10 כשלים בטיפול ובאשפוז הסיעודי וקווי יסוד לפתרונם

נייר עמדה – יולי 2011

כתיבה: עו"ד יפעת סולל, כן לזקן, בשיתוף פעילי הקואליציה לאשפוז וטיפול סיעודי

מי אנו

הקואליציה להכנסת האשפוז והטיפול הסיעודי לסל הבריאות פועלת מזה כשנתיים, וממשיכה עבודה רבת שנים של ארגונים חברתיים למען הבטחת הזכות לטיפול ואשפוז סיעודי.

הצעת החוק להכנסת האשפוז הסיעודי לסל השירותים שקידמה הקואליציה באמצעות ח"כ לשעבר חיים אורון עברה בקריאה טרומית. בכנס ציבורי בכנסת בחודש ינואר 2011, הודיע סגן שר הבריאות הרב ליצמן כי הוא תומך בהצעה, ויותר מכך, משרד הבריאות לוקח על עצמו לנסח רפורמה כוללת בתחום זה, הן בתחום האשפוז המוסדי והן בתחום הטיפול הסיעודי. נייר עמדה זה נכתב בשם הקואליציה כדי להביא בפני סגן השר, משרד הבריאות ובפני הציבור את המצוקות העיקריות, הצרכים החיוניים ואת קווי היסוד לפתרונות כפי שאנו רואים אותם.

תמצית

אין כיום זכות בחוק לטיפול סיעודי בישראל. למרות שמדובר בצורך בריאותי חיוני, נושא הסיעוד לא הוסדר מעולם כחלק מן השירותים הניתנים חינם בסל הבריאות, והנזקקים לו נאלצים להתנהל בין מערכות שונות לפחות – משרד הבריאות, קופות חולים, המוסד לביטוח לאומי- כל אחת מהן נותנת כיסוי חלקי בלבד לטיפולים ולאשפוזים.

המסמך להלן סוקר את עיקרי הכשלים במתן הטיפול והאשפוז הסיעודי בישראל ומציע קווי יסוד לפתרונם, כאשר הקו המנחה הוא הבטחת הזכות השווה לסיעוד לכל אדם לפי צרכיו באמצעות מערכת ציבורית שתשים את החולה וכבודו במרכז. הנייר הוכן לאחר סדרה ארוכה של מפגשים בין נציגי הקואליציה ובהם ארגונים העוסקים בטיפול בזקנים ובמיצוי זכויותיהם.

מדובר בבעיות מורכבות, אולם אין ספק בעינינו כי הדרך היחידה להתגבר עליהן היא בהכרה בזכות לקבל טיפול ואשפוז סיעודי הולם ובהכרה בזכות לחיים בקהילה – משם נובעים הסדרים משפטיים ומינהליים חדשים שחייבים להתקבל על מנת שמדינת ישראל תפסיק להפקיר את זקניה בעת מצוקה.

רקע

על פי נתוני שנת 2009, אוכלוסיית בני ה-65+ בארץ מהווה כ-10% מכלל האוכלוסייה, ומונה כ-740,000 נפש. עד 2020 צפוי שיעור זה לעלות לכ-12% ולהגיע למעל מיליון איש. מתוך אוכלוסייה זו מאושפזים באשפוז סיעודי למעלה מ-20,000 חולים בלמעלה מ-300 מוסדות. על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי לשנת 2009, ישנם כ-140,000 מקבלי גמלת סיעוד.

כ-66% מן הציבור בישראל מבוטח בביטוח סיעודי פרטי או קבוצתי (דרך קופות החולים, ארגוני עובדים או ארגוני גמלאים) אולם הביטוחים, אשר ההוצאה הציבורית בגינם עולה על מיליארד ש"ח בשנה, ברוב המקרים נותנים מענה חלקי בלבד: רובם מוגבלים בפרק הזמן בו יממנו את הטיפול או האשפוז הסיעודי ומכסים חלק מן העלות ולא את כולה.

כיום טיפול ואשפוז סיעודי ניתן באמצעות שלוש מערכות נפרדות: משרד הבריאות, קופות החולים והמוסד לביטוח לאומי, כאשר ההסדרים הכלכליים שונים בין המערכות השונות.

כשלים וקווים לפתרונם

1. העדר רצף טיפולי

מערכות מינהליות שונות אחראיות היום על מרכיבים שונים של הטיפול באדם הסיעודי. משרד הבריאות מספק את שירותי האשפוז הסיעודי, המוסד לביטוח לאומי מספק את שירותי הטיפול בבית ועורך את בדיקות הזכאות לו, הזכאות להעסקת עובד זר נקבעת על ידי רשות האוכלוסין, לשכות פרטיות מקשרות בין העובדים הסיעודיים הזרים למטופלים, משרד הרווחה מפעיל מרכזי יום וקופות החולים אחראיות על הטיפול הרפואי השוטף ואת הטיפול הסיעודי המורכב.

אין גורם אחד, שבוחן את המטופל הסיעודי ויכול לתת למטופל את מלוא הטיפול לו הוא נדרש. העדר קשר בין הגופים השונים, יוצר מצב בו המטופל הסיעודי נדרש להחליט בעצמו, בהתאם למידע שהצליח להשיג, מהם הטיפולים המתאימים לו ובהתאם לכך לפעול בירוקרטית כדי לקבלם.

חייב להיות גוף אחד, שידע מהם מכלול הצרכים של המטופל הסיעודי וידע להתאים אותם למטופל.

2. כשל כלכלי

אם אדם הזקוק לטיפול סיעודי מקיף מקבל הכנסה הנמוכה מהשכר הממוצע במשק, אך יש לילדיו הכנסות גבוהות – יהיה עדיף כלכלית להשאירו בבית עם מטפל זר ולא לאשפזו; לעומת זאת, אם הן הזקן והן ילדיו הם משכבות מוחלשות – האשפוז הסיעודי הוא האפשרות היחידה הפתוחה בפניהם.

יש לכונן מערכת ציבורית אשר תאפשר לכל חולה לקבל את הטיפול המתאים לצרכיו ללא קשר למצבו הכלכלי.

נ' אלמנה, בת 58 נשארה ללא חסכונות אחרי הטיפול בבעלה הסיעודי:
בעלי חלה במחלה נדירה קשה בגיל צעיר יחסית. כאשר הפך להיות סיעודי, מהר מאוד הבנתי שהשתתפות עצמית שלנו בקוד תהיה כה גבוהה שכבר עדיף לי להחזיק באותו כסף ואף פחות שתי פיליפיניות בבית. וכך עשיתי. הטיפול בבעלי רוקן אותי מכל החסכונות. כאשר נשארתי ללא כל, גם מצבו של בעלי התדרדר עוד יותר, ונאלצתי להעבירו למוסד ...כיום אני בת 58, נשארתי ללא חסכונות לעת זקנתי.

3. השתתפות עצמית ומבחן הכנסות משפחתי

העובדה, שאדם סיעודי, או משפחתו, נאלצים לשלם סכומים גדולים עבור הטיפול הסיעודי, בין אם בבית המטופל ובין בדרך של אשפוז, אינה עולה בקנה אחד עם העובדה, שמדובר בצורך בסיסי, בטיפול שאין אפשרות בלעדיו. זהו טיפול אשר חייב להינתן על ידי המדינה ככל טיפול רפואי או תפקודי אחר – בלא השתתפות עצמית, או לכל היותר, עם השתתפות עצמית מינימלית.

דרישת גילוי הכנסות ונכסים גם מילדי החולה היא דרישה פולשנית הפוגעת קשות בפרטיות ולעיתים יוצרת סכסוכים משפחתיים קשים.

מ. ד. – קשישה החיה בשכונת עוני תשלם 1,200 לאשפוז סיעודי של בעלה:
מ.ד. היא אישה קשישה, ירושלמית, המתגוררת בדירה בשכונת עוני קרוב לשוק מחנה יהודה בירושלים ומתפרנסת מפנסיה קטנה וקצבת זקנה. מ. נאלצה לאשפז את בעלה באשפוז סיעודי לפני כ-8 שנים, לאחר שלא יכלה לטפל בו בבית. בבדיקת היכולת הכלכלית שלה ושל ילדיה, נמצא כי מ.ד. צריכה לשלם מדי חודש 1,200 ₪ לצורך אשפוז סיעודי של בעלה. "הילדים צריכים להתפרנס בעצמם", אומרת מ. והרי אנחנו "כל חיינו שילמנו מיסים למדינה".

יש לבטל לאלתר את דרישת ההשתתפות של ילדי המטופל במימון הטיפול הנדרש לו. כפי שאין דורשים ממשפחתו של חולה לממן את האשפוז בבתי החולים, אין מקום לדרוש השתתפות במימון האשפוז הסיעודי. השתתפות עצמית של החולה המאושפז במוסד צריכה להיות סמלית.

4. מניעת הזכות לחיים בקהילה

הזכות לחיים בקהילה קבועה באמנה הבינלאומית בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות (2006) וכן במסמך העקרונות של האו"ם לעניין קשישים (1991) – אולם מעולם לא עוגנה בחוק הישראלי.[1]

המדיניות הנוכחית יוצרת מצב לפיו אדם שהכנסותיו מעטות ואינו יכול לעמוד בתוספת התשלום עבור עובד סיעודי בביתו – תוספת של בין 1,500 ל-4,000 ש"ח, אינו יכול לקבל כל מימון נוסף מהמדינה והוא יאלץ למצוא את מקומו באשפוז סיעודי, כאשר המדינה תממן אותו בשיעור של כ- 8,000 ₪.[2]

---

[1] הטענה כי קיימת זכות לחיים בקהילה נטענה בבג"צ 2204/07, אולם שינוי הנסיבות לא חייב מתן פסק-דין עקרוני, כך שהסוגיה העקרונית לא קיבלה מענה.
[2] אדם שכל הכנסתו מקצבת זקנה והשלמת הכנסה, יעביר למוסד 80% מקצבת היחיד, העומדת, נכון ליום 1 בינואר 2010 על 1,384 ש"ח, כלומר האדם נדרש להעביר 1,107 ש"ח. המדינה מכירה בהוצאות המוסד בשיעור של בין 9,030 ש"ח לבין 9,300 ש"ח.

מדובר במצב שפוגע בזכותו של המטופל לחיים בקהילה, אשר עלותו למדינה גבוהה יותר מעלות המאפשרת חיים בקהילה.

יש לעודד ככל האפשר את הטיפול בקהילה, כולל פיתוח מרכזי היום הקהילתיים. מרכזי יום הם מסגרת טיפול מצוינת למצבים סיעודיים מסוימים ובנוסף לכך הם מחזקים את הקהילה. יש להגדיר מערכת המשלבת את מרכזי היום עם הטיפול הסיעודי בבית.

5. פגיעה במערך האשפוז הסיעודי

מערך האשפוז הסיעודי הופרט כמעט לחלוטין. כיום נותרו מוסדות ממשלתיים בודדים, אשר אינם מורשים לקלוט מטופלים חדשים. בשנים האחרונות הוחלט על עריכת "מכרז" בין המוסדות הפרטיים המספקים שירותי אשפוז סיעודי, אשר משמעותו קביעת מחירי מקסימום של המדינה ליום אשפוז. מחירים אלה נמוכים בחמישים אחוז ויותר מן המחיר שמשלמת המדינה עבור יום אשפוז במוסדות הממשלתיים. לאחרונה קבע בית המשפט המינהלי, כי הסכומים שהמדינה משלמת עבור יום אשפוז סיעודי גורמים לכך שהטיפול הניתן פוגע בכבוד האדם.

יש להעביר את האשפוז הסיעודי למערך הציבורי ולהכניס את השירות לתוספת השנייה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, באופן שהשירות יתוקצב על פי צרכיו. יש להקים ועדה ציבורית מתמדת, אשר תבחן מהם מרכיבי העלויות של האשפוז ותתכנס מעת לעת לקבוע את התעריפים הראויים.

6. טרטור החולה ומשפחתו בין מערכות בירוקרטיות שונות

החולה הסיעודי ומשפחתו נאלצים לנדוד בין מספר מערכות שונות, כל אחת ומבחני ההתאמה והזכאות השונים שלה, הטפסים שלה והשירותים השונים שהיא מעניקה. ריבוי המבחנים והעול הביורוקרטי פוגע קשות בחולים.

חנה מור כהן מעידה:

אחי בן ה-67 חלה באי-ספיקת כליות מזה כ-10 שנים. מחלתו זו התפתחה עקב שימוש ממושך בליתיום והדבר גרם גם לעליה קיצונית במשקל עד מעל 150 ק"ג. הניידות שלו מאד ירדה והוא הפסיק לתפקד. בתחילה, טיפל בו העובד הסיעודי של אבי ז"ל אבל אח"כ נאלצנו לקחת עובד סיעודי. הוא עבר מהליכה עם הליכון לכיסא גלגלים ומשם לאמבולנסים פרטיים. מצבו התדרדר אבל אף אחד, במשך כל הזמן הזה, לא הגיע כדי לבדוק ולשאול. לא מצוות קופת חולים ולא מחברת הסיעוד – אף אחד לא בא לבקר בבית ולבדוק מה שלומו. אולי זה בגלל הקצר בין הגורמים. אולי הם חשבו שהוא בבית. מצבו בבית התדרדר עוד ועוד והוא הפך לסיעודי לגמרי בלי יכולת שליטה על סוגרים או ללכת לשירותים. מרוב בלבול בין הגורמים אשפזו אותו באשפוז דחוף והוא הועבר לפנימית. רק בסוף, אחרי כל התלאות, הבינו שהוא צריך אשפוז סיעודי. לדעתי, אנשי מקצוע טובים ואדם אחד שהיה מרכז את הטיפול היה חוסך מאחי התדרדרות קשה וייסורים רבים מכולנו.

גולשטיין אירנה, בת 61 - גם אלה שאין להם מתקשים לקבל את הקוד ללא סרבול ביורוקרטי:
אני בת יחידה. כאשר אבא שלי הפך להיות סיעודי באופן פתאומי בעקבות אירוע מוחי כתוצאה ממחלת דם נדירה, נשארתי חסרת אונים לחלוטין. להביא אותו אלי הביתה לקומה רביעית בבית ללא מעלית לא יכולתי. בית חולים דחף לכך שצריך להוציא אותו מהאשפוז הרגיל לבית חולים סיעודי. המסע אל "הקוד" נמשך כשלושה חודשים, כאשר במהלכם התרוצצתי בין משרד הבריאות לעובדת סוציאלית וחזור. כל זה במקום לרכז מאמצים בטיפול באבא שלי (ז"ל). ולהיות איתו כמה שיותר.
כעבור שבועיים, אבי נפטר. עד עצם יום הזה אני שואלת את עצמי, למה היה צריך להוסיף עוד סבל של כל הביורוקרטיות והעלויות על הסבל הרב של מחלת אדם קרוב.

ירדנה (שם בדוי. מעוניינת להישאר בעילום שם):
סבתי פנתה לביטוח לאומי אחרי ניתוח שעברה ומצבה התדרדר. ביטוח לאומי שלח אלינו אחות כדי שתבדוק את מידת עצמאותה. אני נכחתי בפגישה זו. כל הסיטואציה הייתה מבזה בהחלט, לא ייתכן שמבקשים מבן אדם להראות כיצד הוא מתרחץ, אוכל ואף מתפשט או מתלבש! היה צריך לראות את הדמעות בעיני סבתי כאשר ביקשו ממנה להוריד את הגרביונים. סבתה שלי ניצולת שואה, כל חייה הייתה מורה, אישה מכובדת ופתאום היא הגיעה למצב בו היא צריכה להתפשט בפני אדם זר לחלוטין, בדיוק בזמן שהפעולה הזו כבר איננה בשליטתה. אני לא יכולתי לסבול את הביזיון של סבתי וביקשתי להפסיק את המבחן ההזוי הזה. התארגנו אני, אמא שלי ואחותי ושילמנו למטפלת בצורה פרטית.
לא ייתכן שבן אדם משלם מיסים כל חייו וברגע שמגיע לו לקבל שירות מהמדינה, כך המדינה מתנהגת כלפיו.

יש ליצור כתובת אחת, מקצועית טיפולית, פונקציה אחת שתנהל את הטיפול בחולים הסיעודיים מתוך היכרות אישית ותתאים את הזכאויות למצבם הרפואי. יש ליצור מבחני התאמה טובים שמכבדים את פרטיות וכבוד החולה.

7. שעות בלתי מספיקות לטיפול בבית

22 שעות אינן מספיקות לרבים מן המטופלים הסיעודיים והיא דוחפת שכבות ביניים להוציא הוצאות כבדות על מטפלים זרים שמכסים את השעות שהמדינה איננה מספקת וחיים בבית המטופל.

צמצום של מספר העובדים הזרים יכול להתרחש כפועל יוצא עקיף מהכנסת סקטור תעסוקתי זה לתוך הארכת הזכאות לשעות טיפול תאפשר צמצום במספר המאושפזים במוסדות סיעודיים, אך בעיקר תצמצם את מספר העובדים הזרים המועסקים בסיעוד, אותם נאלצים מטופלים להעסיק, בשל הפער בין שעות הטיפול הניתנות לבין צרכי המטופלים.

יש לאפשר הרחבה משמעותית של שעות הטיפול בבית ולהעמידן על לפחות 43 שעות שבועיות (שבוע עבודה).

8. חוסר במרכזי יום בקהילה

מרכזי היום בקהילה הם שירות חשוב שמאפשר לחולים הסיעודיים המשך חיים פעילים ושמירה על כבוד האדם. זהו שירות שקיים במתכונת מוגבלת כיום.

כיום, אדם שזכאי לשעות סיעוד, נאלץ לבחור בין שעות טיפול בבית לבין שהייה במרכזי יום. ניתן לחלק את שעות הזכאות, אולם הן באות האחת על חשבון השנייה.

חוסר זה מצטרף ללחצים הקיימים הדוחפים את השכבות הנמוכות לאשפוז מוסדי ואת שכבות הביניים לחפש פתרונות בשוק פרטי של עובדים זרים במחיר כלכלי ומשפחתי כבד.

הרחבת השירותים חייבת לכלול אפשרות של מטפל שיגיע אל המטופל על מנת להכינו למרכז היום, הסעות למרכז היום וסיוע עם החזרה לבית. מרכזי יום יעילים יאפשרו צמצום שעות הטיפול בבית כמו גם טיפול משמעותי יותר לזקנים הסיעודיים, אשר יוכלו לצאת מביתם, לפגוש חברים ולהשתתף בפעילויות המותאמות למצבם.

מספר רני ליבוביץ':

הוריי שניהם חולים סיעודיים המטופלים ע"י עובד זר. אחרי מות אבי, חיפשנו עבור אמי מרכזים לקשישים סיעודיים אך לא הצלחנו למצוא. בינתיים אמא בבית הולכת ודועכת. אנו הילדים לוקחים אותה לבריכה פעמיים בשבוע. אילו הטיפול בקשיש היה מרוכז בגוף מרכזי אחד שהיה דואג לרווחת הקשיש ולא רק לאשר לו שעות, הקשישים היו מרגישים יותר טוב נפגשים עם קשישים אחרים ומעבירים חלק של היום ביחד במרכזים לקשישים ולא כל היום חושבים רק על הצרות והבעיות שלהם.

יש לחזק את מסגרות מרכזי יום, שיאפשרו צמצום שעות הטיפול בבית, כמו גם יצירת תעסוקה למטופלים הסיעודיים.

9. העדר אפשרות של טיפול בקרוב משפחה

שעות הסיעוד ניתנות בעין. לא ניתן כיום להעסיק קרוב משפחה כמטפל סיעודי. הרציונל להחלטה זו הוא מאד ברור: המדינה רוצה שהטיפול אכן יתבצע ולא שיופנה כהכנסה נוספת למשפחה. יחד יש מקום לאפשר, במקרים מיוחדים ותוך פיקוח, מימון מטפל סיעודי מתוך המשפחה. הדברים חשובים בעיקר באוכלוסיות מסורתיות, כגון אוכלוסיה ערבית ואוכלוסיה אתיופית, אשר אינן מקבלות בברכה מטפלים שיכנסו אל תוך ביתם במסגרת משפחתית מורחבת.

יש לעודד מטפל בן משפחה אך להפעיל פיקוח רפואי ומדינתי הדוק על מטפלים אלה כדי למנוע מצבים של ניצול מצוקת החולה על ידי קרובי משפחה.

10. הפיכת הקשיש למעסיק – מכלול בעיות הפוגעות בקשיש ובעובדים

תשלום בגין שעות נוספות: כיום, לא משלמים לעובדים הזרים המועסקים בסיעוד בגין שעות נוספות, דבר שאינו עולה בקנה אחד עם זכויות אדם אלמנטריות ופוגע בזכויות העובדים הישראלים לשכר הוגן. בית משפט העליון גלגל את הסדרת הסוגיה אל הכנסת אשר בינתיים לא פועלת בנדון – עובדה זו יוצרת חוסר וודאות ומצוקה אצל הקשישים המעסיקים שלא יודעים מה יידרשו לשלם בסופו של תהליך.

הלנת עובד: ברפורמה בהעסקת עובדים זרים בסיעוד, נקבע, כי אסור להעסיק עובד זר, באם אין למטופל מקום להלינו. צורת ההעסקה שכוללת חיים בבית המטופל היא בעייתית במהותה ואין לעודדה. ביטול האפשרות להלנה מחוץ לבית הביאה לכך, שזקנים רבים, אשר נזקקים לסיוע עובד סיעודי שעות רבות ביום – הרבה מעבר ל- 22 השעות שממן המוסד לביטוח לאומי – ואין בדירתם חדר נוסף, למגורי העובד הסיעודי, אינם יכולים להסתייע בשירותיו של עובד כזה.

הלשכות הפרטיות אינן מתפקדות: כל המטפלים הסיעודיים הזרים וכל המטופלים, אמורים להירשם בלשכות הפרטיות ואולם אלה אינן מבצעות ולו חלקיק מן החובות שהוטלו עליהן בהחלטת הרפורמה. אין הן מבצעות ביקורי בית כמעט כלל. המדינה אף הורידה לאחרונה את הדרישה לביקור בית מארבע פעמים בשנה לפעמיים בלבד. אין הלשכות יודעות לייעץ לעובדים בגין תנאיהם ובעיקר אין הן עוסקות במציאת פתרונות, כאשר המטופל הסיעודי מצוי במצבי משבר, כאשר העובד אינו מתאים לעבודתו, או עוזב את המטופל – מבחירה או מאילוץ.

חייבים לבטל את יחסי העובד-מעביד בין המטופל לבין המטפל הסיעודי הזר. המטופל הוא חולה שצריך לקבל שירות כמו כל שירות רפואי אחר מהמדינה.

העסקת מטפלים סיעודיים זרים חייבת להיעשות על ידי גורם ציבורי שייקח אחריות על השמת העובדים, ייתן פתרונות של החלפה או שינוי עובד בעת הצורך ויפקח על פעילותם מבחינה רפואית.

לא עוד סרח עודף

מדינת ישראל חייבת לקחת אחריות מלאה על הטיפול הסיעודי