

ביטוח סיעוד ציבורי: הצורך ברפורמה חקיקתית

כתיבה:

פרופ' ישראל (איסי) דורון וליטל בר –

אוניברסיטת חיפה, החוג לגרונטולוגיה – מדעי הזקנה

רמי אדוט ועו"ד גיל גן-מור – האגודה לזכויות האזרח

עוזרת מחקר: ג'סיקה פיירסטון, האגודה לזכויות האזרח

עריכה: טל דהן, האגודה לזכויות האזרח

Public Long-Term Care Insurance: The Need for Legislative Reform

"הרוח בעץ גדול שונה מהרוח בעצים צעירים" (מאיר שלו, "יונה ונער")

תודות

תודה לכל הארגונים החברים **בקואליציה להכנסת האשפוז והטיפול הסיעודי לסל הבריאות: בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות • ארגון גמלאי עיריית ירושלים • ארגון הפעולה של הנכים • ברית התארגנויות לעזרה עצמית • האגודה לזכויות האזרח • האגודה לזכויות החולה • המשפט בשירות הזקנה • הסתדרות הגמלאים בישראל • כן לזקן • עמותת נאמן • עמותת פרקינסון • קואליציית ארגוני הבריאות • רופאים לזכויות אדם.**

תודה מיוחדת ל: ד"ר אופירה גמליאל; סבינה שוסטרמן ורני לייבוביץ', ברית ההתארגנויות לעזרה עצמית, עיריית ירושלים; אברהם טובול ונעמה בראלי, ארגון גמלאי עיריית ירושלים; נתן לבון ועו"ד יפעת סולל, מארגון "כן לזקן"; עמוס שבואלי, שדולת הגמלאים חיפה; דני אבגר ז"ל ושמוליק בן יעקב יבדל"א, האגודה לזכויות החולה; גדעון בן ישראל ז"ל ומאיר אלבז יבדל"א, הסתדרות הגמלאים.

יוני 2016

4	.....	מבוא
5	.....	סקירת המצב הקיים: דמוגרפיה, מדיניות וכשלים
5	.....	הזדקנותה של החברה הישראלית והשלכותיה
6	.....	המדיניות הקיימת בתחום הסיעוד בזקנה
10	.....	הכשלים בתחום הסיעוד הציבורי – בבית, בקהילה ובמוסד
11	.....	הפגיעה בזכויות האדם של הזקנים ושל משפחותיהם
14	.....	חלופות אפשריות – מסקנות מהניסיון הלאומי והבינלאומי
14	.....	רפורמות שהוצעו בישראל
15	.....	מערכת סיעוד מוצלחת – מה אפשר ללמוד ממדינות אחרות?
17	.....	עקרונות לביטוח סיעודי ציבורי חדש בישראל
17	.....	תקציב הרפורמה המוצעת ומקורות המימון
19	.....	תגובות
19	.....	תגובת המוסד לביטוח לאומי
19	.....	תגובת קופת חולים כללית

מבוא

הזכות לטיפול ולאשפוז סיעודי היא זכות אדם יסודית, המהווה חלק מהזכות לבריאות ומהזכות לקיום בכבוד. על אף מרכזיותה וחשיבותה של זכות זו, במדינת ישראל היא אינה מובטחת לזקן ולזקנה הסיעודיים בשעותיהם הקשות ביותר, כשהם זקוקים לעזרה בתפקוד היומיומי או לאשפוז ארוך טווח. בעיה זו אינה נוגעת לזקנים בלבד אלא לחברה הישראלית כולה, הנמדדת ביכולתה להעניק לחברים בה את הזכות להזדקן בכבוד.

מערכת האשפוז והטיפול הסיעודי הקיימת כיום בישראל מרובת כשלים ובעיות. **שעות הסיעוד**, הניתנות לזקנים הסיעודיים בבתייהם במסגרת גמלת הסיעוד מכוח חוק הביטוח הלאומי, אינן מספיקות, ואינן יכולות לתת מענה לזקנות ולזקנים רבים הרתוקים לבתייהם. כתוצאה מכך הזקנים ובני משפחותיהם נאלצים לשאת בהוצאות רבות מכיסם, לעתים על חשבון צרכים אחרים, כדי לרכוש ביטוחים פרטיים יקרים או לממן עובדים סיעודיים באופן פרטי. **מרכזי היום**, שאמורים היו לתת מענה טיפולי וחברתי לזקנים בקהילה, מעטים מדי ולא תמיד נגישים לזקנים סיעודיים רבים. **האשפוז הסיעודי** המוסדי ניתן רק לזקנים העניים ביותר; מי שמצבם הכלכלי מעט טוב יותר נדרשים – הם וילדיהם הבוגרים – לשלם **השתתפות עצמית** של מאות ואלפי שקלים בחודש, תוך שהרשויות חוזרות לפרטיותם. לחלופין הם נדחפים החוצה למוסדות גריאטריים בשוק הפרטי ונדרשים לממן את מלוא עלות האשפוז, שעלותו עשויה להגיע לפי שניים מהשכר הממוצע במשק. ואם בכל אלה לא די, הרי **השירותים הסיעודיים מפוצלים לארבע רשויות לפחות**, באופן המגביר את הביורוקרטיה שעמה נאלצים הזקנים ובני משפחותיהם להתמודד. ניתן לסכם ולומר כי זקנות וזקנים סיעודיים רבים בישראל אינם יכולים לצפות לטיפול שישמור על כבודם ועל בריאותם בשנותיהם האחרונות.

מצב דברים זה אינו חדש. בעשור האחרון הונחו בפני מעצבי המדיניות החברתית והמחוקקים בישראל מספר רב של דוחות ושל יוזמות חקיקה (לרבות יוזמות ממשלתיות), אשר הצביעו כולם כאחד על הצורך הדחוף לבצע רפורמה מקיפה בתחום הטיפול והאשפוז הסיעודי, ולפרוש רשת ביטחון שתבטיח את הטיפול הראוי בזקנים הסיעודיים. למרבה הצער, על אף ההמלצות והיוזמות הרבות, במשך שנים ארוכות נמנעת מדינת ישראל מביצוע הרפורמה הנדרשת בתחום.

הבעיה התגלתה במלוא חריפותה בשנת 2011, כאשר משרד הבריאות בהובלתו של סגן השר יעקב ליצמן (כתוארו אז) נכשל בניסיון להעביר רפורמה מקיפה, שהכין הצוות המקצועי שלו. הכישלון לא נבע מחוסר ההסכמה ביחס לצורך לשנות את המצב הקיים או ביחס לכשלים השוררים במערכת, אלא ממחלוקות ומבלבול באשר ליישומה של הרפורמה: מי אמור לספק את השירותים לזקנים הסיעודיים, כיצד יתאמו הרשויות השונות את פעילותן, כיצד יאוחדו התקציבים, ובעיקר, מהיכן יבוא המימון הדרוש להשלמת רשת הביטחון.

נייר עמדה זה מבקש להציג את עקרונות היסוד הנדרשים ליישום רפורמה מקיפה בתחום הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל, וזאת לאור ההסכמה העקרונית הרחבה כי רפורמה כזו נדרשת בדחיפות. לנוכח העלייה המתמדת במספר הזקנים הסיעודיים באוכלוסייה, ההסדרים הישנים כבר אינם מספקים, וללא רפורמה משמעותית ומקיפה הבעיה רק תלך ותחריף. השאלה המרכזית הייתה ונתרה: כיצד אפשר להבטיח את בריאותם ואת כבודם של זקנות וזקנים בישראל, ובמיוחד זקנים חולים כרוניים וסיעודיים? כיצד נוכל להבטיח לכל איש ואישה בחברה הישראלית כי בבוא יומם יוכלו להזדקן בכבוד ולקבל עזרה וטיפול סיעודי, בלי שהם ובני משפחותיהם יאלצו להתמודד עם מצוקה כלכלית, עם חברות ביטוח פרטיות או עם טרטור ביורוקרטי?

הרפורמה המוצעת במסמך זה, המתבססת גם על הניסיון המצטבר במדינות אחרות, מעוגנת בעקרונות המרכזיים הבאים:

- מתן חופש בחירה אמיתי לזקנות ולזקנים להישאר בביתם ובקהילתם ככל שמתירה להם בריאותם, ועד כמה שהם חפצים בכך, באמצעות מתן סל שירותים מגוון ומספק לכל זקן סיעודי בקהילה. הסל יינתן במימון הביטוח הלאומי, על בסיס אוניברסלי, באופן שימנע את הצורך של הזקן ושל בני משפחתו לעמוד במבחן הכנסות ולממן את השירותים מכיסם הפרטי.
- עיגון **זכות אוניברסלית לאשפוז גריאטרי** ממושך לכל זקן וזקנה סיעודיים שאינם מסוגלים עוד להישאר בביתם, כאשר הביטוח החוקי לכך הוא **הכנסת האשפוז הגריאטרי לסל שירותי הבריאות הבסיסי** שבאחריות קופות החולים.

- כינון **מסגרת-על מאחדת של כלל שירותי הסיעוד** – בקהילה ובמסגרות המוסדיות, בין אם על ידי איחוד כלל הסמכויות בידי גוף אחד ובין אם על ידי הקמת גוף שיתכלל את עבודת הגופים השונים.
- הגברת היכולת של הזקן למצות את זכויותיו באמצעות מינוי "מנהל/ת מקרה" (case manager), שתפקידה לפשט ככל האפשר את הסבך הבריורקטי שעמו מתמודדים הזקן ובני משפחתו, וכן לתאם בין הגורמים והגופים השונים ולתכנן באופן יעיל את פעולתם (הן ברמת הקואורדינציה והן ברמת האינטגרציה).

אין חולק על כך שהוצאה לפועל של רפורמה כזו תביא ליעול ולניצול נכון יותר של המשאבים, אך גם ברור שהיא תדרוש תוספת משאבים. לפיכך יש צורך להתייחס גם לעלויות ולמקורות המימון הנדרשים. הגם שאין בידינו אפשרות להקיף את מלוא המשתנים הנדרשים להערכת העלות של רפורמה כזו, הרי שעדיין אפשר להצביע על הפתרון הכלכלי הראוי למימושה. בהתבסס על הנתונים הממשלתיים שהתפרסמו ועל הערכותיו של משרד הבריאות ביחס לרפורמה שהציע, אפשר להעריך את עלות התוכנית המוצעת במסמך זה בכ-1.8 מיליארד ש"ח. תוספת זו יכולה להגיע מהגדלת התקציב, משינוי סדרי העדיפויות או ממימון ייעודי באמצעות העלאה של עד חצי אחוז במס הבריאות.

חשוב להדגיש כי על אף עלותה, הרפורמה המוצעת במסמך זה יעילה כלכלית; תשמר את אמון הציבור במערכת הביטחון הסוציאלי, אמון ההולך ומתדרדר; תמנע מבני המשפחה הוצאות כבדות על הטיפול הסיעודי של הוריהם; תפחית את ההוצאה המשפחתית הנדרשת כיום למימון ביטוחים סיעודיים פרטיים; והחשוב מכל – תאפשר לשמור על כבודם ועל בריאותם של הזקנות והזקנים באופן המגשים את זכויותיהם החוקתיות.

הזדקנותה של החברה הישראלית והשלכותיה

החברה האנושית בארץ ובעולם הולכת ומזדקנת. זוהי מהפכה דמוגרפית של ממש. לגידול המהיר במספר הזקנים ולתוחלת החיים המתארכת יש השלכות על החברה, על הכלכלה ועל חיי היומיום, וההתמודדות איתן דורשת היערכות ומדיניות מתאימות.

אוכלוסיית הזקנות והזקנים היא האוכלוסייה בעלת קצב הגידול הגבוה והמהיר ביותר במדינת ישראל. מאז שנת 1955 ועד סוף 2011 גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4.4, ולעומתה אוכלוסיית הזקנים גדלה פי 9.4. כלומר, קצב הגידול של הזקנים הוא כפול **מזה של האוכלוסייה הכללית**,¹ ועל פי התחזיות מגמה זו תלך ותתעצם.² **שיעור**

הזקנים מתוך כלל האוכלוסייה גדל בתקופה זו פי יותר משניים: ב-1955 היה שיעור הזקנים 4.8% מכלל האוכלוסייה, לעומת 10.4% בסוף 2011.³

בסוף שנת 2013 מנתה אוכלוסיית הזקנות והזקנים בישראל (בני 65 ומעלה) כ-866 אלף נפש.⁴ לפי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עד סוף שנת 2030 צפוי מספרם להגיע ל-1,367,000 נפש, ושיעורם באוכלוסייה יעמוד על כ-13.7%.⁵ כלומר, **בשני העשורים הקרובים צפוי בישראל שינוי דמוגרפי משמעותי – גידול ניכר בשיעור הזקנות והזקנים.**

אחת ההשלכות של העלייה בתוחלת החיים היא שבהגיענו לגיל מבוגר אנו עשויים להיות חולים יותר ומוגבלים יותר. מחקרים ונתונים רבים מצביעים על הקשר בין עלייה בתוחלת החיים לעלייה בשיעורי מוגבלות בגיל המבוגר,

**סקירת
המצב הקיים:
דמוגרפיה,
מדיניות
וכשלים**

¹ ג'ני ברודסקי, יצחק שנור ושמואל באר (עורכים), **קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2012** (מספר 15), מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, אוגוסט 2013) להלן – "**שנתון סטטיסטי 2012**", בעמ' 4.

² אחוז הגידול השנתי של מספר הזקנים הולך ועולה. אחוז זה היה 2.3% בממוצע בין השנים 1990-2000, אך בתקופה שבין 2010 ל-2011 עמד הגידול במספר הזקנים על 2.4%. **שנתון סטטיסטי 2012**, ה"ש 1 לעיל, בעמ' 4.

³ **שנתון סטטיסטי 2012**, ה"ש 1 לעיל, בעמ' 5.

⁴ **לקט נתונים על בני 65 ומעלה**, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ספטמבר 2014.

⁵ **דוח הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030**, אוקטובר 2011 (להלן – "**דוח הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי**"), בעמ' 17.

ובעיקר בגילאי זקנה מתקדמים. כך למשל, אחוז הזכאים לגמלת סיעוד עולה עם הגיל, ומגיע ל-53% מהזקנות והזקנים בגילאי 85 ומעלה.⁶

בסוף שנת 2013 היו 156,600 זקנות וזקנים **זכאים לגמלת סיעוד** מטעם המוסד לביטוח לאומי, ושיעורם עמד על 17.7% מאוכלוסיית היעד של ביטוח סיעוד בחוק הביטוח הלאומי (גברים בני 67+ ונשים בנות 62+).⁷ בשנת 2014 כ-189 אלף נשים וגברים מעל גיל הפרישה קיבלו גמלת סיעוד לפחות חודש אחד⁸ שהם 19% מכלל הזקנים.⁹ כ-70% מהזכאים הן נשים, בשל תוחלת החיים הגבוהה שלהן.¹⁰

מספרם הכולל של **הזקנות והזקנים המוגבלים (בקהילה ובמוסדות)** בסוף שנת 2009 נאמד ב-176 אלף איש. מספר זה צפוי להגיע ל-233 אלף בשנת 2020 ול-342 אלף בשנת 2030. באותה שנה צפוי כי רבע מהזקנים יהיו מוגבלים.¹¹ הצפי לגידול משמעותי במספרם של הזקנות והזקנים בעלי המוגבלות בחברה הישראלית מגלם החרפה בהזדקקות לתמיכה מצד המשפחה ולשירותי סיעוד, הן בקהילה והן במסגרות מוסדיות.

לסיכום, להזדקנות האוכלוסייה יש השלכות על כל תחומי החיים – הן של הזקנים עצמם והן של כלל האוכלוסייה. כבר היום חווים זקנות וזקנים רבים, לרבות ממעמד הביניים, קשיים ומצוקות. כפי שיפורט להלן, מערכת השירותים הניתנים כיום אינה נותנת מענה מספק לצרכים הרבים של אוכלוסיית הזקנים, כמו גם למטפלים שלה – על פי רוב בני משפחה הכורעים תחת הנטל. לנוכח הנתונים על הזדקנות האוכלוסייה יש לצפות כי הפערים בין צורכי הזקנים לבין המענה שהמערכת מספקת להם ילכו ויגדלו, אלא אם תינקטנה הפעולות הנדרשות להתמודדות עם המצב.

המדיניות הקיימת בתחום הסיעוד בזקנה

סיעוד בקהילה (סיעוד ביתי)

רוב הזקנות והזקנים בישראל הנזקקים לסיוע בתפקוד יומיומי מתגוררים בקהילה, כלומר, בביתם או בבית קרובים. הסיוע לזקנים אלה מבוסס על מספר מערכי תמיכה, שאחד החשובים שבהם הוא מערך גמלאות הסיעוד, המעוגן בפרק י' לחוק הביטוח הלאומי ("ביטוח סיעוד").¹² כל זקן או זקנה מגיל פרישה זכאי/ת לגמלת סיעוד אם נמצא כי הוא מוגבל בתפקודו ותלוי תלות ניכרת בעזרת הזולת בפעולות היומיום (אכילה, רחצה, התלבשות, נידודת ושליטה על הפרשות – "מבחן תלות" / "זכאות תפקודית"), ובלבד שהכנסתו אינה עולה על הסף שנקבע ("מבחן הכנסות"). גמלת הסיעוד ניתנת לרוב בצורה של שירותים "בעין" ולא בכסף, אולם במקרים מסוימים אפשר לקבל אותה בכסף או להשתמש בה לצורך כיסוי חלק מעלות ההעסקה של מטפל זר.

שירותים

השירותים הניתנים לזכאים לגמלת סיעוד כוללים סיוע בפעולות היומיום ובניהול משק הבית (השגחה, משדרי מצוקה, שירותי מכבסה, הובלת ארוחות ומוצרי ספיגה). הם כוללים גם ביקור במרכזי יום, המרכזים תחת קורת גג אחת פעילויות חברתיות-תרבותיות, שירותים אישיים-טיפוליים, ארוחות ושירותים מקצועיים-טיפוליים. השירותים הסיעודיים בקהילה נחלקים בין מסגרות שונות, החל ממערך השירותים הציבוריים, עבור בעמותות שונות למען הזקן וכלה בחברות הסיעוד וההשמה הפרטיות.

⁶ **שנתון סטטיסטי 2012**, ה"ש 1 לעיל, בעמ' 251.

⁷ **דוח שנתי 2013 (סקירה שנתית)**, המוסד לביטוח לאומי, ספטמבר 2014, בעמ' 153.

⁸ שרון איסקוביץ "היבטים בביטוח סיעוד 2014" (המוסד לביטוח לאומי אוקטובר 2015), בעמ' 4 (להלן – היבטים בביטוח סיעוד 2014).

⁹ שם, בעמ' 11.

¹⁰ שם, בעמ' 12.

¹¹ **דוח הוועדה לתכנון המערכת הגריאטרי הלאומי**, ה"ש 5 לעיל, בעמ' 18. הסיבה העיקרית לגידול היא שיעור הגידול של בני 75 ומעלה – קבוצת גיל המאופיינת בשיעורי מוגבלות גבוהים יחסית, ששיעורה צפוי לגדול משמעותית לאחר שנת 2020. שם, בעמ' 19.

¹² חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

מטפלים זרים

משרד הפנים מעניק לזכאים העומדים בקריטריונים רישיון להעסקת מהגרת/ת עבודה ("עובד זר") כמטפל סיעודי בבית למשך 24 שעות ביממה. חלק מהמימון של שכרו יכול להינתן במסגרת גמלת הסיעוד.

קבלת היתר העסקה של עובד זר מותנית בעמידה בתנאי הסף של הזכאות לגמלת סיעוד בשיעור גבוה. אולם חשוב להבחין בין הזכאות וקבלת ההיתרים להעסקת עובד זר לבין מימון העסקתו, אשר נופל במידה רבה על משק הבית של הזקנים או של משפחתם. גמלת הסיעוד אינה מכסה את מלוא העלות של העסקת עובד סיעודי עבור זקן הרתוק לביתו וזקוק להשגחה מלאה, שכן יש פער גדול בין מספר שעות הסיעוד המובטחות על פי חוק הביטוח הלאומי (18 שעות שבועיות לכל היותר, או 22 שעות למי שמעסיק עובד ישראלי)¹³ לבין הצורך בהשגחה קבועה 24 שעות ביממה. מי שמממן את הפער הזה הוא הציבור, כלומר, הזקנים ומשפחותיהם. גם אם הטיפול הסיעודי הצמוד המבוסס על מהגרי עבודה זול יחסית להעסקה של עובדים ישראליים, הוא עדיין מגיע לאלפי שקלים בחדש – עלות שאינה נגישה בעבור שכבות רחבות באוכלוסייה.¹⁴

שיעור הגמלה והפער בין הרצוי למצוי

כאמור לעיל, שיעורה של גמלת הסיעוד שלה זכאי כל אדם נקבע גם על פי מבחן הכנסות, כפי שמפורט בטבלה שלהלן:

שיעור הגמלה	סכום ההכנסה של הזקן	
גמלה מלאה	עד 9,464 ש"ח	יחיד
גמלה מופחתת בשיעור של 50%	החל מ-9,464 ש"ח ועד ל-14,196 ש"ח	יחיד
אין זכאות לגמלה	מעל 14,196 ש"ח	יחיד
גמלה מלאה	עד 14,196 ש"ח	זוג
גמלה מופחתת בשיעור של 50%	החל מ-14,196 ש"ח ועד 21,294 ש"ח	זוג
אין זכאות לגמלה	מעל 21,294 ש"ח	זוג

מתוך אתר כל זכות, מעודכן ל-1.1.2016.

התוצאה היא שזקנים וזקנות שיש להם הכנסה נוספת מעבר לקצבאות הזקנה (למשל מפנסיה) המציבה אותם במעמד הבינוני-גבוה או במעמד הגבוה מוחרגים באופן חלקי או מלא ממעגל הזכאים. מדובר בכ-12%-17% מהזקנים המוגבלים, מהם 5%-10% אינם זכאים כלל לגמלה אף ששילמו דמי ביטוח לאומי כל חייהם.¹⁵ בשנת 2014 6.4% מכלל הזכאים לגמלת סיעוד קיבלו מחצית הגמלה בשל מבחן ההכנסה¹⁶. זקנים אלה פונים אל השוק הפרטי – שוק הביטוח הפרטי, שוק העסקת העובדות הסיעודיות ותאגידי הסיעוד – ובו הם נאלצים להוציא כספים ניכרים, הם וילדיהם, כדי לממש את הזכות הבסיסית לכבוד אנושי ולהישאר בביתם ובקהילה עם סיוע סיעודי הולם. זהו מצב בעייתי, כפי שמתואר למשל במסמך של משרד הבריאות מ-2011: "בביטוח סוציאלי יתכן אמנם מצב בו פרטים שונים יקבלו גמלה בגובה שונה בהתאם לקריטריונים מסוימים (דוגמת גובה הכנסת המבוטח במועד קרות מקרה הביטוח). אולם לא אמור להיות מצב בו על אף ההתמדה בתשלום דמי הביטוח ("הפרמיות") במשך שנים רבות, בהגיע המבוטח לגיל זקנה ובהתקיים בו מקרה הביטוח, לא יהיה הוא זכאי לגמלה כלשהי [...] יוצא אם כן, שכל שמבוטח שילם במהלך שנות עבודתו סכומים גבוהים יותר (עקב הכנסה גבוהה) עבור הביטוח הסוציאלי

¹³ ניצולי שואה זכאים לקבל תוספת של 9 שעות סיעוד שבועיות מהקרן לרווחה לניצולי השואה בישראל.

¹⁴ דוח הוועדה לתכנון המערכת הגריאטרית הלאומי, ה"ש 5 לעיל, בעמ' 13.

¹⁵ טוביה חורב, ניר קידר ועידן הרשקוביץ, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה, משרד הבריאות, יולי 2011, (להלן – "מתווה לרפורמה"), בעמ' 9.

¹⁶ היבטים בביטוח סיעוד 2014, ה"ש 8 לעיל בעמ' 16.

במסגרת המוסד לביטוח לאומי, ובתוך כך גם עבור הביטוח הסיעודי במסגרת חוק סיעוד, כך גדל הסיכוי שעם הפיכתו לנזקק סיעוד לא יקבל מאומה במסגרת אותו ביטוח סיעודי סוציאלי עבורו שילם במהלך חייו.¹⁷

מצבם של רוב הזקנים, שכן זכאים לגמלת סיעוד, בעייתית אף הוא, משום שהגמלה מספקת בין 9.75 ל-22 שעות סיעוד שבועיות לכל היותר – כמות שאינה מספיקה לתת מענה למלוא הצרכים. בשנת 2014 מחצית מהזכאים לגמלת סיעוד קיבלו את הגמלה הנמוכה ביותר, המעניקה רק 9.75 שעות סיעוד בשבוע. רבע מהזכאים קיבלו את הרמה הבינונית-16 שעות בשבוע, ורק רבע את הרמה הגבוהה – 18-22 שעות בשבוע.¹⁸ שעות אלו משמען שהמימון מכסה בין יום עבודה אחד לפחות מ-3 ימי עבודה, ולכן גם בהנחה שלאחר שעות העבודה קרוב משפחה יכול לשהות עם הזקן הסיעודי, הפתרון הוא חלקי מאוד ולרוב מחייב מימון של סיוע נוסף, בדרך כלל באמצעות עובדת סיעוד ישראלית או זרה. אם הזקן או הזקנה נעזרים בעובד/ת סיעוד, הם ובני משפחתם נאלצים לממן מכיסם את הפער בין סכום הגמלה לבין שכר העובד/ת. הנתונים לשנת 2014 מצביעים כי כרבע מהזכאים לגמלת סיעוד הם בעלי היתר להעסקת מטפלת/זר¹⁹. לרבים אין את המשאבים להעסיק מטפלת, ואם יש – הדבר מטיל עליהם מעמסה כלכלית משמעותית ומתמשכת. התוצאה היא שהזקנים נותרים בביתם בלי עזרה מספקת, או שאחד הילדים מפסיק לעבוד או מוריד מהיקף משרתו כדי לסעוד ההורה, או שההורה הסיעודי מגיע לאשפוז מוסדי בשלב מוקדם יחסית, למרות שביכולתו וברצונו להישאר בביתו עם סיוע סיעודי הולם.

אשפוז סיעודי מוסדי ממושך

באופן היסטורי, אשפוז במוסד סיעודי היה הפתרון החברתי להענקת שירותים לזקנים שנזקקו לשירותי סיעוד ברמה שאי אפשר היה למצוא לה מענה בקהילה – בין אם בשל היעדר תמיכה משפחתית, בין אם בשל היעדר יכולות כלכליות ובין אם בשל היעדר שירותי תמיכה וסיוע בקהילה עצמה. מדובר על מסגרות מוסדיות – בתי חולים סיעודיים, או "מעונות" לזקנים עצמאיים ו"תשושים" (זקנים שמסוגלים לתפקד עצמאית בעזרת סיוע ותמיכה). מוסדות אלה הוקמו בתחילה בעיקר על ידי גופים וולונטריים שלא למטרות רווח, ובהמשך גם על ידי גופים ממשלתיים ופרטיים. מאז שנות ה-70 של המאה הקודמת, בעיקר גופים פרטיים הם אלו המקימים ומפעילים מוסדות סיעוד למטרות רווח, וכך עיקר ההתרחבות של תחום הסיעוד המוסדי הוא במגזר העסקי הפרטי במרכז הארץ.

מבחינה חוקית-היסטורית, האשפוז הסיעודי המוסדי מעולם לא נכלל בסל שירותי הבריאות הבסיסיים שסיפקו קופות החולים. כאשר קופות החולים תמכו באשפוז סיעודי ממושך של חבריהן (ואף זאת רק במידה מסוימת), הן עשו זאת בהסדרים שמחוץ לסל הבסיסי. לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובניגוד להמלצות ועדת החקירה הממלכתית למערכת הבריאות בראשות השופטת נתניהו ("ועדת נתניהו"), נקבע ששירותי האשפוז הגריאטרי ניתנים באחריות המדינה ובכפוף לנוהלי משרד הבריאות,²⁰ ואינם נכללים בסל שירותי הבריאות הבסיסי שבאחריות קופות החולים. לפיכך המדינה אינה רואה באשפוז הסיעודי חלק מ"הזכות החיובית" לבריאות בישראל, אלא שירות הכפוף תמיד ליכולת התקציבית של משרד הבריאות.

תנאי הזכאות ורמת המימון לאשפוז הסיעודי נקבעים בחוזר פנימי של משרד הבריאות המכונה "הקוד הגריאטרי" (להלן – הקוד). כיום, **30% מהזקנים כלל אינם מקבלים השתתפות מהמדינה במימון האשפוז המוסדי באמצעות "קוד" (וכנראה גם אינם פונים בבקשה לקבלו), והם מממנים את האשפוז הסיעודי בכוחות עצמם, במימון ישיר של המשפחה או על ידי מימוש פוליסת ביטוח פרטית.**²¹

נתוני מפקד האוכלוסין שנערך בסוף 2008 מצביעים על כך ש-3.2% מבני 65 ומעלה שהו במסגרת מוסדית. הביקוש המרבי בתחום האשפוז הוא לאשפוז הסיעודי הממושך (לזקנים סיעודיים ותשושי נפש). נכון לסוף שנת 2011 היו בארץ כ-390 מוסדות לטיפול ממושך – כ-220 מהם בבעלות פרטית למטרות רווח, כ-150 בבעלות של גוף וולונטרי שלא למטרות רווח, ו-10 בבעלות ממשלתית.²² מספר המיטות במוסדות לטיפול ממושך בסוף 2011 היה כ-29,200, 30% מתוכן בפיקוח משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומיעדות לזקנים תשושים, ו-70%

¹⁷ [מתווה לרפורמה](#), ה"ש 15 לעיל, בעמ' 61.

¹⁸ היבטים בביטוח סיעוד 2014, ה"ש 8 לעיל, בעמ' 13.

¹⁹ שם, בעמ' 15.

²⁰ תוספת שלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

²¹ [מתווה לרפורמה](#), ה"ש 15 לעיל.

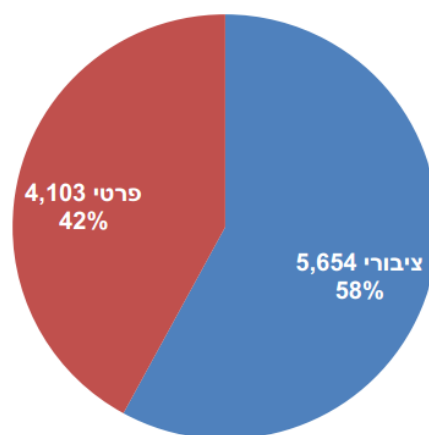
²² [שנתון סטטיסטי 2012](#), ה"ש 1 לעיל, בעמ' 255.

בפיקוח משרד הבריאות ומיועדות לזקנים סיעודיים ותשושי נפש. במהלך השנים 1990-2011 הוכפל מספר המוסדות לטיפול ממושך, ומספר המיטות גדל ב-53%. שיעור התפוסה, כלומר מספר הדיירים ביחס למספר המיטות, עמד בסוף 2011 על 89%.²³ בעוד שבאזור המרכז יש היצע נרחב לסייעוד מוסדי, באזורים אחרים כמות המוסדות והיקף המיטות מצומצמים בהרבה.

חלוקת נטל המימון של השירותים הסיעודיים

כתוצאה מכל האמור לעיל, חלק גדול (כ-42% נכון לשנת 2010) מעול המימון של השירותים הסיעודיים – אשפוז מוסדי או טיפול בבית – נופל על הציבור. זאת למרות העובדה שהציבור כולו, ובתוכו הזקנים בני המעמד הבינוני (המוחרגים מחלק מהזכאויות), שילם באמצעות מיסוי עבור ביטוח סיעודי וביטוח בריאות ממלכתי.

התפלגות ההוצאה הלאומית לסייעוד לפי מימון פרטי וציבורי במיליוני ש"ח (נתוני 2010)



מקור: [ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה](#), משרד הבריאות, יולי 2011, בעמ' 90. עיבוד על נתוני הלמ"ס, ביטוח לאומי ומשרד הבריאות.

חלוקת האחריות לגבי זקנים הזקוקים לאשפוז סיעודי

חלק מהמורכבות בתחום הסיעוד נעוץ בפיצול ובביזור האחריות בין הרשויות הציבוריות השונות. להלן ננסה להציג בתמצית את האופן שבו האחריות על "סוגים" שונים של זקנים סיעודיים מתחלקת בין הגופים השונים, על בסיס האפיון וההגדרה של רמת המוגבלות והסיעוד של הזקנים.

- **הזקנים העצמאיים והתשושים**, שמתפקדים באופן עצמאי או מסוגלים לתפקד עצמאית בעזרת סיוע ותמיכה, נמצאים באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ומוצאים פתרון במסגרת "מעונות" לזקנים עצמאיים ותשושים המפוקחים ומנוהלים על פי חוק הפיקוח על המעונות תשכ"ב-1962, והתקנות והנהלים מכוחו. במקרים אלה נדרשת השתתפות עצמית של המאושפז ומשפחתו בעלות האשפוז. שיעור ההשתתפות נקבע לפי מבחני הכנסה מדורגים, הכוללים גם את ילדיו של המאושפז ואת בני או בנות הזוג שלהם.
- **זקנים סיעודיים רגילים ו"תשושי נפש"**, שתלויים באופן מוחלט בעזרת הזולת או שסובלים מפגיעה משמעותית ביכולות הקוגניטיביות, נמצאים באחריות משרד הבריאות. גם במקרים אלה נדרשת השתתפות עצמית של המאושפז ומשפחתו בעלות האשפוז, ושיעור נקבע לפי מבחני הכנסה מדורגים, הכוללים גם את ילדיו של המאושפז.²⁴
- **חולים זקנים סיעודיים "מורכבים"** הם זקנים סיעודיים הסובלים ממורכבות רפואית נוספת. לדוגמה, זקן שזקוק, בנוסף לעזרה בפעולות היום-יום, גם להשגחה רפואית על עירוניים קבועים ופצעי לחץ חמורים, או

²³ [שנתון סטטיסטי 2012](#), ה" 1 ש' לעיל, בעמ' 258.

²⁴ [מתווה לרפורמה](#), ה" 15 ש' לעיל, בעמ' 48.

להתערבויות רפואיות קבועות אחרות. אשפוזם של זקנים אלה, כמו גם אשפוזם של זקנים "שיקומיים", "מונשמים" ועוד, מכוסה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והם נמצאים באחריות קופות החולים. האשפוז מחייב השתתפות עצמית של המאושפז, המעוגנת בחוק האמור. גובה ההשתתפות העצמית הוא אחיד, ואין בחוק הנחה או פטור לבעלי הכנסה נמוכה.²⁵ משמעות הדבר היא שמשפחות שלא עומדות בתשלום, לא תישלל מהן הזכות לקבל טיפול, אך הקופה תנסה לגבות מהן את התשלום כחוב.

הכשלים בתחום הסיעוד הציבורי – בבית, בקהילה ובמוסד

המצב שתואר לעיל יוצר מציאות ישראלית מורכבת. מחד גיסא, יש בישראל מערך סיעוד מפותח, שבחלקו אף היה בשעתו פורץ דרך (כדוגמת הסדרת הביטוח הסיעודי בקהילה במסגרת חוק הביטוח הלאומי). מאידך גיסא, מחקרים וניתוחים שבוצעו בעשרים השנים האחרונות הצביעו על סדרה של כשלים רציניים במערך הקיים ועל הצורך ברפורמה משמעותית. להלן הכשלים העיקריים:

1. היעדר מענה לצורכי הסיעוד בקהילה במסגרת גמלת הסיעוד הקיימת: קיים פער עמוק בין מספר שעות

הטיפול הנדרשות לזקנים המוגבלים לבין מה שניתן בפועל על ידי המוסד לביטוח לאומי. גמלאות הסיעוד ניתנות לפי שלוש רמות של מוגבלות, שהגבוהה ביותר בהן מקנה 18 שעות טיפול בשבוע. מי שיש לו היתר להעסקת מטפל זר אך מעסיק עובד ישראלי, מקבל תוספת של 3-4 שעות טיפול בשבוע ומגיע בכך ל-22 שעות סיעוד שבועיות. מטרת החוק לספק טיפול לזקנים מוגבלים מאוד, הזקוקים לסיוע בכל שעות היממה או ברובן. אולם מספר זה של שעות טיפול אינו עונה לצרכים של זקנים המרותקים למיטה ו/או הזקוקים להשגחה מסביב לשעון. במצב זה, הגישור על הפער בין שעות הסיעוד שמממן הביטוח הלאומי לבין עלות העסקתו של עובד סיעוד להשגחה מלאה נופל על בני המשפחה. במקרים רבים הם מתקשים להתמודד עם האתגר,²⁶ ועומדים בפני דילמות קשות: האם לדחוק את האב או את האם למוסד סיעודי, למרות שהיו עדיין יכולים לשהות בביתם עם השגחה מלאה, כדי להקל את הנטל הכלכלי הכבד מנשוא? מה חשוב יותר – לממן לאימא מטפלת סיעודית או לממן לבת לימודים באוניברסיטה? האם להותיר את אבא בביתו עם מטפל תוך נטילת הלוואות וכניסה לחובות, או לאשפוז בניגוד לרצונו? מן הראוי כי דילמות אלו ייחסכו מהמשפחה.²⁷

נוסף על כך, סל השירותים המסופק לזקנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד הוא סל מצומצם וסטנדרטי, ואינו מאפשר מענה פרטני לצרכים הספציפיים של כל זקן וזקנה. הסל מתייחס אך ורק לטיפול ביתי, לטיפול במרכז יום, למתן שירותי מכבסה, למשדר מצוקה, ולאספקת מוצרי ספיגה חד-פעמיים, ואינו מתייחס כלל למגוון שירותי תמיכה נחוצים נוספים, כגון סיוע בקניות, סיוע בתיקונים באחזקת הבית, שירותי תמיכה טכנולוגיים או שירותי ייעוץ אחרים.

2. היעדר זכות חוקית לסיעוד: כאמור, האשפוז הסיעודי הממושך אינו כלול בסל שירותי הבריאות הבסיסי

שבאחריות קופות החולים. שירותים אלה מוענקים לזקנים על ידי משרד הבריאות ומשרד הרווחה, בכפוף למבחני הכנסה של הזקנים ובני משפחותיהם מחד גיסא, ובכפוף ליכולות התקציביות של משרדים אלה והיצע המיטות הקיים מאידך גיסא. כתוצאה מכך, אפשר לשלול את זכותו של זקן הזקוק לטיפול סיעודי מוסדי ממושך בשל בעיות תקציביות של המשרדים הללו או בשל מחסור במיטות. על פי דוח הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי (ועדת שטסמן), "עד שנת 2020 בכדי לשמור על יחס המיטות הכלליות לאוכלוסייה הזקנה כפי שהיא כיום, תידרש תוספת של כ-44% במספר מיטות לזקנים, ועד 2030 תמריא התוספת הנדרשת לכ-84% לעומת הקיים כיום". כלומר, גם אם שיעור הזקנים הסיעודיים ותשושי הנפש הנזקקים לאשפוז מוסדי יישאר ללא שינוי, יהיה צורך בשנת 2020 בתוספת של 4,500 מיטות, ובשנת 2030 תידרש תוספת של עוד כ-13,000 מיטות.²⁸

²⁵ מתווה לרפורמה, ה"ש 15 לעיל, בעמ' 48.

²⁶ השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל, ה"ש 26 לעיל, בעמ' 44.

²⁷ השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל, ה"ש 26 לעיל, בעמ' 44.

²⁸ דוח הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי, ה"ש 5 לעיל. וכן ראו: אסתר יקוביץ, יצחק בריק ויוסי קטן, השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל: הצורך בעיצוב תכנית אב-לאומית, האגודה הישראלית לגרונטולוגיה, 2014 (להלן – "השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל"), בעמ' 45.

3. **ההשתתפות העצמית:** כאמור, במסגרת האשפוז הסייעודי חלה על הזקן ועל בני משפחתו חובת השתתפות עצמית במימון האשפוז, ששיעורה נקבע לפי מבחני הכנסה מדורגים, הכוללים גם את ילדיו של המאושפז. חובה זו טומנת בחובה פגיעה, העלולה להיות משמעותית, הן בכיסם של הזקנים ושל בני משפחותיהם, והן במרקם כבודם העצמי של הזקנים ובקשרים עם ילדיהם. מבין הזקנים שמבקשים ומקבלים זכאות ממשלתית ("קוד"), מהווה השתתפות הציבור כ-25% מעלות המימון, והרשויות מממנות את השאר. ואולם זהו נתון מטעה, שכן, הוא אינו כולל שכבות נרחבות בציבור, בעיקר במעמד הבינוני, אשר כלל לא פונות לקבלת "קוד" – אולי משום שידוע להן כי לא יקבלו תמיכה בשל הכנסה גבוהה, או בשל חשש מהביורוקרטיה ומהחדיירה לפרטיות. משפחות אלה מממנות את האשפוז בעצמן או באמצעות ביטוח מסחרי. מדובר בכ-30% מהזקנים הסייעודיים ותשושי הנפש ו-66% מהזקנים התשושים והעצמאיים.

4. **פיצול השירותים:** פיצול השירותים הסייעודיים והחברתיים לזקנים בין גורמים שונים מסוגים שונים גורם להיעדר תיאום ביניהם. בשירותי הסייעוד לזקנים מעורבים משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, מחלקות הרווחה המקומיות, מאות עמותות מקומיות וארציות וארגונים עסקיים, שלרוב אינם מתואמים ביניהם כלל או מתואמים באופן חלקי ביותר. פיצול התפקוד בין הגופים והארגונים מקשה על הזקנות והזקנים, הזקוקים מטבע הדברים לסוגי שירותים שונים. הם וקרוביהם נאלצים **לכתת רגליהם בין מספר רשויות וגופים**, להשחית זמן יקר ומשאבים, ולשאת עוד מעמסה וסבל מיותרים. נוסף על כך, פיצול השירותים גורם גם **לבזבוז משאבים** של המוסדות, לחוסר יעילות כלכלית ומעל לכול **לשירות מסורבל ולא יעיל**. לבסוף, ומעל לכול, פיצול השירותים וחוסר התיאום הנובע מכך **פוגע מאוד ברצף הטיפול בזקן** ומשבש את התפיסה ההוליסטית של מכלול צרכיו, ואף מביא לכך שהחלטות מתקבלות לעתים לא על פי טובת הזקן אלא על פי טובת המערכת או נוחותה.²⁹

הפגיעה בזכויות האדם של הזקנים ושל משפחותיהם³⁰

"אל-תשליכני, לעת זקנה; ככלות כוחי, אל-תעזבני" (תהילים עא). ציטוט זה מתהילים אינו רק ציווי מוסרי אלא גם ביטוי של זכותו הטבעית של האדם למימוש זכויותיו גם בשלב בחייו שבו הוא זקן ונזקק לסיוע. חברה המכבדת זכויות אדם מחויבת לזקניה ולזקנותיה ולמימוש זכויותיהם על מנת שיוכלו להזדקן בכבוד.

המדיניות הקיימת כיום בתחום הסייעוד בישראל פוגעת בשורה של זכויות אדם. ראשית נפגעת **הזכות לכבוד**, המעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. בית המשפט העליון הגדיר את הזכות לכבוד האדם כ"אגד של זכויות ששמירתן נדרשת כדי לקיים את הכבוד. ביסוד הזכות לכבוד האדם עומדת ההכרה כי האדם הוא יצור חופשי, המפתח את גופו ורוחו על פי רצונו בחברה בה הוא חי; במרכזו של כבוד האדם מונחת קדושת חייו וחירותו. ביסוד כבוד האדם עומדים האוטונומיה של הרצון הפרטי, חופש הבחירה וחופש הפעולה של האדם כיצור חופשי. כבוד האדם נשען על ההכרה בשלמותו הפיזית והרוחנית של האדם, באנושיותו, בערכו כאדם, וכל זאת בלא קשר למידת התועלת הצומחת ממנו לאחרים".³¹ כפי שהוסבר לעיל, חלק מהזקנים הסייעודיים לא נהנים מהאפשרות להזדקן בכבוד בביתם ובקהילתם, מכיוון שהם ובני משפחותיהם אינם מסוגלים לגשר על הפער הכספי בין שעות הסייעוד שמממן הביטוח הלאומי לבין שעות הסייעוד הנדרשות בפועל. במצב זה מופעל על הזקן לחץ לעבור בלידת ברירה למסגרת של אשפוז סיעודי, דבר שלא תמיד היה בוחר לעשות. הדבר **פוגע בזכותו של הזקן לבחור את מהלך חייו ולממש את רצונו החופשי ואת האוטונומיה שלו**, אשר בליבת הזכות לכבוד האדם.

"[...] הבנתי שאין לי ברירה. אם ברצוני להשאיר את אבי עוד זמן מה בבית, עלי לדאוג לו לטיפול צמוד. טיפול צמוד 24 שעות ביממה לא מקבלים מביטוח לאומי, אלא משלימים אלפי שקלים מהכיס הפרטי או שמממשים

²⁹ **השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל**, ה"ש 26 לעיל, בעמ' 41-42.

³⁰ העדויות המובאות בפרק זה נאספו על ידי הקואליציה להכנסת האשפוז הסייעודי לסל הבריאות. הארגונים החברים בקואליציה: בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות • ארגון גמלאי עיריית ירושלים • ארגון הפעולה של הנכים • ברית התארגנויות לעזרה עצמית • האגודה לזכויות האזרח • האגודה לזכויות החולה • המשפט בשירות הזקנה * הסתדרות הגימלאים בישראל • כן לזקן • עמותת נאמן • עמותת פרקינסון • קואליציית ארגוני הבריאות • רופאים לזכויות אדם.
³¹ בג"ץ 6427/02 **התנועה למען איכות השלטון נ' הכנסת** (פס"ד מיום 11.5.2006), בפסקה 35; וראו גם ע"א 2781/93 **דעקה נ' בית החולים כרמל פ"ד** נגד (4) 526, 570 (1999).

פוליסת ביטוח פרטית. לכן החלטתי לפנות לחברת הביטוח ולממש את הביטוחים שלו. [...] בסוף יוני קיבלנו את מכתב הדחייה מחברת הביטוח. [...]

אבי, שכל חייו עבד ופרנס את משפחתו, ששילם לקופת החולים באמונה שלמה שכספיו יעמדו לו בעת הצורך, הפך לנזקק ולנטל על המערכת. אני, שהגעתי להישגים מרשימים באקדמיה, הפכתי לעובדת סיעוד בעל כורחי, מסובכת בהליכים משפטיים מתישים ויקרים, והקרירה האקדמית שלי הגיעה למשבר חמור בעולם תחרותי ביותר. ומעל לכול, לאחר טיפול מסור שנמשך שש שנים ובמהלך עשיתי ככל שביכולתי להשאיר את אבי בביתו כפי שרצה, נאלצתי [לאחר האשפוז במוסד] לראות אותו מאבד במהירות – בתוך חמישה חודשים – את מעט היכולות הקוגניטיביות והמוטוריות שעליהן שמרתי בציפורניים במשך זמן רב."

המצב שבו בני המשפחה נאלצים להתלבט אם להשקיע משאבים בעובד סיעוד כדי שהוריהם לא יצטרכו לעבור למוסד ויוכלו להזדקק בכבוד בביתם – הוא לכשעצמו פוגע בכבודו של הזקן. אם אין לו די משאבים משל עצמו, מהלך חייו הופך באחת להיות נתון להחלטות של אחרים, גם אם הם אלו הקרובים אליו, והוא נהיה תלוי בהם. מעבר לכך שהעדפותיו לא מקבלות ביטוי, אדם המועבר למוסד גם נקרע באחת מביתו ומקהילתו, ונאלץ לוותר על מידה רבה מפרטיותו ועל חלק ניכר מחירויותיו. מטבעו של מוסד אשפוז סיעודי, שלזקן או לזקנה המאושפזים בו אין עוד את החופש לבחור מה לאכול, מתי ללכת לישון, עם מי לבלות, הם אינם יכולים לארח ולהתארח אצל שכנים ומכרים בסביבתם הקרובה, ומאבדים את תחושת הביטחון והחמימות של ביתם.

אכן, לעיתים מצבו של הזקן קשה ומחייב אשפוז סיעודי קבוע, ולא ניתן עוד להסתפק בסיוע בקהילה, אך עלינו כחברה מכבדת זכויות למצוא פתרונות שיאפשרו לזקן להישאר זמן רב ככל הניתן בביתו ובקהילה, ולקבל את הסיוע הדרוש לו כדי להזדקן בכבוד.

פגיעה נוספת היא **בזכות לשוויון**: בהיעדר הכרה ממלכתית בזכות לסיעוד בקהילה בהיקף משמעותי, נאלצים הזקנים ובני משפחותיהם לממן את ההפרש בין שעות הסיעוד הניתנות לבין צרכיו הממשיים, והדבר יוצר אפליה בין זקנים שמצבם הרפואי דומה בשל יכולתם הכלכלית בלבד. סביר להניח שזקנים עניים יוצאו מביתם ומהקהילה ויועברו למסגרת אשפוזית תוך זמן קצר, גם אם אינם מעוניינים בכך, בשל היעדר יכולת לממן עובד סיעוד. הכרה בזכות לסיעוד בקהילה כחלק מזכותו של האדם לקיום בכבוד ולהזדקן בכבוד מחייבת הקצאת משאבים שווים לכל זקן, לפי צרכיו ולא לפי עומק כיסו.

אם אין מנוס מאשפוזו של הזקן במוסד סיעודי, על המדינה להבטיח לו את הזכות לאשפוז סיעודי כחלק מחובתה לממש את **הזכות לבריאות**. אם תשו כוחותיו של הזקן לבצע פעולות בסיסיות, הרי שברור כי ללא סיוע ידרדר מצבו הבריאותי במהרה והוא עלול להפוך תוך זמן קצר מסייעודי לחולה, לסבול מכאבים ואף להגיע למצבים מסכני חיים. היעדר זכות סטטוטורית לאשפוז סיעודי ושיטת התקצוב הקיימת עלולה לפגוע בזכות לבריאות של הזקן בשני מובנים: ראשית, התקציב הקיים עלול לא להספיק לכלל הזקנים, זאת לנוכח העלייה המהירה בשיעור הזקנים הזקוקים לאשפוז סיעודי, ועלול להיווצר מחסור במיטות ללא תוספת תקציב.³² שנית, המדינה מטילה חלק מעלות האשפוז על ילדיו של הזקן בהתאם להכנסתם, ובכך למעשה מפריטה חלק מהאחריות למימוש הזכות לבריאות ומטילה אותה על בני המשפחה. כך הופכת המדינה את בריאותו של הזקן לבת ערובה בידי ילדיו, אשר בהסכמתם תלויה האפשרות שלו לקבל טיפול במוסד סיעודי. הטלת החובה להשתתף בהוצאות פוגעת גם בזכותם של הילדים לפרטיות, שכן הם נאלצים לחשוף את הכנסותיהם בפני המדינה כתנאי לקבלת הסיוע. בנוסף, גם אם הילדים מוכנים לשאת בחלק מהנטל הכספי, המדינה מתערבת בצורה גסה ביחסים העדינים שבין בני המשפחה, באופן שחלק מהילדים נושאים בנטל כבד יותר מאחרים. הדבר עלול ליצור מתחים ולפגוע בכבודו של הזקן ובכבודם של בני משפחתו.³³

³² סוגיה נוספת שהתעוררה נגעה לאופן שבו מכרז למתן שירותי אשפוז סיעודי לזכאים לכך מטעם משרד הבריאות כלל תקצוב חסר, באופן שהיה מוביל לפגיעה בזכותם של המטופלים לקיום בכבוד. בית המשפט לעניינים מנהליים בתל אביב פסק כי המכרז בטל. עת"מ (ת"א) 2724/07 **ביחד עטרת אבות ומוסדות נוספים נ' מדינת ישראל** (פס"ד מיום 23.5.2011).

³³ נושא זה הובא לדיון משפטי בבג"ץ 4613/03 **שחם נ' שר הבריאות** (פס"ד מיום 14.6.2004), אך בג"ץ פסק כי בהיעדר זכות חוקית לאשפוז אין מקום להתערב בסדרי העדיפויות שקבעה הממשלה בתחום, וכי בהיעדר די משאבים לגיטימי מצד משרד הבריאות להתנות את האשפוז בכך שבנטל הכספי יישאו גם ילדי המטופל הסיעודי. בית המשפט ציין כי "אפשר, ואולי אף רצוי כי ייקבע הסדר לפיו מבוטח שעמד בחיוביו על פי חוק ביטוח בריאות, יהיה זכאי לאשפוז סיעודי במימון מלא של המדינה, כדי שלא יהיה נתון לחסדיהם של אחרים, ובדרך זו יישמר כבודו כאדם. אולם ההסדר הנוכחי מקורו בחקיקה ראשית, וככזה כל שינוי בו הוא עניין שעל המחוקק לתת עליו את דעתו, וכל עוד לא עשה זאת, קצרה ידו של בית המשפט מלהושיע".

חיים אושפז באשפוז סיעודי מורכב עם התחייבות של קופת חולים. מצבו השתפר והוא עבר לקטגוריה של אשפוז סיעודי רגיל. במצב נורמאלי כאשר מצבו הבריאותי של אדם משתפר, הדבר אמור לשמח את המשפחה ואת הסביבה. לא כך היה במקרה של חיים, שכן מעבר לאשפוז סיעודי "רגיל" משמעו מעבר למנגנון אחר לגמרי של השתתפות משפחה. לחיים תשעה ילדים. שלושה מהם נמצאים בסכסוך כלכלי מתמשך ולא היו מוכנים בשום פנים ואופן להגיע כדי לחתום על המסמכים שדרושים לצורך קבלת הקוד ולהצהיר על הונם. חיים הועבר חזרה לביתו. אשתו של חיים, רבקה, בעצמה אישה בת 80, אשר קיבלה טיפול באמצעות גמלת סיעוד (עובד סיעודי זר), ניסתה לקבל אישור להעסקת עובד סיעודי גם עבור חיים, אך לא יכלה לשאת בהוצאות של שני עובדים זרים. לכן נאלצה לוותר על עובד זר לעצמה כדי לשלם את ההוצאות של עובד זר לבעלה. זוג קשישים סיעודיים חיים בין הפטיש לסדן – לא ברור כיצד יישרדו.

גם מבחינת הזכות לשוויון ולצדק חלוקתי ההסדר הקיים מעורר קושי. ראשית, חובת ההשתתפות של בני המשפחה במימון האשפוז הסיעודי הממושך מפלה בין חולים סיעודיים זקנים לבין יתר אוכלוסיית החולים במדינה, שהשתתפות כזו אינה נדרשת מבני משפחותיהם. שנית, ההסדר מחלק את הנטל הכלכלי הטמון בטיפול הרפואי באופן גרסיבי: זקנים עשירים, שלהם במקרים רבים גם ילדים עשירים, כלל אינם נזקקים לתמיכת המדינה, ולפיכך המדינה גם לא מטילה על ילדיהם כל נטל במימון אשפוזם; זקנים פחות מבוססים, לעומת זאת, שבמקרים רבים יש להם גם ילדים עניים או ממעמד הביניים, לא מסוגלים לממן את אשפוזם בכוחות עצמם, והמדינה מטילה את העומס על ילדיהם. בכך למעשה מטילה המדינה על המשפחות המבוססות פחות "מס בריאות" נוסף, מס שבני המשפחה של הזקנים העשירים משוחררים ממנו לחלוטין.³⁴

"אימא שלי נמצאת בבית אבות בקרית גת מזה שנה, אחרי שהייתה אצלי בבית 14 שנה. בדרך לאשפוז היינו צריכים לעבור מבחן הכנסות של כל אחד מהילדים. אחי פטור מתשלום כי יש לו שישה ילדים קטנים והמשכורת שלו לא מספיקה. אחותי היא מורה ומשלמת 1,800 ש"ח. אני צריכה לשלם 4,500 ש"ח. אימא שלי משלמת 2,200 ש"ח שיוצאים מקצבת הזקנה. זה כל מה שיש לה מלבד כמה מאות שקלים. ככה כולנו משלמים ביחד 8,500 ש"ח. זה נחשב סבסוד כי המיטה עולה בערך 14,000 ש"ח.

מכל זה אני הגעתי למצב קשה. יש לי משכנתא 3,500 ש"ח והוצאות אחרות. יש לי ילד שעדיין גר בבית. גם אימא של בעלי היא סיעודית ויש לה עובדת זרה שאנחנו משתתפים בעלויות שלה. עשיתי תחשיב שהשנה שילמתי 60 אלף ש"ח כל השנה. זה סחט אותנו ואנחנו חוסכים בכל דבר אפשרי. אפילו לקחתי הלוואות כדי לשלם. אני שכירה ולא מרוויחה מיליונים. זה ממש חונק אותי. אחרי שחיתנו את הילדים וקנינו בית והסתדרנו, אנחנו שוב נכנסים למצב של חובות. עד מתי? אנחנו נחנקים !!! אני מדברת בשם משפחות רבות וילדים רבים של הורים סיעודיים שמתמודדים בקושי עם המצב הזה ומשלמים כי אין להם ברירה".

³⁴ ישראל (איסי) דורון, [גילנות ואנטי-גילנות בפסיקת בית המשפט העליון](#), המשפט יד 65, 116 (2011). במאמר מבקר דורון את פסק הדין בבג"ץ 4613/03 שחם נ' שר הבריאות.

רפורמות שהוצעו בישראל

במהלך עשרים השנים האחרונות עלו יוזמות והצעות רבות ושונות לרפורמה בתחום הביטוח הסיעודי. החשובה בהן היא הרפורמה שהציע משרד הבריאות בשנת 2011 במהלך הקדנציה של סגן השר יעקב ליצמן (להלן "רפורמת ליצמן"). להלן נציג את עיקרי הרפורמות המרכזיות.

חלופות אפשריות – מסקנות מהניסיון הלאומי והבינלאומי

בתחום האשפוז הסיעודי – המלצות ועדת נתניהו

דוח ועדת החקירה הממלכתית למערכת הבריאות בראשות השופטת נתניהו ("ועדת נתניהו") מראשית שנות ה-90 הוביל לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנועד להסדיר את מתן שירותי הבריאות לתושבי ישראל באמצעות קופות החולים.³⁵ אחת מהמלצות הוועדה, ובעקבות כך גם אחת ממטרות החוק, הייתה להעביר את האחריות לאשפוז הסיעודי הממושך לקופות החולים כחלק מסל שירותי הבריאות הבסיסי.³⁶ המלצה זו לא בוצעה, וכאמור לעיל, עד היום האשפוז הסיעודי אינו כלול בסל שירותי הבריאות.

בתחום הסיעוד בקהילה – במסגרת "רפורמת ליצמן"

כאמור, גמלאות הסיעוד ניתנות לפי שלוש רמות של מוגבלות, שהגבוהה בהן מקנה 18 שעות טיפול שבועיות, בתוספת 4 שעות אם המטפל הסיעודי הוא ישראלי. מספר זה קטן משמעותית ממספר שעות הטיפול הדרושות לזקנים מוגבלים החפצים להישאר בביתם ובקהילתם. הרפורמה שקידם משרד הבריאות בשנת 2011 כללה הרחבה של מסגרת שעות הסיעוד הניתנות במסגרת חוק סיעוד. במקביל הציעה הרפורמה להרחיב את מעגל הזכאים גם לבעלי רמות הכנסה גבוהות יותר, שאינם זכאים כיום.³⁷ בתחום הכיסוי הביטוחי בקהילה הציעה הרפורמה כי כל תושב העונה להגדרה "נזקק סיעוד" ומרותק לביתו יהיה זכאי לטיפול רפואי באמצעות צוות רב תחומי, לסל שירותים נרחב בהתאם לנדרש במצבו ולטיפול תומך תקופתי בידי עובד סוציאלי קליני מטעם הקופה.³⁸

זאת ועוד, לגבי ההשתתפות העצמית עבור הסיעוד בקהילה, הוצע כי שעות סיעוד של מטפל ישראלי או שהות במרכז יום שישה ימים בשבוע יינתנו ללא כל השתתפות עצמית. לגבי מטפלים זרים, הוצע כי ההשתתפות העצמית תיקבע על פי גובה ההפרש שבין עלות מספר השעות שלהן זכאי הזקן בהתאם למידת מוגבלותו, לבין העלות המלאה של העסקת העובד.³⁹ הרפורמה המפורטת ורחבת ההיקף לא נכנסה לפרטים בנושא זה, שיש לו עלויות תקציביות ברורות. אך ברור כי כוונתם של מנסחי הרפורמה הייתה להנגיש את שירותי הסיעוד בקהילה (כלומר, גם בבית), ולצמצם את הפער המעמדי החריף שקיים כיום, הדוחף לאשפוז מוסדי את מי שהפרטה אינה מצויה בכיסו.

במסגרת הניסיונות לקדם את הרפורמה הוכנה הצעת חוק לכינון ביטוח סיעודי ציבורי.⁴⁰ הצעת חוק זו נוסחה במשרד הבריאות כשחבר הכנסת ליצמן היה סגן השר, והפכה על ידו – לאחר שנכשלו המאמצים להעביר את הרפורמה בממשלה – להצעת חוק פרטית. הצעה זו כוללת את רוב תיקוני החקיקה הנדרשים גם לעמדתנו, וברובה היא מממשת את העקרונות המוצעים במסמך זה. אך יש נקודות מהותיות שאנו סבורים כי יש מקום לדון בהן מחדש, ובראשן הבחירה בקופת החולים כמי שאמורה לתת את השירות וגם כמבטחת. רעיון זה נתקל בהתנגדות עזה מצד גורמים שונים בתוך הממשלה, שכיום מקבלים תקנים ותקציבים עבור שירותי סיעוד השונים, והיה אחד הסיבות לכישלון בהעברת הרפורמה. ריכוז כלל הסמכויות בידי קופת החולים אף מעורר חשש שהקשיים

³⁵ כרמל שלו, **בריאות, משפט וזכויות האדם**, הוצאת רמות, 2003, בעמ' 147-152.

³⁶ סע' 6(א)(4) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

³⁷ **מתווה לרפורמה**, ה"ש 15 לעיל, בעמ' 104.

³⁸ **מתווה לרפורמה**, ה"ש 15 לעיל, בעמ' 103.

³⁹ **מתווה לרפורמה**, ה"ש 15 לעיל, בעמ' 105.

⁴⁰ הצעת חוק הטיפול בחולה הסיעודי (תיקוני חקיקה), התשע"ד-2013,

<http://www.knesset.gov.il/privatelaw/data/19/1726.rtf>

של קופות החולים במימון השירותים יובילו לבסוף להפרטה של הביטוח הסיעודי הציבורי, או לדרדורו ול"יבושו" במטרה לחסוך בהוצאות ככל האפשר. נדרשת אם כן חשיבה מחודשת בנושא.

בתחום ארגון השירותים

כאמור, אחד המכשולים שמקשים כיום על הזקנים בישראל למצות את זכויותיהם הוא פיזור הסמכויות והאחריות על השירותים לזקנים בין מספר רב של גורמים. במהלך השנים הוצעו רפורמות שונות שכללו מגוון חלופות במספר תחומים. כל הרפורמות הללו לא צלחו, אך אפשר להוציאן לפועל. בין היתר:⁴¹

- **בתחום המידע** – הוצע להקים בסיס מידע דיגיטלי, שירכז את כלל המידע היכול לסייע לזקנות ולזקנים ויתעדכן בקביעות. הוצע שהנגישות למידע תהיה פשוטה ונוחה, באמצעות טלפון ו/או במוקדים זמינים ונגישים שבהם נמצאים הזקנים, תוך סיוע של אנשים במקום.
- **ברמת המחוקק** – הוצע להקים תת-ועדה קבועה לנושא זקנים במסגרת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. תת-הוועדה תעקוב אחר יישום החלטות בנושא זקנים ברשות המבצעת, ותפעל לקידום האינטרס של הזקנות והזקנים בתחומי הבריאות והרווחה.
- **ברמת הרשות המבצעת (ממשלתית)** – ברמה הלאומית, הוצע להקים רשות לאומית לטיפול בזקן, שתשלב בין משרדי הבריאות, הרווחה והאוצר, בהובלת משרד הבריאות. ברמה האזורית, תפעל הרשות הלאומית לטיפול בזקן באחריות הרשות המקומית, בשילוב עם קופות החולים וביטוח לאומי. הרשות תדון גם בכל הקשור למעברים בחיי הזקן, ותדאג לתיאום בין שלבי הטיפול השונים בחייו.

מערכת סיעוד מוצלחת – מה אפשר ללמוד ממדינות אחרות?

סוגיית עיצוב המדיניות בתחום הזכות לסיעוד בזקנה מעסיקה לא רק את החברה הישראלית, אלא גם מדינות מפותחות רבות ברחבי העולם. בשנות ה-80 של המאה הקודמת, חקיקת ביטוח הסיעוד הישראלית הייתה פורצת דרך – חקיקה שבעקבותיה הלכו מדינות רבות נוספות.

מספר מדינות מפותחות התחבטו בעשור האחרון בשאלה, כיצד יש לארגן את השירותים לאוכלוסיית הזקנות והזקנים, במיוחד במצבי מחלה כרוניים ובמצבים סיעודיים, לנוכח העלייה בשיעור הזקנים באוכלוסייה. הרצון לאפשר לזקנים לשהות בבתיהם ובקהילותיהם ככל שניתן, תוך שמירה על בריאותם ועל איכות חייהם, הוא היעד המשותף ברבות מהמדינות.⁴² ההצדקה לכך היא בראש ובראשונה זכותו של כל אדם לחיות בכבוד, וזכותו של אזרח ששילם כל ימיו ממיטב כספו לביטוח הסוציאלי לקבל רשת ביטחון בערוב ימיו. לכך נוספת השאיפה ליצור מודל יעיל וחסכוני ולצמצם ככל האפשר אשפוזים מוסדיים, הן בבית חולים כללי הן במוסדות לאשפוז כרוני ממושך (כגון המוסדות לאשפוז סיעודי או לתשושי נפש), שכן הם יקרים ונושאים סיכונים בריאותיים.

בשאלת המימון נחלקים המודלים ואפשר למקדם על מנעד, שבקצהו האחד מימון הנשען על ביטוחים סיעודיים פרטיים, ובקצהו השני מימון מדינתי שלפיו המדינה מעבירה סכום כסף כולל למסגרת המספקת את השירות לנזקקים. מובן שייתכנו שילובים ומגוון של מודלים. סקירת פרויקטים שלוו בתהליך הערכה מקיף במדינות מפותחות, מעלה כי המודלים המוצלחים ביותר מנקודת המבט של הזקן הסיעודי מבוססים על המרכיבים הבאים:

- מעורבות אקטיבית בטיפול הסיעודי בזקן של **צוות רב-מקצועי** המשלב גופי ידע מקצועיים מגוונים (למשל עובדות סוציאליות, רופאות, עובדות סיעוד וכדומה);

⁴¹ ההמלצות שלהלן מובאות ב: [היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה](#), (סיכום כנס יום-המלח ה-12, יו"ר הכנס: ג'ק חביב), המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2011, בעמ' 109.

⁴² לסקירה בינלאומית ראו:

- הנגשת שירותים מגוונים של בריאות ועזרה סוציאלית וריכוזם תחת **מסגרת מאחדת**, לרבות מינוי **מנהל/ת מקרה** (case-manager) – אשת מקצוע אחת המרכזת את כל הטיפול בזקן;
- מימון מערך הסיעוד באמצעות **תקציב מוגדר פר מטופל המותאם ו"תפור"** למצבו התפקודי ולמסגרת **המטפלת**, ולא באמצעות ביטוח המופעל פר מקרה או בתמורה לקבלות (שיפוי).

כך לדוגמה, תוכנית **PACE** (Program of All-inclusive Care for the Elderly) היא תוכנית המיושמת בארה"ב, ומיועדת לאנשים בני 55 ומעלה המוכרים כזכאים לטיפול סיעודי ומסוגלים להמשיך ולהתגורר בבתיהם בקהילה. התוכנית מציעה לזקן או לזקנה את כל הטיפולים, השירותים והתמיכה הנדרשים מבחינה רפואית וחברתית, במטרה לשמור על עצמאותם בביתם לזמן רב ככל האפשר. שירותי PACE ניתנים על ידי צוות טיפול רב-תחומי וכוללים טיפול רפואי, טיפול יום למבוגרים, טיפולי שיקום, שירותי מרשמים לתרופות, שירותי תזונה, ליווי של עובד/ת סוציאלית/ת, שירותי תחבורה, וארגון ותשלום עבור טיפולים בבתי חולים כשיש צורך בכך. גם אם אדם אינו נמצא כזכאי לביטוח הרפואי התוכנית לא חסומה בפניו, ובאפשרותו להשתתף על ידי תשלום עצמאי חודשי סמלי. היתרונות במודל זה הם חיסכון בעלויות, וחבילת שירותים מקיפה שייעודה טיפול מניעתי, שעל פי רוב הוא זול ויעיל יותר מכל טיפול אחר.⁴³

לצידו של PACE התפתח בארה"ב מודל נוסף, ה-WPP (Wisconsin Partnership) Program for Long Term Care (הנבדל ממנו בכמה בחינות. תוכנית WPP היא חלק מתוכנית נרחבת ביותר העוסקת בכלל שירותי הבריאות, ולא ממוקדת רק בטיפול בזקנים. במובן זה, המלצותיה בתחום הסיעוד הן רק חלק ממכלול מקיף של תפיסה המעגנת שיתוף פעולה ושיפור בריאות הציבור באופן כללי. באופן קונקרטי, לדוגמה, ב-PACE המשתתפים מחויבים להשתמש בשירותי רופא משפחה שמועסק על ידי PACE. לעומת זאת, ב-WPP, ובדומה למצב בישראל, זקנים הנזקקים למסגרת סיעודית כגון אשפוז סיעודי נדרשים להסתייע בשירותים רפואיים של קופת החולים שלהם. במבחן התוצאה, למודל של PACE יתרון ניכר על זה של WPP מבחינת צמצום מספר האשפוזים והביקורים בחדרי מיון. ניתן לייחס את היתרון של PACE לנכונות הרבה יותר מצד הרופאים המועסקים בו במיוחד להתאים עצמם לצורכיהם של הזקנים הסיעודיים, ולא לצורכי המערכת הרפואית המיועדת לשירות כלל האוכלוסייה.⁴⁴

באונטריו שבקנדה פותחה תוכנית בשם **CCAC** (Community Care Access) Centers. במסגרת התוכנית, סוכנויות מקומיות מרכזות את המידע אודות אפשרויות הטיפול בזקן, ומתאמות בין נותני השירותים השונים כגון רופאים, צוותי בתי חולים וספקים אחרים של שירותי בריאות. המטרה היא לסייע לזקנים לחיות באופן עצמאי בבית, לזהות נכון את צורכיהם, לחקור את האפשרויות המתאימות למצבם האישי, ולהגיש למענם בקשות לקבלה לתוכניות יום, למתקני טיפול כרוניים או שיקומיים ועוד. כל אדם יכול לפנות ל-CCAC, והשירות ניתן ללא תשלום.⁴⁵

בגרמניה קיימת תוכנית ביטוחית בשם **LTCI** (Long-Term Care Insurance), שמטרתה לספק ביטוח לצורכי סיעוד בסיסיים. בתוכנית זו, חברים במערכת ביטוח הבריאות הציבורית הופכים לחברים בתוכנית הביטוח הסיעודי ארוך-הטווח, ואילו אנשים בעלי ביטוח בריאות פרטי מחויבים לקנות ביטוח סיעודי ארוך-טווח פרטי, המספק חבילת הטבות זהה. הביטוח מכסה חלק מעלויות הטיפול הביתי. המטופל ממשיך לנהל חיים עצמאיים, והנטל הכספי על כתפי הזקנים ומשפחותיהם מופחת. המבוטחים ב-LTCI מממשים את זכאותם במסלולי זכאות שונים בהתאם לרמת הצרכים או המוגבלות של כל מבוטח ומבוטחת. בדומה לשלבי הטיפול, השירותים הניתנים (טיפול ביתי ו/או אשפוז) מסווגים גם הם לפי רמת הצורך הנקבעת. מודל זה משקף שיטת תקצוב המעניקה למבוטח סיוע כספי קבוע בהתאם לרמת הטיפול שלה הוא זקוק.⁴⁶

⁴³ למידע נוסף על התוכנית ראו: <http://www.npaonline.org>.

⁴⁴ למידע נוסף על התוכנית ראו:

<http://www.med.wisc.edu/wisconsin-partnership-program/main/499>

ספציפית לעניין הטיפול הממושך בזקנים במסגרת תוכנית זו ראו:

<http://www.partnershipforlongtermcare.com/wisconsin-partnership/index.html>

⁴⁵ למידע נוסף אודות התוכנית ראו: www.oaccac.com.

⁴⁶ לסקירת תוכנית ביטוח הסיעוד בגרמניה ראו למשל:

תוכניות אלה ותוכניות נוספות שנבדקו הביאו לתוצאות מובהקות, ובהן צמצום במספר האשפוזים של זקנים, צמצום היקף האשפוז המוסדי-סיעודי, יעילות כלכלית וחיסכון.⁴⁷

בהתבסס על מכלול הנתונים שהוצגו בחלקים הקודמים ועל הידע שנצבר במסגרת רפורמות שבוצעו בחו"ל, תוצג להלן הצעת מסגרת לרפורמה בתחום הסיעוד הציבורי הממושך בישראל, המתאימה למציאות הישראלית הייחודית. הרפורמה המוצעת מתמקדת בשלושת המוקדים הבאים:

עקרונות לביטוח סיעודי ציבורי חדש בישראל

1. **המוקד הסיעודי-קהילתי:** הרפורמה תכלול הרחבה של גמלת הסיעוד בקהילה, ובכלל זה:

א. **הרחבה משמעותית של היקף שעות הסיוע** לתלויים תלות מוחלטת בעזרת הזולת או לזקוקים להשגחה מלאה. מטרת השינוי היא לאפשר לבני משפחה הנושאים בנטל הטיפול הלא פורמלי להמשיך ולעבוד בהיקף משרה מלא, ולמנוע מצב שבו הזקן או הזקנה מאושפזים בלי צורך של ממש, רק בשל היעדר יכולת כספית לטפל בהם בביתם בקהילה.

ב. **הרחבה, העשרה וגיוון של השירותים** הניתנים לזקן במסגרת גמלת הסיעוד בקהילה, לרבות מעקב רפואי שוטף אחר הזקנים והזקנות הסיעודיים בעודם בביתם. המטרה היא לצמצם צורך באשפוזים מצד אחד, ומצד שני – לוודא כי מצבם של הזקן או הזקנה מאפשר את המשך הישירותם בקהילה.

ג. **ביטול מבחן ההכנסות** כתנאי לקבלת גמלת סיעוד, כך שהביטוח הסיעודי יהיה אוניברסלי.

2. **המוקד הסיעודי-מוסדי:** הרפורמה תכלול את הכללת האשפוז הסיעודי המוסדי בסל שירותי הבריאות הממלכתי הבסיסי שבאחריות קופות החולים, וביטול השתתפותם של בני המשפחה בעלות האשפוז.

3. **המוקד הארגוני-ניהולי:** הרפורמה תכלול שינוי ארגוני במערך הסיעוד:

א. **יצירת מסגרת ארגונית-מנהלית בין-משרדית ורב-מקצועית לכלל שירותי הסיעוד**, על מנת לתת מענה לכלל מצבי הסיעוד הגריאטרי – החל מהתפקודי בבית וכלה בסיעודי-מוסדי. מסגרת זו תהיה אחראית גם על תיאום מכלול שירותי הסיעוד על סוגיהם השונים, הן בקהילה הן במסגרות המוסדיות, לרבות הפעלת מבחני הכשירות וההכנסה, פיקוח רפואי וסיעודי, העברת גמלאות ושירותים ישירים לזקן.

ב. **הקמת רשת מרכזים בפריסה ארצית לבחינה ומימוש של הזכאות**, על מנת לחסוך לזקן את הטרטור בין הרשויות השונות, כל אחת ומבחינה ובדיקותיה. המרכזים יוקמו בכל רחבי הארץ ויכללו צוותים גרונטולוגיים רב-מקצועיים שיילו את הזקן לכל אורך דרכו למימוש כל זכאויותיו בתחום הבריאותי-סיעודי, תוך התאמת הטיפול לצרכיו ולרצונותיו. במרכז זה יממש הזקן את כלל זכאויותיו, גם אם הן מועברות או ממומנות על ידי רשויות שונות. במרכז ינוהל "תיקו" של הזקן והוא יכיל את כל הזכאויות של התחום הסיעודי – החל מגמלת הסיעוד, דרך שירותים במרכזי היום ומכלול מערך הסיעוד בבית ובקהילה, וכלה בתיאום ובמימון האשפוז במסגרת מוסדית-סיעודית.

תקציב הרפורמה המוצעת ומקורות המימון

בשנת 2011 העריך משרד הבריאות את התוספת הנדרשת להשלמת הרפורמה שהציע ("רפורמת ליצמן") בכ-1.2 מיליארד ש"ח, מהם כ-950 מיליון ש"ח להרחבת הסיעוד בקהילה וכ-250 מיליון ש"ח להסדרת הזכאות לאשפוז הסיעודי ולהוצאת ילדי הזקנים ממעגל התשלום. הערכת החישוב של המסגרת המוצעת במסמך זה מצריכה הרחבה של תקציב הרפורמה בסכומים הבאים:

⁴⁷ לדוגמא, ראו את ההערכה של תוכנית PACE בדוח הבא: <http://hpm.org/us/b13/2.pdf>

- כ-820 מיליון ש"ח – הרחבת גמלת הסיעוד;⁴⁸
 - כ-150 מיליון ש"ח – הקמה והרחבה של מרכזי יום קהילתיים;⁴⁹
 - כ-450 מיליון ש"ח – ביטול מבחן ההכנסות לגמלת הסיעוד;⁵⁰
 - כ-250 מיליון ש"ח – הסדרת הזכאות לאשפוז סיעודי וביטול השתתפות הילדים.⁵¹
- סה"כ – 1.76 מיליארד ש"ח.

עלותה של הרפורמה היא משמעותית, אך אפשר לעצב מגוון פתרונות בכל הנוגע להגדרת המקורות למימונה. המימון יכול להיעשות, למשל, באמצעות שינוי סדרי העדיפות במסגרת התקציב הקיים של משרדי הממשלה השונים, או באמצעות הגדלת הכנסות הממשלה בכלים שונים, שאין זה המקום לפרטם. זוהי אחריותה של הממשלה לבחון את החלופות השונות מנקודת מבט רחבה. מכל מקום, בהקשר זה ראוי בהחלט לבחון גם את החלופה של מימון הרפורמה באמצעות העלאת מס הבריאות בחצי אחוז – עלות שלרוב היא זולה יותר מעלות הביטוח הפרטי המשלים שמשפחות רבות משלמות על מנת לרכוש ביטוח סיעודי פרטי.⁵²

⁴⁸ החישוב מתבסס על ההערכה ששעת סיעוד עולה 45 ש"ח בקירוב, ועל ההנחה שעם הרפורמה יצטרפו 35,000 זקנים סיעודיים לנהנים מהרחבת שעות הסיעוד – כל אחד בעשר שעות נוספות.

⁴⁹ החישוב מבוסס על ההנחה שלפיה כדי לתת מענה משלים בקהילה באמצעות מרכזי יום יש להגדיל פי שלושה את התקציב שמוקדש כיום במוסד לביטוח לאומי לבינוי ולשיפוץ מרכזי יום סיעודיים במסגרת "קרן תוכניות בסיעוד". תקציב הקרן בשנת 2013 עמד על כ-50 מיליון ש"ח. העלות של הרחבת שעות הסיעוד והשירות במרכזי היום בקהילה מוערכת על ידנו בכ-970 מיליון ש"ח בשנה, כאשר הערכת משרד הבריאות עמדה על 950 מיליון ש"ח.

⁵⁰ החישוב מתבסס על ההנחות הבאות:

לגבי בעלי הכנסה של למעלה מ-13,000 ש"ח, שלא זכאים לגמלת סיעוד כיום, נכפיל את מספר הזקנים בעלי הכנסה האמידה מאד (40,800 נפש) בשיעור המוגבלים המשוער בקרב זקנים (20%) ובמספר שעות הסיעוד השבועי (13 שעות) המחושב לשנה (680 שעות) ובמחיר שעת סיעוד ממוצעת (45 ש"ח). הסכום הכולל הוא כ-250 מיליון ש"ח. ביחס לבעלי הכנסה האמידה (13,000-9,000 ש"ח) יש לחשב אחרת, שכן הם זכאים כיום למחצית הגמלה. לכן נכפיל את מספר הזקנים בעלי הכנסה האמידה (65,600 נפש) בשיעור המוגבלים הממוצע (20%) ובמחצית מספר שעות הסיעוד השבועיות (6.5 שעות) המחושב לשנה (338 שעות) ובמחיר שעת סיעוד ממוצעת (45 ש"ח). הסכום הכולל הוא כ-200 מיליון ש"ח. סך העלות להכללה מלאה של בעלי הכנסות גבוהות בזכאות הסיעודית מגיע לכ-450 מיליון ש"ח. בשנת 2013 שילם המוסד לביטוח לאומי כ-4.8 מיליארד ש"ח ל-600,156 זקנים וזקנות נזקקי סיעוד, כלומר – עליו להגדיל את תקציבו ב-10% בקירוב.

⁵¹ החישוב מבוסס על הערכת משרד הבריאות בהתאם לסכום שהתקבל מהשתתפות בני המשפחה בעלות האשפוז הסיעודי בשנת 2010.

⁵² אנו מחשבים את סדר הגודל של העלאת מס הבריאות בהתאם לתקבולים ממס הבריאות שגבה המוסד לביטוח הלאומי בשנת 2013, שהיו על פי נתוני המוסד כ-19 מיליארד ש"ח. יש לזכור כי תקבולי מס הבריאות (שגובהו בממוצע כ-5% מהשכר) משתנים משנה לשנה.

תגובת המוסד לביטוח לאומי

תגובות

להלן הערות המוסד לביטוח לאומי לדו"ח בנושא מערך הסיעוד כפי שנמסרו לאגודה לזכויות האזרח על ידי גב' ארנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי:

- א. נושאים שעלו בדו"ח והמוסד לביטוח לאומי תומך בהם:
 1. ביטול מבחן ההכנסות בגמלת הסיעוד
 2. ביטול מבחן ההכנסות באשפוז הסיעודי.
 3. הקמת בסיס מידע דיגיטאלי לציבור
 4. הקמת תת ועדה בכנסת למעקב אחר הטיפול בזקנים.

ב. נושאים ודגשים חסרים בדו"ח:

1. הקמת זכאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לסל שעות של טיפול אישי בבית למשתחררים מאשפוזים ספציפיים ולחולים במחלות חריפות ספציפיות (לפי רשימה סגורה, או לפי חוות דעת רופא מוסמך), - ללא מבחן הכנסות. [כמו 50 שעות טיפול אישי בבית המוענקים ליצולי שואה מהקרן לרווחת נפגעי השואה].
2. הרחבת הפיזור והגברת הנגישות של מסגרות לקליטת אנשים המשתחררים מאשפוז עד להחלמה [נופשוים]
3. קביעת אפשרות לגביית השתתפות עצמית על שירותי המלונאות בלבד במשך האשפוז הסיעודי, בעלות מקסימלית של קצבת הזקנה של הזכאי או לחלופין מול מבחן הכנסות של הזכאי בלבד.
4. התמודדות עם המחסור הצפוי בכוח אדם שייתן את הטיפול הנוסף המוצע בדו"ח וכן טיפול במעמד הפרופסיונלי של המטפלות, הכשרתן ושכרן.
5. חלוקה של שעות הסיעוד ל 6 רמות זכאות, לפי הצעת החקיקה של המוסד לביטוח לאומי.
6. הקדמת מועד הזכאות לגמלת סיעוד, לפי הצעת החוק של המוסד לביטוח לאומי.

ג. נושאים לא ברורים או שנויים במחלוקת

הדוח מציע שהזכאות לכול שירותי הסיעוד ייקבעו במרכזים לבחינה ומימוש הזכאות.:

עמדת המוסד לביטוח לאומי היא שהמוסד בלבד יבחן ויקבע את הזכאות לגמלה שבאחריותו, יחד עם זאת אין מניעה שהפונים למרכזים יקבלו בו הדרכה לגבי הזכאות וסיוע בהגשת התביעה.

תגובת קופת חולים כללית

מר מיכאל אורן, סמנכ"ל ראש חטיבת קהילה בקופת חולים כללית מסר בתגובה לנייר העמדה:

מדובר בנייר עמדה מקצועי ומקיף. התפיסה המקצועית נכונה וראוי שתמשך. מרבית הזקנים מעדיפים להזדקן בסביבתם הטבעית ומרבית הטיפול הסיעודי ניתן בקהילה. אעיר לכם שהניסיון להעביר הרפורמה בשנת 2011 נכשל על רקע אי הסכמות עקרוניות ולא כפי שנכתב במסמך. עמדתנו היא שחייבת להתבצע רפורמה בסיעוד התאום עם הקופות ותחת תקציב מתאים אשר ישפר את המצב הקיים.