

עולים מבריית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים

מאת נורית ניראל, ברוך רוזן, רויטל גרוס, איילת ברג, דן יובל, מיכל איבנקובסקי

מבוא

מאז סוף 1989, שבה החל גל העלייה הגדול מבריית-המועצות לשעבר, ועד סוף דצמבר 1995, עלו משם לישראל קרוב ל-600,000 עולים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996). מחקרים, שהשוו בין דפוסי התחלואה והתמותה בקרב אוכלוסיית העולים (על-פי נתונים מבריית-המועצות לשעבר) ובין הדפוסים המקבילים בקרב האוכלוסייה הכללית בישראל, הצביעו על כך, שלעולים יש פוטנציאל להשפיע על התמונה הכללית של מצב הבריאות בישראל, בעיקר בשל ההבדלים בשיעור מקרי המוות משבץ מוחי וההתפלגות השונה של סוגי סרטן באוכלוסיית העולים מול אוכלוסיית הוותיקים (מודן ואחרים, 1995; Rennert, 1994). מחקרים מקומיים שנערכו בקרב קבוצות עולים בארץ מצאו שכיחות גבוהה יותר של מחלת לב כלילית בקרב עולי בריית-המועצות לשעבר, לעומת ישראלים ותיקים ושיעור גבוה יותר של יתר לחץ דם בקרב

עולות, לעומת ישראליות ותיקות (בן-נון, 1994, 1996). כמורכב, לפי דיווח עצמי של העולים, נמצאה אצלם רמה גבוהה מאוד של הימצאות מחלות, בהשוואה לעולם המערבי (Rennert et al., 1993). עוד נמצא, שהמבנה הדמוגרפי של אוכלוסיית העולים שונה במקצת מזה של הוותיקים בכך, ששיעור הקשישים בקרבם גבוה מאשר בקרב האוכלוסייה הוותיקה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996). שיעור קשישים גבוה יותר יכול להוביל לרמה גבוהה יותר של צריכת שירותי בריאות.

בשל דפוסי התחלואה השונים, שיעור הקשישים, ומעצם היותם קבוצה גדולה, לאוכלוסיית העולים עשויה גם להיות השפעה ניכרת על היקף מתן השירותים במערכת הבריאות ועל תכנון היערכותה לקראת השנים הבאות. לשם קבלת החלטות בנדון יש צורך במידע על מצב הבריאות של העולים, על רמת השימוש בשירותים ועל המידה שדפוסי השימוש שלהם שונים משל ישראלים ותיקים.

עוד יש לזכור, שלעולי בריית-המועצות

* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

גורמים נוספים העלולים ליצור מצב של דחק: תחושת חוסר שיפור במצב, הבדלים נורמטיביים בין המהגרים ובין מערכות הערכים של החברה הקולטת, חוסר כוח חברתי, שינוי המערך המשפחתי או עמדות חברתיות שליליות כלפי המהגרים (Shuval, 1979). להתמודדות עם הלחצים שיוצר תהליך ההגירה עשויה להיות השפעה על מצב רוחו ושביעות-רצונו של המהגר מ-ממדים שונים של חייו בארץ הקולטת ועל בריאותו ועל מצבו הנפשי.

אנסון ואחרים (Anson et al., 1996) בוחנים את הקשר שבין הגירה לבריאות לפי מספר זוויות התייחסות. ראשית, הם בוחנים את תהליך ההגירה כמסגרת המושגית של "life events". לפי גישה זו, שינויים ומעברים שונים במהלך החיים נושאים בחובם הן אובדן והן רווח המחייבים התאמה והסתגלות והם עשויים להביא לתוצאות פסיכולוגיות ופיסיות לא רצויות (Holmes and Rahe, 1967). תפיסת ההגירה כשלב בחיים, אשר עשוי להיות מלווה במשבר ולפיכך בירידה במיצב הפיסי והנפשי, ממקדת את המחקר בכריקת מצב הבריאות של מהגרים. מחקרים רבים העידו על שיעורי אשפוז גבוהים יותר בקרב קבוצות של מהגרים (ראה אצל Creed, 1987). אף-על-פי שבמחקרים אחרים לא נמצא קשר בין הגירה ובין שיעורי אשפוז (ראה אצל Kuo and Tsai, 1986). כמרכן נמצא, שמהגרים סובלים במידה רבה יותר מאשר כלל האוכלוסייה מסימפטומים פסיכולוגיים המעידים על מצב נפשי גרוע (Yamamoto et al., 1994), מדיכאון (Tran, 1993; Franks and Faux, 1990) ומתחלואה נפשית (Gupta, 1993).

הקשר בין הגירה לבריאות נבחן גם בהקשר של קבוצות אתניות (ethnicity). קבוצות שונות של מהגרים מאופיינות

לשעבר עשויות להיות בעיות ייחודיות כצרכנים חדשים של מערכת בריאות לא מוכרת הפועלת באופן שהוא אולי שונה ממה שהיו מורגלים לו בארץ מוצאם. הם גם עשויים להיתקל בקשיים בקבלת השירות הרפואי וביחס פחות אוהד של רופאים (רמניק, 1995; Kiderman et al., 1990).

על-מנת לבדוק כיצד העולים מתמודדים עם מערכת הבריאות בישראל, איזו השפעה עשויה להיות לקליטתם בתחום זה על הביקוש לשירותי בריאות ומה הן הבעיות שהן ייחודיות להם כצרכנים של מערכת זו, נותחו בעבודה זו נתונים על עולים מברית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות תוך הסתמכות על כמה סקרים ארציים.

הגירה ובריאות

ניתן להגדיר הגירה כתהליך של שינוי. המהגר עובר מסביבה מוכרת לסביבה חדשה, שונה מסביבתו הקודמת, ועליו להתמודד עם הסביבה החדשה, התמודדות שבעקבותיה הוא עובר שינויים (לרר, 1993). מעצם קיומו של שינוי המחייב הסתגלות לסביבה אקולוגית, חברתית ותרבותית חדשה ניתן לשער, שהגירה היא מאורע דחק (Stressor) ושההסתגלות לשינוי היא התמודדות עם מצב של דחק (Stress) (Berry and Kim, 1987). לפי אייזנשטט (Eisenstadt, 1952, 1955), הדחק בתהליך ההגירה נוצר מתוך הצורך לפעול בתוך שדה חברתי חדש ולא מוכר ומהצטמצמות החיים החברתיים של המהגר. יש התולים את מצב הדחק בבעיות הקשורות בזהות העצמית של המהגר ובחרדות הנוצרות כתוצאה מן המפגש עם זהות חדשה (Grinberg and Grinberg, 1984; Zaharna, 1989).

אחרים מזהים בתהליך ההגירה סדרה של

בשירותי הבריאות היא גבוהה יותר בקרב המהגרים מאשר בקרב כלל האוכלוסייה (Shuval et al., 1970; Cousineau, 1991).

השערות המחקר

בחינת הספרות העוסקת בקשר שבין הגירה לבריאות וממצאי המחקרים על בריאות העולים מברית-המועצות לשעבר מובילים לניסוח השערות המחקר. השערת המחקר הראשונה נוגעת לתפיסת מצב הבריאות. הנתונים על דפוסי התחלואה האופייניים לאוכלוסייה בברית-המועצות לשעבר, והממצאים על מחלות שהן ייחודיות לעולים מארץ זו, כמו גם התיאוריות הנוגעות להגירה כמצב דוחק או כשלב בחיים שיש בו אובדן היכול להביא לתוצאות פסיכולוגיות ופיסיות לא רצויות, מובילים להשערה הראשונה:

השערה ראשונה: תפיסת מצב הבריאות של העולים תהיה פחות טובה מזו של האוכלוסייה הוותיקה בישראל.

השערת המחקר השנייה נוגעת לרמת השימוש בשירותי בריאות. העולים מברית-המועצות לשעבר שעלו בגל העלייה האחרון נקלטו במערכת בריאות שהעניקה ביטוח רפואי רחב לכל עולה עוד לפני שהוחל חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בינואר 1995). גדול הסיכוי, שכמערכת בריאות כזאת יהיו השירותים נגישים וזמינים לעולים. אם גוסיף לכך את הממצאים והתיאוריה בדבר רמת תחלואה שונה בקרב מהגרים, נוכל לנסח את השערת המחקר השנייה:

השערה שנייה: רמת השימוש בשירותי בריאות תהיה גבוהה יותר בקרב העולים מאשר בקרב האוכלוסייה הוותיקה.

השערת המחקר השלישית נוגעת לעמדות של עולים כלפי מערכת הבריאות. הזכרנו

במחלות גנטיות שהן ייחודיות להן. כמו-כן, השכיחות של לחץ דם, סוכרת או מחלות אחרות שונה בקרב קבוצות שונות של מהגרים (Knight et al., 1992).

אנסון ואחרים (Anson et al., 1996) מצביעים על מימד נוסף של זווית ההתייחסות האתנית הוא המאפיין התרבותי. לקבוצות אתניות יש מאפיינים תרבותיים המשפיעים על אורח החיים, על התנהגות בריאות, על תחלואה ועל הצורך בשימוש בשירותי הבריאות.

עוד זווית ראייה לבחינת הקשר שבין הגירה לבריאות שאנסון ואחרים מעלים היא השפעת מאפייני הארץ הקולטת על דפוסי התחלואה ודפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב המהגרים. כך, למשל, מדיניות ההגירה של הארץ הקולטת קובעת במידה רבה את מבנה האוכלוסייה המהגרת. אם יש עידוד לקליטת בעלי מקצוע ובעלי מומן, המהגרים יהיו בריאים, משכילים ומבוססים מבחינה כלכלית וצריכת השירותים שלהם תהיה נמוכה יחסית לאוכלוסייה. אם, לחלופין, מדיניות ההגירה מעודדת קבוצות אוכלוסייה הקשורות לגזע, לדת, או לסיבות הומניטריות, הדבר עלול להוביל לכך שבקרב המהגרים יהיו יותר מעוטי יכולת, יותר מבודדים ויותר חולים מאשר בכלל האוכלוסייה וצריכת השירותים בקרבם תהיה גבוהה יותר.

נוסף על כך, למבנה מערכת הבריאות בארץ הקולטת יש השפעה על נגישות השירותים וזמינותם ועל דפוסי השימוש בהם בקרב המהגרים. מערכת בריאות, שבה התשלום הוא עבור כל טיפול (fee for service) יוצרת קושי בקבלת טיפול רפואי בקרב אוכלוסיות המהגרים. מחקרים העלו, שבארצות שבהן שירותי הבריאות הם מערך כותל-חברתיים, שיש בהן היקף ביטוחי רחב דרך קופות חולים, ביטוח ממלכתי או מערכת בריאות של המדינה, רמת השימוש

א. סקר תפקוד מערכת הבריאות בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי-1995

בחודשים אוגוסט-אוקטובר 1995 ערך הג'וינט-מכון ברוקדייל סקר ארצי של כלל האוכלוסייה (ברג ואחרים, 1997), שבחן את תפקוד מערכת הבריאות כפי שהוא נתפס בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לשם כך הוכן מדגם ארצי, כאשר המסגרת לדגימה היתה רשימת הטל-פונים הממוחשבת של "בזק" ובכל דירה נדגם בצורה אקראית אחד הדיירים. דגימת מבוטחי קופות החולים הקטנות ("לאומית" ו"מאוחדת") והקשישים תוגברה במטרה להגדיל אוכלוסיות אלה לצורכי הניתוחים הסטטיסטיים.¹ בסקר (להלן: סקר חוק ביטוח בריאות) רואיינו 1,394 תושבים קבועים בישראל בני 22 ומעלה, ובהם גם עולים חדשים מברית-המועצות לשעבר. עולים חדשים נחשבו כל אלה שעלו מברית-המועצות משנת 1989 ואילך. שאלון המחקר תורגם לרוסית ועולים שהעדיפו זאת רואיינו בידי מראיינים דוברי רוסית. בסך הכל רואיינו 160 עולים ו-1,234 ישראלים ותיקים.² שיעורם של העולים במדגם היה כשיעורם באוכלוסייה. ככל הנושאים מסקר זה הנדונים במאמר מובאת השוואה בין תשובות העולים ובין תשובותיהם של ישראלים ותיקים. כל ההבדלים שצוינו נמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית ברמה של 5%.

לעיל, שלעולים עשויות להיות בעיות ייחודיות בתור צרכנים חדשים של מערכת בריאות לא מוכרת. נוכל להעלות אפוא:

השערה שלישית: שביעות-הרצון של העולים מצדדים שונים של מערכת הבריאות בישראל תהיה נמוכה מזו של התושבים הוותיקים.

בדיקת השערות המחקר נעשתה על סמך נתונים ממספר מחקרים ארציים. חלקם נערכו מלכתחילה על מדגם של עולים ונכלל בהם פרק על בריאות. באחרים, שלא כווננו מראש לבדיקת מצבם של העולים במערכת הבריאות, היתה לנו אפשרות לחזור ולעבד את הנתונים ולהשוות בין העולים ובין ישראלים ותיקים בכל הנוגע לשורה של נושאים הקשורים לבריאות. עד כה בוצעו רק מעט עבודות על קליטת העולים במערכת הבריאות, בעיקר כאלה הנוגעות לדפוסי התחלואה של עולים מגל העלייה האחרון. כמו-כן, רק מעטות מבין העבודות נערכו בהיקף ארצי. בחינת הסוגייה של קליטת העולים במערכת הבריאות על סמך ממצאים ממספר מחקרים מאפשרת להציג תמונה כוללת ורחבה של הנושא.

מקורות המידע

להלן יתוארו בקצרה שיטות המחקר שנקטו בכל אחד מן הסקרים האלה:

1. אחוז ההיענות בסקר הגיע ל-85%. על מתודולוגיית הסקר בהרחבה ראה אצל ברג ואחרים (1997).
2. המונח "ישראלים ותיקים" כולל את האוכלוסייה היהודית והערבית, להוציא אלה שהגיעו לישראל מברית-המועצות משנת 1989 ואילך.

ב. סקר מעקב בקרב עולים בגיל

העבודה - 1992 ו-1995

הג'וינט-מכון ברוקדייל ערך בקרב עולים בגיל העבודה סקר מעקב (אורכי) בשתי נקודות זמן. בגל הראשון, שנערך ב-1992, נדגמו 1,200 עולים שהיו בגיל העבודה (25-64) ואשר שהו בארץ - עד מועד הראי-נות - בין שישה חודשים לשלוש שנים. הסקר (להלן: סקר עולים בגיל העבודה), אשר התמקד בסוגיות תעסוקה, כלל גם חלק ש-עסק בבריאות ובשירותי בריאות. הגל השני, שכלל בערך 900 עולים מברית-המועצות לשעבר, נערך ברובו במהלך שנת 1995. בגל הראיונות החוזר, שנערך לאחר שלוש שנים בערך, אותרו ורואיינו אותם עולים שרואיינו בגל הראשון והם נשאלו סדרה של שאלות דומות. גם בסקר החוזר נכלל פרק שעסק בבריאות ובשירותי בריאות.³

למדגם שנכלל בסקר החוזר יש מגבלות, שכן הוא אינו כולל עולים "חדשים" שבאו לאחר שנת 1992 (שהם 40% בערך מכלל העולים שעלו עד אוגוסט 1995). כמו-כן, הוא אינו כולל אוכלוסייה צעירה או מבוגרת יותר מגילאי העבודה וחסרים בו גילאי 25 עד 27, שכן אלה שהיו בגיל זה בעת המחקר הראשון התבגרו בשלוש שנים. כמו-כן, לא נכללו בו כאלה שעברו בשנת 1995 את גיל 64. יחד עם זאת, יתרונם של הממצאים שעלו מן הסקר הוא בכך שהם מטילים אור על השתלבותם של עולים ותיקים יחסית במע-רכת הבריאות.

נוסף על כך, הסקר, שנערך בשתי נקודות הזמן, ב-1992 וב-1995, נתן הזדמנות לבחון אם היה שינוי בהתנהגות העולים במערכת הבריאות לאחר שלוש שנים של שהות בישראל. השווינו בין התשובות בסקר הראשון שנערך בשנת 1992 ובין התשובות שנתקבלו בסקר החוזר שנערך בשנת 1995 באמצעות מבחן וילקוקסון או מבחן מקנאמר למדגמים מזווגים.⁴ כל הממצאים המשווים בין תשובות הנחקרים בשנת 1992 ובין תשובותיהם בשנת 1995 המוצגים בפרק זה נמצאו מובהקים באמצעות אחד משני המבחנים. כמו-כן נכללה בסקר השני (1995) סדרת שאלות שהוכנה במיוחד לשם בדיקת תפיסת הקשר עם הרופא הראשוני וגם ממצאיה מוצגים כאן.

ג. סקר מאושפזים, 1993

בסתיו 1993 ערך הג'וינט-מכון ברוקדייל בשיתוף עם משרד הבריאות ומרכז קופת חולים כללית סקר בקרב מאושפזים ששוח-רו מ-10 בתי-חולים כלליים בישראל (יובל ואחרים, 1995). אוכלוסיית המחקר כללה את כל המאושפזים ששוחררו מעשרת בתי-חולים בין התאריכים 17.10.93-14.11.93 ושעמדו בקריטריונים אלה: הם תושבי ישראל, בני 18 ומעלה, אושפזו ל-2 לילות או יותר, ולא היו מאושפזים במחלקות הסיעודיות או במחלקות הפסיכיאטריות. מחלקות בית-החולים קובצו לשלוש חטיבות (פנימית, כירורגית, ונשים/יולדות)

3. על שיטת המחקר והדגימה ראה אצל ליטוויק ואחרים (יפורסם בקרוב).

4. מבחן וילקוקסון למדגמים מזווגים נערך כאשר רוצים להשוות שני מדגמים חלריים והמשתנים הם בסולם אורדינלי. לכל נחקר מחושב ההפרש בתשובות שניתנו בשני המועדים ונבחנת ההשערה שאין הבדל בהתפלגות ההפרשים. מבחן מקנאמר נערך אף הוא כשרוצים להשוות בין שני מדגמים תלריים, בעיקר במערכת של "לפני"/"אחרי" והמשתנים הם נומינליים. המבחן בודק האם המעבר מן ההתפלגות הקודמת הוא בעל משמעות או שהוא מקרי. כלומר, הוא בודק אם היו שינויים מובהקים בפרופורציות של נבדקים במעבר מקטגוריה אחת של תשובה לקטגוריה אחרת.

לסקרי כוח-אדם שהלשכה עורכת מזמן לזמן. הסקר שעליו נסמכים הממצאים המוצגים במאמר זה נערך בחודשים ינואר-מרס 1993 כנספה לסקר כוח-אדם לאותה תקופה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994). רואיינו בו 20,000 בני אדם בערך (מ־6,000 בתי-אב) על חברות בקופה, השימוש בשירותי בריאות שונים, מחלות כרוניות מטופלות ונושאים אחרים הקשורים לבריאות. הסקר מבוסס על מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית, בכל הגילים, להוציא מאושפזים ואלה שגרים במזרח ירושלים. עולים מברית-המועצות לשעבר רואיינו בשפתם. בתור עולים הוגדרו כל אלה שעלו לישראל משנת 1989 ואילך. לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1995, 1996), 90% מאלה שעלו בשנים 1990-1993 היו עולים מברית-המועצות לשעבר. לפיכך ניתן להניח, שרובם של אלה שהוגדרו כעולים היו מברית-המועצות לשעבר. המונח ישראלים ותיקים בסקר זה כולל את כל האוכלוסייה היהודית והערבית, פרט לאלה שהוגדרו כעולים. בסך הכל רואיינו בסקר 1,947 עולים ו־18,572 ישראלים ותיקים.⁶ גם בסקר זה שיעור העולים שרואיינו הוא כשיעורם באוכלוסיית ישראל.

מגבלות מערך המחקר וכלי המחקר

כאמור, מערך המחקר מתבסס על ניתוח משני של נתונים שנאספו במספר מחקרים

ומתוך כל חטיבה נדגמו 115 מאושפזים⁵ בכל בית-חולים. בסך הכל נדגמו 345 מאושפזים מכל בית-חולים ו־3,445 מאושפזים בעשרת בתי-החולים שהשתתפו במחקר. לכל מאושפז במדגם נשלח שאלון בדואר בצירוף מכתב ממנהל בית-החולים. בנוסף לכך, עורכי הסקר התקשרו בטלפון למאושפזים כדי לעודד אותם למלא את השאלון ולשלוח אותו חזרה. במקרים שבהם התקשו המאושפזים למלא את השאלון בכוחות עצמם סייע להם מיופה-כוח (Proxy).

הנושאים שנכללו בשאלון היו: בחירת בית-החולים, הרשמה וקבלה לאשפוז; מאפייני האשפוז (צפיפות, כאבים, רופא אחראי, שיפור במצב הבריאות ועוד); הערכות החולה לגבי תחומים אחדים של האשפוז (קבלה, מידע רפואי, היכולת המקצועית והיחס של האחיות והרופאים והנגישות אליהם, אספקה, מתקנים ואווירה, שחרור מבית-החולים); פרטים דמוגרפיים.

בסך הכל השיבו על השאלון 2,588 ישראלים ותיקים ו־249 עולים (עולים הם כל אלה שעלו לישראל מברית-המועצות לשעבר משנת 1989 ואילך וענו על השאלון ברוסית). על בסיס ממצאי סקר זה הושאו תשובותיהם של העולים לאלה של הוותיקים לגבי סדרת הנושאים הקשורים לשירותי בתי-החולים, כפי שהם נתפסו בעיני המאושפזים.

ד. סקר שימוש בשירותי בריאות, 1993

סקר שימוש בשירותי בריאות נערך מטעם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בתור נספח

5. יחידת הדגימה היתה אשפוז. כאשר נדגמו במדגם שני אשפוזים או יותר של אותו אדם, התייחסו החוקרים לאשפוז האחרון בלבד.

6. על שיטת הדגימה ושיטת המחקר ראה בהרחבה בפרסום הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994.

תכונות דמוגרפיות וחברות בקופת חולים

התכונות הדמוגרפיות של העולים, כפי שנמדדו באחד מן הסקרים דלעיל, תואמות את התמונה שנמצאה בשורה של מחקרים על עולים מברית-המועצות לשעבר, לפיה העולים קצת יותר מבוגרים מן האוכלוסייה הכללית, יותר משכילים, והכנסתם יותר נמוכה מזו של ישראלים ותיקים באותה רמת השכלה. אשר לוותק בארץ, בסקר חוק ביטוח בריאות היה הוותק הממוצע בארץ של עולים מברית-המועצות 3.9 שנים, ול-44% מהם היה ותק של 5 שנים ויותר. בסקר המעקב על עולים בגיל העבודה היה ל-55% מן המרוויגים איננים ותק של יותר מ-4.5 שנים בארץ בשנת 1995, ואילו בסקר שימוש בשירותי בריאות ובסקר מאושפזים היה הוותק הממוצע של העולים שנתיים בערך. אשר לחברות בקופת-חולים, בסקר חוק ביטוח בריאות נמצא, ששיעור נמוך מתוך עולי ברית-המועצות לשעבר מבוטחים בקופת חולים כללית: רק 42%, לעומת 66% בקרב ישראלים ותיקים. ולעומת הוותיקים, שיעור גדול יותר מבין העולים מבוטחים בקופת החולים מכבי ובקופת חולים לאומית. ממצא דומה נמצא גם בסקרים האחרים.⁷

ממצאים

א. תפיסת מצב הבריאות

מלוח מס' 1, המציג נתונים מסקר חוק ביטוח בריאות משנת 1995 עולה, שהעולים

ארציים. לניתוח משני של נתונים יש מספר מגבלות. הראשונה בהן נוגעת לדגימה. בסקרים הארציים שלא נערכו במיוחד על מדגם של עולים, לא היתה דגימת יתר של קבוצה זו ושיעור העולים שרואיינו היה כשיעורם באוכלוסייה. בשל כך, לעתים, ביצוע ניתוחים הנוגעים לקבוצות ייחודיות בקרב העולים היה מוגבל. נוסף על כך, גם למאגרי הנתונים המקוריים היו מגבלות של דגימה. למשל, המדגם שנכלל בסקר המעקב (האורכי) בקרב עולים בגיל העבודה כלל רק עולים בגיל העבודה וחסרים בו עולים "חדשים" שבאו לאחר שנת 1992.

המגבלה השנייה של ניתוח משני של נתונים קשורה לשימוש בכלי המחקר שנבנו עבור מחקרים בהתאם למטרות שנוסחו עבור כל מחקר ולמשתנים שנבדקו בהם. עובדה זו מקשה על ניתוח משתנים הקשורים להבנה של תהליכים אופייניים להגירה וקליטה שלא נכללו במחקרים אלה.

מגבלה נוספת היא, שכלי המחקר בכל הסקרים היה שאלון למרואיינים. יתרונו של כלי זה הוא עלותו הזולה יחסית והקלות של השגת המידע, מה גם שלעתים קרובות לא קיים מידע זמין אחר. אולם, יש לזכור, שהתשובות שהתקבלו משקפות את הריווח הסובייקטיבי של הנחקרים על מצב בריאותם ועל רמת השימוש בשירותים. לפיכך, הם משקפים את נקודת מבטם של הנחקרים ואינם מהווים מאגר אובייקטיבי של נתונים על הנושאים הנבדקים.

7. מידע מפורט על התכונות הדמוגרפיות ועל חברות בקופת-חולים בכל אחד מן הסקרים ניתן למצוא בנספחים לדו"ח של ניראל, נ', רוזן, ב', גרוס, ר', ברג, א', יובל, ד' (1996), עולים מברית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים, דמ-269-96, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

לוח מס' 1. הערכת מצב הבריאות בקרב עולים וישראלים ותיקים לפי גיל (באחוזים)

גיל	עולים (n = 160)				ישראלים ותיקים (n = 1,234)			
	סך הכל	טוב	בינוני	לא טוב	סך הכל	טוב	בינוני	לא טוב
סה"כ	100	39	39	22	100	73	21	6
עד 44**	100	58	35	7	100	85	12	3
45-64**	100	25	53	22	100	70	26	4
65-74**	100	14	42	44	100	43	43	14
+ 75	100	27	20	53	100	38	39	23

.01 < p ** לפי מבחן χ^2 .
מקור: סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995.

מעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב מאשר הישראלים הוותיקים.⁸ כפי שניתן לראות בלוח מס' 1, הערכת מצב הבריאות כפחות טוב משל הוותיקים היא עקיבה בכל קבוצות הגיל.

כמו־כן, יותר עולים מדווחים שהם סובלים ממחלה, ממוגבלות או מנכות כרונית מאשר הישראלים הוותיקים (47% לעומת 30% בהתאמה). אין הבדל בין עולים לוותיקים באחוז הסובלים ממחלה, ממוגבלות או מנכות כרונית בקרב הצעירים עד גיל 44. אולם, נמצא, שבכל אחת מקבוצות הגיל האחרות יש אחוז גבוה יותר של עולים המדווחים שהם סובלים מכך לעומת ישראלים ותיקים. גם כשבוחנים את הערכת מצב הבריאות בקרב אלה שדיווחו שהם סובלים ממחלה, ממוגבלות או מנכות כרונית, לעומת אלה שלא דיווחו על כך, עולה שבשתי הקבוצות, הן בקרב החולים יותר והן בקרב הבריאים, יש אחוז נמוך יותר של עולים המדרגים את מצב בריאותם כטוב. כהסבר לתפיסת מצב הבריאות בחנו גם

נתוני דיווח עצמי על מחלה כרונית. בסקר שימוש בשירותי בריאות שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בראשית 1993 נשאלו המרואיינים אם הם מקבלים טיפול (תרופתי או דיאטטי) לששת המצבים הכרוניים האלה: אסתמה, סוכרת, מחלת לב, יתר לחץ דם, מחלת כליות וכיב קיבה. מלוח מס' 2 עולה, שנמצא הבדל, אם גם לא גדול, בין העולים לוותיקים באחוז המדווחים על קבלת טיפול לפחות באחת מן המחלות הכרוניות (15% לעומת 13% בהתאמה). אולם, נראה שההבדל נובע מכך, ששיעור הקשישים (מעל גיל 65) גבוה יותר בקרב העולים (14%), לעומת הוותיקים (9%). באופן מובהק, לגבי כל המחלות, שיעור המדווחים על קבלת טיפול גבוה יותר בקרב בני 65+. כאשר מנטרלים את גורם הגיל, אין הבדל בין ותיקים לעולים באחוז המדווחים על קבלת טיפול לפחות באחת מן המחלות הכרוניות. יחד עם זאת, לוח מס' 2 מראה הבדל בין שתי הקבוצות בסוג המחלות הכרוניות. בקרב העולים יש אחוז

8. הסקר בחן את תפיסת מצב הבריאות באמצעות שאלה על כך, כמקובל בסקרים הבוחנים זאת. בסקר לא נבדק מצב הבריאות (health status) של הנחקרים ומשום כך לא נעשה שימוש ב-SF36.

לוח מס' 2. שכיחות של מחלות כרוניות בקרב עולים ותיקים (באחוזים)

מחלות כרוניות (כל האוכלוסייה)	סה"כ (n = 20,519)	עולים (n = 1,947)	ותיקים (n = 18,572)
אסתמה***	2.5	1.4	2.7
סוכרת	2.9	3.0	2.8
מחלת לב***	3.7	6.0	3.5
יתר לחץ דם***	5.8	7.3	5.6
מחלת כליות*	0.8	1.2	0.8
כיב קיבה**	2.4	1.8	2.5
סך האנשים שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת*	13.2	14.6	13.0

מחלות כרוניות (בני גיל עד 64)	סה"כ (n = 18,342)	עולים (n = 1,486)	ותיקים (n = 16,856)
אסתמה***	2.3	1.4	2.4
סוכרת	1.7	1.1	1.7
מחלת לב***	1.7	3.3	1.5
יתר לחץ דם	3.2	3.5	3.1
מחלת כליות*	0.6	0.9	0.6
כיב קיבה**	1.8	1.3	1.8
סך האנשים עד גיל 64 שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת*	8.7	8.7	8.7

מחלות כרוניות (גילאי 65 ומעלה)	סה"כ (n = 2,180)	עולים (n = 282)	ותיקים (n = 1,898)
אסתמה***	5.0	1.4	2.4
סוכרת	14.2	14.2	14.2
מחלת לב	22.9	23.3	22.8
יתר לחץ דם	31.0	30.5	31.0
מחלת כליות	3.0	2.9	3.1
כיב קיבה**	8.4	3.9	9.0
סך האנשים מגיל 65 ומעלה שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת	56.2	53.2	56.4

* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$ לפי מבחן T. מקור: עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות, 1993.

הגילים עד 64 יש שיעור גבוה יותר של עולים לעומת ותיקים הסובלים ממחלות לב. מימד נוסף של תפיסת מצב הבריאות הוא המצב הנפשי של הנחקרים. בסקר חוק ביטוח בריאות נמצא, שבהשוואה לישראלים הוותיקים, יותר עולים מדווחים על התנסות

גבוה יותר של סובלים ממחלות לב ומלחץ דם לעומת הוותיקים, ואילו הוותיקים סובלים יותר מאסתמה ומכיב קיבה. בעוד שנראה, שההבדל לגבי יתר לחץ דם נובע אף הוא משיעור הקשישים הגבוה יותר בקרב העולים, נמצא, באופן מובהק, שבקרב בני

לוח מס' 3. שימוש בשירותי בריאות נבחרים, שיעורים ל-1,000 נפש, עולים לעומת ישראלים ותיקים¹

שירותי בריאות	סה"כ (n = 20,519)	עולים (n = 1,947)	ישראלים ותיקים (n = 18,572)	יחס עולים כ- % מז הוותיקים
אשפוזים	136	129	137	94%
ביקורים אצל מומחה	580	545	584	93%
ביקורים אצל רופא ראשוני***	1,933	1,451	1,451	73%
ביקורים אצל אחות**	303	188	315	60%
ביקורים אצל רופא שיניים***	626	456	626	73%

** p < .05 *** p < .01 לפי מבחן χ^2 .

1. הנתונים על אשפוז הם לתקופה של חצי שנה; הנתונים לכל שאר השירותים הם לתקופה של שבועיים. מקור: עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות-1993.

העולים על שיעור נמוך יותר של שימוש בשירותים לעומת הישראלים הוותיקים. ההבדל הגדול ביותר היה בביקור אצל אחות, שם היה שיעור הביקורים של העולים 60% משיעור הביקורים של הוותיקים. כמו-כן נמצא הבדל ניכר בשיעור הביקורים אצל רופא ראשוני ואצל רופא שיניים. בשני סוגי שירותים אלה שיעור הביקורים בקרב העולים היה 73% משיעור הביקורים בקרב הוותיקים. הבדלים קטנים יותר נמצאו לגבי אשפוזים וביקורים אצל מומחה.

על-מנת לבחון עד כמה קיים הבדל בשימוש בשירותים בין עולים לישראלים ותיקים גם כאשר מנטרלים את השפעתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים, חברות בקופת חולים ומצב בריאות, נערכה רגרסיה לוגיסטית להסבר רמת השימוש בכל אחד משירותי הבריאות. המשתנה התלוי שנבדק בכל רגרסיה היה משתנה דִּמָּה, שהראה האם השתמש הנחקר בשירות לפחות פעם אחת בתקופה הנבדקת. כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לרגרסיה, בנוסף למשתנה עלייה, גם 9 קבוצות גיל, חברות בקופה, מין, דת, 4 קטגוריות של גודל יישוב, 7 קטגוריות של

במצוקה נפשית שהם התקשו להתמודד אתה בעצמם: 34% בקרב העולים, לעומת 25% בקרב הוותיקים (מתוך אלה שדיווחו על כך, 27% מן העולים ו-20% מן הישראלים הוותיקים אמרו שהרגישו כך במהלך שנת 1995). אולם, עולים חדשים נוטים לפנות לקבלת עזרה נפשית כשהם זקוקים לה פחות מישראלים ותיקים: רק 13% מן העולים שדיווחו שהרגישו מצוקה שהיה להם קשה להתמודד עמה בעצמם פנו לקבלת עזרה, לעומת 41% מן הישראלים הוותיקים. מרביתם של אלה שהרגישו מצוקה נפשית אך לא פנו לקבלת עזרה אמרו שהם הצליחו להתמודד בעצמם עם הבעיה (74% בקרב העולים ו-73% בקרב הישראלים הוותיקים).

ב. רמת השימוש בשירותי בריאות

לוח מס' 3 מציג השוואה בין שיעורי השימוש בשירותי בריאות של עולים לעומת ישראלים ותיקים על סמך נתונים שעובדו מתוך קובץ הנתונים של סקר שימוש בשירותי בריאות. מן הלוח עולה, שבכל אחד מחמשת השירותים שנסקרו - אשפוז, ביקור אצל מומחה, ביקור אצל רופא ראשוני, ביקור אצל אחות וביקור אצל רופא שיניים - דיווחו

לוח מס' 4. יחסים צולבים של שימוש עולים בשירותי בריאות מתוך רגרסיות לוגיסטיות¹

שירותי בריאות	odds ratio של עולים לעומת ותיקים (n = 20,519)
אשפוז	*0.81
ביקור אצל רופא מומחה	**0.80
ביקור אצל רופא ראשוני	***0.66
ביקור אצל אחות	***0.52
ביקור אצל רופא שיניים	***0.66

* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$ לפי מבחן T.
 1. הנתונים על אשפוז הם לתקופה של חצי שנה; הנתונים על כל שאר השירותים הם לתקופה של שבועיים.
 מקור: עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות, 1993.

מסקר שנערך בראשית 1993. לפיכך, הם מציגים את השימוש בשירותי בריאות בקרב עולים שהם, באופן יחסי, בראשית דרכם בישראל. עם הזמן דפוסי השימוש בשירותי בריאות עשויים להשתנות ולהידמות לאלה של כלל האוכלוסייה. מסקר עולים בגיל העבודה שנערך בשנים 1992 ו-1995 מתברר, שיש עלייה קלה באחוז המרואיינים שביקרו אצל רופא במרפאת קופת חולים או במרפאתו הפרטית בשנת 1995 בהשוואה ל-1992. שינוי מובהק נוסף הוא באחוז הפונים לרופא שיניים, שעלה מ-35% ל-46% בסקר השני. אחוז המשתמשים בשירותים האחרים נשאר יציב.

בסקר החוזר על עולים בגיל העבודה, שנערך ב-1995, נבדקה גם הימצאותם של צרכים לא מסופקים בקרב העולים במספר תחומים: אשפוז, רופא הקופה, חדר מיון, שירותי אמבולנס ורופא שיניים. הן ברפואת שיניים והן בשימוש בשירותי אמבולנס נמצאו צרכים לא מסופקים בקרב העולים:

איזור בארץ ו-6 המחלות הכרוניות שהוצגו לעיל.

לוח מס' 4 מסכם את הממצאים מניתוחי הרגרסיה הלוגיסטית לגבי ההבדל בין עולים לוותיקים בשימוש בשירותי הבריאות שנבחנו. הלוח מציג את היחס הצולב (odds-ratio) של כל ניתוח רגרסיה.⁹ מן הלוח עולה, שלאחר שברגרסיה הוחזקו קבוע כל המשתנים שפורטו לעיל, ההסתברות שעולה יאושפו במשך חצי שנה היא בערך 80% מן ההסתברות של תופעה זו בקרב ישראלים ותיקים. באופן דומה, ההסתברות שעולה יפנה לרופא מומחה בתקופת זמן של שבועיים היא בערך 80% מזו של ישראלים ותיקים. לגבי רופא ראשוני ורופא שיניים, ההסתברות שעולה יבקר אצלם בתקופת זמן של שבועיים היא בערך שני-שלישים מזו של הוותיקים, ואילו ההסתברות שעולה יקבל טיפול מאחות במשך שבועיים היא בערך מחצית ההסתברות אצל ישראלים ותיקים.

כאמור, הנתונים המוצגים לעיל נלקחו

9. השימוש ביחס הצולב מתאים מאחר שההסתברויות לשימוש בשירותי בריאות של עולים חרשים ושל ותיקים הן גמוכות יחסית. לפיכך, יש אפשרות לפרש את היחס הצולב כמונחים של הסתברויות. לוח מס' 4 היחס הצולב הוא קירוב של ההסתברות שהשימוש בשירות בריאות בקרב העולים יקרה ביחס להסתברות שיהיה שימוש לשירות זה בקרב ישראלים ותיקים.

ג. שביעות-רצון מתחומים שונים של מערכת הבריאות

שביעות-רצון מן השירות שנתנה הקופה. הנתונים שהעלה סקר חוק ביטוח בריאות נותנים אפשרות להשוות בין מידת שביעות-הרצון של העולים מן הקופה שלהם ומן השירות שהם מקבלים בקופות החולים ובין מידת שביעות-הרצון של ישראלים ותיקים משירותים אלה. נזכיר, שהתפלגות העולים בין הקופות שונה מזו של הישראלים הוותיקים ושיעור המבוטחים בקופת חולים מכבי ובקופת חולים לאומית גבוה יותר בקרבם מאשר בקרב ישראלים ותיקים. מלוח מס' 5 עולה, שאחוז העולים שאמרו שבאופן כללי הם מרוצים (או מרוצים מאוד) מן הקופה שלהם (68%) נמוך בהשוואה לישראלים ותיקים שאמרו כך (85%). התמונה מורכבת יותר כאשר בוחנים את שביעות-הרצון לפי השתייכות לקופה. בקופת חולים מאוחדת שביעות-הרצון מן הקופה גבוהה בקרב כל מבוטחיה, הן העולים והן הוותיקים (94% מרוצים). בקופת חולים מכבי ובקופת חולים לאומית שיעור המרוצים גבוה במקצת בקרב הוותיקים מאשר בקרב העולים (94% ו-91% בקרב הוותיקים, לעומת 88% ו-81% בקרב העולים בהתאמה). עיקר ההבדל בין ותיקים לעולים נמצא בקופת חולים כללית, שבה שיעור המרוצים בקרב העולים קטן בהרבה (46% לעומת 82% בהתאמה).

מרבית הנחקרים אמרו, שהם מרוצים מן הרמה המקצועית של רופאי המשפחה. אולם, בקרב העולים שיעור המרוצים נמוך במידת-מה לעומת ישראלים ותיקים (76% לעומת 83% בהתאמה). בדומה לכך, בין העולים יש פחות כאלה שהם מרוצים מיחס הרופא הראשוני אליהם (81%), לעומת הישראלים הוותיקים (90%). עיקר ההבדל נובע מכך,

40% מן המרוויינים דיווחו, שהיו זקוקים לשירותיו של רופא השיניים ולא פנו אליו. שיעור הנזקקים לרופא שיניים שלא קיבלו את השירות הוא בערך מחצית מסך כל הנזקקים לטיפול שיניים (אלה שקיבלו טיפול שיניים ועוד אלה שנוקקו אך לא פנו). הסיבה העיקרית שניתנה לכך היתה קשיים במימון הטיפול. נוסף על כך, ארבעה אחוזים מן המרוויינים דיווחו שנוקקו לשירותי אמבולנס, אך לא הזמינו אותו. שיעור הנזקקים שלא קיבלו את השירות מתוך סך כל הנזקקים לשירותי אמבולנס (אלה שהשתמשו בשירות ועוד אלה שנוקקו לו, אך לא פנו) הוא 56%. הסיבה העיקרית לאי השימוש בשירות למרות הצורך בכך היא החשש שהקופה לא תממן את עלות הזמנת האמבולנס. לגבי השירותים האחרים (חדר מיון, אשפוז ושירותי חירום אחרים), השיעור של אלה שנוקקו אך לא פנו היה אפסי.

כשנבחן הנושא של רפואה מונעת עלה מנתוני סקר חוק ביטוח בריאות, שרק 9% מבין העולות בנות 30 ומעלה נבדקו בשנה האחרונה בדיקה ידנית לגילוי סרטן השד במסגרת קופת החולים שלהן, לעומת 14% בקרב הישראליות הוותיקות באותה קבוצת גיל. נוסף על כך, רק 14% מבין העולות בנות 50 ומעלה עברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות, לעומת 25% מבין הוותיקות באותה קבוצת גיל. כמו-כן, נמצא גם שרק 8% מן העולות בנות 35 ומעלה עברו בדיקה לגילוי סרטן צוואר הרחם (PAP) בשנתיים האחרונות, לעומת 12% בקרב הישראליות הוותיקות באותם גילים, הגם שהבדל זה אינו מובהק. מאידך גיסא, בערך מחצית מן העולים ומן הוותיקים עברו בדיקת לחץ דם (שלא במסגרת האשפוז) בחצי השנה האחרונה, למרות ש-30% מן העולים לא עברו מעולם בדיקת לחץ דם, לעומת 14% בקרב הישראלים הוותיקים.

לוח מס' 5. שביעות-רצון משירותים שניתן לקבל בקופה: עולים לעומת ישראלים ותיקים (באחוזים)

ממדי שביעות-רצון	עולים (n = 160)	ישראלים ותיקים (n = 1,234)
הרמה המקצועית של רופאי משפחה	76	83
היחס של רופאי משפחה**	81	90
יחס האחיות	86	86
הרמה המקצועית של רופאים מקצועיים בקופה**	69	80
היחס של עובדי המשרד**	70	81
מבחר התרופות*	83	71
הפניות והתחייבויות	78	79
שירותי המעבדות	80	78
רמת התחזוקה של מתקני הקופה	90	93
קופת החולים באופן כללי**	68	85

* $p < .05$

** $p < .01$ לפי מבחן χ^2 .

מקור: סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995.

מובהק משיעורם בקרב הישראלים הוותיקים (70% לעומת 81% בהתאמה). גם בסעיף זה הפער בין עולים לוותיקים בשביעות-הרצון מיחס עובדי המשרד נבע בעיקר מן הפער שנמצא בקופת חולים כללית.

נושא שבו הישראלים הוותיקים מרוצים פחות מעמיתיהם העולים הוא מבחר התרופות בקופה. בעוד ש-84% מן העולים השיבו, שהם מרוצים ממבחר התרופות בקופה, השיבו כך רק 71% מן הישראלים הוותיקים. הדבר נכון בכל הקופות.

לא נמצא הבדל בין עולים לישראלים ותיקים ברמת שביעות-הרצון מיחס האחיות, מן הקלות שבה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות, משירותי המעבדות ומרמת התחזוקה של מתקני הקופה.

שאחוז העולים שאינם מרוצים מן הרמה המקצועית ומיחס רופאי המשפחה גבוה במידה רבה בין חברי קופת חולים מכבי, לעומת הוותיקים החברים בקופה זו. בשאר הקופות לא נמצא הבדל בנושאים אלה בין עולים לוותיקים.

בחינת מידת שביעות-הרצון מן הרמה המקצועית של הרופאים המומחים העובדים עם הקופה מעלה שוב, שבקרב העולים שיעור המרוצים נמוך מן השיעור בקרב הישראלים הוותיקים (69% לעומת 80% בהתאמה). עיקר ההבדל נמצא בקופת חולים כללית.¹⁰

גם בבדיקת מידת שביעות-הרצון מיחסם של עובדים במשרדי הקופה/המרפאה נמצא, ששיעור המרוצים בקרב העולים נמוך באופן

10. יש לזכור, שמספר העולים שהם חברים בקופות החולים הקטנות במדגם הוא קטן. אפשר שלא נמצאו הבדלים מובהקים בין עולים לוותיקים בקופות אלה בשל עובדה זו.

לוח מס' 6. שביעות-רצון העולים מהרופא הראשוני (באחוזים)

ממדי שביעות-רצון (n = 885)	סה"כ	נכון	נכון באופן חלקי	לא נכון
משפטים שליליים				
בדרך כלל הרופא מקדיש לי מעט זמן אני מרגיש שלפעמים אינו שולח אותי לבדיקות נוספות, למרות שיש צורך בכך	100	81	20	62
לרופא שלי אין מספיק סבלנות לחולים הרופא בדרך כלל אינו מסביר לי על הטיפול והתרופות שהוא נותן לי	100	16	15	69
	100	12	15	73
	100	23	24	53
משפטים חיוביים				
אני מרוצה מהטיפול המקצועי של הרופא שלי ברוב הביקורים הרופא מבין היטב את הבעיה שלי בדרך כלל הרופא נותן לי את התרופות המתאימות באופן כללי אני שבע-רצון מן הרופא שלי	100	67	22	11
	100	64	25	11
	100	74	20	6
	100	72	19	9

מקור: סקר מעקב בקרב עולים בגיל העבודה, 1995.

לכך, לא נמצאו הבדלים בשביעות-הרצון מן הרופא הראשוני, בכל אחד מממדיה, בין אצל אלה שקיבלו טיפול מרופא דובר רוסית ובין אלה שקיבלו טיפול מרופא שאינו דובר רוסית.

שביעות-רצון משירותי אשפוז. בסקר המאושפדים התבקשו הנשאלים לדרג את שביעות-הרצון הכללית שלהם מן האשפוז על-פי סולם בן חמש דרגות. התברר, שהעולים קצת יותר מרוצים מאשר המאושפדים האחרים, למרות שההבדלים אינם מובהקים. בקרב העולים, 76% היו שבעי-רצון מן האשפוז במידה רבה או רבה מאוד, 17% היו שבעי-רצון במידה בינונית ו-7% הביעו שביעות-רצון מעטה או מעטה מאוד. האחוזים המקבילים בקרב הוותיקים הם: 23%, 69% ו-8%, בהתאמה. ההבדלים בין העולים למאושפדים אחרים התרכזו בחטיבות כירורגיה ונשים/יולדות, אך גם שם ההבדלים לא היו מובהקים.

נוסף על השאלה בעניין שביעות-רצון

שביעות-רצון מן הקשר עם הרופא הראשוני. כאמור, סקר חוק ביטוח בריאות העלה, שהעולים פחות מרוצים מאשר הוותיקים בכל הנוגע לרופא המשפחה שלהם. הקשר עם הרופא הראשוני נבחן בהרחבה בסקר החוזר בקרב עולים בגיל העבודה ב-1995.

לפני המרואיינים הוצגה סדרה של שאלות הנוגעות לשביעות-רצונם מפרטים שונים של הטיפול שהם מקבלים מן הרופא המטפל בקופה. מלוח מס' 6 עולה, שאחוז גבוה למדי מן העולים שבעי-רצון מפרטים שונים של הטיפול. יחד עם זאת, לגבי ההסבר על הטיפול והתרופות 47% מסכימים באופן מלא או חלקי עם הקביעה שהרופא שלהם אינו מסביר להם את הטיפול והתרופות שהוא נותן. מסתבר אפוא, שהעולים הכי פחות מרוצים מהיבטים של הטיפול הקשורים בתקשורת ובהסברים. נראה, שהדבר אינו קשור לבעיה של שפה שכן, בערך 70% דיווחו שהרופא שהם ביקרו אצלו במסגרת הקופה הוא דובר רוסית. בנוסף

לוח מס' 7. שביעות-רצון של מאושפזים מתחומים עיקריים באשפוז¹

תחומי אשפוז	עולים	ישראלים ותיקים
קבלה*	3.9	4.1
רופאים ומידע רפואי*	3.9	4.2
אחיות	4.0	4.1
מלונאות*	4.1	3.8
אוכל*	3.7	3.5
חניה*	3.3	3.0
שחרור מבית-החולים*	3.7	4.1

* $p < .05$ לפי מבחן T.

1. ממוצע הציונים שניתנו לשאלות בתחום ספציפי. מקור: סקר מאושפזים, 1993.

סיכום ודיון

בהתאם להשערת המחקר הראשונה נמצא, ששיעור גדול למדי של העולים מעריכים את מצב בריאותם כלא טוב ושיעור זה גבוה בהשוואה לשיעור הישראלים הוותיקים המעריכים את מצב בריאותם כך. ממצאים אלה תואמים ממצאי סקרים על עולים מברית-המועצות לשעבר שערכו חוקרים אחרים (כרצורי והנדלס, 1993; קופת חולים מכבי, 1992; נאון ואחרים, 1995; Anson et al., 1996).

קיימים כמה הסברים לכך, שהעולים סבורים שמצב הבריאות שלהם פחות טוב ממה שסבורים הוותיקים על מצב בריאותם הם. ההסבר הראשון נוגע לרמת התחלואה. האם העולים חולים יותר מאשר הוותיקים? ממצאי סקר שימוש בשירותי בריאות אינם תומכים בכך בצורה ברורה; אין כמעט הבדל בין עולים לוותיקים בשכיחות מחלות כרוניות. אולם, יש הבדל בין שתי הקבוצות בסוג המחלות הכרוניות: בקרב העולים יש שיעור גבוה יותר של כאלה הסובלים ממחלות לב ומיתר לחץ דם, ואילו בקרב

כללית, נכללו בשאלון 42 פריטים שהתייחסו להיבטים שונים של האשפוז. גם לגבי פריטים אלה התבקשו המאושפזים לדרג את שביעות-רצונם על-פי סולם בן חמש דרגות. הפריטים קובצו לשבעה ממדים המבוססים על ניתוח גורמים בהתאם לתחומים האלה: תהליך הקבלה, הרופאים והעברת מידע רפואי, האחיות, מלונאות ותנאים פיסיים, האוכל, החניה ותהליך השחרור. נמצא, ששביעות-רצונם של העולים מן התנאים הפיסיים, המלונאות והאוכל גבוהה יותר משביעות-רצונם של הוותיקים (ראה לוח מס' 7). לגבי יתר התחומים המתייחסים לעצם הטיפול הרפואי, ובפרט לגבי יחס הרופאים (למשל: נכונות הרופאים לענות על שאלות, מידת ההתעניינות שלהם בחולים), העולים פחות מרוצים מאשר הוותיקים. כמו-כן, העולים פחות מרוצים מאשר הוותיקים בכל הקשור לתהליכי הקבלה לבית-החולים ובכל הקשור לתהליך השחרור מבית-החולים. חוסר שביעות-רצון מן השחרור קשור בעיקר לסידורים להמשך טיפול לאחר האשפוז ולגבי בהירות ההוראות להמשך הטיפול.

הנובעות מתהליכי ההגירה והקליטה. אך, בשל הבדלים תרבותיים והסטיגמה שיש לטיפול נפשי בברית-המועצות לשעבר, העולים אינם נוטים לבקש ולקבל עזרה נפשית (Levav et al., 1990; Lerner and Zilber, 1991; Zilber, et al., 1996).

בניגוד להשערת המחקר השנייה נמצא, שהעולים משתמשים בשירותי הבריאות במידה פחותה מאשר ישראלים ותיקים. מן הנתונים עולה, שלכאורה, בקרב אוכלוסיית העולים יש מצב של "תת שימוש" בשירותי בריאות, במיוחד לאור הדיווח העצמי של עולים על מצב בריאותם. אין בידינו הסבר ברור לכך. אפשר שדפוסי השימוש בשירותי בריאות מושפעים מדפוסי השימוש שהעולים היו רגילים להם בארץ מוצאם. לגבי רפואה מונעת לנשים, למשל, ידוע שבברית-המועצות נעשו בדיקות מסוג זה ביוזמת רשויות הבריאות והאחריות לרפואה מונעת היתה על רשויות אלה, ולא על היחיד עצמו (רמניק, 1995). זוהי אולי הסיבה לכך, שעולות אינן דורשות שיבדקו אותן בדיקות מסוג זה. כמו-כן, בברית-המועצות שירותי אמבולנס היו נפוצים, ולא היתה בעיה לקב"לם חינום (רמניק, 1995), בעוד שבישראל אין הדבר כך. העולים, לדבריהם, נמנעים מלעשות שימוש בשירות זה, למרות שהם נזקקים לו, מחשש שהקופה לא תממן את עלות הזמנת האמבולנס. אפשר גם, שהממצאים על "תת שימוש" בשירותי הבריאות משקפים בעיות או קשיים של העולים במגעייהם עם מערכת הבריאות. ואולי העולים כה עסוקים בבעיות פרנסה וקליטה שהם אינם מגיעים לטיפול אצל רופא גם כשיש צורך בכך.

יש לזכור, שהשימוש בשירותי בריאות נבחן בראשית 1993, כשלוזב העולים עדיין היה ותק של מעט שנים בארץ. עם הזמן, בהתאם לגישה הפונקציונלית, יחול שיפור

הוותיקים יש יותר כאלה הסובלים מאסתמה ומכיב קיבה. אפשר שהמחלות הכרוניות שהעולים סובלים מהן קשות יותר מאשר המחלות הכרוניות השכיחות בקרב הוותיקים. כמו-כן, אפשר שהעולים סובלים ממחלות כרוניות אחרות, שלא נכללו בסקר שימוש בשירותי בריאות. כך, למשל, מסקר חוק ביטוח בריאות עולה, ששיעור העולים שדיווחו שהם סובלים ממחלה, ממוגבלות או מנכות כרונית גבוה מן השיעור המקביל אצל ישראלים ותיקים. ממחקרם של נאון ואחרים (1995) עולה, שבקרב עולים בני 50 ומעלה יש יותר כאלה הסובלים ממצבי מוגבלות שונים. הממצאים המראים, שמצב הבריאות של העולים פחות טוב מזה של הוותיקים אינם חד-משמעיים. בעתיד יש מקום להעמיק ולהבין טוב יותר מדוע קיימים הבדלים בתפיסת מצב הבריאות בין עולים לוותיקים והאם יש לכך ביסוס בנתונים אובייקטיביים.

הסבר אחר לממצאים על מצב הבריאות הוא, שיש בהם ביטוי לתחושות הקשורות בקשיי ההגירה והקליטה בארץ ולמצבי דחק וחרדה הנלווים אליהם. כמו-כן, ממצאים אלה תואמים את תפיסת ההגירה כשלב מעבר בהיים, העשוי להביא לתוצאות פסיכולוגיות ופיסיות לא רצויות (Holmes and Rahe, 1967). להסברים אלה יש נגיעה גם לממצאים על בריאות הנפש. בהתאם לממצאים בעולם בנוגע למהגרים (Gupta, 1993; Yamamoto et al., 1994) עולה באופן ברור, שיותר עולים, מאשר ישראלים ותיקים, מדווחים על מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד עמה בעצמם. אולם, שיעור העולים הפונים לקבלת עזרה נפשית כשהם זקוקים לה נמוך מאוד לעומת שיעור הישראלים העושים כך. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאים ממחקרים אחרים שנעשו על אוכלוסייה זו שהעלו, שקיימת בקרבה תופעה של מצוקה נפשית וחרדות

מגלים שאולי בנוסף לסיבות שהוזכרו קודם לכן, גם תת-השימוש בשירותים יכול להביא לטיפול לקוי כמצבי בריאות ולפיכך גם לתחושה הרווחת בקרב העולים שמצב הבריאות שלהם אינו טוב.

ממצאי המחקר תומכים בהשערת המחקר השלישית: העולים פחות שבעי-רצון, באופן כללי, מן הטיפול והשירות שהם מקבלים בקופת חולים, בהשוואה לוותיקים. עמדת-יהם של העולים כלפי הקשר עם הרופא הראשוני מעניינת במיוחד מאחר שהקשר עם הרופא הראשוני נושא בחובו בעיות הכרוכות בהתאמה בין העולים הבאים מתרבות שונה ועם נורמות אחרות ביחסי רופא-חולה ובין הרופא הראשוני הישראלי. קשר זה התגלה כבעייתי במחקר איכותי, שבחן רשמים של עולים חדשים ממערכת הבריאות בארץ (רמניק, 1995). למרות שבקרב מרבית העולים קיימת שביעות-רצון מחלקים שונים של הטיפול שהם מקבלים מן הרופא הראשוני, הרושם המתקבל הוא, ששביעות-הרצון מן הרופא הראשוני בקרב הוותיקים גבוהה יותר. היבטי הטיפול הראשוני שהעולים פחות מרוצים מהם בעיקר אלה הקשורים לחקשורת ולמתן הסברים.

בחינת שביעות-הרצון מן האשפוז בבית-החולים מראה, שהעולים שבעי-רצון מן האשפוז, בעיקר בתחום הפיסי והמלונאות. ניתן לשער, שבתחומים אלה יש שיפור רב לעומת התנאים בבריית-המועצות לשעבר. ביתר התחומים שעניינם עצם הטיפול הרפואי, ובעיקר יחס הרופאים, העולים פחות מרוצים מאשר הוותיקים. בנוסף לכך, הם אינם יודעים לנווט את עצמם במערכת האשפוז ומשום כך הם מנצלים פחות את האפשרות לבחור בבית-החולים או ברופא, וה"תור" שלהם נדחה יותר בהשוואה למצב אצל הוותיקים.

ניתן לומר, שכמו שנמצא בקשר עם

כלכלי וחברתי במצב העולים (Gordon, 1964; Parsons, 1966) וכתוצאה מתהליך ההיטמעות (assimilation) בחברה הישראלית, דפוסי השימוש בשירותי הבריאות עשויים להשתנות ולהידמות לאלה של כלל האוכלוסייה. ואכן, בסקר שימוש בשירותי בריאות נמצא, שמספר הביקורים אצל רופא משפחה גבוה יותר בקרב העולים הוותיקים יותר; כמו-כן, בסקר המעקב בקרב עולים בגיל העבודה נמצא, שעל-פני זמן היתה עלייה בשימוש בשירותי בריאות ובסקר חוק ביטוח בריאות לא נמצא הבדל בין עולים לוותיקים בשיעור הפנייה לרופאים מומחים. בעתיד חשוב יהיה לבחון בחינה מעמיקה יותר האם הבדלים כגון אלה שנמצאו בסקר שימוש בשירותי בריאות ממשיכים להצטמצם עם העלייה בוותק בארץ, והאם יש לכך קשר לשיפור מצבם הכלכלי והחברתי של העולים עם העלייה בוותק בארץ.

ממכלול הממצאים עולה, שיש קשר בין נגישות השירותים, השימוש בהם וצרכים בלתי מסופקים של העולים. שימוש מועט בשירותי הבריאות עלול לנבוע גם ממחסומים בנגישות השירות, כמו למשל העלויות של קבלת הטיפול, כפי שנמצא לגבי עלות טיפול שיניים ועלות הזמנת אמבולנס.

לאור תפיסת מצב הבריאות כלא טוב יכולנו לצפות לכך, שרמת השימוש בשירותי הבריאות בקרב העולים תהיה גבוהה מזו של הוותיקים. אך לא כך נמצא. האם שימוש מועט מצביע על אי-מילוי צרכים? אפשר שבחלקו התשובה חיובית. כך, כשחלק מן המחסומים לנגישות השירות יורדים (כמו, למשל, שיפור אפשרי במצב הכלכלי של העולים בשנת 1995, לעומת 1992), אחוז הפונים לרופא השיניים עולה. כמו-כן, כאשר מסתכלים על המכלול של תפיסת מצב הבריאות, התחלואה הגופנית והנפשית והשימוש שהעולים עושים בשירותים,

תקשורת לקויה ואימתן הסברים משפיעה על קליטתם של העולים במערכת הבריאות.

לסיכום, עיקר תרומתו של המחקר הנוכחי, המנצל נתונים של מספר סקרים ארציים, הוא בהצגה וניתוח של מידע רחב וכוללני על אופן קליטת העולים במערכת הבריאות, הבעיות ונקודות התורפה בקליטה, וניתוחן במסגרת הידע התיאורטי המצוי על הקשר שבין הגירה לבריאות. מחקר עתידי של נושא זה מן הראוי שיתמקד בקשר שבין טיב הקליטה בארץ - מידת השיפור במצב הכלכלי והחברתי עם העלייה בוותק בארץ - ובין המכלול של תפיסת מצב הבריאות, רמת התחלואה, נגישות השירותים, זמינותם, השימוש בהם ושביעות-הרצון מהם.

הרופא הראשוני, גם בתחום האשפוז מתגלות בעיות בשביעות-הרצון הקשורות לתקשורת עם הרופאים, למתן הסברים ולהעברת מידע ולהתמצאות במערכת. בעיות אלה קיימות בכל המישורים: אשפוז, רופא ראשוני והשירותים הניתגים בקופת חולים. קשיי שפה אינם נותנים הסבר מספיק לכך, מאחר שגם עולים שטופלו בידי רופא ראשוני דובר רוסית הצביעו על בעיות אלה. אפשר שהממצאים על שביעות-הרצון ממתן השיירות הרפואי עשויים להיות ביטוי לקשיי הקליטה בארץ. כמו-כן, אפשר שהדיווח על מידת שביעות-הרצון מושפע מהיבטים תרבותיים המטים את ההערכה כלפי מטה. אולם, אין ספק שתחושה של חוסר יחס,

ביבליוגרפיה

- בן-נון, ל' (1994), "שכיחות מחלות כרוניות ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים אצל עולים חדשים מחבר-העמים בשנה הראשונה לקליטתם במרפאה ראשונית", הרפואה, 127(11): 445-441.
- בן-נון, ל' (1996), "איפיון רכיבים ושכיחות ביקור עולים חדשים מחבר-העמים בשנתיים הראשונות לקליטתם במרפאה ראשונית", הרפואה, 130(5): 310-308.
- בר-צורי, ר', הנדלס, ש' (1993), צרכים והעדפות של עולי חבר העמים, תל-אביב: המכון למחקר כלכלי וחברתי, ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל.
- ברג, א', רוזן, ב', גרוס, ר', חניניץ, ד' (1997), מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ-97-284.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1994), סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מרס 1993, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 970, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1995), העלייה לישראל 1994, פרסום מס' 1005, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1996), שנתון סטטיסטי לישראל 1996, מס' 47.
- יובל, ד', רוזן, ב', חניניץ, ד', קלוגמס, א' (1995), השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ-95-234.
- ליטוויק, א', נועם, ג', חביב, ג' (פורסם בקרוב), קליטת עולים מברית-המועצות לשעבר: תעסוקה וממדי קליטה נבחרים: ממצאים מסקר מעקב 1995, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- לרר, ז' (1993), פסיכולוגיה של הגירה: סקירת ספרות, מחלקת מדעי ההתנהגות, ענף מחקרי כוח אדם, צה"ל וג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- מודן, ב', אטלן, ש', רמניק, ל', נוביקוב, א' (1995), "השפעת גל העלייה מברית-המועצות על שיעור הסרטן בישראל (אומון ראשוני)", הרפואה, 128(12): 756-754.
- נאון, ד', קינג, י', שטרובסברג, נ' (1995), מצבם הבריאותי והתפקודי של עולים קשישים: ממצאים נבחרים מסקר עולים מבוגרים מברית-המועצות לשעבר, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- קופת-חולים מכבי (1992), דפוסי תחלואה וצריכת שירותים של עולים חדשים בקופ"ח מכבי (דו"ח פנימי).
- רמניק, ל' (1995), רשמים ממערכת הבריאות: עולים חדשים מברית-המועצות לשעבר והמפגש שלהם עם המערכת בארץ, ירושלים: מכון ברוקדייל, מ-95-68.

- Anson, O., Pilpel, D. and Rolnik, V. (1996), "Physical and psychological well-being among immigrant referrals to colonoscopy", *Social Science and Medicine*, 43(9): 1309-1316.
- Berry, J.W. and Kim, U. (1987), "Comparative studies of acculturative stress", *International Migration Review*, 21: 491-511.
- Cousineau, D. (1991), "Relation between global health and care consumption in Quebec immigrants", *Canadian Journal of Public Health*, 82(5): 341-343.
- Creed, F. (1987), "Immigrant Stress", *Stress Medicine*, 3: 185-192.
- Eisenstadt, S.N. (1952), "Analysis of patterns of immigration and absorption of immigrants", *Population Studies*, 7: 167-181.
- Eisenstadt, S.N. (1955), *The Absorption of Immigrants*, Glencoe, Ill.: Free Press.
- Franks, F. and Faux, S.A. (1990), "Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups", *Research in Nursing and Health*, 13(5): 283-292.
- Gordon, M.M. (1964), *Assimilation in American Life*, New York: Oxford University Press.
- Grinberg, L. and Grinberg, R. (1984), "A psychoanalytic study of migration: Its normal and pathological aspects", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32: 13-38.
- Gupta, S. (1993), "Can environmental factors explain the epidemiology of schizophrenia in immigrant groups?", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(6): 263-266.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967), "The social readjustment scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.
- Kiderman, A., Brawer-Ostrovsky, Y. and Weingarten, M.A. (1990), "Medical cultures in collision: Primary care of Soviet immigrants in Israel", *European Journal of General Practice*, 1: 67-70.
- Knight, T.M., Smith, Z., Whittles, A. Sahota, P. and Lockton, J.A. (1992), "Insulin resistance, diabetes, and risk markers for ischemic heart disease in Asian man and non-Asian in Bradford", *British Heart Journal*, 67: 343.
- Kuo, W.H. and Tsai, Y.M. (1986), "Hardiness and social networking, immigrant's mental health", *Journal of Health and Social Behavior*, 27: 133-149.
- Levav, I., Kohn, R., Flaherty, J.A., Lerner, Y. and Aisenberg, E. (1990), "Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3): 131-141.
- Lerner, Y. and Zilber, N. (1991), "Psychological distress and help seeking behavior among Soviet immigrants", paper presented at the National Conference on Soviet Refugee Health and Mental Health, Chicago, Ill.: U.S.A.
- Parsons, T. (1966), "Full citizenship for the Negro American? A sociological problem", in: Parsons, T. and Clark, K.B. (eds.), *The Negro American*, Boston: Beacon Press.
- Rennert, G. (1994), "Implications of Russian immigration on Mortality patterns in Israel", *International Journal of Epidemiology*, 23(4): 751-756.
- Rennert, G., Luz, N., Tamir, A. and Peterburg, T. (1993), "Chronic disease prevention in immigrants to Israel from the former USSR", paper presented at the International Epidemiological Association-meeting of the European Region, Jerusalem, Israel.
- Shuval, J.T., Antonovsky, A. and Davis, M. (1970), *Social Functions of Medical Practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Shuval, J.T. (1979), "Migration and stress", in: Goldberger, L. and Breznitz, S. (eds), *Hand Book of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, London: Free Press.

- Tran, T.V. (1993), "Psychological traumas and depression in a sample of Vietnamese people in the United States", *Health and Social Work*, 18(3): 184-194.
- Yamamoto, J., Rhee, S. and Chang, D.S. (1994), "Psychiatric disorders among elderly Koreans in the United States", *Community Mental Health Journal*, 30(1): 17-27.
- Zaharna, R.S. (1989), "Self-shock: The double-binding challenge of identity", *International Journal of Intercultural Relations*, 13: 501-525.
- Zilber, N., Lerner, Y. and Curtis, J. (1996), *Comparative Study of Immigrants from the Former Soviet Union One and Five Years After Their Arrival to Israel; Psychological Status: Risk Factors for Psychological Distress*, Jerusalem: JDC Israel-Falk Institute for Mental Health and Behavioral Studies.

הרובד הרביעי בפנסיה - עבודה חלקית ופנסיה חלקית

מאת דב פלגי

מבוא

לאדם הפורש מעבודתו ולבני משפחתו שאחרי הפרישה תימשך אותה רמת-חיים שהיתה לפנייה (הפרישה תיתכן בדרך כלל עקב גיל, אך גם עקב נכות או פטירה של המפרנס או הפנסיונר). באופן עקרוני ייתכנו קווי הפעולה האלה לטיפול בנושא:

1. הפרכת ההנחה הזאת וקיצוץ הפנסיה כך שאחרי הפרישה תרד רמת-החיים. זה נעשה בעיקר בדרך של חזרה לשיטת "הסעד", כלומר, החברה, באמצעות הממשלה, מחויבת לדאוג רק לעניים; אלה שמעל "קו-העוני" ידאגו לעצמם לפי רצונם, כלומר יחליטו אם לחסוך או לקנות ביטוח לשם הכנסה אחרי הפרישה. הביצוע של קו פעולה זה נעשה תחת הסיסמה של "הכוונה" (Targetting), כלומר, הכוונת האמצעים המוגבלים של הממשלה אך ורק לנזקקים ביותר. הביצוע בפועל נעשה באמצעות "מבחן אמצעים". דרך זו, שאני מתנגד לה, לא תידון כאן. תיתכן שחיקה של הפנסיות

מערכות הפנסיה בכל הארצות המפותחות נמצאות בשלבים שונים של רפורמות או דיון עליהן. הסיבה העיקרית לנטייה חזקה וקבועה זו לרפורמה היא הלחץ הפיננסי הקשה בהווה, ובעיקר לקראת העתיד, שמערכות אלה מפעילות על המשק הלאומי. הדבר מתבטא בתחזיות אקטור-אריות קשות הנובעות משינוי גדול של הדמוגרפיה הלאומית לכיוון עליית משקלן של האוכלוסיות הקשישות החיות מפנסיה לעומת האוכלוסייה העובדת, היוצרת את בסיס המקורות העכשווי בכל תקופה לקיומו של העם.

פנסיה היא נושא שיש להכינו במשך עשרות שנים. לפיכך תחזיות למצב לחץ בעוד 20-40 שנה מחייבות פעולה מידית, בהנחה שהחברה מחויבת לעיקרון של הביטחון הסוציאלי, הקובע שיש להבטיח

* לשעבר יושב-ראש האגף לביטחון סוציאלי בהסתדרות ואחראי לקרנות הפנסיה. המחבר מבקש להודות לשי כהן, סמנכ"ל "מבטחים" ויושב-ראש אגף הפנסיה שלה; לשלמה כהן, סמנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ומנהל מינהל המחקר והתכנון; ללאה אתרות, מנהלת המכון למחקר חברתי-כלכלי של ההסתדרות - על נכונותם לנהל אתו שיחות על המודל המוצע ועל הערותיהם, בכתב ובעל-פה. מובן, שהאחריות לנוסח הסופי של המאמר מוטלת על המחבר בלבד.

לעובדים בישראל ומשפחותיהם אחרי פרישה מכל הסיבות האפשריות כך:

1. רובד א: הביטוח הלאומי. פירושו הבטחת הכנסה מינימלית לכל אזרח אחרי פרישה בגובה של 20 אחוזים בערך מן השכר הממוצע במשק. ההצעה היא, להעלות את הבטחת ההכנסה לרמה של 25 אחוזים בערך מן השכר הממוצע במשק ולבטל את הקנס על מי שעובד כ-5 השנים הראשונות אחרי שהחל לקבל את הקיצבה, כדי לעודד עבודה בגיל מתקדם. בשלב יותר מאוחר תינתן כ-5 שנים אלה קיצבה חלקית.

2. רובד ב: פנסיה יחסית לשכר. כלומר, הנהגת ביטוח חובה לכל עובד, ברמה שתבטיח את שיעור-התחלופה הרצוי יחד עם קיצבת הביטוח הלאומי. רובד זה ינוהל בקרנות ציבוריות גדולות בידי האיגודים היציגים של העובדים בהשתתפות המעסיקים ובעזרת הממשלה. אם יחול השינוי הנזכר בגובה קיצבת הביטוח הלאומי, יספיקו כאן 60-65 אחוזי פנסיה מן השכר (או ההכנסה) של העובד.

3. רובד ג: חיסכון וביטוח פרטיים. ייתכן שחלק מן העובדים יקיימו רובד זה בצורות שונות, אך מאחר שאין בכך ביטחון, ולפי הנתונים הקיימים השליש הנמוך של העובדים לפי הכנסתם עושים ברובד זה רק שימוש מועט מאוד, הוא אינו נחשב בתחזית שיעור-התחלופה הדרוש לעובד הפורש.

4. רובד ד: עבודה חלקית ופנסיה חלקית. זהו החידוש שלו מוקדש מאמר זה. הכוונה לעבודה חלקית עד גיל מתקדם מאוד, רצוי עד גיל 70-75, תוך-כדי קבלת פנסיה חלקית מגיל 55-60, כך שבכל תקופת החיים הממושכת הזאת תישמר רמת-החיים של העובד ומשפחתו. הפעלת רובד רביעי זה

כתוצאה מאי עדכון בהתאם לאינפלציה או לעליית ההכנסה (השכר) במשק.

2. דחיית גיל הפרישה הפורמלי. בבסיסה של גישה זו מונחת ההנחה, שדחייה כזאת תביא לדחיית הפרישה בפועל ועקב כך תביא ליותר עבודה ופחות הזדקקות לפנסיה. בפועל התברר בשני העשורים האחרונים בארצות המפותחות, שלמרות העלאת גיל הפרישה הפורמלי ירד גיל הפרישה בפועל עקב תנאי שוק העבודה. כלומר, פתרון זה אינו יעיל.

3. שינוי מרחיק לכת של נוהגי העבודה והפרישה, כך שבפועל העובד הרגיל ייתן למשק יותר עבודה במשך חייו וינצל פנסיה פחות זמן. יש כאלה הצופים שינוי נהגים מרחיק-לכת ביותר בכך שמחזור החיים של העובד ישתנה כולו, כלומר, במקום סדר ליניארי של חינוך, עבודה ופרישה ייעשה עירוב שלהם לכל אורך החיים (עניין זה יפורט קצת יותר בהמשך) וכך יוכל הפרט להחליט על כל מהלכיו, כולל הצבירה למימון החיים בזמן של אי-עבודה. כאן נתאר רק קטע מרעיון מרחיק-לכת זה: בגיל מתקדם, סביב גיל 55, יתאפשר לעובד לשלב עבודה חלקית עם קבלת פנסיה חלקית עד גיל גבוה למדי, למשל 70-75. ההנחה היא, שעל-פי מודל כזה ייתן העובד הרבה יותר עבודה למשק, יצבור יותר נכסים כהכנה לזמן של אי-עבודה והתקופה שבין הפרישה לתוחלת החיים תתקצר, למרות הארכה מתמדת של הסיכוי לחיות וכך תושג המטרה.

בפועל, העומס היחסי של הפנסיה על התל"ג בכל תקופה בעתיד יירד. כמורכב יירד עומס ההפרשה לפנסיה על כל עובד בעת עבודתו, ויחד עם זאת תישמר המטרה של קיום "שיעור תחלופה" גאות לגבי העובדים ומשפחותיהם אחרי הפרישה המלאה או החלקית מעבודה.

לפיכך תיראה מערכת הבטחת ההכנסה

דמוגרפיה ולחץ כלכלי

עליית תוחלת החיים היא עובדה מוחלטת שאין עליה עוררין. לפי נתוני העשורים האחרונים בארצות המפותחות היא עולה בשנה עד שנה וחצי בכל עשור (OECD, 1996, p. 9). לעומת זאת, שיעור הילודה ירד מאוד בעשורים אחרונים, עד כדי כך שבכמה ארצות יש סכנה של ירידה מוחלטת במספר הנפשות בתחזית ל-50 השנה הבאות. השילוב של שני תהליכים דמוגרפיים אלה מביא לכך ששיעור הקשישים באוכלוסייה גדל בהתמדה, ובעיקר גדל שיעור ה"קשישים מאוד". מקובל לחשוב, שקשישים הם בני-אדם מגיל 65 ו"קשישים מאוד" - מגיל 85 (יש מקומות שבהם "קשישים מאוד" נחשבים בני-אדם מגיל 75 או מגיל 80).

תופעה דמוגרפית מיוחדת החשובה מאוד לענייננו היא גל הילודה שלאחר מלחמת העולם השנייה (Baby Boom), שהתחבטא בעלייה גדולה בילודה בשנים 1945-1960 בכל המדינות המפותחות. בעשור השני של המאה הבאה יתחיל דור זה לפרוש מן העבודה וייצור לחץ כבד למשך עשרות שנים על הדור העובד, שיהיה קטן בהרבה. מכאן, שהבעיה הדמוגרפית בטווח של 15 שנים מהיום לוחצת במיוחד. לפיכך חשוב שכל שינוי יבשיל לקראת פרישת דור מיוחד זה.

התחזית הדמוגרפית לארצות המפותחות והעשירות, שעמן נמנית גם ישראל, "משתבשת" עקב ההגירה (המכונה אצלנו "עלייה"). הארצות העשירות מושכות מארצות עשירות פחות מהגרים הרוצים לשפר את מצבם הכלכלי ומוכנים למלא "חורים" בשוק העבודה (ראה, למשל, את העובדים הזרים בישראל ובכל ארצות אירופה). יתרה מזו, יש ארצות המאפשרות במתכוון למהגרים להיכנס לתוכן בצורה

מחייבת שינויים גדולים מאוד בשוק העבודה ובנורמות האישיות ומשום כך תידרש תקופה ארוכה מאוד, למשל 15 שנה, עד ששיטה זו תיתן את פריה. נוכח התחזיות הדמוגרפיות והכלכליות זוהי תקופה מספקת כדי לפתור את הבעיה ולקיים את עקרון הפנסיה. כאשר יוכח, שהרובד הרביעי מתבצע בפועל, אפשר יהיה להוריד את מטרת הפנסיה ברובד השני תוך שמירה על שיעור-תחלופה סביר.

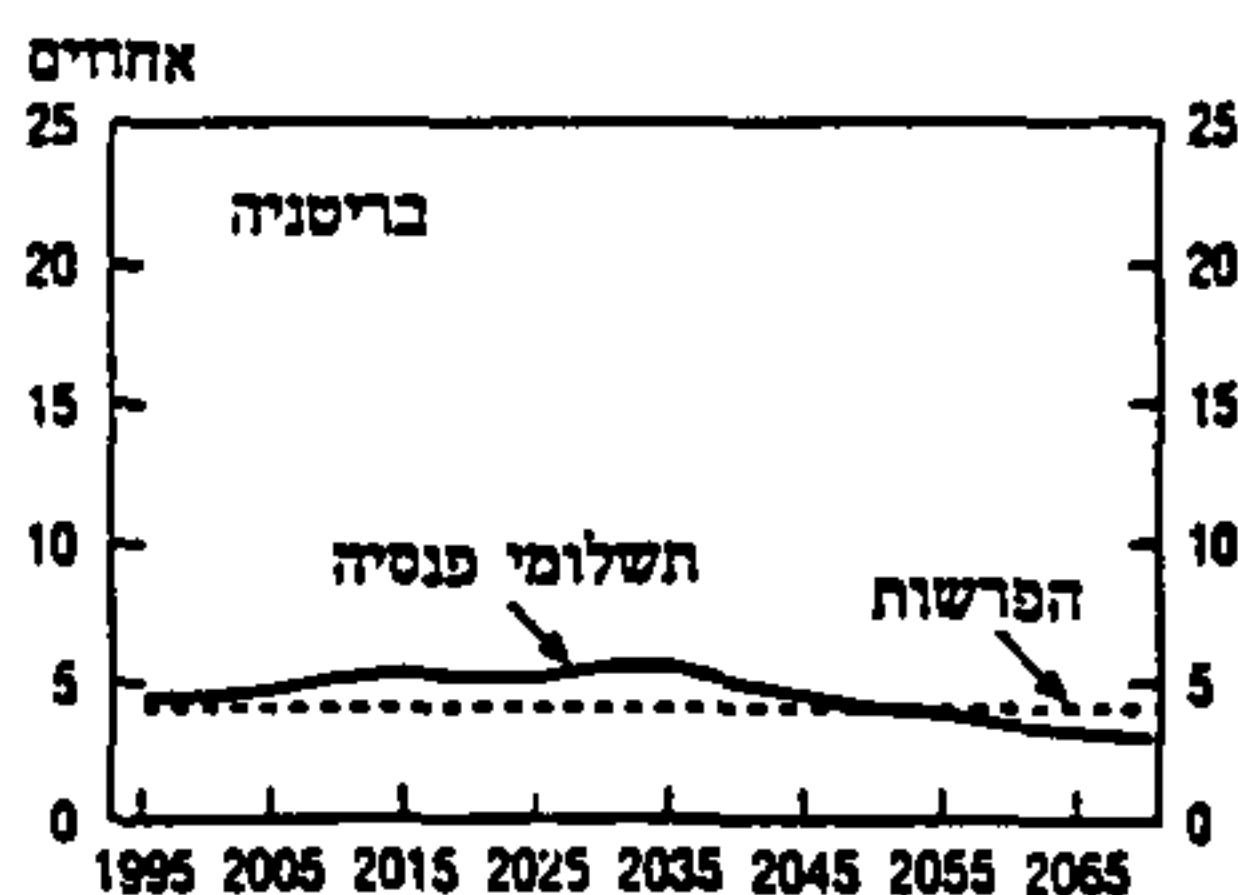
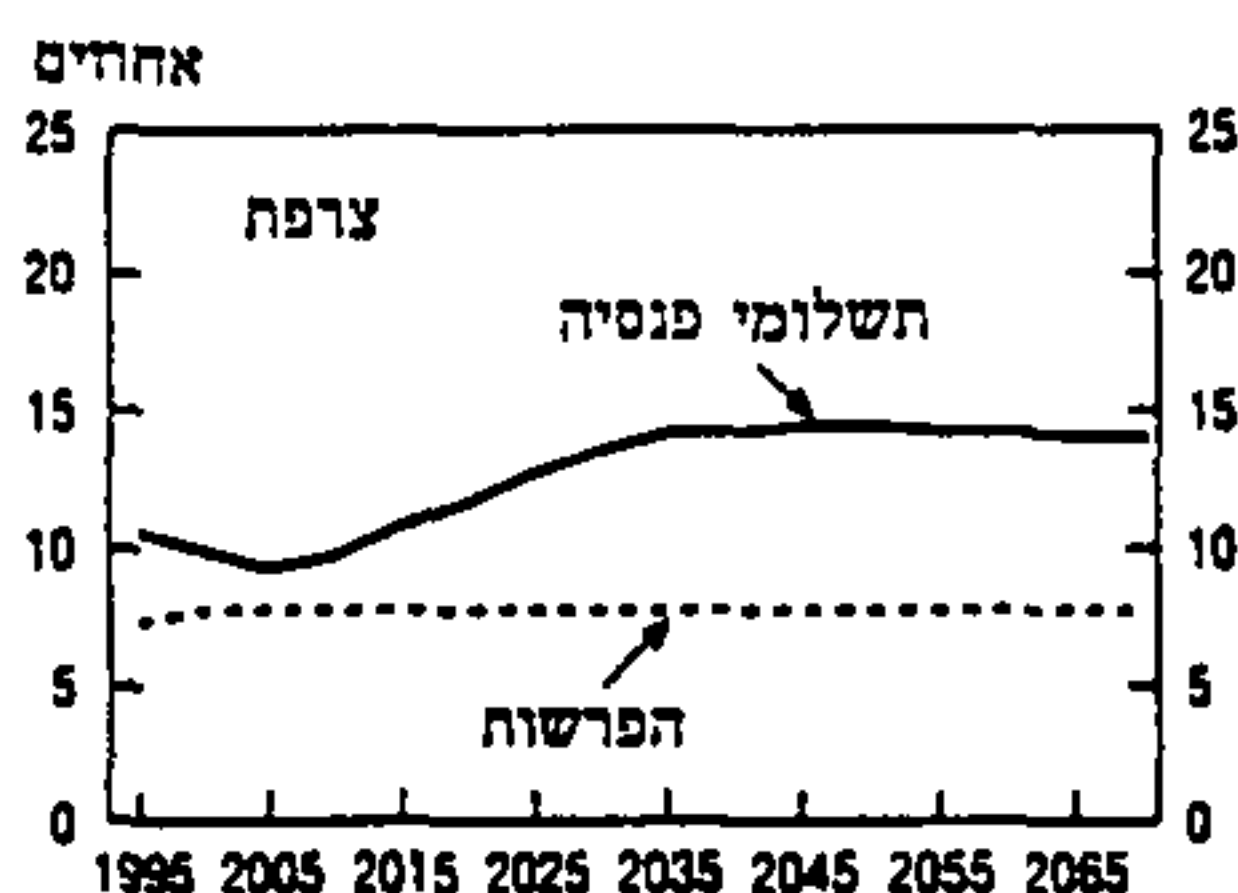
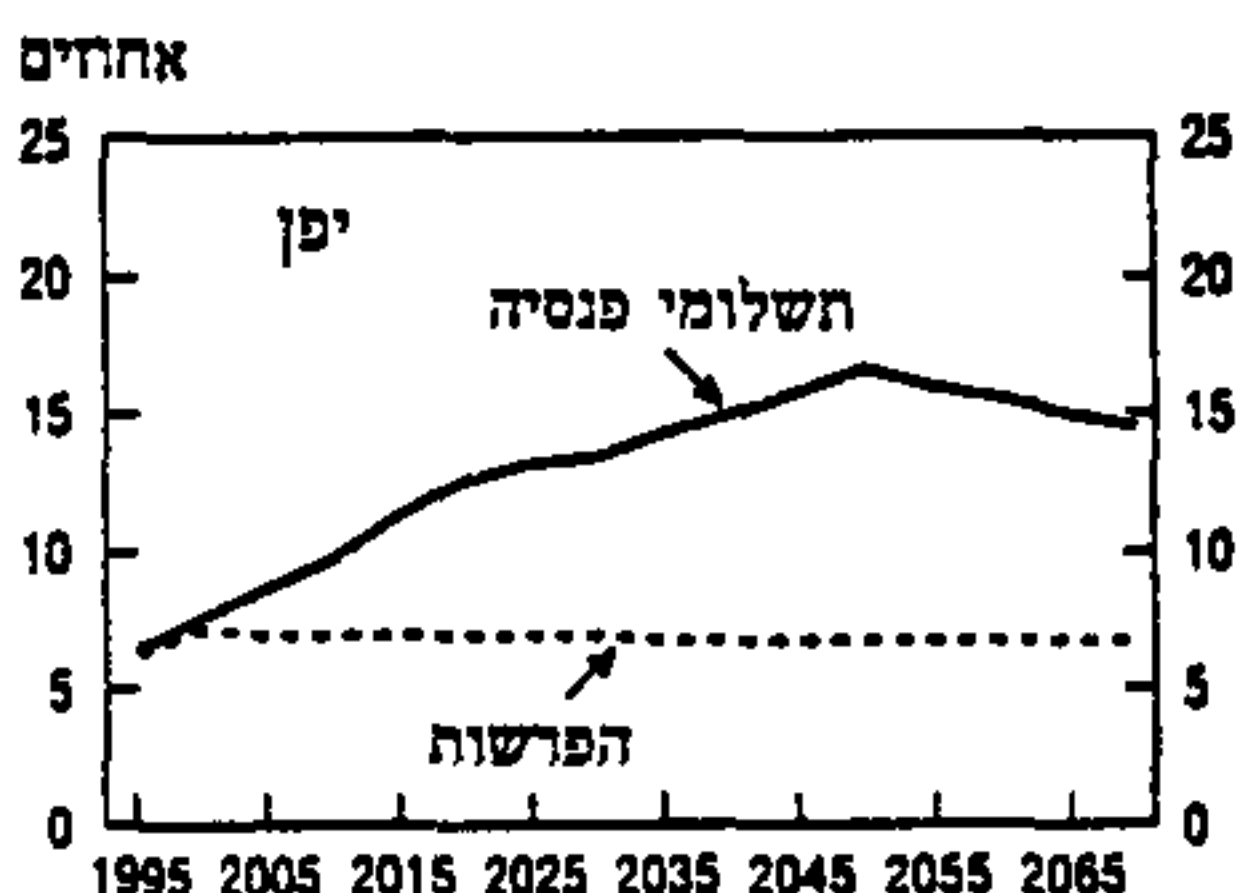
לכאורה, לחץ האכטלה, שהביא לירידת גיל הפרישה בפועל, ימנע את ביצוע הרובד הרביעי. ניתוח מפורט יותר של השינויים המתחוללים בשוק העבודה המודרני מראה, שעבודה חלקית של עובדים מנוסים ובעלי הכשרה מתאימה תתאים היטב לביקוש הצפוי לעובדים. כל זה בהנחה, שאכן שיעור העובדים בגיל גבוה יגדל מאוד בעתיד והמשק יהיה זקוק לתוספת עובדים זו כדי לקיים ולהצמיח את התל"ג.

מנקודת הראות של היחיד ידוע, שמצב הבריאות בגיל הפרישה משתפר והולך מדור לדור, העבודה נעשית פחות פיזית ויותר מחשבתי (הוכח, שבתחום השכלי אין ירידת יכולת משמעותית עד גיל 75 ויותר). לפיכך ביכולתו של העובד לתרום יותר בעבודה ועל-פי רוב הוא גם מעוניין בכך מאוד. ידוע, שמכחינה פסיכולוגית, בריאותית וחברתית, להמשיך ולעבוד באופן חלקי רק משפיע לטובה על העובד. בכל מחקר הנשאלים מציינים זאת.

המסקנה היא, שהרובד הרביעי יכול להיקלט בשוק העבודה והוא רצוי מאוד לעובדים. לפיכך זהו הפתרון הטוב ביותר לבעיה שהצגנו - הבטחת הכנסה מתאימה אחרי פרישה, בלי לחנוק את המשק הלאומי. אדרבה, המשך הצמיחה באמצעות תוספת עובדים לפי הביקוש וצבירה בדרך של ביטוח פנסיוני היא המקור הגדול לקרנות ההשקעה הדרושות.

נוחיות, שחלוקת השימושים בתוצר הלאומי נשארת קבועה, אך ניתן בהחלט להגיה, שמשקל הצריכה הפרטית בשימושים יכול לקטון אם החברה תעמוד בלחץ הבטחת ההכנסה לקשישיה וכחברה מתוקנת תיתן עדיפות מספקת לדאגה להורים ולסבים לפני שוליים של עלייה נוספת ברמת-החיים של הדור העובד.

תרשים מס' 1. תשלומי פנסיה והפרשות למערכת באחוזים מן הת"ג



מקור: OECD, 1996, p. 33.

מבוקרת כדי לשפר את המאזן הדמוגרפי שלהן, משום שמדובר על-פי רוב בצעירים יותר המביאים אתם מנהגים של ילודה גבוהה בהרבה מזו הקיימת אצל אזרחי המקום (מדינות כאלה הן שוודיה, גרמניה וצרפת). קשה מאוד לשלב את ההגירה בתחזית הדמוגרפית ומשום כך על-פי רוב מתעלמים ממנה.

מבחינת הנושא שלנו, עומס הפנסיה על ההכנסה הלאומית, מעניין לגזור את "יחס-התלות" מן התחזיות הדמוגרפיות. היחס הפשוט ביותר הוא בין שיעור האזרחים שבגיל מתקדם, למשל מעל 65, ובין מבוגרים אחרים בגיל העבודה - בעבר היה מקובל לחשוב שמבוגר כשיר לעבודה הוא מי שמלאו לו 15 שנה; עכשיו נוטים לאחר זאת לגיל 20. יחס-תלות רחב יותר הוא שיעור כלל הנפשות שאינן עובדות, כולל בגיל הילדות והחינוך, לעומת הבוגרים בגיל העבודה. יחס-התלות הרחב מכניס לחישוב את העובדה, שכאשר שיעור הקשישים עולה, שיעור הצעירים שמתחת לגיל העבודה יורד ואז ייתכן שהעומס הכלכלי יקטן. מתברר, שעקב התארכות תקופת החינוך, כולל החינוך העל-תיכוני כמעט לכל, שינוי זה בחישוב אינו משנה את העומס הכלכלי.

מטרתנו כאן לדון בעומס הכלכלי כתוצאה משינויים דמוגרפיים, ולא בדמוגרפיה עצמה. בהנחה, שתמיד ההכנסה לנפש עולה ודור הפורשים יסתפק בהכנסה פחותה מאשר הממוצע העולה של העובדים גם כמסגרת העיקרון של שמירת רמת-החיים של העובד, העומס הנובע מעליית יחס-התלות קטן במידת מה מעליית יחס-התלות עצמו. אבל יחס-התלות הכלכלי יעלה בצורה מכבידה עם השינוי הדמוגרפי גם לאחר התיקון הזה, ובעיקר בהקשר של דור ה-Baby Boom.

התחזיות על יחס-התלות הכלכלי לפי שינוי יחס-התלות הדמוגרפי מניחות לשם

במקום עבודה אחד, פרישה מעבודה. כנוהג זה העובד נעשה תשוע לקראת סוף חיי העבודה שלו ורוצה מאוד לפרוש (לעתים פרישה מוקדמת לפני הגיל הרשמי). גם המעסיק מעוניין בפרישה בזמן, ואף מוקדמת על חשבוננו, מפני שהעובד הוותיק על-פי רוב פחות יעיל ושכרו גבוה. משום כך, עוד לפני השינויים הגדולים בשוק בגיל הפרישה, בפועל, החל משנות ה-60, למרות היציבות ואף עליית גיל הפרישה הרשמי, ליותר ויותר עובדים יש פנסיה מסודרת ברובד השני ומשום כך גדל העומס האקטוארי משנה לשנה והכביד יותר ויותר.

בשניים-שלושה העשורים האחרונים מתחוללים שינויים מפליגים בטכנולוגיה, בשוק ובדרכי הארגון המשפיעים מאוד על ענייננו (קינג, 1994, עמ' 25; OECD, 1996, p. 21). השינוי הטכנולוגי, בצורת מחשוב, נכנס לרוב תהליכי הייצור והשירות במפעל ושיעור העבודה הגופנית הקשה יורד ואת מקומה תופסים רובוטים או שליטה מיכנית בחלקים נכבדים של תהליכי הייצור ובמשרד. שינוי זה דורש עובדים בעלי כישורים אחרים לגמרי מאלה שהיו נחוצים בעבר. העובדים נדרשים להיות בעלי יכולת לקלוט את המחשוב ולהפעילו, והם חייבים לגלות הבנה ושליטה בתהליכים אוטומטיים ואוטומטיים למחצה. פעילות זו נעשית על-פי רוב בצוותים שבהם כל עובד מכיר היבטים רבים של התהליך. העובד נדרש להיות בעל מיומנויות רבות, שרובן חדשות ומתחדשות כל הזמן. לעובד ותיק קשה מאוד להסתגל לשינויים אלה ומשום כך הוא נפלט מן העבודה בתור מובטל, או עקב "נכות" או בדרך של פרישה מוקדמת. גם צעירים בוגרי החינוך מתקשים להיכנס לעולם עבודה טכנולוגי כזה בגלל חוסר הכנה מתאימה ולפיכך גם הם תורמים לגידול רב באבטלה של מובטלים לזמן רב. כלומר, לפנינו

בהנחה שיתקיימו כללי הפנסיה הנוכחיים (עם שינויים שכבר הוחלט עליהם), ייווצרו פערים עצומים בין התשלומים לפנסיה ובין ההפרשות למערכת שאותם יהיה על המשק הלאומי לכסות. הנה, לדוגמה, שלושה סוגי ארצות: ביפן מצוי הפער הגדול ביותר והיא דוגמה לארץ שבה יגדל מאוד יחס-התלות; בצרפת (וכמוה בכמה מדינות נוספות באירופה) הפער הוא בינוני; בבריטניה (וגם בארצות-הברית ובקנדה) הפער קטן בשל קיום מערכת פנסיה צוברת יותר רחבה והצמדה לאינדקס המחירים, ולא לשכר הממוצע. למרבה הצער, בישראל אין תחזית דמוגרפית לטווח ארוך ומשום כך אי אפשר לגזור את התפתחות יחס-התלות הכלכלי הצפוי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מנמקת זאת באי ודאות קיצונית לגבי עתיד העלייה ומשום כך היא מחשבת תחזית דמוגרפית ל-5 שנים בלבד).

המסקנה מפרק זה היא, שתחזית יחס-התלות הכלכלי קשה מאוד לביצוע עקב אי-ודאות רבה בקשר לכמה מרכיבים של ההתפתחות העתידית לטווח ארוך מאוד. מאחר שכל תכנון לטווח ארוך חייב להניח הנחות "שמרניות", נסיק מסקנה שצפויה הכבדה גדולה ביחס-תלות זה ויש לחתור לשינויים מבניים שיפתרו את הבעיה בלי לפגוע במטרה הפנסיונית ותוך-כדי יצירת מקורות להשקעה, שיאפשרו את המשך צמיחת המשק.

שוק העבודה

ער לאחרונה היה מקובל לחשוב, שעובד תעשייה רגיל, כולל עובדים בשירותים למפעל שהם שכיריו, מקיים נוהג ליניארי של חיי עבודה: חינוך כללי או מקצועי, עשרות שנות עבודה, רצוי במקצוע אחד ואף

לפרישה מוקדמת, רובם בגילאים מתקדמים למדי. כדי להשתלב בשיטות הארגון והמינהל החדשות דרוש רקע רחב של השכלה, הכולל ידע במחשוב ויכולת לקלוט במהירות ידע מקצועי ייחודי למפעל המשי-תנה כל הזמן. עובדים "ותיקים" (לעתים כבר מגיל 45) שנהנו ממעמד מכובד ומשכר טוב פתאום נושרים לכיוון חסר מוצא חיובי, מצטרפים למעגל האבטלה או נאלצים לפרוש פרישה מוקדמת.

השינוי הגדול הרביעי הוא במבנה השוק: חברות התעשייה הגדולות והבינוניות מקטינות בהרבה את מצבת העובדים שלהן וחלק גדול משוק העבודה תופסים השי-רותים, שבהם נוצרים רוב מקומות העבודה החדשים. "שירותים" הוא מושג רחב ומגוון מאוד: משירותים צרכניים המוניים הדורשים מן העובד מיומנות מצומצמת מאוד ולפיכך השכר המשתלם בהם נמוך (לדוגמה, רשת "מקדונלדס"), ועד לשירותים מקצועיים מאוד הדרושים לענפי המשק, שבהם יש ידע עצום והכנסה בהתאם. שינוי מבני זה משפיע מאוד על היקף ארגון העובדים באיגודים מקצועיים - אלה קטנים ונחלשים וכך קטנה ההגנה על השכר ותנאי הפרישה, דבר המקל על המעסיקים להפריש את העוב-דים הוותיקים והיקרים ועקב כך להוריד את גיל הפרישה בפועל.

השינוי הבא הוא ההרכב המיני של המועסקים: יותר ויותר נשים נכנסות לשוק העבודה כדי להגדיל את הכנסת המשפחה ולעתים אף להחליף את בן-הזוג שנפלט מן העבודה עקב השינויים שתוארו לעיל. יש יותר ויותר משפחות חד-הוריות וברובן ראשי-המשפחה והמפרנס היא אישה. שיעור גבוה של הנשים נכנסות לשוק בגיל צעיר ואחר כך הן פורשות באופן מלא או חלקי בגיל 25-40 כדי להתמסר לטיפול בילדים או בהורים מזדקנים ולאחר מכן הן חוזרות

אבטלה מבנית שהיא תוצאה של חוסר הת-אמה בין הביקוש וההיצע של העובדים, ולא חוסר ביקוש "קינסיאני" (Habib and Nus-berg, 1990, p. 165; E.C., 1996, p. 10).

השינוי הגדול השני הוא בשוק. נוצר שוק סחורות עולמי, פתוח במידה רבה, ופתוח כמעט לגמרי בשוק ההון בין המדינות המפותחות (גם ישראל צועדת בכיוון זה); המכסים כמעט חוסלו בתחום התשומות התעשייתיות וירדו מאוד גם לגבי מוצרים מוגמרים. נוצרו גם שווקים פתוחים אזוריים ואף בין-אזוריים; גם שוק העבודה נפתח יותר במישור העולמי. קלות הנסיעה הקלה לעתים גם על ההגירה (דבר זה נכון גם לגבי הזרים בישראל). שוק עולמי זה איפשר את פיתוח שיטת "הקנייה מבחוץ" (out-sourcing), לפיה המפעל קונה תשומות בכל מקום בעולם שבו הן הזולות ביותר ואז הייצור הפשוט יותר נעלם ממנו. פועלי-ייצור ותיקים ומיומנים מוצאים את עצמם מיותרים, מפני שמתחריהם במזרח-הרחוק עולים עשירית מן העלות שלהם למעסיק המקומי. הטכנולוגיה החדשה עוברת עם ההון למ-קורות העבודה הזולים ואז מקבלים תשומות זולות בהרבה עם טכנולוגיה חדישה. העובד הוותיק הרוצה לעבוד חייב לרכוש מיומנויות חדשות או לפרוש לפי פיתוי המעסיק פרישה מוקדמת.

השינוי הגדול השלישי הוא בארגון ובמינהל: המחשוב מאפשר בקרה על תהליכי העבודה והייצור עם הרבה פחות מנהלים זוטרים ועקב כך המינהל בדרגי הבי-ניים נעשה מיותר בחלקו. העבודה מתנהלת בצוותים של עובדים מיומנים וגמישים כתפקודם, שמשתפים אותם הרבה יותר בארגון, בבקרה ואף בפיתוח. בחברות גדולות ואף בבינוניות מבטלים דרגים שלמים של מינהל ואלפי עובדי-מינהל כאלה נעשים מיותרים ויוצאים גם הם

העבודה החדשים בתעשייה ובשירותים נוצרים במפעלים אלה.

נושא זה קשור במיוחד לענייננו, משום שאין כל סיכוי שעובד מבוגר ותיק ימשיך לעבוד בצורה יעילה בלי שיקבל הכשרה מתאימה. יתרה מזו, לעתים קרובות צריך העובד הוותיק להחליף מקום עבודה ואף מקצוע כדי להמשיך לעבוד. החלפה עמוקה כזאת מקובלת באירופה, אולם בישראל יש הרבה יותר יציבות במקצוע ובמקום העבודה של הוותיקים עקב הסדרי הפנסיה ו"פיצויי הפיטורין". לחברה ולמדינה יש עניין בהמשך עבודתו של העובד, ואילו למעסיק הבודד אין עניין בכך. לפיכך על המדינה להיכנס בצורה רחבה ועמוקה לנושא של ההכשרה הבסיסית והמקצועית לעובדים ותיקים. העניין נעשה חשוב במיוחד לקראת התבגרות דור ה-Baby Boom. אם רוצים שדור זה ימשיך לעבוד, חייבים להשקיע בו במיוחד ממקורות ציבוריים.

כדי לעודד את ההכשרה המקצועית, ובעיקר הפנים-מפעלית, יש להכיר בהוצאה זו לצורכי מס מבחינת המעסיק ומבחינת העובד.

כאשר העובד יוצא להכשרה מחוץ למפעל במטרה להחליף מקום עבודה יש להכיר בכך כבאירוע המזכה בפיצויי פיטורין וכסיום יחסי עובד-מעביד מבחינת הסכמ-העבודה והחוקים הנוגעים בדבר. שינויים אלה יקלו על ההחלטה להיכנס להכשרה יסודית וממושכת וכך ליצור ניידות למקומות עבודה חדשים ומתאימים לשלב הגיל הבא.

2. עבודה חלקית. בשלושה העשורים האחרונים קיבלה העבודה החלקית תנופה רבה. שיטה זו מתנהלת בצורות שונות בהתאם לנסיבות ולתנאים: פחות שעות עבודה בכל יום; פחות ימי עבודה בשבוע; חופשות ללא תשלום לצרכים משפחתיים או לצורכי השתלמות; עבודה קבלנית מן הבית

לשוק העבודה. לנשים עובדות אלה יש כמה בעיות קשות בהקשר של ענייננו: צבירת זכויות הפנסיה שלהן היא חלקית ועל-פי רוב לא מספקת להשגת המטרה הפנסיונית; לרובן אין יכולת להשתלב בשוק הטכנולוגי החדש ומשום כך הן פונות לשירותים הפשוטים שבהם קיימת אי-יציבות קשה. לפיכך גם הן צפויות לפרישה מוקדמת ולציפייה דרוכה לפרוש מוקדם ככל האפשר לפי החוק והתקנות.

במסגרת פרק זה יידונו שלושה נושאים בפירוט:

1. הכשרה ולימוד. השינויים הטכנולוגיים הגדולים והתכופים מחייבים מהלך מתמיד לכל אורך חיי העבודה של הכשרה מקצועית לעובדים (OECD, 1996, pp. 20, 25, 65). יתרה מזו, ההכשרה נעשית מורכבת יותר ויותר ומשום כך דרושה השלמה גדולה לחינוך הבסיסי של העובדים, ששוב אינו מספיק לקליטת ההכשרה המודרנית. כאן יש תופעה נוספת של "כֶּשֶׁל שוק": למעסיק לא כדאי להשקיע הרבה בעובדיו מפני שהוא חושש שהם יעזבו אותו כאשר ירגישו שבשוק יש להם ביקוש עדיף. שיקול זה נכון בעיקר לגבי שיפור ההשכלה הבסיסית הכללית, אך למשק הלאומי יש תרומה גדולה משני סוגי הכשרה אלה. משום כך ממשלות באירופה נוטות לעזור בצורות שונות ובתקציבים גדולים להכשרה הבסיסית והמקצועית-מפעלית. כאלה הן, למשל, התוכניות "Adapt" ו-"Objective", שע-ליהן הכריזה מועצת אירופה והקציבה להן סכומי כסף גדולים (European Commission, 1996, pp. 8-18).

בתחום זה מתקשים בעיקר מפעלים קטנים ובינוניים, המודאגים מעתיד הקשר עם העובדים שלהם וגם מן הצפוי לארגון ההכשרה עצמה, בעוד שרוב מקומות

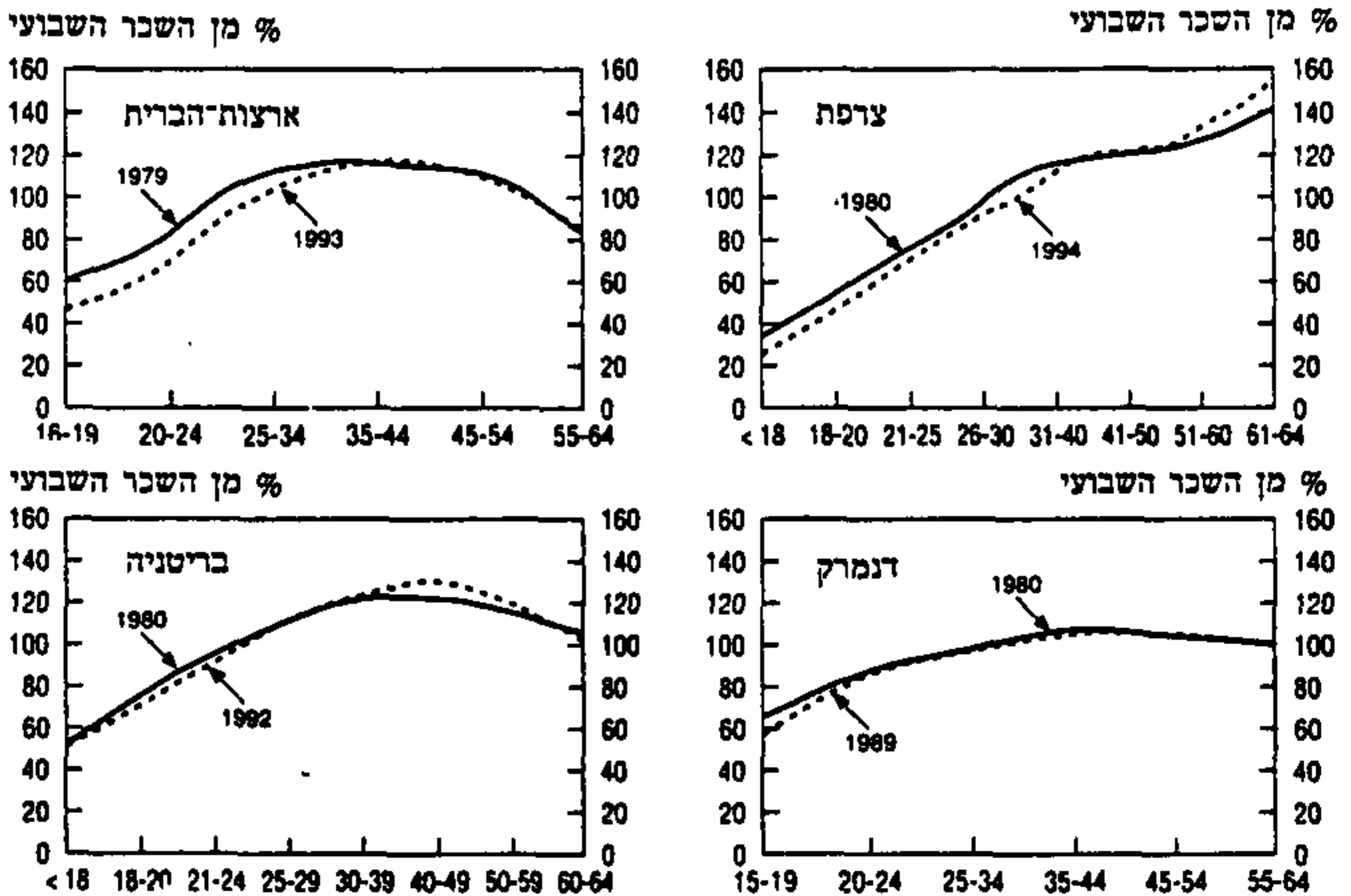
הפוגעת בעיקר בעובדים הוותיקים, קיימת סכנה סבירה, שכאשר יהיה שיפור בשוק הם לא יוכלו לחזור לעבודה לאחר שנותקו ממנה, בעוד שעובדים חלקיים יכולים לחזור ביתר קלות להיקף עבודה גדול יותר.

השתרשות שיטת העבודה החלקית בשוק מקלה על קידום ההצעה המועלית כאן: עבודה חלקית של עובדים ותיקים ומבוגרים בשילוב עם פנסיה חלקית. לעבודה חלקית של עובדים מבוגרים, נשים וגברים, יש כל היתרונות שמנינו לעיל ובצורה העמוקה ביותר: שימוש בידע ובניסיון שהצטברו בלי צורך לעבוד עבודה מלאה כאשר הדבר קשה לעובד; שילוב ואיזון עם צרכים משפחתיים, לרבות טיפול בזקנים ובנכדים; גמישות והשתלבות בארגון מקום העבודה; היתרון של נאמנות רבה הגוררת עמה פחות היעדרות "לא מוסברת", למרות ריבוי

(מחשוב המשרד); התחלה גמישה של יום-העבודה ומספר שעות עבודה לא מלא ועוד. עבודה חלקית מאפשרת להשלים זכויות פנסיה חסרות, בעיקר אצל נשים, והיא מקבלת משקל רב אצל העובדים בגיל המתקדם (Habib and Nusberg, 1990, p. 20).

שיטה זו נוחה ליחיד, מפני שהיא מאפשרת לענות בצורה טובה יותר על בעיותיו הייחודיות. שיטה זו נוחה גם למעסיק, משום שהיא מאפשרת גמישות רבה יותר בארגון העבודה ואף בכמותה הכללית לפי צרכי השוק המשתנים. היא נחשבת שיטה יעילה לפתרון בעיית האבטלה שתידון בהמשך. רוב העובדים המבצעים עבודה חלקית הם נשים, מפני ששיטה זו מתאימה מאוד לשילוב חובותיהן למשפחה עם רצונן להביא פרנסה. בעת אבטלה,

תרשים מס' 2. פרופיל שכר ממוצע לפי גיל כאחוז משכר ממוצע כללי



מקור: OECD, 1996, p. 71.

הטיה, משום ששנת הסקר החדשה היא 1993, שבה היתה אבטלה גבוהה). חלק נכבד מבני גילים אלה עובדים באופן חלקי בשכר שהוא מתחת למגבלה של קבלת הקיצבה (39 אחוזים מן הגברים ו-29 אחוזים מן הנשים). אחוזים אלה לא השתנו מאז שנת 1978. רמת השכר של עובדים אלה עלתה מאותה שנה בצורה ניכרת.

המגבלה של הביטוח הלאומי לקבלת הקיצבה היא 57 אחוזים מן השכר הממוצע במשק לעובד בודד ו-76 אחוזים לנשוי עם תלוי. יש להניח, שהעלאת המגבלה או אף ביטולה היו מגדילים את ההשתתפות של בני גילים אלה בכוח העבודה, בעיקר בעבודה חלקית.

נסכם את הקשיים במימוש העבודה החלקית (קינג, 1994, עמ' 38-39, ומחקרים בחוץ-לארץ שהיא מביאה): קנס על הקיצבה או הגימלה מפנסיה עקב עבודת הגימלאי, למשל: עובד מדינה בישראל, שגילו עד 60 והעובד במקום הנהנה מ"קופת הציבור" יפסיד עד שני שלישים מן הפנסיה שלו; אם גילו 60-65, הוא יפסיד שלישי. קנס כזה נהוג בארצות-הברית בצורה נרחבת; באירופה הוקטן הקנס או בוטל בחלקו כדי לעודד עבודה חלקית. העובד הוותיק מוגבל מבחינה פיזית, הוא בררן יותר בבחירת העבודה גם עקב שמירת "מעמד" אישי. בשוק יש נורמה של אפליית מבוגרים בעבודה - דבר המקשה מאוד על חיפוש עבודה באמצעות לשכות-התעסוקה ובעזרת קשרים אישיים. בישראל ובכמה מדינות באירופה, לרוב העובדים יש בעלות על דירה - דבר המקשה על ניידות בעבודה. מתזור העסקים הכלכלי, שיש בו גלי עלייה וירידה ברמת התעסוקה, מביא ליציאת עובדים ותיקים משוק העבודה בשפל, אך החזרה לעבודה בתקופת גיאומטרית קשה יותר מן הסיבות שנמנו לעיל.

המסקנה: יש קשיים במצב השוק הנוכחי

ההיעדרויות עקב סיבות בריאות. כלומר, מצד שוק העבודה קיימים כל התנאים לכיצוע "הרובד הרביעי" המוצע כאן.

יש הבדל גדול בפרופיל השכר בין הארצות האנגלו-סכסיות, שבהן יש ירידה תלולה בשכר לקראת סוף חיי העבודה ולפיכך קל יותר להעסיק עובדים ותיקים בעבודה חלקית, ובין מדינות יבשת אירופה, שבהן השכר עולה כל הזמן או נשאר יציב בגיל המתקדם, דבר המקשה על עבודה חלקית, מפני שהיא יקרה מאוד לגבי עובדים ותיקים.

המחקרים על פרישה מוקדמת (אצל קינג, 1994, עמ' 59) הראו, שבני הגילים המתקדמים מעוניינים בעבודה חלקית ורוב אלה שהוצאו ל"פרישה מוקדמת" וחוזרים לעבודה עושים זאת בצורה של עבודה חלקית. עבודה חלקית אחרי "פרישה מוקדמת" כרוכה על-פי רוב בירידת הכנסה ובמעמד נמוך יותר בעבודה (קינג, 1994, עמ' 66). יצירת רציפות בעבודה בדרך של מעבר הדרגתי ומסודר לעבודה חלקית יכולה ליצור תנאים טובים יותר לעובד ולהביא תועלת מרובה למעסיק. מחקר אחר (Zipkin, 1993, pp. 25ff.) מראה, שכערך שליש מן הפורשים בישראל סביב הגיל הפורמלי רוצים להמשיך לעבוד; 92 אחוזים מהם רוצים לעבוד בעבודה חלקית (כלומר, עד 20 שעות לשבוע, שהן בערך מחצית מעבודה מלאה). נתונים מארצות-הברית מעלים תמונה דומה מאוד. הסיבה העיקרית למניעת מימושה של כוונה זו של הפורשים הם הסדרי הקיצבה והפנסיה המטילים "קנסות" על מי שעובד עבודה מלאה.

נתוני המוסד לביטוח לאומי (מורגנשטיין, נמרודי, שמלצר, 1997, עמ' 9) מראים, שרק 17 אחוזים מן המגיעים לגיל קבלת קיצבת הזיקנה רוחים את פרישתם. שיעור זה לא השתנה מאז שנת 1978 (אפשר שיש כאן

העבודה. למשל, לפני 50 שנה השתתפו בכוח-העבודה בכריטניה 50 אחוזים מן הגילאים שמעל 65. עכשיו ירד שיעור זה ל-7 אחוזים. תהליך הירידה מתחיל מגיל 55 ובצורה תלולה. אצל נשים הירידה פחות תלולה, מפני שרובן עובדות באופן חלקי וחסר להן חלק גדול יותר להשלמת הפנסיה (Habib and Nusberg, 1990, p. 11); OECD, 1996, pp. 66-69). גם בישראל ניכר תהליך של ירידה בהשתתפות בכוח ה-עבודה בגילאים המתקדמים ולפני גיל הפרי-שה הרשמי. תהליך זה קיבל תנופה בשנות האבטלה הקשה (קינג, 1994, עמ' 11, 26).

לפנינו תהליך מתמיד של ירידה בהשתתפות הגברים בכוח העבודה בישראל ועלייה בהשתתפות הנשים. תהליך דומה נראה במדינות המפותחות. בשוודיה התהליך בולט פחות, מפני שהונהגה שם "מדיניות העבודה הפעילה", שהכינה את העובדים הוותיקים לקראת השינויים בשוק העבודה.

חלק מן האבטלה נפתר בדרך של עבודה חלקית. כלומר, ביוזמת המדינה או המעסיקים (ידועה הדוגמה של חברת פולקסווגן בגרמניה, 1995) מחלקים את כמות העבודה הנתונה בטווח הקצר בין יותר עובדים בדרך של מעבר ל-3-4 ימי-עבודה בשבוע, או מתן חופשות ארוכות בהסכמת העובדים למטרות השתלמות כללית ורכישת השכלה.

כל אלה מובילים לירידת גיל הפרישה בפועל. תהליך זה גובר והולך בשני העשורים האחרונים. על רקע זה נראית הצעתנו כעומדת בניגוד למציאות בשוק העבודה. אבל ניתוח מעמיק יותר מראה, שפתרון הכעיות המבניות יכול להקל מאוד את העניין. ההנחה היא, שאבטלה היא תופעה לטווח בינוני ואנו עוסקים בנושא לטווח הארוך. בטווח הארוך תיתכן תרומה מכרעת של שני גורמים שנותחו לעיל: (א) מתן הכשרה בסיסית לאנשים מבוגרים

לקיום העבודה החלקית בגילאים המתקדמים. רציפות בעבודה ושינויים בהכשרה ובתפקוד יכולים להביא למימוש המהלך.

3. אבטלה. ארצות אירופה המפותחות סובלות מאבטלה גבוהה מאוד, המגיעה בממוצע ל-11 אחוזים מכוח העבודה, ועדיין אין סימנים למציאת דרכים להקלה של לחץ חברתי וכלכלי עצום זה. מתוך מיליוני המובטלים ניכרים כמה גושים של מובטלים לזמן ארוך, למעלה משנה, של-גביהם ברור שהכעיה היא מבנית; כלומר, אי התאמה בין טיב העובדים המציעים את עצמם לשוק ובין טיב הביקוש לעובדים ובין המעסיקים, ולא חוסר ביקוש מאקר-כלכלי במשק (פלג, 1995). אחד מגושי מובטלים אלה הוא של עובדים מבוגרים יותר, מעל גיל 50, המתקשים מאוד למצוא עבודה אחרי שהם נפלטו ממקום עבודתם הקודם. עובדים אלה, שמוכנים לעבור ולעבוד בשירותים צרכניים או בשירות טיפולי (נשים בעיקר), מוצאים עבודה ביתר קלות; היתר נשארים מובטלים במשך שנים מספר.

האבטלה גדלה גם עקב כניסה גדולה של נשים לשוק העבודה, מפני שבחלק ממקומות העבודה הן מחליפות עובדים קיימים. יידרש זמן עד שהשוק יקלוט גידול זה, שנעשה מהר יותר מקצב הצמיחה של המשק. כלומר, גם כאן יש בעיה מבנית שבחלקה תיפתר בטווח ארוך יותר.

גוש נוסף של עובדים המצטרף להיצע הם המהגרים מארצות מתפתחות למפותחות. אמנם רובם מקבלים עבודות פשוטות ש-תושבי המקום אינם רוצים לעבוד בהן, אך בשוליים יש תחלופה עם עובדים מקומיים מפני שיש נכונות לעבוד בשכר נמוך יותר.

לגבי המובטלים המבוגרים יותר נוצרים מעברים לנכות (אובדן כושר עבודה), פרישה מוקדמת על חשבון המעסיקים ובעידוד המדינה ואף יציאה מהשתתפות בכוח

לוח מס' 1. השתתפות בכוח העבודה בגיל 55 ומעלה לפי מין

גילאים				
שנים	59-55	64-60	69-65	+ 70
גברים				
1992	77.3	61.1	28	13.1
1993	76.6	60.8	28.4	13.9
1994	76.7	61.2	26.5	13.5
1995	76.6	59.3	28.3	13.2
*1995	77	59.7	28.5	13.2
1996	76	59	26	12.6
1-3.1997	72	57.2	25	10.5
נשים				
1992	40.9	19.4	7.7	4.3
1993	41.2	19.7	8.8	3.8
1994	43.1	50.5	8.9	4.1
1995	43.9	21.1	10.2	4.2
*1995	44.2	21.5	10.2	4.2
1996	44.7	19.9	7.2	4.2
1-3.1997	46.6	20.6	8.2	4
סך הכל				
1992	58.2	38.4	16.3	8.2
1993	58	38.7	17.1	8.1
1994	58.9	39.3	16.5	8.2
1995	59.5	38.8	18.1	8
*1995	59.8	39.1	18.1	8.1
1996	59.6	37.9	15.6	7.7
1-3.1997	58.6	37.6	15.6	6.7

* על-פי ההגדרה החדשה.

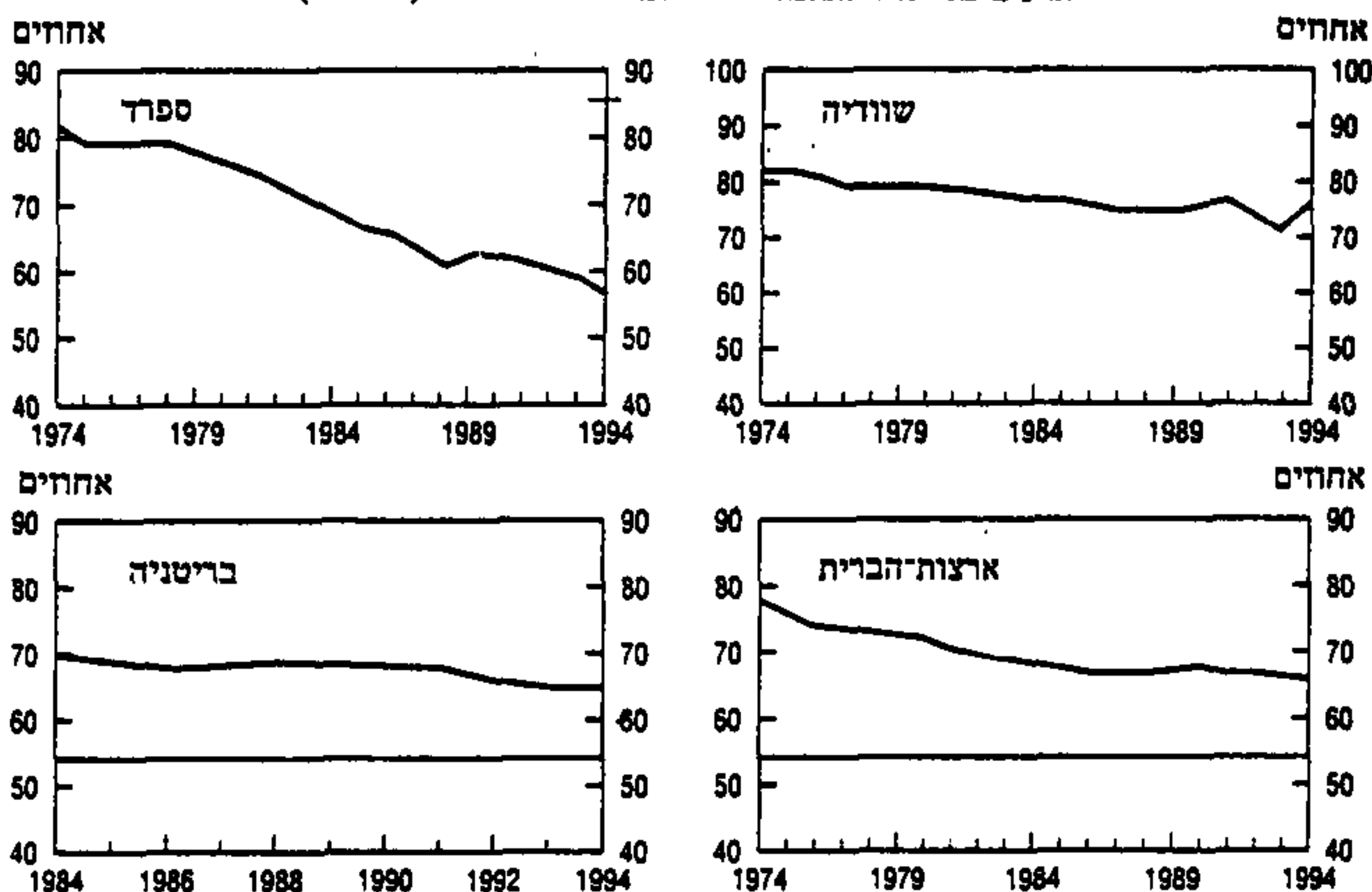
להתממש, על כל פנים באשר לחלקה הראי-
שון - עבודה חלקית עד גיל גבוה למדי.
תחזית על המתרחש בארצות-הברית, למשל
(Habib and Nusberg, 1990, p. 171),
מראה, שלטווח הארוך יתווספו 20 מיליון
עובדים שימלאו חוסר קשה של כוח-עבודה
שנוצר עקב עליית יחס-התלות הדמוגרפי.

הפרישה מן העבודה

המונח "פרישה מן העבודה" נתון בוויכוח

להשלמת חסרים בהשכלה כללית שהיא
התשתית לקליטת הכשרה מקצועית. זו
יוצרת התאמה לשינויים הטכנולוגיים
והארגוניים. הראיה - בארצות-הברית, ביפן
ובאנגליה גם היום האבטלה נמוכה יותר
מאשר באירופה, מפני שחלק מן התהליכים
האלה פעלו בהן מוקדם יותר; (ב) הנכונות
לעבוד עבודה חלקית בארגון גמיש. זו יכולה
להחזיר לשוק העבודה את העובדים המבו-
גרים בהנחה שהם שוב יתאימו לבי-קוש
המקצועי הדרוש. לפיכך, בטווח הארוך,
ולמרות האבטלה הנוכחית, הצעתנו יכולה

תרשים מס' 3. השתתפות בכוח העבודה בגיל 64-55 (באחוזים)



מקור: OECD, 1996, p. 67.

מובן מאליו שגיל הפרישה (על צורותיה השונות) הוא המשתנה החשוב ביותר לגבי הטיפול בלחץ הכלכלי הגובר והולך של הבטחת ההכנסה לאחר הפרישה (Sheetal, Jaeger and Jaeger, 1996, p. 32), משום שהתהליכים הדמוגרפיים כפי שהם תוארו כאן מצויים מבחינה זו כמעט לגמרי מחוץ למערכת. לפיכך ניסו לכלול ברפורמות הראשונות במערכת הפנסיה, ברוב המדינות המפותחות, את דחיית גיל הפרישה הפורמלי לכל העובדים, כמו גם להשוות גיל זה בין המינים, היינו לדחות את מועד הפרישה גם לגבי הנשים.

לוח מס' 2 מראה את גילאי הפרישה הנהוג למעשה בישראל, שבה גיל הפרישה הפורמלי לגברים הוא 65 ולנשים 60-65. עד הפרישה יש גם עבודה חלקית: 70 אחוזים מן הגברים פורשים בגיל הפורמלי ואחריו; קרוב למחצית מן הנשים פורשות לפני הגיל הפורמלי (60); כלומר, קיים מרחב גדול

(Zipkin, 1993, p. 36): האם הוא חל רק על הפסקה מלאה וסופית של העבודה, או גם על הפסקת העבודה במקום "הרגיל" באמצעות הסדרי פרישה עם אפשרות לחזרה לעבודה כעבור זמן מה. כלומר, בתנאי השוק הנוכחיים ייתכנו צורות "פרישה" שונות. המחקרים מביאים ניתוחים שונים של הסיבות לפרישה (Zipkin, 1993, p. 40-41): סיבות "לא רצוניות" כמו פיטורין עקב צמצום כוח-אדם במפעל או הידרדרות הבריאות (לפחות חלק מן התשובות בעניין זה שנתנו הנבדקים שנכללו בסקרים הן למעשה כיסוי לסיבות אחרות), או סיבות "רצוניות" כמו רצון לזכות בשעות פנאי או החלפת עבודה. בערך שליש מן הפורשים בגיל הפרישה הפורמלי, בישראל ובארצות-הברית, אמרו שהם היו רוצים להמשיך לעבוד בצורות אפשריות שונות. רובם המכריע של הפורשים בגילאים מוקדמים יותר רוצים להמשיך ולעבוד.

לוח מס' 2. גיל פרישה לפי מין, כמות ואחוז

סך הכל פורשים גיל פרישה	גברים		נשים		סך הכל פורשים גיל פרישה
	אחוז	(000)	אחוז	(000)	
סך הכל	100.0	106.1	100.0	102.2	100.0
עד 40	5.3	0.2	0.2	10.8	10.5
49-40	3.9	1.2	1.1	7.0	6.9
59-50	18.2	9.5	8.9	28.4	27.8
60	10.6	5.4	5.1	16.6	16.2
62-61	8.0	6.1	5.8	10.5	10.3
64-63	7.2	7.4	7.0	7.6	7.4
65	19.6	36.1	34.1	4.6	4.5
69-66	13.2	19.4	18.3	7.9	7.8
+ 70	13.6	20.3	19.2	8.0	7.9
	0.5	0.3	0.3	0.7	0.7

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי כוח אדם (שנים שונות) וסקר קשישים לפי מפקד 1983.

מפני שרובם פרשו מוקדם יותר. עקב כך לא קוימה המטרה המוצהרת של שמירת רמת החיים לאחר הפרישה. זו גם הסיבה להתנגדות העזה של ארגוני העובדים לדחיית הפרישה הפורמלית, למרות שגם הם הודו שמבחינה אישית הדבר אפשרי ואף רצוי לעובד. ארגוני העובדים פעלו במרץ בכיוון של הכנסת התחליפים באמצעות הרחבת קניי-המידה לקבלת נכות "מקצור-עית" והארכת הזכות לקבלת דמי-אבטלה עבור מובטלים בגיל מתקדם.

בכמה ארצות החלה תנועה למען ביטול מוחלט של גיל הפרישה הפורמלי והצגתו כאפליה של עובדים בהתאם לגילם, ולא לפי כושר עבודתם. מהלך זה נעשה בארצות-הברית ונדון בצורה מעשית בכמה ממדינות אירופה. ביטול כזה יכול לאפשר את הגמישות בגיל הפרישה המתבקשת עקב השונות הרבה יותר בין העובדים המבוגרים מבחינת ההתאמה לשוק העבודה ומצביהם האישיים. ספק רב אם אפשר לנהל מערכת פנסיה ברובד השני בלי קביעת גיל פרישה פורמלי, אך הכנסת הצעתנו כשלב ביניים ודחייה גדולה של גיל הפרישה המלאה

המאפשר לדחות את הפרישה עד הגיל הפורמלי הנוכחי עוד לפני שידובר על השוויית גיל הפרישה בין המינים או על דחייתו לגבי כולם. באירופה גיל הפרישה למעשה נמוך יותר מאשר בישראל בשל לחצי האבטלה הגדולה והבעיות המבניות בשוק העבודה בכל הנוגע לעובדים הוותיקים.

התחזית הבסיסית היא הגירעון האקטוארי שייווצר, אשר נמדד באחוזי תמ"ג, ללא שינויים. הפעלה מידית של שינויים שכבר הוחלט עליהם תיתן פתרון חלקי בלבד. הנהגת פרישה פורמלית בגיל 67 נותנת פתרון לחלק גדול של הבעיה הכלכלית ברוב הארצות. ההצעה המובאת כאן תביא למעשה לפרישה ממוצעת בגיל המבוקש, משום שהמעבר לעבודה חלקית מגיל 55-60 הוא מדורג מאוד וזו תימשך עד גיל 70-75.

עד מהרה התברר, שדחייה ישירה זו של גיל הפרישה הפורמלי אינה מובילה בהכרח לדחיית הפרישה למעשה. להפך - ראינו שהשינויים בשוק העבודה הביאו בעשורים האחרונים לירידת גיל הפרישה למעשה. כלומר, העלאת גיל הפרישה הפורמלי הביאה למעשה לפגיעה בהכנסתם של הפורשים,

לוח מס' 3. השפעת שינויי גיל פרישה על פערי שיעור ההפרשה באחוזי תוצר גולמי מקומי

תחזית בסיסית	הפעלה מיידית של שינויי גיל פרישה	פרישה בגיל 67 בשנת 1995
ארצות התעשייה העיקריות	-0.5	-1.4
ארצות-הברית	-0.3	-0.3
יפן	-0.8	-1.6
גרמניה	-0.4	-1.2
צרפת	-0.4	-3.7
איטליה	-1.1	-5.7
בריטניה	-0.4	-1.1
קנדה	-	-0.7
שוודיה	-	-1.0

מקור: Sheetal, Jaeger and Jaeger, 1996, p. 25.

הגישה לעבודת הוותיקים, כאשר נתגלו תוצאות הפרישה המוקדמת. מעט מאוד נעשה באמצעות האפשרות להקדמת הפרישה בתוך מערכת הפנסיה בדרך של הקטנת הפנסיה בהתאם, משום שדבר זה פוגע במטרה לכל החיים. הפרישה המוקדמת כדאית למעסיק היחיד לטווח הקצר, אבל היא שלילית מאוד מבחינת המשק הלאומי וגם מבחינת מצבו האישי של העובד המפסיק לעבוד בגיל 55 ולעתים אף מוקדם יותר.

הסיבות העיקריות לפרישה מוקדמת הן אפוא קיצוצים בכוח האדם במפעל וחוסר סיפוק של העובד מן העבודה (לוח מס' 4). אפשר להניח, שעבודה חלקית מובנית בארגון כוח-האדם במפעל והכנה מתאימה בהכשרה לקראתה יקטינו מאוד את השפעת שני הגורמים הללו.

חלק מן הפורשים מן העבודה "פרישה המוקדמת" עובדים ב"שוק המשני" כדי להסתיר את הכנסתם, משום שבחלק מן התוכניות (בעיקר בפנסיה ה"תקציבית") הם עלולים להיקלע לקיזוז בין הכנסתם ובין הפנסיה המוקדמת. חלק מפורשים אלה עובדים בשוק הגלוי. בארצות-הברית, למשל, 23 אחוזים מן הפורשים עובדים

יכולים לפתור את הבעיה. אפשר שייקבע גיל פרישה פורמלי שונה לפי ענפים ואף לפי מקומות עבודה וסוגי עבודה בתוכם, במקום גיל פרישה אחיד לפי חוק לכל המדינה. סיווג כזה יוציא את העוקץ מטענת האפליה, מפני שהוא ייצור התאמה טובה יותר בין הביקוש להיצע בשוק העבודה. גמישות זו תחייב הפרשה שונה מן השכר לפי חישוב אקטוארי מפורט לכל ענף, כפי שנעשה בישראל לגבי "הנכות המקצועית" בענף הבניין בדרך של הפרשה נוספת של המעסיקים.

ירידת גיל הפרישה למעשה נעשתה בעיקר באמצעות תוכניות ל"פרישה מוקדמת" על חשבון המעסיקים כך שבמערכות הפנסיה הדבר לא הורגש ונראה היה לפי הנתונים שכאילו הפרישה נעשית על-פי ה"כתוב בספר" (דיון מפורט בנושא הפרישה המוקדמת מובא בספרה של קינג, 1994). בכמה מארצות אירופה הוקמו קרנות ממשלתיות מיוחדות כדי לעזור למעסיקים במימון הפרישה המוקדמת של עובדיהם שנועדה להקטין את האבטלה של הצעירים. באנגליה, למשל, הוקמה למטרה זו, בשנת 1977, קרן JRS. היא בוטלה בשנת 1989, כאשר ירדה האבטלה, אך בעיקר בשל שינוי

לוח מס' 4. הסיבות העיקריות להקדמת הפרישה לפי גיל (אחוזים)

גיל	קיצוצים	תנאי עזיבה טובים	סיבות בריאות	קשיים בביצוע העבודה	חוסר סיפוק בעבודה	סך הכל
54-43	33.8	9.1	10.4	11.7	35.1	100.0
59-55	39.6	17.8	14.2	7.3	21.2	100.0
64-60	33.9	10.1	16.8	11.9	27.3	100.0
סך הכל	36.3	13.0	13.4	9.9	27.5	100.0

מקור: קינג, 1994, עמ' 30.

לריענון כוח העבודה; לחץ אישי על העובד ועל-פי רוב ירידה בהכנסה; נזק גדול למשק הלאומי בטווח הארוך).

נציין כמה מן ההיבטים של שיטת "הפרישה המוקדמת" שעבודה חלקית בתוספת פנסיה חלקית יכולה לפתור אותם בצורה טובה בהרבה: מבחינת העובד - אין ניתוק מן העבודה, כך שהשתתפות בכוח העבודה אינה יורדת, עיקר הלחץ הפסיכולוגי והארגוני בעת תהליך ביצוע הפרישה המוקדמת נמנע ונוצר מסלול להתחדשות מקצועית המאפשר המשך עבודה לעוד הרבה שנים. העבודה משפרת את הבריאות הגופנית והנפשית ומאפשרת מימוש שיפור זה בהעלאת היכולת להמשיך ולעבוד. מבחינת המעסיק יש כאן חיסכון רב במימון, אפשר לשנות את הרכב כוח העבודה בלי להפסיד את ההון האנושי שהצטבר אצל הוותיקים; לממשלה ולמשק המדינה יש בכך פחות אי-עבודה הנעשית בצורות שונות (נכות, מחלה, אבטלה ופרישה מוקדמת), חיסכון במימון כל הצורות של אי-עבודה וחיסכון בסבסוד הפנסיה בעתיד, משום שזו תקטן בסך הכל לכל פורש.

לעתים הסכימה הממשלה להקצות חלק מדמי האבטלה כהשלמת הכנסה לעובדים שהסכימו לעבוד עבודה חלקית. כלומר, בפועל התבצעה הצעתנו: עבודה חלקית

במקומות אחרים (Habib and Nusberg, 1990, p. 34). הסיבות העיקריות לכך הן הצורך בהכנסה נוספת כדי לשמור על רמת-החיים ובריאות טובה המאפשרת להם המשיך ולעבוד. עובדים אלה טוענים, שלולא הקיזוז בין ההכנסה הנוספת לקיצבת הביטוח הלאומי הם היו עובדים יותר. בישראל, לעומת זאת, מועסקים רק 16 אחוזים מן הפנסיונרים שפרשו מן העבודה מוקדם (קינג, 1994, עמ' 38). בגילאים ה"צעירים" יחסית (45-59) מועסקים 35 אחוזים, אבל אחר כך שיעור זה יורד מאוד. מועסקים יותר בעלי השכלה גבוהה יחסית, בעלי הכנסה גבוהה יותר, עובדי "צווארון לבן" מאשר "בעלי צווארון כחול". התפלגות זו נותנת כיוון לסיכויים של מימוש עבודה חלקית במקום הפרישה המוקדמת.

כניסת הנוהג של עבודה חלקית הקטין בענפים אחדים ובמקומות עבודה אחדים את תחולת השיטה של פרישה מוקדמת. בדרך זו ייחסכו הוצאות עצומות הכרוכות בביצוע הפרישה המוקדמת המוטלות בעיקר על המעסיקים, וייווצר תוצר נוסף לטובת כל הנוגעים בדבר. ניתוח מפורט של נושא "הפרישה המוקדמת" (קינג, 1994) מראה, שהיבטים רבים של הנושא הם שליליים מבחינת כל המעורבים בדבר (עלות גבוהה למעסיק, למרות שדבר זה משמש אותו

מבחינה פונקציונלית, עובד בגיל מתקדם אינו יכול לבצע עבודה גופנית קשה והוא סובל גם מירידה ביכולת ה"מוטורית" הפשוטה בידיו. אבל מתברר כאמור, שמבחינה שכלית אין ירידה עד גיל מתקדם מאוד: הוכח בלימודים באוניברסיטאות ובמחקרים שאין לבני אדם קושי לקלוט ידע חדש בגיל מתקדם. במעשה התעשייתי מתברר, שעובדים "וחיקים" יכולים לבצע הרבה עבודות הרכבה ובוודאי שהם יכולים להמשיך בעבודות ניהול ובקרה שעיקרן במחשבה. לפיכך, ההגדרה איננה לפי יכולת אישית ולפי גיל, אלא היא "חב" רתית". זוהי נורמה הנוצרת בעקבות תנאי השוק. משום כך, בעת אבטלה, עובד שפוטר בגיל 45 מתקשה למצוא עבודה והוא נחשב "וחיק". בזמן שיש חוסר עובדים כללי או בענף אחד, גם עובדים בגיל 65 מבוקשים לעבודה. לפיכך, גיל הפרישה איננו משתנה אובייקטיבי לפי מצב האדם בגיל ידוע, אלא תלוי במצב השוק והנורמות החברתיות. זהו הרקע האישי לקליטת השינויים המוצעים בכיוון של עבודה חלקית בגילים מתקדמים.

שיטת הפרישה הכפויה בגיל קבוע התאימה לשוק העבודה הישן, שבו רוב העובדים היו קשורים לעבודה אתחל במפעל אחד ברוב חי העבודה שלהם. הדגם האופייני היה מפעל תעשייה גדול ובו המוני עובדים, שכל אחד מהם שומר שנים רבות על תפקידו ועל עמדת העבודה שלו. העובד הוותיק "חיכה לרגע" שבו יוכל לפרוש ולקבל פנסיה מסודרת ולנוח בחיק משפחתו מעמל השנים הרב והקשה. חלק מן העובדים פרשו קודם באמצעות ביטוח "נכות" (איבוד כושר העבודה). שיטה זו קיבלה ממדים גדולים בעיקר בתקופות של אבטלה, כאשר נוצר לחץ לפינוי מקומות העבודה והעובדים הוותיקים והעייפים הסכימו ברצון להיות "נכים". בהולנד,

וקבלת הכנסה משלימה ממקור חיצוני ליחסי העבודה הישירים.

בישראל הועלה גיל הפרישה הפורמלי למבוטחים "חדשים" ל-65 באמצעות הש"ו וואת גיל הפרישה לשני המינים ברפורמה בפנסיה בשנת 1995. פתרון חלקי ניתן בישראל באמצעות קיום "נכות מקצועית" בענף הבניין, המאפשרת פרישה ללא קנס מגיל 60 לגברים כאשר ועדה מאשרת אי-כושר עבודה בבניין "על הפיגום" לפי קני-מידה גמישים מאוד. לעומת זאת, בהשוואה למדינות מפותחות אחרות יש בישראל רק מעט עבודה חלקית מסודרת לגברים בגיל מתקדם (לנשים יש יותר), אבל יש סידורים מפליגים לפרישה מוקדמת במערכת הביטחון ולכל המבוטחים בפנסיה ה"תקציבית". גם בשוק הפרטי מתקיימים הרבה הסדרים לפנסיה מוקדמת או עבודה עם חמיכה ממשלתית באמצעות קרן ביטוח אבטלה.

כאמור, על-פי סקר המוסד לביטוח לאומי (מורגנשטיין, נמרודי, שמלצר, 1997), הרבה מקבלי קיצבה עובדים ב-5 השנים שבין גיל הפרישה המותר (עם קנס) ובין הגיל "המוזלזל" ומפיקים מכך הכנסה יפה. אין ספק, שהקטנת הקנס או ביטולו היו מגדילים שיעור זה בהרבה. כלומר, דחיית גיל הפרישה יכולה להיות אפקטיבית אם יותאמו התנאים לכך: הכשרת העובדים, התאמת מקומות העבודה וביטול מעצורים של תחיקה.

ההיבט האישי של הפרישה

תחילה יש להגדיר מהו "עובד ותיק" (Old worker) (Habib and Nusberg, 1990, pp. 123-143): אין לכך הגדרה לפי גיל ואין לכך הגדרה פונקציונלית, מפני שבשני תחומים אלה הטווח הוא רחב מאוד.

בעבודה חלקית לשם השלמת זכויות פנסיה. לעומת זאת, נתוני סקר-הקשישים (Zipkin, 1993, pp. 2-3) מראים, שרק למחצית מן הגברים ולרבע מן הנשים לאחר פרישה יש כיסוי פנסיוני ודבר זה נותן במוצע רק 35 אחוזים מן השכר הממוצע. כלומר, לרוב הפורשים יש עניין רב להמשיך ולעבוד, ולו רק בעבודה חלקית, כדי להשלים את שיעור-התחלופה שלהם.

בלוח מס' 5 מוצגים שלושת המניעים העיקריים לעבודה בגיל מתקדם המשתנים מבחינה כמותית לפי גיל והשכלה. מניעים אלה יניעו את העובדים להמשיך בעבודה העוברת בהדרגה לעבודה חלקית ומגובה בהכשרה מתאימה עד גיל מתקדם למדי. לפי מחקר אחד (Zipkin, 1993, p. 25), בארץ צות-הברית ובישראל בערך שליש מן הפורשים בגיל הפורמלי רוצים להמשיך לעבוד, אבל הקנס המוטל על הקיצבה מרתיע אותם. מבין גילאי 60-64, 78 אחוזים מן הגברים עדיין עובדים באופן מלא. מעל גיל זה העניין מתהפך, כך ש-68 אחוזים עובדים בעבודה חלקית ומקבלים את מלוא הקיצבה והפנסיה או חלק מהן. הסיבות למעבר לעבודה חלקית הן: בריאות לקויה - אצל 32 אחוזים; החלטת המעסיק - 28 אחוזים; רצון לשפר את הזכויות לפנסיה - 23 אחוזים. בחוץ-לארץ, המשך עבודה בגיל מתקדם כרוך בהחלפת מקום העבודה; בישראל, רוב העובדים נשארים במקום העבודה הקודם. לפי המחקרים, המניעים לעבודה מעבר להכנסה הם פסיכולוגיים וחברתיים: יצירת מבנה קבוע ומסודר ליום החיים של האדם המבוגר; קיום מטרה לחייו של היחיד בגיל המתקדם; יצירת מסגרת לקשרים חברתיים; מניעת הבדידות (בעיקר אצל אלמנים ואלמנות).

המחקרים העלו, שהודעת הפרישה מנחיתה על רוב העובדים מכה פסיכולוגית

למשל, הגיעה תופעה זו לממדים עצומים ומשום כך הונהגה שם בשנים האחרונות דפורמה מיוחדת בתחום זה.

בעשרים השנים האחרונות השתנה השוק והשתנה גם ההיבט האישי. הראיה - בהרבה מדינות וגם בישראל פיתחו האיגודים המקצועיים בשיתוף עם המעסיקים "תוכן-ניות פרישה", היינו: תוכנית הסברה שתפקידה להקל על העובד "לעכל" את הפרישה מן העבודה. העובדים בגיל המתקדם נעשו בריאים יותר, לעומת קודמיהם בדורות הקודמים. כאמור, מחקרים גילו, שאין פגיעה בכושר החשיבה של האדם בגיל מתקדם יחסית. יש פגיעת מה בכושר הגופני, אך ברוב העבודות הדרישות הפיזיות מצומצמות או שהן נעלמו כליל. העובד חש, שהעבודה היא תוכן חיים, "מחזיקה אותו על הרגליים", ולפיכך הוא עשה כל מאמץ כדי להיאחז במקום העבודה וממשיך לעבוד עד כמה שאפשר.

חלק מן העובדים לא הגיעו עד גיל הפרישה למלוא זכויות הפנסיה הרצויות. מצב זה חל בעיקר על נשים, שנכנסו מאוחר לשוק העבודה או הפסיקו את עבודתן באמצע המהלך כדי להתפנות לטיפול בילדים. עובדים כאלה מעוניינים מאוד להמשיך לעבוד כדי להשלים את זכויות הפנסיה וכך להבטיח לעצמם שיעור-תחלופה נאות לקראת "הגיל השלישי". השונות בשיעור התחלופה וחלקה של הפנסיה התעסוקתית בתוכו היא גדולה מאוד (מבטחים, קרן פנסיה, 1996). מצב דומה קיים גם ביתר הקרנות הגדולות של ההסתדרות (קרן הגימלאות המרכזית, מקפת). לפי נתוני "מבטחים", גברים בגילי הפרישה המקוריים מקבלים פנסיה של קרוב ל-70 אחוזים מן השכר הממוצע, בעוד שהנשים מקבלות רק 28 אחוזים מן השכר הממוצע. כלומר, באוכלוסייה זו בעיקר לנשים יש עניין

לוח מס' 5. המניעים העיקריים לרצון להמשך ולעבוד לפי גיל בעת הפרישה ורמת השכלה

המאפיין	רצון במסגרת ובתעסוקה	צורך בהכנסה	מניע ערכי	אחר	סך הכל
גיל					
פחות מ-55	27.1	49.2	23.7	-	100.0
59-55	37.8	34.6	24.3	3.2	100.0
64-60	36.6	29.3	29.2	4.9	100.0
השכלה					
יסודית	33.5	47.2	14.9	4.4	100.0
תיכונית	42.5	38.2	18.3	0.9	100.0
על-תיכונית	29.6	34.0	33.0	3.4	100.0
סך הכל	34.5	37.4	25.4	2.7	100.0

מקור: קינג, 1994, עמ' 47.

יודע שאין לו כמעט שום סיכוי למצוא בשוק עבודה תחליפית. במצב זה הוא מוכן לעבודה חלקית, שלפחות תשאיר אותו בפעילות שהוא רגיל לה ועם הכנסה כל-שהי. ייתכן שבן-הזוג גם הוא עובד ובאופן זה עניין ההכנסה מסודר. האפשרות למצוא עבודה חלקית מושכת את המעסיק בשל יתרונותיה כאמור לעיל וכך נוצרת אווירה כללית המקטינה את המועקה של העובדים. ראינו, ששוק העבודה יכול להעסיק עובדים בגיל מתקדם אם הם התאימו את עצמם לשינויים הטכנולוגיים והארגוניים באמצעות מהלך מתמיד של הכשרה בהיותם בני 50-60, השלמת השכלה כללית והכשרה מקצועית ישירה. יש מעסיקים שהכירו ביתרונות העובד הוותיק: יציבות והיאתזות במקום העבודה ולפיכך פחות היעדרות מרצון (חלק מזה מתקוז בקצת יותר היעדרות בגלל סיבות בריאות); ניסיון צבור, התורם מבחינה מקצועית וארגונית; הסכמה לעבוד בעבודה חלקית ובשעות שונות של היום לפי צורכי המפעל - דבר המקל מאוד על ארגון העבודה ומביא לייעילות רבה. ידועה הדוגמה של חברת שירותי-מזון גדולה

קשה מאוד. להקלת מכה זו נועדו התוכניות להכנה לפרישה. הנתונים מצביעים גם על גל של התאבדויות בתקופה הראשונה שלאחר הפרישה. האדם זקוק לפעילות המתאימה לכושרו האישי כדי לקיים איזון נפשי וגופני נכון. המשך עבודה מתאימה הוא הפתרון הטוב ביותר מבחינתו. חלק מן האנשים מוצאים פתרון בפעולות התנדבות, בעיקר בשירותים חברתיים ובשירותי עזרה למוג-בלים. לכך מוכנים בעיקר אלה שהפנסיה שלהם מסודרת והלחץ עליהם הוא בעיקר נפשי, ולא כלכלי. השינויים הגדולים בשוק העבודה מביאים כידוע את המעסיקים לנקוט צעדים של פיטורי עובדים בגיל מתקדם באמצעות פרישה מוקדמת או תוכניות אחרות המסובסדות בידי הממשלה. רקע זה יוצר אצל העובדים בכלל ואצל הוותיקים בפרט, איי-ביטחון וחשש מפני "מה יילד יום" וחרדה מתמדת מהודעת פיטורין שתגיע לביתם בצורת הודעה קצרה שתטיל אותם לתוך טראומה קשה. העובד חי במשך שנים מספר לפני גיל הפרישה הרשמי, עד 10 שנים ויותר, תחת לחץ פסיכולוגי מתמיד לנוכח סכנת ההוצאה ממקום העבודה בעוד שהוא

הנרל"ן, כך שהגישה הליניארית נשמרת בעיקרה.

תרשים מס' 4 מראה את השינויים שהתרחשו במחזור החיים תוך-כזי עליית תוחלת החיים במהלך השנים (מאז 1900): תקופת החינוך התארכה, החלק של העבודה מתוך כלל משך החיים התקצר, תקופת הפנאי אחרי הפרישה התארכה מאוד. כלומר, קיימת בעיה קשה של מימון החינוך הארוך והיקר והפנאי הארוך באמצעות תקופת עבודה קצרה יותר.

המהלך החדשני שובר את הליניאריות ומערבב את כל המרכיבים לאורך כל החיים: הלימודים נמשכים לכל אורך החיים, לרבות בגילים מתקדמים מאוד; לימודים לרכישת השכלה כללית כבסיס ליכולת לרכוש ידע ייחודי לכל מקצוע ועבודה; לימודים שונים, המעניקים סיפוק אישי לפי נטיות לבו של היחיד. נוסף על כך, הכשרה מקצועית כללית או ייחודית למפעל אחד הנעשית מדי פעם ושוב לכל אורך חיי העבודה עקב השינויים שנותחו לעיל. הכשרה זו נעשית לעתים בתוך המפעל או ביוזמתו במשולב עם עבודה וקבלת שכר שוטפת, או במשולב עם עבודה חלקית בשכר מלא או חלקי. אבל לימודים שונים גוררים אחריהם לעתים ניתוק מלא מן העבודה אף למשך כמה שנים. כלומר, נשברה הליניאריות בתחום ההשכלה (Habib and Nusberg, 1990, pp. 195, 219, 255).

עבודה חלקית מתחילה לעתים בזמן רכישת ההשכלה העל-תיכונית. אצל נשים מתחילות בזמן מוקדם למדי הפסקות מלאות ואחר כך חלקיות בעבודה עקב לידות. עכשיו מתחיל להיות מקובל שבני שני המינים משתתפים בחלק זה של החיים. החל מגיל הביניים תיתכנה הפסקות בעבודה עקב לימודים או צרכים משפחתיים, כגון טיפול בילדים או בהורים קשישים. שוק העבודה הכלתי יציב מביא להחלפה תכופה של מקום

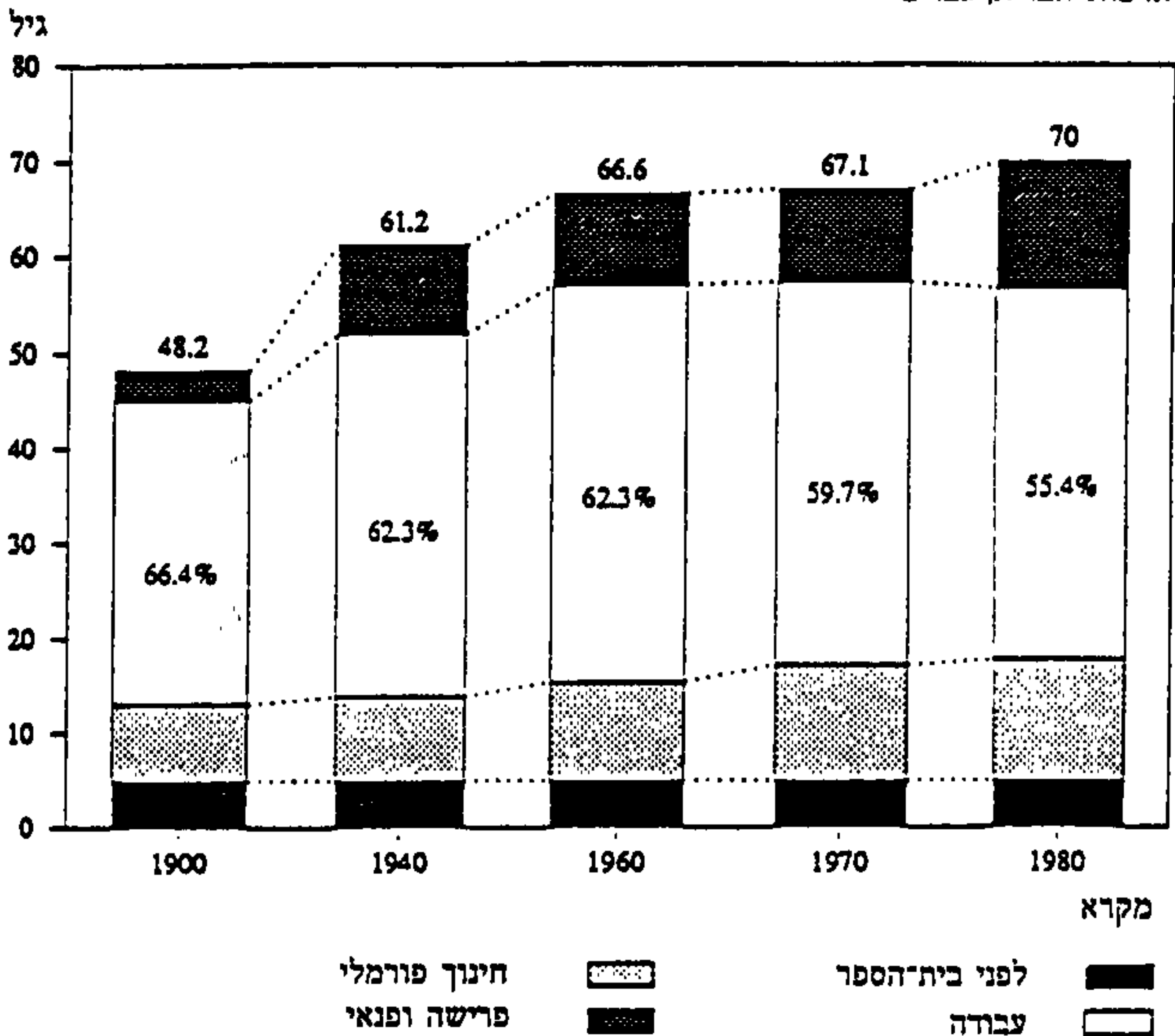
בארצות-הברית, שפתחה קורסים מיוחדים לעובדים בגילים מתקדמים, כדי לקלוט אותם בעבודה אחרי שפרשו ממקומות עבודתם הרגילים, בניגוד למקובל, שבעבודה זו מועסקים צעירים חסרי מקצוע.

הבעיה היא, שלחלק נכבד מן העובדים ה"זתיקים" יש רתיעה מללכת להכשרה בסיסית או מקצועית, בייחוד כאשר היא נעשית יחד עם צעירים. הם מתביישים להראות "חורים" בהשכלה הכללית שלהם וקשיים ברכישת ידע. העובד הוותיק מגלה לעתים קרובות חוסר ביטחון לנוכח טכנולוגיה חדשה ובשל כך הוא נרתע מליישם אותה. כאן המקום למהלך החדשני של "ניהול משאבי אנוש" - להביא באמצעים שונים גם את העובדים הוותיקים להכשרה בסיסית ומקצועית ולהסתגלות לטכנולוגיה החדשה. כאשר אלה יהיו נורמה חברתית תיפתח הדרך הטובה להמשך העבודה, גם עבודה חלקית, עד גילים מתקדמים מאוד.

כאן המקום להציג את הגישה החדשנית והעתידנית בדבר קיומו של שינוי מרחיק-לכת במחזור החיים של האדם העובד. המחזור המקובל הוא ליניארי: תחילה לומדים, אחר כך עובדים ולבסוף פורשים וחיים בחופש מלא. בשנות העבודה מפרישים מן ההכנסה השוטפת דמי-ביטוח לרכישת זכויות פנסיה וסכומים לחיסכון, צוברים זכויות לפיצויי פיטורין ואת כל אלה, או לפחות את הרוב, מנצלים אחרי הפרישה מעבודה. כלומר, גם המהלך בתחום הנכסים הוא ליניארי. שונה במקצת הוא עניין הדיור: במדינות שבהן נהוגה בעלות על הדירה, כמו בישראל, הרכישה נעשית די מוקדם, ממומנת ברובה במשך תקופה ארוכה בעזרת משכנתאות, ולבסוף מועברת לדור הבא ואיננה ממומשת כמו יתר הנכסים. מבחינה כמותית, במעמד הבינוני ערך הנכסים הפיננסיים וזכויות הפנסיה אינו נופל מערך

תרשים מס' 4. חלוקת מחזור החיים: חינוך, עבודה, פנאי

ארצות-הברית, גברים



מקור: Habib and Nusberg, 1990, p. 219.

בגילים צעירים למדי בני אדם מעדיפים בילויים שונים שחלקם אף מונעים עבודה. ידוע מנהגם של צעירים מישראל לנרוד בעולם אחרי שהשתחררו משירותם בצבא ולפני הכניסה לעול העבודה והמשפחה. גם כאמצע מהלך חיי העבודה, שהם היום לוחצים ותובעניים, העובד רוצה לנוח מעט בדרך של יציאה לחופשה או בילוי מסוג זה או אחר, דבר המביא להפסקות בעבודה שלעיתים נמשכות אפילו שנים אחדות. בגיל מתקדם יותר מרכיב החופש נעשה יותר גדול

העבודה ואף המקצוע. החלפה זו גורמת לעתים גם הפסקות קצרות או ממושכות יותר בעבודה בכלל. הפסקות אלה בעבודה מחייבות להאריך את תקופת העבודה הכוללת עד גיל מתקדם מאוד, 75 ואף יותר, כדי לקיים שיעור תחלופה מתאים להבטחת רמת החיים בכל שנות החיים. כלומר, נשברת הליניאריות גם בעבודה. חלק מתקופות העבודה ייעשו בעבודה חלקית, משום שהדבר נוח לעובד (טיפול במשפחה, לימודים) ונוח למעסיק.

חלק מזכויות הפנסיה, כדי לממן מהלך משולב כזה.

מודל הקיבוץ

בשיחות רעים ואף ב"שיחת-קיבוץ" רשמית ניתן לשמוע צעירים אומרים לוותיקים: כואו נעשה "החלפות" - אתם הוותיקים בין כה וכה עובדים עד סוף ימיכם ו"מפסידים" הרבה חופש. אנו ניקח את החופש בעודנו צעירים ומבטיחים לעבוד כמוכם כשנהיה ותיקים.

מודל זה מתבצע למעשה בקיבוץ כבר שנים רבות. חלקו הראשון, לגבי הוותיקים, מתבצע זה עשרות שנים. והנה המודל במפורט: מגיל 50-55 מתחילים להפחית לוותיקים שעות עבודה: בכל חמש שנים שעה אחת, עד שמגיל 65 הם עובדים רק 4-5 שעות ביום ומגיל 70 ומעלה העבודה היא לפי רצון החבר: כל חבר בריא עובד בערך 4 שעות ליום. חברות עובדות פחות שעות מאז שיש להן ילדים לטפל בהם. מודל זה מתבצע כאמור כבר עשרות שנים. ידוע על חברים הממשיכים לעבוד גם בגיל 80 ומעלה. לגבי הצעירים מקובל היום, שעד גיל 28 הם מחליטים לקחת לעצמם תקופות חופש ולימודים. בגיל 28-30 הם מתיישבים ונכנסים למשטר עבודה רגיל. הקיבוץ מקצה אמצעים ל"השתלמות" עבור חברים בכל הגילים. חלק מן ההשתלמות נקרא "השתלמות פונקציונלית" (לצורכי העבודה או לתפקיד ניהול) וחלק - "השתלמות כללית" לפי טעמים ונטייתם של החברים. החברים יכולים לאגור ימי-חופשה ולממשם בצורת חופשות ארוכות יחסית במתואם עם צורכי העבודה בקיבוץ. המימון נעשה בעזרת הקופה המשותפת של הקיבוץ ומשום כך אינו יוצר קושי טכני מיוחד. הסכנה של

מבחינה כמותית, אבל לעתים היחיד רוצה לשלב אותו בתקופות של עבודה מתוך עניין אישי או כדי להיטיב את הכנסתו. כלומר, נשברה גם הליניאריות של החופשה הכרוכה באי-עבודה (מעבר לחופשה השנתית הרגילה). המסקנה - מהלך החיים החדש של האדם הוא מעורב לגמרי לכל אורך חייו משלושה המרכיבים: לימודים, עבודה, חופשה. מובן מאליו, שעבודה חלקית בתקופות שונות משתלבת יפה במודל זה.

כיצד מממנים מודל כזה? חלק - באמצעות אשראי הנלקח לפני שיוצרים הכנסה; דבר זה קיים בחלקו כבר היום. רוב המימון בא ממימוש חסכונות או מצבירת זכויות לפיצויי פיטורין ופנסיה שבשונה מהיום יש לאפשר את מימושם לפי החלטת היחיד לכל אורך החיים, ולא רק בתקופות מוגדרות ומוגבלות. רצוי היה, שעיתוי המימוש של לפחות חלק, למשל שני שלישים, מזכויות הפנסיה המצטברות לא יהיה נתון להחלטתו הבלעדית של היחיד עד גיל 70, שכן לפי עקרונות הביטחון הסוציאלי ומדינת הרווחה, החברה אחראית לוותיקים שלה ויש סכנה שהאינטרסים של היחידים יעמדו נגד אלה של החברה והמדינה. כלומר, גם הליניאריות של המימון נשברת ברובה ומקבילה לשבירת הליניאריות של חיי המציאות המגוונים.

זהו מודל חדשני ויפה, אבל ידרש עוד זמן רב עד שיתממש לגבי רוב העובדים. ההצעה היא ליישם בינתיים קטע ממנו: בגיל די מתקדם, אבל זמן רב לפני הפרישה הפורמלית המלאה, יתחיל העירוב לפי המודל החדשני: שילוב של עבודה חלקית עם לימודים וחופשות (בחלקי יום, שבוע או חלקי שנה) על-פני 20 שנה בערך, מגיל 55 ואילך. בתקופה זו תינתן ליחיד הרשות לממש את הנכסים הצבורים שלו, לרבות

שמימשו את צבירתם. מודל כזה יפתור את הבעיה הכלכלית לטווח הארוך, אבל יפגע קשה בהשגת המטרה הפנסיונית ומשום כך הוא פסול (OECD, 1996, p. 10). ההצעות להוריד את תקרת ההכנסה (שכר) המותרת להפרשה לפנסיה, כפי שהופיעו נדו"ח "ועדת ברודט", לפעם אחת או פעם וחצי מן השכר הממוצע הן למעשה חיסול הרובד השני.

בתרשים מס' 5 מובאת דוגמה לניתוח כמותי של הצעות שונות לפתרון בעיית הלחץ הכלכלי של הפנסיה, בהנחה שיתר ההסדרים, חוץ מן המוצע, נשארים קבועים. ניתן לראות, ש"הכוונה" מורידה את הלחץ באופן מירבי, אבל היא גם פוגעת קשה במטרת הפנסיה ולפיכך פסלנו דרך זו. דחיית פרישה בפועל היא הדרך המועדפת לפי חישובים אלה. הצמדת הפנסיות לשכר הממוצע היא הפתרון הטוב ביותר לגימלאים, אך קשה מאוד לעמוד בה מבחינת המשק.

הקלת יחס-התלות בין החזקת האוכלוסייה סייח שמעבר לפרישה ובין החוצר שיצרו העובדים במשק תושג כאמצעות שילוב של הגדלת התרומה של כל עובד בעבודה יוצרת הכנסה במשך חייו והקטנת זמן השימוש בפנסיה הצבורה. מטרה זו תושג בעזרת המודל הזה: כל עובד מגיל 55 (ולהבא - תוך שמירה על שוויון בין המינים) יוכל לעבור בהדרגה לעבודה חלקית ויתחיל לקבל השלמה להכנסתו מזכויות הפנסיה שלו. כדי לעודד את המהלך, הכנסתו תהיה גבוהה יותר מאשר קבלת פנסיה מוקדמת. מעבר לאבטלה או ל"נכות מקצועית". העבודה החלקית תימשך, לגבי אנשים בריאים יחסית ובמקצועות המתאימים, עד גיל 70-75. גיל הפרישה הפורמלי המלא יועלה ל-70. כל השינויים ייעשו בהדרגה במשך 15 שנים בערך, זמן מספיק להכשרה ושינוי נהגים, עד פרישת דור ה-Baby Boom.

"משחק" היחיד נגד החברה במסגרת המימון המשותף קיימת בקיבוץ ואף מתממשת לעתים כאשר יחידים מנצלים את המסגרת המשותפת למטרות לימודים או חופשה מעבר למה שהחברה יכולה להרשות לעצמה. כלומר, הקיבוץ מממש למעשה ובמידה רבה מאוד את המודל החדשני. את חלקן המוצע כאן הוא מבצע כמעט מאז נוסד הקיבוץ לפני למעלה מ-80 שנה - עבודה חלקית בגיל מתקדם עד מתקדם מאוד במשולב עם שימוש בצבירה שנוצרה במשותף ומושקעת בקיבוץ. באופן כללי בקיבוץ ותיק ובעל מבנה גילים מאוזן (עד 25 אחוזים מן החברים המבוגרים הם בגיל שמעל 65). החברים בגילים המבוגרים מכסים את כל הוצאותיהם השוטפות מעבודתם החלקית ומקיצבת הביטוח הלאומי. דירה יש להם ואין להם תלויים, משום שכל חבר בריא עובד. זו הוכחה כלשהי לכך שהמודל יכול להתגשם ושיש בו הקטנה גדולה של העומס הכלכלי הנובע מקיום אוכלוסייה בגיל גבוה ששיעורה גדל והולך עם עליית תוחלת החיים.

המודל המוצע

תחילה נתאר בקיצור רב את המודל שאני דוחה לגמרי: ביטול הרובד השני (פנסיה יחסית לשכר) והשארית הרובד הראשון של הביטוח הלאומי בלבד כחובה על כל אזרח; היחיד יחליט על כיוון הפרשה המותרת לפי המס, ואולי מעבר לה, וישתמש בצבירה לפי העדפותיו מבחינת העיתוי והכמויות. לדעתי, מודל כזה יגרום לכך, שחלק גדול מארבעת העשירונים הגמוכים, ואף חלקים גדולים של העשירונים שמעליהם, יהיו עם שיעור-תחלופה נמוך מדי וכתוצאה מכך יושארו לגורלם או יוטלו על כתפי החברה אחרי

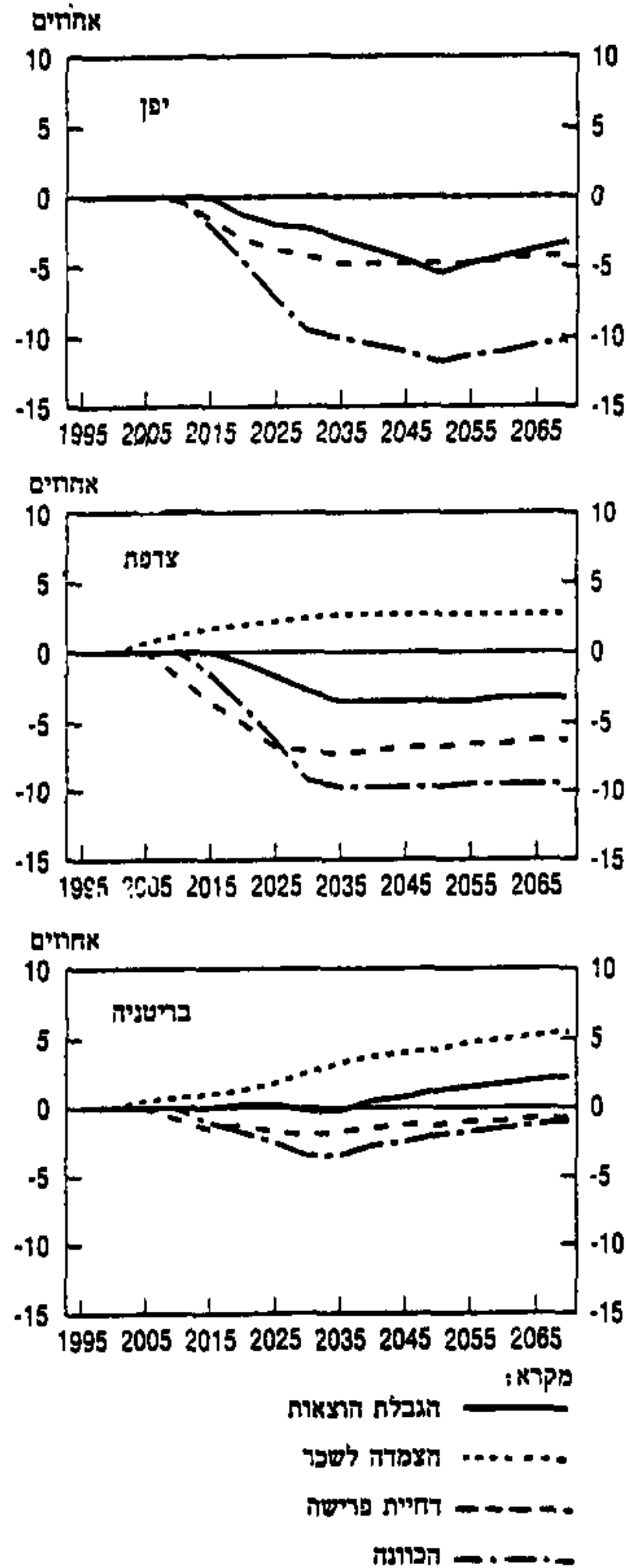
כדאי לזכור, שהפרישה היום למעשה (כולל באמצעות פרישות מוקדמות, נכות ואבטלה) היא בממוצע בגיל 57-58.

מימוש המעבר לעבודה חלקית מחייב הכשרה מתאימה ביוזמה ממשלתית מגיל 50, שתאפשר החלפת מקצוע, מקום עבודה ועמדת עבודה במפעל. המעסיק הפרטי לא ייתן הכשרה כללית כזו, מפני שאינו יודע היכן יעבוד האדם שקיבל את ההכשרה. ייתכן שהשוק ייתן הכשרה משלימה ואחרונה לקראת תפקידים אחדים בתוך המפעלים. הממשלה תשתמש לצורך זה בקרנות לביטוח אבטלה שהשימוש בהן יקטן מאוד, ברוח הגישה של "מדיניות עבודה פעילה", שפותחה בשוודיה לפני 30 שנה ולאחרונה התקבלה באיחוד האירופי כחלק חשוב מן "המודל האירופי". אחד המקורות למימון הפנסיה המוקדמת כהשלמה לעבודה החלקית יהיה אי-השימוש הנרחב ב"נכות" המקובל היום בגילאים המתקדמים ואף הקטנת השימוש ב"דמי-מחלה" מקרן ביטוח דמי-מחלה.

המפעלים יקבלו עידוד ממשלתי להכנת מקומות עבודה מתאימים לכני הגילים המתקדמים. תוכנית זו תופעל בעיקר עבור מפעלים קטנים ובינוניים המתקשים להתארגן בעצמם לשינויים טכנולוגיים מתאימים ולהכשרה לקראתם. לדוגמה, בצרפת נע- רכות תוכניות כאלה עבור מפעלים קטנים ובינוניים כבר מספר שנים ובהצלחה גדולה. המודל הזה מופיע במפורט ועם הנמקות מתאימות בכמה מקומות בספר החדש שפור- סם מטעם ה-OECD (OECD, 1996, pp. 18, 23, 47, 65).

ניתן לראות בתרשים מס' 6, שכמעט כל העובדים עבדו באופן מלא לפני הפרישה המוקדמת. כאשר חזרו לעבודה אחרי הפרישה עברו בערך מחציתם לעבודה

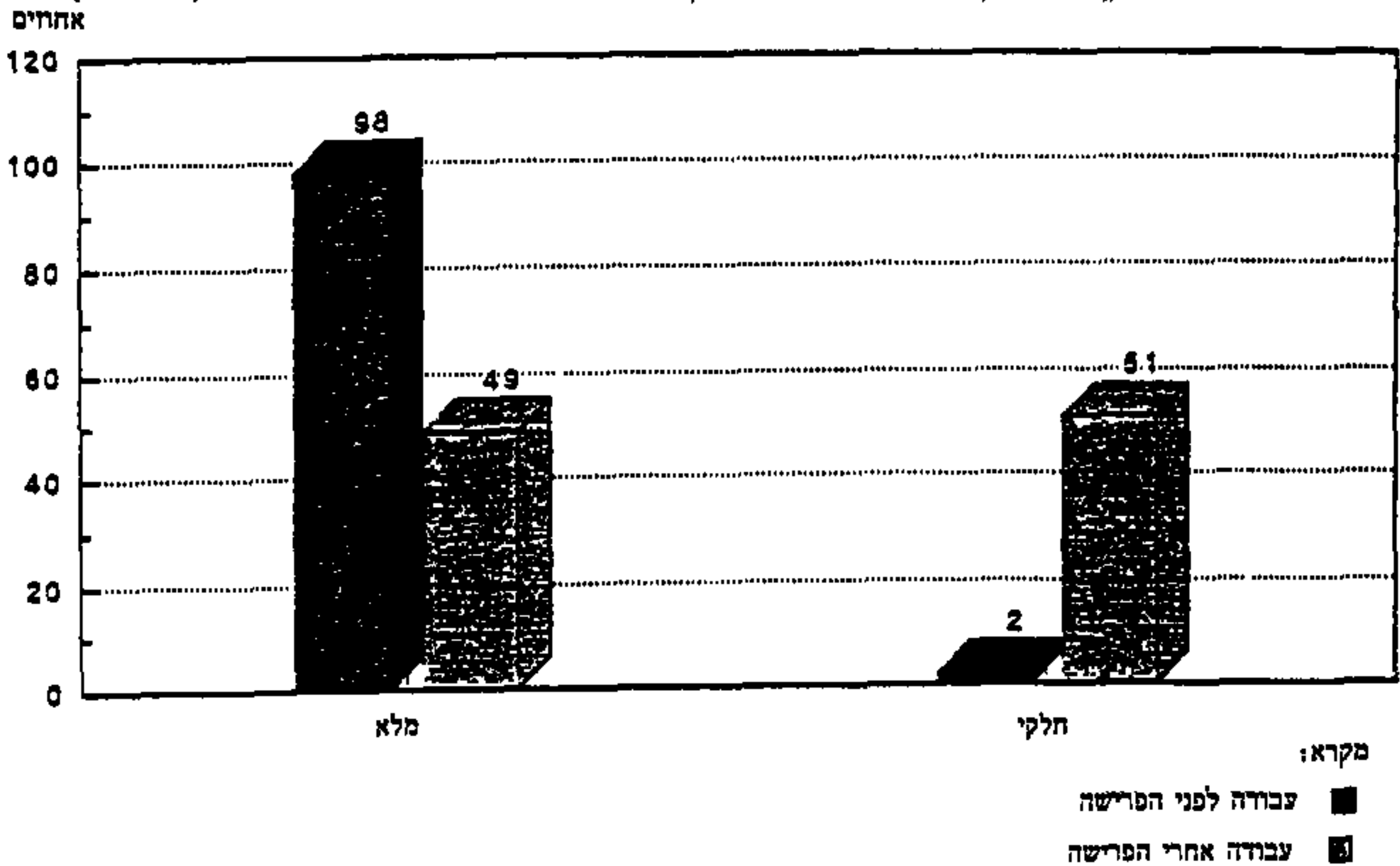
תרשים מס' 5. תרחישי הוצאה של פנסיה. שינוי מ-1995



מקור: OECD, 1996, p. 41.

כל זמן שמתקיימת עבודה, נמשכת צבירת זכויות הפנסיה באמצעות הפרשה מן השכר (או מן ההכנסה), כך שיובטח שיעור תחלופה מתאים לתקופה שלאחר הפרישה המלאה, שתתקצר במידה רבה מאוד (5 שנים לפחות).

תרשים מס' 6. היקף התעסוקה של פורשים שהועסקו לפחות בעבודה אחת לאחר פרישתם (N = 890)



דמוגרפיות וכלכליות. הפרמטרים לתקנות יצטרכו להבטיח שהפנסיה החלקית לא תהיה גדולה מדי כך שתיצור יוזמה להקטנת כמות העבודה, ולא קטנה מדי כך שתדחוף שוב לפרישה מוקדמת על צורותיה השונות. סך כל השכר מעבודה חלקית בתוספת הפנסיה החלקית יהיה קטן מן ההכנסה מעבודה מלאה. מי שעובד לפי המודל ממשיך לצבור זכויות ולפיכך, למרות הפנסיה החלקית המוקדמת, לא ייפגעו הזכויות אחרי מועד הפרישה המלאה. בתנאים של ישראל יש להתחיל את המודל בגיל 58 ולעבור בהדרגה לפרישה פורמלית בגיל 70. יש ליצור גמישות בתקנות לגבי 10-15 אחוזים מן העובדים במקצועות קשים מבחינה פיזית, שאינם יכולים לעבוד עד גיל מתקדם אפילו בצורה חלקית. הכל ייעשה בהדרגה במשך 15 שנה בערך. כדי שכל הצדדים יתרגלו לשינוי, יש לנסח בבהירות את תקופת המעבר שלעתים היא מסובכת מן המודל עצמו.

חלקית - למעשה הם מבצעים את המודל שהוצע כאן: עבודה חלקית בצירוף פנסיה חלקית (מפני שהפנסיה המוקדמת קטנה מן הסופית).

כדי לעודד את המעבר לעבודה חלקית במקום פרישה מוקדמת, אבטלה או נכות, יש לבטל את הקנס שהמוסד לביטוח לאומי מטיל על מקבלי קיצבת זיקנה אם הם עובדים בחמש השנים הראשונות עם הכנסה מעל לרמה שנקבעה. קנס זה כבר בוטל באחדות ממדינות אירופה. באנגליה הוא בוטל בשנת 1989 והוכח שמהלך זה מעודד יותר עובדים להישאר בעבודה חלקית ואף מלאה. כידוע, הקנס מביא להימנעות מעבודה משום שבשוליים זהו מס של 100 אחוזים, או מה שמקובל ברמת מיסוי כזו - מעבר לשוק המשני שבו אין מס ואין דיווח על ההכנסה. בגלל סיבות רבות רצוי למנוע תופעה זו.

אם המודל יתקבל בעיקרון, יהיה צורך לעבד פרטים ותקנות לפי התנאים של ישראל ועל סמך אומדנים כמותיים, כולל תחזיות

סיכום

ביצוע המודל כפי שהוצע לעיל ייצור נדבך נוסף בהבטחת ההכנסה לעובד בגיל המתקדם ולמשפחתו ומשום כך יש הקוראים לו "הרובד הרביעי" (מעבר לשלושה הרבדים הידועים שהמליץ עליהם, למשל, הבנק העולמי ב-1994, שהם: ביטוח לאומי לכל האזרחים כבסיס מינימלי; פנסיה יחסית לשכר כחובה לכל עובד; היסכון וכיטוח מסחרי לפי החלטת היחיד). ברובד זה משולבת עבודה חלקית עם קבלת פנסיה חלקית במשך 15-20 שנה. מודל זה מתבצע כבר באופן חלקי בכמה ממדינות אירופה. מדובר עליו יותר ויותר בספרות בצורה ישירה או כחלק מן התהליך לקראת שינוי כל מחזור חיי העובד, כפי שתואר לעיל.

בדו"ח האחרון של מועצת הקהילייה האירופית (European Community,) מוקדש פרק מיוחד (מס' 2.2.4, 1997) לשיטות של פרישה גמישה (בעמ' 8) המלוות בהמשך עבודה חלקית ותחילת קבלת פנסיה. ההנמקות למהלך זה הן: תחזית לטווח ארוך של מחסור בכוח-עבודה עקב יחס-התלות שייווצר; לחץ פיסקלי וכלכלי של הפנסיה על המשק (לפיכך מוצע לסבסד מהלך זה ולהקים עבורו קרנות מיוחדות במועצת אירופה). מוצע להכין את העובדים למהלך כזה ולהכין את מקומות העבודה בהתאם.

בישראל ניתן לבצע את המודל במסגרת התקנות וההסדרים הקיימים בכמה צורות: דחיית הפרישה לגבי קבלת קיצבת הביטוח הלאומי עד 5 שנים (באופן פורמלי זהו ביצוע החוק כלשונו בהשמטת האפשרות להקדים את קבלת הקיצבה ב-5 שנים בתנאים מגבילים) ובתקופה זו לעבוד באופן מלא או חלקי. הדחייה מעלה את

רמת הקיצבה שתקבל אחרי הפרישה המלאה. ברבעון הראשון של 1997 (המוסד לביטוח לאומי, 1997, עמ' 48) ניצלו 16 אחוזים ממקבלי הקיצבה אפשרות זו לפני פרישתם ו-40 אחוזים מהם הגדילו את הקיצבה שלהם באופן מלא (תוספת של 25 אחוזים). עשו זאת 18 אחוזים מן הגברים ו-14 אחוזים מן הנשים. הנתונים מראים (מורגנשטיין, נמרודי, שמלצר, 1997), של-54 אחוזים מן הגברים הפורשים לפי תקנות הביטוח הלאומי ורק ל-34 אחוזים מן הפורשות יש פנסיה תעסוקתית. זהו גידול מאז הסקר של שנת 1978, אבל עדיין יש מרווח רחב לשיפור המצב באמצעות עבודה מתמשכת בגילאים המתקדמים.

שינוי יסודי יותר, ברוח המודל שהוצג כאן, יושג באמצעות הכנסת האפשרות לקבלת קיצבת זיקנה חלקית בחמש השנים האחרונות לפני גיל הפרישה "המוחלט" במשולב עם עבודה חלקית ותוך הסרת המגבלה של ההכנסה בשלב חיים זה, כמובן בשילוב עם הפנסיה החלקית, ולא המלאה, בגילים אלה. "המהפכה" תושלם אם ישווה גיל הפרישה לנשים ולגברים (לפי התקנה בביטוח הלאומי לגבר היום), כפי שנעשה לגבי הפנסיה ברפורמה.

לפי תקנות הפנסיה בישראל אין כל קשר בין קבלת הפנסיה לפי התקנות ובין עבודה של הפנסיונר במקום עבודה אחר מזה שעבד בו בעת צבירת הזכויות סמוך לפרישתו. לפיכך אין נתונים ישירים על עבודה חלקית של פנסיונרים. ניתן להסיק על כך מנתוני ההשתתפות בכוח העבודה בגילאים הרלוונטיים. גם מקבל קיצבת "נכות" עקב איבוד כושר העבודה במקצועו יכול לעבוד באופן חלקי בעבודה אחרת - אין על כך נתונים כמותיים. בדומה לביטוח הלאומי יכול העמית בקרן פנסיה לדחות את פרישתו עד 5 שנים ולקבל בתמורה הגדלת זכויות.

בעבודה חלקית מעבר לכך; רופאים יכולים להמשיך לעבוד בדומה למרצים באוניברסיטאות; כל פקיד במוסד ציבורי הדרוש למעסיק ורוצה בכך יכול לדחות את פרישתו בדרך די פשוטה עד שנה וחצי אחרי גיל הפרישה הפורמלי.

בחלק מן המקצועות החופשיים, ואף במקצועות אחרים (בניין ושרברבות, מסחר) עוברים בגיל הביניים או בגיל מתקדם יותר ל"עצמאות". העובד נעשה "עצמאי" וכך הוא יכול לעבוד כרצונו בכל גיל שנוח לו. במדינות אירופה מוכות האבטלה הממשלות מעודדות מהלך זה של מעבר לעצמאות כדי ליצור מקומות עבודה נוספים בדרך של הקצאת הון בתנאים נוחים וייעוץ ארגוני ומקצועי. גם בישראל יש עלייה כמותית בשיעור העצמאיים מחוץ כלל המועסקים.

ניתן לראות, ששוק העבודה משתנה בכיוון המודל המוצע כאן: גמישות בפרישה בטווח גילים רחב, 55-70, בצירוף עבודה חלקית ומקורות הכנסה שונים ומגוונים. לפיכך, המודלים המתבססים על השינויים הדמוגרפיים והממשיכים להניח את ההנחות לפי הפרמטרים הנוכחיים ומגיעים לקטסטרופה כלכלית אינם בהכרח נכונים. מודלים אלה מובילים את מתנגדי הסדרי הפנסיה להצעות קשות לפי המודל שתואר בתחילת פרק זה ואשר נדחה כאמור שם.

בהנחה של המשך עליית פריון העבודה והקצאה שונה של השימושים בכיוון של הפחתת חלקה של הצריכה השוטפת (זו תגדל באופן מוחלט עקב עליית התוצר הכללית) מתוך התוצר, ובהנחה שהמורל שהוצע כאן יתבצע וגיל הפרישה בפועל יעלה בממוצע (כחישוב שנות העבודה החלקית והפנסיה החלקית לממוצע משוקלל של עבודה מלאה ופנסיה מלאה) לסביבות גיל 65 לשני המינים - יתורגם יחס התלות הדמוגרפי ליחס-תלות כלכלי (בין

כמורכן הוא יכול להקדים את פרישתו ולהתחיל לקבל פנסיה עד 5 שנים לפני גיל הפרישה הרשמי תוך הקטנה של זכויות הפנסיה. זוהי צורה של גמישות בפרישה הדומה למודל שהוצג כאן. מעט מאוד עמיתים מנצלים שתי אפשרויות אלה.

צורה אחרת של פרישה מוקדמת נעשית באמצעות אבטלה ממושכת בגיל מתקדם ולפני גיל הפרישה הפורמלי. לפי השנתון הסטטיסטי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996, טבלה מס' 12.20, בעמ' 314) בשנות האבטלה הגבוהה, 1993-1991, בערך 6 אחוזים מגילאי 55 היו מובטלים באופן רשמי. בשנת 1995 ירד האחוז ל-3.7. בארצות רבות מאפשרים להאריך את הזכות לקבלת דמי אבטלה בגילאים אלה עד שנים אחדות. בישראל עוברים לסטטוס של הבטחת הכנסה באמצעות המוסד לביטוח לאומי.

פרישה מוקדמת באמצעות המעסיקים מתבצעת בישראל בממדים גדולים מאוד: במערכת הביטחון מקבלים פנסיה חלקית מגיל 40-45 וממשיכים לעבוד (על-פי רוב באופן מלא) עד לפרישה; בפנסיה ה"תקן-ציבית" ניתן לפרוש אחרי גיל 40 ואחרי 10 שנות עבודה לפחות. במשק הפרטי יש הרבה תוכניות לפרישה מוקדמת בתקופה של 7 שנים לפני הפרישה הפורמלית. פיטורי העובד בגיל מתקדם וקבלת פיצויי פיטורין גם היא דרך של הפסקת העבודה וקבלת מקור כלשהו לפרנסה.

בענפים אחדים השיגו העובדים לפני זמן רב אפשרות של המשך העבודה מעבר לגיל הפרישה הפורמלי, על-פי רוב לפי רצון העובדים בתמיכת האיגוד המקצועי ובמידת מה גם לפי האינטרס של המעסיק (שהוא ציבורי בדרך כלל). המרצים הבכירים במוסדות להשכלה גבוהה יכולים לעבוד בצורה מסודרת עד גיל 68 ואף להמשיך

שיעמדו במטרה הפנסיונית במלואה בדרך של תוספת "הרובד הרביעי" יחד עם תנאים סבירים להמשך צמיחת המשק.

מימון תקופת החיים שלאחר הפרישה המלאה ובין המקורות הנוצרים בעבודה) גוה הרבה יותר, שייתן חשבון אקטוארי סביר לטווח ארוך מאוד, היינו - משק וחברה

ביבליוגרפיה

- ביבר, א' (1996), הבדלים בין נשים לגברים בפרישה, מכון ברוקדייל, סמ' 96-11, סיכום דו"ח מחקר דמ' 96-245.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר כוח-אדם, שנים שונות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1985), סקר קשישים לפי מפקד 1983, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1996), שנתון סטטיסטי, 1995.
- המוסד לביטוח לאומי (1997), רבעון סטטיסטי, מס' 1, ירושלים.
- חביב, ג', ברנע, ת' (1992) (עורכים), הזדקנות בישראל בשנות ה-90, הוצאת ג'וינט-ברוקדייל ואשל, ירושלים. במיוחד פרק ה'.
- חביב, ג', מטרס, י', שרמן, מ' (1992), "העסוקת קשישים ועובדים מבוגרים", בתוך: חביב, ג', ברנע, ת' (1992) (עורכים), הזדקנות בישראל בשנות ה-90, הוצאת ג'וינט-ברוקדייל ואשל, ירושלים, עמ' 237-258.
- מבטחים, קרן פנסיה (1996), דין-חשבון אקטוארי לשנת 1996, קרן ותיקה, לוחות סטטיסטיים.
- מורגנשטיין, ב', נמרודי, ש', שמלצר, מ' (1997), תובעים חדשים של קיצבאות זיקנה ושארים לפי חוק, 1993, המוסד לביטוח לאומי, סקר מס' 146.
- פלג, ד' (1995), "מובטלים לטווח ארוך בישראל ובעולם", בטחון סוציאלי, 34: 107-88.
- פלג ד' (1997), "רפורמה במערכת הפנסיה", בטחון סוציאלי, 49: 129-97.
- קינג, י' (1994), פרישה מוקדמת מעבודה, ירושלים: ג'וינט-ברוקדייל והרשות לפנסיונרים וקשישים.
- European Commission (1996), "The adaptation of workers to industrial change", *Social Europe*, No. 2.
- European Commission (1997), "Modernising and improving social protection in the European Union", COM (97).
- Habib, J. and Nusberg, Ch. (eds.) (1990), *Rethinking Worklife Options for Older People*, JDC-Brookdale and International Federation on Ageing, U.S.A.
- ISSA (1989), "Development and role of systems in which the age of retirement is flexible", 23rd General Assembly, Vienna, Report of a Committee.
- ISSA (1991), "Part-time employment, social protection and employment policy", Geneva: Committee meeting.
- ISSA (1992), "Part-time employment, social protection and employment policy", Acapulco, Mexico: 24th General Assembly.
- ISSA (1996), "Protecting retirement incomes: Options for reform", Vienna: Report of a Committee, No. 37.
- OECD (1996), "Ageing in OECD Countries", *Social Policy Studies*, 20.
- Sheetal, K., Jaeger, C. and Jaeger, A. (1996), "Aging populations and public schemes", I.M.F. Paper No. 147.
- World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis*, Oxford University Press.
- Zipkin, A. (1993), "Work and retirement among Israelis aged sixty and over", Jerusalem: The National Insurance Institute of Israel, Survey No. 113.