

מידע על שזון

גליון מס' 7 אוגוסט 97

מרכז אדוה מרכז אדוה
מרכז אדוה מרכז אדוה
מרכז אדוה מרכז אדוה
מרכז אדוה מרכז אדוה
כל הזכויות שמורות
למרכז אדוה
ISSN 0792-7029

פרסום של מרכז אדוה. ת.ד. 36529, תל-אביב 61364. מל': 5608871 (03)

הקשישים בישראל

חנה וייל

בקבוצת הגיל 65-74 שיעור האלמנות הוא 44%, ובגילאי 80+ מגיע שיעורן ל-82%. שיעור הרווקים באוכלוסיה היהודית הקשישה הוא 2%. באוכלוסיה הערבית בולט שיעור הנשים הקשישות שלא נישאו מעולם (שנתון 1996, לוח 2.19).



צילום: עדית בירן

תוכן העניינים

4	הכנסה, עבודה והסדרי פרישה
7	דיוור
10	בריאות ושירותי בריאות
14	שירותי רווחה
18	מבט לעתיד

הוא יהיה 56%, לעומת 12% באוכלוסיה היהודית.

תוחלת החיים

תוחלת החיים של גברים יהודים וערבים, בגילאי 65 (שנתון 1996, לוח 3.20), כמעט שווה - 16.0 שנים ו-15.8 שנים בהתאמה. תוחלת החיים של נשים גבוהה יותר (כמו בכל העולם) וזו של נשים יהודיות גבוהה מזו של נשים ערביות - 17.9 שנים ו-16.4 שנים, בהתאמה.

שיעור הנשים

שיעור הנשים באוכלוסיה הקשישה גבוה מעט משיעור הגברים - 57% בשנת 1995. (שנתון 1996, לוח 2.21).

מוצא עדתי

כמעט שלושה רבעים מבין הקשישים היהודים היו בשנת 1995 יוצאי אירופה ואמריקה (שנתון 1996, לוח 2.22).

מצב משפחתי

המצב המשפחתי שונה מאוד בשני המינים: רוב הגברים, גם אלה שגילם מעל 80, נשואים, רוב הנשים אלמנות.

ב-1995 מנו הקשישים¹ כ-528,600 נפש, והיוו פחות מ-10% מכלל האוכלוסיה². בגלל מאפייניה הדמוגרפיים והסוציו-כלכליים של קבוצה זו, חשיבותה כצרכנית שירותים גבוהה בהרבה משיעורה באוכלוסיה: ב-1987 הופנו לאוכלוסיה הקשישה כ-40% מכלל תשלומי הבטחת ההכנסה, וכ-29% מכלל הוצאות הבריאות³.

שיעור בני 65+

שיעור בני 65+ באוכלוסיה היהודית הוא 11.0% ובאוכלוסיה הערבית⁴ השיעור הוא 3.1%.

תחזית לעתיד

תחזית האוכלוסיה⁵ (שנתון 1994, לוח 2.22) מראה ששיעור בני 65+ כמעט שלא יגדל בעשר השנים הבאות, אך שיעורם של בני 75+ מתוך סך כל אוכלוסיית הקשישים יעלה, בעיקר בקרב אוכלוסיית הנשים.

קצב הגידול של אוכלוסיית הקשישים בישראל אינו אחיד. באוכלוסיה הערבית

ילדים ונכדים

לרוב הקשישים יש ילדים ונכדים, ולחלק ניכר גם נינים.⁷ שיעור הקשישים ללא ילדים הוא 11.3%. ל-2.8% מהקשישים היהודים אין ילדים החיים בארץ, כלומר אין להם ילדים היכולים לסייע להם בניהול חיי היומיום.⁸

ממוצע נפשות במשק הבית

ממוצע הנפשות במשקי בית של קשישים יהודים הוא 1.62, ובמשקי בית ערבים - 2.21 (שנתון 1996, לוח 2.27). בשתי קבוצות האוכלוסיה חיים רוב הקשישים (91% מהקשישים היהודים ו-77% מהקשישים הערבים) במשקי בית של עד שתי נפשות, לרוב עם בן/בת זוג, לעתים רחוקות יותר עם בן או בת.

יש להבחין בין קשישים המתגוררים עם ילדים בוגרים לבין כאלה המתגוררים עם ילדים קטינים, משום שצורכי משק הבית שונים בשני המקרים.

באוכלוסיה הערבית גבוה יחסית שיעור הקשישים המתגוררים עם ילדים קטינים.⁹ כנראה ששיעור הקשישים המתגוררים עם ילדים בוגרים נשואים דומה מאוד באוכלוסיות היהודית והערבית.

בקרב יהודים מזרחים נבוה יחסית שיעור הקשישים המתגוררים עם ילדיהם, לעומת שיעורם בקרב יהודים אשכנזים. הבדל זה נובע בחלקו מדפוסי נישואים וילודה שונים ומההבדל בין ההכנסות של שתי קבוצות המוצא.¹⁰

רוב הנשים האלמנות אינן מתגוררות עם ילדים והן מהוות 77% מסך כל הקשישים החיים לבד.

השכלה

השכלתם של הקשישים בישראל, כמו בכל העולם, נמוכה מזו של ילדיהם. חינוך החובה - במידה שהיה קיים במדינות שבהן נולדו הקשישים החיים היום בישראל - חל על מספר שנים קטן יותר מאשר בדור הילדים, ובחלק מאותן מדינות לא היה נהוג שנשים תלמדנה. גברים יהודים למדו, מי פחות ומי יותר, ושיעור האנאלפביתים בתוכם נמוך בהרבה מאשר בקרב הנשים.

רמת ההשכלה של קשישים שאינם יהודים נמוכה בהרבה מזו של יהודים: 62% מתוכם (יותר נשים מגברים) אינם יודעים קרוא וכתוב,¹¹ שכן בתקופת המנדט לא היה חינוך חובה בארץ.



צילום: עדית בירס

שיעור בני 65+ ביישובים בני

10,000 תושבים ומעלה, סוף 1994

גבעתיים	19.78%
חיפה	17.71%
רמת-גן	17.51%
תל-אביב	17.15%
קרית טבעון	15.38%
בת ים	13.56%
קרית ים	13.51%
נהריה	13.33%
נתניה	13.25%
קרית מוצקין	13.10%
נצרת עלית	13.05%
קרית ביאליק	12.75%
רחובות	11.78%
חולון	11.73%
פתח תקוה	11.71%
קרית אונו	11.34%
קריית אתא	11.29%
חדרה	10.80%
אשקלון	10.36%
הרצליה	10.26%
פרדס חנה - כרכור	10.24%
באר-שבע	10.07%
הוד השרון	9.96%
כרמיאל	9.91%
ערד	9.84%
בני ברק	9.83%
נשר	9.83%
טירת הכרמל	9.77%
אשדוד	9.66%
נס ציונה	9.55%
עכו	9.49%
מגדל העמק	9.43%
קרית גת	9.41%
כפר סבא	9.19%
עפולה	9.12%
רמת השרון	9.02%
ראשון לציון	8.49%
צפת	8.33%
רעננה	8.00%
ירושלים	7.96%
מעלות - תרשיחא	7.89%

5 מוקדי שוני בין קשישים

אוכלוסייה: ערבים, יהודים מזרחים ויהודים אשכנזים¹. שלוש קבוצות אלה, ובמיוחד הקשישים שבתוכן, נבדלות ברמת ההכנסה וההשכלה, בערכים המשפחתיים ובמבנה משק הבית. ההבחנה בין קשישים ערבים ליהודים חשובה, שכן בנוסף לרקע התרבותי השונה, קיים גם הגורם הפוליטי. לשכירים ערבים קשה גם עתה להיקלט במקומות עבודה "טובים" המקנים קביעות, זכויות פנסיה ושכר הולם, וחלק מהקשישים היום היה מובטל בעבר תקופות ניכרות. רוב הקשישים הערבים הועסקו בעבר כפועלים פשוטים ללא זכויות סוציאליות.

ותק בארץ

קשישים אשכנזים שונים מקשישים מזרחים מבחינת הוותק בארץ - שוני הקובע במידה רבה את רמת ההכנסה בהווה. הוותק מיתרגם למידת ההתערות בחיי החברה והתרבות ובכך משפיע על הרגשת השייכות של הקשישים לחברה הישראלית.

רמת ההשכלה

השכלה מקנה אפשרות כניסה לתעסוקה מתגמלת מבחינה כלכלית וריבודית ומציידת את האדם בכלים להתמודדות עם שעות הפנאי ועם השינויים בתפקודו הפיזי. משום כך סביר, כי הכנסתו של פנסיונר בעל השכלה רבה יותר, תהיה גבוהה מזו של בעל השכלה מעטה. לכך יש השפעה גם על אורח החיים, כאשר בעלי ההשכלה וההכנסה הנמוכות ייאלצו להתמודד עם שינויים משמעותיים יותר באורח החיים שלהם לאחר הפרישה. הנתונים המובאים כאן מאפשרים להצביע על הקבוצות הפגיעות ביותר באוכלוסיית הקשישים בישראל (כמו גם בעולם כולו), שעמן נמנים הקשישים ה"מבוגרים", אלה שהשכלתם והכנסתם נמוכות², קשישים שאין להם ילדים המסוגלים לסייע להם, או כאלה המתגוררים בגפם (לרוב נשים אלמנות).

התיאור הדמוגרפי בו פתחנו מצביע על חמישה מוקדי שוני המאפיינים את אוכלוסיית הקשישים.

גיל

יש להבחין בין קשישים "צעירים" שטרם מלאו להם 75, לבין קשישים "מבוגרים" בני 75+. שיעור הקשישים הסובלים ממוגבלויות וממחלות שונות עולה עם הגיל, ולכן גדל גם שיעור ההזדקקות לשירותים רפואיים ולתרופות, לסיוע בתפקוד ולתחבורה מתאימה. משום כך ניכרת עלייה בהוצאות בגילאים מבוגרים, ללא עלייה מקבילה, לרוב, בהכנסות.

ההידרדרות במצב הבריאות בגילאים אלה גורמת גם לשינוי בדפוסי החיים: יוצאים פחות מהבית ויש צורך למצוא תכנים למלא את שעות הפנאי הרבות. מובן, אם כן, כי לתחזית גידול האוכלוסייה הקשישה בכלל, ואוכלוסיית הקשישים המבוגרים בפרט, חייבת להיות השלכה על תכנון שירותי הרווחה והבריאות.

זמינותם של צאצאים

הספרות הגרונטולוגית מראה, שגם במדינות שבהן קיימים שירותי הרווחה המפותחים ביותר, מספקת המשפחה (בני זוג, בנים/ות ובני זוגם, נכדים) את מרבית הצרכים של קשישים מוגבלים. מכאן, שמצבם של אלה שמשאב זה אינו עומד לרשותם גרוע מזה של הורים לילדים, ואם אין להם אמצעים לקנות שירותים - מצבם בכי רע.

השירותים הסטטוטוריים בישראל אינם מתייחסים לצורכיהם המיוחדים של קשישים שאין להם ילדים. העדר ילדים³ אינו מהווה קריטריון פורמלי לזכאות לשירותים, ואין תקנות המחייבות להפעיל אפליה מתקנת⁴.

הטרוגניות תרבותית

מקובל להבחין בין שלוש קבוצות

רמלה	7.85%
יהוד	7.82%
לוד	7.62%
אור יהודה	7.56%
גבעת שמואל	7.48%
אור עקיבא	7.41%
דימונה	7.24%
טבריה	7.14%
שדרות	7.06%
קרית שמונה	6.81%
אופקים	6.74%
ראש העין	6.06%
בית שמש	5.70%
בית שאן	5.37%
קרית מלאכי	5.05%
נתיבות	4.90%
יבנה	4.49%
אריאל	3.91%
נצרת	3.55%
דלית אל כרמל	3.54%
שפרעם	3.40%
מעלה אדומים	3.26%
טירה	3.21%
מבשרת ציון	3.21%
כפר קרע	2.88%
ריינה	2.86%
אילת	2.80%
ערערה	2.78%
סכנין	2.73%
תמרה	2.70%
מג'אר	2.68%
יפיע	2.63%
קלנסווה	2.59%
טייבה	2.52%
כפר קאסם	2.52%
בקא אל גרבייה	2.52%
כפר כנא	2.44%
אום אל פחם	2.40%
ג'דידה-מכר	2.36%
עראבה	2.17%
כפר מנדא	1.92%
רהט	1.90%

מקור: למ"ס, הרשויות המקומיות בישראל 1994, נתונים פיזיים, 1996, לוח 9.

הכנסה, עבודה והסדרי פרישה

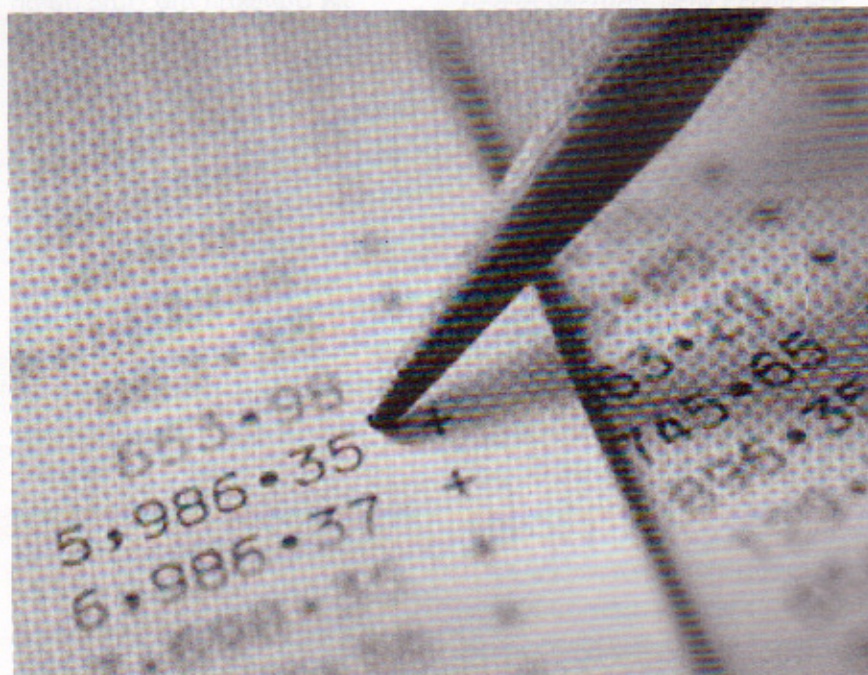
חסכוניות לאחר שמימשו את חסכוניות הפנסיה שלהם לפני שהגיעו לגיל פרישה.

במקומות עבודה רבים קיימים הסכמים בין המעביד לבין גוף המייצג את העובדים. הסכמים אלה כוללים התחייבות הדדית להפרשה לקרן פנסיה, אולם הם נפוצים רק במקומות העבודה הגדולים (ממשלה, רשויות מקומיות, מפעלי ההסתדרות הכללית לשעבר, הסוכנות היהודית וגם חלק ממפעלי התעשייה הגדולים). במגורים רבים אחרים (חקלאות, זבנות, עובדי משק בית, שירותים שונים ומפעלי תעשייה רבים), לא קיימים כלל הסכמים קיבוציים כאלה, ותנאי העבודה נקבעים על ידי המעביד, לעתים באמצעות חוזה אישי מוגבל בזמן, שאינו כולל הסדרי פרישה מפאת גיל.

19.6% מהגברים ו- 5.7% מהנשים מעל גיל 65 משתתפים בכוח העבודה (שנתון 1994, לוח 12.3). שיעור זה תלוי במצבו של שוק העבודה, ברצונם של העובדים להמשיך לעבוד, בנכונותם להחליף משלח יד, במידת הצורך שלהם להגדיל את הכנסתם, ברמת השכלתם ובגילם בעת ההגירה. גם מעמדם של הקשישים בעבודה משפיע על שיעור העסקתם: 37% מבני 65+ שהשתתפו בכוח העבודה ב- 1985, היו עצמאיים².

רמת הכנסה של משק הבית

משקי הבית שבראשם עומד אדם שגילו 65+, מהווים כ- 21% ממשקי הבית העירוניים (שנתון 1994, לוח 1.11). משקלם של משקי בית שבראשם עומדים



אין בארץ חוק המחייב הפרשת כספים לקרן פנסיה, ולכן מוטלת האחריות להבטחת הכנסה בגיל מבוגר על העובד, שלעיתים קרובות מדי, אינו עומד בה: 45% מן הגברים שהיו עצמאיים (לעומת 27% מן הגברים שהיו שכירים), מקבלים השלמת הכנסה¹ משום שאין להם חסכוניות. חלק מהם נותרו ללא

עבודה והכנסה קשורות זו בזו גם בגיל מבוגר, שכן גובה הפנסיה תלוי ברמת ההכנסה בתקופת העבודה. מי שהכנסתו היתה נמוכה ולא הצליח לחסוך בשנות עבודתו, הכנסתו לעת זיקנה תהיה נמוכה אף היא; ואם עבד במקום עבודה שלא היו בו הסדרי פנסיה, הוא יהיה תלוי בקצבת הזיקנה של המוסד לביטוח לאומי.

לוח 1. התפלגות לעשירוני הכנסה בשלוש קבוצות גיל

משקי בית עירוניים, הכנסה נטו לנפש סטנדרטית, 1992/3

עשירוני הכנסה			גיל
65+	55-64	45-54	
100%	100%	100%	
19	17	17	1-2
20	17	18	3-4
21	18	19	5-6
20	20	20	7-8
20	28	26	9-10

מקור: שנתון 1994, לוח 1.11

קשישים גבוה בעשירונים הנמוכים מעט יותר מאשר משקלם של משקי בית שבראשם עומדים אנשים צעירים יותר. בעשירונים העליונים - משקלם נמוך יותר.

הכנסתם של משקי בית שבראשם עומדים קשישים מתפלגת באופן שווה, פחות או יותר, בין עשירוני ההכנסה הכוללת נטו לנפש סטנדרטית (לוח 1).

ההכנסה נטו לנפש סטנדרטית של בני 65+ גבוהה מזו של בני גילאים אחרים, משום שמספר הנפשות הממוצע במשקי בית של קשישים קטן מזה שבמשקי בית שראשיהם צעירים יותר.²

נתונים אלה אינם מעידים כי אין קשישים עניים. הסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי³ מורה, כי שיעור הקשישים שהכנסתם הפנויה היא מתחת לקו העוני, הגיע בשנת 1995 ל-23.5% מכלל משפחות הקשישים (לעומת שיעור של 16.8% בכלל האוכלוסייה). ואכן, נתח גדול (39%) מתשלומי ההעברה של המוסד לביטוח לאומי מגיע למשפחות אלה.⁴

הכנסתן של נשים נמוכה מזו של גברים. פחות נשים עובדות לאחר גיל הפרישה, ופחות נשים עבדו בעבר, ולכן אין להן, בדרך כלל, זכויות פנסיה, והן תלויות בפנסיה ו/או בקיצבת הזיקנה של בעליהן.

הכנסתן הכוללת של יותר ממחצית הנשים הקשישות היתה נמוכה מרבע מהשכר הממוצע במשק ב-1985. באותה שנה היו רק 20% מהגברים הקשישים בעלי הכנסה כוללת הנמוכה מרבע מהשכר הממוצע. נתונים אלה מסבירים מדוע שיעור מקבלי השלמת הכנסה, כלומר בעלי ההכנסה הנמוכה ביותר, גבוה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.⁵

גם בהכנסותיהם של קשישים ערבים, יהודים מזרחים ויהודים אשכנזים, ניכרים הבדלים משמעותיים. הכנסתם של 81% ממשקי הבית של קשישים ערבים הגיעה ב-1985 למחצית מהשכר הממוצע במשק, בעוד שבמשקי הבית של יהודים מזרחים עמד שיעור זה על 66%, ובמשקי הבית של יהודים אשכנזים - על 46% בלבד.

הכנסתם של 20% ממשקי הבית של קשישים אשכנזים היתה גבוהה מהשכר הממוצע במשק, לעומת הכנסתם של 6% ממשקי הבית של קשישים יהודים מזרחים והכנסתם של 2.5% בלבד ממשקי הבית של קשישים ערבים.⁶

הבדלים אלה ברמות ההכנסה מסבירים מדוע שיעור הזכאים להשלמת הכנסה בקרב הקשישים הערבים גבוה ב-19% מזה שבקרב הקשישים היהודים.

לוח 2. מקורות הכנסה של משקי-בית של קשישים: אחוז משקי-הבית הנהנה מכל אחד מהם, לפי עדה ולאום

משקי הבית** (אלפים)				ביטוח לאומי			פנסיה		עבודה		אחר	
											(חסכונות, הון, אחר)	
סך הכל				273.1	91	38	21	25				
יהודים				257.4	91	40	22	27				
יוצאי אירופה***				183.6	90	42	25	33				
יוצאי אסיה אפריקה				71.1	92	35	15	11				
לא יהודים				18.4	94	12	7	3				

הוצאות משק הבית

עם העלייה בגיל חל שינוי בסל התצרוכת של משק הבית¹. חלקן של ההוצאות המופנות למזון, לבריאות ולדיור עולה (משקלן של ההוצאות המופנות לבריאות ולדיור בסל ההוצאות של קשישים כמעט כפול ממשקלן בסל ההוצאות של צעירים²). במקביל פוחת חלקן של ההוצאות המופנות להלבשה והנעלה, וכן משקל ההוצאות המופנות לתרבות, תחבורה ותקשורת. עיון בתוני סקר הוצאות המשפחה 92/93 חושף הבדלים נוספים בין בני 45-64, ובני 65+, התלויים בעיקר ברמת ההכנסה (לוח 3).

בקבוצת בעלי ההכנסה הנמוכה לנפש סטנדרטית, השיעור הגבוה ביותר מתוך ההוצאות מופנה למזון (ללא קשר לגילו של העומד בראש משק הבית). במשק בית שהעומד בראשו הוא בן 65+, שיעור ההוצאות המופנות למזון הוא כ-30% מסך כל הוצאות משק הבית. ההוצאות על דיור ואחזקת הדירה תופשות את המקומות השני והשלישי.

בקבוצת בעלי ההכנסה הגבוהה לנפש סטנדרטית, לעומת זאת, מהוות ההוצאות המופנות למזון חלק קטן בהרבה מההוצאות על משק הבית (כ-13% בלבד בגילאי 65+) וקודמות להן ההוצאות המופנות לדיור, תחבורה ותקשורת.

העלייה במשקל ההוצאות על בריאות בכל רמות ההכנסה, משקפת לא רק את העלייה בתחלואה ואת הירידה ביכולת התפקוד, אלא אף את ליקוייה של מערכת הבריאות בכל הנוגע לשירותים לגיל המבוגר. ביטוח הבריאות אינו מכסה (וגם בתקופת הסקר הוא לא כיסה) את צורכי הבריאות השכיחים ביותר של הקשישים; עלות התרופות, למחלות כרוניות, משקפיים, שיניים תותבות, מכשירי שמיעה, כיסא גלגלים, הליכון, טיפול שיניים, ביקורים של רופא שלא בשעות הפעילות של המרפאות ואשפוז סיעודי.

תנאים סוציאליים משפיעים, העדר פיתוח תעשייתי ביישובים הערביים ומדיניות מפלה (מוצהרת או בלתי מוצהרת) של מעבידים, כולל המעביד הממלכתי, בקליטת עובדים³.

לוח 2 מצביע גם על הבדלים בהרכב מקורות ההכנסה בין יהודים אשכנזים ליהודים מזרחים. בולט במיוחד ההבדל בשיעורי בעלי ההכנסה מחסכונות ומהון - 33% מקרב האשכנזים לעומת 11% מקרב המזרחים. בתוך קבוצת האשכנזים עצמה קיימים הבדלים בין קשישים ותיקים לבין כאלה שעלו ארצה בגיל מבוגר: 95% מתוך מקבלי קיצבת זיקנה שלא על פי חוק (רובם עולים חדשים שעלו ארצה לאחר שמלאו להם 60)⁴ מקבלים השלמת הכנסה בנוסף לקיצבה, כלומר, אין להם כל הכנסה ממקורות עצמיים.

ל-7% בקרב בני 80+. שיעור בעלי ההכנסה מפנסיה יורד מ-46% ל-22%, בהתאמה⁵. במקביל, עם עליית שיעור הקשישים בעלי הוותק בעבודה בארץ, עולה משקלה של הפנסיה בסל מקורות ההכנסה⁶.

הרכב סל מקורות ההכנסה שונה בקבוצות המוצא השונות: מקור ההכנסה הבלעדי של 75% מהקשישים הערבים היה ב-1985 קיצבאות הביטוח הלאומי. בקרב הקשישים היהודים המזרחים היה השיעור 45%, ובקרב הקשישים האשכנזים - 25%⁷.

לוח 2 מראה, כי שיעור הקשישים הערבים שיש להם הכנסה מפנסיה, מעבודה או מהון, היה ב-1985 נמוך בהרבה משיעור הקשישים היהודים. מקור ההבדל נעוץ בכמה גורמים: רמת ההשכלה הנמוכה, שלא איפשרה לעובדים ערבים להיקלט במשלחי יד מתגמלים ו"מסודרים" (כלומר כאלה המעניקים

לוח 3. סל תצרוכת של משק בית, לפי הכנסה וגיל ראש משק הבית (בסדר יורד)

קבוצת ההכנסה נטו הגבוהה לנפש סטנדרטית	קבוצת ההכנסה נטו הנמוכה לנפש סטנדרטית
גיל 45 - 64	
1. דיור* תחבורה ותקשורת**	1. מזון
2. מזון, חינוך ותרבות***	2. דיור
3. אחזקת דירה****	3. אחזקת דירה
	4. חינוך ותרבות
גיל 65+	
1. דיור	1. מזון
2. אחזקת דירה	2. דיור
3. תחבורה ותקשורת, בריאות.	3. אחזקת דירה, בריאות
4. מזון	

מקור: המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, אפריל-מאי 1995, לוחות א/2 ו-ב/16.

* כולל: מסים ממשלתיים, שכר דירה, ביטוח דירה, צריכת דיור ב"עין".

** כולל: שימוש בתחבורה ציבורית ובמונית מיוחדת, נסיעה לחו"ל, הוצאות לכלי רכב.

*** כולל: שירותי חינוך לילדים, עיתונים וספרים, מופעי תרבות, ספורט ובידור, הבראה, נופש וטיולים, מוצרי תרבות ובידור בני קיימא, תחביבים.

**** כולל: מים, חשמל, גז, דלק לבית, אחזקה ושיפור הבית, עזרה בבית, צורכי משק בית שונים.

דִּיּוֹר



בדירות ללא תשלום.³ המינוח "בעלות הדיירים" עשוי להטעות, משום שבדירות שבהן מתגוררים קשישים עם ילדיהם הבוגרים, עשויה הדירה להיות או בבעלותו של ההורה הקשיש, או בבעלות ילדו.

סקר משנת 1985⁴ מראה, ששני שלישים מבני +60 גרו בדירה שבבעלותם, 23% בדירה שבבעלות ילדיהם ו-10% בדירות שכורות. מגורים בדירה שבבעלות צאצאים הם תופעה שכיחה בקרב אלמנות - יותר מ-40% מהן מתגוררות עם בניהן או בנותיהן. התופעה שכיחה יותר בקרב ערבים ויהודים מזרחים, אצלם עומד שיעור המתגוררים עם ילדיהם על 31%, לעומת 19% בקרב יהודים אשכנזים.

הבדל בין קבוצות המוצא מבחינת שיעורי הבעלות על הדירות.

שיעור הקשישים הגרים בדירות שכורות גבוה כמעט פי שניים בקרב מזרחים מאשר בקרב אשכנזים. הבדל זה מקורו במצב הכלכלי השונה של שתי קבוצות

המשרד מציע תוכנית סיוע לקשישים חסרי דיור¹ בצורת דיור מוגן, או מענקי השתתפות בשכר דירה למי שמתגוררים בשכירות רגילה. ואולם, מסלולי הסיוע המוצעים² אינם מתאימים לקשישים בעלי הכנסה נמוכה, משום שסכום הסיוע נמוך מדי עבורם.

מגורי קשישים

בני +65 אינם נבדלים, לכאורה, מבני 45-64 מבחינת הבעלות על הדירות שבהן הם מתגוררים: 76% מן הדירות שבהן גרים בני גילאים אלה הן בבעלות דייריהם, 19% הן דירות שכורות ו-5% הן בבעלותו של אדם שהתיר לדיירים לגור

כשני שלישים מהקשישים בישראל גרים בדירות שבבעלותם, והשאר מתגוררים ברובם בדירות שבבעלות ילדיהם או קרובים אחרים. חלק מדירות אלה אינן מתאימות למגורי קשישים, אם בשל גודלן ואם בשל קשיי נגישות. חלקן נמצאות בבניינים ישנים בלתי מתוחזקים. כמעט שאין בונים בארץ דירות קטנות לרכישה ודירות ציבוריות להשכרה. רבים אינם יכולים לעמוד במחירים הנדרשים לרכישת דירה או בעלות הכרוכה בשכירת דירה בשוק החופשי. משרד הבינוי והשיכון החל להיענות למצוקת הדיור של קשישים מיעוטי אמצעים באמצעות בניית יחידות דיור מוגן, בדמי שכירות נמוכים יחסית, בכל הארץ.

לוח 4. גודל דירה של משקי בית, לפי לאום (באחוזים)

משקי בית (אלפים)		מספר חדרים				
		+4	3.5-3	2.5-2	1.5 - 1	
293.4	100%	10.3	40.7	39.6	9.4	יהודים
21.5	100%	14.4	28.9	31.4	25.3	ערבים

מקור: למ"ס, 1994, סקר תנאי דיור, 1991. פרסום מיוחד 956, לוח 19.

הקשישים בישראל

לוח 5. הצורך בתיקונים בדירה, לפי קבוצות אוכלוסיה (באחוזים)

צורך בתיקון ב:	מטבח	שירותים	חלונות	קירות	רטיבות
יהודים:				סדוקים	בקירות
אשכנזים	6	4	8	5	9
מזרחים	14	11	19	10	21
ערבים	15	10*	20	21	34

* בכרבע מהדירות ביישובים הכפריים הערביים, שבהן גרים קשישים, השירותים ממוקמים מחוץ לבית.
מקור: למ"ס, 1987, סקר בני 60 ומעלה במשק בית 1985 פירסום מיוחד 4, 8, לוח 1.

אותו סקר מצביע גם על העדר אמצעים לתחזוקת הדירה וציוד משק הבית בקרב אוכלוסיית הקשישים: במשך יותר משנה לא תוקנו 78% מהחלונות והתריסים השבורים, 97% מהקירות הרטובים ו-55% מציוד משק הבית המקולקל (כגון דוד חשמלי, מקרר ומכונת כביסה).¹¹

מצב תחזוקת הדירות וציוד משק הבית בקרב האוכלוסיה הערבית קשה יותר. בסקר שנערך בקרב קשישים ערבים כפריים (וייל, עזאיוה, קינג, גולדשר, 1986), נמצא כי חלק מהם גרים בבתים ישנים שנבנו ללא שירותים וללא אינסטלציה. שיעור הדירות ללא שירותים היה ב-1983 12%¹² ושיעור הדירות ללא מקלחת (וכמובן ללא אמבטיה) היה 35%. בסקר שנערך ב-1985, נמצאו נתונים דומים: ב-37% מהבתים לא היו שירותים בדירה וב-35% לא היתה מקלחת. שיעור הדירות ללא שירותים וללא מקלחת היה 33%. בכ-10% מן הדירות לא היה חדר נפרד למטבח.¹³ ברוב הדירות שבהן אין מקלחת ושירותים מתגוררים קשישים ללא ילדים.

עבורם, גבוה מהשיעור המקביל בקרב זוגות נשואים.⁷ כמו כן: 11% מקרב בני 65+ החליפו דירה בשנים 1985-1991 (לא כולל אנשים שעברו למוסדות).⁸

מיקום הדירות בבניין

18% מבני 60+ סבורים, כי דירתם נמצאת בקומה גבוהה מדי עבורם.⁹ ממצא זה משקף את הקשיים שבהם נתקלים קשישים רבים בשימוש במדרגות.

אחזקת הדירה וציוד משק הבית

שיעור הדירות שמצבן אינו תקין, נכון לשנת 1985, גבוה ביותר בקרב האוכלוסיה הערבית ונמוך ביותר בקרב האוכלוסיה היהודית האשכנזית (לפי סקר של הלמ"ס).

האוכלוסיה ובמדיניות הדיוור בתקופת פינוי המעברות. חברות בנייה ציבוריות בנו אז דירות להשכרה, ולמרות שבינתיים ניתנה לדיירים אפשרות לרכוש את הדירות, לא כולם הצליחו לעשות זאת. הנתונים מצביעים על עלייה בשיעור הקשישים הגרים בשכירות בשנים 1991-1985. עלייה זו נובעת, כנראה, ממדיניות הדיוור הנהוגה כלפי עולים קשישים.

גודל הדירה

כשליש מהקשישים גרים בדירות בנות חדר אחד או שניים, ו-49% גרים בדירות בנות שלושה חדרים.⁵ בדירות שבהן גרים קשישים יהודים (אשכנזים ומזרחים), גבוה בממוצע מספר החדרים מאשר בדירות שבהן גרים קשישים ערבים (לוח 6).

מרבית הקשישים הגרים עם ילדים, ללא הבדל בין נשואים ללא נשואים, גרים בדירות בנות שלושה חדרים ויותר.

מתוך אלה שאינם גרים עם ילדים ואינם נשואים, גבוה יחסית שיעור הגרים בדירות קטנות של עד חדר וחצי. זוגות גרים בדירות גדולות יותר - 86% מהם מתגוררים בדירות בנות 2-3.5 חדרים. מנתונים אלה אפשר להסיק, שלאחר מותו של אחד מבני הזוג, עוברים חלק מבני הזוג שהתאלמנו לדירה קטנה יותר. אין נתונים המאששים השערה זו, אבל יש נתונים התומכים בה: שיעור הקשישים הגרים בגפם וטוענים שהדירה גדולה מדי

לוח 6. שכיחות פריטי ציוד משק בית (באחוזים) באוכלוסיה הערבית הכפרית, לפי מספר הדורות במשק הבית

משק בית	משק בית	סה"כ	סה"כ אוכלוסיה
חד דורי	רב דורי	סה"כ	ערבית (כולל העירונית)
חימום דירה חשמל	21	36	30
חימום דירה נפט	30	42	37
מקרר	66	90	81
תנור בישול	16	39	39
מכונת כביסה	17	42	33
רדיו	46	79	66
טלוויזיה	27	76	57
			83

מקור: וייל ואחרים, 1986, לוח 28.

דיוור מוגן²²

בסוף 1994 היו בישראל 8,990 יחידות דיוור מוגן לקשישים²³. כ-35% מהן בבעלות ציבורית, כ-33% בבעלות ארגונים וולונטריים ו-32% בבעלות יזמים פרטיים. יחידות הדיוור שבבעלות ציבורית, מופעלות על ידי עמותות מקומיות למען קשישים, או נמצאות בבתי מגורים של חברות מאכלסות דוגמת עמיגור, המשרתות בעיקר עולים חדשים. יחידות אלה מיועדות לקשישים שאין להם משאבים כספיים, ואין צורך בדמי כניסה על מנת להתגורר בהן. לעומתן, חייבים המתגוררים ביחידות שאינן בבעלות ציבורית - בדמי כניסה, לעתים גבוהים, ובתשלום חודשי בהתאם.

בשנת 1995 גדל מספר יחידות הדיוור הציבוריות במידה ניכרת²⁴.

יש להדגיש, כי הדיוור המוגן אינו אמור להיות תחליף לדיוור עצמאי, אף כי כיום יש כנראה נטייה לראות בו פתרון למצוקת הדיוור של חלק מהקשישים חסרי האמצעים. הדיוור המוגן יכול לשמש תחליף למיסוד קשישים עצמאיים: הוא מהווה מסגרת תומכת ומגינה, המעניקה שירותים בסיסיים לקשישים שמסוגלים לנהל חיים עצמאיים.



מצב ציוד משק הבית של קשישים הגרים עם ילדים טוב מזה של הקשישים המתגוררים בנפם (לוח 4).

בדיקת ציוד משק הבית בדירות של קשישים ערבים הזכאים לגימלת סיעוד²⁰, מגלה כי שיעור ניכר של פריטי ציוד משק הבית שברשות הקשישים אינו במצב תקין: 24% מהמקורים, 23% מדודי השמש או החשמל, 25% ממכונות הכביסה ו-16% מהטלוויזיות.

מגורי קשישים עולים חדשים²¹

כמו כל העולים, עולים קשישים זכאים לעזרה בשכר דירה ולמשכנתא מסובסדת. אלא ששני מקורות סיוע אלה מתוכננים עבור אנשים עובדים, בעלי מקורות הכנסה המאפשרים להם להחזיר הלוואה או להוסיף את הדרוש, על מנת לעמוד בתשלום שכר הדירה בשוק הפרטי. ההכנסה מקיצבת הזיקנה אינה מאפשרת זאת. זו כנראה הסיבה לכך ש-86% מן הקשישים שעלו עד תחילת שנות ה-90 מברית המועצות לשעבר, מתגוררים עם ילדיהם או עם קרובים אחרים, למרות ששני שלישים מהם גרו לבדם או עם בן הזוג לפני העלייה. המגורים המשותפים משפרים את מצבם הכלכלי של שני הדורות, אך תנאי החיים - הצפיפות, השינוי בצורת החיים והעדר העצמאות בניהול החיים - מקשים על כולם. ייתכן שבעתיד יחפשו חלק מקשישים אלה פתרונות דיוור אחרים, כגון דיוור מוגן.

שיעור הקשישים שאין להם ילדים בזמן העלייה, גדל עם השנים, ויש למצוא עבורם פתרונות דיוור מיוחדים לטווח הארוך. אחד הפתרונות המוצעים הוא דיוור מוגן.

השוואת הנתונים המופיעים בסקר שנערך ב-1985 בקרב בני 60 ומעלה, במשקי בית, עם נתוני סקר תנאי דיוור שנערך ב-1991 (שניהם נערכו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) - חושפת התפתחות חיובית: שיעור הקשישים שברשותם אביזרי ציוד ביתי בסיסיים גדל, והפער בין בני 65+ לבני 45-64 הולך וקטן: ב-1985 לא היה טלפון ב-22% מהדירות שבהן גרו קשישים²⁵; כעבור שש שנים ירד שיעור זה ל-18.1%²⁶, שיעור המשתמשים בדודי שמש לחימום מים גדל ב-5%²⁷, וכן נראה שגדל מעט שיעור הקשישים שברשותם ציוד לחימום הדירה²⁸.

סקר תנאי דיוור 1991 מראה, כי שיעור בני 65+ שברשותם מכונת כביסה או שואב אבק, קטן במידה ניכרת מזה שבקרב אנשים צעירים יותר. ניתן לזקוף נתונים אלה לחשבון ההבדלים הבין-דוריים (cohort) באורח החיים, אך ברור שהעדר אביזרים אלה מקשה על ניהול משק הבית.

החוקרים נועם וסיקרון (1990)²⁹ מצביעים על הבדלים בצידוד הדירה בין סוגי משקי הבית: ציוד הדירה של אלמנים/ות שאינם גרים עם ילדיהם, דל מזה של זוגות נשואים שאינם גרים עם ילדים, ובקרב האלמנים בולט משק הבית של הגברים בצידודו הדל. קשישים הגרים עם ילדיהם נהנים מרמת חיים, כולל ציוד הדירה, גבוהה מזו של אלה המתגוררים בנפם.

נתוני מפקד האוכלוסין משנת 1983 מצביעים על כך שציוד משקי הבית של קשישים ערבים דל יחסית לציוד משקי בית של קשישים יהודים, ודל לעומת זה של משקי הבית בכלל החברה הערבית.

מסקר תנאי החיים והצרכים של קשישים ערבים כפריים (1985) עולה, כי

הקשישים בישראל

בריאות ושירותי בריאות

השירותים הניתנים באמצעות ביטוח בריאות חובה⁵. הם אינם מכוסים גם על ידי מקורות אחרים, להוציא זכויות לגימלת סיעוד⁶, שאותה מקבלים רק בעלי דרגת מוגבלות גבוהה ביותר. אי הכללתם של שירותים אלה בחוק ביטוח בריאות או בהוראות שר העבודה והרווחה, פוגעת בעיקר בקשישים בעלי הכנסה נמוכה.

אשפוז בבתי חולים כלליים

ברוב המחלקות של בתי החולים הכלליים, להוציא מחלקות הילדים, הילדות, הנשים והאונקולוגיה, גבוה בהרבה שיעור המאושפזים בני 65+ משיעורם באוכלוסיה⁷. הם מהווים (נכון ל-1987) יותר משליש מהמאושפזים, וצורכים כ- 37% מסך כל ימי האשפוז בבתי החולים הכלליים⁸. תרגום נתונים אלה למונחים כלכליים מצביע על עלותם הגבוהה של שירותי האשפוז לקשישים.

אשפוז גריאטרי

בנוסף לאשפוז בבתי חולים כלליים נזקקים קשישים רבים לאשפוז "סיעודי", כלומר, לאשפוז לתקופה בלתי מוגבלת בגלל בעיות בריאות בלתי הפיכות. המיטות המוקצות לחולים הסובלים ממחלות ממושכות⁹, מהוות (נכון ל-1993) 36% מסך כל המיטות בבתי החולים¹⁰. מספר המיטות גדל ב-73% בין 1983 (שנתון 1985, לוח כד/8) ל-1992 (שנתון 1994, לוח 24.8). גם שיעור המיטות לאלף תושבים גדל מאוד באותה תקופה (שנתון 1994, לוח 24.9). שיעורים אלה מעידים על השקעה גדולה, ציבורית ופרטית, בפיתוח השירות הזה, אך לא ברור אם



צילום: עדית בירס

צורכי הבריאות של הקשישים

עם העלייה בגיל גדלים צורכי הבריאות ואתם גדל שיעור ההוצאה הפרטית והציבורית¹ הנדרשת למילויים. גידול זה מתבטא באופנים רבים: בני 65+ מבקרים יותר מבני 45-64 אצל רופאים ואחיות (שנתון 1994, לוח 24.18), שיעור האשפוז שלהם בבתי חולים כלליים גבוה יותר ושהותם הממוצעת בבתי החולים ארוכה יותר². במחלקות הסיעוד למיניהן היו מאושפזים ב-11,479 חולים, רובם המכריע מעל גיל 65. (שנתון 1994, לוח 24.8).

עם העלייה בגיל עולה גם שיעור המוגבלות: רק 70% מגילאי 80+, לעומת 97% מגילאי 64-60, מתארים את עצמם כמסוגלים לצאת את הבית ללא עזרה. שיעור המרותקים למיטה עולה במקביל מ-0.2% ל-2.0%. שיעור בעלי יכולת

הניידות מחוץ לבית יורד מ-86% בגילאי 65-74, ל-49% בגילאי 80+. מעל גיל 80 מתקשים 74% בשימוש במדרגות, ו-70% בעלייה ובירידה מהאוטובוס³. שיעור המתקשים לשרת את עצמם (רחצה, הלבשה, נשיאת דברים) גדל עם העלייה בגיל, וכך גם שיעור הסובלים מליקויים בשמיעה ובראייה.

נתונים אלה מצביעים על היקף וסוג הצרכים של קשישים, שאינם צרכים רפואיים של ממש אך נובעים מבעיות בריאותיות. מי שסובל מקשיי תפקוד ואינו מתגורר במסגרת מוסדית, זקוק, בנוסף לשירותי בריאות, לסיוע שוטף בניהול חיי היומיום - הכולל סיוע בניהול משק הבית (אם הוא מתגורר לבדו) - ולעתים גם לעזרים טכניים כגון הליכון, כיסא גלגלים, מזון מיוחד או עזרי שמיעה וראייה. שירותים אלה, להוציא פיקוח סיעודי ורפואי, אינם כלולים בסל

ההיצע הזה עונה על הצרכים כיום, מה גם שצפויה בשנים הקרובות עלייה במספרם של בני ה-75+ (שנתון 1994, לוח 2.22). עלות יום אשפוז סיעודי נמוכה בהרבה מעלות יום אשפוז "רגיל", אך משך האשפוז גבוה בהרבה. זמן השהייה הממוצע במסגרת האשפוז הסיעודי היה ב-1993 170 יום, לעומת 4.3 יום במחלקות הרגילות (שנתון 1994, לוח 24.10).

מוסדות האשפוז הגריאטרי מוגדרים משפטית כבתי חולים וחייבים ברישוי של משרד הבריאות.

משרד הבריאות הגדיר שלוש קטגוריות של חולים הזקוקים לאשפוז ממושך¹²:

- 1) חולה סיעודי - חולה הסובל מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי מיומן למשך תקופה ממושכת ומצבו מתאים לאחד, או יותר, מן הקריטריונים הבאים: מרותק למיטתו או לכיסא גלגלים, אינו שולט בסוגרים, מתהלך בקושי רב עקב פתולוגיות או סיבוכים של מחלות שונות.
- 2) חולה סיעודי מורכב - חולה סיעודי שבנוסף למתואר לעיל, סובל ממחלות הדורשות טיפול והשגחה רפואיים צמודים

כגון פצעי לחץ, או סרטן, או שהוא זקוק לדיאליזה, ועוד.

3) חולה תשוש נפש שאינו מרותק למיטה.

מתוך חולים אלה כלולים בסל השירותים המוצע על ידי חוק ביטוח בריאות רק חולים סיעודיים מורכבים, אולם גם חולים אלה אינם זכאים לכיסוי מלא של עלות האשפוז. בסוף 1996 הם נדרשו לשלם יותר ממאה שקלים ליום אשפוז. על פי סקר שנערך על ידי הגיונט-מכון ברוקדייל, היוו החולים הסיעודיים המורכבים 4%-3% מסך כל המאושפזים באשפוז גריאטרי ב-1990¹³.

אין נתונים מדויקים על המבנה הדמוגרפי של אוכלוסיית המאושפזים במסגרת של אשפוז גריאטרי, אך יש נתונים לגבי כלל דיירי המוסדות לקשישים¹⁴, והמובא להלן גזור מנתונים אלה.

שיעור הנשים המתגוררות במוסדות גבוה משיעור הגברים, אולי משום שלחלק מן הנשים האלמנות אין מי שיטפל בהן בבית. שיעור היהודים המזרחיים נמוך בהרבה משיעור האשכנזים¹⁵. נתון זה

מעיד, לכאורה, כי קבוצה זו נזקקת פחות ל"סידור מוסדי" מחוץ לבית, אולם אין לקבל הסבר זה כפשוטו, שכן קבוצה זו היא בעלת הכנסה נמוכה יותר מאשר קבוצת היהודים האשכנזים ולחלקה קשה לעמוד בהוצאות הכרוכות באשפוז, גם כאשר המדינה משתתפת בהן. כמו כן נמוך יחסית בקרב קבוצה זו שיעור הקשישים שאין להם צאצאים ושאנם יכולים למצוא חלופה לכניסה למוסד¹⁶.

עד לאחרונה לא גילתה האוכלוסייה הערבית עניין באשפוז הגריאטרי ומספר המאושפזים הערבים היה זעום. מאז שנפתחה מחלקה גריאטרית ראשונה לאוכלוסייה הערבית, ניכרת עלייה משמעותית בנכונות להיקלט במוסדות מסוג זה¹⁷ ויש ביקוש למיטות נוספות שעל אספקתן עובדים כעת בסקטור הציבורי והפרטי.

הבעלות על מיטות האשפוז הסיעודי (לוח 7) מחולקת בין גופים ציבוריים (ממשלה, רשויות מקומיות וחלק מהמלכ"רים וקופת חולים כללית), לבין מוסדות פרטיים. לכאורה נעוץ ההבדל בין מיטות בבעלות ציבורית ובין מיטות בבעלות פרטית בתנאי הקבלה. חלק מהמלכ"רים ורוב המוסדות הפרטיים יכולים לקבוע תנאי קבלה פרטיקולריסטיים, כולל מחירי אשפוז. אלא שרוב המיטות הנמצאות בבעלות פרטית (90% לפי דברי יו"ר ארגון בתי החולים הפרטיים), ממומנות על ידי משרד הבריאות ונגישות במידה שווה לכלל אוכלוסיית הקשישים. מכך עולה שמספר המיטות הפתוחות לתחרות בשוק החופשי נמוך, וכן שמרבית האוכלוסייה הנזקקת לשירות זה אינה מסוגלת לעמוד בהוצאות הכרוכות בכך.

לוח 7. מיטות לחולים במחלות ממושכות בבתי חולים, על פי בעלות

בעלות	1983		1993	
	מיטות	% מסה"כ	מיטות	% מסה"כ
ממשלתי	1,288	18.0%	1,631	14.2%
ממשלתי + רשות מקומית	110	1.6%	67	0.6%
קופת חולים כללית	551	7.6%	668	6.0%
הדסה	32	0.4%	14	0.1%
מיסיון	61	0.8%	109	0.9%
מוסדות אחרים	1,793	24.9%	4,648	40.6%
ללא כוונות רווח*				
פרטי	3,349	46.7%	4,310	37.6%
סך הכל	7,184	100.0%	11,447	100.0%

* קטגוריה זו כוללת: מוסדות מיסודה של אש"ל ומלכ"רים אחרים. מקורות: שנתון 1985, לוח כ"ב שנתון 1994, לוח 24.8

לוח 7 מראה את הגידול במספר המיטות לפי סוגי הבעלות בשנים 1993-1983. הגידול המשמעותי בקטגוריה של מוסדות ללא כוונת רווח, משקף את מדיניותה של אש"ל (אגודה לקידום שירותים לקשישים, בבעלות משותפת של הממשלה והגיווינט)¹⁸, ולמעשה את מדיניותה של הממשלה בכל הנוגע לקידום שירותים מוסדיים לקשישים.

נתונים מהשנים 1990-1994 (מרכז המידע ניוינט-ברוקדייל) מראים שהגידול במספר המיטות בבעלות פרטית ובבעלות מלכ"רים שאינם מיסודה של אש"ל, גבוה מהגידול במספר המיטות הנמצאות בבעלות ציבורית (מיסודה של אש"ל). במלים אחרות - מסתמנת אולי נטייה להפרטת שירות זה.

עלות האשפוז הסיעודי

העלות השוטפת הממוצעת של יום אשפוז¹⁹ קשורה בסוג הבעלות של המוסד (ראה לוח 8). העלות הגבוהה ביותר היא במוסדות ממשלתיים ובמוסדות של קופת חולים כללית, שבהם יש עלייה בעלות השוטפת הממוצעת משנה לשנה. יום האשפוז זול בהרבה במוסדות שבבעלות מלכ"רים, וזול עוד יותר במוסדות הנמצאים בבעלות פרטית.

חלק מעלות האשפוז הגבוהה בבתי חולים ממשלתיים ובקופת חולים כללית ניתן להסביר על ידי העלות הגבוהה יחסית של מסגרות שיקום גריאטרי

וטיפול בחולים סיעודיים מורכבים, המהווים חלק ניכר מהמאושפזים במוסדות אלה. אין נתונים המצביעים על איכות שירותים ואיכות חיים גבוהות יותר במוסדות הנמצאים בבעלות ציבורית לעומת מוסדות הנמצאים בבעלות אחרת.

חובת המימון של אשפוז סיעודי חלה על החולה ובני משפחתו. מי שאינו יכול לעמוד בהוצאה הכרוכה בכך, רשאי לבקש את השתתפות משרד הבריאות והוא ייענה על פי קריטריונים המבוססים על רמת ההכנסה של החולה ושל משפחתו²⁰. משרד הבריאות גובה מן המשפחה ומן החולה את חלקם בתשלום, מוסיף את החסר, ומעביר את הכסף למוסד שבו מאושפז החולה. נכון לסוף שנת 1994, משתתף משרד הבריאות במימון הוצאות האשפוז של 62% מסך כל המאושפזים במיטות המוקצות לחולים הסובלים ממחלות ממושכות. תעריף משרד הבריאות לאשפוז במוסדות פרטיים, נע בתחילת 1996 בין 180 ל-230 שקל ליום, תלוי בתשומות בעלי המוסד. משרד הבריאות אינו מאשפז בכל המתקנים בעלי הרישיון, בעיקר בגלל המחיר הגבוה שגובים חלקם.

נוהלי ההפניה למוסד

מי שיש באפשרותו לשלם את מלוא עלות האשפוז, יכול לפנות לכל מוסד בעל רישיון ולהסדיר את קליטתו שם ללא תיווכו של משרד הבריאות. משרד הבריאות לא קבע נהלים המבטיחים

תהליך קבלה תקין, שימנעו, במידת האפשר, פגיעה בזכויות החולה שהינו לעתים קרובות בבחינת חסר ישע. בין המועמד לאשפוז ובני משפחתו לבין המוסד נערך הסכם על תנאי התשלום.

חולה הפונה למשרד הבריאות, עובר תהליך מיון רפואי ומינהלי שבו נקבעת זכאותו לסיוע כספי. הוא חייב להציג מסמכים המעידים על רכוש, הכנסתו והכנסת בן/בת זוג, וכן על הכנסתם של כל ילדיו. על פי נתונים אלה נקבע גובה השתתפות המשרד בהוצאות האשפוז. המועמד לאשפוז ובני משפחתו מתחייבים להעביר למשרד הבריאות את הסכומים הנדרשים. משרד הבריאות אינו מתחייב, מצדו, לספק שירותים כלשהם, ואין הסכם כתוב בינו לבין החולה שבו נאמר מה יקבל החולה תמורת התשלום שהוא מעביר. בנוסף לכך, חייב כל מועמד לאשפוז לשלם תשלום חד פעמי²¹ השווה לעלות של שני חודשי אשפוז.

שירותים אמבולטוריים

שירותים הניתנים על פי חוק

השירותים האמבולטוריים (ביקור אצל רופא משפחה, רופא מומחה או אחרת, תרופות ובדיקות) כלולים בסל השירותים הניתנים על פי חוק. אולם, כפי שכבר נאמר, לקשישים צרכים ייחודיים רבים. חלק מצרכים אלה מסופקים על ידי קופות החולים באמצעות תוכניות טיפול-בית הכללות. פיקוח רפואי וסיעודי, שירותים פרה-רפואיים לפי הצורך, ולעתים גם טיפול אישי על ידי כוח עזר.

חוק ביטוח סיעוד מבטיח שירותי סיעוד וסיוע בשירות אישי לחולים סיעודיים החיים בבתייהם, ומהווה מענה לצרכים הנובעים מליקויי תפקוד, המגבילים הן את השירות העצמי והן את היכולת לבצע

לוח 8. עלות יום אשפוז של חולים במחלות ממושכות לפי בעלות המוסד (עלות ממוצעת לכל בתי-החולים = 100)

שנים	1985/6	1987/8	1990	1991
בתי חולים ממשלתיים, קופ"ח	61.2	63.1	65.5	65.7
מוסדות אחרים ללא כוונת רווח	39.3	39.9	38.1	38.1
אחר	26.4	27.8	27.0	25.1

מקור: לוח 24/4 משנתוני למ"ס לשנים 1986-1994.

קידום הבריאות ורפואה מונעת

הנתונים המעטים שברשותנו מצביעים על שימוש לקוי של קשישים בשירותים אלה, אולי בגלל העדר מודעות לחשיבותם. סקר שנערך ב-1985²³ מראה, כי למרות שקופות החולים איפשרו כבר אז בדיקות ראייה ושמיעה ללא תשלום, לא עשתה אוכלוסיית הקשישים שימוש נרחב בשירות זה. ב-1984 עברו רק 52% מבני 65+ בדיקות עיניים²⁴, ו-55% אמרו ששמיעתם לא נבדקה מעולם²⁵.

מודעות רבה יותר קימת בכל הנוגע לסיכונים הנובעים מיתר לחץ דם. 87% מכלל גילאי 65+ נבדקו במהלך השנה שלפני עריכת הסקר²⁶ (ניתכן ששיעור נבוה זה הוא פרי יוזמת הרופאים).

העישון בקרב הקשישים אינו נפוץ: שיעור המעשנים מבין הגברים הוא 19% (אך 43% עישנו בעבר), ושיעור המעשנות נמוך בהרבה ועומד על 8%, (גם שיעורן של המעשנות לשעבר נמוך מזה של הגברים)²⁷.

את עבודות משק הבית, תנאי הזכאות לנימלת סיעוד רחבים מעט יותר מטווח ההגדרה של חולה סיעודי.

שירותים הניתנים שלא במסגרת סל השירותים הקבוע בחוק

קופות החולים מספקות שירותים פרה-רפואיים שונים, כגון ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק ופזיותרפיה, שאינם כלולים בסל השירותים הניתנים על פי חוק.

משרד הבריאות מסייע, בכפוף למבחן הכנסות, ברכישת עזרים רפואיים שונים, כגון כיסא גלגלים, מזרנים מיוחדים ומכשירים אורתופדיים שונים - על פי המלצת הרופא. מכשיר שמיעה ושיניים תותבות אינם כלולים ברשימה זו.

ב-15 השנים האחרונות התפתח שירות המרכזים הקהילתיים לקשישים. נכון לסוף שנת 1995, פועלים 119 מרכזים כאלה (6 במגזר הערבי), ובהם מבקרים כ-7,500 קשישים, מחציתם מכוח חוק הסיעוד, והשאר מופנים על ידי שירות הרווחה ומשלמים על פי הכנסתם²⁸. כל המבקרים במרכזים אלה מוגבלים במידה זו או אחרת, ויש בתוכם תשושי נפש. סל השירותים במרכז כולל מעקב רפואי (בתיאום עם רופא המשפחה), שירותי סיעוד והפעלה גופנית לפי הצורך.

שירותים נוספים ניתנים על ידי ארגונים וולונטריים שונים, שהחשוב שבהם הוא אגודת יד שרה, הפועלת בכל הארץ ומספקת מגוון רחב של שירותים למוגבלים: השאלת ציוד מסיע, שירות כביסה לאינקוטיננטים, שירות מתנדבים המבקרים אצל מי שמרותקים לבתיהם ומסייעים להם בפעילויות שונות, ועוד. שאר הפעילויות הוולונטריות הן בדרך כלל מקומיות.

שירותי רווחה

שירותים אישיים הניתנים באמצעות הלשכות לשירותים חברתיים

שירותי רווחה ניתנים בישראל על ידי המדינה באמצעות הרשויות המקומיות, וכן על ידי ארגונים וולונטריים ויזמים פרטיים. שירותים אלה אינם ניתנים על פי חוק¹. חוק שירותי הסעד תשי"ח מדגיש זאת, באומרו כי רשות מקומית חייבת להקים מסגרת ארגונית שאלה יוכלו נזקקים לפנות, אך "אין הדברים אמורים בחובה לספק שירותים מוגדרים בהיקף ובמהות אף לא כזכות משפטית של נזקקים לקבל סיוע מוגדר לסיפוק צורכיהם"².

הזכאות לקבל שירותי רווחה באמצעות הלשכות לשירותים חברתיים של הרשות המקומית מותנית בעמידה בקריטריונים שקבע משרד הרווחה. אספקת שירותים בפועל תלויה בקיומו של כיסוי תקציבי לאותם שירותים בלשכה לשירותים חברתיים של הרשות המקומית שבה מתגורר מבקש השירות. רוב הרשויות המקומיות חייבות לממן מתקציבן 30% מתקציב הרווחה שלהן, השאר מכוסה על ידי משרד העבודה והרווחה.

בנוסף להקצבה ממשלתית, עומדים לרשות שירותי הרווחה לקשישים מקורות חוץ-תקציביים. הגזיט שותף למדינה בהקצבה לאש"ל - אגודה לקידום שירותים לקשישים, ומפעל הפיס משתתף בהקמת מבנים לשירותים קהילתיים כגון מרכזי יום, ובבניית מעונות לקשישים. בנוסף, קיימת האפשרות להיעזר במקורות פרטיים - קרנות סיוע וקופות גמילות חסדים למיניהן.

הפעילות של הארגונים הוולונטריים בתחום הזיקנה ממוקדת בבנייה והפעלה של מעונות לקשישים עצמאיים, ובהפעלת מועדונים ודיוור מוגן. פעילותם של יזמים פרטיים מתמקדת בתחום המוסדי ובדיוור מוגן.

שירותים אלה ניתנים על פי הוראות משרד העבודה והרווחה (תקנות עבודה סוציאלית), המגדירות את השירותים שהלשכה רשאית לספק וכוללות את הוראות הביצוע. שירותים כגון עזרה ביתית, שיפוצים בדירה, ארוחות חמות,

השמה במרכז יום לקשישים והשמה במעון, ניתנים על פי מבחן הכנסה הקובע את דרגת הזכאות³. שירותי ייעוץ וטיפול אישי על ידי עובד סוציאלי ניתנים ללא קשר לדרגת הזכאות של מבקש השירות.

משרד העבודה והרווחה אינו מפרסם מידע על היקף השירותים האישיים המסופקים על ידי הלשכות לשירותים חברתיים, אף כי קיים רישום בכל הלשכות⁴. משום כך מבוסס הדיון בשירותי הרווחה על נתונים שקיבלנו מן הלשכות של עיריית ירושלים⁵ ותל אביב⁶.

שיעור תיקי הקשישים (נברים בני 65+ ונשים בנות 60+) מתוך כלל תיקי הפונים לשירותי הרווחה, היה, בשנת 1994 50% בתל אביב, ו-38% בירושלים. שיעור הקשישים שלהם תיקים פעילים במחלקה לשירותי רווחה מתוך כל הקשישים בעיר היה 15% בתל אביב ו-9% בירושלים⁷.

הבדלים אלה מעניינים, משום ששיעור הקשישים בעלי ההכנסה הנמוכה ביותר (המקבלים השלמת הכנסה בנוסף לקיצבת הזיקנה) גבוה בירושלים יותר מאשר בתל אביב (31% לעומת 25%)⁸. בשתי הערים

שונה שיעור המטופלים הקשישים בלשכות האזוריות: שיעור זה נע בתל אביב בין 38% ל-73%⁹, ובירושלים בין 36% ל-46%. הבדלים אלו בין לשכות

שירותי הרווחה¹⁰ מעידים, כי מספר הלקוחות של שירותי הרווחה תלוי לא רק בצרכים ובמצוקות של האוכלוסיה אלא גם: בנהלי העבודה, בסדר העדיפויות הגלוי והסמוי בכל לשכה, במשאבים העומדים לרשותה, במידע שבידי ציבור הלקוחות הפוטנציאלי על השירותים הזמינים, בדימוי השירות בעיני הציבור ובמוכנותו לבקש סיוע ולעמוד באי



צילום: עדית בירם

הנורחות המתלווה להליכים המינהליים הכרוכים בכך. מן הנתונים שעמדו לרשותנו מאגפי הרווחה של תל אביב וירושלים, אפשר להסיק:

א. שיעור הלקוחות הקשישים במחלקות לשירותים חברתיים הוא, כנראה, בסביבות 50%¹¹ והוא גבוה בהרבה מאוד משיעורה של קבוצת הגיל הזאת בכלל האוכלוסייה בישראל. שיעור גבוה זה משקף את גפיעותה של אוכלוסיית הקשישים ואת המחסור במשאבים בסיסיים ממנו היא סובלת.

ב. ממוצע התיקים של עובד סוציאלי המטפל בקשישים נבנה פי 2 מממוצע התיקים של עובד סוציאלי המטפל בקבוצות אוכלוסייה אחרות. ממוצע נבנה זה מעיד על הקצאת כוח אדם בלתי פרופורציונלית, המבוססת כנראה על ההנחה שטיפול בקשישים אינו אינטנסיבי ודורש פחות השקעת זמן עבודה. לא ידוע אם הנחה זו נבדקה אי פעם, ומכל מקום, הנתונים שלפנינו כוללים מידע המעמיד אותה בסימן שאלה: נתוני עיריית תל אביב מ-1995 מראים ש-59% מהלקוחות החדשים של המחלקות לשירותים חברתיים בתל אביב, הם קשישים. בבדיקת צורכיהם של פונים חדשים מושקעת עבודה רבה מאוד.

ג. על פי נתוני עיריית תל אביב, סובלים 56% מהקשישים המטופלים במסגרת הלשכות בעיר מבעיות בריאות קשות: 39% מוגדרים כתשושים קשה, 9% כסיעודיים ו-8% כתשושי נפש. השיעור הגבוה של תשושים קשים המטופלים בלשכות, מצביע על מגבלותיו של חוק ביטוח סיעוד, שכן הוא מעיד על קיומה של אוכלוסייה מוגבלת מאוד, שאינה זכאית לגימלת סיעוד אך זקוקה לשירותים תומכים, בעיקר אם היא אינה נהנית מתמיכה משפחתית זמינה.

שירותים אישיים הניתנים מתוקף חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד המופעל מ-1988, מקנה זכויות לגימלת סיעוד לגברים מעל גיל 65 ולנשים מעל גיל 60 הסובלים ממגבלות קשה והמבוטחים בביטוח הלאומי. גימלה זו ניתנת לקשישים החיים בבתייהם ושיעורה נקבע על פי מידת מוגבלותו של הקשיש בביצוע פעולות של שירות עצמי. משקל מסוים ניתן גם לזמינותו (או אי זמינותו) של סיוע משפחתי. להוציא מקרים מיוחדים הקבועים בתקנות, אין הגימלה נמסרת לזכאי; היא מיתרגמת לזכויות לשעות שירות, הניתנות לקשישים על ידי חברות המספקות שירותים.

הזכויות לגימלה מותנית במבחן הכנסות: סף הזכויות ליחיד בסוף 1995 היה הכנסה של 4,196 שקל (הכנסה הקרובה מאוד לשכר הממוצע במשק באותה תקופה). הכנסה של 9,443 שקל או יותר לזוג לא זיכתה, נכון לסוף 1995, בגימלה.

שיעור הזכאים לגימלה מתוקף חוק סיעוד נמצא בעלייה: בתחילת 1990 הוא היה 5.3%¹² מתוך קבוצת הגיל הרלוונטית, והוא גדל ל-7.7% ב-1993 (שנתון 1994, לוחות 25/4 ו-2.2).

שיעור הזכאים לגימלה במגזר הערבי גבוה מזה שבמגזר היהודי: 10.7% ב-1990, לעומת 5.6% במגזר היהודי¹³. אין הסבר מספק להבדל זה, גם אם נביא בחשבון את העובדה שיותר יהודים מאושפזים במחלקות הסיעוד ולכן אינם מקבלים גימלת סיעוד.

שירותים קהילתיים

השירותים הקהילתיים לקשישים התרחבו מאוד בעשר השנים האחרונות, בעיקר הודות לחברה למתנ"סים ולפעילות של אש"ל - האגודה לתכנון

ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל¹⁴. שירותיה ניתנים באמצעות עמותות מקומיות למען הזקן, היוזמות ומפעילות את השירותים ברמה המקומית. ב-1995 פעלו במסגרת אש"ל כ-100 עמותות מקומיות¹⁵. החברה למתנ"סים מפעילה תוכניות לקשישים בכשני שלישים ממתקניה, כולל במגזר הלא יהודי, ומספר המשתתפים בהן מגיע ל-30,000. פעילות זו שונה מהפעילות הנהוגה בדרך כלל במועדונים, וכלולות בה תוכניות להפעלה עצמית¹⁶ ולהעצמה (empowerment).

מרכזי יום

מרכזי היום מיועדים לקשישים מוגבלים המתגוררים בבתייהם וזקוקים להפעלה, לחברה, לטיפול סיעודי ולהשגחה רפואית. יותר ממחצית המבקרים זכאים לשירות זה מתוקף גימלת הסיעוד, ועל כן גדול שיעור המבקרים הסובלים ממוגבלות קשה.

שיעור המשתמשים בשירות מרכזי היום מתוך סך כל אוכלוסיית הקשישים המוגבלים אינו אחיד: בתל אביב ובירושלים היה השיעור 10%, בחיפה 15% ובמרכז הארץ 20%¹⁷. הבדלים אלה מצביעים על דפוסי שימוש שונים ומעלים שאלות לגבי מדיניות ההפעלה והאכלוס המקומית ולגבי היצע השירותים באזורים השונים.

שירות מרכזי היום התרחב מאוד בשנים האחרונות. בשנת 1990 פעלו 53 מרכזים שסיפקו שירותים ל-3,875 קשישים. בסוף 1994 פעלו 119 מרכזים, שישה מהם ביישובים ערביים, ששירתו 7,500 קשישים, כ-1.5% מכלל אוכלוסיית הקשישים¹⁸. בסוף 1997 יפעלו 147 מרכזים שישירתו קרוב ל-11,000 קשישים, כ-2% מכלל האוכלוסייה. למרות הצמיחה המהירה של שירות זה, צפוי, לפי שיעור הצריכה הנוכחי, מחסור של כ-1,400 מקומות במרכזי יום בשנת 2000¹⁹.

השירותים הקהילתיים אינם זמינים לכלל האוכלוסייה, משום שהקמתם תלויה ביוזמה של הרשות המקומית ובגודלה. רשות מקומית קטנה לא תוכל לקיים שירות זה, משום שאין בתחומה מספיק קשישים הנזקקים לו.

רוב המרכזים (84%) הוקמו על ידי אש"ל ומופעלים על ידי עמותות מקומיות שמאחוריהן עומדת הרשות המקומית. התשלום עבור שירות זה נקבע על פי דרגות הזכאות לקבלת שירותים בלשכות לשירותים חברתיים של הרשות המקומית. מספר קטן של מרכזי יום מופעל על ידי ארגונים וולונטריים, ו-6% מהם מופעלים על ידי גופים פרטיים.¹⁹

נופשוני

הנופשון הוא שירות טיפולי-שיקומי המיועד לקשישים לאחר אשפוז בבית חולים. כמו כן הוא נועד לשמש בית חם למי שזקוקים למסגרת שהייה מוגנת לתקופות קצרות. הנופשון מופעל כיום ב-6 מקומות בארץ, על ידי אגודות ציבוריות ורשויות מקומיות, בשיתוף עם משרד העבודה והרווחה.²⁰ התשלום עבור שירות זה מדורג על פי דרגת הזכאות לשירותים מן האגף לשירותים חברתיים של העיריה.

בירושלים השתמשו בשירות זה 454 קשישים ב-1995.

מועדונים

ב-1994 פעלו כ-700 מועדונים לקשישים, מתוכם כ-400 במגזר העירוני. הם הופעלו על ידי רשויות מקומיות וגופים וולונטריים כגון משען, ויצ"ו, אמונה, וחברת המתנ"סים, וכן על ידי גופים וולונטריים קטנים יותר ומקומיים. מספר שעות הפעילות במועדונים אינו אחיד ותלוי לא מעט בשעות העבודה המאושרות למי שמרכז את המועדון. כ-4% עד 6% מן המבקרים במועדון הם

קשישים הסובלים ממוגבלויות.²¹ הפעילויות שמציעים המועדונים מגוונות ומיועדות לנשים ולגברים כאחד. במגזר הערבי קיימת ברוב המועדונים הפרדה בין הפעילות המיועדת לנשים ובין זו המיועדת לגברים.²²

פעילות וולונטרית

ארגונים וולונטריים מקיימים שירותים קבועים לקשישים, לעתים בהיקף רחב. ארגון יד שרה, למשל, מספק שירותים לציבור רחב של קשישים, הכוללים, למשל, שירות אזעקה על ידי לחצני מצוקה ושירותי כביסה לאינקונטיננטים. אגודת יד לקשיש בירושלים מספקת תעסוקה ושירותים נלווים, והמוסד לביטוח לאומי מפעיל פנסיונרים רבים בסיוע לקשישים אחרים. שירותי התנדבות שונים הפועלים בתיאום עם המחלקות לשירותים חברתיים של הרשויות המקומיות, המספקים גם הם שירותים רבים לקשישים (בירושלים, למשל, פועלת רשת מוקדים שכונתית, המונה 884 מתנדבים). כמו כן מפעיל מנן דוד אדום רשת קשר טלפונית למען קשישים הזקוקים לכך.

שירותים מוסדיים

על פי תקנות הפיקוח על מעונות (אחזקת זקנים עצמאיים ותשושים במעון, 1986), אחראי משרד העבודה והרווחה לרישוי המעונות ולפיקוח עליהם. תקנות החוק מפרטות את הסטנדרטים הנדרשים ברוב תחומי המערכת המוסדית. מספר המעונות בעלי הרישיון, באמצע 1996, היה 102, וקרוב לכ-100 מעונות נוספים נמצאים בתהליך קבלת רישיון. מספר המיטות במעונות היה בסוף 1994 12,460 - כש-46% מהן מיועדות לתשושים.²³ ידוע כי קיימים מעונות נוספים שלא פנו למשרד העבודה והרווחה לשם לקבלת רישיון.²⁴

דו"ח מבקר המדינה מספר 46 עוסק

בהרחבה בבניית רישוי מעונות, פיקוח עליהם ותהליך סגירתם. על פי הדו"ח, 69% מתוך 226 המעונות שהיו פעילים ב-1995 לא היו בעלי רישיון. 32 מהם היו מיועדים לסגירה, אולם המשיכו לפעול בגלל הקושי המשפטי הכרוך בסגירת מעון בהעדר מקומות חלופיים לדייריו. מעונות נוספים ממשיכים לפעול ללא רישיון, משום שרוב דייריהם הפכו מתשושים לסייעדיים, ובמקרים כאלה מנוע משרד העבודה והרווחה מהענקת רישיון, ומשרד הבריאות אינו עושה זאת מסיבות תקציביות.

הרכב האוכלוסייה במעונות

רמת התפקוד הפיזי של דיירי המעונות: דיירי המעונות מסווגים לעצמאיים ולתשושים, על פי יכולת תפקודם הפיזי. ההגדרה של קשישים תשושים, כפי שהיא מופיעה בחוק²⁵, מצביעה על כך שקטגוריה זו אינה אחידה וכוללת רמות שונות של תשישות, החל בקשישים הזקוקים לסיוע במטלות יומיומיות מעטות וכלה בבאלה שעצמאותם מצומצמת ביותר. ב-1994 היוו הדיירים העצמאיים 54% מסך כל דיירי המעונות (לוח 8), לעומת 60% ארבע שנים לפני כן.²⁶ ירידה זו משקפת את תוצאות מדיניות משרד העבודה והרווחה - שמטרתה לצמצם ככל האפשר מיסוד קשישים עצמאיים - ואת הנטייה הגוברת של קשישים עצמאיים להעדיף מגורים במסגרת של דיור מוגן על פני מגורים במעון.

תקנות הפיקוח על המעונות מחייבות קיומן של מסגרות, או מחלקות מיוחדות, לדיירים התשושים, משום שצורכיהם שונים מאלה של הדיירים העצמאיים. במעונות קטנים אין, לעתים, מסגרות כאלה אף כי מתגוררים בהם דיירים תשושים. יש מעונות המאפשרים העסקת מטפלים פרטיים לדיירים תשושים.

גיל דיירי המעונות: הנתונים שברשותנו²⁷ מראים שכשני שלישים מסך כל אוכלוסיית הקשישים החיים במוסדות (כולל מוסדות אשפוז), עברו את גיל 80. נתונים אלה משקפים את הנטייה הקיימת כיום (להבדיל מזו שהיתה קיימת בעבר²⁸), לפנות לשירות מוסדי רק לאחר שמוצו כל האפשרויות האחרות. בזכות שירותים קהילתיים, כולל שירותים הניתנים בתוקף חוק ביטוח סיעוד, עומדות בפני הקשישים אפשרויות רבות יותר מבעבר לסיפוק צורכיהם.

יותר מ-70% מדיירי המוסדות הם נשים, רובן ככולן אלמנות, ומספר הזוגות הנשואים זעום. מכאן מסתבר, שמסגרת מהסוג הזה נעשית אטרקטיבית יותר לאחר ההתאלמנות.

לא ידוע לכמה מדיירי המוסדות אין צאצאים זמינים, אולם ניתן לשער כי מספרם אינו מבוטל²⁹. חסרונה של משפחה זמינה מקשה מאוד על הקשיש לקיים איכות חיים סבירה במעון.

באר ופקטור (1993, לוח 13) מראים, ששיעור הדיירים המזרחים במוסדות (כולל מוסדות אשפוז) נמוך בהרבה משיעורם בכלל אוכלוסיית הקשישים. אנו משערים כי הבדל זה גדול יותר באוכלוסיית המעונות מאשר באוכלוסיית מוסדות הסיעוד, משום שרוב מוסדות הסיעוד, בניגוד למעונות, אינם מתנים קבלת חולים בקריטריונים

פרטיקולריסטיים, ורוב המאושפזים בהם הם בעלי הכנסה נמוכה וזכאים להשתתפות המדינה בהוצאות האשפוז³⁰.

בעלות על המעונות

התפלגות המיטות במעונות לפי סוג הבעלות מראה (לוח 9) שמיעוט מיטות נמצא בידי הסקטור הציבורי, כלומר, בידי המדינה ורשויות מקומיות; ורוב המיטות שברשותו - 84% - מיועדות לתשושים. הסקטור הוולונטרי - מלכ"רים למיניהם, מתרכז בהצעת שירותים מוסדיים לקשישים עצמאיים. זממים פרטיים מציעים את שירותיהם לשתי הקטגוריות במידה כמעט שווה. מצב זה משקף את המדיניות הנהוגה במשרד הרווחה מזה שנים, הגורסת הימנעות מהספקה ישירה של שירותים ועידוד פיתוחם על ידי גופים אחרים, תוך הקדשת תשומת לב רבה ככל האפשר לאיכות השירות.

מדיניות זו מתבטאת בעיקר בפעילותה של אש"ל, שעיקרה פיתוח שירותים מוסדיים וקהילתיים לקשישים תשושים וסיעודיים, הנגשים לכל האוכלוסייה והכרוכים בתשלום נמוך יחסית. כמו כן, מחייב אופן פעולתה של אש"ל מעורבות רבה של נציגי הקהילה בתכנונו ובהפעלתו של השירות, ובכך הוא מעמיק את מודעות הקהילה לאחריותה לקיום שירותי רווחה ולפיקוח עליהם.

מדיניות הממשלה (והגזיט) בכל הנוגע לפיתוח שירותים מוסדיים משתקפת בלוח

לוח 9. התפלגות מיטות לקשישים עצמאיים ותשושים, לפי בעלות, 1994-1990

בעלות	1990			1994		
	עצמאיים תשושים	ס"ה	סוג המיטה	עצמאיים תשושים	ס"ה	ס"ה
ציבורית (מדינה + אש"ל)	545	1556	2101	333	1737	2070
ארגונים וולונטריים	4425	1190	5615	4201	1447	5648
זממים פרטיים	1838	1831	3669	2134	2548	4682
סך הכל	6808	4577	11,385	6668	5732	12,400

מקור: מרכז מידע, גזיט - מכון ברקדיל.

9, המראה כי בשנים 1990-1994 גדל בעיקר מספר המיטות לתשושים והצטמצם מספר המיטות לעצמאיים³¹. בסקטור הציבורי והוולונטרי. הלוח מראה גם, שהשוק הפרטי (וגם הוולונטרי³²) התפתח מהר יותר מן המגזר הציבורי למרות הפעילות המואצת של אש"ל.

גודל המעון

קיים קשר הדוק בין סוג הבעלות על המעון לבין גודלו. באר ופקטור (1993, לוח 3) מראים, כי ממוצע המיטות במעונות הנמצאים בבעלות פרטית, נמוך בהרבה מזה שבמעונות הנמצאים בבעלות אחרת. מעון גדול מאפשר ניצול אופטימלי של כוח אדם ושטח, ואספקת מגוון שירותים, כולל שירותי פנאי. גודל המעון משמעותי במיוחד עבור דיירים תשושים, הזקוקים לשירותים מיוחדים רבים. תקנות הפיקוח על מעונות, 1986, כוללות הוראות לסיפוק צורכיהם של דיירים תשושים, במערך הטיפול ובמערך הפיזי, אולם דרישות אלה מוגבלות למעונות גדולים בלבד. חדר אמבטיה מתאים לצורכיהם של תשושים, לדוגמה, נדרש רק במעון שבו מתגוררים מאה דיירים ויותר. לא נכתב בהוראות מהן הדרישות ממעונות קטנים יותר, שגם בהם מתגוררים תשושים.

מימון המיסוד

רוב דיירי המעונות, כ-70%, משלמים את מלוא הוצאות המיסוד בעצמם, והשאר זקוקים לסיוע מהמדינה³³. גודל הסיוע שמעניקה המדינה תלוי במשאבים הכספיים של הפונה לסיוע, של בן/בת זוג, ושל ילדיו. חלקם של המועמד ושל ילדיו בתשלום נקבע על פי מבחן הכנסות והמדינה משלימה את החסר.

מבט לעתיד

אלו היו יכולים להישאר בבתיהם בתנאי ששירותי הסיוע לחולה בביתו יורחבו, אך נראה כי מטרה זו תושג רק כאשר התקציב לטיפול בקשישים יהיה בידי גורם יחיד.

● שיעור הקשישים הגבוה בקרב כלל צרכני שירותי הרווחה (בריאות, אבטחת הכנסה ורווחה) עומד ביחס הפוך לשיעורם באוכלוסייה, ואינו מתבטא בסדר העדיפויות של מערכות אלה. דוגמה אופיינית לכך היא מערך האשפוז הגריאטרי. הצורך באשפוז זה שכיח למדי (בעיקר בקרב קבוצות הגיל המבוגרות ביותר), ואף כי הוא זול יחסית, ולמרות שמי שזקק לו שילם עבור ביטוח בריאות במשך שנים ארוכות - הוא אינו נכלל בסל השירותים הניתנים במסגרת ביטוח בריאות חובה¹. מובן שמימונו של שירות זה במלואו מתקציב המדינה יהווה נטל כלכלי רב², אולם יש מקום לשאול מדוע נבחר דווקא שירות זה מבין כל השירותים שמערכת הבריאות מציעה, כשירות שלא ייכלל במסגרת השירותים הניתנים על פי חוק. נראה כי ההתעלמות מצרכיה של קבוצת גיל שלמה בזמן שכל צורכיהם של מבוטחים צעירים נכללים בסל השירותים המוצע על ידי החוק - היא בבחינת אפליה. מדיניות כזאת מתאפשרת, משום שהקשישים נתפסים על ידי המדינה כנטל שאין החברה חייבת לשאת, ומשום שאין בידיהם כוח פוליטי שיסייע להם להגן על זכויותיהם. עמדה זו של הממסד מעוררת שאלות, במיוחד לנוכח המשאבים הרבים המושקעים כיום בפיתוח ידע ומיומנויות רפואיות וסיעודיות, המאריכות את תוחלת החיים ואת תקופת ההזדקקות לשירותי סיעוד.

במהלך תקופה ארוכה זו חלים שינויים משמעותיים בתחומים שונים של חיי הפרט, המתבטאים, במיוחד בגילאים המבוגרים יותר, בהידרדרות במצב הבריאות ובצמצום האוטונומיה האישית. התוצאה היא גידול בשיעור ההוצאות המופנות לבריאות ולשירותים במשק הבית. בשכבות בעלי ההכנסה הנמוכה בא גידול זה על חשבון הוצאות חיוניות אחרות, כגון חידוש ציוד משק הבית שהתבלה, נסיעות למסרת יצירת קשרים חברתיים, פעילות פנאי ואפילו מזון. מעצבי המדיניות של אבטחת ההכנסה התייחסו לתקופת חיים זאת כאל תקופה שלא חלים בה שינויים בצרכים ובהוצאות, וקבעו שדמי אבטחת ההכנסה לקשישים יישארו קבועים למשך התקופה כולה.

● שלושה משרדים ממשלתיים - בריאות, עבודה ורווחה והמוסד לביטוח לאומי - אחראים, כל אחד בתחום מוגדר משלו, על תכנון ואספקת שירותים לקשישים מוגבלים. פיצול זה של האחריות אינו פועל לטובת אוכלוסיית הקשישים. כל משרד פועל בתחום המוגדר כ"שלו³", ובמסגרת האילוצים התקציביים והפוליטיים וסדר העדיפויות שלו. בשל כך נוצרים מקטעים ברצף השירותים לאוכלוסייה זו, שבהם המענה לצרכיה לקוי, למשל, באזור התפר שבין חולים סיעודיים לתשושים (הן אלה הנמצאים בבתייהם והן אלה החיים במוסדות). בהעדר גישה כוללת לתיכנון שירותים ולהקצאת משאבים, אין התמודדות משמעותית עם מניעת האשפוז של חולים הזקוקים לשירותי סיעוד. חלק מחולים



צילום: עדית בירס

ישראל נמנית עם קבוצת המדינות שבהן שיעור הנימלאים (בני +65) גבוה יחסית לשיעור המפרנסים. יחס זה ילך ויגדל עם הגידול בתוחלת החיים והירידה בשיעור הילודה, ועמו יגדל הנטל הכלכלי על החברה. התפתחות צפויה זו מחייבת בדיקה ושיפור מערך השירותים לקשישים, והתאמתו, ככל האפשר, לעתיד. בהקשר זה ראוי להעיר מספר הערות.

● שיעור הקשישים המתקיימים כיום מקיצבת זיקנה (כולל השלמת הכנסה) בלבד גבוה, אף כי הצטמצם בשנים האחרונות. ואולם, כל עוד אין חובת חיסכון לקראת תקופת הפרישה, יגיעו אנשים לא מעטים לתקופת חיים זו ללא הכנסה משלהם, וייכללו בקטגוריית בעלי ההכנסה הנמוכה ביותר.

● התקופה שלאחר גיל 65 מהווה היום כרבע מתקופת חייו של האדם הבוגר (תוחלת החיים בגיל 65 היא 15.8 שנים עבור גברים ו-17.8 שנים עבור נשים⁴).

הערות

- קשישים - גילאי 65+. הגדרה זו מקובלת בפרסומים הבינלאומיים, כולל בסטטיסטיקות של הארץ.
- למיס, 1993, שנתון סטטיסטי לישראל, 1996, לוח 2.10. בהשוואה למדינות אירופה, צפון אמריקה ויפן, אוכלוסייתה של ישראל היא צעירה.
- חביב, 1992, סוגיות מדיניות בחברה מזדקנת. נוינט ישראל, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם, R-62-92, עמ' 1.
- ההבדל המשמעותי בין שתי האוכלוסיות נובע מן השיעור הגבוה של ילדים באוכלוסייה הערבית.
- מקור רוב הנתונים בפרק זה: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן למיס), שנתון סטטיסטי לישראל, 1994. מקור זה יצוין להלן: שנתון.
- למיס, 1989, פרסום מיוחד 840, סקר בני 60+ במשקי בית, 1985, חלק ב, עמ' 18.
- אין מידע מדויק על נכדים ונינים. מחקר שהתבסס על אוכלוסיית 1966, הראה ששיעור הקשישים שאין להם ילדים, או שילדיהם נפטרו, באוכלוסייה היהודית הוא 13% (וייל ואחרים, 1970, לוח II-1, עמ' 28). לכ-90% היו נכדים וליותר מ-10% היו נינים. סקר קשישים באוכלוסייה הכפרית המוסלמית (וייל ואחרים, 1986, עמ' 7) הראה ששיעור הקשישים שאין להם ילדים הוא 3%, ל-94% יש נכדים, ל-44% יש נינים ול-9% יש בני נינים.
- למיס, 1989, פרסום מיוחד 840, סקר בני 60+ במשקי בית, 1985, חלק ב, לוח 56.
- וייל ואחרים, 1986, עמוד 12. כ-20% ממשקי הבית הרב-דוריים כוללים ילדים קטנים.
- המוסד לביטוח לאומי, 1989, דפוסי הכנסה בקרב הקשישים בישראל, סקר מספר 63, עמוד 13.
- ההכנסה הנמוכה יחסית בקרב יהודים מורחים אינה מאפשרת לחלק מהם לסייע לילדיהם הנוגעים לרכוש דירה על כן נועת צעירים רבים גרים עם הוריהם.
- וייל ואחרים, 1986, עמ' 9.
- בקטגוריה זו יש לכנול: מי שאין לו ילדים חיים וגם אם יש לו נכדים, וכן קשישים שאין להם ילדים החיים בארץ, ועל כן אין הם יכולים לספק להם שירותים, וגם קשישים שילדיהם אינם מסוגלים לספק להם שירותים כולל מחלה כרונית (מחלת נפש, נכות פיזית, פיגור שכלי).
- להוציא:
 - הוראת חוק ביטוח סיעוד, המבטיחות תוספת ניקוד לזכאים שאין להם ילדים, אבל תוספת זו קטנה ביותר.
 - הוראת משרד הבריאות לאשפוז חולים סיעודיים: מי שאין להם ילדים מועמדים בראש התור לאשפוז.
 - בשאר שירותי הרווחה בארץ (שאינם ניתנים על פי חוק) מופעל "שיקול דעת" של המטפל.
 - קיימת התייגות רבה גם בתוך כל אחת מהקבוצות האלה. נוצרים ומוסלמים, יוצאי מרב אירופה ויוצאי מזרח אירופה, יוצאי תימן ויוצאי מרוקו.
 - לרוב קיים מתאם גבוה בין רמת ההשכלה לבין ההכנסה.

הקשישים בישראל

הכנסה, עבודה והסדרי פרישה

- למיס, 1989, סקר בני 60+ במשקי בית, 1985, לוח 13.
- שם, לוח 37 ב.
- למיס, 1995, הכנסות משקי בית, 1992, 1993, פרסום מיוחד 993, עמ' 18-19. וכן: למיס, 1994, סקר הוצאות המשפחה, 1993/2, עמ' 14.
- המוסד לביטוח לאומי, 1995.
- ווסמן צבי, הארץ, 3.2.97.
- המוסד לביטוח לאומי, 1992, סקר 91, עמ' 6.
- המוסד לביטוח לאומי, 1989, סקר 63, לוח 15.
- המוסד לביטוח לאומי, 1992, סקר 91, עמ' 6.
- , 1994, מבטורים ומקבלי גימלאות למי יושב, 1992-1993, סקר 120, לוח 1.
- המוסד לביטוח לאומי, 1989, דפוסי הכנסה בקרב קשישים בישראל, סקר מס' 63, לוח 3. בלוח זה כללות גם נשים בגילאים 60-64.
- השניו בחוק אינו רטרואקטיבי, והוא חל רק על הכנסות החדשות לקבוצת הגיל הנבאית.
- מקבלי השלמת הכנסה בקרב קשישים בישראל, סקר 91, עמ' 6, וכן שם, לוח 4. לוח זה כולל נשים בגילאים 60-64.
- המוסד לביטוח לאומי, 1989, לוח 5.
- למיס, הכנסות משקי בית, 1992, 1990, 1989, פרסום מיוחד 933, לוח 18. וכן המוסד לביטוח לאומי, 1992, מקבלי השלמת הכנסה בקרב קשישים בישראל, סקר 91, עמ' 5.
- המוסד לביטוח לאומי, 1989, דפוסי הכנסה בקרב קשישים בישראל, סקר 63, לוח 14. הלוח כולל נשים בגילאים 60-64.
- וייל ואחרים, 1986, עמ' 133, קרוב ל-20% מאוכלוסיית הגברים באותו מחקר פרשו מעבודתם או נפגי שהגיעו לגיל 65.
- המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, אפריל-מאי 1995 (תורות 2/א - 16/ב), עמ' 56-16.
- למיס, 1994, סקר הוצאות המשפחה, 1992/3, חלק ב, עמ' 23.
- צעירים בהקשר זה - גילאים 20-30.

דיוור

- חסרי דיוור, על פי הגדרת משרד הביטוי והשיכון: מי שאין לו, ולא היתה לו, דירה בארץ.
- משרד הביטוי והשיכון, אגף האכלוס. נהלים.
- למיס, 1991, סקר תנאי דיוור, פרסום מיוחד 956, לוח 6.
- למיס, 1989, סקר בני 60+ במשקי בית, 1985, א. תנאי דיוור וניהול משק בית, לוח 1.
- למיס, 1994, סקר תנאי דיוור, 1991, פרסום מיוחד 956, לוח 19.
- למיס, 1987, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, פרסום מיוחד 814, לוח 3.
- למיס, 1994, סקר תנאי דיוור, 1991, פרסום מיוחד 956, לוח 27. שיעור מחלופי דירה בגילאים צעירים יותר, גבוה יותר: 15% מגילאי 64-55, ו-25% מגילאי 54-45.
- שם, לוח 20.
- למיס, 1987, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, פרסום מיוחד 814, לוח 1.
- וייל ח, 1986, לוח 17, עמ' 34.
- למיס, 1988, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, פרסום מיוחד 840, לוח 54.
- למיס, 1983, פרסום מיוחד האוכלוסין והדיוור מספר 11, לוח 33.
- וייל, עוזאיה, קינג, גולדש, 1986, לוחות 17, 18.
- למיס, 1989, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, פרסום מיוחד 840, לוח 50. שיעור חסרי הסלפון גדל עם הגיל וסגיע בגילאי 80+ ל-31%.
- למיס, 1994, סקר תנאי דיוור, 1991, פרסום מיוחד 956, לוח 48.
- מלבד דורי שמש משתמשים גם בדודים חשמליים. ב-1985 היו דודים כאלה ב-33.4% מהדירות של קשישים, כלומר ב-10% מהדירות בתן גרו בני 65+, לא היה מתקן לחימום מים. אין נתונים לגבי גדל התופעה בשנת 1991.
- הזהירות בגיטוח נובעת מן העובדה שהשאלות בשני הסקרים לא היו זהות.
- נועם ג. וסיקרון מ, 1990, תמורות סוציו-דמוגרפיות בקרב האוכלוסייה הקשישה בישראל, 1983-1961. ניתוח נתוני מפקד האוכלוסין והדיוור. נוינט ישראל-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם בישראל, עמ' 66.
- וייל ואחרים, 1986, לוח 28.
- וייל 1995, לוח 1, עמ' 10.
- מקור: טאון ד. שטרסברג, צורכי העולים הקשישים בתחומי הדיוור והטיפול הממוצע, אשד, תוכנית החומש, 1996-2000, עמ' 145-148.
- מקור הנתונים הסטטיסטיים: באר ש. אומדני צרכים לשירותים בקרב הקשישים בישראל למי אזור ניואוגרפי, 2005-1994. אשד, תוכנית חומש, 2000-1996, עמ' 64-65.
- מספר הדיירים גדול יותר: מפקד הדיירים שנערך ב-1990, הראה שכרבע מהדירות מאוכלוסיות בוגרות נשארים (באר ש. שם, עמ' 64).
- במהלך 1995 גדל באופן ניכר מספרן של החירות שבבעלות ציבורית.
- שטרקלס מ, 1996, מדריך לדיוור מוג, אשד.

בריאות ושירותי בריאות

1. רבינוביץ, עמי 1. ב-1987 היוו ההוצאות לשירותי בריאות לקשישים 29% מסך כל ההוצאות לשירותי זה.
2. למיס, 1993, סטטיסטיקה אבחנתית של אשפוזים, פרסום מיוחד 341, עמ' 16.
3. למיס, 1989, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, ב, פרסום מיוחד 340, לוח 2.
4. שם, לוח 4. שיעור האנשים שאמרו כי אינם משתמשים באוטובוס, עולה מ-17% בגילאים 65-74 ל-40% בגיל 80+. לא נאמר אם אינם נוסעים באוטובוס משום שאינם מסוגלים, או משום שנוסעים במונית או בממונית פרטית.
5. קופות החולים מקיימות שירות טיפול-בית שעיקרו מעקב רפואי, פרה רפואי וסוציאלי, אך אינו מספק שירות סיוע אישי.
6. דיון בשירותים הניתנים על פי חוק זה: ראה במרק שירותי רווחה.
7. למיס, 1993, סטטיסטיקה אבחנתית של אשפוזים, 1987, פרסום 341, לוח 11.
8. ב-1992 צרכה הכובת גיל 45% מסך כל ימי האשפוז בבתי חולים כלליים של קופת חולים כללית, שמואל ע. ולוי י, "התפתחות צרכי שירותים בישראל על פי גיל", ביטחון סוציאלי, דצמבר 1996, עמ' 146-153.
9. מחלות ממושכות כוללות: גריאטריה, שיקומיות וסיעודיות, תשושי נפש, אונקולוגיה סיעודית, שחפת. כמעט כל המיטות תפוסות על ידי קשישים. שנתון 1994, עמ' 731.
10. כל המוסדות לאשפוז גריאטרי (כולל מחלקות סיעוד במשכן לקשישים עצמאיים) מוגדרים כבית חולים.
11. שיעור האשפוז הסיעודי עולה עם הזדקנות האוכלוסיה. בתוכנית החומש של אש"ל (אש"ל 1990) מדובר על מרחסר ב-3,700 מיטות בשנת 2000.
12. משרד הבריאות, 1994, חוכי נחלים מטעם האגף למחלות ממושכות וזיקנה. מיטות לשיכון גריאטרי אינן כלולות בהטווח "מיטות למחלות ממושכות".
13. גיוויט-מכון ברוקדייל, 1996, במסגרת: בודסקי ג. חבט ב, חולים במצב סיעודי מורכב במערכת האשפוז הגריאטרי, עמ' 4.
14. באר ש. פקטור ר, 1993, "מפקד ארצו של דיורי המוסדות לטיפול ממושך וליכונים הדור המוקן". דונטולוגיה 62, עמ' 36-16.
15. שם, לוח 12.
16. וייל, 1970, לוח 1/2. שיעור הקשישים שאין להם ילדים חיים: יוצאי אירופה 7%, יוצאי אסיה ואפריקה 16%.
17. מקור: אש"ל, בעל פה.
18. אגודה זו מספקת שירותים בתחום רשות מקומית בתנאי שאותה רשות תקלוט את השירות לתקציבה לאחר שלוש עד חמש שנים.
19. עלות שוטפת ממוצעת ליום אשפוז: הלוכת ההוצאה הכוללת בכל סוג בייח בימי האשפוז בו שנתון 1994, עמ' 730.
20. משפחה, לצורך זה: בית זוג וילדים.
21. משרד הבריאות, האגף למחלות ממושכות וזיקנה 95-11. עדכון הוראות וזהל מימון אשפוז סיעודי, "דמי כניסה".

22. מקור: מרכז המידע של גיוויט-מכון ברוקדייל.
23. למיס, 1989, סקר בני 60+ במשקי בית, 1985, ב, פרסום מיוחד 840.
24. שם, לוח 12.
25. שם, " 21.
26. שם, " 22.
27. שם, לוח 30.

שירותי רווחה

1. להוציא שירותים הניתנים באמצעות המוסד לביטוח לאומי.
2. שניט ד, תשמיח, עמ' 22.
3. כל פונה, גם זה שהתנסה נמורה בוויי, ריזב לזשתחף בהוצאות אספקת השירות. גובה ההשתתפות תלוי בדוגת הוצאות לשירותי הלשכה לשירותים חברתיים, הנקבעת על פי מבחן הנסגר של משק הבית.
4. מנייתו לקבלת מידע על מספר הפונים הקשישים בלשכות לשירותים חברתיים, לא נעשה.
5. נתונים התקבלו מן המדור לתכנון של הלשכה לשירותים חברתיים בעיריית ירושלים.
6. עיריית תל אביב יפו, האגף לשירותי רווחה, 1995, ניתוח נתוני מטופלים ומקבלי שירות באגף לשירותי רווחה לשנת 1994.
7. חישוב שיעור זה נעשה לפי הנתונים על אוכלוסיות הערים, המופיעים בשנתון הסטטיסטי לישראל, 1994, המציג נתונים לשנת 1993.
8. למיס, 1995, הרשויות המקומיות בישראל, 1993, נתונים מייניים. פרסום מיוחד 992, לוח 32.
9. עיריית תל אביב יפו, 1995, עמ' 2.
10. בחומר שנאסף לשם הכנת עבודה זו, וגם בחומר שנאסף להכנת עבודות אחרות (וייל, 1990), נמצאו הבדלים בין הלשכות בשיעור המטופלים מסייה האוכלוסיה ביישוב, וכן בשיעור הקשישים מסייה מקבלי השירות במחלקה.
11. העשרה זו מבוססת על הסתנים הרלקיים שנאספו בלשכות תל אביב וירושלים, וכן על מידע שהתקבל בעד פה ממשרד העבודה והרווחה.
12. המוסד לביטוח לאומי, 1991, לוח 1.
13. ראה הערה 12.
14. אגודה זו נוסדה על ידי גיוויט ישראל ופועלת בתואר מנהלי וכספי עם ממשלת ישראל.
15. אש"ל, 1996, תוכנית החומש, 1996-2000, עמ' 18.
16. מידע שנמסר בעד פה.
17. אש"ל, 1996, לוח 22, עמ' 89.
18. שם, עמ' 65.
19. שם, עמ' 65.
20. שם, עמוד 26.
21. מקור: מרכז מידע גיוויט-מכון ברוקדייל.
22. לא השגנו נתונים סטטיסטיים על היקף הפעילות.
23. מקור: השירות לזקן, משרד העבודה והרווחה.
24. מקור: מרכז מידע גיוויט-מכון ברוקדייל.
25. קשיש עצמאי - קשיש המסוגל לבצע פעולות יומיומיות

- ללא עזרה, קשיש תשוש - קשיש אשר מבחינת תפקודו הירוד זקוק לעזרה חלקית בפעולות יומיומיות. תקנות הפיקוח על מעונות לקשישים עצמאיים, פרק א.
26. באר ש. פקטור ר, 1993, לוח 5, עמ' 20.
27. באר ש. פקטור ר, 1993.
28. וייל ח, 1974.
29. בתחילת שנות השבעים רוב היוו יותר משליש האוכלוסיה (וייל, 1973), אין נתונים מעודכנים.
30. ראה פרק "בריאות".
31. צמצום - שינוי יעוד המיטה, לעתים לאחר שינויים פיזיים של המחלקות.
32. מחיר המוסד בחלק מהמסלולים גבוה, לעתים גבוה מאשר בסקטור הפרטי.
33. סוף 1994. מקור: מרכז מידע גיוויט-מכון ברוקדייל.

מבט לעתיד

1. שנתון 1996, לוח 3.20.
2. קיימת מידה של תיאום באמצעות אש"ל.
3. אשפוז סיעודי מורכב כלול אמנם בסל זה, אך באופן חלקי בלבד. החולה ו/או משפחתו חייבים בתשלום משמעותי מאוד עבור כל יום אשפוז.
4. כבר כיום ממומנים חלקית רוב החולים המאושפזים במערך הגריאטרי באמצעות תקציב משרד הבריאות.

ביבליוגרפיה

המוסד לביטוח לאומי

- 1989, דמוסי הכנסה בקרב הקשישים בישראל, סקר מסי 63.
1992, מקבלי השלמת הכנסה בקרב קשישים בישראל, סקר מסי 91.
1994, מבטחים ומקבלי גימלאות לפי יישוב, 1992-1993, סקר מסי 120.
1995, ביצוע חוק סיעוד במגזר הערבי, סקר מסי 126.
1995, רבעון סטטיסטי, אפריל-מאי.
1996, סקירה שנתית, 1995-6.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס)

- 1983, תנאי דיור וציוד בית, פרסומי מפקד האוכלוסין והדיור, 1983, מסי 9.
1985, שנתון סטטיסטי לישראל 1984.
1987, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, א. תנאי דיור וניהול משקי בית, פרסום מיוחד 814.
1988, סקר בני 60 ומעלה במשקי בית, 1985, ב. מאפיינים נבחרים של בני 60 ומעלה, פרסום מיוחד 840.
1993, סטטיסטיקה אבחנתית של אשמוזים, 1987, פרסום מיוחד 941.
1994, סקר תנאי דיור, 1991, פרסום מיוחד 956.
1994, סקר הוצאות המשפחה, 1993/2, פרסום מיוחד: 964, 975, 985.
1995, שנתון סטטיסטי לישראל, 1994.
1993, הכנסות משקי בית 1989, 1990, 1991, פרסום מיוחד 933.
1995, הכנסות משקי בית בישראל, 1992, 1993, פרסום מיוחד.
1995, רשויות מקומיות בישראל, 1993, נתונים פסיים, פרסום מיוחד 992.
1996, שנתון סטטיסטי לישראל, 1995.

גיוניט-מכון ברוקדייל לגרוטולוגיה והתפתחות האדם בישראל

- ניתוח נתוני מפקד האוכלוסין והדיור, 1961-1983.
משרד הבריאות, 1994, קובץ נהלים מטעם האגף למחלות ממושכות וזיקנה.
אש"ל, תוכנית ההומש, 1996-2000.
באר ש. פקטור ח, 1993, "מפקד ארצי של דיירי המוסדות לטיפול ממושך ותוכניות הדיור המוגן - 1990", גרוטולוגיה, 62, עמ' 16-36.
בנטור ג, ברובסקי ג, חבוט ב, 1996, חולים במצב סיעודי מורכב במערכת האשפוז הגריאטרי, גיוניט-ברוקדייל, עמ' 4.
וייל ח, 1973, בתי אבות בישראל, האוניברסיטה העברית, בייס לעבודה סוציאלית, מדינת ישראל, משרד הסעד.

וייל ח, 1974, "אוכלוסיית המעונות לקשישים

- עצמאיים בישראל", ביטחון סוציאלי, יולי 1974.
וייל ח, עזאיה פ, קינג י, גולדשר א, 1986, "תנאי מגורים וקשרי משפחה של קשישים ערבים בכפרים בישראל", גרוטולוגיה, 40, עמ' 7-20.
וייל ח, 1990, שירותי רווחה לזקנים במגזר הערבי בישראל, הוצאת אש"ל.
וייל ח, 1995, ביצוע חוק הסיעוד במגזר הערבי, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, סקר מסי 126.
ווסמן צ, 1997, "סרבני עבודה הם אחוז מבוטלי", הארץ, 3.2.97.
חביב ח, 1992, סוגיות מדיניות בחברה מזדקנת, גיוניט ישראל-מכון ברוקדייל לגרוטולוגיה והתפתחות האדם, R-62-92.
נועם ג, סיקרון מ, 1990, תמורות סוציו-דמוגרפיות בקרב האוכלוסייה הקשישה בישראל, 1961-1983, גיוניט ישראל, מכון ברוקדייל לגרוטולוגיה והתפתחות האדם.
קטן י, 1993, התפתחות שירותי הרווחה האישיים: תהליכים ומגמות בשנות השמונים ובראשית שנות התשעים, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
שניט ד, 1988, החוק, הפרט ושירותי הרווחה, הוצאת ספרים י.ל. מגנס, ירושלים.
שטרקשל מ, 1996, מדריך לדיור מוגן, הוצאת אש"ל.
שמואל ע, לוי י, 1996, "התפלגות צריכת שירותי הבריאות בישראל על פי גיל", ביטחון סוציאלי, עמ' 146-153.
Weihl H, Nathan T, Avner U, 1970 Investigation of the family life living conditions & needs of the non institutionalized urban Jews aged 65 in Israel. State of Israel, Ministry of Social Welfare.
Weihl H, 1986 'Living conditions and needs of rural Arab elderly in Israel'. Research report for the Ford Foundation, mimeograph.



פרסומי מרכז אדוה

מידע על שוויין 20 ש"ח

גליון 8 השכלה גבוהה בישראל, שלמה סבירסקי וברברה סבירסקי, 1997.

גליון 7 הקשישים בישראל, חנה וייל, 1997.

גליון 6 בית הספר, הקהילה והרשות המקומית בקרב המיעוט הפלסטיני בישראל,

חליק רינאוי, 1996.

גליון 5 סקר החינוך הבדואי בנגב, סלים אבו רביעה, סלמאן אלכדור ופאוזן

אלעטאוונה, 1996.

גליון 4 דיוור בישראל, יוברט לו-יון ורחל קלוש, 1995.

גליון 3 החינוך לגיל הרך, שלמה סבירסקי והאלה חזן, 1993.

גליון 2 שירותי בריאות בישראל, ברברה סבירסקי, האתם כנעאנה, איימי אבר וטיכל

שונברון, 1992.

גליון 1 החינוך בישראל, שלמה סבירסקי, 1991.

מבט על התקציב

מבט על התקציב 1997, שלמה סבירסקי, מירב סן וגני, ברברה סבירסקי, 1996.

20 ש"ח

מבט על התקציב 1997 עיקרי הממצאים, שלמה סבירסקי, מירב סן וגני, ברברה

10 ש"ח

סבירסקי, 1996.

שינויים בתקציב משרד החינוך 1996-1997, שלמה סבירסקי ומירב סן וגני, 1997.

15 ש"ח

מבט על תקציב משרד החינוך 1990-1996, שלמה סבירסקי, מירב סן וגני, עדי דגן,

25 ש"ח

1996.

מבט על תקציב משרד החינוך 1990-1996 עיקרי הממצאים, שלמה סבירסקי, מירב סן

10 ש"ח

וגני, עדי דגן, 1996.

שינויים בתקציב משרד הבריאות 1996-1997, ברברה סבירסקי ומירב סן וגני, 1997.

15 ש"ח

מבט על תקציב משרד הבריאות 1990-1997, ברברה סבירסקי, מירב סן וגני, שלמה

25 ש"ח

סבירסקי, 1996.

מבט על תקציב משרד הבריאות 1990-1997 עיקרי הממצאים, ברברה סבירסקי, מירב

10 ש"ח

סן וגני, שלמה סבירסקי, 1996.

שינויים בתקציב משרד העבודה והרווחה, 1996-1997, שלמה סבירסקי ואיתי קונור,

15 ש"ח

1997.

תקציב המדינה 1997 - מבט על המגזר הערבי

10 ש"ח

מבט על התקציב 1996, צבי שולדיון, 1995.

20 ש"ח

מבט על התקציב 1995, צבי שולדיון, 1995.

20 ש"ח

ניירות עדכון 5 ש"ח

המצליחים בבחינות הבגרות 1996, 1997.

תמותת תינוקות לפי ישוב 1990-1994, 1997.

לקראת שוויין אקדמי בין המינים בישראל, האמנם? 1994.

ניירות עמדה 5 ש"ח

בזכות האוניברסליות, אברהם דורון ויוסי דהאן, 1996.

פנסיה לכל ולא רק לחזקים, חנה אהרן וברברה סבירסקי, 1996.

ההצעה לתיקון חוק שכר מינימום התשנ"ה 1995, לינדה עפרוני, 1995.

בית לכל משק בית: המלצות למדיניות ממשלתית בנושא דיוור ברברה סבירסקי

ושלמה סבירסקי, 1994.

ביוזר סמכויות בנושאי שיכון, רחל קלוש ויוברט לו-יון, 1994.

דרושים שינויים במדיניות השיכון ביישובים ערביים, רסאם חמאסי, 1994.

על תוספת יוקר אין לוותר, לינדה עפרוני, 1994.

המלצות ועדת גפני (אוקטובר 1993) וועדת וולנסקי (אוגוסט 1993), יוסי דהאן וברברה

סבירסקי, 1993.

פתיחת אזורים הרישום: מה אפשר ללמוד מארצות הברית?, שלמה סבירסקי, 1993.

פרסומים אחרים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1996 10 ש"ח

מדריך שירותים לזקני תל אביב, ברברה סבירסקי, רונית גולדסטר, שושנה שוורץ, 1996.

12.50 ש"ח

יום עיון: החינוך לגיל הרך ביפו - תקציר דיון, 1995 10 ש"ח

למה צריך פנסיה ממלכתית? - תקציר דיון, 1995 10 ש"ח

גני הילדים המעורבים ביפו, נואל עסוס, 1995 10 ש"ח

דיוור בישראל - מדיניות ואי שוויון, יוברט לו-יון ורחל קלוש, 1994 20 ש"ח

החינוך לגיל הרך בישראל - יום עיון ארצי, 1993 10 ש"ח

טופס הזמנת פרסומים

ברצוני להזמין את הפרסומים הבאים:

רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____

אודות המחברת

חנה וייל, חוקרת הזיקנה, מרצה בבית-הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, ירושלים

עריכה: מירב ירושלמי

העבודה השוטפת של מרכז אדוה נתמכת על-ידי

הקרן החדשה לישראל

NOVIB

THE JACOB AND HILDA BLAUSTEIN FOUNDATION

הנהלת מרכז אדוה

דר יוסי דהאן, יו"ר
גבי גילברט פינקל, גזברית
די"ר איסמעיל אבו-סעד
די"ר האלה חזן
גבי פתינה חזן
די"ר יוסי יונה
די"ר אורן יפתח-אל
פרופסור יוברט לו-יון
די"ר ריקי סויה
פרופ' מרילין ספר
די"ר דני פילק
די"ר רחל קלוש
די"ר אורי רם

הוועדה האקדמית המייעצת

די"ר מאגיד אלחאגי
די"ר שושנה בן-צבי מאייר
די"ר נתן גובר
די"ר זאב דגני
די"ר הנרייט דהן
פרופ' אברהם דורון
די"ר מוחמד חביב-אללה
פרופ' דפנה יזרעאלי
די"ר חאתם כנעאנה
די"ר אנדרה מזאווי
די"ר מרים מרעי
די"ר לינדה עפרוני
די"ר אילן פפה
גבי יעל צדוק
די"ר דבורה קלקין-פישמן
פרופ' פרנסיס רדאי
פרופ' הנרי רוזנפלד
די"ר סעדיה רחמים
פרופ' יהודית שובל
פרופ' אריה שירום
פרופ' אלה שוחט



ניתן לעשות שימוש בתוכן הגליון, אך אנא ציינו את המקור: מידע על שוויון