקוח" אחד הפועל כבר יותר מ-15 שנה: המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה (High Risk Pregnancy). ניתן לראות במחלקה זו סוכן של פיקוח חברתי על הזרות וחלק מן המדיניות לעידוד הילודה. שכן, שיקולים שונים משפיעים על ההחלטה בדבר אשפוז האשה וטיפול בה, שיקולים שהם מעבר לשיקולים הרפואיים: כלכליים, חברתיים ופוליטיים. הסיבות לאשפוז במחלקה נחלקות לשלושה סוגים:

- (1) מחלות כרוניות של האשה, העלולות לסכן אותה או את העובר.
- (2) סיבוכים הקשורים להיריון והעלולים לסכן את האשה ואת הוולד.

- א. מהות המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה, כולל תהליכי אשפוח והעלות.
- ב. התפלגות הסיבות השכיחות לאשפוח שהוזכרו לעיל.
- ג. אוכלוסיית המאושפחות במחלקה לפי גיל, עדה, דת, מספר הילדים בבית, קיום הריונות קודמים.
- ד. משך האשפוח במחלקה.
- ה. אחוזי ההצלחה בטיפול במסגרת המחלקה.

מכיוון שזהו "מחקר גישור" בלבד לא נבדקה אוכלוסיית ביקורת של נשים הרות הסובלות ממחלות כרוניות, מסיבוכי היריון או בעלות סיפור מיילדותי גרוע, שקיבלו טיפול בצורה אחרת.

השיטה

המחקר התנהל בכמה שלבים. תחילה עובדו הנתונים מתוך התיקים הרפואיים של המאושפחות במחלקה על-פי שלושה מדגמים מקריים, שכללו בסך הכל 61 נשים. לאחר שהתברר שחלק מהן היו מאושפחות זמן ממושך ושאלות מהן נכללו בשני מדגמים, צומצם המספר ואוכלוסיית המחקר הועמדה על 45 נשים.

לאחר כמה חודשים נערך מעקב אחר נשים אלה, סוכמו ימי האשפוח בתקופת ההיריון, מספר הפעמים שהנבדקות אושפחו בעת ההיריון ואופי הלידה (לידה רגילה, ניתוח קיסרי או הפלה).

בשלב השלישי נערכה השוואת של ממוצע ימי האשפוח במדגם עם ממוצע ימי אשפוח במחלקה לפני 5 שנים וכן הושוה הנתונים והסיבות הקשורים לאשפוח שנתי בשנת 1981.

כדי להעניק למחקר עומק נבדקו שבעה מקרים שעלו באופן אקראי (חלק מתוך המדגם וחלק מחוצה לו) ומן הראינות שנערכו התקבלה תמונה של הרגשת האשה

במקרים של יתר לחץ דם: נתגלו הבדלים משמעותיים בתוצאות של הריונות בין נשים מאושפחות ובין נשים שקיבלו טיפול אמבוליטורי.

החל משנת 1974 קיימת בספרות המקצועית התייחסות לאשפוח נשים עם סיפור מיילדותי גרוע ללא אבחנה ברורה. אך המסקנות אינן חד-משמעיות. עיקר ההמלצות: השגחה ביתית, ורק כשהאשה אינה יכולה להישאר בבית, או בשליש האחרון להיריון, מומלץ אשפוח לשם השגחה (Hawkins, 1974). בסוף שנות ה-70 מתפרסמים מאמרים על אשפוח במקרים של הריונות מרובי עוברים, וזאת בשל הנטייה ללידות מוקדמות ותחלואה גבוהה של הפגים. אבל גם כאן הדיעות חלוקות ואין הסכמה כללית בשאלה אם חיוני אשפוח ממש או שדי במרפאה ל"הורי תאומים" (O'Conner et al., 1981).

ההחלטות בעניין זה תלויות בראש ובראשונה במדיניות הכללית ובמשאבים המצויים בידי הקהילה למעקב ולטיפול. בארצות הברית, למשל, לא כל חברות הביטוח מזכירות לבטח "שמירת היריון"; ומכיוון שאין ביטוח ממלכתי מעודדים יותר ביקורים במרפאות ושכיבה בבית. באנגליה, לעומת זאת, יש ביטוח בריאות ממלכתי, יש שירותים קהילתיים מפותחים מאוד ועל כן קיים מעקב צמוד בקהילה ובעת הצמרת המצב מאשפוזים.

בארץ אין קו מנחה אחד בנקודה זו. מה שקובע באופן מעשי היא האידיאולוגיה לעידוד הלידה. משום כך, ולמרות שהעלות של יום אשפוח גבוהה מאוד, ועם כל הצמצומים והקיצוצים בתקציבים, אין סוגרים מחלקות לשמירת היריון, לא מפסיקים מחקרים בנושאי פוריות וכו'.

מטרת העבודה

בעבודה זו נעשה ניסיון לבדוק נושאים אחדים:

במחלקה). הוא הדין לגבי נשים הסובלות ממחלה כרונית העלולה לסבך את ההיריון או להסתבך (מחלות לב, כליות, מחלות אוטו-אימוניות ועוד).

האשה, בשלב זה, נשארת בטיפול אמביו-לטורי של המרפאה ולפי מצבה מחליטים אם להתזירה לפיקוח לתחנת "אם וילד" או להשאיר בפיקוח המרפאה עם הפניות למומחים השונים.

נשים אחרות, הנמצאות בפיקוח רופאים פרטיים או במרפאות ליד בתי החולים, מופנות למחלקה על-פי שיקול דעתו של הרופא המטפל. משהופנתה למחלקה, האשה עוברת תהליך דומה של ביקורת והערכה.

במידה שמצב האשה יציב היא נתונה למעקב בעת ההיריון בתחנות "אם וילד" או במרפאות הפרטיות; אם חלה התמרה — היא עוברת למעקב ולטיפול במרפאת המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה ובמרפאות הספציפיות הצמודות לה (לב, סכרת, פסיכיאטריה). כשמתעורר חשש לסיכון מיילדותי מאשפוזים אותה.

כל התהליך, החל מן הביקור בתחנת "אם וילד" או במרפאה, ההפניה למרפאת המחלקה או ישירות למחלקה ותהליכי האשפוז, יכולים להימשך שעה-שעתיים ולא יותר. הפתאומיות של המעבר מ"אשה הרה בריאה, האחראית לנעשה בה" למצב של "אשה הרה בסיכון מיילדותי הנמצאת תחת פיקוח" יכול להשפיע קשה מאוד על האשה. נשים לא מעטות נתקפות פחד או אף הלם בשעות הראשונות שלאחר האשפוז.

ההחלטה אם לאשפוז את האשה נעשית מתוך שיקולים רפואיים ולפעמים גם מתוך שיקולים סוציאליים (הרצון לאפשר מנוחה לאשה המטופלת בילדים רבים, למשל). לאחר שהתליט הרופא שיש צורך באשפוז מופעל על האשה לחץ חזק להסכים לאשפוז. אם היא מסרבת — עליה לחתום על כך שהיא מקבלת על עצמה את האחריות לתוצאות. מן הרגע שהיא מאושפזת, האחריות על ההיריון עוברת אל הרופא.

לגבי ההיריון והאשפוז, רקע כללי ומשפחתי וסיבות האשפוז.

למרות שהמדגם היה מצומצם ומקרי נראה לי שהוא מייצג את המתרחש במחלקה. נתגלתה קורלציה בין המדגם ובין נתוני האשפוז במחלקה כפי שנמצאו בכרטסת, וכמו כן עם הנתונים משנת 1981 ועם הראיונות ברוב המשתנים.

תיאור המחלקה

המחלקה להריונות בעלי סיכון מיילדותי גבוה ממוקמת באגף נפרד בפני עצמו והיא שור למחלקת יולדות. המחלקה הופרדה מלכתחילה משאר המחלקות של בית החולים, להוציא מחלקת יולדות. המחשבה היתה, שזו צריכה להיות "מחלקת בריאה" ואין צורך לשלב נשים שסיבת אשפוזן הוא ההיריון (גם אם הן סובלות ממחלה כרונית) עם נשים חולות. ושיקול נוסף, האווירה במחלקת יולדות היא של שמחה ואופטימיות וקיוו שאווירה זו תשפיע גם על המחלקה.

בעבר נתקבלו נשים למחלקה רק מן הטרימסטר השני להיריון, כלומר כשהיו סיכויים רבים שההיריון יישמר. הריונות צעירים יותר עם סיכון רב מדי הוכנסו למחלקת נשים. כיום שוב לא נשמרת הפרדה זו והריונות צעירים ביותר מוכנסים גם למחלקה; הדבר תלוי בעומס ובלחץ השוררים במחלקת נשים.

תהליכי האשפוז והפיקוח

נשים מגיעות לאשפוז במחלקה בדרכים מספר: יש נשים המופנות מתחנות "אם וילד". אחרות, שאובחנה אצלן סטייה כלשהי במהלך התקין של ההיריון או בהתפתחות העובר, או שיש חשש לסטייה כזו, מופנות ישירות לחדרי הלידה (ומשם הן מועברות לאשפוז

קריטי לעובר ולאשה). הגיל הממוצע של הנשים שבמדגם היה 30 שנה והוא גבוה מן הגיל הממוצע של כלל היולדות בארץ. ב-1975 היה הגיל הממוצע 22 שנה (טאו-שטיין והנדלמן, 1975); ב-1983 היה הגיל הממוצע 27.5 (שנתון ישראלי לסטטיסטיקה, 1983, עמ' 106).

2. ארץ מוצא: 53% מן המשתתפות במדגם הן ילידות הארץ (ארץ לידת האב לא נבדקה).

3. ותק בארץ: הוותק הממוצע בארץ של הנשים במדגם היה 17.7 שנים (טווח שנים של 3–31 שנים). כלומר הנשים "ותיקות" למדי.

4. התפלגות עדתית: בעת קבלת האשה לבית החולים ממלאים טופס עם פרטים אישיים שונים, וביניהם, כנראה מסיבות היסטוריות, על האשה לציין גם מאיזו עדה היא. קביעת העדה היא סובייקטיבית לגמרי. החלוקה גם היא "שגרתית": "אשכנזיות" ו"לא אשכנזיות" (אסיה, אפריקה). שיעור ה"לא אשכנזיות" היה גבוה יותר מזה של ה"אשכנזיות" (43.4% לעומת 33%; היתר הוגדרו כ"מוסלמיות" — 11.1%). 5 נשים לא ידעו איך להגדיר את עצמן מבחינה עדתית.

קשה להתייחס לנתונים אלה כשלעצמם, מפני שאין לנו מידע על ההתפלגות מבחינה עדתית של כלל האוכלוסייה שממנה באות המאושפזות. אך לנתון זה יש משמעות רבה כאשר בודקים את משך ימי האשפוז. כאן נמצא הבדל מובהק בין "אשכנזיות" ל"לא אשכנזיות".

5. משך האשפוז: במדגם שנעשה נמצא, שממוצע ימי האשפוז לאשה היה 55 יום (S.d. = 53.5) ושטוח ימי האשפוז משתרע מ-5 ימים עד 201 יום (!). בבדיקת 141 כרטיסיות מקריות של נשים ב"שמירת היריון" מ-1979 נמצא, שמספר ימי האשפוז בממוצע לאשה היה 21 יום (S.d. = 31.2). בהשוואה למדגם המז-

עלות האשפוז ורנטביליות המחלקה

האשפוז במחלקה, לגבי מרבית המאושפזות, אינו מטיל עול כספי ישיר עליהן או על משפחותיהן משום שרובן מבוטחות באחת מקרנות החולים, ואלה רואות בדרך כלל בשמירת היריון מצב הדורש אשפוז, אם צוינה ב"הפניה" לאשפוז סיבה רפואית כגון דם, כאבים, יתר לחץ דם וכו' (לעומת זאת, אבחנה של "הפלות חוזרות" אינה מוכרת). הרופאים מכירים פירצה זו ופעמים רבות מציינים "התכווצויות" או "כאבים", כדי שהאשה תוכל לקבל התחייבות מקופת חולים — כשההיריון "יקר" ויש סיפור מיילדותי קשה. התשלום עבור יום אשפוז הוא כיום 120 דולר ליום, כלומר העלות גבוהה מאוד. עבור בית החולים עלות האשפוז במחלקה זו הוא מן הנמוכים בבית החולים, משום שאין צורך במכשור ובציוד רפואי יקר, הטיפול התרופתי ובדיקות המעבדה גם הם אינם בין היקרים ודי בצוות סיעודי ורפואי מצומצם למדי. לעומת זאת, מחלקה זו מוסיפה לבית החולים יוקרה רבה — כאשר התוצאות מוצלחות.

עבור המשק בכללו העלות גבוהה מאוד, בגלל אבדן ימי עבודה והוצאה הכספית הגבוהה ליום אשפוז.

מלבד "העלויות" הכלכליות קרוב לוודאי שקיימות "עלויות" אחרות — פסיכולוגיות, חברתיות ומבחינת היתכים הבינ-אישיים — לאשה המתאשפזת לתקופות ארוכות ולבני משפחתה.

תיאור אוכלוסיית המאושפזות

הנתונים שנתקבלו מאפשרים לתאר את אוכלוסיית המאושפזות:

1. גיל המאושפזות: גבוה. במדגם שלנו לא היו נשים מתחת לגיל 22 והיו 9 נשים (19.9%) מעל גיל 36 (שנתשב גיל

מתאשפוזות ולתקופות ארוכות, לשם שמירה על ההריונות. כנראה שהסיבות לכך הן מחלות כרוניות, סיבוכי היריון או סיבות אחרות הקשורות להיריון.

7. מספר אשפוזים תוך כדי ההיריון הנוכחי: נמצא, ששיעור גבוה למדי מתאשפו יותר מפעם אחת במשך ההיריון.

מס' אשפוזים	מס' מקרים	%
1	18	40
2	23	45.1
3	3	6.6
4	1	2.2

ההסבר לכך הוא, שהאשה מתאשפוזת, נעשית הערכת מצב, היא מקבלת טיפול, נשלחת לביתה ונמצאת במעקב אמבולטורי עד שהיא חוזרת למחלקה להמשך מעקב או להערכה מתודשת.

8. הסיבות לאשפוז: בטבלה של-הלן מובאת ההתפלגות של סיבות האשפוז לפי "דיאגנוזה ראשית" ו"דיאגנוזות נוספות" שבגללן אשפוז הנשים:

דיאגנוזה ראשית			דיאגנוזה נוספות		
מחלות כרוניות של האשה, בעיות גיל האשה					
11	2	9			
עבר מיילדותי רע, היריון אחרי טיפול בעקרות					
37	31	6			
סיבוכים בהיריון (לחץ דם, טוקסמיה, דמם, חשש להפלה					
21		21			
סיבות עובריות - ריבוי עוברים, מצוקת עובר, פיגור בגדילה					
8	6	2			
תפירת צוואר (בדרך כלל קשור לסיפור מיילדותי גרוע)					
7		7			

לקתי במחקר זה נראה, שממוצע ימי האשפוז עלה ביותר מ-260% (1).

כשנבדק הקשר בין המשתנה "עדה" לאורך תקופת האשפוז אצל יהודיות בלבד, ולפי החלוקה ל"אשכנזיות"/"לא אשכנזיות" מבין 35 שהצתירו על עדתן נמצא:

ימי אשפוז	"אשכנזיות"	"לא אשכנזיות"
עד 30	9	8
31-60	5	1
60 ומעלה	1	11
	15	20

$$P < 0.005; \chi^2 = 10.53(2)$$

כלומר, הבדל משמעותי באורך זמן האשפוז בין "אשכנזיות" ל"לא אשכנזיות". מבין ה"אשכנזיות" אשפוזו 14 עד 60 יום (93.3%); מן ה"לא אשכנזיות" אשפוזו עד 60 יום 4 נשים (28.5%) ו-10 נשים אשפוזו במשך 61-210 יום (71.4%). בבדיקת סיבות האשפוזים ותוצאות ההריונות (לידה, ניתוח קיסרי או הפלה) ו"עדתיים" - לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין יוצאות העדות השונות.

6. מספר הריונות של האשה לעומת מספר הילדים החיים בבית: בבדיקת הנתונים נראה, שלאשה נהיו בממוצע 4.5 הריונות (טווח 1-12) ומספר ילדים חיים נמוך ביותר (1.2 בממוצע); ל-40% מן הנשים שבמדגם אין ילדים כלל (הממוצע הארצי של ילדים אצל יהודיות - 2.8. שנתון ישראלי לסטטיסטיקה, 1983). כלומר, קיים פער בין מספר ההריונות הגבוה למספר הנמוך של ילדים חיים. דבר זה יכול להצביע על שיעור גבוה של בעיות מיילדות בעבר.

למרות הרושם שנצור, שמתאשפוזות בעיקר נשים עם בעיות מיילדות, ל-28.8% מן הנשים יש יותר משני ילדים ובכל זאת הן

חברתי על פריון הנורות — שמירה על הי-
ריון וטיפול בעקרות במחלקה להריונות
בעלי סיכון מיילדותי גבוה באחד מבתי
החולים. מחלקה זו מיועדת רק ל"שמירה
על ההיריון" מסיבות של מחלות כרוניות
של האשה, סיבוכי היריון, עבר מיילדותי
גרוע, הריונות לאתר טיפול בעקרות (ראי-
שונית או משנית) גם אם בהיריון הנוכחי
אין עדיין סימנים להרעה במצב ההיריון.

מן הממצאים עולה שחלה עלייה משמעותי-
תית באורך תקופת האשפוז לעומת שנים
קודמות באותה מחלקה. מה הסיבות לכך?
קשה להגיד שחל גידול בתחלואה; סביר
יותר שהצלחות בטיפול בעקרות מצריכות
שמירת יתר על "הריונות יקרים". סיבה נ-
ספת נעוצה כנראה בליברליזציה שמגלות
קופות החולים בתשלום דמי האשפוז במח-
לקה. יש לשער, שככל שיגדל מספר ההצל-
חות בטיפול בעקרות (הורמונלי, או "הפריית
מבחנה" או כירורגי) כך יגדל מספר האש-
פוזים במחלקה וכן יתארכו פרקי הזמן של
האשפוז.

עלות האשפוז למשק (משרד הבריאות,
קופת חולים) גבוהה מאוד. כלום לא ניתן
להשיג תוצאות דומות על-ידי פיתוח מערכת
טיפול ופיקוח קהילתי בשילוב עם שירות
אמבולטורי של בית חולים, ביקודי בית של
אחיות בריאות-הציבור ודופאים וכן של
עובדים סוציאליים (כמו באנגליה)?

המשאבים הרבים שמשקיעים בטיפול
בעקרות ובשמירה על ההיריון מחזקים את
הדעה שהמדיניות בארץ היא באופן כללי
מדיניות לעידוד הילודה.

ממצא מעניין נוסף הוא ההבדל המשמ-
עותי באורך תקופת האשפוז בין נשים "אש-
כנויות" ל"לא אשכנויות". לא נמצאו סיבות
בהיסטוריה הרפואית המיילדותית, במצבן
הבריאותי או בתוצאות ההיריון וצורת הלי-
דה שיזכרו להסביר הבדל זה (ההבדלים
הסטטיסטיים לא היו משמעותיים).

במחקר לא נבדקה השכלת המאושפזות.
אפשר שקיים קשר בין השכלה ל"עדה" וזה

מטבלה זו ניתן ללמוד, שמספר הנשים
המאושפזות בשל אבחנה של "סיפור מייל-
דתי גרוע" "עקרות בעבר" או "היריון נר-
כחי אחרי טיפול בעקרות" הוא הגדול ביותר.
ת. ר. ואילו סיבות של מחלות כרוניות, סיבות
גיל או סיבות עובריות נמצאות במיעוט —
ממצא הנוגד את ההשערה שהוסקה מתוך
הספרות והקריטריונים של הוועדה הרפואית
(דו"ח ועדה לבחינת סוגיות בשרותי אשפוז
ליולדות, 1975). וכפי שכבר צוין, ייתכן
שנשים השייכות לאמיתו של דבר לקבוצה
של "סיפור מיילדותי גרוע" הוכנסו לקט-
גוריה של "סיבוכים בהיריון" בשל "בעיות
קופת חולים". כלומר, קיימת אפשרות
שאחוז המאושפזות בשל בעיות מיילדות
גבוה עוד יותר.

אופן סיום ההיריון

נתון אחד תראוי לציון הוא השיעור הגבוה
של הניתוחים הקיסריים שנמצא אצל הנשים
שאושפזו במחלקה. 31.1% לעומת 44.4%
לידות רגילות. השאר היו הפלות (סיום
היריון מהוץ לבית חולים זה ולידות אחרות,
לא ידוע איזה). להשוואה: שיעור הניתוחים
הקיסריים בבית החולים שנבדק היה בשנת
1981 16.7%.

מתוך 14 הניתוחים הקיסריים שנעשו
במאושפזות במחלקה נעשו 42.8% לנשים
שאינן להן ילדים כלל. אחת-עשרה מתוך
נשים אלו הרו לאחר טיפול הורמונלי.

בין 45 הנשים שנכללו במדגם אושפזו 5
בשל "היריון מרובה עוברים". כולן היו
לאחר טיפול הורמונלי בעקרות. בין אלה
היו 3 ניתוחים קיסריים. השאר היו לידות
רגילות.

דיון ומסקנות

בעבודה זו נעשה ניסיון לתאר היבט אחד
של אחד מן ה"תת-תחומים" של פיקוח

העוברים — אך האם באמת הצליחו לשפר את תחולתם? לסיכום, תינוק שנולד אחרי היריון "בש-מירה", שנמשך זמן רב, הוא תינוק "יקר" ביותר, ואם גם הכניסה להיריון לוותה בטי-פולים עולה "מחירו" לאין שיעור. חשוב לערוך מחקר מעקב אחר תינוקות אלה, מה מצבם הבריאותי, והאם המשאבים שהושקעו הושקעו "נכון".

חשוב גם לערוך מחקר השוואתי עם אוכי-לוסייה דומה אחרת בארץ. המקבלת צורות טיפול אחרות — כדי לראות האם קיימים הבדלים ב"תוצאות" של ההריונות האלה מבחינת התחלואה והתמותה לעומת שיטת ההשגחה שנידונה כאן. ייתכן שניתן להגיע לתוצאות דומות בהוצאות קטנות יותר בעזרת טיפול אמבולטורי בקהילה, המתבסס על תחנת "אם וילד" ומרפאות קופת חולים שכבר קיימות בקהילה.

מה שיכול להסביר את ההבדלים באורך תקופת האשפוז. מעניין היה לבדוק האם יש הבדלים בין אשפוזי "אשכנזיות"/"לא אשכנזיות" גם במחלקות אחרות בבית החולים. הגיל הממוצע של היולדת גבוה מהגיל הממוצע של כלל היולדות בארץ, אך לא מן הגיל הממוצע של היולדות בבית החולים הזה.

אחוז הניתוחים הקיסריים בין הנשים במדגם גבוה כמעט פי שניים מן הממוצע הארצי ופי 1/2 מממוצע הניתוחים שנעשו בבית חולים זה לכלל היולדות. קיימת אפ-שרות שהסיבה לכך נעוצה באיתור מוקדם של השינויים במצב העובר או האם בשל היותה מאושפזת במחלקת.

לא נעשה מחקר השוואתי עם אוכלוסייה דומה המקבלת טיפול אחר. ברפואת המייל-דות הצליחו לפתור את הבעיות של תחלואת ותמותת אמהות, צמצמו ביותר את תמותת

ביבליוגרפיה

- "ד"ח ועדה לבחינת סוגיות בשרותי אשפוז ליולדות", בריאות הציבור, מס' 4 (נובמבר 1975).
טאושטיין והגדלמן, "אשפוז יולדות מקוצר — השלכותיו על בריאות היולדות והילדים", בריאות הציבור, מס' 4 (נובמבר 1975), עמ' 504.
שנתון ישראלי לפטופיזיקה, 1982, 1983.
- Davey, D. A. *et al.*, "The Management of Hypertension in Pregnancy", *S. Af. Med. J.* (1980), pp. 551-556.
- Hawkins, D. F., "High Risk Pregnancy", in: Hawkins, D. F. (ed.), *Obstetrics, London, Therapeutics*, Bailliere Tindall, 1974, pp. 141-143.
- Kirkwood, S. B., "Complications in Pregnancy and Childbirth", in: Stuart, H. S. (ed.), *The Healthy Child*, Harvard University Press, 1974, pp. 50-86.
- McClure Browne, J. C. & Dixon, G., "The Role of Antenatal Care", *Antenatal Care* (10th ed.), J+A Churchill, 1970, pp. 1-5.
- O'Conner *et al.*, "The Merits of Special Antenatal Care for Twins Pregnancies", *Br. J. Obst. Gynecol.* 88/3 (1981), pp. 222-230.
- Pritchard, MacDonald & Williams, "High Risk Pregnancy", in: *Obstetrics* (16th ed.), p. 927.
- Roberts, Simon, *Order and Dispute: an Introduction to Legal Anthropology*, Harmondsworth, Penguin, 1979, pp. 30-44.

ביטוח סוציאלי של התלויים בסמים ובאלכוהול

מאת אריק אודון בורג*

המכורים לסמים עלולים ליפול קורבן לצעדי דיכוי הגנקטים כדי למנוע אספקת סמים. עם הזמן עלתה חשיבותו של ההיבט החוקי, אך לא כן באשר להיבט המוסרי. לקראת תחילת המאה לא עלה עוד בידיה של התיאולוגיה להגן על עמדותיה בתחום זה. האשמת המכורים לסמים ולאכזהול כחוטאים שזב לא נראתה כגישה נאותה כלפיהם. את מקום התיאולוגיה תפסו מדעי הרפואה, שניסו לתת להתמכרות הסבר כמון נחים מדעיים. הבעיה לא היתה עוד בעיה של ענישה גרידא, אלא בעיה של טיפול. הגישה החדשה שחררה את המתמכר מאחריות להתמכרותו. תשומת הלב הוסבה מהר-גלי השתייה והשימוש בסמים אל תפקודו הגופני הלקוי של המטופל. לפי גישה זו הבעיה היא ביולוגית ביסודה, וההתמכרות נחשבת מחלה. המתמכר נדרש להישאר פאסיבי וצרכן של שירותים, ותו לא.

חל אפוא שינוי בתפיסת מהותו של המתמכר. הגישה הדתית ראתה במתמכר אדם בעל רצון חופשי, ומכאן שיש לאל ידו להשתחרר מהרגלו המזיק אם רק ישפר את ערכיו המוסריים. הגישה הרפואית רואה במתמכר, במובן מסוים, מכונה ביולוגית עם מעט מאוד רצון חופשי ויכולת לשים קץ להתנהגות ההרסנית.

במבט ראשון נראית ההשקפה החדשה על

התמכרות לסמים ולאכזהול – ארבע גישות

הטיפול בבעיית ההתמכרות לסמים ולאכזהול במאה השנים האחרונות נבע מתוך ארבע גישות עיקריות, שכל אחת מהן תרמה (על-פי דרכה) להבנת הבעיה והעלתה לה פתרונות משלה. ראשיתו של הניסיון המקיף לעסוק באלכוהוליזם באמצע המאה הקודמת. אז ראו באלכוהוליזם קודם כל בעיה מוסרית, והטיפול בה היה בדרך כלל בידי אנשי הדת. את האחריות להתמכרות היה אמור לקבל על עצמו המתמכר. במקום לקבל עזרה היה המתמכר אמור להיענש. הגישה התיאולוגית הובילה להריצת דין מרשיע על האלכוהוליזם וראייתו כחטא.

הגישה השנייה מדגישה את הצד החוקי של השימוש באלכוהול ובסמים, שכן הוא קשור בפשע. במדינות אחדות השימוש באלכוהול אסור על-פי החוק. ואשר לסמים, ככל שהשימוש בהם חודר יותר ויותר לחברות המתרעשות, כן געשה ההיבט החוקי של הנושא גלוי וברור יותר. משטרות של מדינות והאינטרפול נוקטים צעדים נמרצים במגמה למנוע כניסת סמים בלתי חוקיים לשווקים. אבל למרות מאמצים אלה האספקה גדלה והולכת. אחת הסכנות היא, שגם

* Erik Audun Borg, "Social Insurance to Drug and Alcohol Dependents" כותב המאמר הוא סטודנט, שהגיע ארצה מנורווגיה במסגרת תוכנית של חילופי סטודנטים, ועבד באגף למחקר ותכנון במשך זמן קצר בראשית 1984. הוא ריכז מידע על הגישות בארצות שונות לנושא של תלויים באלכוהול ובסמים. בגלל העניין הרב בנושא זה גם בארץ מצאנו לנכון להביא לקוראים את עיקרי הממצאים של עבודתו. תרגמה מכתבי-יד באנגלית עירא כהנמן.

לשקם את הכוח המוסרי של המתמכר האומלל.

ואולם, שום גישה רצינית לנושא אינה מתבססת רק על גישה זו, למרות שהיא קיימת בפתרונות רבים שהוצעו לבעיה. מוסדות טיפול רבים מנהלים בידי אנשי דת וחייבים להודות שהיתה להם הצלחה מסוימת. לא מעט מתמכרים נגמלו מהתמכרותם לאחר שהייה במוסד דתי.

ההיבט הרפואי יהיה קיים תמיד. השימוש באלכוהול ובסמים מזיק לבריאות, ואפילו שימוש במידה מוגבלת מצריך אשפוז. לרוע המזל, העובדה שאפשר לטפל בהצלחה בנזק הפיזי הנגרם בשל השימוש בסמים ובאלכוהול אין פירושה שאפשר להגיע להצלחה דומה באמצעות טיפול מסורתי בהתמכרות עצמה. הניסיון להסביר את הבעיה במונחים רפואיים לא סיפק לנו הסבר מלא על התופעה.

מדעי החברה הסבו את תשומת לבנו לעובדה, שהמתמכרים באים בדרך כלל מן הרובד החברתי והכלכלי הנמוך של החברה. נעשו ניסיונות למצוא קשרים בין גורמים חברתיים ובין השימוש בסמים. משום כך מחפשים פתרונות לשיפורת של החברה באופן כללי, וטיפול באמצעות תיראפיה.

הגישה של אנשי החוק גם היא קיימת. יהא הפתרון המוצע אשר יהיה, איש אינו מכחיש שיש לנקוט אי-אלה צעדים חוקיים. השאלה היא: אילו צעדים? האם יש לנהוג בפשע הקשור להתמכרות באותה דרך כמו שנוהגים בשאר הפעילויות העברייניות, או שמא יש לנקוט צעדים מיוחדים התואמים את טבעו של מעשה הפשע?

במשך הזמן נתקרבו התפיסות השונות של הבעיה זו אל זו. החל מאמצע המאה הנוכחית נוצרה הבנה בין הגישה הרפואית לזו החברתית, שקראה הן למתן טיפול והן לשיפור התנאים החברתיים. מכך השתמשה עמדה ליבראלית כלפי המתמכר, תוך שימוש מועט או אפסי בכוח. נמנעו מלהאשים את הקרבן על מעשיו וחיששו את הגורמים לכך

ההתמכרות סובלנית יותר ומתאימה יותר לעמדות החילוניות והמדעיות של התקופה. המודל הרפואי פתח את הדלת למתן עזרה למתמכר, דבר שלא נתאפשר קודם לכן. ואף-על-פי כן, למרות הצעדים בעלי הכוונה הטובות שנקטו ובמגמה למנוע נזק נוסף, חלה עלייה מתמשכת בשימוש בסמים ובאלכוהול. מדע הרפואה לא מצא דרך טיפול יעילה. ההתייחסות להתמכרות כאל מחלה יותר משנתנה הסבר הולם, היתה משום עילה להצדיק את המשך הטיפול הקיים.

אתגר לפני הגישה הרפואית המסורתית לנושא הציבה הגישה הרחבה יותר של מדעי החברה. במקום להסתפק בתשובה על השאלה מהי התמכרות, ניסו להבין את המתמכר. גישה רחבה יותר זו ניסתה להציב את ההתמכרות לאלכוהול ולסמים בהקשר רחב יותר. התפיסה, שהאדם הוא מכונה, גדחקה לקרן זוית, ותשומת לב רבה יותר ניתנה לגורמים חברתיים בסביבתו של המתמכר. תרומות חשובות לפיתוחה של גישה זו תרמו הסוציולוגיה והפסיכולוגיה. ויחד עם זה, ככל שהגישות נעשות רחבות יותר, כך התחום עצמו הולך ונעשה פתוח יותר לחילוקי דעות אידיאולוגיים ופוליטיים. העמדות כלפי התלות בסמים ובאלכוהול משקפות את העמדות הפוליטיות הרווחות בחברה בכללותה. דומה, שבלתי אפשרי הוא למצוא גישה שתציע את שביל הזהב בין כל הצדדים הנוגעים בדבר. במרבית הארצות כיום בעיית הסמים היא בעיה מאוד אמו-צינאלית, וכתוצאה מכך היא טעונה מבחינה פוליטית. יש קיטוב רב של רגשות לגביה, ובעיה מורכבת זו מצטיירת במונחים כלליים של שחרר ולבן.

ארבע הגישות אל הבעיה עדיין שרירות וקיימות. על-פי הגישה המוסרית, שאותה ייצגו בהתחלה אנשי הדת, יש לגנות את השימוש באלכוהול ובסמים, משום שהוא נתפס כחטא. הפתרון שהם מציעים לבעיה הוא אמונה דתית, שלפי דעתם יש בה כדי

הגישה הרפואית, הרואה בהתמכרות מחלה, מאפשרת לתת למתמכר עזרה דומה לזו הניתנת בכל מחלה אחרת.

הגישה החברתית מדגישה את המאמץ להעלות את הרמה החברתית והכלכלית. קרוב לוודאי שגישה זו תגן ביתר עוז על רמה גבוהה של ביטחון סוציאלי עבור אלה התלויים בסמים ובאלכוהול.

התפיסה המפולגת של הנושא משפיעה על העמדות לגבי מתן גימלאות סוציאליות לאנשים הסובלים מנזקים שגורמת ההתמכרות לחומר כלשהו. מן התפיסה המוסרית יכול להשתמע, שיש להטיל מגבלות על גובה הגימלה שתינתן. הגבלת גובה התשלום של הביטוח הסוציאלי עשויה לדכא התנהגות אנטי-חברתית ולמנוע מן המתמכר לממן את אספקת הסמים או האלכוהול שלו ולחסוך כספי ציבור. מצד שני, צמצום התשלומים עלול לפגוע בקבוצה שממילא נתונה במצב קשה. חסידי תפיסת ההקשר יטענו, שפירוש הדבר יהיה שחברי קבוצה זו לא יזכו לאותו טיפול שזוכות לו קבוצות אחרות הזקוקות לעזרה, ושהדבר יוביל לניכור הקבוצה, הקשורה לחברה ממילא באופן רופף.

קיימת סכנה, שהקונפליקט בין ההשקפות השונות על בעיית התלות בסמים ובאלכוהול תסיט את תשומת הלב מן הנושא עצמו. מלחמה אידיאולוגית עלולה רק להזיק לצרכני הביטוח הסוציאלי הנוגעים בדבר. אולם יש צורך בדיון קונסטרוקטיבי כדי לפתור מספר דברים בלתי ברורים בתחום.

ביטוח סוציאלי לתלויים בסמים ובאלכוהול

על מנת להשוות שיטות שונות של ביטוח סוציאלי באירופה, ואת הרלוואנטיות שלהן לתלויים בסמים ובאלכוהול, היפנה המוסד לביטוח לאומי של ישראל כמה שאלות למספר מדינות. ואלה הן:

בסביבתו החברתית. להיבט החוקי ניתן מקום חשוב, אך מוגבל. ההיבט המוסרי נדחק הצידה במידה רבה, שכן חשוב, שנקיטת עמדות מוסריות רק תגביר את הדעות הקדומות נגד התמכרות ועל-ידי כך ייגרם נזק למתמכר.

ברוב ארצות המערב נוצרת ברית חדשה. הגישה הרפואית מתקרבת במידה רבה אל הפתרון המוסרי. בשל התסכול שגורם אי ההצלחה למצוא טיפול יעיל מתבוננים בגורמים, שבגללם היה השימוש באלכוהול מצומצם למדי במאה ה-19, כאשר האלכוהול הוליווטי נתפס כבעיה מוסרית. מדעי הרפואה מתייחסים לגישה המוסרית ביתר רצינות ומחפשים דרכים לשלבה בפתרון חדש. גם ההיבט החוקי נעשה דומיננטי יותר במסגרת הגישה החדשה. יש צורך בצעדים תקיפים יותר כדי להילחם בהתמכרות. למשטרה ניתנת יד חופשית יותר לטפל במעשי פשע הנובעים ממנה, ומשום כך יש לחשוש לפגיעה במעמדו של המתמכר.

התוויה החדשה יותר לעבר הקוטב "המוסרי" בתפיסת בעיית הסמים והאלכוהול מעוררת התנגדות רבה אצל אלה המסתכלים בבעיה בהקשר חברתי רחב יותר. קוני-פליקט זה יוצר תהום, המקשה על שיתוף הפעולה. החלטות פוליטיות שתתקבלנה בעתיד בתחום זה תהיינה תלויות מן הסתם בתוצאותיו של הוויכוח המתקיים היום.

העזרה לסוגיה

העזרה, שיכולים לקבל האנשים התלויים בסמים ובאלכוהול תלויה תמיד בגישה המקובלת לבעיה ובהחלטות הפוליטיות המתחייבות ממנה. ארבע התפיסות השונות השפיעו בצורות שונות בהודמגיות שונות על ההחלטות הפוליטיות בתחום. כאשר הבעיה נחשבה אך ורק בעיה מוסרית, אי אפשר היה לתת למתמכר שום עזרה כמעט.

טווח הן, למשל, גימלת נכות, קיצבת מל-חמה, קיצבת זקנה וכיו"ב. גימלת אבטלה וגימלת פגיעה בעבודה קשורות באופן ברור לתעסוקה. גם מערכות אחרות עשויות לדרוש שהמבוטח יהיה מועסק במשך תקופת זמן. נראה ברור למדי, שקל למתמכרים לקבל גימלאות קצרות-טווח יותר מאשר גימלאות ארוכות-טווח. בהיותו מועמד לגימלאות קצרות-טווח, מי שתלוי בסמים או באלכוהול זוכה בדרך כלל לטיפול זהה לזה של הנזקקים לעזרה כספית או רפואית. תוכניות ביטוח ארוכות-טווח כמעט אינן פתוחות לפני מתמכרים. העובדה, שמתמכרים עדיין מקבלים גימלאות ארוכות-טווח גובעת בעי-קר מכך שהם לוקים בנכויות שנגרמו בשל ההתמכרות או הקשורות בה. שאלת הגימלאות ארוכות-הטווח לתלויים בסמים ובאלכוהול היא שאלה שנויה במחלוקת. למרות שרוב מוסדות הביטוח הסוציאלי רואים בהתמכרות מחלה, לא כך הוא כשמדובר בגימלת נכות.

בדרך כלל שכירים מכוסים בתוכניות ביטוח טוב יותר מאחרים, ויחד עם זאת, המעסיק עשוי להציב דרישות בפני המועסק ולתבוע קבלת טיפול כדי להמשיך בעבודה. דבר זה עלול להחליש את מעמדו הביטוחי האקטורי אלי של המתמכר כאשר הוא מועסק כעובד קבוע.

- א. באילו תנאים מוגדר המבוטח כאלכוהו-ליסט או כמכור לסמים?
- ב. מהו התהליך, שבאמצעותו נקבעים הזכאות לגימלת וגובהה?
- ג. מה חומרת הנכות הפיזית המוכרת המזכה את המתמכר בגימלה?
- ד. האם על המתמכר להוכיח פגיעה בכושר ההשתכרות בנוסף על נכותו הפיזית?
- ה. האם נקבעות רמות שונות של נכות, ואם כן כיצד? במלים אחרות, האם מביאים בחשבון את חומרת ההתמכרות, או אולי יש דרגת נכות כללית?
- ו. האם קיים תהליך שבו המתמכר מתחייב לקבל טיפול, ואם כן, כיצד מתבצע הדבר?
- ז. כמה זמן נמשך התהליך מתחילתו ועד סופו?

בסקר המוגבל משתתפות ארבע מדינות: בריטניה הגדולה, תולנד, גרמניה ונורווגיה. התשובות שנתקבלו מהן מוצגות מעבר לדף. מועיל לחלק את שיטות הביטוח השונות לארבע קבוצות. יש שתשלומי הביטוח הסוציאלי קשורים לתעסוקה ויש שאינם קשורים לה. יש תשלום קצר-טווח ויש תשלום לום ארוך-טווח. דוגמאות לתוכניות ביטוח קצרות-טווח הן גימלת מחלה, עזרה לשי-קום וכיו"ב. תוכניות ביטוח ארוכות-

ביבליוגרפיה

- Aarens, M., *Alcohol, Casualties and Crime*, Berkeley, 1977.
 Edward, G., *Alcohol-related Disabilities*, WHO Offset Publ. Geneva, 1977.
 Interpol, *Annual Report*, 1982.
 Mathiesen, T., Lohne, I., & Middelthon, A. L., *Den nye moralismen*, (The New Moralism), Oslo, 1982.
 Rettestøl, N., *Stoffmisbruk* (Drug Abuse), Oslo, 1981.
 Room, R., *Governing Images in Alcohol and Drug Problems*, California, 1981.
 Sackstein, Ed., *Rehabilitation*, ILO, Geneva, 1981.
 Slaastuen P. (ed.), *Rusproblemer kan bekjempes*, (Addiction Can Be fought), Oslo, 1983.
 Sundby, P., *Alkohol, livsstil og politikk* (Alcohol, Lifestyle and Politics), Oslo, 1981.

הולנד	פריטניה הגדולה	
מתמכרים אינם מקבלים טיפול כקטי-גוריה מיוחדת של נכים. לכן אין הגדרות אינדיווידואליות של מתמכרים לסמים ולא לכוהול.	מי שמקבל טיפול רפואי בתוכנית שיקום מקובלת שמסופקת על-ידי עוב-דים סוציאליים או סוכנויות מתמחות וולונטאריות.	הגדרת המתמכרים
גימלת מחלה (2W) מחייבת בדיקה רפואית ומסתיימת לאחר 52 שבועות, אך ניתן להמירה בביטוח נכות כללי (AAW) או בגימלת נכות של המוע-סק (WAO) על-פי המלצת ועדת הביטוח התעשייתי ובדיקה של השי-רות הרפואי המאוחד (GMD).	מילוי תנאי הזכאות מביא לקבלת גימלה בשיעור הרגיל או בשיעור מוקטן.	זכאות לגימלה
השירות הרפואי המאוחד (GMD) קובע מהי דרגת הנכות.	המטופל חייב להיות בלתי כשיר לעבודה כתנאי לזכאות לגימלה המבוססת על אי כושר לעבוד.	הנכות הדרושה לזכאות לגימלה
המבוטח חייב לדווח בכל עת על נסיבות העשויות להשפיע על הזכ-אות לגימלה.	גימלה משלימה כפופה למבחן אמ-צעים.	צורך להוכיח פגיעה בכושר השתכרות
מבחינים בין דרגות הנכות לפי תוכ-ניות ה-AAW וה-WAO. דרגות הנ-כות אינן מובאות בחשבון בתוכנית ה-ZW.	דרגת הנכות אינה רלוואנטית לגימ-לת אבטלה כל עוד יש עבודה, שמ-צפים מן התובע שיעשה.	דרגת הנכות
אין טיפול חובה.	הטיפול ניתן לפי צרכים ונכונות לשתף פעולה.	מחויבות לטיפול
	משתנה לפי הצורך והתגובה של כל משתמש.	משך הטיפול

נרמניה

מתמכרים נבחנים במבחן MALT לפני שדגים בגימלה או בטיפול.

טיפול וולונטארי מכוסה על-ידי גימלת המתלה, ובחלקו על-ידי הביטוח.

יש לאפשר גימלה וטיפול מוקדם ככל האפשר, לפני שההתמכרות מגיעה לשלב חמור.

כשרואים בהתמכרות מחלה, והמתמכר אינו מסוגל לעבוד, אין צורך בהוכחה נוספת של פגיעה בכושר ההשתכרות.

ההתמכרות אינה צריכה להגיע לשיא כדי שידוגו בטיפול.

היוזמה לקבל טיפול בדרך כלל נתונה בידי המטופל.

תקופת "ההתפכחות" נמשכת מיומיים עד 3 שבועות. הטיפול נמשך מ-4 שבועות עד חצי שנה.

נורבגיה

בעיקרון אין הגדרה ספציפית של מתמכרים לסמים או לאלכוהול בתוכנית הביטוח הסוציאלי.

המתמכר יהיה זכאי לגימלה לאחר התייעצות עם רופא או עם הסניף המקומי של הביטוח הלאומי.

רמות נכות נקבעות רק לצורך גימלת נכות, שמתמכרים זכאים לה רק לעתים רחוקות.

דרגת ההתמכרות נלקחת בחשבון רק כשמוחלט על טיפול.

לצורך קבלת טיפול בבית-חולים על המתמכר להתחייב לקבל טיפול במשך 3 שבועות, לפחות.

הטיפול במרפאות של אלכוהוליסטים נמשך 6 שבועות, ולעתים קרובות זמן ממושך יותר במוסדות למחלות נפש.

היערכות עובדים סוציאליים כמסגרים וכמתריעים חברתיים בתקופה של צמצום משאבים*

מאת ד"ר יוסף כורזים**

בתחומי הכלכלה והחברה. השינוי העיקרי נראה במגמה לצמצם את מעורבותה של המדינה בחיי הפרט ולהשאיר את הפעילות הכלכלית בידי כחות השוק החופשי. באותם ימים גויס מילטון פרידמן כדי לייעץ לשל-טון החדש בישראל בתור אחד האדריכלים האידיאולוגיים המרכזיים של "החופש לבחור" (Friedman, 1980). צמצום הפיקוח על כוחות "השוק" בכלל ובתחומי הרווחה בפרט לווה בחשש, שהממשל עלול להזניח את הקבוצות החלשות באוכלוסייה. לפיכך גברה ההכרה בקרב העובדים הסוציאליים שיש להגביר את מעורבותם בנושאים חברתיים-כלכליים כדי להשפיע על קובעי המדיניות החברתית בישראל ולהתריע בפניהם על התוצאות החברתיות ארוכות-הטווח של החלטותיהם.

החזינות של מעורבות עובדים סוציאליים בתהליכי קביעת המדיניות החברתית עלתה בשנה האחרונה במידה ניכרת. מגמת הצמצום של הממשל הנוכחי בהקצאת המשאבים הציבוריים נראות חמורות יותר מבעבר ופחות מתוכננות. מסיבה זו אני מבקש לעורר לחשיבה ולהעלות לדיון את השאלה מה הן הדרכים להיערכותנו המחודשת כמסגרים וכמתריעים חברתיים למען השמירה על הרמה ועל איכות החיים של האוכלוסיות הפגיעות, החלשות והנחלשות שבקרבנו.

הקדמה

הצורך לפעול כמסגרים וכמתריעים חברתיים החל להעסיק עובדים סוציאליים בישראל לפני כחמש-עשרה שנים, כאשר הם התארגנו בקבוצה וולונטארית בשם "ועד פעולה של עובדים סוציאליים ואנשי ציבור בירושלים" – לשיפור השירותים הסוציאליים בישראל ("ועד הפעולה", 1972; בריגל, 1972). קבוצה זו החליטה להתארגן בזמנו מחוץ למערכות הפרופסיונליות הממוסדות על מנת לחשוב, לעורר למחשבה, לפעול ולהפעיל לקראת מדיניות רווחה משופרת בישראל. במשך שלוש שנות פעילותה העלתה הקבוצה נושאים מרכזיים של מדיניות רווחה לזיכרון ציבורי באמצעות הפצת ניירות-עמדה וחבריה התריעו בפני התוגים הפוליטיים וסגל מינהל הרווחה הבכיר על מגבלות שירותי הרווחה במצבם הקיים. אולם עיקר ההצלחה של "ועד הפעולה" היה בעיצוב סגנון מעורבות פעיל של עובדים סוציאליים, שהביא לשינוי ראדיקאלי בדרכי הפעולה של איגודי העובדים הסוציאליים בישראל.

כשנתיים לאחר השינוי שחל באיגוד, ב-1977, התחולל שינוי שלטון בישראל אשר הביא, בין השאר, לשינויים אידיאולוגיים

* הרצאה שניתנה במפגש מחווי של עובדים סוציאליים שנערך בבאר-שבע ביום 11.3.84.
** בית-ספר לעבודה סוציאלית ע"ש ברואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

לא זכו להיקלט בתעשייה או בכל מערכת אלטרנטיבית להסבה מקצועית. — "העובדים העניים", או "המועבדים"¹, אשר על אף השתלבותם במערכת העבודה נזקקים להשלמות הכנסה ולמערכות תומכות אחרות מקופת הציבור.

ניתן לחלק את תוצאות הפגיעות לשתי קבוצות עיקריות. הסוג הראשון הן פגיעות ארוכות-טווח, שאת תוצאותיהן נראה רק לאחר זמן ובאופן מצטבר, כגון הפגיעה בחינוך ובריאות. לסוג השני שייכות פגיעות מידיות, כמו במקרה של אבטלה או שחיקת שכר מואצת. לשתי הקבוצות הנפגעות קשה לחפש עזרה. הראשונה אינה ערה במשך זמן רב לתוצאות המצטברות של הפגיעה בה, ואילו הקבוצה השנייה, שנפגעה באופן מיידי ובצורה בלתי מתוכננת, מתקשה לחפש עזרה בגלל קיומם של מחסומי מידע, מחסומים כלכליים ומחסומים פסיכו-סוציאליים אשר דורשים נקיטת צעדים להורדתם (McKinley, 1972).

הסבר חלקי לצורך בצמצומים ניתן למצוא בשילוב בין שתי מגמות: תוצאות הגבוהות של הממשל והגסיגות האידיאולוגיות שהתחוללו במדינות שונות במערב. המגמה הראשונה מתבטאת בשנים האחרונות ב"התפוצצות" בשירותים החברתיים במדינות הרווחה (Schram & Turbett, 1983) בגלל ריבוי הזכויות והרחבת היקף הזכאים. צמיחה זו הביאה מתכננים חברתיים אחדים לנבא את התמוטטותן הכספית של מספר מערכות שירות אוניברסליות, אם לא תתבצע הגדרה מחדשת של זכאויות וזכאים. בארצות הברית, למשל, התקיים דיון ציבורי סוער בעקבות הכרזת הממשל שהוא לא יוכל לעמוד בהתחייבויותיו לתשלומי הביטחון הסוציאלי עבור האוכלוסייה הקשישה, אם לא יוכנסו שינויים מהותיים במערכת המיסוי או בכללי הזכאות. כמו כן הובעה דאגה מן העלייה

המחיר החברתי של צמצומי משאבים

צמצומים בהוצאות הציבוריות פוגעים באוכלוסיית החלשות בשתי דרכים. ראשית, הם פוגעים בהיקף שירותי הרווחה העומדים לרשותם; שנית, הם פוגעים באיכותם. בישראל האוכלוסיות העיקריות העלולות להיפגע מן הצמצומים הן אלה:

— תושבי שכונות מצוקה, ובמיוחד אלה שנכללו בפרויקט שיקום השכונות, אשר בקירבם מתכננים להפסיק תוכניות שהושעלו אך לאחרונה. תוכניות רבות עומדות להסתיים בקרוב ועתיד מימונן עדיין אינו ברור (שפירז, 1984).

— ילדים המתקשים בלימודיהם מסיבות אישיות או סביבתיות. ילדים אלה יזכו פחות במורים ייעוציים ובמערכות תומכות אחרות. — רוב האוכלוסייה צפויה להיפגע מירידה בהיצע שירותי הבריאות כתוצאה מצמצום בהיקף כוח-האדם הכללי ובתקציבי מחקרים. משום כך יתארכו התורים ורשימות ההמתנה והסרבול האדמיניסטרטיבי יגדלו.

— הורים לילדים, זקנים ומשרתים במיילואים, אשר ייפגעו מן הצמצומים בהיקף ובגובה הקצבאות שהם מקבלים מן הביטוח הלאומי בגלל הטלת מס על קצבאותיהם.

— המיעוטים בישראל, שהיקף שירותי הרווחה בקרבם מפגר במידה ניכרת בהשוואה לשירותים העומדים לרשות האוכלוסייה היהודית (כנען, והיימן-קוחלי, 1983; אלה, 1984).

בנוסף לאלה, הצמצום בהוצאות הציבוריות מביא להיווצרותן של שתי קבוצות חדשות וחוקא מבין אלה השייכים לכוח העבודה:

— שכידים שפוטרן ממקומות עבודתם, אשר על אף הסיסמה "מהשירותים לייצור"

1 תודתי לגב' שושנה גיר על הניסוח של תואר סימבולי זה.

המחיר החברתי ארוך הטווח של מגמות הדרוויניזם החברתי החל להתגלות זמן קצר לאחר אימוצו, אצל אותן קבוצות שנאחזו בקושי ברקמות המתפוררות של "רשתות הביטחון" (safety net). מחקרים שנערכו בארצות הברית החלו להזהיר מפני הסכנה המאיימת על האומה האמריקנית לנוכח המירוץ הבינגושי כתוצאה מן ההישגים הא-קדמיים הדלים של הנער האמריקני בתחומי המדע. מומחי בריאות מאוניברסיטת האר-ווארד דיווחו על עלייה בשיעור תמותת תינוקות שהוריהם באו מאזורים עניים, ועל עיכובים בהתפתחותם הפיזית (New York Times, 1983). סופר, שאחדים מהורים אלה ניזונים משימורים המידעדים לחתולים וש-לעתים הם גראים מחטטים בפחי האשפה של השכבות האמידות. על מנת להשלים תמונת זוועה זו נתבשרנו לאחרונה, שמרעצת העיר סנט-לואיס שבמדינת מיסורי קבעה תקנה האוסרת לחטט בפחי זבל בשכונות מגורים. תקנה זו נחקקה על אף מחאותיהם של מנהלי בתי-המחסה, שראו בה "סטירת-לחי חסרת רגש בפניהם של העניים המנסים איכ-שהו להישאר בחיים" (מעריב, מיום 17.3.84).

דוגמה מרתקת במיוחד למגמות הדרווי-ניזם החברתי בארצות הברית ניתן לראות בפרשת חסרי-הבית, העקורים וחסרי-הכל. בשנת 1981 העריכו את גודלה של אוכלו-סייה זו בניו-יורק בלבד ב-36,000 נפש והבחינו בתוכה בארבעה "דורות": דור השיכורים המשוטטים, דור משוחררי המוס-דות לחולי נפש, דור המיעוטים האתניים, הצעירים והנשים ולאחרונה — דור של מש-פחות עם ילדים (Stoner, 1983).

עקורים אלה נראו לרוב כשהם מבליים את זמנם בנסיעות ללא תכלית ברכבות התחתיות, באולמות ציבוריים ובכניסות המחוממות לבתי משרדים ומגורים. זמן רב עבר עד

המסחררת בהוצאות הפדראליות לבריאות ותומלץ להעריך מחדש את הקדימויות של הממשל בתחום זה.

מגמה שנייה לצמצום המשאבים הציבו-ריים המוקצים לשירותי רווחת ניתן למצוא בשינויים האידיאולוגיים, שהתחוללו באחדות ממדינות המערב בד-בבד עם החלפת המפ-גה בשלטון. באנגליה הוחלף שלטון הליי-בור בשלטון השמרנים; בארצות הברית גברו הרפובליקנים על הדמוקרטים ובישראל תפס הליכוד את מקומה של תנועת העבודה. במדינות אלה חברו יחד המאמינים בכוחות השוק החופשי ובצורך לעודד אחריות אי-שית, יזמה ותחרות, עם אלה שמתחו ביקורת על מדינת הרווחה. הם טענו, שמדינת הרוו-הה מעודדת תלות-יתר בממשל ומזנעת פי-תוח כלכלי. גברו השאלות על עלות השירו-תים ותועלתם החברתית היחסית לצד דרי-שות לאחריות חברתית (Accountability). גברה גם הביקורת על מידת הצורך להתחלק בנטל המיסוי, במיוחד לנוכח גילויים של ניצול ושימוש לרעה בכספי הציבור. ספקות אלה הביאו לתמיכה פוליטית גוברת מצד אותם חוגים הדורשים לערוך רויזיה ביסו-דות האידיאולוגיים של צדק חברתי, חלוקה מחדש של הכנסות, מיסוי פרוגרסיבי ושי-רותים אוניברסליים המאפיינים את רעיון מדינת הרווחה.

אחת מתוצאות הלואי של שינויים אידי-אולוגיים אלה היתה התחזקות הדעה, שיש לחזור ולחזק את הארגונים הוולונטריים ולעודד את תודעת ההתנדבות והעזרה לזו-לת, כאלטרנטיבה לאחריות הממלכתית הנרחבת מדי לרווחת האזרחים. ברוח זו הציע הנשיא רייגן לבטל את מערכת הסיוע המשפטי הפדראלי ששירתה מיליון וחצי איש בשנת 1980, ולהעביר את הטיפול לארגונים וולונטאריים מקומיים.²

2 הארגון הלאומי של עובדי הסיוע המשפטי בארצות הברית העריך את היחס בין האוכלוסייה שמתחת לקו העוני ובין עורכי הדין המיועדים לטפל בהם ב-5,000:1, בשעה שבאוכלוסייה שמעל לקו העוני היחס מוערך ב-334:1 (Anderson & Irvin, 1981).

היתה לחם חוקם של מייסדי המקצוע (Dolgoff & Feldstein, 1980). הם יזמו שותפותיות עם אוכלוסיות חלשות וליוו אותן בסתרון מצוקותיהן עד למיסוד מערכות הסיוע במסגרת שירותי הרווחה הפורמאליים של הממשל. כיום חוזרת המטוטלת לאחור והמדינה מנסה להתגער מחלק מן החובות שנטלה על עצמה במחצית היובל האחרונה. במצב זה של צמצום בהוצאות הציבוריות ברוב מדינות המערב מוטל עלינו להעריך מחדש את תפקידנו ואת דרכי היערכותנו המקצועית.

להלן יוצע לעשות שימוש רב יותר בשיטות אחדות שנשכחו מעט מתוך רפרטואר ההתערבויות בעבודה הסוציאלית במגמה שישונו להיות חלק אינטגרלי של הפראקטיקה. את הלגיטימציה לחזרה זו ניתן לעגן בשתי גישות עיקריות המבהירות את תחום העיסוק של השירותים הסוציאליים בכלל ושל מקצוע העבודה הסוציאלית בחברת המודרנית בפרט.

תחום העיסוק של העבודה הסוציאלית

הגישה הראשונה, המסורתית יותר, רואה את תפקידם העיקרי של השירותים הסוציאליים בטיפול ריזודואלי (שיורי) בקבוצות החלשות באוכלוסייה, באלה שנפלטו מן המערכות החברתיות המקובלות, כגון המשפחה, העבודה, החינוך. גישה זו היא סלקטיבית ביסודה, נשענת על מבחני נזקקות ולפיכך מתייגת את השירותים ואת הפונים אליהם כעניים. הגישה השנייה, המוסדית, שואפת לכך שהעבודה הסוציאלית תתבצע מתוך מסגרת ארגונית נפרדת בחברה המודרנית ורואה את תפקידה, כפרופסיה, להציע תשובות לתנאי החיים המשתנים של האדם המודרני ולמצוקותיו התקופתיות. לפי גישה זו השירותים הסוציאליים אינם מיועדים

שהתפנו העוסקים במלאכת הקיצוצים או בתגשת עזרה לאנשים שבתוך סוכנויות הרווחה והכירו במצוקותיהם של אומללים אלה. אך מפתיע מכל הוא, שלא היו אלה העובדים הסוציאליים שהפנו את תשומת הלב של הממסד לממדי מצוקת העקורים, כי אם משפטן צעיר, שהתיימש מניסיונותיו להגיא את עיריית ניו-יורק מלפנות קבוצה של חסרי כל מפתח בית המשרדים של החברה שבה עבד. בייאוש פנה האיש לבית המשפט ותבע שמדינת ניו-יורק תקיים את אחריותה המנוסחת בחוקת "לעזור, לדאוג ולתמוך בנוקמים". השופט קיבל את טיעוניו וציווה על העירייה לספק מחסה – קרי מיטה – לכל דורש. לאחר שנתיים של עיסוק וולונטרי למחצה, שבמהלכו גברה התלהבותו האישית מן הנרשא, הוזמן המשפטן לנהל ארגון-גג לאומי לטיפול בעקורים תוך הדגשת שיטות של שתדלנות (Lobbying) וסינגור (Advocacy).

דוגמה זו מצביעה על שתי מגמות. הראשונה, שהממשל בארצות הברית לא ראה לגכון להתערב בתופעה של מצוקת חברתית עד שהיא נהפכה למטרד ציבורי. שנית, שאין ביכולתה של חברה מתוקנת להתחמק לאורך זמן מאחריותה להבטיח רמת חיים בסיסית לאוכלוסיותיה החלשות. חברה מתוקנת גם אינה יכולה לצפות, שכוחות ה"שוק" והמערכות הוולונטריות ימלאו את החלל שנוצר מהפסקת שירותים או מצמצום.

על רקע אירוע זה כדאי להתעמק במספר שאלות: כיצד קרה שאף אחד מן העובדים הסוציאליים בניו-יורק לא ראה זאת כאחריותו המקצועית להתערב וליוזם בנושא העקורים על-ידי העלאת מצוקתם לתודעת הציבור? האם בכלל מתפקדים לעורר, לפעול ולהפעיל, או שמא פעילות כזו היא מתפקידו של הדרג הפוליטי בלבד על-ידי קביעת קדימויות עבור קבוצות במצוקה?

עיון בתולדות העבודה הסוציאלית מגלה, שקביעת קדימויות לרפורמות חברתיות

פנא לאמנים מנסים לפתח אצל תלמידיהם. קביעת קדימויות היא חיונית במיוחד בתקופה של צמצום משאבים. היא צריכה להיקבע הן במישור הלאומי (מאקרו) והן במישור הארגוני המקומי (מיקרו). ברמת המאקרו על העובדים הסוציאליים להיות מעורבים בניסוח המלצות לדרג הפוליטי על קדימויות חברתיות לאומיות, תוך דאגה לפרסום ההמלצות ברבים, עם הצעות לשיטות התערבות. ברמת המיקרו, על העובדים הסוציאליים לפעול למקסימיזציה של משאבי הזמן, שיטות העבודה וכוח-האדם העומדים לרשותם.

"החיאת" מומחיויות

להלן יפורטו תחומי מומחיות שנועדו לסייע בהמצאת התערבויות בדרך של גיוס משאבים לטיפול במצבי אי-הלימה. הם תובעים כושר תמרון בין שיטות ההתערבות הקיימות ובין המצאתן של שיטות חדשות, כדי לפתור בעיות מורכבות בנסיבות משתנות. ימוקדו ארבע שיטות שהן המקובלות יותר בקרב אנשי מקצוע המעוניינים ביעדי רפורמה חברתית. במהלך הפרופסיונליזציה והביורוקרטיזציה של מקצוע העבודה הסוציאלי נדחקו שיטות אלה לשולי הפראקטיקה ובתקופה של צמצום משאבים יש להיזכר בהן מחדש ולתרגל את הפעלתן. להלן יפורטו ארבע השיטות שהחייאתן חיונית ביותר והן: ייזום שותפויות, התרעה חברתית, סינגור והפעלה חברתית.

1. ייזום שותפויות. ההיסטוריה של מקצוע העבודה הסוציאלי, יעדיה ותחום אחריותה שזורים במטרה להיטיב את תנאי החיים של אוכלוסיות בשולי החברה ולסייע להן להתקרב למרכזה. אחת הטכניקות להשגת מטרה זו היא ייזום שותפויות עם אוכלוסיות שוליות והפעלתן לשינוי מצבן תוך גיוס משאביהן העצמיים והפנימיים.

לעניים בלבד ואין הם באים למלא את תפקידיהן של מערכות החברה האחרות (Wilensky & Lebeaux, 1958).

שתי גישות אלה קיימות זו לצד זו בכל חברה מודרנית, אם כי בפרופורציות ובהזדהושים שונים. עם התגברות המצוקות הכלכליות בחברות המערביות, ועם השינויים האידיאולוגיים המתלווים אליהן, החלו ממגלות רבות במערב להיערך מחדש באשר להיקף השירותים המוסדיים הרצויים והאפשריים, תוך ניסיון לקבוע קדימויות מחודשות.

נושא זה של קדימויות חברתיות והקצאת משאבים ראציונלית הוצג לאחרונה כראשון מבין שני תחומי האחריות והמומחיות העיקריים של מקצוע העבודה הסוציאלי (Rosenfeld, 1983). הסיבה לכך נעוצה בתפיסה שתחום העיסוק (ה-domain) של העבודה הסוציאלי היא הטיפול באוכלוסיות שונות שנדחפו לשולי החברה עקב אי-הלימה בין צורכיהן ובין המשאבים הבלתי תואמים שהעמידו לרשותן מוסדות החברה. לפיכך, תפקיד העבודה הסוציאלי לצמצם את מצבי אי-ההלימה על-ידי שימוש בהירארכיה של מקורות: במקום הראשון, יש לגייס ולהדריך את אוכלוסיות המצוקה עצמן להשתמש במשאביהן הפנימיים. במקום השני, עלינו לאתר משאבים ברשתות החברתיות הראשוניות של אוכלוסיות המצוקה ורק במקום האחרון אנו צריכים לפנות למשאבים של החברה הרחבה.

תחום המומחיות השני שמציע רוזנפלד (1983) מצפה מן העובדים הסוציאליים להמציא בהתמדה שיטות התערבות ושיטות לגיוס משאבים על מנת לטפל במצבי אי-הלימה הנובעים מסביבה משתנה. בשעה שהמומחיות בקביעת קדימויות דורשת שליטה בטכניקות של קבלת החלטות, המומחיות של המצאת התערבויות מצריכה את פיתוחה של שיטתיות מסוימת בכושר האלתור. נראה, שכוונת מומחיות זו לפתח אצל העובדים הסוציאליים את אותן התכונות שבתי אול-

(Brager & Holoway, 1979), עשוי המתריע החברתי להפעיל את המערכת הארגונית שהוא מועסק בה וכן מערכות נוספות לשם קביעת קדימויות מחודשות שתכליתן להתערב כדי למנוע את המשך ההידרדרות של התופעה שנצפתה.

ניתן להבחין בשתי רמות של התרעה חברתית. ברמת הפראקטיקה בשדה, ההתערעה מזכירה את איש התצפית הצבאית, ואילו ברמת המינהל היא דומה יותר לתפקיד שממלא הראדאר. בשתי הרמות קיים קושי להתליט מה הם הנרשאים שראוי להתריע עליהם. בחירתם נקבעת על-פי הסימנים המתריעים אשר משלבים הכרעות ערכיות על בסיס העקרונות המקצועיים של העבודה הסוציאלית עם הסתמכות על אינדיקטורים "קשים" באמצעות עובדות ונתונים. במציבים אלה, ההחלטה להתריע יכולה להיעשות לרוב בידי העובדים הסוציאליים לבדם או יחד עם עמיתיהם ממקצועות העוזר הסמוכים, למען אוכלוסיות במצוקה. גישה זו שונה מן השיטות הקלאסיות של העבודה הקהילתית שבהן מודגש תהליך של שיתוף הלקוחות. השוגי העיקרי הוא בכך שהגישה משתמשת בתחומי ידע ומומחיות שאינם ניתנים לביטוי בתהליך קבוצתי בקהילה. בנוסף לכך, ההחלטות צריכות להתקבל לעתים בלחץ של זמן — אחרת התופעה עלולה להחריף. ברוח זו תבע איגוד העובדים הסוציאליים בישראל מחבריו "לשמש כמתריעים חברתיים ולהרים קול לנוכח עוולות חברתיות כמייצגים של אוכלוסיות שבטיפולם" (איגוד העובדים הסוציאליים, 1978).

3. סינגור. מומחיות זו שואבת את שמה ואת שיטות עבודתה מתחום המשפט. יעדי השיטה לסייע ליחידים ולקבוצות מקופחות באוכלוסייה להבטיח ולממש את זכויותיהם החוקיות או הנורמטיביות אשר מוסדות החברה עירפלו או הכחישו אותן (Cloward & Elman, 1970). בספרות המקצועית ניתנת למצוא שלושה סוגי סינגור: סינגור למען אדם בודד (case advocacy), סינגור

מטרת שותפויות אלה לצמצם באופן מכוון ומקצועי את הניכור בין הקבוצות שבשולי החברה ובין אלה שבמרכזה. השותפויות הראשונות במקצוע העבודה הסוציאלית החלו לפני כמאה שנה במרכזים הקהילתיים (settlement houses) של אנגליה וארצות הברית (Beck, 1977). שם צמחו הניצנים הראשונים של רפורמות חברתיות נרחבות באמצעות מגע אישי אינטנסיבי בין הפליטים המזוננים חיים של תוצאות העיור המואץ ובין העובדים הסוציאליים במרכזים הקהילתיים. בשותפויות אלה הודגשו המאמץ המשותף של העובד המקצועי וקבוצתו לחפש מפלט מן הבדידות והניכור תוך השתתפות בתהליך דמוקרטי מלא. גישה זו היתה בזמנו שונה וחדשנית בהשוואה לגישתם של עובדי הצדקה, שפעלו יותר מתוך מגעים מיסיונריים תוך שימוש בגישות פטרוניסטיות.

2. התרעה חברתית. שיטה זו הופיעה רק לאחרונה כקטיגוריה נפרדת בספרות המקצועית (פרידמן, 1984). בעבר היא היתה כלולה בפרקי העבודה הקהילתית והמדיניות. במקום אחר הוצגה ההתרעה החברתית כשיטת התערבות שגוקטים עובדים סוציאליים החשים שיש להם אחריות להשפיע על איכות שירותי הרווחה והמרגישים מחויבות להשתתף ברפורמות חברתיות ובעיצוב מדיניות חברתית הומאנית (כורזים, 1978). שיטה זו מכוונת לעתיד, לטווח הקצר והארוך, באמצעות התרעה מפני התפתחותן והחרפתן של תופעות חברתיות שבהן צופים ומעורבים העובדים הסוציאליים בתוקף תפקידם והטומנות בחובן סיכון לקבוצות חלשות באוכלוסייה. קירבתם הפיזית לאנשים במצוקה ולהתפתחות חברתיות, וכן מיומנותיהם האנאליטיות, מטילות עליהם את האחריות לאתר סימנים מתריעים ראשוניים ולהעיר את תשומת הלב של דרגי המינהל, התיכנון וקובעי המדיניות החברתית (Faludi, 1973: 281). בדרך זו של החרת שינויים מתוך הארגון (Resnick & Patti, 1980), ובעיקר מתחתיתו כלפי מעלה

ראציונליות, הכוללות את השלבים המוכרים ממתודות אחרות: איסוף וניתוח הנתונים הרלוונטיים, אבחון הבעיה או הבעיות, שקילת דרכי התערבות אלטרנטיביות, בחירת תוכנית פעולה והתאמתה הבלתי פוסקת לאור הערכת תוצאות הביניים (Thursz, 1971, 1977).

בחירת האסטרטגיה המתאימה דורשת הערכה של הכוחות הפוליטיים, ובמיוחד איתור של בני הברית האפשריים, מתוך התכרה, שרפורמה חברתית אינה יכולה להתרחש ללא לחצים והתנגשויות עם הממסד. לכן יש מבין חסידי ההפעלה החברתית התומכים בייזום קונפליקטים (עד כדי איי-ציות אזרחי במצבים הקיצוניים), על מנת לקרוא תגר על מצב חברתי, על חוק או על מדיניות מקפחת.

סיכום ומסקנות

השינויים באידיאולוגיות החברתיות והאילוצים הכלכליים של אמצע שנות השמונים מחייבים את העוסקים במקצוע העבודה הסוציאלית להעריך מחדש את תחומי עיסוקם בתקופה של צמצום משאבים ולהיערך בהתאם. מטרת דיון זה היתה להציע את הכללתן מחדש של ארבע שיטות התערבות ברפרטואר הפראקטיקה של עובדים סוציאליים בתקופה של צמצום משאבים. מקצוע העבודה הסוציאלית עבר כבר דרך ארוכה — ממעורבות ברפורמות החברתיות הראשונות בתחילת תקופת התיעוש ועד לפיתוח שירותי רווחה ברמה מקצועית. הקידום המקצועי הביא לפיתוח מיומנויות טכניות במערכות השירותים החברתיים העיקריות, אשר טומנות בחובן דילמה דיאלקטית מרכזית בקשר לכיווני ההתפתחות הרצויים למקצוע. יהיה עלינו לפתור דילמה זו, שאותה הגדירו וילנסקי ולבו (1958) כלהלן: ... איש המקצוע, השקוע בחלק הטכני

למען קבוצה או מעמד חברתי (Class advocacy) וסינגור למען מדיניות (Policy advocacy) (Grosser, 1976; Kahn, 1979; Nulman, 1983). בנקטו את שיטת הסינגור העובד הסוציאלי מתערב כמתווך וכנציב-זכויות בין לקוחות מנוכרים ונעדרי כוח ובין ארגוני שירות ומערכות פוליטיות. ההתערבות היא אקטיבית, בניגוד לגישת "הנייטרליות המקצועית" המקובלת יותר בשיטת הפרט-נית הקלאסית. בנושאים אלה יעסקו העובדים הסוציאליים לעתים יחד עם משפטנים מיחידות סיוע משפטי על מנת להבטיח לכל את עקרון הצדק והגישה החופשית למערכת המשפט.

4. הפעלה חברתית. הרקע להצדקת השימוש בשיטות ההפעלה החברתית נוצר כאשר קבוצות אזרחים מתקשות לממש את תביעותיהן לצדק חברתי (Cox et al., 1970) וכאשר שיטות של התרעה וסינגור לא השיגו את יעדי השינוי הרצויים. גורמים אחדים יכולים להסביר את הכישלון להשפיע בדרכי נועם על ההחלטות של קובעי מדיניות בדרג הפוליטי ובדרגות המינהל השונות:

א. עוצמת הארגונים הביורוקרטיים גדלה בחברה המודרנית תוך קביעת סטאנדארטים של שירות שצימצמו את כוחו של היחיד.

ב. כתוצאה מן הגורם שלעיל, וכן כתוצאה מתהליכים ארגוניים מקובלים, קיימת התנגדות עקרונית לשינויים בארגוני רווחה (Brager & Holloway, 1979).

ג. התנגדות קיימת גם בקרב העובדים הסוציאליים עצמם, המתקשים לראות גישה זו כחלק אינטגרלי של עבודתם בשדה (Schneiderman, 1965).

קשיים אלה הביאו להתפתחות ההפעלה החברתית כמומחיות מקצועית, המיועדת להפעיל קבוצות מקופחות שאין בידן כוח פוליטי להשפיע על קובעי מדיניות חברתית, תוך השגת יתר פיקוח על המשאבים המשפיעים על חייהם. מומחיות ההפעלה החברתית בנויה על אסטרטגיות משימתיות

כיצד להיערך כדי להגיב תגובה מהירה על שינויים בסביבתם כאשר הם צופים בהי" ווצרותם של מצבי אי-הלימה בין צרכים חדשים ואוכלוסיות חדשות ובין משאבים הקיימים בכוח, אך לא הועמדו לרשותם בפועל. הם יצטרכו גם ללמד כיצד לחקור את התוצאות ארוכות-הטווח של אי-התערבותם, כלומר את המחיר החברתי של אי-פעילות. לשם כך חשוב להרבות לתעד, להדגים ולהעריך אירועים ספציפיים כדי ללמוד ולגבש את תורת ההתרעה. חשוב גם ליצור שותפויות חדשות בינינו ובין פרופסיות אחרות המסייעות לאנשים במצוקתם, כגון רופאים, עורכי-דין וכלכלנים חברתיים, שגם הם יוכלו למלא את שליחותם טוב יותר אם ילמדו להיאבק למען ענייני הבריאות, עשיית הצדק והרווחה.

של עבודתו ומנסה לממש את מלוא מיומנותיו והכשרתו עסוק בביצוע תפ" קידיו ביעילות כדי לזכות בתערכתם של עמיתיו לעבודה... אין לו זמן, אנרגיה או רצון שהם כה חשובים לרפורמה חב"רתית ולתשומת לב מסודה ליעדים חב"רתיים יותר (: Wilenski & Lebeaux, 1958). (330)

בתקופה של צמצום משאבים ציבוריים יש למצוא איזון חדש בין מיומנויות טכניות לטיפול באוכלוסיות, שהן לקוחות המקצוע מזה זמן לא מעט, ובין המחויבות לרפורמות חברתיות בדרך של איתור בלתי פוסק של אוכלוסיות מצוקה חדשות. לשם כך יש ליצור איזון דומה במסגרות ההודאה וההכ"שרה למקצוע וכמו כן במקומות העבודה עצמם. עובדים סוציאליים יצטרכו ללמוד

ביבליוגרפיה

- אלון, גדעון, "מחצית מכלל העבריינים הצעירים — בני מיעוטים", מעריב מיום 18.6.84.
 בריגל, דוד, "עובדים סוציאליים ומדיניות הסעד בעירית ירושלים", פער (ינואר 1972):
 "ועד הפעולה בירושלים: הצעה לפרוגרמה", פער (יולי 1972).
 כרוזים, יוסף, "העובד הסוציאלי הישראלי כמתריע חברתי", בפחון סוציאלי 16 (יולי 1978).
 איגוד העובדים הסוציאליים, "החלטות ועידת "איגוד העובדים הסוציאליים" מירושלים מס' 14 (מאי 1978), עמ' 4.
 כנען, רם והיימן-קוחלי אלון, "השוואת הקצאת תקני כח אדם מקצועי לשרותים חברתיים אישיים במגזר היהודי ובמגזר הלא יהודי", איגוד העובדים הסוציאליים, דצמבר 1983.
 "חוק בארה"ב: אסור לחטט בפחי אשפה", מעריב, מיום 17.3.84.
 פרידמן, זאב, "התפתחות תפקידי העובד הקהילתי בישראל בשנים 1953—1979", משרד העבודה והרווחה, השרות לעבודה קהילתית, מרס 1984.
 שפירו, שמעון, "הועדה הבינלאומית להערכת פרויקט שיקום התחדשות השכונות: דו"ח לשנת 1983", משרד הבינוי והשיכון והסוכנות היתודית, פברואר 1984.
 Anderson, Roslyn L. & Irvin, Patricia L., "Some Legal Services", *The New York Times*, April 4, 1981.
 Beck, Bertram, "Settlements and Community Centers", in: *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers, Inc., 1977, pp. 1262-1266.
 Brager, George & Holloway, Stephen, *Changing Human Service Organizations*, 1979.
 Cloward, Richard & Elman, Richard, "Advocacy in the Ghetto", in: Cox et. al. (eds.), *Strategies of Community Organizing*, Peacock Publishers, 1970.
 Cox, F. M., Erlich, J. L., Rothman, J., & Tropman, J. E. (eds), *Strategies of Community Organization*, Chapter VI, pp. 197-198.

- Dolgoff, Ralph & Feldstein, Donald, *Understanding Social Welfare*, Harper & Row, 1980, pp. 263-269.
- Faludi, Andreas, *Planning Theory*, Pergamon Press, 1973, p. 281.
- Friedman, Milton and Rose, *Free to Choose*, Harcourt Brace Jovanovich, 1980.
- Grosser, Charles F., *New Directions in Community Organization: From Enabling to Advocacy*, Praeger Publisher, 1976.
- "Health Peril to Children of the Poor in the U.S.A." *New York Times*, April 7, 1983.
- Kahn, Alfred J., *Social Policy and Social Services*, Random House, 1979, pp. 167-170.
- McKinley, J., "Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Service: An Overview", *Journal of Health and Social Behavior* (1972).
- Nulman, Efrem, "Family Therapy and Advocacy: Directions for the Future", *Social Work* (January-February, 1983), pp. 19-22.
- Rosenfeld, Jona M., "The Domain and Expertise of Social Work: A Conceptualization", *Social Work* (May-June, 1983).
- Schneiderman, Leonard, "A Social Action Model for the Social Work Practitioner", *Social Casework* (October 1965), pp. 490-493.
- Schram, Sanford F. & Turbett, Patric J., "The Welfare Explosion: Mass Society versus Social Control", *Social Service Review* (December 1983).
- Stoner, Madeleine R., "The Plight of Homeless Women", *Social Service Review* (December 1983).
- Thursz, Daniel, "The Arsenal of Social Action Strategies: Options for Social Workers", *Social Work* (January 1971), pp. 27-34.
- "Social Action", in: *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers, Inc., 1977, pp. 1274-1280.
- Wilensky, Harold & Lebeaux, Charles, *Industrial Society, and Social Welfare*, Russel Sage, 1958.

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עו"ד

הצעת חוק הביטוח הלאומי (הוראת שעה)

הצעה זו באה על רקע "עיסקת החבילה".

כיום מחושב השכר הממוצע על בסיס ממוצע חודשי של השכר הממוצע לשכיר בשלושת החודשים האחרונים שלגביהם היו נתונים בידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ממוצע השכר של שלושת החודשים האלה מעודכן בשיעור תוספת היוקר שניתנו לשכירים במשק בתום שלושת החודשים האמורים ועד ליום שלגביו מחושב השכר הממוצע.

המעבר מתוספת יוקר תלת-חודשית לתוספת יוקר חודשית (בהתחשב בעליית המדד) מביא לעיוות בחישוב השכר הממוצע. המתבטא בכך שתוספת היוקר ששולמו לשכירים בתקופת הבסיס מובאות בחשבון רק בחלקן. כתוצאה מכך עלולת להישחק באופן משמעותי הגימלאות הנגזרות מהשכר הממוצע. כדי למנוע תופעה זו ולשמור ככל שניתן על ערכן הריאלי של הגימלאות מוצע לתאים את שיטת החישוב הממוצע לתנאים החדשים שנוצרו במשק, זאת בהמשך לתיקון שנעשה לגבי החודשים אוגוסט, ספטמבר ואוקטובר 1984, באמצעות תקנות שעת הירום (חישוב השכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח—1968), התשמ"ד—1984.

בחתום לשיטה המוצעת, ממוצע השכר של שלושת החודשים האחרונים, שעליהם יש נתונים בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, יעודכן לפי שיעורי תוספות היוקר ותוספות השכר ששולמו לשכירים במשק בתוך שלושת החודשים האמורים.

כמו כן מוצע, שבכל מקרה לא יפחת השכר הממוצע, שיחושב לפי השיטה החדשה, מן הסכום המתקבל מהגדלת השכר הממוצע האחרון בשיעור הפיצוי שחל בחודש שלגביו מחושב השכר הממוצע. דבר זה יבטיח עדכון שוטף של הקיצבאות בשיעור שאינו קטן משיעור תוספת היוקר המשתלמת לכלל השכירים במשק.

לפי ההסכם לייצוב המשק שנחתם בתחילת נובמבר 1984 בין הממשלה והסתדרות הכללית של העובדים ולשכת התיאום של הארגונים הכלכליים, ישולמו לשכירים בחודשים נובמבר ודצמבר 1984 שני שלישים מתוספת היוקר. תוספת היוקר המוקטנת כאמור משמשת בסיס גם לחישוב השכר הממוצע לפיו מחושבות קיצבאות זיקנה ושאיירים. מאחר שעל-פי ההסכם לייצוב המשק יפוצו השכירים במשך שלושת החודשים החל מפברואר 1985, בגין הוויתור החלקי על תוספת היוקר, מוצע שגם מקבלי קיצבאות זיקנה ושאיירים יקבלו פיצוי בשיעור שיקבעו שר העבודה והרווחה ושר האוצר.

תקנות שעת הירום (חישוב השכר הממוצע לפי חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח—1968), התשמ"ד—1984, שאיפשרו לעדכן את השכר הממוצע בתנאי האינפלציה ולשמור על-ידי כך על ערכן הריאלי של הקיצבאות, היו בתוקף לגבי החודשים אוגוסט, ספטמבר ואוקטובר 1984. עם פקיעת תוקפן של התקנות חזרה לתוקפה ההגדרה המקורית של "השכר הממוצע" לפי סעיף 1 לחוק הביטוח הלאומי. כדי למנוע ירידה משמעותית של הקיצבאות הוגדלו הקיצבאות בעד חודש נובמבר 1984 לפי הסכם בין המוסד לביטוח לאומי ובין הממשלה.

הוצע, לכן, לעגן את החסדר בחוק ולאפשר על-ידי כך את מימון חתשלוס מכספי המוסד לביטוח לאומי.

התקף לב כתאונת-עבודה

דוד נפגע מהתקף לב בעת עבודתו. המוסד לביטוח לאומי לא היה מוכן לראות באירוע זה תאונת-עבודה. דוד פנה לבית-הדין האזורי לעבודה וזה קבע שההתקף מהווה תאונת-עבודה. המוסד לביטוח לאומי מיהר וערער לפני בית-הדין הארצי לעבודה. זה האחרון החליט, ברוב דעות, למנות מומחה רפואי שיענה על מספר שאלות שיציג בפניו בית-הדין הארצי לעבודה. בית-הדין הארצי פסק בעבר שעל מנת שאוטם שריר הלב יוכר כ"תאונת-עבודה" צריך שהשפעת העבודה על בוא האוטם תהיה רבה בהרבה מהשפעת הנתונים האישיים. המומחה הרפואי קבע, במקרה הספציפי, שהשפעת העבודה על בוא האוטם היתה פחותה בהרבה מהשפעת הסיכון האישי של דוד. לאור חוות-דעת זו פסק בית-הדין הארצי לעבודה, ברוב דעות, שהשפעת העבודה על בוא האוטם היתה פחותה בהרבה מהשפעת מצב בריאותו של דוד. מכיוון שכך, נתקבל ערעורו של המוסד לביטוח לאומי.

כנגד החלטה זו הגיש דוד עתירה לבית-המשפט הגבוה לצדק.

חוק הביטוח הלאומי קובע, כי "תאונת-עבודה" היא "תאונה שאירעה תוך כדי עבודתו ועקב עבודתו אצל מעבידו" של המבוטח. סעיף 39 לחוק מוסיף וקובע:

"תאונה שאירעה לעובד תוך כדי עבודה רואים אותה כתאונה שאירעה גם עקב העבודה, אם לא הוכח ההיפך; אולם תאונה שאינה תוצאה של גורמים היצוניים הנראים לעין, בין שאירעה לעובד ובין לעובד עצמאי, אין רואים אותה כתאונת עבודה אם הוכח כי השפעת העבודה על אירוע היתה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים".

המבחן הוא אפוא אם השפעת העבודה על אירוע התאונה היא פחותה בהרבה מהשפעת הגורמים האישיים. כדי שהתאונה לא תהיה תאונת-עבודה, אין זה מספיק שהשפעת העבודה אינה רבה בהרבה מן הגורמים האחרים, אלא נדרש שהשפעת העבודה תהיה פחותה בהרבה מן הגורמים האחרים. נמצא, שכאשר השפעת העבודה נופלת מ"רבה בהרבה" ועולה על "פחותה בהרבה", לא חלה הוראת החוק לפיה אין רואים את התאונה כתאונת עבודה.

לפיכך, ברור שאחת השאלות שהציג בית-הדין הארצי לעבודה למומחה הרפואי, לאמור: "האם השפיעו האירועים בעבודה... על בוא האוטם במועד שבא, הרבה יותר מחנתונים האישיים שבמערער?" — אינה נכונה. כך סבור השופט אהרן ברק. שאלה זו אינה נכונה, שכן היא מכוננת להשפעה הרבה יותר של העבודה על-פני הנתונים האישיים, בעוד שהחוק רואה כמכריעה את השאלה, אם העבודה השפיעה הרבה פחות מן הנתונים האישיים על אירוע העבודה. לדעת השופט ברק, טעות זו עצמה חוזרת בהחלטה נוספת של בית-הדין הארצי לעבודה, שבה נתבקש המומחה הרפואי להבהיר את חוות-דעתו הקודמת. בית-הדין הארצי קובע שם, שעל מנת שאוטם שריר הלב יוכר כ"תאונת עבודה", צריך "שהשפעת העבודה על בוא האוטם תהיה רבה בהרבה מהשפעת

הנתונים האישיים, לשון אחר — שהנתונים האישיים השפיעו "הרבה פחות". השופט ברק גורס, שקביעה זו בטעות יסודית, שכן ניתן להכיר באוטם שריר הלב כתאונת-עבודה גם אם השפעת העבודה אינה רבה בהרבה מהשפעת הנתונים האישיים, ובלבד שאינה פחותה בהרבה מהם.

בנסיבות אלה נחאה לשופט ברק, שמן הראוי הוא להחזיר את העניין לבית-הדין הארצי לעבודה, כדי שישקול אם אין מקום להחזיר את העניין למומחה הרפואי או למנות מומחה אחר, או להחזיר את הדיון לבית-הדין האזורי לעבודה לשם שמיעת ראיית נוספות, כדי להבחיר את חוות הדעת, תוך מודעות לכך, שהשאלה שעליה הוא מתבקש לחשוב היא, אם השפעת העבודה על אירוע התאונה היא פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים, ושהוא אינו נשאל כלל, אם השפעת העבודה היא רבה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים.

לדעת זו מצטרף השופט לוי. השופט יהודה כהן, בדעת מיעוט, קובע שהנוסח המטעה של שאלת בית-הדין לא חולך שולל את המומחה הרפואי, ולכן חוות דעתו שרירה, נכונה וקיימת.

יהיו שיטענו "מלים, מלים" ותו לא. אך בכוחן של מלים אלה, בפרשנות זו או אחרת, להטות את גורלו של אדם — אם יקבל גימלה או דמי נפגעי עבודה או לאו.

לבסוף נזקק השופט ברק לטענה שבית-המשפט הגבוה לצדק אינו יושב בערכאת ערעור על החלטת בית-הדין הארצי לעבודה ואין לו להתערב, בנסיבות העניין, בהחלטת השופט ברק אינו מקבל טענה זו. היתה כאן, לדעתו, טעות בולטת בפירוש החוק. אין כאן עניין בחוק שניתן לפירושים שונים, תוך שבית-הדין הארצי, המפעיל מומחיות מיוחדת בתחום דיני העבודה, בוחר באחד הפירושים, ובית-המשפט הגבוה לצדק אינו מתערב בדבר. עניין לנו בטעות תר-משמעית שיש לה השלכות על ציבור רחב של נפגעים.

פסק-דינו של השופט ברק נתקבל, כאמור, ברוב קולות.

תסמונת "הילד המוכה"

היועץ המשפטי לממשלה ביקש מבית-המשפט המחוזי בירושלים, כי הודות בתם של רחל ורוד (השמות בדויים — א"ו), תוכרז בת-אימוץ לפי חוק אימוץ ילדים, תשמ"א — 1981. הקטינה נמצאת מחוץ לבית הוריה, בהפסקות קצרות, מאז היתה בת ארבעה חודשים.

ראשית הוצאתה מבית הוריה היתה בשל אשפוז בבית-חולים. תוך-כדי הטיפול בה בשל הקאות, שלשולים וירידה במשקל, אבחנו הרופאים בגופה המטומות, ובמקרה אחד אף שבר ברגל. מסקנתם של המטפלים בילדה היתה, שאת הפגיעות בגופה של הילדה גרם אחר מהוריה (תסמונת "הילד המוכה").

בית-המשפט המחוזי פירט בהרחבה מה היו תנאי החיים בבית הוריה, ומח המאמצים הטיפוליים והשיקומיים הרבים והנמשכים, הראויים לכל שבה, שנקטו רשויות הסעד והגורמים הרפואיים, שטיפלו בילדה במסירות כדי לרפאה. כך הועמדה לרשות ההורים, בינתיים, דירה אחרת במקום החדר הקטן, העוזב ומלא העובש, שבו גרו קודם, כמו כן ננקטו צעדים רבים כדי להרריך את האם בכל הנוגע לטיפול בחזרות.

בינתיים נולד במשפחה ילד נוסף, ילד זה נמצא במשפחה כל העת, ולגביו לא נתעוררו בעיות כלשהן.

לאור העדר תלונות בעניין הילד השני העלה בית-המשפט המתוזז את הסברה, שאפשר שהורים יפתחו גישה שונה לגבי ילדם האחד בהשוואה לילדם האחר, דהיינו יגלו חוסר רגישות ואף קשיחות ועוינות כלפי ילד אחד וינהגו באופן שונה באורח קוטבי כלפי ילדם האחר. בית-המשפט המתוזז קבע שבהתנהגות ההורים נתגלו הבקות בקיום הקשר עם בתם והבעת רצון ונכונות למלא את תפקידי ההורים. לפיכך החליט בית-המשפט המחוזי לדחות את בקשת היועץ המשפטי, אך השופט שישב לדין הוסיף דברים משלו:

"ולבסוף ברצוני לציין כי אינני מטיל דופי כלשהו לא במסירותם, לא בכשרם, לא בדבקותם במטרה נעלה ולא בנאמנותם של כל האנשים שטיפלו בנושא כאוב זה מטעם המבקש. כולם עשו מלאכתם מתוך מחשבת כנה שהם פועלים לטובת העניין אלא שחוששני שלא עמדו ביכולת שלא להיתפש ל'קונצפציה' מסוימת ולפעול לפיה 'באש ובמים', תוך כדי ערבוב מטען רגשי לא מבוטל... מטען רגשי זה חורגש הרי היטב במהלך הדיונים מצד שני הצדדים, כולל באי כוח הצדדים, וחבל שכך היה. יש לזכור שהקובע אינו מי צודק, אלא מה היא טובת הילדה ואם הסיכוי לטובת הילדה עובר דרך קביעה שנפלה טעות או נתקבלה החלטה נחפזת מדי על-ידי אנשי הרשות, מוטב שלא יעורב בנושא זה מטען רגשי של 'מפלה'... ולבסוף, אין ברצוני להתיימר ולקבוע שקליטת הילדה על-ידי ההורים תצלח. כפי שכבר נאמר נפש האדם היא סבוכה ואין יודע פשרה ויתכן שיתברר בעתיד כי אכן הילדה אינה זוכה לטיפול שראוי שיינתן לה על-ידי הוריה. כל שאני קובע בשלב זה הוא שלא הוכח בפני שיש ראיות המצדיקות הכרזת הקטינה כבת-אימוץ".

על כך מערער היועץ המשפטי לממשלה בפני בית-המשפט העליון.

נציג היועץ המשפטי גורס, שבית-המשפט המחוזי טעה כאשר התעלם מחוות הדעת של גורמי הרשות, לפיהן לא יצלח הקשר בין ההורים ובין הבת, וכי אלה אינם מסוגלים לטפל בה. הוא הדגיש את הראיות של אלימות כלפי הקטינה וטבר, שמדובר במערכת יחסים שתימשך באותה מתכונת, ואשר אין לה מרפא.

נשיא בית-המשפט העליון, מאיר שמגר, סבור שהמקרה מחייב בדיקה מתוך זהירות כפולה ומכופלת: ראשית, מדובר בערכאת ערעור זו אינה נוהגת להתערב על נקלח בקביעותיו העובדתיות של בית-המשפט דמטה, אשר שמע את העדים ויכול להתרשם במישרין מאמינות דבריהם. שנית, המדובר בהחלטה לגתק את הקשר בין ילד ובין הוריו, וזאת לא בשל נטישתם את הילד או הפסקת הקשר הקבוע בין ההורים לילד, אלא על רקע של קשר קיים ומתמשך. בו בזמן שגילויו החיצוניים של יחס מתנכר יכולים לשמש ראיה לקיומה של מערכת יחסים שלילית, אשר לא כל התחושות והרגשות המתלווים אליה גלויים לעין, הרי חסקת המסקנות במקרה כמו שלנו, שבו אין יחס חיצוני מתנכר, בנויה בעיקרה על תחושת של ההתפתחויות הצפויות בעתיד לאור ניתוח המנטאליות והאופי של ההורים.

נציג היועץ המשפטי לממשלה ביקש לראות בפגיעות הפיסיות בילדה בעבר אינדיקציה לגבי העתיד, כי הוא ראה בכך ביטוי חיצוני ברור וגלוי ליחס הקשוח של ההורים לילדתם, שיש בו כדי לסכן את שלומה. אולם הנשיא שמגר, ועמיתיו, לא שוכנעו שהפגיעות,

שנתגלו בחדוה, היו כולן ביטוי ליחס כעוס ואלים. ייתכן שתנאי החיים במקום מגוריהם הקודמים של ההורים וחוסר הניסיון שלהם הביאו לפציעות שלא מרצון. ייתכן, כמובן, שהיו גם מקרה אחד או שניים של פגיעה מרצון. אך אם מדובר בתופעות בודדות ולא ביחס כללי ומתמשך, עדיין אין בכך כדי להצדיק את המסקנה הגורלית ומרחיקת הלכת של ניתוק יזום של הילד מהוריו. במלים אחרות, אף אם ניתן להביע כל ביקורת על הורה, השוכח את עצמו ומרים ידו על ילד קטין ופוגע בו, אין בכך, בהכרח, כדי לתלוך למסקנה, שיש ליטול את הילד ממנו ולמסרו לאחר, כדי שיאמצו ויגדלו כילדו. רק אם עלה סכנה ברורה, שהמעשה תפסול יחזור על עצמו וקיימת סכנה לשלומו ולבריאותו של הקטין מוצדקת מסקנה כגון זו שנתבקשת כאן, על-ידי היועץ המשפטי לממשלה.

לכן, קובע השופט שמגר, מן הראוי שתינתן להורים האפשרות להוכיח, שהם אינם מתנכלים ומתנכרים לילדתם אלא אוהבים אותה, וכי תקלה שנפלה לפנייהם לא היתה פרי זדון אלא תולדת המקריות, אשר לא תשוב עוד על עצמה. למותר להוסיף, שעל ההורים לראות בדיון בעניין חדוה, בשתי הערכאות, אות אוהרה מפני כל כישלון נוסף. ערעורו של היועץ המשפטי לממשלה נדחה. חדוה תישאר בבית הוריה.

אימוץ ללא הסכמת הורה פסול-דין

ביחסי הורים וילדים ובסוגיית האימוץ אין לדבר על זכויות מוקנות במובן המקובל של זכויות בעלות שיש להורים בילדיהם. בית-המשפט העליון פסק, שהצורך בהסכמת ההורים לפני מסירה לאימוץ:

"יסודו בזכות האנושית היסודית, שאינה צריכה לפנייהם ולהסבר, שהילד 'שייך' להוריו-מולידיו, כשם שההורים 'שייכים' לילדיהם יוצאי חלציהם. הכנסת חמלה 'שייך' בין מרכאות משום שאין המדובר כאן בשייכות במובן של בעלות בנכס, אלא בשייכות במובן של קשר טבעי שמושגי הבעלות המשפטיים המקובלים המה, מצד אחד, היוורים ודלים, ומצד שני, פוגעים ברגשותינו מבחינת תיאור מצב הרברים".

חבלל הגדול הוא, ששיקול-על ביחסי הורים וילדים הוא טובתו של הילד. מכוח שיקול-על זה קבע המחוקק, שבהתקיים תנאים ידועים, מטובתו של הילד הוא שיוכרו בריאימוץ אף ללא הסכמת הורה, ומאחר שכך, ההכרעה בשאלה טובתו של הילד מהי צריך שתיעשה לאור התנאים שנקבעו בחוק ועל-פיהם, כפי שהם נעשים בשעת הדיון בטובתו של הילד.

רחל (שם בדוי — א"ו), ילידת שנת 1952, היא אמו של קטין. בדו"ח פסיכולוגי משנת 1965 אובחנה כבעלת מנת משכל 35—40, המתאימה בערך לגיל שש שנים. היא הוכנסה מטעם השירות למפגרי למוסדות שונים. בשנת 1975 הכריז עליה בית-המשפט שהיא פסולת-דין, ואמה, סבתו של הקטין, מונתה באפוסטרופסית על רכוש ועל גופה של בתה. בשנת 1977 הוצאה רחל מן המוסד שבו שהתה לפי דרישת משפחתה ובניגוד לחוות-דעת המוסד. באותה שנה נישאה, אך הנישואין לא עלו יפה. הבעל השתכר והתעלל בה, ובהיותה בהיריון בחודש השישי הוחזרה רחל לבית אמה. ביולי שנת 1978 נולד

הקטין, שלגביו הוגשה הבקשה להכריז עליו שהוא ברי-אימוץ. ימים ספורים לאחר לידתו החל תינוק לסבול מזידה במשקל. הוא לא זכה לטיפול ההכרחי, ומפעם לפעם היה צורך לאשפוזו בבית-חולים, כדי להגן על בריאותו סודר הילד במוסד "אם וילד" של ויצ"ו ועם סגירתו של מוסד זה הועבר למוסד של השירות למען הילד.

השופט שינבויס, בבית-המשפט המחוזי תל-אביב-יפו, שבפניו הוגשה בקשת היועץ המשפטי לממשלה להכריז על הקטין שהוא ברי-אימוץ, הכריז במבוקש, אחרי שקבע גם שמעולם לא היה לאבי הילד קשר כלשהו עם הקטין או עניין בו.

רחל, וכן הסבתא שהיא אפטרופסיתה של רחל, הביעו התנגדות להכריז על הקטין שהוא ברי-אימוץ, וזן מערערות על ההכרזה בפני בית-המשפט העליון.

את פסק-הדין נתן השופט אלון.

אמנם לפי החוק כאשר הורה הוכרז פסול-דין בית-המשפט, לפי בקשת היועץ המשפטי לממשלה או נציגו, רשאי להכריז על ילדו שהוא ברי-אימוץ אף ללא הסכמת ההורה. אך מן הראוי שבית-המשפט ישקול היטב את מכלול הנסיבות במקרה שלפניו, בטרם יגיע להחלטה כה גורלית, ולא יסמוך את החלטתו בעובדה זו בלבד שההורה הוכרז פסול-דין. וכבר קבע בית-המשפט העליון, במקרה אחר, לאמור:

"אכן המערערת, לפי רמתה התרבותית ובנסיבות שבהן היא מצויה אינה הרמות האידיאלית למתן חינוך הולם לילדה, ועובדה זו כבדת-משקל היא בבואנו להחליט באיזו דרך נבור, ומה נעשה בקטין, כדי למלא כלפיו חובתנו האחראית והקשה מבחינת טובתו ושלומו... אבל לא זה השיקול שציווה המחוקק כנר לרגלנו בבואנו להחליט שניתן למסור את הקטין לאימוץ ללא הסכמת אמו. שאם אי אתה אומר כן, אנה אנו באים? לצערנו, לא קטן הוא מספר הקטינים הגדלים בבית שאין בו, מסיבות אובייקטיביות וסובייקטיביות שונות, משום תנאים נאותים למתן חינוך מתאים מבחינת דאגת הורים ומסירותם, זוהי בעיה חברתית גדולה וקשה שעלינו להתמודד עמה. אבל האם יעלה על הדעת שדרך פתרונה של בעיה זו היא במסירת ילדים לאימוץ, בבית חם ואוהב, ללא הסכמת הוריהם? זתני דרך מוטעית, שבתחילה אולי 'קלה' ו'פשוטה' היא, אבל סופה מי ישורנה".

חליכה בדרך זו טומנת בחובה "סכנה לא מבוטלת של מציאותם של הורים טבעיים שיתהלכו בתוכנו בהרגשה שהתבררה פגעה בזכות טבעית הזקרה להם מכל, מציאות חעלולה להיות, חס ושלום, לרועץ למוסד האימוץ עצמו".
ומוסיף בית-המשפט העליון:

"... אם במקרה כזה ניתן ידנו לניתוק הגמור של הילד מאמו שאהבת אם מפעמת בלבח, לא יהיה לדבר סוף ונגיע להתערבות מופרזת ביחסי קרבה טבעיים בין ילדים להוריהם בכל המקרים הסוציאליים, הרבים לצערנו, של הורים חמפגרים בהתפתחותם השכלית או הנפשית — ולא לשם זה הותקן מוסד האימוץ".

נחזור למקרה שלנו. מתוך עיון בחומר עולה תמונה עגומה של מצב הילד עצמו, הקשר של האם אליו ויכולת הסבתא לדאוג לו מבחינה כלכלית. באבחנה של המרכז הרפואי בתל-השומר, שנערכה לאם, נאמר, בין היתר: "... מתפקדת כעת בתחום הפיגור

חבינוני... והישגיה מתאימים לגילאי 8—9 שנים... לאור מצבה ותפקודה הנוכחי נראה לנו שהאם אינה יכולה לשאת באחריות לילדה".

פרקליטה של רחל השליך את עיקר יחבו על כך, שהיא מסוגלת לטפל בקטין בעזרת אמה, הסבתא של הקטין, ובסיוען של אחיותיה, היינו דודותיו של הקטין, וזהו הפתרון הרצוי, שהרי "המסורת של עם ישראל מחשיבה קשר של אדם עם משפחתו הטבעית". השופט אלון סבור, שאין לתלות תקווה של ממש בחינוך ובטיפול נאותים מצד הסבתא. היא גילתה חוסר דאגה וטיפול נאותים בקטין, ומהעדויות עולה תמונה עגומה של חזנתה ועזובה בביתה: "... הבית מוזנח ומוזנח, מיטה אינה מיטת, ערימות של זבל ואשפה יש באותו בית. קשה לי לתאר שניתן שם לגדל ילד...".

ובאשר לדודותיו של הקטין — להתעוררותן הפתאומית של אלה, שלא מצאו לנכון לדאוג דאגה של ממש לגורל הקטין עד לשלב מאוחר זה, קשה לייחס מידה של רצינות. השופט אלון חושש שהתייצבותן עתה לא נועדה אלא לצורך ערעורה של רחל, בבית-המשפט העליון, ולצורך זה בלבד.

סיכומו של דבר: האב הפקיר את ילדו ומעולם לא גילה בו עניין. האם הוכרזה פסולת-דין וקשריה עם הקטין רופפים ביותר, גם אם אין זה נובע מרצון רע מצדה. אלא שזדא אינה מסוגלת לשאת באחריות לקטין ולא תוכל לגדלו. הסבתא והאחיות לא קיבלו על עצמן אחריות לקטין בצורה נאותה. על כן מכריז בית-המשפט העליון על הקטין שהוא בר-אימוץ אף ללא הסכמת האם. טובתו של הקטין, שלומו וחינוכו, דורשים ומחייבים שיוכרז בר-אימוץ, למען ימצא את ביתו ועתידו במשפחה ראויה שתאמץ.

פרסומים חדשים

אחרות, לאה וכרמי, מנחם (עורכים), סקירה שנתית, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, תשמ"ה.

זוהי סקירה על פעולות המוסד לביטוח לאומי ומדיניותו בשנת התקציב 1983. במסגרתו נדונות מגמות ההתפתחות של מערכת הביטוח הלאומי תוך שימת דגש בשינויים שחלו במרוצת השנה הנסקרת במבנה הגמלאות וברמתן, בהיקף האוכלוסייה הנהנית ובאופן מימון פעולותיו של המוסד. כמו-כן נדונות הגישות התיאורטיות למרשג העוני ומובאים ממצאים עיקריים על היקף העוני באחדות ממדינות המערב (אנגליה, קנדה וארצות הברית).

אבי-יקר אלנצויג (מרכז), אנדרז' דה-פריז, חיים שי הלוי ודב צ'רניחובסקי, בחינה השוואתית של התכניות להנהגת ביטוח בריאות בישראל, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, 1983, עמ' (שכפול) 139.

חוברת זו היא פרי עבודתה של קבוצת עבודה שהוקמה מטעם המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל במטרה לבדוק את שתי ההצעות להנהגת ביטוח בריאות בישראל — זו של הממשלה וזו של קופת חולים. קבוצת העבודה שמה לה למטרה לבדוק בצורה אובייקטיבית את תכונותיה של כל אחת משתי ההצעות בלי לנקוט עמדה לטובת זו או האחרת. בעבודה מנותחים המרכיבים השונים של כל הצעה תוך השוואתם ותוך הצבעה על היתרונות ועל הקשיים שיתעוררו בדרך ליישום כל אחת מהן.

ברגמן, שמעון ומרגולץ, יצחק (עורכים), הזדקנות חקנה בישראל, תל-אביב: עם עובד, 1982, עמ' 301.

הספר, שהוא פרי עמלה של קבוצת מדענים בתחומי חבריאות, הרווחה ומדעי החברה, הוא ניסיון ראשון לסקר ולסכם את בעיותיה העיקריות של אוכלוסיית הקשישים בישראל על רקע הישגיה של הגרונטולוגיה, היא מדע הזקנה.

קופ, יעקב (עורך), חקצאת משאבים לשירותים החברתיים, 1984, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, 1985, עמ' 291.

קובץ זה של עבודות ודיונים מתמקד בתקציב המדינה לשנת 1984 והתייחס על שירותים חברתיים בשנת 1983 ומנסה לנתח את השפעת הקיצוצים שיוזמה הממשלה על החקצאה לשירותים החברתיים למיניהם. במסגרת זו נדונים, בין השאר, תכניות הסיוע לצעירים, יישום המלצות ועדת עציוני ומגזר ההתנדבות והמוסדות ללא כוונת רווח, לאור האילוצים המשקיים שבהם נתונה ישראל בתקופה האחרונה.

שנער, דב, תקשורת לעת זקנה — לבוא עם חתר אל מוחמד, ירושלים: אקדמון — בית החוצאה של הסתדרות הסטודנטים של האוניברסיטה העברית, 1984, עמ' 233.

בספר זה נעשה ניסיון להתמודד עם הבעיות של סיפוק צורכי התקשורת של גיל הזקנה.

בחלקו הראשון של הספר מובא ניתוח עיוני של תפקוד תקשורת ההמונים ותקשורת בינאישית בהקשרה של הזקנה; מובלטים הליקויים, המגבלות והמכשולים בדרך לסיפוק צרכי גיל הזקנה, כגון אספקת מידע, חיזוק רגשי, מוקדי חזרה ואינטגרציה, הרגעת אפשרות להתבטא ולשמש מקור לתקשורת, איזון עמדות חברתיות. החלק השני כולל דיון מפורט ומעשי בטכניקות לשיפור סיפוקם של צרכים אלה.

Aaron, Henry, *On Social Welfare*, Abt Association Inc. 1980. 127 pp.

זהו קובץ של הרצאות שנשא המחבר באגודת אבט ובאוניברסיטה של משיגן בתחילת שנת 1979 על נושא הרווחה, שחתעניינות בו ידעה תקופת של שיא — בשנות השישים, בזמן "החברה הגדולה", ושפל — בזמננו. לדברי המחבר, למרות השפל שבו נמצא הרעיון עתה לא נעלמו הבעיות, ונושאים כמו עוני, טיפול רפואי, זקנה ועוד, לאור הבעיות הקשות שמציבה העלות הגדלה והלכת של שירותי הרפואה, למשל, תובעים התייחסות. מה גם, שיש אף היבט פוליטי לעניין, ולא במקרה תועלו שאלות אלה פעמים אחדות בשנים האחרונות לדיון בבית הנבחרים האמריקני.

Gilbert, Neil, *Capitalism and the Welfare State, Dilemmas of Social Benevolence*, New Haven & London: Yale University Press, 1983. 190 pp.

ספר זה עוסק בבעיותיה של מדינת הרווחה הפועלת בחברה שהיא קאפיטאליסטית בטבעה. לדעת המחבר, הבעיה המרכזית העומדת בפני מתכנני מדינת הרווחה היא כיצד להתמודד עם הצורך ליצור איזון מעשי בין מדינת הרווחה ובין כלכלת השוק. שלושת הפרקים הראשונים מוקדשים לבדיקת צדדים שונים של היחס שבין שני גורמים אלה לאור השינויים שחלו בו מאז יצירת "החברה הגדולה" בשנות השישים ועד ימינו והשינויים על הגבול המפריד בין התחום הסוציאלי לזה הכלכלי. בפרקים הבאים נדונים מגוון ההתנדבות, הראגה הלא-פורמלית למשפחה ועיתודו של "קפיטאליזם הרווחה" לאור השינויים הצפויים לקראת סוף המאה העשרים.

Handel, Gerald, *Social Welfare in Western Society*, New York: Random House, 1982. 357 pp.

ספר זה הוא מבוא לנושא הרווחה החברתית ומיועד לקוראים שטרם עשו היכרות עמו או לאלה המבקשים סקירה או חזרה על הנושא המרוכז בדפיו של כרך אחד. משום כך נכללים בו תיאורים של תכניות הרווחה ומוסדות הרווחה הפועלים כיום (בארצות הברית), אבל גם ההיסטוריה של חוקי הרווחה באירופה ושל מושג הרווחה החברתית מאז ימי קדם (יוון, הצרקה ביהדות ובנצרות, הגישה לעניים בימי הביניים, חוק העניים באנגליה ועוד). בפרק המסכם מנסה המחבר, המרצה על הסוציולוגיה של מוסדות הרווחה הסוציאליים בקולג' העירוני שלירד אוניברסיטת ניו-יורק, לחשוב על שאלות כגון מי צריך לשלם עבור שירותי הרווחה, מי זקוק לעזרה, מי צריך להחליט בשאלות אלה.

Katz, Michael B., *Poverty and Policy in American History*, Academic Press, New York, London, 1983. 289 pp.

בעזרת שורה של "אירועים" מנסה ספר זה לחשוף את יסודותיו של מעש הרווחה של ימינו ולהוכיח שקיים סגנון רווחה אמריקני, שימיו כימיה של ארצות הברית. המחבר

חשתמש בתעודות זכרישומים על נזקקי סעד, בתי מחסה ובמחקרים שנעשו על קבצנים, גוודים וקברוצות אחרות, כדי להציג את התפקיד שממלאת התלות בחיי המשפחה ממעמד העובדים ולהמחיש את ההשפעות על המדיניות הסוציאלית שיש לפער הרחב שבין הדעות על העניים ובין הוויתוריהם האמיתיות והרמוגרפיות שלהם.

Tinker, Anthea, *The Elderly in Modern Society*, London & New York: Longman, 1984. 370 pp.

בספר זה מרוכזים בפעם הראשונה הספרות וממצאי המחקר ממקורות שונים שעניינם הקשישים. מטרת הספר לספק מידע יסודי, מתוך זווית הראייה הרחבה ביותר, על התפתחות השירותים הניתנים לקשישים, יחד עם גישה תיאורטית יותר ותוך הגדרת מושגים כגון דאגת הקהילה לקשישים ולצורכיהם, ויהיו נושאים אלה בעתיד.

**PREPARING SOCIAL WORKERS FOR ADVOCACY AND
SOCIAL WARNING IN AN ERA OF RESOURCE DECLINE**

by Josef Korazim, D.S.W.

The Paul Baerwald School of Social Work, The Hebrew University, Jerusalem

The purpose of this article is to evoke the awareness of social workers to their role as the guardians of standards and qualities of life of the weak and the vulnerable in an era of cutbacks in social services.

The paper focuses on the short- and long-term impacts of declining public resources and on some of the causes which led to those service cuts. Social workers are urged to assess "social costs", to prioritise areas for action and to invent methods of intervention within their professional domain. Guidelines are provided, advocating the revival of four intervention methods, traditionally used by social workers committed to social reforms, but recently neglected by an overspecialising profession. Those methods are: the initiation of new partnerships ; social warning ; advocacy and social action.