


מבט על התקציב

סוגיות בטיפול הגריאטרי בישראל

תקציב האשפוז הגריאטרי במשרד
הבריאות 

הטיפול בקשישות/ים בקהילה - מבט
ג'נדרי 

ברברה סבירסקי

אוגוסט 1997

תוכן עניינים

תקציב האשפוז הגריאטרי במשרד הבריאות

מי מממן את האשפוז הגריאטרי

ביטוח משלים לאשפוז הגריאטרי

הטיפול בקשישיות/ים בקהילה - מבט ג'נדר

טיפול על-ידי בנות משפחה

טיפול בקהילה במסגרת חוק סיעוד

טיפול ממושך במוסדות

טיפול גריאטרי ואשפוז גריאטרי: מספר הערות ג'נדריות

הירארכיה של נשים

תקציב האשפוז הגריאטרי במשרד הבריאות

ב- 1997, התקציב של משרד הבריאות לטיפול ממושך עומד על סך של 600.8 מיליון ש"ח, סכום גבוה ריאלית בכ- 25% מן הסכום המקביל ב- 1996. תקציב הטיפול הממושך מהווה כ- 16% מהתקציב הכולל של משרד הבריאות. רוב התקציב לטיפול ממושך מיועד לסיוע באשפוז ממושך של קשישים - דהיינו, לאשפוז גריאטרי.

תקציב משרד הבריאות לשנת 1997 כולל תוספת ייעודית של כ- 80 מיליון ש"ח (במחירי 1995) לאשפוז סיעודי. תוספת זאת מהווה חלק מתכנית ארבע-שנתית לצמצום הדרגתי של רשימת הממתינים לאשפוז במוסדות סיעודיים (משרד האוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 1997 ודברי הסבר, משרד הבריאות, עמ' 70).

בסוף 1994 היו בישראל 23,200 מיטות לטיפול ממושך ב- 280 מוסדות (לא כוללות כ- 800 מיטות לטיפול סיעודי-מורכב), לפי החלוקה הבאה:

<u>מספר מיטות</u>	<u>% מסה"כ המיטות</u>	<u>אוכלוסיית היעד</u>
6,670	29%	קשישים המסוגלים לתפקד באופן עצמאי
5,790	25%	קשישים תשושים
8,990	39%	קשישים סיעודיים
1,710	7%	קשישים תשושי נפש

מקור: שמואל באר, אומדני צרכים לשירותים בקרב הקשישים בישראל לפי אזור גיאוגרפי: 1994-2005, מכון ברוקדייל, 1996:5.

בישראל, כמו בארצות אחרות, קיימת בעיה של פיצול השירותים הניתנים לקשישים. למרות ששירותי דיור, בריאות ושירותים חברתיים קשורים זה לזה, הם מתוכננים ומתוקצבים על-ידי משרדי ממשלה שונים:

המוסד לביטוח לאומי אחראי לטיפול אישי בבית, במסגרת חוק ביטוח סיעוד;

משרד העבודה והרווחה אחראי להשמה של קשישים הסובלים מתשישות גופנית הרוצים להתגורר בבית-אבות או בדיור מוגן;

משרד הבריאות אחראי לטיפול בקשישים הסובלים מתשישות-נפש ובחולים סיעודיים.

הגבול בין עזרה בתפקוד (שבאחריות המוסד לביטוח לאומי ומשרד העבודה והרווחה) לבין טיפול רפואי (שבאחריות משרד הבריאות) אינו חד וחלק; קשישים תשושים השוהים בבית-אבות עשויים להזדקק, מאוחר יותר, לטיפול סיעודי.

הדיון להלן יתמקד בתקציב של משרד הבריאות עבור אשפוז חולים סיעודיים וחולים תשושי נפש; האחריות לאשפוז של חולים אחרים היא של משרד העבודה והרווחה.

התקציב לטיפול במחלות ממושכות ומשקלו בסך התקציב של משרד הבריאות,

1990-1997

באלפי ש"ח, במחירים קבועים ל-1995

1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	
493,849	395,123	398,148	318,612	291,467	285,560	302,243	242,992	תקציב לטיפול ממושך
16%	15%	16%	16%	18%	18%	21%	19%	% מתקציב משרד הבריאות

מקור: משרד האוצר, 1996, הוראות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

* האחוזים מעוגלים.

כאמור, החלק הארי של התקציב לטיפול במחלות ממושכות מופנה לאשפוז של קשישים, דהיינו, לאשפוז גריאטרי. קבוצת המשתמשים הפוטנציאליים בשירותי אשפוז גריאטריים הולכת ומתרחבת, עם הגידול באוכלוסיית בני ובנות 65+ :

<u>קשישים כ- % מכלל האוכלוסייה</u>	<u>מספר הקשישים (+ 65)</u>	<u>שנה</u>
7.9%	277,400	1975
8.8%	372,500	1985
9.6%	537,500	1995

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל 1976, לוח ב/15; שנתון סטטיסטי לישראל 1986, לוח ב/17; שנתון סטטיסטי לישראל 1996, לוח 2.21.

גם השכבה של בני 75 ומעלה נמצאת בעלייה מתמדת. התחזית לשנים הבאות היא של גידול איטי בשיעורם של בני 65+, מלווה בגידול משמעותי במיוחד של בני 75+, ובעיקר של בנות 75+, שתוחלת חייהן ארוכה מזו של הגברים.

היום, 58% מבני 75+ הן נשים, ו-70% מהמאושפזים בבתי-חולים גריאטריים הן נשים. במלים אחרות, כאשר מדברים על השירותים הגריאטריים, מדברים על אוכלוסיית משתמשים המורכבת ברובה מנשים.

עם הגידול בקבוצת האוכלוסייה המבוגרת ביותר - בני ובנות 75+ - גדל הביקוש למיטות לאשפוז ממושך, אשפוז שממנו אין מחלימים (להוציא החולים הסיעודיים-שיקומיים; ר' הגדרות בעמוד הבא).

מי הם החולים הזקוקים לאשפוז ממושך?

1 חולים סיעודיים, הסובלים מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי לתקופה ממושכת. מדובר באנשים המרותקים למיטה או לכסא גלגלים, בגלל שאין להם שליטה על הסוגרים או בגלל שהם מתהלכים בקושי רב עקב מחלות או סיבוכים ממחלות.

2 חולים סיעודיים מורכבים, שבנוסף על הבעיות הסיעודיות הנ"ל, הם סובלים מפצעי לחץ או ממחלת סרטן ממושטת, ונזקקים לעירוים תוך-ורידיים ממושכים או לטיפול דיאליזה.

3 חולים תשושי נפש, הסובלים מירידה קוגניטיבית (זיכרון, שיפוט, התמצאות) במידה כזאת שהם זקוקים לעזרה מלאה בפעולות היום-יום.

4 חולים סיעודיים-שיקומיים, הסובלים מירידה משמעותית בתפקוד עקב בעיה רפואית חדה כגון שבר במפרק הירך, אירוע מוחי, מחלה זיהומית או ניתוח.

מי מממן את האשפוז הגריאטרי?

1 אשפוז של חולים סיעודיים-מורכבים ושל חולים סיעודיים-שיקומיים

סל השירותים הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל את האשפוז של חולים סיעודיים-מורכבים ושל חולים סיעודיים-שיקומיים. למרות שאשפוזים אלה כלולים בסל, השירות אינו חינם: חולים הנזקקים לאשפוז סיעודי-מורכב נדרשים להשתתפות בסך של מעל 100 ש"ח ליום. משרד הבריאות מסייע, לפי הסדר מיוחד, לקופת-חולים הכללית שלה חברים רבים הנזקקים לאשפוזים אלה. ב-1997, תקציב הסיוע עומד על כ-5.4 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים) - סכום גדול בכ-3%, במונחים ריאליים, מזה של 1996.

2 אשפוז סיעודי ואשפוז של תשושי נפש

שני סוגי האשפוז האחרים, של חולים סיעודיים רגילים ושל חולים תשושי-נפש, אינם כלולים בסל השירותים. משרד הבריאות מסייע למי שאינו מסוגל לממן את האשפוז. הסיוע מותנה במיון ובמבחן אמצעים: המשרד קובע תשלום חודשי המבוסס על הכנסות החולה ועל הכנסות בן או בת-הזוג וילדיו; המשרד עצמו משלם את ההפרש שבין עלות האשפוז ובין הסכום שעל החולה לשלם.

ב- 1997, תקציב הסיוע של המשרד למטרה זאת עומד על כ- 441 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים) - דהיינו, החלק הארי של התקציב לטיפול במחלות ממושכות. סכום זה מיועד לסבסוד של 7,100 מיטות - כ- 1,320 מיטות יותר מאשר בשנת 1996. תוספת המיטות כרוכה בתוספת תקציב של כ- 132 מיליון ש"ח (במחירים ריאליים).

תקציב הסיוע של משרד הבריאות, למרות גודלו, רחוק מלהספיק לכיסוי כל הנזקקים: ביוני 1997, תור ההמתנה לתמיכה בדמי האשפוז מנה כ- 2,300 חולים - כ- 25% מכלל הנזקקים. משרד הבריאות עצמו קובע כי "היקף המאושפזים מותנה בתקציב שמוקצב לנושא בכל שנה" (משרד האוצר, הצעת התקציב לשנת הכספים 1996 ודברי הסבר, משרד הבריאות, עמ' 89).

רוב הנזקקים לאשפוז סיעודי אינם מסוגלים לממן זאת מכיסם. ב- 1990, 68% מהחולים הסיעודיים ותשושי הנפש שהיו מאושפזים במוסדות לקשישים קיבלו סיוע ממשלתי (62% ממשרד הבריאות ו- 6% ממשרד הרווחה). התמיכה שקשישים אלה קיבלו ממשרד הבריאות הייתה משמעותית מאד: בשנים 1990-1995 - בין 65% ל- 75% מעלות האשפוז (קטן, 1997). ב- 1997, עלות האשפוז נעה בין 6,000 ל- 15,000 ש"ח לחודש.

מגבלות התקציב של משרד הבריאות יוצרות מצב אבסורדי: קשיש/ה הזקוק/ה לאשפוז בגלל בעיה אקוטית אך חולפת, כגון שבר, דלקת ריאות או אירוע מוחי, מקבל טיפול מקופת החולים, במסגרת סל השירותים. לעומת זאת, קשיש/ה זקוק/ה לאשפוז ממושך בגלל ריתוק למיטה או בגלל אובדן זיכרון וכושר התמצאות, עלול/ה למצוא את עצמו/ה משלם/ת מכיסו/ה עבור האשפוז, בגלל שאשפוז זה אינו כלול בסל השירותים. זהו, כאמור, מצבם של כ- 25% מהחולים הללו.

יצוין כי משרד הבריאות מסבסד מיטות במוסדות ציבוריים ופרטיים כאחד: משפחת החולה בוחרת את המוסד הרצוי לה מתוך רשימת מוסדות שהיא מקבלת ממשרד הבריאות.

ביטוח משלים לאשפוז גריאטרי

כפי שראינו, התקציב של משרד הבריאות אינו מספיק לסבסוד עלות האשפוז הגריאטרי של כ- 25% מן הנזקקים. נתון זה הוא בגדר הערכת-חסר, והוא משקף רק את אותם קשישים/ות שמשפחותיהם/ן מתקשות לטפל בהם/ן במסגרת ביתם/ן, ואשר החליטו להתחייב למימון העצמי הנדרש. אילו היה האשפוז כלול בסל השירותים, אין ספק שמספר גבוה יותר של קשישים היה פונה לקבל אותו: סביר להניח שמשפחות רבות, ובעיקר משפחות מעוטות הכנסה, אינן שוקלות כיום אשפוז של הקשישים הסיעודיים בקרבן, בגלל העלות הגבוהה ובגלל מגבלות תקציב הסיוע של משרד הבריאות.

יש שני פתרונות סבירים לבעיית האשפוז הגריאטרי בישראל:

1 הכללת האשפוז הסיעודי בסל השירותים הבסיסי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2 פתרון חלופי הוא הפיכת הביטוח הסיעודי שקופות-החולים או חברות ביטוח פרטיות מציעות לחבריהן, שכיום נתון לבחירה של המבוטח/ת, לביטוח משלים חובה. במקרה שכזה, רצוי שהעלות והתנאים של הביטוח המשלים יהיו אחידים בכל הקופות.

כל אחד משני הפתרונות דורש מימון נוסף. המימון לפתרון הראשון יכול לבוא מאוצר המדינה, בדרך של הגדלת תקציב משרד הבריאות, או, לחליפין, בדרך של העלאת מס הבריאות.

התשלום עבור ביטוח משלים חובה יכול להיקבע כאחוז מסוים מהכנסת המבוטח/ת - למשל, 0.5%, או, לחליפין, סכום אחיד למשל, 100 ש"ח לכל חבר/ה בקופת-חולים.

ביטוח משלים אינו יכול להוות פתרון למי שכבר סובלים ממחלות כרוניות ונזקקים לטיפול סיעודי. אף אחד מהם לא יתקבל לתכנית ביטוח משלים - אלא אם כן הביטוח יוכרז כחובה.

ביטוח משלים רצוני באמצעות קופות-החולים

האם ביטוח משלים שאינו חובה, דהיינו, המצב הקיים, יכול להוות פתרון עתידי לצעירים בריאים? כדי לענות על השאלה הזאת, נצטרך לבחון מספר דברים:

1 נגישות: האם האזרחים השונים מקבלים את המידע הדרוש כדי להירשם לביטוח משלים?

הנסיון המועט שנצבר מאז 1995 מעלה תמונה מעורבת: מחקר של מכון ברוקדייל מצא כי מאז ינואר 1995, כ- 40% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל קנו ביטוח משלים. אך יש הבדלים גדולים בין קופות-החולים השונות בשיעור הרוכשים ביטוח משלים, כפי שמצאו החוקרות גרוס וברמלי:

בקופת-חולים הכללית, 16% קופת-חולים מכבי, מעל 80%

בקופת-חולים לאומית, 50% קופת-חולים מאוחדת, מעל 80%

החוקרות מציינות כי ייתכן שההבדלים בשיעורי ההרשמה לביטוח המשלים נובעים משיטות רישום שונות (גרוס וברמלי, 1996). אך יתכן והם נובעים גם מהבדלים בהכנסה ובמצב הבריאות: כידוע, בקופת-חולים הכללית, שיעור הקשישים ושיעור בעלי הכנסות נמוכות הם הגבוהים מבין כל הקופות.

הפתרון להבדלים בין הקופות הוא בהפיכת הביטוח המשלים לחובה על-פי חוק.

2 מחיר: האם המחיר נמוך דיו כדי שלא להוות גורם מרתיע?

ב-1996, מחיר הביטוח המשלים בקופות השונות נע בין 5 ש"ח ל-80 ש"ח לחודש למבוטח. מחירים אלה מבטאים, בין השאר, הבדלים בין רמות שונות של ביטוח סיעודי והנחות בטיפול שיניים, נוסף על שירותים אחרים (גרוס וברמלי, 1996: 11-30).

3 **ביטוח רצוני:** אם יימשך המצב הקיים, של ביטוח משלים שאינו חובה, האם ניתן לצפות כי רוב האזרחים יירשמו לביטוח המשלים?

הנתונים הנ"ל אודות שיעורי ההצטרפות לתכניות ביטוח משלים בקופת-החולים השונות מראים כי הכיסוי אינו אוניברסלי. אולם, יתכן שזוהי תוצאה של הסברה לקויה של הקופות. יתכן גם שעדיין לא עבר מספיק זמן מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כדי לבחון את התנהגות צרכני הבריאות.

4 **מידת הכיסוי של הביטוח:** האם הביטוח המשלים נדיב דיו כדי להבטיח כיסוי מלא לחולים הזקוקים לטיפול סיעודי ממושך?

נקודת המוצא שלנו היא כי ביטוח משלים עונה על הצרכים כאשר הוא מבטיח כיסוי של הוצאות האשפוז הסיעודי בשיעור של לפחות 80%, וכאשר הוא חל על תקופה בלתי מוגבלת.

אף אחד מהביטוחים המשלימים שמציעות קופת-החולים אינו עונה על קריטריונים אלה:

קופת החולים הכללית (באמצעות חברת "דקל") מעניקה השתתפות חודשית בעלות האשפוז בשיעור של 60%, עד לתקרה חודשית הנעה בין 1,306 ש"ח ל-5,225 ש"ח (בהתאם לגיל הכניסה לתכנית); משך תקופת הביטוח תלוי במספר שנות הוותק בתוכנית (חברת דקלה, יולי 1997).

קופת-חולים מכבי ("קרן מכבי" + "מכבי מגן") מעניקה שיפוי חודשי של עד 3,859 ש"ח + \$1,000, בתנאי שהסכום לא יעלה על 80% מהוצאות האשפוז, לתקופה מירבית של 5 שנים ("ביטוח רפואי משלים בקרן-מכבי ומכבי-מגן", מרץ 1997 ו-"מכבי מגן, מסמך זכויות וחובות חברי מכבי מגן", מעודכן ליום 1.4.97).

קופת-חולים לאומית מעניקה סכום חודשי שנע בין 1,125 ש"ח ל- 6,667 ש"ח, לתקופה מירבית של 5 שנים ("לאומית לגמלאי, פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופת-חולים לאומית", ו"לאומית-הפניקס, פוליסת ביטוח רפואי משלים לחברי קופת-חולים לאומית")

קופת-חולים מאוחדת מציעה תוכנית סיעודית - "מאוחדת זהב" - המעניקה שיפוי בגובה של 3,537 ש"ח לחודש במהלך 3 שנים הראשונות ו- 2,120 ש"ח לחודש, במהלך השנה הרביעית והחמישית (דובר קופת-חולים מאוחדת, יולי 1997).

אלה התוכניות הבסיסיות: בחלק מהקופות ניתן לקנות גם יחידות ביטוח נוספות.

האם הפרמיה ריאלית: האם תשלומי המבוטחים יאפשרו לקופת-החולים או לחברות המסחריות שאיתן הן עובדות לעמוד בהוצאות בטווח הארוך?

טרם נצבר מספיק נסיון, וטרם התפרסמו בדיקות אקטואריות.

ביטוח משלים רצוני באמצעות חברות ביטוח מסחריות

בשנות ה-90 גדלו ההכנסות של חברות ביטוח פרטיות מפוליסות לביטוח בריאות. ב-1993, לדוגמה, היוו הכנסות אלה כ- 3.4% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, בהשוואה לכ- 2.0% ב-1991 (גרוס וברמלי, 1996: 38). שיעור הישראלים הבוגרים המבוטחים בחברות מסחריות עלה גם הוא, מכ- 13% ב-1990 ל- 16.7% ב-1995 (שם:שם - המדגם כלל בני 22 ומעלה דוברי עברית). נתונים אלה מתייחסים לכל סוגי ביטוח הבריאות, כאשר הביטוח הסיעודי הוא רק אחד מהם. ההוכחה לכך שחל גידול בשוק הפרטי של ביטוח סיעודי היא ריבוי חברות הביטוח שנכנסו לאחרונה לתחום זה (שם, שם).

השאלות החלות על הביטוח המשלים המסחרי זהות לאלה החלות על הביטוח המשלים שמציעות קופות-החולים:

1 נגישות: האם האזרחים השונים מקבלים את המידע הדרוש כדי לבחור פוליסה?

מחקרים שנעשו בארצות אחרות מצאו שרוכשי ביטוח מסחרי מצטיינים בכך שהם בריאים יותר, בעלי סטטוס כלכלי גבוה יותר ומשכילים יותר מן הממוצע באוכלוסייה. סקר של מכון ברוקדייל גילה ממצאים דומים לגבי ישראל. הסקר קובע כי "קיימת כנראה הגבלה על הנגישות של פוליסות אלו לרובדי אוכלוסייה רחבים" (שם:64).

2 מחיר: האם המחיר נמוך דיו כדי שלא להוות גורם מרתיע?

הנסיון של ארצות-הברית מלמד כי התשובה שלילית: רק מיעוט קטן שם מסוגל לעמוד בהוצאות הביטוח המסחרי: OECD, 1996, 41-42.

3 ביטוח רצוני: האם אפשר להניח שרוב האזרחים יקנו פוליסות מסחריות?

נייר-עמדה של הארגון לפיתוח ושיתוף-פעולה כלכלי OECD: מצוין מספר לקחים שנצטברו בארצות-הברית בכל הנוגע לביטוח סיעודי מסחרי:

(א) רק מיעוט מקרב הקשישים מסוגל לשלם עבור ביטוח סיעוד פרטי;

(ב) באשר לצעירים - בהיותם נתונים ללחצים כלכליים מידיים יותר, הם נוטים לדחות את ההתכוננות ליום בו הם עשויים להזדקק לטיפול סיעודי;

ג) רוב הצרכנים אינם מבינים את תנאי הפוליסות הפרטיות

4 מידת הכיסוי של הביטוח: האם הביטוח המסחרי מעניק כיסוי מספיק לחולים הזקוקים לטיפול סיעודי במשך תקופה ממושכת? התנאים שונים מחברה לחברה; לדוגמא:

שילוח-הראל מציעה סכום חודשי שנע בין 1,500 ש"ח ובין 3,000 ש"ח לתקופה מירבית של 3 שנים. ניתן לקנות שתי יחידות ביטוח ולהנות מסכומים כפולים (שם: 39);

כלל מציעה סכום חודשי מירבי של \$4,000 לתקופה בלתי מוגבלת (שם: 43);

ציון מציעה סכום חודשי מירבי של \$5,000 לתקופה מירבית של 5 שנים (שם: 45).

הסכום נקבעים לפי מצב הבריאות וגיל ההצטרפות לתוכנית הביטוח. כפי שניתן לראות, רק חברה אחת מעניקה גמלה חודשית ללא הגבלת זמן. הסכום החודשי לכיסוי האשפוז הסיעודי נע בין 1,500 ש"ח לכ- 5,000 דולר.

5האם הפרמיה היא ריאלית: האם תאפשר הפרמיה לחברות המסחריות לעמוד בהוצאות?

לפי נייר העמדה הנ"ל של ה-OECD, ביטוח סיעודי מסחרי הוא "אולי המוצר בעל רמת הסיכון הגבוהה ביותר שחברות ביטוח מוכרות", וזאת בגלל טווח הזמן הארוך החולף עד למימוש הביטוח, והידע המוגבל הקיים בכל הנוגע למגמות בריאות עתידיות, למחיר האשפוז העתידי ולדפוסי השימוש העתידיים בביטוח סיעודי (שם:שם).

ההסדרים הנהוגים בישראל בכל הנוגע לאשפוז גריאטרי מפגרים בהרבה אחר ההסדרים הנהוגים בתחומי בריאות אחרים: למשל, החברה הישראלית רואה זאת כמובן מאליו שגבר או אשה בני 20, 30, 40 או 50 הזקוקים לאשפוז אכן יאושפזו, גם אם אין להם אמצעים כלכליים; החברה אף רואה זאת כמובן מאליו שגבר או אשה בגילאים אלה לא יצטרכו לשאת בהוצאות האשפוז עד כדי התרששות כלכלית; לכן, הוצאות האשפוז מכוסות על-ידי ביטוח בריאות ממלכתי. אולם, כשמדובר בגבר או אשה בני 65, הנזקקים לאשפוז ממושך, היחס משתנה: כאן, הנטל הכספי מוטל על החולה.

מן הראוי לתקן את המעוות ולהשוות את זכויות הקשישים לאלה של האזרחים הצעירים יותר. העובדה שפחות מ- 5% מהקשישים בישראל היו מאושפזים במוסד לטיפול ממושך מסתירה עובדה אחרת, והיא שבמיטות גריאטריות קיימת תחלופה גבוהה: על כן, בפועל, הרבה יותר מ- 5% מאזרחי ישראל יזדקקו לאשפוז גריאטרי ממושך בשלב כלשהו במהלך חייהם.

בגרמניה, שבה רק 5% מהאוכלוסייה של בני 65+ מאושפזים במוסדות גריאטריים, נעשה חישוב ולפיו 40% מהגברים ו- 70% מהנשים, יזדקקו בשלב כלשהו לאשפוז גריאטרי (OECD, 1996: 269). לא ידוע לנו אם נעשה אומדן כזה לגבי תושבי ישראל.

הטיפול בקשישות/ים בקהילה - מבט ג'נדר

בארצות רבות, המגמה כיום היא לטפל בחולים סיעודיים ותשושי נפש במסגרת הקהילה, במקום במוסדות גריאטריים. מבחינת הפרט, הטיפול בקהילה נחשב לטוב יותר בגלל שהוא אינו כרוך בניתוק מהסביבה ומהמשפחה ובשבירת שיגרת החיים.

"טיפול בקהילה" פירושו, ברוב המקרים, אדם אחד הצמוד לחולה הסיעודי/ת. בדרך כלל מדובר באשה - בין שזאת אשה העושה זאת ללא תמורה, בהיותה בת-זוג, בת או כלה, ובין שזאת אשה העושה זאת תמורת שכר, אם היא מטפלת סיעודית ישראלית או זרה.

בישראל, הטיפול בקהילה קיבל תאוצה ב-1988, עם חקיקת חוק ביטוח סיעוד. החוק קובע כי קשישים המתקשים בתפקוד זכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, לאחר שהם עומדים במבחני תיפקוד והכנסה. הגמלה ניתנת למטרות הבאות: העסקת מטפלת אישית, שהות במרכז-יום לקשישים, קניית מוצרי ספיגה ושירותי כביסה ושכירת משדרי מצוקה. בדצמבר 1996, כ-69,000 קשישים קיבלו גמלת סיעוד; למעלה מ-70% מתוכם היו נשים (המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, כרך כ"ו, מס. 4, אוקטובר-דצמבר 1996, לוח ג/2).

גימלת הסיעוד עומדת על 25% מן השכר הממוצע במשק. בינואר 1997, הגימלה הבסיסית הגיעה ל-1,261 ש"ח לחודש למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת, ול-1,892 ש"ח לחודש למי שתלוי לחלוטין בעזרת הזולת. הסכום הכולל ששולם ב-1996 במסגרת חוק ביטוח סיעוד הגיע ליותר מ-1 מיליארד ש"ח. חוק ביטוח סיעוד יצר ענף כלכלי גדול-ממדים: מעל ל-400 חברות ועמותות כוח אדם, המגייסות מטפלות אישיות ומספקות אותן לחולים. החוק הוביל גם לתופעה חברתית חדשה: גיוסן של אלפי עובדות זרות, רובן מהפיליפינים.

יש לציין כי המוסד לביטוח לאומי מעניק את גמלת הסיעוד המיועדת להעסקת מטפלת/ת אך ורק באמצעות העמותות או החברות של כוח אדם סיעודי - ולא ישירות לקשיש/ה. חברות ועמותות אלה מפרישות לעצמן כמחצית מגמלת הסיעוד: סכום זה חושב על-פי סל ההוצאות של עמותת מט"ב, והוא כולל הוצאות מעביד בשיעור של 40% וכן רווח של כ-10%.

כל החברות ועמותות כוח האדם מקבלות מהמוסד לביטוח הלאומי סכום זהה לכל שעת מטופלת/ת (חברות בע"מ מקבלות תוספת של 17% עבור מע"מ) - אך השכר שהעובדות מקבלות משתנה מחברה לחברה (עופר, 1997).

הטיפול הגריאטרי:

טיפול על ידי בנות משפחה, טיפול בקהילה, טיפול במוסדות

יש שלושה סוגים עיקריים של טיפול בקשישים: א. טיפול על-ידי בת משפחה; ב. עזרה ביתית ושירותים אחרים הניתנים בקהילה; ג. טיפול במוסדות סיעודיים. להלן נדון בכל אחד מהם בנפרד.

א. טיפול על-ידי בנות משפחה

ברוב ארצות העולם, ובהן ישראל, עיקר הטיפול בקשישים ניתן על-ידי בנות משפחה OECD, 1996:63; Ginzburg et al, 1997:

בישראל, שיעור הקשישים שקיבלו סיוע אך ורק מבני משפחה היה גבוה בקרב ילידי אסיה ואפריקה יותר מאשר בקרב ילידי אמריקה ואירופה או בקרב ילידי הארץ - Ginzburg, 1997: 15

ההזדקקות לסיוע גבוהה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים, בקרב ילידי אפריקה ואסיה יותר מאשר בקרב ילידי אמריקה ואירופה (שם:11), בקרב עולים מחבר העמים יותר מאשר אצל ותיקים, ובקרב לא-יהודים יותר מאשר אצל יהודים (באר, 1996).

סקר משנת 1989 (Ginzburg, ibid.) שנערך בקרב מדגם של קשישים יהודים בני 75 ומעלה מראה כי מחצית המרווינים שהיו מוגבלים בפעילות אחת או שתיים מבין פעילויות היומיום (ADL: אכילה, רחצה, לבישת בגדים, הקמה ושיבה, ושימוש בשירותים) קיבלו סיוע אך ורק מבני משפחה. כשליש מהקשישים שהיו מוגבלים ב-3 עד 5 פעילויות נעזרו גם הם אך ורק על-ידי בני משפחה (שם:19). יש להוסיף כי גם קשישים המקבלים עזרה מגורמים חוץ-משפחתיים ממשיכים להעזר, בו זמנית, בבנות משפחה בתחומים שונים.

ב. טיפול בקהילה במסגרת חוק סיעוד

רוב הקשישים הנזקקים לעזרה חוץ-משפחתית בביצוע פעילויות היומיום מקבלים אותה בקהילה: 70% לפי הסקר של גינזבורג ואחרים (1997) ו-75% לפי אומדנים של מכון ברוקדייל (באר, 1996:3).

ב-1996, מספר הקשישים שקיבלו עזרה ביתית במסגרת חוק ביטוח סיעוד הגיע לכ-69,000 קשישים אלה היו כ-9.8% מקבוצת הגיל 65+. (בהעדר נתון לגבי 1996, הוספנו 3% לנתון אודות קבוצת גיל זאת ב-1995 - 537,500; למ"ס, שנתון 1996, לוח 2.21). אומדן זה תואם אומדן שעשה מכון ברוקדייל עבור 1994 (באר, 1996:3).

האומדן שלנו אינו כולל את אותם קשישים המשלמים מכיסם הפרטי עבור סיוע ביתי. כיון שזכאית לסיוע ביתי כל מי שהכנסתו/ה החודשית אינה עולה על 150% מהשכר הממוצע במשק (ביוני 1996, 150% של השכר הממוצע היו כ-7,500 ש"ח) - סביר להניח שרוב הקשישים המקבלים עזרה ביתית מקבלים אותה במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

שיעור מקבלי סיוע במסגרת חוק ביטוח סיעוד בישראל הוא גבוה, בהשוואה לארצות אחרות. מתוך כלל ארצות OECD, רק בארצות סקנדינביה - דנמרק, פינלנד, נורווגיה, ושבדיה - ובאנגליה יש שיעור מקבלי סיוע ביתי הגבוה מזה של ישראל. ביתר הארצות, השיעור נמוך יותר (ר' לוח להלן). יצוין כי הנתונים עבור מירבית הארצות האחרות אינם מעודכנים ל-1996.

שיעור בני 65+ המקבלים עזרה ביתית, ישראל וארצות OECD

-

שנה	% בני 65+ המקבלים עזרה ביתית	ארץ
1990	24	פינלנד
1991	17	דנמרק
1991	14	נורבגיה
1990	13	שבדיה
1991	13	אנגליה
1996	9.8	ישראל
1990	8	הולנד
1985	7	צרפת
1988	7	אוסטרליה
1989-90	6	בלגיה
1990	4	ארצות הברית
1991	3	אוסטריה
1990	3	אירלנד
1993	2	יפן
1994	2	ספרד
1988	1	איטליה
1993	1	ניו זילנד
1992	1	פורטוגל

מקור: OECD, 1996, *in Evolution Caring for Frail Elderly People. Policies*, עמ' 62.

האם העזרה הביתית היא תחליף למיסוד?

כחמישית מהקשישים שקיבלו עזרה ביתית במסגרת חוק ביטוח סיעוד בדצמבר 1996 (כ-14,700 קשישים), קיבלו את הגמלה המקסימלית. קשישים אלה הם הדומים ביותר לקשישים השוהים במוסדות לטיפול ממושך. האם הטיפול הביתי משמש תחליף לאשפוז? התשובה, ככל הנראה, היא שלילית: אין שום עדות לכך שעזרה ביתית מובילה לירידה בביקוש למיטות מוסדיות. יתכן, על כן, שעזרה ביתית מסייעת לאוכלוסייה שונה מזו המתאשפת במוסדות (OECD: 1996:75).

ג. טיפול ממושך במוסדות

ב-1995, אוכלוסיית הקשישים בארץ (בנות ובני 65+) מנתה כ-537,500 נפש. בסוף שנת 1994, היו בארץ 23,163 מיטות במוסדות לטיפול ממושך [לא כוללות מיטות לטיפול סיעודי-מרכז] (באר, 1996:5). בהנחה שכל המיטות היו תפוסות, הרי שהקשישים ששהו במוסדות לטיפול ממושך היו כ-4.5% מכלל אוכלוסיית הקשישים בישראל. זהו שיעור נמוך מהממוצע של 20 ארצות OECD, שהוא 5.5% (OECD, 1996: 47). יצוין כי נתונים אלה אינם כוללים את הקשישים המתגוררים בדיר מוגן, שם הם מנהלים אורח חיים עצמאי. ב-1996 היו בישראל 9,000 יחידות דיר מוגן (באר, 1996).

שיעור בני/ות 65 + השוהים במוסד לטיפול ממושך, ישראל וארצות OECD

שנה	% בני/ות 65 + השוהים במוסד לטיפול ממושך	ארץ
1990	9.1	הולנד
1991	7.4	לוקסמברג
1991	7.1	קנדה
1990-91	7.0	פינלנד
1991	6.7	ניו זילנד
1992	6.5	נורבגיה
1991	6.2	אוסטרליה
1993	6.2	יפן
1992	5.4	גרמניה
1988-90	5.3	שבדיה
1990	5.2	ארצות הברית

1992	5.2	דנמרק
1991	5.2	בלגיה
1990	5.1	אנגליה
1990	5.0	צרפת
1991	5.0	אירלנד
1994	4.5	ישראל
1988	4.6	אוסטריה
1987-88	2.4	איטליה
1988	2.4	ספרד
1992	2.0	פורטוגל
1991	0.2	טורקיה
1985	0.5	יוון

מקור: OECD, 1996, *in Evolution Caring for Frail Elderly People. Policies*, 48-49; הנתון עבור ישראל חושב על-ידי חלוקה של מספר בני 65+ (לפי השנתון הסטטיסטי לישראל), במספר המאושפזים במוסדות לטיפול ממושך בשנת 1994, לפי שמואל באר, 1996, *אומדני צרכים לשירותים בקרב הקשישים בישראל לפי אזור גיאוגרפי: 1994-2005*, ירושלים: מכון ברוקדייל, עמ' 21.

הטיפול במוסד: זול יותר מן הטיפול בקהילה?

הנסיון של ארצות OECD מלמד שהטיפול בקהילה - אם הוא מפותח דיו וכולל מגוון של שירותים - ארוחות חמות, שירותי טיפול אישי, שירותי ניקיון ותיקונים ביתיים ומרכזים לקשישים - אינו בהכרח זול יותר מאשר הטיפול במוסד סיעודי - OECD, 1996, 74-75.

טיפול גריאטרי ואשפוז גריאטרי: מספר הערות ג'נדריות

בישראל, נשים מהוות רוב בקרב הקשישים: 57% בקרב בני/ות 65+ ו- 58% בקרב בני/ות 75+. נשים מהוות 70% ממקבלי גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. שיעור הנשים בקרב המאושפזים/ות במוסדות סיעודיים הוא זהה.

נשים נהנות מיתרון ביולוגי: הן חיות יותר מגברים. אך הקשישות חולות יותר מהקשישים. לא ידוע אם הדבר נובע מגורמים גנטיים או מגורמים הקשורים לתפקידים ה"נשיים" אותם מילאו במהלך חייהן (זולצברגר, 1990).

נשים מהוות רוב לא רק בקרב המטופלים, אלא גם בקרב המטפלים. עקב תוחלת החיים הגבוהה יותר שלהן, יוצא שקשיש ממין זכר מקבל בדרך כלל עזרה מבת-זוגו הקשישה, בעוד

שנשים קשישות מוצאות עצמן לרוב ללא בן-זוג שיטפל בהן, ומי שמסייע להן הן הבת או הכלה.

טיפול בקשיש או בקשישה אינו נחשב ל"עבודה". הוא נתפס כחלק מתפקידיה המשפחתיים של בת-הזוג, הבת או הכלה. נשים אלה אינן מקבלות תמורה כלשהי - בדיוק כפי שהן לא מקבלות תמורה עבור הטיפול בילדים, בנכדים או במשק הבית. מבחינתם של מעצבי המדיניות החברתית, עבודת הטיפול היא עבודה בלתי-נראית, והיא אינה מחושבת כלל כחלק מן התוצר הלאומי.

בישראל, אלה המצביעים על יתרונות הטיפול הביתי אינם לוקחים בחשבון את עלות עבודת הטיפול שנשים מבצעות. העלות כוללת לא רק שעות עבודה שאינן מתוגמלות, אלא גם את ההפסד של תקופות עבודה שאינן מובאות בחשבון לצורך חישוב ותק לקצבת זקנה ולפנסיה. מצב זה אינו "כורח המציאות" - אלא פרי של מדיניות חברתית בלתי שוויונית. אפשר להבחין בכך אם משווים את המצב בארץ למצב בארצות אחרות:

בגרמניה, התקופה בה אשה מפסיקה לעבוד כדי לטפל בילדים או בקשישים נחשבת כתקופת עבודה לכל דבר, לצורך חישוב צבירת הפנסיה - . Alber, in OECD, 1996: 263

בשבדיה, נשים המפסיקות לעבוד או המצמצמות את שעות העבודה כדי לטפל בקרוביהן זכאיות לתשלום מהערייה עבור מלאכת הטיפול. אם הן מתפנות לטפל בחולים סופניים, הן זכאיות לחופשה בתשלום ממקום העבודה לתקופה של עד 30 יום OECD, 1996: 173

בדנמרק, טיפול בבן משפחה שהוא חולה סופני מזכה את המטפלת לפיצוי חלקי עבור ההכנסה עליה ויתרה כאשר לקחה חופש מהעבודה OECD, 1996: 126.

בישראל יש הסדר דומה רק במגזר הערבי: בנות משפחה שאינן מתגוררות באותו משק-בית (בדרך כלל מדובר בנכדות) יכולות לקבל תגמול עבור טיפול בקשישים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. הסדר זה מתיישב עם מנהג המקום: בחברה הערבית אין זה מקובל להכניס הביתה זרים לטיפול בבני המשפחה. התשלום המוענק עבור הטיפול מוסיף יוקרה לאשה הצעירה המטפלת: היא עושה את אותה עבודה עצמה שעשתה קודם לחקיקת חוק ביטוח סיעוד, אלא שעתה היא מקבלת בתמורה תשלום מהמדינה, והיא יכולה לתרום בכך להכנסת המשפחה. (וייל, 1995).

במלים אחרות, המדיניות הקיימת מאפשרת תיגמול של נשים כל עוד הן מבצעות את עבודת הטיפול מחוץ למשק הבית שלהן. לעומת זאת, כאשר מדובר באשה שהיא חלק ממשק הבית, עבודת הטיפול שהיא מבצעת אינה נתפסת כעבודה, אלא כחובה משפחתית. על מנת שפעילותה של אשה תיחשב לעבודה, על האשה לצאת מהמרחב ה"פרטי" למרחב ה"ציבורי".

תפיסה זאת נובעת מתפיסה בסיסית יותר, ולפיה יחידת ההתייחסות החברתית הבסיסית היא המשפחה, ולא הפרט. אילו הייתה יחידת ההתייחסות הפרט, הייתה אשה יכולה לקבל תגמול עבור כל עבודה שהיא מבצעת - הן זאת שהיא מבצעת בביתה והן זאת שהיא עושה מחוץ לביתה. זו הגישה הנקוטה בשבדיה: הטיפול בקשישים נתפס כשירות שהמדינה אחראית לספק לאזרחיה; אשה הבוחרת לטפל בקשיש/ה בתוך ביתה מקבלת תמורה זהה לזו של אשה המטפלת בקשיש/ה בבית של משפחה אחרת.

הירארכיה של נשים

הלוח שלהלן מעלה כי יש הירארכיה ברורה בקרב הנשים המעורבות בטיפול בקשישים. הירארכיה זאת נקבעת על-פי שלושה קריטריונים: א. הקרבה המשפחתית שבין המטפל

למטפלת; ב. המקום בו מתבצע הטיפול , ו-ג. הצורך בהכשרה מקצועית ובתעודה המעידה על כך לשם התקבלות לעבודה. קריטריונים אליה הם הקובעים האם מלאכת הטיפול מוגדרת כעבודה, וכן את גובה התגמול הכספי. מן הקריטריונים הללו נגזר גם במידה רבה המוצא הלאומי ו/או המעמדי של הנשים המועסקות בכל אחת מדרגות ההירארכיה.

נשים המטפלות בקשישים: תנאי עבודה ותיגמול

מעניקת הטיפול	קירבה משפחתית לקשיש/ה	מקום העבודה	הכשרה מקצועית	שכר
בת, כלה	בת, כלה	בית או בית הקשיש/ה	אין	אין
נכדה (המגזר הערבי)	נכדה	בית הקשיש/ה	אין	שכר מינימום או פחות, לפי שעה
מטפלת פיליפינית	אין	בית הקשיש/ה	אין	פחות משכר המינימום
מטפלת אישית - ישראלית העובדת בחברת סיעוד	אין	בית הקשיש/ה	לרוב, אין. השתלמויות תוך כדי עבודה בחברות הסיעוד	שכר מינימום ותשלום לפי שעה
עובדת סיעוד במוסד לטיפול ממושך	אין	מוסד לטיפול ממושך	לרוב, אין. השתלמויות של אגודת אש"ל	שכר מינימום
אחות מוסמכת במחלקת סיעוד בבית חולים כללי	אין	בית חולים	תעודת אחות מוסמכת	לפי הסכם קיבוצי
עובדת סוציאלית	אין	משרד חברת הסיעוד	תואר אקדמי	לפי הסכם קיבוצי
משגיחה שהיא קרובת משפחה	יש	בית או בית הקשיש/ה	אין	אין

בת או כלה

בת או כלה המטפלת באם או בחמה אינה נתפסת כ"עובדת". היא אינה חייבת בהכשרה מקצועית ובתעודה המעידה על כך. היא גם אינה מקבלת שכר עבור הטיפול שהיא מעניקה. בישראל, דפוס טיפול זה רווח במיוחד במשפחות של יהודים מזרחים - Ginzburg, 1997

נכדה (במגזר הערבי)

נכדה המטפלת בקשישה/ערביה מתוגמלת עבור הטיפול. הטיפול מוגדר כ"עבודה" בזכות העובדה שהקשישה מתגוררת במשק-בית נפרד מזה של המטפלת. השכר הוא שכר מינימום ואף פחות מכך, והתשלום הוא לפי שעות.

מטפלת פיליפינית

בסוף 1996 עבדו בישראל 7,755 עובדות סיעוד זרות בעלות רשיון עבודה, רובן מהפיליפינים (משרד העבודה, 1997). המעסיקים אינם מכירים בתעודות מקצועיות מהפיליפינים - למשל, תעודה של אחות מעשית או אחות מוסמכת. התעודות, אם הן קיימות, אינן מזכות בדירוג מקצועי גבוה יותר. השכר נקבע בחוזה אישי בין המטפלת לבין הקשישה/או בן/ת-המשפחה המעסיקה/אותן, והוא נע בין \$500 ל-\$700 לחודש, בתוספת כ-60 ש"ח לשבוע דמי כיס. בחישוב על-פי שעה, שכר של פחות מ-\$600 לחודש הוא נמוך משכר המינימום הנהוג במשק הישראלי. החוזים האישיים אינם כפופים להסכמים קיבוציים, ועל כן הזכויות הסוציאליות, כמו גם שעות העבודה והמנוחה, נתונות לשיקול דעתו של המעסיק.

העובדות הבאות מן הפיליפינים אינן מוגדרות על-פי העבודה שהן מבצעות אלא על-פי מוצאן: במלים אחרות, הן אינן "עובדות" או "מטפלות", אלא סתם "פיליפיניות". למעשה, אפשר להשוות אותן למטפלות שהן קרובות-משפחה: בשני המקרים, הטיפול בקשישה אינו זוכה להכרה כ"עבודה". הטיפול של מטפלת פיליפינית נתפס כשירות שהיא מעניקה מעצם היותה בת לארץ ענייה ואשר עצם שהותה בישראל מותנה ביכולתו של המעסיק להשיג עבודה אחרת שהות חוקית. המטפלת מן הפיליפינים אמנם מקבלת תמורה, אלא שתמורה זאת אינה בקטגוריה של "שכר" רגיל במשק הפורמלי.

מטפלת אישית ישראלית

ישראלית העובדת כמטפלת בבית של קשישה/אכן נתפסת כ"עובדת". ועם זאת, עבודת הטיפול בקשישה/טרם זכתה להכרה כמקצוע, ועל כן המטפלת אינה נדרשת להכשרה המזכה בתעודה מקצועית כלשהי (למעט מספר קטן של נשים שסיימו קורסים של משרד העבודה והרווחה המיועדים למובטלות או לעולות חדשות מאתיופיה או מחבר העמים). השכר הוא נמוך: בדרך כלל זהו שכר מינימום, המשולם לפי שעות. כיון שהעבודה מפוצלת, בדרך כלל, בין כמה מטופלים, רוב המטפלות אינן מגיעות לכדי משרה מלאה. זכויות סוציאליות משולמות רק כאשר מתמזל מזלה של העובדת והיא מועסקת על ידי עמותה או חברה הפועלת על-פי הסכם שכר קיבוצי. המטפלת הישראלית הטיפוסית היא אשה בת 40-64, בעלת השכלה פורמלית נמוכה. בדרך כלל מדובר בנשים מזרחיות או בנשים שעלו מארצות חבר העמים. בין אלה האחרונות יש בעלות מקצוע שאינן יכולות למצוא תעסוקה אחרת בארץ.

עובדת סיעוד במוסד לטיפול ממושך

תנאי העבודה של עובדות סיעוד במוסדות לטיפול ממושך תלויים באם המוסד כפוף להסכמי שכר הקיבוציים. השכר, לרוב, הוא שכר מינימום. העבודה איננה מוגדרת כעבודה מקצועית. העובדות אינן חייבות בהשכלה או בהכשרה כלשהי כדי להתקבל לעבודה. אגודת אש"ל

מקיימת קורסים למטפלות, אולם עד כה השתתף בהם מספר קטן, יחסית, של מטפלות העובדות במוסדות. רוב העובדות הן נשים מזרחיות, ערביות או עלולות חדשות מארצות חבר העמים.

אחות במחלקת סיעוד בבית חולים כללי

אחות העובדת במוסד לטיפול ממושך או במחלקת סיעוד של בית חולים כללי מצטיינת בכל הסממנים של עובדת מקצועית. המטופלים אינם קרובי משפחה, מקום העבודה הוא מוסד ציבורי או פרטי המוכר כנותן שירותים מקצועיים, וכדי להתקבל לעבודה על האשה להיות בעלת תעודת אחות. התעודה מעניקה חברות באיגוד מקצועי המנהל משא ומתן עם המעבידים במטרה להבטיח שכר ותנאי עבודה טובים. ואכן, שכר טיפוס של אחות מוסמכת העובדת בבית חולים כללי בהיקף של משרה וחצי הוא כ-9,000 ש"ח לחודש. האחיות המבוגרות יותר הן נשים מהמעמד הבינוני - אשכנזיות כמזרחיות, וזאת כיון שבשנות ה-60 וה-70, מקצוע האחות היווה אופציה מכובדת. מאוחר יותר, נשים מהמעמד הבינוני העדיפו ללמוד מקצוע אקדמי, ומקצוע האחות הפך למקצוע של נשים ממעמד נמוך יותר - נשים מזרחיות, ערביות או עלולות חדשות מארצות חבר העמים.

בארצות המאוגדות בארגון OECD, המגמה הרווחת כיום היא לצמצם את מחלקות הסיעוד בבתי החולים הכלליים, ולבנות במקומן מיטות סיעודיות במוסדות מיוחדים לטיפול ממושך. הסיבה היא העלות הנמוכה, יחסית, של מיטת סיעוד במוסד לטיפול ממושך, בהשוואה למיטת סיעוד בבית חולים כללי. בישראל המגמה כיום דומה. הדבר עשוי להביא לחסכון בהוצאות - אולם חלק מהחסכון הצפוי יהיה על חשבון הנשים המועסקות בטיפול בקשישים: מוסדות פרטיים לטיפול ממושך - סקטור המתפתח כיום במהירות - מעסיקים לרוב נשים בלתי מקצועיות בשכר נמוך.

התפתחות זאת אינה מבשרת טובות לחולים: יש עדויות רבות על תיפקוד לקוי, ומשרד העבודה והרווחה מתאמץ לשפר או לסגור מוסדות פרטיים שאינם עומדים בסטנדרטים המינימליים שנקבעו בחוק הפיקוח על המעונות (פליישמן ואחרים, 1996). אך יש לציין כי ישנם מוסדות פרטיים המעניקים לחוסים בהם טיפול הולם, למרות שהם אינם עומדים בקריטריונים הממשלתיים (סער, 1997)

עובדת סוציאלית

חברות או עמותות כוח אדם המקפידות על רמה גבוהה ומקיימות השגחה על עבודת המטפלות, מעסיקות לשם כך עובדות סוציאליות.

העובדות הסוציאליות, כמוהן כאחיות, הן בעלות השכלה ותואר מקצועי. השכר הממוצע של עובדת סוציאלית עומד ב-1997 על כ-7,000 ש"ח, בתוספת הוצאות ואחזקת רכב. העובדות הסוציאליות (75% מהעובדים הסוציאליים הם נשים) חברות באיגוד מקצועי המנהל משא ומתן עם המעסיקים. זהו מקצוע של נשים מהמעמד הבינוני, בין אם אשכנזי ובין אם מזרחי. זהו מקצוע אקדמי נשי רווח גם בקהילות בהן ההשכלה האקדמית היא עדיין נחלתן של מיעוט - כגון נשים ערביות ועולות חדשות מאתיופיה.

משגיחה שהיא קרובת משפחה

מערך הנשים המטפלות בקשישים/ות סיעודיים/ות כולל גם עוד קטגוריה אחת, שגם היא אינה מוגדרת כ"עבודה": המדובר בקרובות משפחה של הקשיש/ה המטופל/ת, שתפקידן להשגיח על עבודת המטפלת. קרובות משפחה אלה הן הפונות לחברות הסיעוד, למוסד לביטוח לאומי ולמשרד העבודה לשם העסקת מטפלת. הן אלה הבונות "תוכנית טיפול" בקשיש/ה והן אלה הדואגות שהתוכנית מתבצעת הלכה למעשה. הן דואגות להשיג מטפלת

מחליפה בעת חופשות ומחלות של המטפלת הקבועה, והן מחליטות אם הטיפול בקשיש/ה
יתבצע בבית או במוסד.

רשימת מקורות

באר, שמואל. 1996. אומדני צרכים לשירותים בקרב הקשישים בישראל לפי אזור גיאוגרפי: 1994-2005. ירושלים: מכון ברוקדייל.

גרוס רויטל ושולי ברמלי. 1996. ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל 1996, סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות. ירושלים: מכון ברוקדייל.

דובר קופת-חולים מאוחדת. יולי 1997.

דובר דקלה-כללית. יולי 1997.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנים שונות. שנתון סטטיסטי לישראל.

המוסד לביטוח לאומי. 1996. רבעון סטטיסטי. כרך כ"ו, מספר 4, אוקטובר-דצמבר.

זלצברגר, לוטה. 1990. קיפוח חברתי לאורך זמן: השפעתן של תשומות מוגברות של הזדמנויות חברתיות על משפחות מקופחות, עבודה לתואר דוקטור, בית-הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

חן, שושנה. 1997. "עיר אבות". ידיעות אחרונות, 23.5.97.

כורזים, מלכה, ופאולה כאהן-סטרבצ'ינסקי. 1995. תכנית הכשרה למטפלות בית בקשיש: הערכה של תכנים, מבנה ותרומות. ירושלים: מכון ברוקדייל.

משרד האוצר. 1996. הצעת תקציב לשנת הכספים 1997 ודברי הסבר, משרד הבריאות.

משרד האוצר. שנים שונות. הוראות תקציב משרד הבריאות.

משרד העבודה והרווחה. 1997. שיחה עם יקותיאל סבע (יולי).

סער, ראלי. 1997. "הטוב, הרע והרשימה", הארץ, 23.7.97.

פליישמן, רחל, אילנה הולצור, דרור ולק, ג'ני מנדלסון, גד מזרחי, מרים בר-גיורא, ופני יוז. 1996. "מעונות לקשישים הפועלים ללא רשיון: איכות הטיפול ותהליך הפיקוח", ביטחון סוציאלי (דצמבר).

עופר, עליזה, מנכ"ל מט"ב. 1997. שיחה אישית (יוני).

קטן, יוסי. 1997. "השירותים המוסדיים לקשישים: דגם של הפרטה חלקית, גרונטולוגיה (אביב).

קופת-חולים מכבי. 1997. "מכבי מגן, מסמך זכויות וחובות חברי מכבי מגן", מעודכן ליום 1.4.97; "ביטוח רפואי משלים בקרן-מכבי ובמכבי-מגן" (מרץ).

קופת-חולים לאומית והפניקס הישראלי. ללא תאריך. "פוליסת ביטוח רפואי משלים לחברי קופת-חולים לאומית", ו- "פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופת-חולים לאומית",