

הגירעון הטיפולי בישראל



מי נושאות בנטל
וכיצד ניתן
לצמצמו?

יעל חסון ונוגה דגן בוזגלו

ינואר, 2019

ת.ד. 36529 תל אביב 6136401
טלפון: 03-5608871
פקס: 03-5602205
www.adva.org
contact@adva.org

הוועד המנהל

פרופ' יוסי דהאן, יו"ר
גילברט פינקל (מ.א.), גזברית
פרופ' איסמעיל אבו-סעד
ד"ר ניצה ברקוביץ
פרופ' אורן יפתחאל
פרופ' יוברט לו-יון
פרופ' שושנה מדמוני-גרבר
פרופ' ריקי סויה
פרופ' דני פילק
פרופ' רחל קלוש
פרופ' אורי רם
עו"ד עולא שתיי

ועדת הביקורת

רותי גור
חנה לנגר

צוות

מנהלת: ברברה סבירסקי
מנהל אקדמי: ד"ר שלמה סבירסקי
רכזת מחקר: אתי קונור-אטיאס
חוקרת: עו"ד נוגה דגן-בוזגלו
חוקרת: ד"ר יעל חסון
רכזת פרויקטים לשוויון מגדרי: ולריה סייגלשיפר
הדרכה וריכוז קהילתי: אוריה זיני, נטע חממי טביב
חוקר ורכז מדיה חברתית: ירון הופמן-דישון
מנהלת משרד ואחראית קשרי עיתונות: מירה אופנהיים
עוזרת מחקר: אביב ליברמן
קריאייטיב וגרפיקה: ליטל ביטון
פיתוח משאבים: אפרת יערי



פרסום זה הופק בתמיכת הנציגות בישראל של קרן רוזה לוקסמבורג, באמצעות מימון המתקבל מהמשרד הפדרלי הגרמני לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח תוכן פרסום זה הוא באחריותו הבלעדית של מרכז אדוה ואינו משקף בהכרח את עמדתה של קרן רוזה לוקסמבורג.

מרכז אדוה נתמך על ידי הקרן החדשה לישראל

תוכן העניינים

חלק א' | טיפול בראייה פמיניסטית

4 מבוא

5 עבודת הטיפול - בין המשפחה ושוק העבודה

5 עבודות שקופות - טיפול שלא בשכר

9 עבודת הטיפול בשכר

11 מודלים פמיניסטיים לשילוב עבודת הטיפול

14 חלק ב' | טיפול בילדים - בין המשפחות למדינה

14 הכרה בעבודות הטיפול שלא בשכר

16 צמצום היקפה של עבודת הטיפול שלא בשכר

21 חלוקה מחדש של עבודת הטיפול

22 תגמול וייצוג

חלק ג' | המקרה של טיפול ביתי בקשישים/ות סיעודיות/ים

27 ההוצאה הציבורית על סיעוד

28 תכנית הסיעוד הלאומית - מענה חלקי לגרעון הטיפולי

30 מאפיינים ותנאי העבודה של מטפלות סיעוד ישראליות

36 טיפול ללא שכר בקשישים/ות

40 המלצות

42 מקורות

חלק א' | טיפול בראייה פמיניסטית

הבוא

עבודת הטיפול היא חיונית לאיכות החיים של כל אחד ואחת מאתנו; היא גם חיונית לרווחתה של כלל החברה. היא יכולה להיעשות בשכר ושלא בשכר ולהתבצע במוסדות כדוגמת בתי חולים ובתי ספר או בבית המשפחה ובמרחבים פרטיים אחרים. עבודת הטיפול מערבת קשר אישי ורגשי כמו גם מחויבות מוסרית. במשך שנים נחשבה עבודת הטיפול כאחריותן הטבעית של נשים; ואכן, בישראל כמו במדינות אחרות, נשים מספקות את רובה - אם בשכר ואם ללא שכר.

הכלכלה, טוענת הפילוסופית ננסי פרייזר (Fraser, 2016), אינה יכולה להתקיים ללא גידול ילדים, עבודות בית, חינוך, טיפול רגשי ופעילויות אחרות המאפשרות ליצור דורות חדשים של עובדים/ות, לשמר את כוחם של הקיימים ולתחזק קשרים חברתיים. ללא עבודות אלו - שאת עיקרן עושות נשים - לא תתקיים תרבות ולא יתקיים סדר פוליטי.

רוב עבודות הטיפול אינן מתוגמלות. עובדה זאת ניצבת בבסיס המשבר העובר כיום על המשטר הקפיטליסטי, כאשר משפחות ופרטים מתקשים יותר ויותר לשאת בנטל הטיפול. מודל "שני המפרנסים" הופך נפוץ יותר ויותר, דבר המאלץ משפחות להעביר לידי אחרות מקטעים רבים יותר ויותר של מלאכת הטיפול. על פי רוב, אחרות אלה הן נשים עניות המועסקות בשכר נמוך, בתנאים קשים וללא ביטחון תעסוקתי. על כן, טוענת פרייזר, אין זה מספיק להתמקד בסוגיות של "איזון משפחה-עבודה", אלא יש לפעול באופן רחב ומקיף יותר למען שירותים חברתיים וציבוריים, התאגדות וזכויות עובדים/ות, חופשות לידה ואבהות נדיבות ועוד (שם).

במדינות המפותחות, כלכלניות דנות בשנים האחרונות בצורך להשקיע בטיפול כחלק ממדיניות תעסוקה כוללת. מדובר במעבר ממדיניות שנשענת על אספקת טיפול מבוססת שוק, התנדבותית ולעתים נצלנית, לטיפול מקצועי ואיכותי בשכר הוגן עם רגולציה ופיקוח מדינית. השקעה שכזאת תוכל להתמודד עם סוגיות כדוגמת הגירעון הטיפולי - מחסור הולך וגובר במטפלות; אי-שוויון מגדרי בחלוקת העבודה, אם בשכר ואם שלא בשכר; בידול תעסוקתי ופערי הכנסות בין נשים וגברים ובין הנשים עצמן.

מסמך זה עוסק בכלכלת הטיפול בישראל בראי הספרות הפמיניסטית. המסמך יתמקד בשני מקרי מבחן: טיפול בילדים וטיפול בקשישים. על בסיס שני מקרים אלו, נבחן דפוסים של השקעה, ציבורית ופרטית, כמו גם את הצעדים הנדרשים על מנת לעבור למודל של כלכלת טיפול הוגנת. בתוך כך, נדון גם בעבודת הטיפול שלא בשכר שנעשית בעיקרה על ידי נשים.

עבודת הטיפול - בין המשפחה ושוק העבודה

לאורך מרבית ההיסטוריה הכתובה, הנשים הן אלה שנשאו בנטל הטיפול בחיק משפחה. בעידן הקפיטליסטי התפתחו צורות של אספקת טיפול גם על ידי השוק והמדינה. עם זאת, חלק ניכר מעבודת הטיפול עדיין נעשה בתוך משק הבית, כעבודה ללא שכר הנעשית בעיקרה על ידי בנות המשפחה. על אף הצטרפותן לשוק העבודה ותרומתן הגדלה לפרנסת המשפחה, נשים ממשיכות לספק את רוב הטיפול הישיר בקרוביהן (Folbre, 2014; Beneria, 2008).

במהלך המאה האחרונה נרשמה התמקצעות בעבודת הטיפול, שמצאה ביטוי בהיווצרותם של מוסדות רבים שבהם מתבצעות עבודות הטיפול שבעבר בוצעו בבית: גני ילדים, בתי ספר, בתי חולים, בתי אבות, מעונות לבעלי מוגבלויות ועוד. לצד המוסדות המקצועיים צמחו עיסוקים תומכי טיפול כדוגמת ניקיון, הכנת אוכל, טיפול בגוף. אלה נעשו על ידי מעמד חדש של אנשים, רובם נשים (ובאופן לא פרופורציונלי מהגרות ונשים הנמנות על מיעוטים אתניים) שנותרו מאחורי מדדי הצמיחה הכלכלית ובתחתית הסולם החברתי (Tronto, 2013).

הגדרת הבעיה: "גרעון טיפולי" במדינות המפותחות

"הגרעון הטיפולי" (the care deficit) (או - "משבר הטיפול" - the crisis of care) מעסיק רבות מחוקרות כלכלת הטיפול. המושג מתייחס לקושי ההולך וגובר במדינות מפותחות לספק טיפול זמין ואיכותי שיענה על הצרכים של א/נשים, ילדיהם וילדותיהם, הוריהם המבוגרים וקרוביהם (Beneria, 2008; Tronto, 2013; Fernandes, 2017). הגרעון הטיפולי נוצר כתוצאה משילוב בין העלייה בהשתתפות נשים בכוח העבודה, מחד גיסא, והזדקנות האוכלוסייה ברוב המדינות המערביות מאידך גיסא. כניסתן הגוברת של נשים לשוק העבודה, חלקן כמפרנסות עיקריות, גרם למשבר בעבודת הטיפול בתוך המשפחה. בנוסף, העלייה בתוחלת החיים, גררה התארכות של תקופת החיים שבה נדרש טיפול בבני משפחה מבוגרים. משפחות פונות לעתים לסיוע מצד קרוב/ת משפחה או שוכרות מטפלת, במידה והן יכולות להרשות זאת לעצמן. חלק מהמטפלות בשכר הן מהגרות שנאלצו לעזוב את משפחותיהן על מנת לספק טיפול באחרים. במדינות העשירות החברות בארגון ה-OECD, הגרעון הטיפולי והעלייה בדרישה לעובדות טיפול הרחיבו את הגירת העבודה של נשים ממדינות עניות. בישראל עלה מספרן של עובדות הטיפול המהגרות, מכ־22 אלף בשנת 2000 עד למעל ל-57 אלף בשנת 2016 (OECD, 2017).

עבודות שקופות - טיפול שלא בשכר

אספקת טיפול מערבת לרוב רשת מורכבת של בני/ות משפחה מטפלים/ות ללא שכר ועובדות בשכר, התומכים ומחזקים זה את זה. הדיון המחקרי והציבורי בעבודה שלא בשכר התפתח מאוד

בעשורים האחרונים. כבר בשנות ה־1970, פמיניסטיות סוציאליסטיות עשו שימוש במושג "עבודה רפרודוקטיבית" כדי להדגיש את תפקידה של עבודת הבית ללא שכר במערכת הכלכלית הרחבה.¹ כיום עוסקות כלכלניות בתרומתה של עבודה הטיפול שלא בשכר, המכונה לעתים "עבודה שקופה", לתנאי החיים הכלכליים, לרווחה ולפיתוח היכולות האנושיות. משקי בית מספקים שירותים כדוגמת טיפול, חינוך, בריאות לילדים וסיוע לבעלי מוגבלויות, לחולים כרוניים ולקשישים. לפיכך מרבה הספרות הפמיניסטית לעסוק בתיעוד ובמדידה של עבודה זו. חלק ניכר מהעבודה שאינה בשכר - בעיקר שירותים הניתנים בתוך המשפחה - אינה מוגדרת כעבודה יצרנית ועל כן היא אינה נכללת בנתוני החשבונאות הלאומית שמהם נגזרות הגדרות התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג). התמ"ג, הוא המדד העיקרי המשמש להערכת הצלחתה הכלכלית של מדינה. כלכלניות פמיניסטיות כגון מרלין וורינג וננסי פולברה, עסקו בעבודותיהן בחשיפת הפוליטיקה של מדידת ערך העבודה ללא שכר. זאת במטרה לשכנע מעצבי מדיניות שכאשר אין מביאים בחשבון את העבודה הזאת בעת חישוב התמ"ג, הדבר פוגע בשוויון המגדרי, מעוות את האופנים שבהם מגמות כלכליות מוערכות ונמדדות ומייצר הטיות בתכנון וביישום של מדיניות כלכלית (Waring, 1988; Folbre, 1991; Beneria, 1999).²

בשנים האחרונות ניתן משקל רב גם לעבודת הסבתאות. מחקרים מאירופה מצביעים על מעורבות גדולה של סבים וסבתות בטיפול בילדים. במדינות אירופה, 58% מהסבתות ו־49% מהסבים מספקים טיפול מסוג כלשהו לילדים בני 15 ומטה (Hank and Buber, 2009). במחקרים שבחנו הקצאת משאבים לטיפול, הן הוצאה ציבורית על מסגרות טיפול והן הוצאה למימון חופשות לידה, נמצא כי מעורבות סבא וסבתא בטיפול משמשת כהשלמה להוצאה המדינתית ואף כמחליפה אותה. במדינות שמאופיינות בהוצאה ציבורית גבוהה, שירותים ציבוריים נדיבים וחופשות לידה בתשלום, התפקיד של הסבים והסבתות הוא משלים, שכן הוא נעשה מעבר לשעות הפעילות של המסגרות הציבוריות. מנגד, במדינות שבהן מסגרות טיפול ציבוריות הן נדירות וחופשות הלידה קצרות, לסבים וסבתות יש תפקיד קריטי באספקת טיפול על בסיס יום־יומי. במדינות בעלות דפוס ביניים, בהן המדיניות אינה עקבית והיא עשויה טלאים־טלאים ושירותי טיפול וחופשות לידה קיימים אך הם מוגבלים או חלקיים, סבים וסבתות מספקים טיפול על בסיס שבועי ולא יומי (Bordone, Arpino, and Aassve 2017; Igel and Szydlik 2011).

קשה לתת ערך שוק לעבודה שאינה נעשית בשוק ומובן שלא את כל היבטיה ניתן לאמוד במונחי שוק. אולם אומדן של ערכה המוניטרי של העבודה השקופה יכול לספק תובנות חשובות ולהצביע על כך שעסקאות שנעשות בשוק מייצגות רק חלק מהשירותים והמוצרים שאנחנו נשענים/ות עליהם. במובן זה, טוענת פולברה (Folbre, 2015), ניתן להפוך את הגיון השוק נגד עצמו כאשר מדגימים את מידת הישענותו על שירותים לא שוקיים.

1 המושג עבודה רפרודוקטיבית שורשיו במסורת המרקסיסטית כשהוצג לראשונה על ידי פרידריך אנגלס ב־1884 על מנת לתאר פעילויות המשמרות את כוח העבודה ומייצרות אותו מחדש (Engels, [1884] 1972).
2 לדיון נרחב בעבודותיהן של ננסי פולברה ומרלין וורינג, ר' ברקוביץ, 1996.

איסוף נתונים אודות העבודה השקופה

האמצעי העיקרי לאיסוף נתונים על הדרך שבה מבלימים נשים וגברים את זמנם הוא סקר תקצוב זמן. בסקרים אלה מתבקשים/ות הנשאלים/ות לדווח באופן מפורט על פעילויותיהם/ן ועיסוקיהם/ן במשך תקופת זמן מוגדרת. הסקרים משמשים בין היתר לתיעוד היקף הזמן שנשים וגברים מקדישים לעבודה ללא שכר (גרוס וסבירסקי, 2002). סקרים אלה הפכו מקובלים במדינות רבות. בעשור הראשון של המאה ה-21 בוצעו כ-90 סקרי תקצוב זמן - יותר ממה שבוצעו במהלך כל המאה הקודמת (Folbre, 2015).

על פי חישוב שנערך בארגון העבודה הבינלאומי, המבוסס על סקרי תקצוב זמן מ-64 מדינות, מדי יום מושקעות ברחבי העולם 16.4 מיליארד שעות בעבודת טיפול ללא שכר. נתון זה שווה ערך ל-2 מיליארד א/נשים העובדים שמונה שעות ביום ללא תגמול. ההערכה הכספית של שעות אלו, המחושבת על בסיס של שכר מינימום לשעה, עומדת על 11 טריליון דולר, או כ-9% מהתמ"ג העולמי (ILO, 2018).

עוד ניתן ללמוד מסקרי תקצוב זמן כי בכל המדינות בעולם, נשים עוסקות בעבודה ללא שכר בשיעורים גבוהים מאלה של גברים: על פי הערכת ארגון העבודה הבינלאומי, פי שלושה יותר. אין מדינה שבה החלוקה המגדרית שווה; בארצות ה-OECD, נשים משקיעות מדי יום בעבודה ללא שכר שעתיים וחצי יותר מגברים. ככל שעולים שיעורי ההשתתפות של נשים בשוק העבודה, היקף הזמן המושקע בעבודה ללא שכר במשק הבית יורד וההשקעה הכספית ברכישת שירותים שכאלה עולה. סקרי תקצוב זמן מראים עוד שהיקף העבודה שלא בשכר גדול יותר במשקי בית שהכנסותיהם נמוכות (Miranda, 2011; ILO, 2018).

לצד סקרי תקצוב זמן התפתחו גם שיטות הערכה לעבודה ללא שכר. חלק מהשיטות מודדות את התשומות - ערך הזמן המושקע בעבודה; ושיטות אחרות מודדות את התפוקות - כלומר את ערכם של התוצרים. המאמצים להצמיד להן ערך כספי, מראים שבמדינות ה-OECD, ערכן של עבודות ללא שכר נע בין 30% ל-50% מהתמ"ג (Miranda, 2011). מנתוני האו"ם לשנת 2016 עולה כי הערך הכולל של עבודת הטיפול ועבודת הבית שלא בשכר עומד על 10% עד 39% מהתמ"ג העולמי (United Nation Economic and Social Council, 2016).

מה עושים עם הנתונים? אין הסכמה באשר לדרך הטובה ביותר לשלב את הנתונים הללו עם נתוני החשבונאות הלאומית המשמשים למדידת רמת הרווחה הכלכלית. מדינות רבות הנהיגו קיבוץ של הנתונים בחשבונאות לזויין - מערכת שכשמה כן היא, חיצונית למערכת החשבונאות הלאומית אך צמודה לה ומרחיבה אותה.

גם כאשר קיימת סטטיסטיקה של עבודה ללא שכר, היא לא בהכרח משמשת לתכנון מדיניות כלכלית רחבה. למשל: על אף שברוב מדינות אירופה נאספו נתונים מסקרי תקצוב זמן, מדיניות הצנע שאומצה ברובן מאז 2010 לא הביאה בחשבון את השפעת המדיניות על העבודה ללא שכר.

מספר מחקרים ממדינות שונות הראו כי הקיצוצים בהוצאה הציבורית על שירותי סיעוד וטיפול, שנבעו ממדיניות הצנע, הגדילו את העבודה ללא שכר של נשים (O'Hagan and Klatzer, 2018).

ביטויים של הכרה בעבודות הטיפול השקופות

בקרב חוקרות ופעילות פמיניסטיות קיימות מחלוקות - האם הכרה בערכן של עבודות שקופות צריכה להתבטא בתשלום? האם צריך לשלם לנשים על עבודתן ללא שכר בבית ובטיפול?

במדינות שונות ניתן תשלום על טיפול של בני/ות משפחה בילדים או בקשישים באמצעות יוזמות **“כסף תמורת טיפול” (Cash for Care)** - תשלום ישיר לבת/בן משפחה מטפל/ת. תשלום זה מפצה רק לעתים רחוקות על אובדן ההכנסה מעבודה בשכר ויש לו השלכות שליליות על השתתפות נשים בשוק העבודה ועל הכנסותיהן. בפינלנד, למשל, הורים יכולים לקבל קצבת טיפול בבית, אחרי חופשת הלידה ועד שהילד/ה מגיעים לגיל 3 - בתנאי שהם אינם רשומים למסגרת טיפול ציבורית. קצבאות אלו נמוכות והן לא מגיעות לרמת שכר המינימום. בנובה סקוטיה שבקנדה מתקיים מודל מוצלח של טיפול בזקנים, שבמסגרתו התשלום הניתן לבת משפחה מטפלת עומד על השכר החציוני, דבר המבטיח שהמטפלות תקיימנה את עצמן מבלי ליפול לעוני (ILO, 2018).

בנורבגיה הונהג עוד ב־1998 תשלום להורים המטפלים בילדיהם. אחת המטרות של היוזמה הנורבגית הייתה להשוות את התמיכה הציבורית שמעניקה הממשלה, בין משפחות שלא השתמשו במסגרות הטיפול הציבוריות והמסובסדות ובין כאלו שכן. בשונה מחופשת לידה בתשלום, התשלום אינו תלוי בהשתתפות בשוק העבודה. התכנית הוצגה כניטרלית למגדר תחת טיעון ליברלי של חופש בחירה. בו בזמן היא גם זכתה לתמיכת המפלגה הנוצרית הדמוקרטית, שביקשה לחזק את ערכי המשפחה. בשנים הראשונות היו שיעורי הניצול גבוהים מאוד, אך בשנת 2003 הם החלו לצנוח, עם השקת תכנית ממשלתית שהבטיחה מקום במסגרת ציבורית מסובסדת לכל ילד/ה בגילאי 1-6³ כיום, האפשרות לקבל תשלום בעבור טיפול מנוצלת בעיקר על ידי מהגרות ששיעורי ההשתתפות שלהן בשוק העבודה נמוכים, שכן רוב ההורים בנורבגיה מעדיפים את מסגרות הטיפול הציבוריות המסובסדות. ככל שהשכלת האימהות גבוהה יותר והכנסתן גבוהה יותר, כך קטן הסיכוי שתעשנה שימוש בכסף לתשלום עבור טיפול. מגמה זו הובילה לדיון בנורבגיה על אודות השתלבותם של מהגרים בחברה ובשוק העבודה. אחת הטענות היא שמערכת הרווחה מעודדת נשים מהגרות להישאר בבית ומחוץ לשוק העבודה ובעצם מחזקת הבחנות מגדריות ופערים בין קבוצות אתניות בשוק העבודה. בינתיים, הטבת התשלום תמורת טיפול שונתה כך שניתן לקבל תשלום רק עבור טיפול בילדים עד גיל שנתיים (Bungum and Kvande, 2013).

דיון דומה התנהל בספרד כאשר תשלום לבנות המשפחה המטפלות עוגן בחקיקה מ־2006 שכוונתה המקורית הייתה לשפר את השוויון המגדרי ולפתח את ענף הטיפול, אולם היא קיבעה

3 בנורבגיה נהוגה חופשת לידה ארוכה וניתן לחלקה בין שני ההורים; לכן המסגרות הציבוריות המסובסדות מיועדות לגילאי שנה ומעלה.

חלוקת עבודה מגדרית מסורתית בתוך המשפחה והגבילה את הנשים לתפקידי טיפול (גברים לוקחים על עצמם את העבודה הזו בעיקר בזמנים של אבטלה). בספרד עלתה גם שאלה נוספת, לגבי איכות הטיפול - האם כל בת משפחה היא בהכרח מטפלת טובה? והאם תשלום לבנות משפחה אינו תורם לפיחות נוסף בערך עבודות הטיפול בשכר - שכן התפיסה היא שכל אחת יכולה לעשות זאת, ללא קשר להכשרתה או לכישוריה. כך או כך, תכנית הצנע שיושמה בספרד בעקבות המשבר הכלכלי פגעה בהטבות שהוענקו לבנות המשפחה המטפלות מתוקף החוק (Benería and Martínez-Iglesias, 2014; Vara, 2014; Deusdad et al. 2016).

סוג אחר של הכרה בעבודת הטיפול, הוא באמצעות **שיפור הזכאות לפנסיה של נשים עבור תקופות של טיפול ללא שכר בילדים**. עבודת טיפול ללא שכר נושאת השלכות שליליות על נגישותן של נשים למשאבים בשלבים מאוחרים יותר של החיים. כתוצאה מעבודת הטיפול ללא שכר, שנות עבודתן של נשים מעטות יותר, בממוצע, ורבות מהן מועסקות במשרות חלקיות, דברים הגורמים לפערים מגדריים בשכר ובהכנסה לאורך החיים. כלומר, כאשר כיסוי פנסיוני מבוסס רק על השתתפות בשוק העבודה, התוצאות עבור נשים וגברים הן שונות (Jefferson, 2009). לכן, ישנן מדינות המאפשרות הטבות פנסיוניות כפיצוי על תקופות הטיפול בילדים. כשמדובר בהטבה נדיבה יש בה כדי לפצות על הזמן שהושקע מחוץ לשוק העבודה בטיפול בקרובים. בפינלנד ובשוודיה, אימהות ואבות מקבלים נקודות קרדיט לחסכון הפנסיוני המכסות את התקופה שבה היו בחופשת טיפול (ILO, 2018).

המערכת הטובה ביותר היא ככל הנראה זו של צרפת. זכאות מלאה לפנסיה מבוססת בצרפת על הפקדה לחסכון פנסיוני ב־160 רבעונים (40 שנה). נקודות הקרדיט המוענקות על טיפול מעלות את שיעור ההפקדה של נשים ברבעון אחד עבור כל שנה שהוקדשה לטיפול בילדים עד למקסימום של שמונה רבעונים לילד/ה. הנקודות מוענקות ללא קשר לשאלה מה קרה לקריירה של הנשים בעקבות טיפול בילדים וניתן לעשות בהן שימוש לפרישה מוקדמת או להעלאת סכום הפנסיה (Jefferson, 2009).

עבודת הטיפול בשכר

עבודת הטיפול שלא בשכר נושאת השלכות על עבודתן של נשים בכלל ועל עבודת הטיפול בשכר בפרט. היקף העבודה שלא בשכר והחלוקה הבלתי־שוויונית שלה במשק הבית מגבילה הן את מידת הזמינות של נשים לעבודה בשכר והן את סוגי העבודות שבהן הן יכולות לעסוק. הדבר נכון בעיקר כאשר אין אפשרויות טיפול ציבוריות איכותיות וזמינות. כאשר תקציבי המגזר הציבורי מקוצצים, מקוצצים גם תקציבים המממנים אספקת טיפול בשכר, ואזי נאלצים פרטים להעניק טיפול ללא שכר בבני/ות משפחותיהם. בדרך כלל יהיו אלו הנשים שיצמצמו את שעות העבודה בשכר שלהן על מנת לטפל בבני/ות משפחה. ההשלכות יתבטאו בפערים מגדריים בהכנסות ובנכסים, אך גם בכוח מיקוח מוגבל בשוק העבודה ובנגישות מוגבלת לביטחון סוציאלי ולחסכון פנסיוני. עבודה שלא בשכר אף מצמצמת את היכולת של נשים להשמיע את קולן בהליכי קבלת

החלטות ומגבילה את הנגישות שלהן למנגנונים של ייצוג ומשא ומתן קולקטיבי (ILO, 2018). לבסוף, הערכת החסר לעבודת הטיפול שלא בשכר מתבטאת בשכר נמוך ובהתדרדרות מתמדת בתנאי העסקה במקצועות הטיפול שבהן נשים מהוות רוב. עבודות אלו נתפסות ככאלה שדורשות כישורים מעטים מכיוון שצמחו מתוך עבודתן ה"טבעית" של נשים בבית (ILO, 2018; Duffy et al, 2013).

בישראל, כמו במדינות מערביות רבות, המועסקות במקצועות הטיפול סובלות מ"חולשה" כפולה: הן עצמן מצויות בשולי שוק העבודה והן מטפלות באוכלוסיות של "תלויים" ועניים: אוכלוסיות חסרות כוח צרכני, שמקומן בדרך כלל בשולי הדיון הציבורי. מקבלי הטיפול הם בדרך כלל מבוגרים מדי, חולים מדי או עניים מדי מכדי להשפיע על השוק הפרטי. גם אמצעים לשיפור תנאי העבודה המקובלים בעיסוקים אחרים, כגון התארגנות ושבייתה, מאבדים מכוחם כאשר הנפגעים העיקריים מפעולות ההשבתה הם מאוכלוסיות חלשות. ועוד: מגמות ההפרטה וצמצום השירותים החברתיים הביאו לכך שבעלי אמצעים רוכשים חלק משירותי הטיפול באופן פרטי והמעמד הבינוני והנמוך הם ה"צרכנים" העיקריים של השירותים הציבוריים (דגן-בוזגלו וחסון, 2011).

הגדרת עבודת הטיפול ומאפייניה הייחודיים

טיפול מוגדר כעבודה המורכבת מפעילויות ויחסים שמטרתם לספק מענה על צרכים פיזיים, פסיכולוגיים ורגשיים של מבוגרים וילדים. בספרות האקדמית אין תמימות דעים באשר לעבודות הנכללות תחת הגדרה זו. ההגדרה הבסיסית כוללת אחיות, רופאות/ים, מורות, מטפלות בילדים, עובדות סוציאליות, פסיכותרפיסטיות ומטפלות אישיות בזקנים ובעלי מוגבלות. עיסוקים אלו דורשים קשר אינטנסיבי ומכוונים לשפר את הרווחה האישית של המטופלים.

גישה מרחיבה יותר כוללת גם עובדים/ות המספקים טיפול עקיף, לעתים פיזי יותר ושאינו דורש פעולות של פנים-אל פנים, כדוגמת בישול, ניקיון, כביסה ופעולות אחרות שמספקות תנאים הכרחיים ותומכות בטיפול האישי. על פי הגדרה זו עובדות טיפול הן גם מנקות, עובדי קפיטריות בבתי הספר, עובדי מטבח בבתי אבות, עובדי מכבסות בבתי החולים וכדומה.

גישה רחבה אף יותר עוסקת ב"כלכלת הטיפול" כפי שהיא מופיעה, למשל, בדוח של ארגון העבודה הבינלאומי לשנת 2018. מכיוון שעובדות הטיפול מספקות שירותי בריאות, רווחה וחינוך בתמיכתן/ם של עובדים אחרים, נחשבים גם אלה האחרונים חלק מכלכלת הטיפול. הם כוללים מנהלי חשבונות, טכנאים ופקידים המועסקים בבתי חולים, בתי אבות ובתי ספר. הם נכללים בסקטור הטיפול על אף שהם אינם מטפלים/ות.

ניתן לראות בסקטור הטיפול חלק מובחן וייחודי של הפעילות הכלכלית. ראשית, עבודת הטיפול מאופיינת במהותה ביחסים בין-אישיים. התפקיד המרכזי שממלאים היקשרות רגשית ומחויבות אישית הופכים את הטיפול לעבודה ייחודית. שנית, הטיפול מיטיב לא רק עם מי שמקבלים אותו באופן ישיר, אלא גם עם מעגלים חברתיים רחבים יותר. שלישי, מנגנוני השוק לא יכולים לספק במלואם את כמות הטיפול ואת איכות הטיפול שאנו זקוקים לו. בנוסף, מחיר השוק אינו משקף

את ערך הטיפול מאחר ורבים ממקבלי הישירים אינם משלמים בעבורו. מקבלי הטיפול נמנים בדרך כלל עם קבוצות שלא יכולות לספק לעצמן טיפול מלא - אם מטעמי גיל, חולי או מוגבלות ויכולתם לשאת ולתת על קבלת סיוע, מוגבלת. מאפיינים אלו מדגישים את הצורך בהסדרים חברתיים המבטיחים טיפול איכותי ונגיש (Albelda et al, 2009; Duffy et al, 2013).

התועלת הכלכלית של השקעה ציבורית בסקטור הטיפול

בבריטניה ערכו כלכלניות סימולציה שהשוותה בין התוצרים של השקעה של 2% תמ"ג בסקטור הטיפול ובין התוצרים של השקעה שווה בפיתוח של תשתיות פיזיות, בשבע מדינות ב-OECD. ההנחה שעמדה בבסיס הסימולציה הייתה כי כשם שהשקעה בתשתיות פיזיות מפותחות היא קריטית עבור שגשוג אנושי, כך גם השקעה בתשתית אנושית מפותחת. הסימולציה העלתה למשל כי השקעה בתשתית טיפול תייצר בארצות הברית 13 מיליון משרות חדשות, בעוד שהשקעה מקבילה (2% תמ"ג) בתשתיות פיזיות תייצר רק 7.5 מיליון משרות (De Henau et al, 2016).

ארגון העבודה העולמי ערך סימולציה דומה, בהתבסס על נתוניו של 45 מדינות שהתמ"ג המקובץ שלהן מהווה 85% מהתמ"ג הגלובלי ואוכלוסייתן מהווה כ-60% מאוכלוסיית העולם. במדינות אלה, כוח העבודה בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה עמד ב-2015 על 206 מיליון עובדות ועובדים - 10% מכלל כוח העבודה וכ-8.7% מהתמ"ג המשולב שלהן. הסימולציה בחנה כיצד תיראה כלכלת הטיפול בשנת 2030 אם המשתנים העיקריים יישארו כמות שהם כיום - שיעורי הכיסוי, הסטנדרטים ותנאי העבודה הנוכחיים וכיצד היא תיראה אם תוכפל השקעה הנהוגה כיום, תוך הלימה עם מטרות הפיתוח בנות-הקיימא של האו"ם ובהתבסס על עקרונות עבודה הוגנת כפי שנוסחו על ידי ארגון העבודה העולמי. במקרה הראשון יעמוד היקף התעסוקה בסקטור הטיפול על 358 מיליון משרות ובמקרה השני על 475 מיליון משרות (ILO, 2018).

כיצד אפשר להגדיל את ההשקעה? למשל, באמצעות מערכת מיסוי פרוגרסיבית ושקופה יותר. ארגון העבודה העולמי ממליץ למשל על הכבדת המיסוי על העושר ולא על הצריכה או על העבודה. המלצה נוספת היא ביטול או צמצום המיסוי על עבודות טיפול וכן הכרה בהוצאות טיפול (שם).

הודלים פמיניסטיים לשילוב עבודת הטיפול

במדיניות הכלכלית

בשנים האחרונות עוסקות חוקרות ופעילות פמיניסטיות בהצעות למדיניות שעניינה ארגון מחדש של שירותי הטיפול והתמיכה הפיננסית בהם. חלקן קוראות למדיניות פיסקלית מרחיבה, המתמקדת בצמיחה כלכלית בת-קיימא ובהשקעה בתשתיות חברתיות ובמיוחד בשירותי טיפול (Fernandes, 2017). כך למשל, פיתחה הכלכלנית התורכייה איפאק איקרקאן (Ilkcaracn,)

2016) את מודל "הכלכלה הסגולה" (**The Purple Economy**). מדובר בחזון השואב את בסיסו מ"הכלכלה הירוקה" ומבקש להרחיב אותה תוך התייחסות לשוויון מגדרי. בעוד שכלכלה ירוקה מכירה בתפקידה של סביבה בריאה לרווחת בני האדם, הכלכלה הסגולה מכירה בתלות בטיפול כמרכיב הכרחי וחיוני לרווחה ולפיכך בצורך של הכלכלה להביא בחשבון את ערכו של הטיפול ולאפשר את אספקתו מבלי לעשות שימוש במנגנונים שמייצרים אי שוויון. במילים אחרות, החזון עוסק במדיניות חברתית וכלכלית שתכיר, תיקח אחריות ותחלק מחדש את נטל הטיפול, זאת בהתבסס על הכרה בנגישות לטיפול כזכות אנושית בסיסית. הגישה נשענת על ארבעה עמודי תווך:

1. חלוקה מחדש של עלויות הטיפול בין משקי הבית, המדינה והשוק באמצעות אספקה ציבורית אוניברסלית של שירותי טיפול בילדים, קשישים, בעלי מוגבלויות וחולים.
2. רגולציה של שוק העבודה שתאפשר איזון בית-עבודה באמצעות יצירת תמריצים שווים לנשים ולגברים בנטילת האחריות לטיפול. למשל, הזכות החוקית לחופשה לצורך טיפול בילד/ה או במבוגר/ת תלויה/ה; קיצור שעות העבודה השבועיות; הזכות לגמישות בעבודה בתקופות שונות במעגל החיים הדורשות איזון משתנה בין הבית לעבודה; צמצום האפליה בקבלה לעבודה, שכר וקידום ושכר שווה לעבודה שוות ערך.
3. מדיניות שתספק מענה להתמודדות עם הצורך בתשתיות טיפול בקהילות בפריפריה.
4. שינוי מקרו-כלכלי: מעבר מהתמקדות בצמיחת התמ"ג וביעילות כלכלית ליצירת משרות הוגנות והבטחת פרנסה מקיימת. בתוך כך, בחינת השפעות מדיניות כגון מיסוי והוצאות ממשלתיות על חלוקת עבודת הטיפול בשכר ושלא בשכר, למשל באמצעות תקצוב מגדרי.

מודל דומה מוצע על ידי הכלכלנית הבריטית דיאן אלסון (Elson, 2008; 2017) והוא מכונה **מודל ה- Triple R: (Recognition, Reduction, Redistribution) הכרה, צמצום וחלוקה מחדש**. המודל מבוסס על גישה המשלבת את עבודת הטיפול ללא שכר במדיניות המקרו-כלכלית, תוך הפחתתה וחלוקתה מחדש. אלסון, כמו אחרות, טוענת כי לא ניתן להשיג שוויון בשכר מבלי להשיג שוויון בעבודה ללא שכר. היא מציעה שלוש אסטרטגיות:

הכרה - Recognition - הפיכת העבודה השקופה לנראית בסטטיסטיקה הלאומית, בעיקר על ידי עריכה של סקרי תקצוב זמן באופן שיטתי, הערכת היקפה של העבודה ללא שכר וחשיפה של האופן שבו מתחלקת עבודת הטיפול בין הממשלה, השוק, החברה האזרחית ומשקי הבית.

צמצום - Reduction - צמצום היקף עבודת הטיפול ללא שכר וצמצום היבטיה המפרכים, באמצעות שיפור טכנולוגיות ואספקת תשתיות לנגישות טובה יותר לשירותים בסיסיים וכן - השקעה בתשתיות חברתיות כגון שירותי בריאות וטיפול.

חלוקה מחדש - Redistribution - של עבודת הטיפול ללא שכר באמצעות תמריצים לעידוד גברים לקחת בה חלק.

ארצות בעלות הכנסות גבוהות, בעיקר כאלו עם מדינת רווחה נדיבה, מאמצות חלק מהאסטרטגיות שמציעה אלסון, בעידוד ארגון העבודה הבינלאומי. ארגון זה עצמו הרחיב את המודל של אלסון והוסיף להכרה, לצמצום ולחלוקה מחדש שתי אסטרטגיות נוספות:

תגמול (Reward) - שכר הוגן לעובדות הטיפול; ו**וייצוג (Representation)** הבטחת השתתפות נשים בקבלת ההחלטות הפוליטיות והכלכליות; חופש ההתאגדות והבטחת הזכות למשא ומתן קולקטיבי (ILO, 2018).

להלן נבחן היבטים של טיפול בילדים/ות בישראל, באמצעות המודל שמציעה אלסון.

חלק ב' | טיפול בילדים -

בין המשפחות למדינה

בחלק זה נבחן את ההשקעה הציבורית בטיפול בילדים/ות בישראל. השקעה זו תיבחן אל מול המודל שמציעה הכלכלנית דיאן אלסון ואשר הורחב על ידי ארגון העבודה העולמי: הכרה, צמצום, חלוקה מחדש, תגמול וייצוג. סוגיית הטיפול בילדים עלתה לסדר היום הציבורי בעקבות מחאת ההורים (שכונתה "מחאת העגלות") בקיץ 2011.

ועדת טרכטנברג, שהוקמה אחרי המחאה, המליצה להרחיב את תחולת חוק חינוך חנם. בעקבות זאת, כל הילדים/ות בישראל מעל גיל 3 זכאים כיום לחינוך חנם. עובדה זו מעמידה את ישראל במקום גבוה בקרב מדינות ה-OECD בכל הקשור לסבסוד מסגרות לבני/ות 3 ומעלה. מעל ל-90% מההוצאה על מסגרות אלו היא ציבורית, בהשוואה לממוצע של 83% במדינות ה-OECD (OECD, 2018a). הסוגיות שנותרו עם מענה חלקי הן אלו הקשורות בטיפול בילדים עד גיל 3 - כולל חופשות לידה, הטבות בגין טיפול בילדים והשקעה ציבורית במסגרות טיפול; ובנוסף, אורך יום הלימודים ומסגרות אחר הצהריים לילדי הגן ולכיתות הנמוכות (עד גיל 8). סוגיות אלו יעמדו במרכזו של פרק זה.

הכרה בעבודות הטיפול שלא בשכר

איסוף נתונים - בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ערכה סקר תקצוב זמן אחד בלבד, שהתייחס לשנים 1991-1992. כיון שכך אין בנמצא נתונים מעודכנים ומקיפים דיים אודות השקעה בטיפול בשכר ושלא בשכר. נתונים שפורסמו על ידי ד"ר עמית קפלן (2016) ממרכז שוות במכון ון-ליר, מראים שהשקעתן של נשים בישראל בטיפול בבני משפחה כפולה מזו של גברים ואף יותר. במחקר איכותני-פרשני המבוסס על ראיונות קבוצתיים עם נשים מקבוצות שונות בחברה הישראלית, ציינו רבות כי הן אלו שמבצעות את רוב העבודות השקופות הקשורות במשק הבית ובטיפול בבני המשפחה. עוד נמצא כי עצם החלוקה המגדרית והבלתי שוויונית של העבודה השקופה חוצה גבולות אתניים, מעמדיים ולאומיים (קפלן וכרכבי-סבאח, 2017).

החוקרים אנדבלד והלר מן המוסד לביטוח לאומי (2017) ערכו סימולציה של התרומה לתמ"ג של עבודתן של עקרות בית - נשים נשואות שאינן עובדות מחוץ למשק ביתן. על פי הערכתם, עבודה זו היא שוות ערך ל-4.8%-2.2% מהתמ"ג. מחקרם אף מראה כי, בדומה למתרחש בארצות אחרות, גם בישראל, עיקר הנטל נופל על נשים מהאוכלוסיות העניות.

הכרה בטיפול באמצעות הטבות מס - נקודות זיכוי במס בגין ילדים היו בעבר נחלתן של נשים בלבד. נקודות הזיכוי הוענקו לנשים במטרה לעודד תעסוקה ועל מנת לפצותן על הפגיעה

בשכרן הנגרמת כתוצאה מהפסקות בתעסוקה בשל לידות וטיפול בילדים (ברנדר, 2005). נקודת זיכוי היא הטבת מס ששוויה ב-2018 עמד על 216 ₪. בשנת 2012, בעקבות המלצות ועדת טרכטנברג, נוספו לאבות נקודות זיכוי עבור ילדים עד גיל 4. הנקודות הוענקו לאבות, בין היתר משום שרוב האימהות העובדות (כ-74%) ממילא לא מיצו את מלוא הטבות המס שלהן בשל שכרן הנמוך מסף המס האישי (ברנדר וסטרבצ'ינסקי, 2014).

תמונת נקודות הזיכוי במס עבור ילדים השתנתה עוד יותר בעקבות תכנית "נטו משפחה", שנועדה לסייע להורים עובדים והמיושמת בישראל מאז אפריל 2017⁴. במסגרת התכנית הורחב זיכוי המס להורים לילדים עד גיל 5. החל משנת 2017, הורה זכאי ל-1.5 נקודות זיכוי בשנת לידתו/ה של הילד/ה ו-2.5 נקודות זיכוי לשנה עבור ילד בגילאי 1-5. הרחבת הזיכוי עוגנה בתיקון לפקודת מס הכנסה בחוק ההסדרים לשנת 2019. עלות הרחבת ההטבה נאמדת ב-1.7 מיליארד ₪ בשנה, כאשר שיעור הגברים הנהנים מהתוספת עומד על 85% ושיעור הנשים על 15% בלבד (משרד האוצר, אגף הכלכלן הראשי, 2017).

ניתוח מגדרי של הטבות מס שנערך על ידי משרד האוצר בהצעת התקציב לשנת 2019, העלה כי נשים נהנות מהטבה שנתית בשווי 2.58 מיליארד ₪, בשעה שההטבה לגברים נאמדת ב-2.95 מיליארד ₪. חשוב לציין שיש הבדל במבנה הטבות המס עבור אימהות ואבות: אימהות זכאיות לנקודת זיכוי עבור כל ילד/ה עד גיל 18 ונקודת זיכוי נוספת בגין ילדים/ות עד גיל 5.

השינויים במבנה ההטבה והגידול הרב בעלות הזיכוי (מעלות של 1.7 מיליארד בשנה עד שנת 2011 ל-5.1 מיליארד החל מ-2017)⁵ לווה בשינוי חד בחלוקתו בין נשים לגברים - חלקן של הנשים בהטבה ירד מ-100% עד שנת 2011 ל-47% בשנת 2017 (שם). יש לציין, כי אין פירוש הדבר כי ההטבות לנשים הופחתו ושהן מקבלות פחות משקיבלו טרם התכנית, אלא שמדובר בתוספת משמעותית שממנה נהנים בעיקר גברים משום ששכרם גבוה יותר.

מס הכנסה שלילי - מס הכנסה שלילי הוא מענק הכנסה הניתן לעובדים בעשירוני ההכנסה הנמוכים. המטרה העיקרית של המענק היא עידוד תעסוקה ואין לו כל קשר להכרה בעבודת הטיפול. המענק ניתן רטרואקטיבית עבור שנת המס הקודמת, במידה והעובד/ת עמד/ה בקריטריונים ובכפוף לתביעה שהגישה/ה. תכנית "נטו משפחה" הרחיבה את המענק למשפחות שהכנסותיהן נמוכות, כאשר השינוי העיקרי הוא בהגדלת גובה המענק המקסימלי שניתן לגברים ובהשוואתו למענק שניתן לנשים. כן הוגדלה תקרת ההכנסה שבגינה הוא ניתן - תקרת השכר עלתה מ-4,800 ₪ ל-5,000 ₪ וסכום המענק המקסימלי שניתן לגברים עלה מ-330 ₪ בחודש ל-495 ₪. בנוסף, ניתנת תוספת של 30% למענק, לכל אחד מבני הזוג, במידה ושניהם עובדים (חסון וסבירסקי, 2018).

4 התכנית כללה הטבות במיסוי למשפחות עובדות, סבסוד דיפרנציאלי של צהרונים, תוספת נקודות זיכוי לנשים ולגברים בגין ילדים צעירים, הרחבת מענק עבודה (מס הכנסה שלילי) והפחתת מכסים על בגדי תינוקות, הנעלה ומכשירי סלולר.
5 זהו הסעיף השלישי היקר ביותר בתקציב הטבות המס, אחרי ההטבות לפנסיה וההטבות על פי חוק עידוד השקעות הון (משרד האוצר, אגף הכלכלן הראשי, סקירה כלכלית שבועית מיום 3 בספטמבר 2017).

קצבאות ילדים - קצבת ילדים שולמה בישראל לראשונה ב־1959 והוחלה במשך ארבעה עשורים על יהודים בלבד. בשנת 1994 הפכה הקצבה לאוניברסלית והחלה כוללת גם משפחות של ערבים אזרחי ישראל. הגעתם ארצה של מאות אלפי מהגרים ממדינות חבר העמים ומאתיופיה הביאה אף היא בשנות ה־1990 לגידול ניכר במספר הזכאים ובסך ההוצאה על קצבאות ילדים. בין השנים 1991 ו־2000 גדלה ההוצאה השנתית הממוצעת על קצבאות ילדים פי שלושה, מכ־3 מיליארד ש"ח לכ־9 מיליארד ש"ח (מחירי 2015). סדרת קיצוצים שהחלה בשנת 2002, ביחד עם הקפאת עדכון הקצבה, גרמו לאובדן של מאות שקלים לחודש בהכנסתן של משפחות עם ילדים (סבירסקי ודגן־בוזגלו, 2017). ב־2017 עמדה ההוצאה השנתית על קצבת ילדים על מעט יותר מ־5 מיליארד ש"ח (המוסד לביטוח לאומי, ירחון סטטיסטי, 2018). ההוצאה על קצבאות ילדים עומדת על כ־0.5% תמ"ג - שיעור נמוך מן הממוצע של מדינות ה־OECD 0.8% תמ"ג. בישראל, קצבת הילדים שווה ל־1.6% מהשכר הממוצע במשק, בהשוואה ל־4% במדינות ה־OECD (בנדלק, 2018).

צמצום היקפה של עבודת הטיפול שלא בשכר

צמצום היקפה של עבודת הטיפול ללא שכר והקלה על החלקים המפרכים שלה ועל עומס הזמן, אפשריים באמצעות שיפור טכנולוגיות ואספקת תשתיות לנגישות טובה יותר לשירותים בסיסיים וכן - השקעה בתשתיות חברתיות (Elson, 2008; 2017). האסטרטגיה המרכזית בהקשר זה, היא מעבר למודל אוניברסלי של טיפול לכלל האוכלוסייה, בדומה למודל במדינות סקנדינביה ובניגוד למודל הקיים במדינות כמו בריטניה, ארצות הברית ואיטליה, שבהם חלק גדול משירותי הטיפול מיועד לאוכלוסייה שמתחת לקו העוני, כאשר שירותי הטיפול האוניברסליים מצומצמים (ILO, 2018).⁶

בישראל אין השקעה אוניברסלית במערכות טיפול מסובסדות ואין תפיסה של עבודת טיפול כתשתית בסיסית והכרחית לקיומה של כלל החברה. להלן מספר דוגמאות מרכזיות:

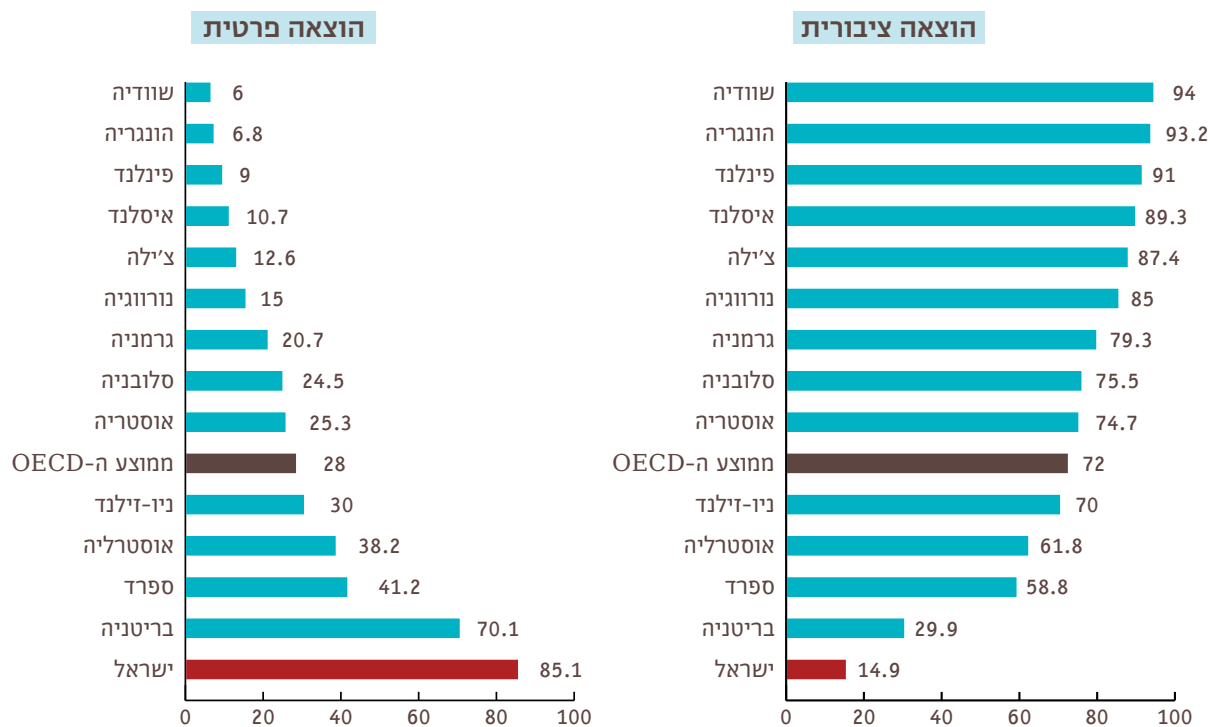
מסגרות טיפול בילדים עד גיל שלוש - בשנים האחרונות גוברת ההכרה בקרב קובעי מדיניות בעולם בחשיבות ההשקעה בטיפול ובחינוך איכותיים לגיל הרך. מכאן שמדינות משקיעות בהעלאת איכות מסגרות הטיפול בגיל הרך ובהרחבת הנגישות אליהן (OECD, 2017). במדינות מפותחות רבות נהוג מימון ציבורי של מסגרות טיפול לילדים מתחת לגיל שלוש, אך מידת

6 ברוב מדינות ה־OECD שירותי טיפול בילדים מתחת לגיל 3 - פרטיים או ציבוריים, ניתנים בחינם רק לילדים עניים ועלותם למשפחות לא עניות גבוהה מאוד (בארצות הברית העלות היא הגבוהה ביותר מבין כל המדינות החברות בארגון). בנוסף, חלק מהשירותים פועלים באופן חלקי (למספר שעות ביום). מנגד, בדנמרק - מסגרות הטיפול הן באחריות הרשות המקומית וכל הילדים מגיל חצי שנה ועד 6 זכאים לשהות בהם יום מלא כאשר התשלום נגבה מההורים בהתאם להכנסתם. שירותי טיפול במבוגרים בדנמרק ממומנים באמצעות מיסוי, מסופקים על ידי מועצות מקומיות ונותנים מענה לטיפול ארוך טווח ללא תשלום. השירותים הזמינים לטיפול בילדים ובזקנים בדנמרק מאפשרים לנשים בגילאי העבודה לעבוד בהיקף משרה גדול יותר ומצמצמים פערי השתתפות בשוק העבודה. פערי השכר בדנמרק עומדים על 7% (2012); בארצות הברית הם כפולים מכך (ILO, 2018).

המימון משתנה בין מדינה למדינה. החוקרים סרסנו וקאק (Saraceno & Keck, 2011) ערכו השוואה בין מדינות האיחוד האירופי, כשהם בוחנים את השילוב בין חופשת הלידה בתשלום ובין מימון הטיפול בילדים מתחת לגיל שלוש. במחקר נמדדה תקופת הזמן עבורה אין כיסוי לטיפול בילד עד גיל שלוש - לא על ידי ההורים (בחופשת הלידה) ולא על ידי מסגרת טיפול מסובסדת. במדינות סקנדינביה כמו גם בצרפת ובבלגיה, המימון הגבוה מאפשר כיסוי נרחב לטיפול בילדים מלידה ועד גיל שלוש, ומוריד במידה רבה את נטל הטיפול מהמשפחה. משך הזמן הארוך ביותר ללא כיסוי הטיפול נמצא באירלנד, איטליה, ספרד, פורטוגל, קפריסין, בריטניה והולנד, במדינות אלו נטל הטיפול נותר במידה רבה על המשפחה ועל האימהות, אשר נותרות המטפלות העיקריות.

בישראל, רמת ההשקעה הציבורית במסגרות לילדים מתחת לגיל שלוש נמוכה בהשוואה למדינות אחרות וביחס לממוצע ה-OECD. המימון הציבורי של מסגרות אלה עמד ב־2015 על כ־15% בלבד מכלל ההוצאה על מסגרות אלו. בבחינת ההשקעה לילד עולה כי ישראל משקיעה בכל ילד/ה מתחת לגיל 3 הרשום/ה למסגרת 2,713 דולר בשנה (במונחי שוויון כוח קנייה), לעומת 12,433 דולר בשנה בממוצע במדינות הארגון (OECD, 2018a).

הוצאה פרטית וציבורית על מסגרות טיפול בילדים מתחת לגיל 3, 2015



שתי המסגרות העיקריות לטיפול בילדים עד גיל 3 הן מעונות יום ומשפחתונים. מעונות היום בישראל הוקמו על ידי ארגוני נשים עוד טרם קום המדינה, כאשר מטרתם העיקרית היתה לסייע לנשים עובדות. לאחר הקמת המדינה, המשיכו ארגוני הנשים להפעיל מעונות, כאשר מעורבות הממשלה התבטאה בהשמה במעונות של ילדים ממשפחות מצוקה וילדי עולים, שהתשלום עבורם כוסה כמעט במלואו על-ידי שירותי הסעד. הצמיחה הכלכלית המהירה בשנים שלאחר המלחמה ב-1967 הביאה למחסור בידיים עובדות. הצורך לשלב נשים בתעסוקה גרר את הצורך לדאוג להסדרי טיפול בילדים. לצד הצמיחה הכלכלית יש לציין את התרחבותן של מערכות הרווחה והביטחון הסוציאלי ואת התפתחותה של התנועה הפמיניסטית שהחלה קונה לה אחיזה בפוליטיקה ובאקדמיה, כגורמים שהשפיעו אף הם על הגידול הניכר בשיעורי ההשתתפות של נשים בכוח העבודה. בשנת 1973 הוקמה במשרד העבודה היחידה לקידום נשים, שקידמה את פיתוח מעונות היום על-ידי ארגוני הנשים וארגונים נוספים והחלה לסבסד שכר לימוד במעונות עבור אימהות עובדות (אייזנשטדט וגל, 2001; פיקטלברג-ברמץ, 2004).

משפחתון הוא מסגרת חינוכית-טיפולית קטנה של עד 5 ילדים בגילאים 3 חודשים עד 3 שנים, המופעלת בביתה של המטפלת. המשפחתונים הראשונים הוקמו בישראל בסוף שנות השבעים, כניסיון לפתח מודל אלטרנטיבי למעונות, שיתאים יותר לצרכים ההתפתחותיים של תינוקות ופעוטות (פיקטלברג-ברמץ, 2004). בנוסף, בהיעדר מספיק מבנים למעונות יום, בעיקר בפריפריה, נמצא פתרון זול בדמות הכרה במשפחתונים, שחסכה למדינה עלויות של בנייה ותחזוקת מבנים.

הורים זכאים לסבסוד שכר הלימוד בהתאם לקריטריונים שונים (מספר הילדים, גובה ההכנסה ועוד), רק במידה וילדיהם רשומים למשפחתון או למעון המצוי תחת פיקוח משרד העבודה והרווחה. **היצע המסגרות נמוך מהביקוש**: בשנת הלימודים תשע"ז (2016-2017) טופלו רק כרבע מכלל הילדים/ות עד גיל 3 במשפחתונים ובמעונות מפוקחים (מזרחי-סימון ושוורץ, 2018).

סבסוד מעונות היום והמשפחתונים **אינו גבוה ואינו אוניברסלי**. לפי חישוב שערך בנק ישראל (2016), הסבסוד הממוצע להורים עומד על כ-45% מהתשלום החודשי המלא למסגרת. שכר הלימוד החודשי להורים עובדים שילדיהם מטופלים במשפחתונים המפוקחים נע בין 710 ₪ (או 743 ₪ לתינוק) ברמות השכר הנמוכות ביותר (הכנסה לנפש של עד 2,100 ₪ לחודש) ל-1,948 ₪ (או 2,028 ₪ לתינוק) במשפחות שבהן רמת ההכנסה לנפש עולה על 5,301 ₪ לחודש. במעונות המופעלים על ידי מלכ"רים נע שכר הלימוד בין 669 ₪ ברמות ההכנסה הנמוכות, ל-1,969 ₪ ברמות ההכנסה הגבוהות (משרד העבודה והרווחה, 2018).

כדי להשלים את התמונה, על פי הערכה של משרד הכלכלה, 4.7% מגילאי 3 חודשים עד 3 טופלו ב-2016 על ידי מטפלת פרטית, 21.5% טופלו על ידי האם ו-13.2% על ידי קרוב/ת משפחה אחר/ת. כ-28% מהילדים בגילאים אלו טופלו במעונות יום, גנים ומשפחתונים פרטיים. המסגרות הפרטיות אינן מסובסדות ושכר הלימוד בהן מהווה נטל כלכלי על משפחות - בעיקר בקרב מעמד הביניים ובקרב בעלי הכנסות נמוכות. קיימת שונות רבה בין המסגרות הפרטיות.

ניתן למצוא ביניהן גנים יוקרתיים הגובים שכר לימוד גבוה ומציעים פעילויות מגוונות, שיטות חינוך ייחודיות ונשות צוות בעלות הכשרה. מנגד, ניתן למצוא מסגרות הפועלות בסטנדרטים נמוכים מאלה של המערכת הציבורית וגובות שכר לימוד נמוך מזה הנגבה במסגרות המוכרות על ידי משרד הכלכלה והתעשייה. חלק ניכר מהמסגרות הפרטיות פועל ללא רישיון מדינתי, ללא כל גורם ציבורי מפקח ובלי הקפדה על סטנדרטים בסיסיים, בהם: תנאים תברואתיים, פיזיים או בטיחותיים, תכנים חינוכיים, גודל הקבוצות, היחס בין מספר המטפלות למספר הילדים, גודל החלל, התאמת המבנה ועוד (פיכטלברג-ברמץ, 2016).

לאחרונה (אוקטובר 2018) אישרה הכנסת הצעת חוק ממשלתית להסדרה ופיקוח על מסגרות לגיל הרך שבהם שוהים 7 פעוטות ומעלה. לפי נוסח החוק, שיכנס לתוקפו בספטמבר 2019, הפעלת מעון יום ללא רישיון תיחשב לעבירה פלילית. התקציב לאכיפת החוק יעמוד על 280 מיליון ש"ח בפריסה ל-7 שנים (מקור).

חוק יום לימודים ארוך - חוק יום לימודים ארוך נחקק בשנת 1997; מאז 1999 נדחה יישומו שוב ושוב באמצעות חוק ההסדרים. בחוק ההסדרים לשנת 2019, דחתה הכנסת בפעם השמינית את יישום החוק, הפעם לשנת 2023. לפי נוסח החוק, יום לימודים בן שמונה שעות יוחל בכל מוסדות החינוך, ומטרתו "להרחיב ולהעמיק את הידע וההשכלה של התלמידים, להוסיף חינוך לערכים ופעילות חברתית, הכול במסגרת מטרות החינוך הממלכתי". על פי נתוני משרד החינוך, בשנת הלימודים תשע"ח (2017-2018), חל החוק על רק כרבע מכלל התלמידים בחינוך היסודי - שיעור שנותר קבוע מאז החלת החוק; ועל כ-8% מילדי הגנים. מחצית מהתלמידים שהחוק חל עליהם מתגוררים ביישובים באשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים (1-3) (וייסבלאי, 2018). עלות יישומו המלא של החוק מוערכת בכ-3.6 מיליארד ש"ח, בעוד שעלות יישומו החלקי כיום עומדת על כ-1.2 מיליארד ש"ח. למרות שתקציב החינוך גדל בעשור האחרון בכ-40 מיליארד שקל - לא נמצא תקציב ליישום מלא של החוק (דטל, 2018).

שלושה מחקרים בדקו את השפעתו של יום לימודים ארוך: שניים מהם מצאו כי היתה לו השפעה חיובית על צמצום פערים לימודיים בין תלמידים מרקע חברתי כלכלי שונה. עוד נמצא כי יום לימודים ארוך תרם לשיפור בהכנסותיהן של אימהות (וייסבלאי, 2018).

צהרונים - באין יום לימודים ארוך אוניברסלי ועל מנת לגשר על הפער בין שעות העבודה של ההורים ובין שעות הפעילות של מסגרות החינוך הפורמליות בגנים ובבתי הספר, מופעלות מסגרות צהריים בלתי פורמליות - צהרונים שמטרתן העיקרית - השגחה על הילדים. הצהרונים פועלים משעת הסיום של הגן/בית הספר ועד 16:00-17:00. בחלק מהמקרים, בימים שבהם מערכת החינוך לא עובדת, הצהרונים פועלים במתכונת של יום לימודים ארוך.

ועדת טרכטנברג המליצה לסבסד צהרונים בגנים ובבתי הספר לכלל הילדים בגילאי 3-9, בהתאם לאשכול החברתי והכלכלי ואף להעביר את הצהרונים לאחריות של משרד החינוך. הממשלה קיבלה את ההמלצות והחליטה כי שלושת האשכולות הנמוכים יהיו זכאים לסבסוד מלא, וכי בשאר האשכולות ירד שיעור הסבסוד בהדרגה, בהתאם למצב הכלכלי. בתקציב לשנים 2013-

2014 צומצמה התכנית, תקציבה קוצץ והוא הוקצה רק לרשויות בשלושת האשכולות הנמוכים (ובירושלים) ולילדים עד גיל 8. היישום נעשה באמצעות תכנית "ציל"ה" - צהרי יום להעשרה (חסון, 2016). מבקר המדינה ביקר בחריפות את יישום תכנית ציל"ה ומצא פער בין מטרותיה המקוריות ובין יישום התכנית בפועל, למשל: ביטול הסבסוד החלקי ביישובים באשכולות 4-10 ואי־צמצום נטל העלויות על הורים עובדים באשכולות אלה. כמו כן התייחס המבקר לחוסר ההתאמה בין זמני העבודה של ההורים לזמני הפעילות של המסגרות ולכך שהן אינן פועלות בימי החופשות של בתי הספר (מבקר המדינה, 2014).

במאי 2017 אישרה הממשלה תכנית חדשה לסבסוד צהרונים בגני הילדים ובכיתות א־ב, בשם "ניצנים" (החלטת ממשלה 2659) - יוזמה של משרד האוצר במסגרת תכנית "נטו משפחה". משרד האוצר המליץ על סבסוד דיפרנציאלי, בהתאם למצב הכלכלי של הרשות, הנע בין 150 ש"ח בחודש לילדים המתגוררים ברשויות באשכולות 8-10 ל־350 ש"ח בחודש לילדים המתגוררים ברשויות באשכול 4. ילדים המתגוררים ברשויות שבאשכולות 1-3 מקבלים סבסוד כמעט מלא (רבינוביץ', 2017). בעיה מרכזית במודל סבסוד על פי הדירוג הכלכלי־חברתי של הרשות, היא שהוא אינו מביא בחשבון פערים כלכליים בין שכונות ובין משקי בית בתוך אותה הרשות.

על פי נתוני משרד החינוך, בשנת הלימודים תשע"ט השתתפו בתכנית "ניצנים" 195 רשויות ובהן 199,000 תלמידים/ות בגילאי 3-8. מחצית מהרשויות מפעילות את הצהרונים באמצעות מפעיל חיצוני והיתר באמצעות חברה עירונית, מתנ"ס או בהפעלה עצמית של הרשות (שם).

תכנית ניצנים כוללת שתי רמות שירות אשר רשויות יכולות לבחור ביניהן. האחת - רמה בסיסית שלא נכללים בה ימי החופשה ואשר עלותה החודשית לילד/ה נעה בין 587 ש"ח בבתי הספר ל־650 ש"ח בגנים. רמת השירות השנייה היא מורחבת וכוללת פעילויות בימי חופשה, שעות פעילות נוספות וחוגים נוספים ועלותה מגיעה עד 935 ש"ח לחודש לילד/ה. שיעור הרשויות שבחרו בשנת הלימודים תשע"ח במודל המורחב, היקר יותר, עולה בהתאם לעלייה ברמה הכלכלית־חברתית של הרשות. בעוד שברשויות באשכולות הגבוהים ביותר (9-10) בחרו כל הרשויות במודל המורחב, באשכול הנמוך ביותר (1) לא מופעלים כלל צהרונים במודל זה (שם).

באשר לרמת ההכשרה הנדרשת מצוות הצהרון בתכנית ניצנים, על מובילת הצהרון להיות גננת מוסמכת, גננת בהתמחות או סייעת. על עוזרת המדריכה/סייעת להיות בעלת 12 שנות לימוד ולעבור קורס סייעות. בפועל, סייעות רבות מתקבלות מבלי שעברו קורס; לא זו בלבד, בשל תחלופה גבוהה, רבות לא עוברות אותו גם במהלך השנה. מדריכי החוגים בצהרונים לא נדרשים להכשרה מקצועית, רקע חינוכי או ניסיון בעבודה עם ילדים (מוניקנדס־גבעון, 2017).

חלוקה מחדש של עבודת הטיפול

חלוקה מחדש של עבודת טיפול בילדים ללא שכר נעשית באמצעות תמריצים לעידוד גברים לקחת בה חלק. ההנחה היא כי הסדרים כדוגמת "משרות אם", לא יכולים להיות מיועדים לנשים בלבד. בנוסף, נדרש שינוי באופן שבו מאורגנת העבודה בשכר, למשל שבוע עבודה קצר יותר לכולם.

חופשת לידה/הורות - הענקת חופשת לידה לאבות (חופשת אבהות) היא דוגמה לאסטרטגיה החותרת לחלוקה מחדש של עבודת הטיפול. תנאי חשוב לכך שהחלוקה תהיה אפקטיבית הוא שחופשת הלידה תהיה בלתי ניתנת להעברה (כלומר פרק זמן המיועד לאב/להורה השני, מבלי שניתן להחליפו עם האם) ובשכר משמעותי (סייגלשיפר, 2010). הניסיון במדינות רבות בעולם מראה שכאשר חופשת הלידה ניתנת במשותף, נשים הן אלה המנצלות את רוב התקופה. לעומת זאת, כאשר מדובר בחופשת לידה בתשלום שאינה ניתנת להעברה ומוגדרת עבור כל אחד מההורים בנפרד, יש עלייה ניכרת בשיעור הגברים המממשים אותה (פרץ 2011; García and Pazos-Castro; Morán 2007). חלוקה שוויונית של חופשת הלידה, לא זו בלבד שהיא תורמת לאבות ולילדים, היא גם מצמצמת את פערי השכר בין גברים לנשים. מחקר שנערך בשוודיה הראה ששכרן של אימהות שבני זוגן בחרו לחלוק עמן את חופשת ההורות עלה ביחס ישר לזמן שבו טיפל האב בילד/ה (עלייה של 7% על כל חודש שבו האב נשאר עם הילד/ה; Johansson, 2010). המדינות שבהן החלוקה המגדרית השוויונית ביותר של חופשות הלידה הן איסלנד, שוודיה, נורבגיה ופורטוגל. בישראל, חופשת הלידה של אימהות היא בת 26 שבועות, מתוכם 15 שבועות בתשלום (דמי לידה),⁷ המפצה על היעדר הכנסה מעבודה. זוהי חופשת לידה קצרה מהמוצע במדינות ה-OECD. בתום 15 השבועות הראשונים היולדת אינה זכאית לתשלום, אך מקום עבודתה ותנאי העסקתה נשמרים עד לשבוע ה-26 של החופשה. לכן, נשים רבות - כ-60%, שבות לעבודה בתום חופשת הלידה בתשלום (הריס-אולשק, 2014). על פי סקר של משרד הכלכלה שנערך בשנים 2012-13, 80% מהנשים הערביות חזרו לעבודה בתום חופשת הלידה בתשלום. בקרב הנשים היהודיות - 86% מהנשים החרדיות ו-48% מהחילוניות חזרו לעבודה בתום חופשת הלידה בתשלום. הסיבה העיקרית לחזרה לעבודה היא כלכלית (שם).

בישראל, חופשת הלידה מנוסחת כזכות של נשים, ובהסכמתן הן יכולות להעביר חלק ממנה לבני זוגן. זכאותו של האב לחופשה תלויה בזכאות של בת זוגו. אבות זכאים לחופשת לידה בתשלום רק במידה והם מחליפים את האם ובתנאי שהאם שבה לעבודה לאחר שישה שבועות. אין בלעדיות של דמי לידה לאבות ואימהות בנפרד, אלא האחד על חשבון השנייה. אב יכול גם לצאת לחופשת לידה לתקופה בת שבוע ביחד עם בת זוגו - על חשבון ימי הזכאות שלה⁸ (אתר המוסד לביטוח לאומי). בנוסף, מאז שנת 2016, אבות עובדים זכאים ל"חופשת אבהות",

7 גובה דמי הלידה נקבע בין היתר על פי תקופת התשלום לביטוח לאומי, משך זמן העבודה אצל המעסיק, עד לתקרה של 1,463.83 ש"ח ליום. דמי הלידה נכון לשנת 2017 היוו 80.3% בממוצע מהשכר הממוצע למשרת שכיר ליום (ירחון סטטיסטי, ביטוח לאומי).

8 כלומר, במקרה כזה היא תהיה זכאית ל-14 שבועות בתשלום במקום 15

הכוללת, פרט ליום מחלה ביום הלידה, גם חמישה ימי חופשה נוספים לאחריה - שלושת הראשונים על חשבון ימי החופשה שצברו (או כחופשה ללא תשלום), והיומיים הנותרים על חשבון ימי המחלה.⁹

מכיוון שחופשת הלידה קצרה ממילא, ומכיוון שאין בישראל פרק זמן נפרד לאב שאינו ניתן להחליפו עם האם ושבו הוא מקבל תגמול משמעותי על מנת לטפל בילדו/תו, אין תמריץ ממשי להורים לחלוק את חופשת הלידה. לראיה - רק 520 אבות מימשו את זכאותם לדמי לידה בשנת 2016 (המוסד לביטוח לאומי, 2017).

במדינות ה-OECD, ההוצאה הממוצעת לילד על חופשות לידה עומדת על 12,316 דולר, למעלה מפי 2.6 מההוצאה הממוצעת לילד בישראל - כ-4,586 דולר. חישוב שנערך בשדולת הנשים, המביא בחשבון את שיעור הילודה הגבוה יותר בישראל, מראה כי ההשקעה הציבורית על חופשת לידה למשפחה עומדת על כ-14,533 דולר, בהשוואה ל-20,937 דולר למשפחה ב-OECD - פי 1.44 מההשקעה למשפחה בישראל (מן, 2018).

תגמול וייצוג

אסטרטגיית התגמול עוסקת בעבודה הוגנת תמורת שכר הוגן לעובדות הטיפול - ובתוך כך, פיקוח על תנאי תעסוקה; שכר שווה לעבודות שוות ערך לכל עובדות הטיפול; תמיכה במוסדות ללא מטרות רווח המחויבים לספק טיפול; הבטחת סביבת עבודה בטוחה וטובה לעובדי/ות טיפול; הכשרה, פיתוח תעסוקתי ושדרוג הכישורים; קידום השתתפות שווה לנשים וגברים במשרות טיפול; קידום נשים לתפקידי ניהול ועמדות בכירות במקצועות הטיפול; חקיקה והטמעת נהלים להגנה על מהגרות עבודה בטיפול - כולל ביטחון סוציאלי, שכר הוגן, הגנה על אימהות ועוד.

ייצוג, דיאלוג ומשא ומתן קולקטיבי משמעם הבטחת השתתפות מלאה והזדמנויות שוות לנשים בכל דרגי קבלת ההחלטות הפוליטיות והכלכליות; קידום חופש ההתאגדות של עובדות טיפול; חיזוק הזכות למו"מ קיבוצי בסקטור הטיפול וקידום ובנייה של בריתות בין איגודי עובדים המייצגים עובדות טיפול ובין ארגוני חברה אזרחית המייצגים מטופלים וארגונים הפועלים להכרה בעבודה ללא שכר.

את שתי האסטרטגיות הללו נבחן באמצעות שני מקרים: סייעות פדגוגיות בגני הילדים ומטפלות במשפחתונים. בשני המקרים מדובר בנשים בעלות הכשרה מועטה המועסקות לרוב בתנאי עבודה קשים, עם אפשרויות קידום מוגבלות, תמורת תגמול נמוך שאינו משקף את ערכה החברתי והכלכלי האמיתי של עבודתן. הסייעות והמטפלות נאבקות זה מספר שנים על הכרה בהן כנשות חינוך ועל שיפור תנאי עבודתן ומעמדם המקצועי.

9 בעקבות תיקון מס' 54 לחוק עבודת נשים, שעבר בכנסת באותה השנה

סייעות פדגוגיות בגני הילדים

בגני הילדים, בכיתות הלימוד ובמסגרות החינוך המיוחד מועסקות כ־35,000 סייעות. הן משמשות כעוזרות למורות ולגננות, בעבודה עם קבוצות ובעבודה פרטנית עם תלמידים מתקשים.

רובן המכריע של הסייעות משמשות ככוח עזר לגננות בגני הילדים. תפקידן כולל פתיחת הגן, קליטת הילדים, ניקיון, הכנת ארוחות, טיפול פיזי בילדים, סיוע בסידור הגן לפעילויות שונות וסיוע לגננות בביצוע פעילויות חינוכיות (חוקת העבודה לעובדי הרשויות המקומיות, תוספת ראשונה, סעיף 104.21). על פי תקן משרד החינוך, כיתת גן כוללת עד 35 ילדים, בחלק מהמקרים בקבוצה רב־גילאית. מחאת ההורים על צפיפות בגנים הביאה לתוספת של סייעת שניה לילדים בגילאי 3, בגנים בהם לומדים למעלה מ־30 ילדים. התקן תקף רק לגנים שבהם כל הילדים הם/ן בני/ות 3. כלומר, בגנים רב גילאיים, אין תקן לסייעת שניה (גרטל, 2018). יש לציין כי הוספת סייעת לא שינתה את הצפיפות בגני הילדים בישראל, שהיא מן הגבוהות במדינות ה־OECD.

בעוד שהגנים מצויים באחריות משרד החינוך והגננות הן עובדות משרד החינוך, הסייעות הן עובדות של הרשויות המקומיות. חוזר מרכז השלטון המקומי קובע כי על סייעת להיות בעלת 12 שנות לימוד ולעבור קורס סייעות המהווה תנאי למתן קביעות. בפועל, אין אכיפה של חובת הסייעת לעבור הכשרה לצורך קבלת קביעות וכל רשות פועלת בנושא על פי שיקול דעתה (מבקר המדינה, 2015). **סייעות המועסקות ישירות על ידי הרשות המקומית** מועסקות בהתאם להסכמים קיבוציים כלליים (חוקת העבודה ברשויות המקומיות) וכן הסכמים מיוחדים ברשויות ספציפיות. כל הסייעות מועסקות על פי הדירוג המנהלי, גם אם הן אקדמאיות. הן יכולות להתקדם בטווח של 2-4 דרגות (מרכז השלטון המקומי, 1998) והן זכאיות לקביעות לאחר שעבדו שתי עונות לימוד ברציפות (חוקת העבודה ברשויות המקומיות, תוספת ראשונה, סעיף 104.112).

משרה מלאה של סייעת עומדת על 42.5 שעות שבועיות, בעוד שמשרה מלאה של עובדות חינוך אחרות עומדת על 35 שעות שבועיות. (ועדת החינוך, התרבות והספורט של הכנסת, 25.1.2016). בפועל, רק חלקן מועסקות במשרות מלאות והיתר במשרות חלקיות¹⁰. ההכנסה החודשית הממוצעת לסייעת עמדה בשנת 2017 על 4,636 ש"ח¹¹.

בנוסף לסייעות המועסקות ישירות על ידי הרשויות המקומיות, ישנן **סייעות המועסקות על ידי חברות, עמותות ובגנים פרטיים**. תנאי ההעסקה שלהן נקבעים על ידי הבעלות. בדרך כלל מדובר ברצפה שקובעים חוקי העבודה (שכר מינימום ומספר מינימלי של ימי חופשה, מחלה וכד'). בנוסף, מועסקות סייעות במסגרות המוכרות **על ידי המדינה** - כמחצית מגני הילדים בארץ שייכים לחינוך המוכר שאינו רשמי, כלומר בעלויות פרטיות המוכרות על ידי משרד החינוך ומתוקצבות בשיעור

10 לדוגמא: מרכז השלטון המקומי הודעה בענייני עובדים 1082/07, הסכם 20060067 בין ועד עובדי עיריית קריית ביאליק מ־2.2.2006, עע 544/07 מועצה מקומית עילבון נ' ג'רייב כמיליא ואח', פסק דין מיום 26.11.2008.

11 נתונים שהתקבלו מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ביום 20.12.2018

של עד 75% מתקציביהן. מרבית גני הילדים השייכים לחינוך המוכר שאינו רשמי מופעלים על ידי מספר רשתות חינוך חרדיות כשהבולטות בהן הן בית יעקב, אל המעיין ואגודת ישראל. בחינוך החרדי נפוצה העסקת סייעות באמצעות עמותות בתנאים פוגעניים הכוללים פיטורין והעסקה מחדש מדי קיץ, הלנות שכר וניכויי שכר בלתי חוקיים, איסור להתאגד ואיסור לפנות לערכאות משפטיות (אתר איתך מעכי; מבקר המדינה, 2009). יודגש כי ההעסקה הפוגענית מתרחשת למרות שעמותות אלה מתוקצבות בשיעור ניכר על ידי משרד החינוך ומחויבות בפיקוח פדגוגי ובפיקוח על תנאי העסקה.

בקיץ 2011 הוקמה התארגנות הסייעות הארצית בסיוע עמותת איתך־מעכי - משפטניות למען צדק חברתי. העמותה מלווה את הסייעות ופועלת במישור המשפטי והציבורי כדי לחזק את מעמדן המקצועי של הסייעות ולשפר את תנאי העסקתן (אתר איתך־מעכי). אחד הישגים של ההתארגנות היה ביטול נוהל "הורה מחליף" שאיפשר להפעיל את הגן גם ללא סייעת ובכך פגע בכוח השביתה של הסייעות. הישג נוסף הוא קידום סייעת שנייה בגנים הצפופים (גרטל, 2018).

בשנת 2015 החלה גם ההסתדרות לפעול לשיפור מעמד הסייעות, כאשר הישג המרכזי שלה הוא העברת הסייעות מהעסקה קבלנית להעסקה ישירה ברוב הרשויות המקומיות. בהסתדרות אף הכינו מסמך המהווה בסיס משפטי, המגדיר את תנאי העסקה של הסייעות ואת זכויותיהן על פי 13 הגדרות תפקיד. יחד עם זאת, לסייעות אין ועד עובדות המייצג אותן (שם).

ביולי 2017 הונחה על שולחן הכנסת הצעת חוק המבקשת להסדיר את ההכשרה הנדרשת ואת תפקידיה של הסייעת. בין היתר נכתב בדברי ההסבר: "העובדה שאין מתייחסים לתפקיד הסייעת כמקצוע, גורם אף לניצולן של הסייעות, לא פעם התקבלו פניות בנושא פגיעה בתנאי העסקתן, המתבטאת באי תשלום סדיר של שכרן ובהחלפתן בתדירות גבוהה. מצב זה הביא גם לכך שתנאי שכרן של הסייעות נשחקו לאורך השנים" (הצעת חוק סייעות במוסדות חינוך - התשע"ז 2017).

התגמול הנמוך לסייעות משקף את היעדר ההכרה בעבודתן ואת תפיסתן ככוח עזר בלתי מקצועי. נראה, כי העובדה שהסייעות עובדות לצד גננות ומורת מוסמכות, לצד הרצון לשמור על עלות נמוכה של המסגרות, משמרים את מעמדן כעובדות לא מקצועיות, בהיקפי משרה חלקיים ובשכר נמוך (דגן־בוזגלו וחסון, 2011).

מטפלות המשפחתונים המוכרים על ידי משרד התמ"ת -

עצמאיות ללא כל עצמאות

בישראל פועלים למעלה מ־3,700 משפחתונים תחת פיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. המשפחתונים מיועדים לשתי אוכלוסיות מובחנות: האחת היא "ילדי אימהות עובדות" - אימהות העומדות במבחני התמיכה שנועדו לעודד את שילובן בשוק העבודה. האוכלוסייה השנייה היא זו של פעוטות במצבי סיכון, הזכאים להשמה במסגרת משפחתון או מעון יום, בהתאם להחלטת ועדה מטעם המשרד. במשפחתונים מתחנכים מידי שנה כ־18,000

פעוטות. כאמור, בהיעדר היצע מספק של מעונות יום, מהווים המשפחתונים חלופה כמסגרות טיפול חיוניות תוך חסכון משמעותי למדינה בעלויות בנייה ותחזוקת מבנים¹².

כמחצית מהמשפחתונים המפוקחים מופעלים על ידי רשויות מקומיות וכמחציתם מופעלים על ידי ארבעה מפעילים פרטיים - נאות מרגלית ובית יעקב הפועלים בחברה החרדית, מכללת סחנין בחברה הערבית והחברה למתנ"סים. המדינה חתומה בחוזים עם הגופים המפעילים שתפקידם לדאוג לפיקוח, להכשרת המטפלות ולרישום ושיבוץ של הילדים. ברוב המקרים גופים אלו הם שאחראים על העברת כספי הסבסוד מהמדינה למטפלות (שם).

מטפלות המשפחתונים מועסקות בדפוס העסקה שאין לו אח ורע בישראל - הן מוגדרות כעצמאיות אך תנאי עבודתן הם כשל שכירות. המשפחתונים הם בבעלות פרטית והמטפלות רשומות כבעלות עסק זעיר (עצמאיות), אך על מנת שאימהות עובדות תקבלנה סבסוד ממשלתי על המשפחתון להיות מוכר על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. לצורך הכרה מחויבת המטפלת לעמוד בתנאים שהמשרד מציב ובתוך זה תקנים הנוגעים לטיפול הפיזי בילדים, לבריאות ולבטיחות, לריהוט, למרחב בבית ובחצר, למשחקים ולציוד (שוורץ, 2009). מנהלות המשפחתונים צריכות להיות בעלות השכלה של 12 שנות לימוד לפחות ולעבור קורס מטפלות המסובסד על ידי האגף להכשרה מקצועית במשרד העבודה והרווחה. ההוצאה הראשונית על פתיחת משפחתון העומד בדרישות המשרד, עומדת לפי הערכת איגוד המטפלות על 10,000-20,000 ש. אחרי פתיחת המשפחתון עליהן לעבור קורס נוסף וכן להשתתף באופן שוטף בהשתלמויות ובהדרכות אישיות וקבוצתיות (משרד התמ"ת, 2007; 2009; מזרחי-סימון ושוורץ, 2018). למרות כפיפותן של המטפלות לתנאי משרד העבודה והרווחה, לתקניו, תעריפיו ופיקוחו הן נחשבות כעצמאיות וככאלו אין בינן לבין המשרד יחסי עובד-מעביד. לפיכך, עליהן לדאוג בעצמן לתשלומי דמי ביטוח לאומי, פנסיה, ביטוח צד ג' וכו' והן אינן זכאיות לתנאים סוציאליים. כשמטפלת חולה, עליה לדאוג בעצמה למחליפה או לפזר את הילדים במשפחתונים קרובים.

המטפלות אינן עצמאיות בכל הקשור להחלטה בדבר מספר וגילאי הילדים במשפחתון, מספר ימי העבודה, זמני החופשות וכו'. כל אלה מוכתבים להן על ידי משרד העבודה והרווחה. תעריף המטפלות במכרזים נקבע על סמך שעות פתיחת המשפחתון והוא אינו כולל עבודות הכנה, כגון ניקיון, בישול והכנת חומרים, אותן אסור למטפלות לעשות בזמן פעילות המעון. על פי הערכת איגוד המטפלות מספר שעות העבודה, כולל שעות ההכנה, מגיע לכ-230 לחדש.

12 הצעת חוק התאמת אופן ההעסקה של מטפלות במשפחתונים המפוקחים על ידי האגף למעונות יום ומשפחתונים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, התשע"ח-2018.

ההכנסה החודשית המרבית של משפחתון היא 9,636 ש"ח. בהינתן עלויות תפעול בסך של 37% ממנו, שכר המטפלת מסתכם ב־6,071 ש"ח (מזרחי־סימון ושוורץ, 2018). בחלוקת שכר המטפלת בשעות העבודה בפועל מתקבל תגמול נמוך משכר המינימום לשעה¹³.

את התשלום בעבור הפעלת המשפחתון מקבלות המטפלות מההורים ומהרשויות. סבסוד משרד העבודה והרווחה מועבר במועדים משתנים. בנוסף, ברשויות גרעוניות, לעתים ההורים אינם משלמים את הסכום שנקבע להם - כולו או חלקו. במקרים אלה, המטפלת מתקיימת רק מהסכומים המועברים לה על ידי משרד העבודה והרווחה¹⁴.

על חוסר הביטחון לגבי רמת ההכנסות הצפויה מתווסף חוסר בטחון תעסוקתי, הנובע משיטת ההתקשרות. המטפלת קשורה בחוזה עם הרשות המקומית או עם המפעיל. כשהרשות או המפעיל מבקשים לסיים את החוזה, הם יכולים לעשות זאת. מטפלת שהשקיעה במשפחתון עלולה למצוא את עצמה ללא חוזה להמשך הפעלתו אחרי שנת פעילות אחת בלבד (שתיווי, 2010)¹⁵.

מאבקן המרכזי של מטפלות המשפחתונים הוא על אופן העסקתן. מאז התארגנותן ב־2010 בארגון כוח לעובדים, מנהל האיגוד של המטפלות מאבק להפיכתן לשכירות. בימים אלו (דצמבר 2018) מונחת על שולחן הכנסת הצעת חוק המבקשת להסדיר את מעמדה של המטפלות ולהגדירן כשכירות. לפי הערכה של ארגון כוח לעובדים, עלות העברת מטפלות המשפחתונים לסטטוס של שכירות עומדת על כ־40 מיליון ש"ח לשנה¹⁶.

13 חלק גדול מהמטפלות אינן מגיעות גם לשכר זה שכן, מצב של תפוסה חלקית הוא נפוץ, מכיוון שתינוקות מצטרפים לעתים למעון במהלך שנת הלימודים וכן בשל בעיות טכניות של אישור הנחות להורים המעכבות שיבוצים (ראיון עם נעה נוצני, כוח לעובדים, 29.10.2018).

14 שיחה עם נעה נוצני, כוח לעובדים, 29.10.2018.

15 שם

16 תחשיב דומה עולה ממסמך מרכז המידע והמחקר של הכנסת (מזרחי־סימון ושוורץ, 2018)..

חלק ג' | המקרה של טיפול ביתי

בקשישים/ות סיעודיות/ים

בפרק זה נבחן את סוגיית הטיפול הקהילתי בקשישים סיעודיים לאור תפיסת "הגרעון הטיפולי". סוגיה זו רלוונטית במיוחד נוכח העלייה בתוחלת החיים והגידול באוכלוסייה המבוגרת בישראל, בדומה לכל המדינות המפותחות. על פי תחזית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעור הקשישים/ות מעל גיל 80 בכלל האוכלוסייה צפוי לגדול מכ־3% כיום לכ־5% בעוד כ־30 שנים (הרן־רוזן ואח', 2018). בו בזמן, שיעורי ההשתתפות של נשים בשוק העבודה גדלים והיכולת להישען על טיפול בלתי פורמלי של בנות משפחה בקשישים סיעודיים - מצטמצמת.

נסיבות אלה דורשות בחינה של שירותי הסיעוד לקשישים ושל היחס שבין השירותים הציבוריים לבין הטיפול הבלתי פורמלי על ידי בנות ובני משפחה. בישראל, כ־97% מהקשישים חיים בקהילה (רון ואח', 2016) וכ־87% מהקשישים הזכאים לגמלת סיעוד חיים גם הם בקהילה (הרן־רוזן ואח', 2018). לכן נתמקד בשירותים הניתנים בקהילה ולא בשירותים המיועדים לקשישים במוסדות גריאטריים.

המרכיבים העיקריים של הגרעון הטיפולי בקשישים סיעודיים בקהילה בישראל הינם: קצבאות סיעוד נמוכות, סל שירותים מצומצם, תלות רבה בבני משפחה מטפלים והישענות מערך הטיפול הפורמלי על כוח עבודה זול ובלתי מקצועי, דבר הגורר מחסור קבוע במטפלות/ים. לכך יש להוסיף את ההסתמכות על מטפלות זרות, המובאות לישראל ומועסקות בה בתנאים קשים.

התכנית הלאומית לסיעוד שאושרה על ידי ממשלת ישראל בשנת 2018 מתייחסת לחלק מהיבטי הגרעון הטיפולי: היא מגדילה את ההוצאה הציבורית ואת גובה הקצבאות ומקצה משאבים להרחבת שירותים ובכך יש בה פוטנציאל להקל את הנטל הטיפולי והכלכלי על משקי הבית. עם זאת, היא אינה מתמודדת כלל עם המחסור האקוטי במטפלות בית ועם תנאי העבודה והשכר הירודים, הגורמים לכך שכבר כיום מתקשות חברות שירותי הסיעוד לגייס מטפלות חדשות.

ההוצאה הציבורית על סיעוד

בישראל, ההוצאה הציבורית על סיעוד נמוכה. היא מאופיינת בשיעור גבוה יחסית של זכאים לגמלת סיעוד - היקף האוכלוסייה הנהנה מביטוח סיעודי גדול, אך הכיסוי רחוק מלהיות מספק (הרן־רוזן ואח', 2018).

על פי הערכת בנק ישראל (2018), עמדה **ההוצאה הלאומית** על סיעוד בשנת 2015 על 14.5 מיליארד ש"ח שהם 1.2% מהתמ"ג. ההוצאה הלאומית, מורכבת מהוצאה ציבורית - כ־7.7 מיליארד ש"ח והיתר - כ־6.8 מיליארד ש"ח בקירוב - הוצאה פרטית. אולם, ההוצאה הפרטית מוערכת בחסר

משום שאין היא מביאה בחשבון את עלויות הטיפול הבלתי פורמלי, דהיינו ערך הזמן שמשקיעות בנות משפחה בטיפול בקרוביהן. בהשוואה בינלאומית, ישראל נמצאת בתחתית טבלת ה**הוצאה הציבורית** על סיעוד כאחוז מהתמ"ג, גם כאשר לוקחים בחשבון כי שיעור הקשישים בישראל נמוך יחסית. כאשר מחלקים את ההוצאה הציבורית לנפש, לפי חלקם של בני 80 ומעלה באוכלוסייה, עומדת ההוצאה הציבורית בישראל על 0.25% תוצר לנפש מתוקננת. זוהי הוצאה נמוכה ביחס לרב מדינות מערב אירופה, אך גבוהה יותר ממדינות מזרח אירופה, איטליה, ספרד וארצות הברית ודומה להוצאה לנפש באנגליה, קנדה ויפן (OECD, Health statistics, 2018).

חלק ניכר מההוצאה הציבורית הוא על גמלת הסיעוד. בשנת 2016 מימן המוסד לביטוח לאומי בכ-5.8 מיליארד ש"ח את תחום הסיעוד. באותה השנה, קיבלו גמלת סיעוד מעל 16% מהאוכלוסייה מעל גיל הפרישה (67 לגברים, 62 לנשים), כ-70% מהם - נשים (המוסד לביטוח לאומי, 2016). זהו שיעור גבוה מממוצע ה-OECD, שעמד על 9.6%. במדינות מעטות - הולנד, ניו זילנד, שבדיה ושווייץ, היה שיעור הזכאים גבוה מאשר בישראל (בנדלק, 2018). רוב זכאי גמלת סיעוד טופלו בקהילה (כ-87%) והשאר במוסדות אשפוז. מאז 2007 יש צמצום עקבי בשיעור המיטות לאשפוז ממושך ביחס לאוכלוסייה, דבר המבטא, בין היתר, את ההעדפה הגוברת בקרב קשישים ובני משפחותיהם לטיפול בקהילה על פני טיפול במוסדות. כמעט כל מקבלי גמלת הסיעוד מקבלים טיפול ביתי, ורק מעטים מקבלים גמלה בכסף. המימון הציבורי עבור טיפול במוסדות סיעודיים גבוה יותר בהשוואה לטיפול בקהילה, ככל הנראה בגלל עלויות העסקה של כוח אדם מיומן-רופאים ואחיות. זאת בעוד שבקהילה, הטיפול נשען על כוח אדם זול יחסית (הרן-רוזן ואח', 2018).

תכנית הסיעוד הלאומית - מענה חלקי לגרעון הטיפולי

בינואר 2018 אישרה הממשלה רפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי לאנשים שחצו את גיל הפרישה - תכנית הסיעוד הלאומית. התכנית, אשר תיושם בהדרגה במשך 5 שנים, תעלה את ההוצאה הציבורית לטיפול בקשישים סיעודיים בכ-1.4 מיליארד ש"ח לשנה וזאת כאשר תגיע התוכנית להבשלה מלאה, ב-2021. בשנה זו תגדל ההוצאה הציבורית על הביטוח הסיעודי לקשישים בכ-20%, יחסית להוצאה ב-2015 (הרן-רוזן ואח', 2018). בנוסף, תבוטל בהדרגה השתתפות הילדים במימון אשפוז סיעודי, בעלות של 400 מיליון ש"ח לשנה בהבשלה מלאה.

תכנית הסיעוד אף מגדילה במידה ניכרת את הזכאות לשעות טיפול, בעיקר ברמות התלות הגבוהות. על פי התכנית, גמלת הסיעוד תחולק ל-6 רמות זכאות, בהשוואה ל-3 רמות כיום. ברמת הזכאות הנמוכה תינתן קצבה כספית של 1,000 ש"ח לחודש. ברמת הזכאות הגבוהה יינתנו 30 שעות סיעוד שבועיות למטפל ישראלי או 26 שעות לעובד זר. אם המשפחה תבחר לקבל גמלה כספית במקום שירות בעין, סכום הגמלה בכסף יעמוד על 5,200 ש"ח.

עוד כוללת התכנית הרחבה של סל השירותים הכלולים בגמלה ופיתוח שירותים נוספים בקהילה, בכלל זה שירותי שיקום (החלטת ממשלה 3379 מיום 11.1.2018).

בדיונים המקדימים להחלטת הממשלה עלתה הצעה לממן את התכנית באמצעות העלאה של 0.5% במס הבריאות. הצעה זו נדחתה והמשמעות היא שמימון התכנית יגיע מתקציב המדינה.¹⁷

תכנית הסיעוד, במידה ותמומש, צפויה להקל את נטל המימון המוטל כיום על משקי הבית. עם זאת, מסמך מקיף של בנק ישראל, שנכתב כבסיס לדיון בתכנית, הצביע על חסרונותיה (הרף-רוזן ואח', 2018). ראשית, התכנית מתייחסת לבעיות הקיימות ואינה דנה בצעדים הנדרשים כדי להתמודד עם הגידול שיידרש בהוצאה הציבורית לנוכח ההתפתחויות הדמוגרפיות והכלכליות. שנית, התכנית מפחיתה מאוד את נטל ההוצאה על שירותי סיעוד בקרב קשישים ברמות התלות הגבוהות ביותר: גמלת הסיעוד שלהם תגדל בכ-40%. עם זאת, היא אינה צפויה לשפר את יכולתם של קשישים ברמות התלות הנמוכות-בינוניות לממן טיפול סיעודי.¹⁸ בנוסף, בקרב בעלי/ות הכנסות נמוכות ייוותרו קשיים חמורים, במיוחד אצל קשישים שחיים בגפם ואצל מי שאין ברשותם דירה או הכנסות מהון. בהקשר זה הציע בנק ישראל לשקול הסדר פרוגרסיבי כך שהסבסוד הציבורי יתמוך יותר בקשישים בעשירוני ההכנסה הנמוכים (שם).

ועוד, בניגוד למצב כיום, ברירת המחדל עבור קשישים המקבלים שירותי סיעוד ברוב שעות היממה תהיה קבלת גמלה כספית, אלא אם בחר הקשיש לקבל שירות בעין. מדובר בהחלטה תמוהה נוכח העובדה כי בשנת 2015, רק 1.5% מהזכאים בחרו לקבל גמלה בכסף (שם). המעבר לגמלה בכסף עלול להגביר את הנטל הביורוקרטי הכרוך בקניית שירותי סיעוד ולפגוע במיציאת הזכויות במערכת. המענה שנותנת לכך התכנית הוא קביעה כי ייבנה תפקיד חדש של "מתאם טיפול", בין היתר לצורך מיצוי זכויות, אולם סעיף זה ברפורמה אינו מתוקצב ותלוי בגיבוש תכנית עבודה שטרם הושלמה.

עבודת הטיפול – תנאי העבודה והשכר של מטפלות הסיעוד

את שירותי הטיפול הביתי בישראל מספקות 116 חברות סיעוד ועמותות שזכו במכרזים של המוסד לביטוח לאומי. בשנת 2016 הן העסיקו כ-80,500 מטפלות ישראליות – מרביתן מבוגרות, עולות ותיקות וחדשות; וכ-50,000 מטפלות זרות.¹⁹

מרכזי הסיעוד הביתי ותנאי ההעסקה והתגמול במקצוע הנגזרים מהם, יצרו מצב של מחסור מתמיד במטפלות ישראליות וקושי של החברות המעסיקות אותן לספק את צרכי הקשישים הסיעודיים. תנאי ההעסקה הירודים וחוסר הנכונות להעלות את תמחור מרכיב העבודה במרכזי הסיעוד, מהווים היבט מרכזי ב"גרעון הטיפול". המחסור בעובדות והקושי לגייס למקצוע נשים

17 נכון לנובמבר 2018 השינויים הדרושים בתקציב שנת 2019 טרם הוכנסו וזאת עקב מחלוקת בין משרד האוצר למשרד לביטוח לאומי על תקניה למוסד לביטוח לאומי לצורך ביצוע הרפורמה.

18 עם זאת, כי ברב המדינות הסבסוד ניתן בעיקר לקשישים סיעודיים ברמות תלות גבוהות ונראה שהרפורמה הולכת בכיוון זה.

19 על פי נתוני רשות האוכלוסין וההגירה באותה השנה הועסקו כמטפלים סיעודיים בקהילה כ-50 אלף עובדים זרים. על פי בנק ישראל המטפלות מהגרות העבודה מהוות כ-40% מסך המטפלות הסיעודיות בקהילה ומספקות באופן כמעט בלעדי שירותי טיפול ל-24 שעות ביממה בביתם של הקשישים (הרף-רוזן, 2018).

וגברים ילך ויחריף לנוכח התחזיות להתארכות תוחלת החיים ועקב כך הצורך בהרחבת השירות. רפורמת הסיעוד שהתקבלה השנה (2018), הגדילה את היקף שעות הטיפול, מבלי לתת מענה לבעייתיות תנאי העבודה והשכר של המטפלות. לפיכך, נראה כי כבר בשנים הקרובות ייווצר משבר טיפולי אקוטי.

מאפיינים ותנאי העבודה של מטפלות סיעוד ישראליות

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי (2017), בסוף 2016 הועסקו בישראל 80,477 מטפלות סיעוד (בהשוואה ל-76,612 בשנת 2013). נשים מהוות כ-92% מכלל המטפלים. מעל למחצית המטפלות הן בנות 50 ומעלה וכשליש מהן, בנות 60 ומעלה. כ-40% מן המטפלות הישראליות הן עולות שהגיעו לישראל מאז שנות ה-1990.

הסוציולוגית אורלי בנימין (2015) מצביעה על מספר מנגנונים הגורמים לפגיעה בתנאי העבודה והשכר של עובדי/ות השירותים החברתיים שתגמוליהם נקבעים בחוזים מול המדינה. מנגנונים אלה פועלים בתחום הטיפול ויוצרים אופן העסקה המרתיע נשים רבות מעבודה בתחום ואף פוגעים באיכות השירות שמקבלים הקשישים.

פגיעה בשכר ובזכויות מצטברות - תעריפים נמוכים שקובעת המדינה במכרזים על שירותי הסיעוד מביאים למחסור מתמיד בעובדות ולפגיעה באיכות הטיפול. השכר שנקבע בפועל לשעת עבודה של מטפלת סיעודית לפי תעריף הביטוח הלאומי הוא שכר המינימום השעתי. התעריף שמקבל מלכ"ר עבור טיפול סיעודי ביתי הוא 53.79 ש"ח לשעה, חברת סיעוד תקבל 59.50 ש"ח, כולל מע"מ. 85% מהתעריף הוא עבור תשלום שכר למטפלות, 11% עבור עלויות תפעול ועובדים מקצועיים, ו-4% רווח על תפעול השירות בהתאם להנחיות הביטוח הלאומי. שולי הרווח למפעילים אינם מאפשרים להם לשפר את תנאי השכר וההעסקה של המטפלות. נתונים שעובדו החוקרים אברהם ותמיר בשנת 2012 מצביעים על כך, ששכר המטפלות הסיעודיות בישראל עמד על כמחצית השכר הממוצע בישראל, שכר שהוא נמוך ביחס למרבית מדינות אירופה והוא ממקם את ישראל בתחתית טבלת המדינות המפותחות. בנוסף, בישראל, שכר המטפלות אינו מביא בחשבון הבדלים במצב המטופלים. טיפול בקשישים במצב פיזי ונפשי קשה מתוגמל באופן זה לטיפול בקשישים במצב משופר. הדבר יוצר תחושת חוסר הוגנות בקרב המטפלות ומרחיק מטפלות מהנזקקים ביותר. המלצות חוזרות ונשנות של מפעילי השירות ושל ועדות שעסקו בנושא לתגמול דיפרנציאלי על פי דרגת הנזקקות של המטופלים, אינן מיושמות (בנק ישראל, 2017). המטפלות מועסקות באמצעות קבלני משנה, אינן צוברות ותק ומתקשות לצבור זכויות סוציאליות, בשל מעברים תכופים ושינויים בהיקפי משרה.

צמצום משרות - ויינקופף (Weinkopf, 2009) טבעה את המונח mini-jobs לפיו, על מנת להשיג הכנסה ראויה נאלצות העובדות לעבוד במספר משרות. זמן המעבר בין מקומות העבודה השונים אינו מחושב כזמן עבודה ועל פי רוב אין השכר השעתי תואם את עומס העבודה. המטפלות

הישראליות מועסקות במשרות חלקיות. על פי נתוני סקר הוצאות והכנסות משק הבית של הלמ"ס משנת 2016, עמד ממוצע שעות העבודה השבועיות של מטפלות ישראליות על 21.3 שעות ושכרן החודשי הממוצע היה 2,615 ש"ח ברוטו. רק 10% מהן עבדו במשרה מלאה.²⁰ כמחצית המטפלות נותנות שירות למטופל יחיד, כ-38% מטפלות ב-2-3 מטופלים והיתר ב-4-6 מטופלים (1.2% מטפלות ב-7 מטופלים ומעלה) (סיסקוביץ 2017). שכרן אינו כולל תשלום עבור זמני מעבר בין מטופלים.

היעדר הכשרה מקצועית משטח את השכר ובולם אפשרויות להתקדם ולהיחלץ מקו

המינימום - הכשרת המטפלות היא חלקית, אינה מתוקצבת ואינה מתגמלת, זאת אף כי מוסכם על כל הגורמים העוסקים בתחום כי יש חשיבות להכשרתן. מרכזי המוסד לביטוח לאומי דורשים מכל מפעיל להכשיר 30% מהמטפלות, הכשרה בת 67 שעות. לגבי היתר - נקבע שעל החברות להכשירן, אך מבלי להגדיר את היקפה ותוכנה של ההכשרה הנדרשת. חלק מהמפעילים מכשירים מטפלות בשיעורים גדולים יותר, אך שולי הרווח הנמוכים מגבילים את אפשרויות ההכשרה. בנוסף, המפעילים מצביעים על קושי לגייס מטפלות להכשרה, זאת בשל העובדה שאין תמריץ בצידה והיא אינה משפיעה על תנאי העבודה והשכר (ועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה, 2018).

דרישת ההכשרה המינימלית אף לא נאכפת על ידי המוסד לביטוח לאומי. מבקר המדינה מצא כי בחודשים ינואר-ספטמבר 2016, למעלה מ-50% משעות הטיפול שקיבלו קשישים סיעודיים ברמות התלות הגבוהות, ניתנו על ידי מטפלות שלא קיבלו הכשרה מקצועית. כמו כן, נכון לספטמבר 2016, למעלה מ-60% מחברות הסיעוד שקיבלו תשלום באותו חודש דיווחו כי שיעור המטפלות שהן העסיקו, שקיבלו הכשרה מקצועית, היה קטן מ-30%. ב-12 חברות אף מטפלת לא קיבלה הכשרה (מבקר המדינה, 2017). על פי דוח בנק ישראל (הרן-רוזן ואח', 2018) דרישות ההכשרה בישראל של מטפלות הבית הסיעודיות הן מן הנמוכות במדינות ה-OECD, שברבות מהן נדרשת הכשרה ארוכה יותר, עיונית ומעשית, אשר ניתנת על פני 200 שעות ויותר ונמשכת בדרך כלל מעל לחצי שנה. הפערים בדרישות ההכשרה למטפלות הן אחת הסיבות לפערים בין מדינות בעלות של שעת טיפול בבית, במונחי תמ"ג. בישראל, כמו גם בארצות הברית ובצרפת, עלות שעת טיפול עומדת על כ-33% מהתמ"ג לשעה, בעוד שבשוודיה היא עומדת על 120% (Muir, 2017).

אי ביטחון תעסוקתי וקושי לתכנן עתיד כלכלי - טיפול בקשישים סיעודיים הוא עבודה פיזית ונפשית קשה, בעלת תדמית נמוכה ושכר נמוך. שכר המטפלות הוא שעותי ואם מטופל יוצא לחופשה, מתאשפז או נפטר, המטפלת לא מקבלת את שכרה. תנאים אלה הופכים את התגמול לבלתי יציב ומביאים לתחלופה גבוהה של המטפלות הישראליות. ארגונים העוסקים בתחום מדווחים כי צעירות וצעירים אינם מוכנים לעבוד בתחום הטיפול; ומכיוון שמרבית המטפלות

20 הכנסה ממוצעת ברוטו לחודש למטפלים סיעודיים זרים ולמטפלים סיעודיים ישראלים, סקר הוצאות והכנסות משק הבית 2016. עיבוד של הלמ"ס עבור מרכז אדוה, 12.11.2018.

הן עולות מבוגרות, אין עתודה של כוח אדם בענף (ועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה, 2018).

קושי בהתאגדות ובהסדרת תנאי העבודה בהסכם קיבוצי בשל יחידות התארגנות קטנות

ומפוזרות ושינויים תכופים בזהות המעסיק - דוגמא אחת הממחישה היטב את הקושי של המטפלות להתאגד על מנת להסדיר את תנאי עבודתן, ניתן למצוא בעתירה של עמותת ידיד-מרכזי זכויות בעבודה, בשם מטפלות הסיעוד כנגד המוסד לביטוח לאומי והחברות המספקות שירותי סיעוד. מטרת העתירה היתה לקבל הכרה בזמני המעבר בין מטופלים כשעות עבודה. מאחר ולמטפלות הסיעוד קשה מאד להתאגד, העותרים הגישו בקשה לתובענה ייצוגית. בית הדין האזורי לעבודה בתל אביב אישר את התובענה, אולם בית הדין הארצי לעבודה וכן בג"צ הכריעו, כי ההבדלים בין המטפלות השונות באשר לביצוע מעברים בין מטופלים וזמני המעבר אינם מאפשרים הגשת תובענה ייצוגית (בג"צ 4736/18, פסק דין מיום 26/6/2018).

בנוסף, תקצוב החסר במכרזים וחוסר הנכונות להגדיל את תקציב ההעסקה של המטפלות מכשיל חתימת הסכם קיבוצי לשיפור תנאי העבודה והשכר, חרף מאמצי ההסתדרות והמפעילים להסדיר את התחום. בשנת 2004 נחתם לראשונה הסכם קיבוצי בין איגוד נותני שירותי הסיעוד - החברות והעמותות המפעילות את השירות - לבין ההסתדרות הכללית. ההסכם הורחב בצו על כל עובדות הסיעוד. עם זאת, הסתבר כי אין התאמה בין התנאים שנקבעו בהסכם לבין דרישות המכרזים של המוסד לביטוח לאומי. בשנת 2009 הגיעו הצדדים להסכמה על הסכם שכר ענפי המקנה תוספות שכר למטפלות על פי ותק ותוספת תשלום עבור מי שעברו הכשרה, על עבודה עם שני מטופלים ויותר וכן הגדלת ההפרשות לפנסיה. יישום ההסכם דרש תוספת שנתית של כ-120 מיליון ש"ח שיועברו למפעילי השירות. עקב התנגדות משרד האוצר, ההסכם לא יצא לפועל. מאז ועד היום מתקיימים לסירוגין מגעים בין כל הגורמים בתחום, אולם בהיעדר אישור תקציבי הם אינם מבשילים לכדי הסכם קיבוצי.

מדו"חות בנק ישראל והמוסד לביטוח לאומי, ומדיונים שהתקיימו בישיבות משותפות של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה בכנסת, עולות מספר בעיות נוספות בכל הנוגע לתעסוקת המטפלות²¹:

- כ-30% מהקשישים הזכאים לטיפול סיעודי ביתי הם גברים, אך הרוב המכריע של המטפלות - נשים. עבור חלק מהמטופלים והמטפלות הדבר יוצר מצבים לא נוחים. תנאי העבודה והשכר מרחיקים גברים מהתחום ואינם מאפשרים מענה מותאם מגדרית. הגדרת הטיפול הסיעודי הביתי כ"עבודה מועדפת" לחיילים משוחררים, המזכה בהטבות, לא הביאה גם היא לפנייה של צעירים לתחום.

21 בנק ישראל, 2017; ישיבות הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות ולוועדת הכלכלה לדיון בהצעה לסדר היום בנושא: בניית תכנית אב לאומית בתחום הזקנה. פרוטוקול מס' 6 מיום 6.2.18; פרוטוקול מס' 12 מיום 22.5.18; פרוטוקול מס' 20 מיום 17 ביולי 2018;

● הגדרת תפקיד המטפלות לוקה בחסר ויוצרת פתח לניצול ולמשא ומתן מתמיד בין המטפלות לקשישים ולבני משפחותיהם, כמו גם בינו לבין המפעילים. כך למשל ההגדרה "לנקות את סביבת הקשיש" לעתים מפורשת על ידי חברות סיעוד ומשפחות כניקיון כללי ולעתים כשמירה על היגיינה סביב גוף המטופל. המוסד לביטוח לאומי תומך בלהכניס ניקיון כללי לדרישות התפקיד, אולם העומס המוטל על המטפלות עשוי להקשות על כך.

● קשיים בבקרה על עבודת המטפלות: חברות הסיעוד מתקשות לגייס עובדים סוציאליים לתפקידי פיקוח. בעקבות דוח מבקר המדינה (2017), שמצא דיווחים כוזבים בקרב כרבע מהמטפלות שנבדקו, החל פיילוט שעון הנוכחות - החתמה טלפונית המתבצעת באמצעות שיחת טלפון מבית הקשיש. הפיילוט העלה קשיים רבים - עומס על המערכת בשעות הבוקר, הגבלת הגמישות של המטפלות, למשל בביצוע קניות או סידורים עבור המטופלים בדרך לעבודה וכן - הבקרה מתייחסת רק לשעות נוכחות ולא לאיכות הטיפול. התנגדות המטפלות לנוכח היחס החשדני כלפיהן ותחושת חוסר האמון במערכת, הביא להתפטרות של כמה עשרות מהן (גויכמן, 2018). נכון לכתיבת שורות אלו לא ברור מה יעלה בגורלו של הפיילוט.

ועדות ומומחים²² שעסקו בעבודת הטיפול הסיעודי הביתי המליצו על עידוד העסקת עובדות ישראליות בענף כאמצעי מרכזי להבטיח את הדרישה הקיימת והצפויה. זאת, באמצעות התמקצעות של עובדות הטיפול: מיסוד והעמקה של ההכשרה ודרישת הסמכה לכל העוסקות במקצוע, יצירת דירוג פנימי על פי קושי העבודה ורמת המומחיות הנדרשת בהתאם למצבם הבריאותי והנפשי של המטופלים, יצירת סולם שכר ואופק לקידום והבניית משרות טיפול במקום הסתמכות על עבודה שעתית²³. המלצות אלה נותרו על הנייר.

תנאי העבודה של מטפלות בית מהגרות עבודה

על פי נתוני "קו לעובד" (2016), בישראל מועסקות כ־60,000 עובדות סיעוד מהגרות עבודה כשלמעלה מ־80% הן נשים. כ־50,000 הן בעלות אשרת עבודה בסיעוד²⁴ כמחציתן מהפיליפינים, כ־15% מנפאל, 10% מהודו ו־10% מסרי לנקה, קרוב ל־10% ממולדובה, והיתר ממדינות מזרח אירופה שונות.

גמלת הסיעוד כפי שהיא פועלת כיום מספקת טיפול ביתי חלקי והיא אינה נותנת מענה לקשישים סיעודיים בדרגות הגבוהות הזקוקים להשגחה צמודה בכל שעות היממה. מענה כזה ניתן כיום בשתי דרכים: אשפוז במוסד סיעודי או העסקת מטפלת צמודה שהיא עובדת זרה.

22 הועדה האחרונה שעסקה בנושא היא ועדת שושני שעסקה בסוגיית העובדים הזרים והגישה המלצותיה בספטמבר 2014, המלצות אלה התבססו על ועדות קודמות שעסקו בנושא (ועדת אנדרון, 2004; ועדת סובל, 2006; ועדת אקשטיין, 2010).

23 מחקרם של איילון וגרין (2013) שבדק את גישתן של מטפלות לעבודתן מצא שמרביתן היו מעדיפות לעבוד במשרה מלאה, ללא שבתות וחגים.

24 אף שכולן הוזמנו על ידי מדינת ישראל ונכנסו אליה באופן חוקי כשהן מחזיקות באשרת עבודה. מרבית העובדות ללא מעמד איבדו את מעמדם בעקבות נהלים שונים של משרד הפנים או כשלים בהסדרת אשרתן כחוק על ידי מעסיקהם וחברות כוח האדם בהן הן רשומות).

ההעדפה של מרבית הקשישים להישאר בביתם, לצד המחסור במטפלות ישראליות וצורך בטיפול רב שעות היממה, הפכו את העסקתן של מטפלות זרות לפתרון מועדף עבור מי שיכולים לעמוד בעלות הכספית הכרוכה בכך (שושני, 2014). על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2016 כרבע מהזכאים לגמלת סיעוד היו בעלי היתרים להעסקת מטפלות זרות (אסיסיקוביץ, 2018).

העסקת מטפלת צמודה כרוכה בקבלת היתר מרשות האוכלוסין וההגירה, הניתן על פי מצב רפואי, וכן חדר פנוי לשיכון העובדת הזרה. משנתקבל היתר, אפשרות אחת היא קבלת גמלת הסיעוד בכסף והעסקת המטפלת על ידי הקשיש/ה ומשפחתו/ה. אפשרות שניה היא העסקת המטפלת במשותף על ידי הקשישים וחברות סיעוד, כאשר חברת הסיעוד אחראית להעסקה עד להיקף השעות שמכוסה על ידי גמלת הסיעוד ומשק הבית של הקשיש/ה משלים את עלות ההעסקה במשרה מלאה.

שני ההסדרים כרוכים בתשלום נוסף של הקשישים ומשפחותיהם, שכן גמלת הסיעוד אינה מכסה את העלות של השגחה צמודה. בנק ישראל מעריך את עלות ההעסקה הכוללת של עובדת במשרה מלאה בכ־7,500-6,500 ש"ח בחודש. על אלה צריך הקשיש להוסיף סכומים נוספים הקשורים במצבו - תרופות, הסעות וכו'. לפיכך, ההערכה היא שההוצאה החודשית הכוללת הקשורה בטיפול סיעודי בקהילה באמצעות עובדת זרה עומדת על 8,000 ש"ח (הרן־רוזן ואח', 2018). החל מנובמבר 2018 עם החלת הרפורמה עומדת הזכאות לגמלת הסיעוד בשתי רמות התלות הגבוהות על 3,899 ש"ח ו־4,912 ש"ח²⁵. כלומר, נטל מימון של העסקת מטפלת על משקי הבית עומד על 1,500-2,500 ש"ח לחודש (ללא ההוצאות הנוספות שהוזכרו לעיל). פער המימון בין הגמלה לעלות ההסדר הופך אותו לבלתי אפשרי עבור משקי בית מעוטי הכנסה. על אלו יש להוסיף את הזמינות הנמוכה יותר של עובדות זרות בפריפריה ואת הקושי לגייס מטפלות לקשישים במצב סיעודי מורכב (שושני, 2014).

לדרישה הגוברת למטפלות זרות יש מחיר כלכלי למשק הישראלי ולמטפלות הישראליות. סדרה של ועדות שעסקו בנושא העובדים הזרים בישראל, כמו גם מחקרים אקדמיים בתחום, חזרו והצביעו על החסרונות של הסדר זה. בין היתר, תנאי ההעסקה של העובדות זרות משפיעים על תנאי העבודה ועל רמת השכר בענף כולו. כמו כן, ישנם רווחי משנה כגון דמי תיווך המייצרים תעשייה של יבוא עובדות מעבר לצורך. בנוסף, הסדרי ההבאה וההעסקה של העובדות הזרות הופכות אותן קלות לניצול (אברהם ותמיר, 2012; שושני, 2014; דוח אקשטיין, 2010; דוח סובל, 2006; קו לעובד, 2016). נזכיר כי שלוש הוועדות שעסקו בנושא מצביעות על הצורך לחזק את מערך הטיפול המקומי ולשפר את תנאי המטפלות כדרך המועדפת להתמודד עם צרכי הסיעוד הביתי. תנאי העבודה של המטפלות הזרות קשים ושוחקים. הן מועסקות בבית המטופל/ת, במתכונת של 24 שעות ביממה, ששה ימים בשבוע. מדובר בזמינות תמידית לטיפול, מתוקף המגורים בבית

25 אתר המוסד לביטוח לאומי https://www.btl.gov.il/benefits/Long_Term_Care/Pages/ovedZar.aspx

המטופל, כאשר הגדרת התפקיד וההפרדה בין עבודה למנוחה אינה ברורה. תנאי העסקתן מבחינת שעות מנוחה לא מוסדרים בחוק ולפיכך הוסדרו בפועל על ידי בתי הדין לעבודה בפסיקתם. כך נקבע כי חוק שעות עבודה ומנוחה אינו חל עליהן²⁶ והן זכאיות למנוחה שבועית של 25 שעות.²⁷

מחקר של המוסד לביטוח לאומי ואוניברסיטת בר אילן מצביע על ניצול של עובדות סיעוד זרות ועל הצורך בהידוק הפיקוח על תנאי העסקתן (איילון וגרין, 2013). חלק מהסדרי ההעסקה של המטפלות מקשה על מימוש הזכויות הסוציאליות שלהן: דוגמא בולטת - הפרשות פנסיה לפיקדון ששחרורו דורש אישור המעסיק ועזיבה לצמיתות בהתאם לתנאי ההיתר (אתר כל-זכות)²⁸

שכרן של המטפלות הזרות הוא שכר המינימום, ממנו רשאים המעסיקים לנכות עד 25% לצורך החזר הוצאות על מגורים, ביטוח רפואי והוצאות נלוות²⁹. על פי נתוני סקר הוצאות משק הבית לשנת 2016, מטפלות בית זרות עבדו בממוצע 48.8 שעות בשבוע ושכרן החודשי הממוצע עמד על 4,727 ש"ח ברוטו³⁰.

עובדות הסיעוד הזרות נדרשות לעבור הכשרה כלשהי בארצות המוצא וחברות הסיעוד נדרשות להעבירן הדרכה טרם תחילת העבודה (הרן-רוזן ואח', 2018). לפי ניתוח שערך משרד מבקר המדינה (2017), רק כ-10% מכלל המטפלות הזרות קיבלו הכשרה מקצועית.

סוגיה מרכזית בהעסקת עובדות זרות היא דמי התיווך הגבוהים הנגבים מהן. סקר שערכו בעמותת קו לעובד (2016) מצביע על כך שכמחצית מעובדות הסיעוד הזרות משלמות דמי תיווך, בסכום ממוצע של כ-10,700 דולר. דמי התיווך מועברים לחברות כוח אדם במדינת המוצא ולמתווכים וחברות כוח אדם בישראל. בנוסף, בשל מגבלות שהוטלו על מהגרי עבודה בסיעוד, התפתחה תופעה חמורה של גביית דמי תיווך נוספים מעובדות המתקשות במציאת מעסיק חדש לאחר סיום העסקה, בסכומים העולים עד כדי \$5,000 לעובדת. כפי שמציין מבקר המדינה, תשלום דמי התיווך יוצר תלות של העובדת במעסיק ופותר פתח להעסקה בתנאי ניצול. בעת כתיבת הדברים נחתם לראשונה הסכם בין מדינת ישראל לפיליפינים שמטרתו הבאת עובדות סיעוד לישראל בצורה מפוקחת תוך הגבלת דמי התיווך הנגבים מהן ל-800 דולר, במקום אלפי דולרים ששילמו קודם לכן. זאת בנוסף לפיילוט שמתקיים בין ישראל לסרי לנקה במסגרתו הובאו כמה מאות עובדות לישראל.

26 הלכה שנקבעה בבית המשפט בפרשת יולנדה גלוטן, ע"ע 157/03 יולנדה גלוטן נ' לאה יעקב, פסק דין מיום 1.1.07; דנג"ץ גלוטן, דנג"ץ 100007/09, ניתן ביום 18.3.2013;

27 ע"ע 12-10-475, א. ז. רב. ז. נ' ולנטינה פטרוב, בית הדין הארצי לעבודה פסק דיון מיום 7.7.2016.

28 על פי קו לעובד, עובדות רבות מתקשות לפדות את הכספים שהפרישו לפנסיה בשל מגבלות אלו.

29 אלו מלבד ניכויי החובה למס הכנסה וכן המעסיק רשאי לנכות סכום השווה לחלקו של העובד בדמי הביטוח המשולמים למוסד לביטוח לאומי. מתוך אתר משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: <http://employment.molsa.gov.il/Employment/WorkRights/UniquePopulations/ForeignWorkers/Pages/Deductions.aspx>

30 עיבוד של הלמ"ס עבור מרכז אדוה, 12.11.2018; שכר המינימום בתחילת 2016 עמד על 4,300 ש"ח ברוטו, אך הועלה במהלך אותה שנה ובסופה עמד על 4,650 ש"ח.

התכנית הלאומית לסייעוד אינה כוללת את הצורך הדחוף

בשיפור תנאי עובדות הטיפול

התכנית הלאומית לסייעוד מקצה 45 מיליון ₪ לשנה לשיפור תנאי ההעסקה של מטפלות במוסדות סיעודיים, אך שותקת לגבי שכרן ותנאי עבודתן של מטפלות הבית. החלטת הממשלה כוללת הקצאה תקציבית של 335 מיליון ₪ לשיפור הטיפול הביתי, אך מדובר בהשקעה בהכשרה ובפיקוח בלבד. כפי שמציינים מחברי דוח בנק ישראל, הרפורמה אינה כוללת התייחסות מספקת לעבודת הטיפול הביתי, על הנטל הפיזי והנפשי הכרוך בה ועל מורכבות היחסים בין המטפלות למטופלים ומשפחותיהם. למעשה, למעט עיבוי ההכשרה המקצועית והליווי למטפלות הבית, הישראליות והזרות, הרפורמה מתעלמת מבעיות מהותיות כגון שכרן הנמוך מאוד של המטפלות, העדר תגמול דיפרנציאלי מותאם לקושי העבודה, העדר תגמול על זמן המעבר מבית לבית והמחסור במטפלות הנובע מתנאי העבודה והשכר. ועוד, הרפורמה כוללת הגדלת הזכאות לשעות סיעוד, אך מבוססת על התחשיב הנוכחי של עלות שעת סיעוד. המשמעות היא ככל הנראה המשך השימוש בתעריפים נמוכים במרכזי הסיעוד, כאלה שאינם מאפשרים לשפר את מצב המטפלות (החלטת הממשלה 3379 מיום 11.1.2018; הרן-רוזן ואח', 2018).

טיפול ללא שכר בקשישים/ות

במרבית המדינות, הטיפול בקשישים/ות מסופק בעיקר באופן בלתי פורמלי - ללא שכר, בעיקר על ידי בנות משפחה. היחס בין היקף הטיפול הבלתי פורמלי להיקף הטיפול הפורמלי, הוא מורכב ומשתנה ממדינה למדינה. הוא מושפע בין היתר מהיקף מערך שירותי הטיפול המוענק והממומן על ידי המדינה. כך למשל, במדינות סקנדינביה שיעור הטיפול הבלתי פורמלי נמוך באופן יחסי ומתבטא בעיקר בסיוע חברתי שמטרתו להפיג את בדידותם של הזקנים/ות. זאת בזכות מערך שירותי טיפול וסיוע לטווח ארוך במימון המדינה והרשויות המקומיות. מנגד, בספרד, איטליה וצ'כיה הטיפול הבלתי פורמלי הוא הטיפול העיקרי המוענק לזקנים/ות והוא כולל סיוע בכל פעילויות היום-יום (דורון ולזר, 2016).

מחקרים מצביעים על כך שבישראל משקלו של הטיפול הבלתי פורמלי משמעותי. זאת בשל השיעור הגבוה של הקשישים/ות הנשארים/ות בקהילה ובשל השקעה ציבורית לא מספקת בטיפול מקצועי. על פי הערכה, כמיליון וחצי ישראלים - בעיקר ישראליות, משמשים/ות כמטפלים/ות עיקריים (primary caregivers) בבן/ת משפחה או חבר/ה עם מחלה, מוגבלות או זקנה, בדרך כלל במקביל לניהול בית וקריירה. שיעורן צפוי לגדול בעשורים הקרובים. נשים מהוות כשני שלישים מהמטפלים העיקריים, גילן הממוצע - 55 והן מספקות בממוצע 21 שעות טיפול שבועיות למשך תקופה ממוצעת של ארבע וחצי שנים, ללא תמורה כספית (ברודסקי ואח', 2011; דורון ולזר,

2016). על פי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2006, כשליש עד מחצית משעות הטיפול בקשישים - בין 2.3-4.9 מיליון שעות לשנה, מסופקות על ידי בני/ות משפחה, ללא תשלום³¹.

הטיפול הבלתי פורמלי בקשישים מתבטא בסיוע במגוון תחומים: סיוע בפעולות (רחצה, הלבשה), ניהול משק הבית (ניקיון, כביסה), סיוע בפעילות מחוץ לבית (סידורים, ליווי לבדיקות וטיפולים רפואיים) תמיכה חברתית ונפשית, תמיכה כלכלית ואף סיוע בהיבטים שהיו בעבר נחלתם של בעלי מקצוע בלבד. למשל - בשל קיצור ימי האשפוז בבתי חולים כלליים, בנות משפחה נדרשות לסייע יותר בתקופת החלמה ממחלה אקוטית; עם מגמת הגידול בתוחלת החיים מתמודדים בני משפחה עם סוגיות של טיפול בסוף החיים במסגרת הבית ועוד. אחוז לא מבוטל מתמודדות עם טיפול בפעולות רפואיות מורכבות - החלפת תחבושות, מתן זריקות ועוד (ברודסקי ואח', 2011).

קיימת הסכמה ציבורית על כך שללא העזרה הבלתי פורמלית הנרחבת, קשישים רבים לא היו יכולים להישאר בבית והיו נאלצים לעבור למוסדות. מרבית הקשישים/ות מעדיפים/ות להישאר בביתם, ולדעת אנשי המקצוע הישארותם בקהילה מיטיבה עם איכות חייהם. רשויות המדינה, מצדן, נשענות על הטיפול המוענק לקשישים/ות על ידי בנות משפחה והוא חוסך במשאבים ציבוריים. מבקר המדינה ציין במפורש שהמעורבות הנרחבת של בנות המשפחה בטיפול, **מקטינה את ההוצאה הלאומית על סיעוד**. יתר על כן, רשויות המדינה מטילות באופן מעשי את האחריות לטיפול בקשישים/ות במידה רבה על בני/ות המשפחה ורואות עצמן כמי שתפקידן הוא לסייע למשפחה בטיפול בקשישים/ות ולהשלימו (מבקר המדינה, 2017).

אולם, הרשויות, לא נותנות את דעתן לצורך לתמוך בבנות המשפחה המטפלות: התמיכה הניתנת להן מצומצמת, אין מדיניות ברורה המגדירה את צרכיהן/ם ואין תכנית ממשלתית מסודרת לתמיכה בבני המשפחה.³² כתוצאה מכך, מוטל עומס כבד על בני/ות המשפחה, הגורם פעמים רבות לפגיעה בבריאותם/ן הפיזית והנפשית, במרקם חיי המשפחה ובאיכות החיים שלהם/ן (דורון ולזר, 2016; מבקר המדינה, 2017).

לצד העומס הנפשי והפיזי, ישנו גם נטל כלכלי. בסקר שערך מבקר המדינה (2017) בקרב בני/ות משפחה מטפלים, כ-54% מהמשיבים/ות דיווחו כי הטיפול בקשיש גורם לקושי רב או רב מאוד בהיבט התעסוקתי, ושיעור דומה דיווח על עומס כלכלי רב או רב מאוד, בגין הטיפול. הפגיעה בתעסוקה, כותב המבקר, "לעתים עד כדי ויתור מוחלט על יציאה לעבודה", גורמת גם נזק כלכלי למשק בכללותו. עוד מתבטא המחיר הכלכלי שמשלמות משפחות, בהוצאות על שירותים ומוצרים שאין עבורם חוזר (רופאים מומחים, תרופות והסעות).



31 הסקר החברתי האחרון שעסק בנושא

32 מבחינת דיני עבודה ישנם שלושה הסדרים: זכאות להיעדר בשל מחלת הורה או בן זוג, על חשבון ימי מחלה, עד 6 ימי עבודה, וזכאות להבטחת הכנסה ללא צורך במבחן תעסוקה למי שמטפלת בבן משפחה חולה. כ-1,500 מקבלי השלמת הכנסה המטפלים באופן קבוע בבן משפחה (ברודסקי ואח', 2011; דורון ולזר, 2016). בנוסף, עובד שמתפטר על מנת לטפל בבן משפחה שחלה זכאי בתנאים מסוימים לפיצויי פיטורין.

על הקשר בין טיפול שלא בשכר ובין טיפול בשכר ניתן ללמוד מבחינת הצרכים שמעלות בנות המשפחה המטפלות, למשל: הצורך ביעוץ, מידע והכשרה, בתמיכה רגשית וב"פסק זמן בטיפול". צורך מרכזי הוא הגדלת מספר שעות הטיפול הפורמלי. כ-41% מבני/ות המשפחה של קשיש סיעודי המטופל על ידי מטפלת ישראלית ו-24% מאלו המטופלים בידי מטפלת זרה דיווחו כי הם מקדישים מעל 30 שעות בשבוע לטיפול בקשיש (מבקר המדינה, 2017). במחקר של ברודסקי ואחרים (2004) כשלושה רבעים מהמטפלות הבלתי פורמליות ציינו כי מטפלת בשכר מקלה עליהן: מפנה להן זמן לעצמן, מפחיתה לחץ נפשי, מאפשרת להן להיות יותר מחוץ לבית, לעבוד יותר ולדאוג פחות לקשיש/ה. נציין כי רפורמת הסיעוד שאושרה נותנת מענה לצורך זה במקרה של קשישים ברמות תלות גבוהות. עם זאת, הגם שמטפלות בשכר משפיעות על הגדלת שעות העבודה והפנאי של בנות המשפחה, חלוקת העבודה המגדרית נותרת בעינה, שכן נשים הן אלו שנותרות אחראיות על ניהול ותפעול הטיפול בבן המשפחה התלוי (Shamir, 2013).

צורך נוסף שעולה מצד בני/ות המשפחה המטפלים/ות הוא ביקור של הקשישים במסגרות יום (ברודסקי ואח', 2011).³³ ביקור במסגרות אלו עשוי להקל על עבודתן של בנות המשפחה המטפלות ולצמצם את היקפה. אולם, רק שיעור קטן של קשישים סיעודיים מבקרים במרכזי היום, ושיעור קטן אף יותר של קשישים סיעודיים עניים. גורם מרכזי לכך הוא, שביקור במרכז היום דורש מהקשישים לבחור בין ויתור על שעתיים של טיפול ביתי מתוך גמלת הסיעוד לבין מימון הביקור מכיסם הפרטי - אפשרות המכבידה כלכלית על קשישים עניים (מבקר המדינה, 2017). הסדר זה של בחירה בין שעות טיפול למרכזי יום הוא דוגמא מובהקת לגירעון הטיפולי בתחום הסיעוד ולאופן שבו הנגישות המוגבלת לשירות מתורגמת לעומס יתר על מטפלות בנות משפחה. מעבר לטיפול הבלתי פורמלי, התמיכה הכלכלית של בני משפחה בקרוביהם הזקנים וחובתם של ילדים כלפי הוריהם הזקנים מעוגנות בחקיקה הישראלית. על פי חוק, הזקן יכול לתבוע מזונות מבני משפחתו וגם משרדי הממשלה יכולים לעשות זאת בטרם הם מספקים את השירותים בעצמם. כשהקשיש מתגורר בקהילה - משרדי הממשלה ממעטים לעשות זאת, אך הם מממשים את החבות של בני המשפחה בכל הנוגע למימון קשישים במוסדות.³⁴ תכנית הסיעוד הלאומית שאושרה לאחרונה מבטלת בהדרגה את השתתפות הילדים באשפוז סיעודי של הוריהם.

הסדר חדש: בני משפחה מטפלים בשכר

באפריל 2018 החל המוסד לביטוח לאומי בפילוט שבמסגרתו ניתן להעסיק בני משפחה כמטפלים ביתיים בקשישים, כאשר בן/בת המשפחה המטפלת זכאית לגמלת הסיעוד ומקבל את שכרו באמצעות המפעילים שזכו במכרז. באוגוסט הורחב הפילוט לכל הארץ, וכעת ניתן להעסיק בן/

33 במרכזי היום מסופקים תחת קורת גג אחת שירותים אישיים לצד פעילויות חברתית ותרבותית שמטרתן להפיג את בדיוותם של הקשישים, שירותים פרה-רפואיים, שירותי רפואה ושירותים סוציאליים

34 יש לציין שאנשים עובדים/ות שהשתתפו במימון מוסד סיעודי לבן/בת משפחה, זכאים לזיכוי מס (אתר כל זכות).

בת משפחה כמטפל/ת בתשלום, בתנאים מסוימים³⁵. למעשה, אפשרות זו היתה קיימת כבר בעבר בחברה הערבית, שבה משפחות רבות העדיפו לעשות שימוש בגמלת הסיעוד לצורך העסקת בת משפחה. רוב המטפלות היו אז נכדות של המטופל/ת וחלקן עבדו שעות רבות יותר ממה שהקציבה להן הוועדה המקצועית וביצעו גם מטלות שלא נכללו בתכנית העבודה הרשמית (וייל, 1995). ב-2008 תמונת המצב בחברה הערבית כבר היתה שונה, כאשר חלה עליה ניכרת במספר המטפלות המקצועיות, שאינן בנות משפחה (מרכז אדוה, 2008).

הפיילוט של 2018 נולד על מנת לתת מענה למחסור במטפלות. המוסד לביטוח לאומי תומך ברעיון, בטענה שזוהי דרך לתגמל נשים שממילא לוקחות על עצמן את עבודת הטיפול, נאלצות לצמצם עבודה או להתפטר, או שיש להן פנסיה מצומקת³⁶. כפי שראינו בחלק הראשון של המסמך, הסדרים כאלה המכונים "cash for care", קיימים בכמה מדינות והם מהווים סוג של הכרה בעבודת הטיפול הבלתי פורמלית ופיצוי, גם אם חלקי, על הזמן המושקע בה.

מכיוון שמדובר ביוזמה חדשה, אין בנמצא נתונים אודות בנות משפחה המממשות את האפשרות לטפל בקרוביהן בתשלום.

35 המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות אגף סיעוד. חוזר מיום 22 לאפריל 2018 בנושא: אישור להעסיק בני משפחה בטיפול בזכאים לגמלת סיעוד; המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות אגף סיעוד. חוזר מיום 1 לאוגוסט 2018 בנושא: אישור להעסיק בני משפחה בטיפול בזכאים לגמלת סיעוד ואגרת מס' 375 מאותו מועד.

36 שיחה עם אורנה זמיר, ראש אגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי, מיום 27 בנובמבר 2018.

במסמך זה ביקשנו להפנות את נקודת המבט לטיפול כמרכיב חיוני לרווחתה של כלל החברה. על פי תחזיות של ארגונים בינלאומיים, הצורך בטיפול ילך ויגדל עם השנים וכבר כיום קיים קושי לספק טיפול זמין ואיכותי בילדים/ות, קשישים/ות ובעלי/ות מוגבלויות. המסמך מבוסס על גישה לפיה יש לארגן מחדש את שירותי הטיפול באמצעות מדיניות כלכלית שתכיר בערכו, ובתוך כך בזכות הבסיסית של כל אחד ואחת מאיתנו לקבל טיפול טוב בשלבים שונים של החיים, כמו גם בזכותן של המטפלות לעצמאות כלכלית ולפרנסה מכבדת. מכיוון שטיפול איכותי מיטיב עם מעגלים רחבים ומאחר שמקבלי הטיפול נמנים עם אוכלוסיות שלא יכולות לספק לעצמן טיפול מלא, לא ניתן להפקיר את הטיפול למנגנוני השוק. יש לראות בו תשתית חיונית שהממשלה נוטלת עליה אחריות, בדומה לאופן שבו היא משקיעה בתשתיות פיזיות.

ההמלצות העיקריות העולות ממסמך זה עוסקות בחיזוק מערך שירותי הטיפול, תוך הגדלה משמעותית של ההשקעה הממשלתית בהם. השקעה כזו, כפי שהראו מחקרים שסקרנו, יש בה גם תועלת כלכלית לטווח ארוך. להלן ההמלצות המרכזיות:

1. הכרה בעבודת הטיפול שלא בשכר והערכת היקפה באמצעות איסוף, תיעוד ופרסום שיטתיים של נתונים. נתונים אלו, מטרם לא רק לחשוף את האופן שבו מתחלקת עבודת הטיפול בין נשים וגברים וכן בין הממשלה, השוק, החברה האזרחית ומשקי הבית. מטרם גם לשמש בסיס לתכנון מדיניות כלכלית הוגנת ושוויונית יותר.

2. יצירת תכנית מסודרת להכרה ותמיכה בבני משפחה מטפלים - בהיבטים כלכליים אך גם בכל הקשור לתמיכה נפשית ורגשית, ייעוץ, מידע והכשרה.

3. הכרה בערכה הכלכלי והחברתי של עבודת הטיפול והצורך באספקת טיפול איכותי דורשים:

א. הפסקת תהליכי הוזלת העלויות של שירותי הטיפול באמצעות תת תקצוב של כח האדם במכרזים. מטפלות מקצועיות ומתוגמלות היטב הן לב ליבו של שירות איכותי.

ב. שיפור מידי של תנאי העבודה והשכר של המטפלות בילדים/ות ובקשישים/ות:

- העמקת ההכשרות והפיתוח המקצועי לעובדות הטיפול התומכות בכל קבוצות האוכלוסייה (ילדים, קשישים, בעלי מוגבלויות וכו'), והענקת תגמול הולם למטפלות בעבור ההכשרות.

- הסרת חסמים המקשים על התאגדות עובדות הטיפול ויכולתן לנהל משא ומתן קיבוצי על תנאי עבודתן.

- חיזוק מערך הטיפול המקומי (מטפלות ישראליות) בקשישים סיעודיים תוך שיפור תנאי העסקה והשכר של המטפלות - הכרה בותק והכשרה, יצירת אופק קידום והרחבת אפשרויות התעסוקה במשרות מלאות.

○ הבטחת סביבת עבודה טובה ובטוחה לכלל המטפלות ובכלל זה למטפלות מהגרות העבודה שחשופות לניצול מצד המעסיקים והחברות המתווכות ולפגיעה בזכויות הסוציאליות שלהן.

○ העברת הסייעות הפדגוגיות להעסקה ישירה כדי למגר את ההעסקה הפוגענית של חלק גדול מהן, הרחבת אפשרויות התעסוקה במשרות מלאות ושיפור שכרן.

○ ביטול דפוס ההעסקה הפוגעני של מטפלות המשפחתונים והפיכתן לשכירות של משרד העבודה, ברווחה והשירותים החברתיים, תוך הכרה בכל שעות עבודתן, כולל שעות הכנה. בתוך כך, גם שינוי תנאי המכרז כך שתובטח הפעלה רציפה של המשפחתונים וביטחון תעסוקתי למטפלות, וכן שינוי משטר התשלומים להבטחת תזרים קבוע.

4. שיפור הנגישות של קשישים, בכל רמות התלות, לשירותי סיעוד:

א. הגברת הנגישות של קשישים, בעיקר בעלי הכנסות נמוכות, למרכזי יום מבלי שיאלצו לבחור בין ביקור במרכז ובין שעות טיפול.

ב. יצירת הסדר פרוגרסיבי של סבסוד ציבורי רחב יותר של קשישים בעשירוני ההכנסה הנמוכים, בהתאם להמלצת בנק ישראל.

5. על מנת לאפשר להורים - אימהות ואבות לטפל בילדיהם וגם להיות עצמאים כלכלית:

א. הארכת חופשת הלידה בתשלום תוך הענקת פרק זמן נפרד, ב-100% שכר ושאינו ניתן להעברה לאב (או לבן/בת הזוג השני/ה). אסטרטגיה זו, במדינות בהן היא קיימת, מוכחת ככזו המתמצת אבות לחלוק בעבודת הטיפול עם בנות זוגן ומשפרת את השוויון המגדרי גם בשוק העבודה.

ב. הרחבת מערך מעונות היום והמשפחתונים תוך הרחבת והעמקת הסבסוד, כך שיתנו מענה אוניברסלי לכלל הילדים/ות בישראל. כיום יש מודעות לחשיבות הנושא אולם המהלכים לקידומו בפועל מדשדשים.

ג. יישום מלא של חוק יום לימודים ארוך, על מנת לספק מענה ציבורי אוניברסלי לטיפול בילדים/ות בגילאי 3 ומעלה ולהוריהם העובדים.

- אברהם, יוסי ויוסי תמיר. 2012. "חלופות לעובדים זרים בסיעוד". **בטחון סוציאלי**, 88: 65-96.
- אייזנשטדט, מימי וג'וני גל. 2001. **מגדר במדינת הרווחה בישראל: התפתחות וסוגיות**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית.
- אילון, ליאת ואוהד גרין. 2013. **שירותי סיעוד ביתיים לזקנים - דוח מחקר**. המוסד לביטוח לאומי - מינהל מחקר ותכנון ואוניברסיטת בר-אילן.
- אנדבלד, מירי ואורן הלר. 2017. "הערך הכספי של עבודת עקרת הבית". **מחקרים לדיון**, 126, המוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר והתכנון.
- אנדורן, יעל (יו"ר). 2004. **דו"ח הצוות הבינמשרדי בנושא תכנון שיטת העסקת עובדים זרים בישראל ותנאים למתן רישיונות להעסקת עובדים זרים**.
- אסיסיקוביץ, שרון. 2018. "היבטים בביטוח הסיעוד". **סקרים תקופתיים מס' 295**. המוסד לביטוח לאומי. אקשטיין, צבי. 2010. **העסקת עובדים זרים**. המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- בג"צ 4736/18 **עמותת ידיד - מרכזי זכויות בקהילה נ' בית הדין הארצי לעבודה ואח'**. פסק דין מיום 26/6/2018.
- בג"ץ 1678/07 - **יולנדה גלוטן נ' פורמלי בית הדין הארצי לעבודה ואח'**, פסק דין מיום 23/10/2008.
- בנימין, אורלי. 2015. "רכש שירותים חברתיים בישראל כמגדר תנאי העסקה: המשא ומתן בין המדינה למעסיקים זוכי המכרזים". **בטחון סוציאלי**, 98: 39-62.
- בנדלק, ז'ק. 2018. "מערכת הביטחון הסוציאלי בישראל ובמדינות ה-OECD". **סקרים תקופתיים**, 296. המוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר והתכנון.
- בנק ישראל. 2016. "השפעת הסבסוד של המסגרות לטיפול בילדים בגיל הרך על תעסוקת האימהות". **הודעה לעיתונות** מיום 29 מרץ, 2016.
- ברקוביץ, ניצה. 1996. "על עקרת הבית והחשבונאות הלאומית". **תיאוריה ובקורת**, 9: 175-188.
- ברודסקי, ג'ני, דניז נאון, שירלי רזינצקי, שלומית בן-נון, ברנדה מורגנשטיין, רמסיס גרא ומרים שמלצר. 2004. **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ג'וינט - מכון ברוקדייל - המרכז לחקר הזקנה והמוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר והתכנון.
- ברודסקי, ג'ני, שירלי רזינצקי ודניאלה סיטרון. 2011. **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה**. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, המרכז לחקר הזיקנה.
- ברנדר, עדי. 2005. **הטבות מס לנשים ולמשפחות בישראל: פרספקטיבה בין-לאומית ובחינה של שיעורי המיצוי**. הכנס השנתי ה-4 של מרכז אדוה בנושא תקציב ומגדר.
- ברנדר, עדי ומישל סטרבצ'ינסקי. 2014. "מדיניות הממשלה ביחס להורים צעירים". **סדרת מאמרים לדיון** 2014.02, חטיבת המחקר, בנק ישראל.
- גויכמן, רפאלה. 2018. "מחדל התוכנה בביטוח לאומי: מטפלים סיעודיים עלולים לאבד מאות מיליונים" 16.09.2018, TheMarker.

גרוס, ג'וסלין וברברה סבירסקי. 2002. **סקרי תקצוב זמן ושוויון בין-מגדרי**. מרכז אדוה.

גרטל, גיל. 2018. "סייעות הן מחנכות. אז למה משרד החינוך לא מכיר בכך?". **שיחה מקומית**, 9 בנובמבר 2018.

דגן-בוזגלו, נוגה ויעל חסון. 2011. **מחיר הטיפול: דוח על נשים בעבודות הטיפול בישראל**. מרכז אדוה.

דורון, ישראל ואורי לזר. 2016. **תמיכה פורמלית בבני משפחה מטפלים**. אוניברסיטת חיפה, ג'וינט ישראל אשל והארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים.

דטל, ליאור. 2018. "חוק יום לימודים ארוך נדחה בפעם השמינית - 25 שנה לאחר שנחקק", *TheMarker*, 7 במרץ, 2018.

החלטת ממשלה 2659, **"סבסוד מסגרות לימודיות נוספות בשעות אחר הצהריים"** מיום 21.05.2017.

החלטת ממשלה 3379, "תכנית סיעוד לאומית", מיום 11.1.2018.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1995. **דפוסי השימוש בזמן בישראל, סקר תקצוב זמן, 1991/1992**. המוסד לביטוח לאומי. 2017. **דוח שנתי לשנת 2016**.

המוסד לביטוח לאומי. 2018. **ירחון סטטיסטי**, ספטמבר.

הצעת חוק התאמת אופן ההעסקה של מטפלות במשפחותונים המפוקחים על ידי האגף למעונות יום ומשפחותונים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, התשע"ח-2018.

הצעת חוק סייעות במוסדות חינוך - התשע"ז 2017.

הריס-אולשק, רונית. 2014. **הקשר בין משך חופשת הלידה למאפיינים סוציו-אקונומיים ודמוגרפיים**, משרד הכלכלה.

הרן-רוזן, מאיה, גלעד כהן קובץ' ותמר רמות ניסקה. 2018. "הביטוח הסיעודי בישראל". **ניירות תקופתיים** 2018.01. בנק ישראל, חטיבת המחקר.

וייל, חנה. 1995. ביצוע חוק סיעוד במגזר הערבי. סקר מס' 126. המוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר והתכנון.

וייסבלאי, אתי. 2018. **חוק יום חינוך ארוך ולימודי העשרה, התשנ"ז-1997 דחיית השלמת היישום**. כנסת, מרכז המחקר והמידע.

ועדת החינוך, התרבות והספורט בכנסת. 2016. **"תנאי שכר של סייעות בגנים ובבתי הספר - מעבר מהסכם זמני להסכם כולל"**. פרוטוקול מס' 130 מדיון שהתקיים ביום 25.1.2016.

ועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה בכנסת, פרוטוקול מישיבה משותפת בנושא "בניית תכנית אב לאומית בתחום הזקנה", מיום 22 במאי 2018.

חוקת העבודה לעובדי הרשויות המקומיות. הסתדרות מעו"ף ומרכז השלטון המקומי.

חסון, יעל. 2016. **הערות על תקציב המדינה וחוק ההסדרים לשנים 2017-2018 מנקודת מבט מגדרית**. מרכז אדוה.

חסון, יעל וברברה סבירסקי. 2018. **הערות מגדריות על חוק ההסדרים והטבות המס לשנת 2019**. מרכז אדוה.

ירון, לי. 2018. חוק הפיקוח על מעונות לגיל הרך אושר לקריאה שניה ושלישית. הארץ, 22 אוקטובר, 2018.

מבקר המדינה, 2009. "ענייני מינהל ושכר ברשתות גני ילדים במגזר החרדי". דו"ח שנתי, 59ב'.

מבקר המדינה, 2014. "יישום תכנית ציל"ה - צהרי יום להעשרה". דוחות על הביקורות בשלטון המקומי לשנת 2014.

מבקר המדינה, 2015. משרד החינוך - יישום רפורמות וצמצום פערים בחינוך לגיל הרך. דו"ח שנתי, 65ג'.

מבקר המדינה, 2017. טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם. דוח ביקורת מיוחד.

מוניקנדס-גבעון, יסכה, 2017. דרישות סף בהכשרת צוותים העוסקים בחינוך בגיל הרך בישראל. הכנסת - מרכז המחקר והמידע.

מזרחי-סימון, שלי ואליעזר שוורץ, 2018. תנאי העסקתן של מטפלות במשפחתונים שבפיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ואומדן עלות למודל העסקה ישיר. הכנסת, מרכז המידע והמחקר.

מן, יערה, 2018. הזכות לאבהות פעילה - המלצות לשינוי מדיניות חופשת הלידה בישראל. שדולת הנשים בישראל.

מרכז אדוה, 2008. עתיד שירותי הסיעוד הביתי בישראל: בעיות בהפעלת השירות כיום וחלופות אפשריות. פרוטוקול דיון במתכונת "שולחן עגול" מיום 11 באוגוסט 2008.

משרד האוצר, 2018. עיקרי התקציב לשנת 2019.

משרד האוצר, אגף הכלכלן הראשי, 2017. סקירה כלכלית שבועית, מיום 3 בספטמבר 2017.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. טבלאות שכר לימוד במעונות היום ובמשפחתונים שבפיקוח, לשנת הלימודים תשע"ט (2018-2019).

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה. האגף למעונות יום ומשפחתונים לגיל הרך, 2007. אוגדן נהלים להפעלת משפחתונים. ירושלים.

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה. האגף למעונות יום ומשפחתונים לגיל הרך. ינואר 2009. סטנדרטים להפעלת מסגרות חינוכיות לפעוטות. דו"ח ועדה מייעצת בראשות פרופ' רוזנטל. ירושלים.

סבירסקי, שלמה ונוגה דגן-בוזגלו, 2017. הכיבוש - מי משלם את המחיר: השפעות הכיבוש על הכלכלה והחברה בישראל. מרכז אדוה.

סובל, רביב (יו"ר), 2006. דו"ח הצוות הבינמשרדי לבחינת ענף הסיעוד.

סייגלשיפר, ולריה, 2010. "חופשת לידה: לא לאמהות בלבד". נייר עמדה עבור פורום נשים לתקציב הוגן.

פיטלברג-ברמץ, אסנת, 2004. הסדרים לטיפול בילדים בגיל הרך. משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה - מנהל תכנון, מחקר וכלכלה.

פיטלברג-ברמץ, אסנת, 2016. אמדן למספר הילדים המשולבים במסגרות חינוכיות-טיפוליות פרטיות. משרד הכלכלה, תחום תעסוקת נשים, ילדים ומעונות יום.

פרץ, נדב, 2011. "לגרום לאבות לטפל: חופשת לידה לאבות בישראל - המלצות למדיניות", נייר מדיניות מס' 2010.15, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קו לעובד, 2016. כסף שחור, עבודה שחורה גביית דמי תיווך ממהגרי עבודה בסיעוד בישראל תמונת מצב - ישראל 2016.

- קפלן, עמית. 2016. **עבודות שקופות: עבודה, זמן ומגדר. מידע ועקרונות למדיניות**. שוות - המרכז לקידום נשים בזירה הציבורית, מכון ון־ליר בירושלים.
- קפלן, עמית ומהא כרכבי־סבאח. 2017. **עבודות שקופות בישראל. דוח מחקר למוסד לביטוח לאומי**. שוות - המרכז לקידום נשים בזירה הציבורית, מכון ון ליר בירושלים.
- רבינוביץ, מריה. 2017. **צהרונים לבני 3-8: יישום תכנית "ניצנים" ויישום החוק לפיקוח על הפעלת צהרונים, התשע"ז-2017**. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.
- רון, נעמה, פמלה הורביץ, ניר קידר ושגית ארבל אלון. 2016. **הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים - מענה ראשוני לבעיה שלישונית**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- שוורץ, אליעזר. 2009. **תעריפי שכר לימוד במשפחתונים שבפיקוח משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, תיאור וניתוח**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- שושני, שמשון (י"ר). 2014. **ועדה לבחינת סוגיית העובדים הזרים בענף הסיעוד הבאה, תיווך וטיפול**. דוח מסכם והמלצות.
- שתייז, עולא. 2010. **מסגרות טיפול לגיל הרך : חסם מרכזי לתעסוקת נשים ערביות. נייר עמדה** עבור פורום נשים לתקציב הוגן.
- Albelda, Randy, Mignon Duffy and Nancy Folbre. 2009. **Counting on Care Work: Human Infrastructure in Massachusetts**. University of Massachusetts Boston, Center for Social Policy Publications.
- Beneria, Lourdes. 1999. "The enduring debate over unpaid labour". **International Labour Review**, 138(3):287-309.
- Beneria, Lourdes. 2008. "The Crisis of Care, International Migration and Public Policy". **Feminist Economics**, 14 (3):1-21.
- Beneria, Lourdes and Maria Martinez-Iglesias. 2014. **"Taking Advantage of Austerity: The Economic Crisis and Care in Spain"**. Istanbul Technical University Women's Studies Center (ITU-WSC) Working Paper Series on Work-Family Balance and Gender Equality: A North-South Policy Perspective.
- Bordone, Valeria, Bruno Arpino and Arnstein Aassve. 2017. **"Patterns of Grandparental Child Care across Europe: The Role of the Policy Context and Working Mothers' Need."** *Ageing & Society*, 37(4):845-73
- Bungum, Brita and Ellin Kvande. 2013. "The rise and fall of cash for care in Norway: changes in the use of child care policies". **Nordic Journal of Social Research**, (4):31-54.
- Castro-García, Carmen, and María Pazos-Morán, 2007. **Maternity, Paternity and Parental Leaves in Europe: Some Elements for a Feminist Approach**. PLENT (online).
- De Henau, Jerome, Susan Himmelweit, Zofia Lapniewska and Diane Perrons. 2016. **Investing in the Care Economy**. A report by the UK Women's Budget Group, Commissioned by the International Trade Union Confederation.

- Deusdad, Blanca A. Dolors Comas-d'Argemir and Sophia F. Dziegielewski. 2016. **"Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice"**. *Journal of Social Service Research*, 42(2): 246-262
- Duffy, Mignon, Randy Albelda and Claire Hammonds. 2013. "Counting Care Work: The Empirical and Policy Applications of Care Theory". ***Social Problems***, 60 (2): 145-167.
- Elson, Diane. 2008. "The Three R's of Unpaid Work: Recognition, Reduction and Redistribution." Paper presented at the Expert Group Meeting on Unpaid Work, Economic Development and Human Well-Being, UNDP, New York, November 2008.
- Elson, Diane. 2017. "Recognize, Reduce, and Redistribute Unpaid Care Work: How to Close the Gender Gap". ***New Labor Forum***, 26 (2): 52-61.
- Engels, Friedrich. [1884] 1972. ***The Origins of the Family, Private Property and the State***. New York: International Publishers.
- Fernandes, Ana Sofia. 2017. ***A purple economy: The Case for Placing the Economics of Care at the Heart of Sustainable Development***. The New Economic Foundation.
- Folbre, Nancy. 1991. "The Unproductive Housewife: Her Evolution in Nineteenth-Century Economic Thought". ***Signs***, 16 (3):463-484.
- Folbre, Nancy. 2014. ***Who Cares? A Feminist Critique of the Care Economy***. Published by the Rosa Luxemburg Stiftung—New York Office.
- Folbre, Nancy. 2015. ***Accounting for care: A research and survey design agenda***. Prepared for the IARIW-OECD Special Conference "W(h)ither the SNA?" Paris, France, April 16-17.
- Fraser, Nancy. 2016. "Contradictions of Capital and Care". ***New Left Review***, 100, July-August, 99-117.
- Hank, Karsten and Isabella Buber. 2009. "Grandparents Caring for Their Grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe." ***Journal of Family Issues***, 30(1): 53-73.
- Igel, Corinne and Marc Szydlik. 2011. ***Grandchild Care and Welfare State Arrangements in Europe***." *Journal of European Social Policy*, 21(3):24-210.
- Ilkcaracan, Ipek. 2016. "A Feminist Alternative to Austerity: The Purple Economy as a Gender-Egalitarian Strategy for Employment Generation". In Bargawi et al (eds). ***Economic and Austerity in Europe, gendered impact and Sustainable alternatives***. London, Routledge.
- International Labour Organization (ILO). 2018. ***Care Work and Care Jobs: For the Future of Decent Work***.
- Jefferson, Therese. 2009. "Women and Retirement Pension: A Research Review". ***Feminist Economics***, 15(4): 115-145.

- Johansson, Elly-Ann, 2010. "The Effect of Own and Spousal Parental Leave on Earnings". **Working Paper** No. 2010:4, IFAU - Institute for Labour Market Policy Evaluation.
- Miranda, Veerle. (2011). "Cooking, Caring and Volunteering: Unpaid Work around the World". **OECD Social, Employment and Migration Working Papers**, No. 116, OECD Publishing.
- Muir, T. 2017. "Measuring social protection for long-term care", **OECD Health Working Papers**, No. 93, OECD Publishing, Paris.
- OECD. 2017a. *The Pursuit of Gender Equality: An Uphill Battle*. OECD Publishing, Paris.
- OECD. 2017b. **Starting Strong 2017: Key OECD Indicators on Early Childhood Education and Care**. OECD Publishing, Paris.
- OECD. 2018a. **Education at a Glance**.
- OECD. 2018b. **Health statistics**.
- Saraceno, Chiara and Wolfgang Keck. 2011. "Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities". **Demographic Research**, 25: 371-406.
- Shamir, Hila. 2013. "Migrant Care Workers in Israel - Between Family, Market and State". **Israel Studies Review**, 28 (2): 192-209.
- Tronto, Joan C. 2013. **Caring Democracy: Market, Equality and Justice**. New York University Press.
- United Nation Economic and Social Council. 2016. **Women economic empowerment in the changing world of work**. Report of the Secretary General.
- Vara, María-Jesús. 2014. "Long-Term Care for Elder Women in Spain: Advances and Limitations". *Journal of Aging & Social Policy*, 26(4):347-369.
- Waring, Marilyn. 1988. **If Women Counted: A New Feminist Economics**. Harper & Row.
- Weinkopf, Claudia. 2009. "Precarious employment and the rise of mini-jobs". In L. Vosko, M. Macdonald, & I. Campbell (Eds.), **Gender and the contours of precarious employment** New York: Routledge. pp. 177-193.

