



ארגון גמלאי אשדוד

21 במרץ 2017

לכבוד
 מר משה בר סימן טוב
 מנכ"ל
 משרד הבריאות

מר אמיר לוי
 ראש אגף תקציבים
 משרד האוצר

שלום רב,

הנדון: רפורמה במערך הסיעוד

1. הריני לפנות אליכם בשם כל הארגונים לעיל. למיטב ידיעתנו מוניתם לצוות לגיבוש המלצות לקידום שינויים במערך הסיעוד. אבקש כי תאפשרו לנציגים מטעם הארגונים להופיע בפניכם ולהביע את עמדתם. לארגונים היכרות רבה עם הבעיות במערך הסיעוד והפתרונות הרצויים.
2. הארגונים סבורים כי מערך הסיעוד כיום רחוק מלתת מענה סביר לזקנים שחלה ירידה בתפקודם ולבני המשפחה המלווים אותם. הבעיות המרכזיות שאנו מאתרים הן אלו:
 - א. מחסור ניכר בשעות מטפל סיעודי לזקנים המעוניינים להישאר בביתם ובקהילתם בכל רמות הנזקקות, ובדגש על זקנים בעלי פגיעה קשה יותר בתפקוד, הזכאים היום ל-3 שעות מטפל ביום לכל היותר. מספר השעות הניתן אינו מספיק כדי לאפשר טיפול בסיסי בזקן סיעודי. והתוצאה הינה שהזקן ומשפחתו נדרשים להוסיף שעות טיפול מהאמצעים שעומדים לרשותם. ישנו פער של אלפי שקלים בחודש בין הסכום שניתן לקבל לבין סכום העסקת עובד סיעוד 24/7 והתוצאה היא הפליה קשה בין זקנים על בסיס מצב כלכלי, וסכנה להזנחה של זקנים מעוטי אמצעים.
 - ב. כאשר הזקן ובני משפחתו אינם בעלי אמצעים להשלים באופן פרטי את החסר בשעות טיפול סיעודי, הברירות העומדות בפניהם הן קשות ויוצרות דילמות בלתי אפשריות:

אפשרות אחת הינה להעביר את הזקן למוסד סיעודי בלי שיש הצדקה רפואית לכך, תוך פגיעה קשה בחירותו וכבודו. מצב זה עשוי להיגרם בשל לחץ כלכלי, שכן בעוד שישנה התחשבות במצב הכלכלי בעת קבלת "קוד" לאשפוז במוסד סיעודי, אין התחשבות מיוחדת במשפחות מעוטות אמצעים במסגרת הפתרונות בקהילה, ולרוב למשפחות כאלו גם אין האמצעים לרכוש ביטוח פרטי. כך נוצר תמריץ להעדפת אשפוז במוסד סיעודי על פני המשך הטיפול בקהילה.

במשפחות אחרות המבקשות לאפשר להורה סיעודי להישאר בביתו, אחד מבני המשפחה, לרוב בת משפחה, יתמסרו לסיעוד, לרוב על חשבון שעות עבודה. במקרים רבים, כשליש מהמקרים לפי נתוני משרד הבריאות, יחייב הדבר עזיבה מוחלטת של מקום העבודה. מדובר בפגיעה קשה בכלכלת המשפחה, שמאבדת את אחד המפרנסים. כמו כן הפגיעה נמשכת גם לאחר שההורה הסיעודי הולך לעולמו, שכן כבר נוצרה פגיעה בהתקדמות התעסוקתית ואף קיים קושי ידוע בהשתלבות חזרה בשוק העבודה בגיל מבוגר.

משפחות אחרות יפעלו לאתר משאבים כספיים ניכרים להשלמת החסר בשעות סיעוד על חשבון צרכים בסיסיים אחרים, או באמצעות הלוואות, והדבר עלול להוביל למשבר כלכלי לתא המשפחתי, במיוחד במציאות בה מציאות סיעודית יכולה להימשך גם כמה שנים.

לכן יש להגדיל משמעותית את שעות הסיעוד בקהילה.

ג. פגיעה מיוחדת נגרמת לזקנים שלא עומדים במבחן ההכנסה וחורגים מהסכום המירבי שנקבע לקבלת גמלת הסיעוד (ולו בשקל אחד). זקנים אלו, חרף העובדה כי הפנסיה שלהם גבוהה ממה שנקבע במבחן ההכנסה, אינם בהכרח "עשירים" ובוודאי לא ברמה המאפשרת להם להתמודד לבד עם עלויות הסיעוד הניכרות. יתרה מכך, הם שילמו במשך כל חייהם דמי ביטוח לאומי מתוך ציפייה כי בזקנתם יזכו לכיסוי ביטוחי סיעודי.

לכן יש לבטל את מבחן ההכנסה.

ד. מעבר למטפל סיעודי שיגיע לבית הזקן הסיעודי, הפתרונות הקהילתיים הקיימים לוקים בחסר. רק 7% ממשים את זכותם למרכז יום. אנו מניחים כי הדבר נגרם משום ששעות הסיעוד כה מצומצמות שישנה נטייה לוותר על מרכז יום הדורשת המרת שעות סיעוד. כמו כן, זקנים שכבר נמצאים במועדוני יום נפליטים מהם ברגע שחלה ירידה בתפקוד לאור נהלי משרד הרווחה.

לכן יש ליצור מגוון של פתרונות קהילתיים לזקנים סיעודיים ולא להתנות את ההשתתפות במועדונים או מרכזי יום בהמרת שעות סיעוד, ולאפשר המשך תיפקוד בקהילה על אף המוגבלות.

ה. ריבוי הגורמים האחראים לשלומם ורווחתו של הזקן בקהילה גם הוא בעיה מהותית, בשני מובנים. ראשית, הרצף הטיפולי נפגע ואף יש סכנה של תמריץ שלילי למנוע הדרדרות במצבו של הזקן שכן הדרדרות משמעה העברתו של הזקן לאחריות גורם אחר. שנית, כי בני משפחתו של הזקן נתקלים בעיסוק רב בבירוקרטיה ובהתנהלות בין גופים שונים, בהיעדר גורם אחד המרכז את הטיפול בזקן.

לכן יש למנות "קייס מנג'ר" בכל ישוב, שיתאם את כל הרצף הטיפולי, מהקהילה ועד האשפוז, ולשנות את מערך התמריצים, לתמריצים של מניעת התדרדרות.

ו. בעיה נוספת הינה ההכרה בזקן כסיעודי. מבחני התלות נוקשים יתר על המידה, במיוחד כאשר מדובר בזקנים בגיל מבוגר או בעלי ירידה בתפקוד השכלי. המבחנים המבוססים על מבחן תפקוד

יומיומי לא לוקחים בחשבון את המסגרת התומכת שיש לזקן. אין, למשל, התחשבות, בזקן ערירי. כמו כן, זקנים שלא מודעים למהות המבחן נכשלים בו רק משום שהם חוששים לחשוף את מצבם האמיתי.

לכן יש לשקול מחדש את מבחן התלות ולהסתמך בחלק מהמקרים על המלצת רופא המשפחה או גרונטולוג.

ז. סוגיה נוספת הינה היעדר הגדרה, מעמד והכרה לבני המשפחה שהם המטפלים העיקריים (caregivers). חרף העובדה כי המדינה מייחסת לבני המשפחה המטפלים משקל רב באחריות לסייעוד ההורה, היא אינה מכירה במעמדם, ואינה נותנת מענה לצרכים שלהם במידע, מיצוי זכויות, הדרכה ותמיכה. בין היתר אין הגנות מספקות בתחום העבודה, ואין תמיכה מספקת בהכשרה, ליווי וטיפול רפואי. לפי הנתונים בני המשפחה המטפלים נמצאים בסיכון מוגבר לדיכאון, לבעיות רפואיות, קשיים כלכליים ותעסוקתיים.

לכן יש להכיר בבני המשפחה המטפלים בחוק, לתת להם הגנות בשוק העבודה ולהבטיח להם מערך מוסדר של הדרכה, ליווי ותמיכה.

ח. מעמד ומקצועיותם של עובדי הסייעוד אף היא מחייבת התייחסות. כיום אין תנאי סף לעבודה כעובד סיעודי. רבים מהעובדים בענף, ישראלים וזרים כאחד, הינם חסרי הכשרה כלל. שכר העובדים הוא מביש. הדבר נכון הן לעובדים בקהילה והן לעובדים במוסדות לאשפוז סיעודי.

לכן יש להעלות את מעמד מקצועות הסייעוד והגרונטולוגיה ואת תנאי הקבלה והשכר.

ט. לגבי סוגיית האשפוז הסיעודי, הבעיה המרכזית היא שהיא לא מובטחת היום במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אלא תלויה במשאבי משרד הבריאות ובקבלת "קוד". ההשתתפות העצמית נקבעת בכל מקרה ומקרה, ויכולה להיות משמעותית. רק 30% ממקבלי הקוד משלמים דמי השתתפות עצמית הפחותים מ-2,000 ש"ח בחודש. יתרה מזאת, משרד הבריאות מתנה את מתן הקוד בהשתתפות עצמית לא רק של הזקן אלא של ילדיו, ואף בשיעורים משתנים. כל הופך משרד הבריאות את הזקן למי שהטיפול הרפואי הנחוץ לו תלוי בנכונות של בני המשפחה, דבר שיש בו פגיעה קשה בכבוד האדם.

לכן יש להכניס את האשפוז הסיעודי לסל הבריאות ולספק אותו במימון ציבורי מלא, כאמצעי אחרון למי שלא ניתן לטפל בו בקהילה ולבטל לחלוטין את השתתפות בני המשפחה באשפוז הסיעודי המוסדי.

י. לבסוף, לא היינו צריכים להמתין לתחקירים המזעזעים על מצב בתי האבות הסיעודיים כדי לדעת כי רבים מהמוסדות הסיעודיים אינם מספקים לזקן הסיעודי תנאים מכבדים. שיטת המכרז והפקדת המוסדות בידיים פרטיות, לרוב למטרת רווח, לא הוכיחו את עצמם. השירות והתנאים רחוקים מלהשביע רצון וכח האדם לא מיומן ולא מספק. יש בכך לגרום לנזק בריאותי ופגיעה בכבוד הזקנים השוהים במוסדות אלו. גם יכולת הפיקוח של משרד הבריאות התגלתה כלוקה בחסר, והפיקוח לא אפקטיבי באיתור התנהגות פסולה.

לכן יש לשנות את תנאי המכרז ולהוסיף בו דרישות מהותיות לגבי תנאי האשפוז וכוח האדם ותוך הקצאת משאבים מתאימים ולשפר את הפיקוח הציבורי.

3. לאור כל האמור אנו קוראים לוועדה לבחון את כל הסוגיות הללו ולהתייחס למערך הסיעוד בצורה כוללת, מהקהילה ועד האשפוז. זאת במיוחד לאור תהליך הזדקנות האוכלוסייה והגידול הצפוי בשיעור הזקנים באוכלוסייה ובמספר הסיעודיים, וכן בהתארכות תוחלת החיים של זקנים סיעודיים.
4. כיסוי ממלכתי הולם הוא הפתרון שנראה לנו רצוי ומתאים, כאשר הביטוח הפרטי צריך להיות תוספת למי שמעוניין, אך על המדינה להבטיח כיסוי סביר במסגרת חובתה לממש את הזכות לבריאות, את הזכות לקיום בכבוד ואת הזכות לשוויון, גם אם כרוך הדבר בהעלאה של מס הבריאות.
5. הנטייה של משרד האוצר לסמוך על הביטוחים הפרטיים היא פסולה מהטעמים הבאים:
- א. ל-35% מהאוכלוסייה אין ביטוח סיעודי פרטי כלשהו. יש לזכור כי מדובר במוצר ביטוחי יקר, והפרמיות עליו הולכות וגדלות עם השנים ומגיעות למאות שקלים מדי חודש בגיל הפנסיה, זאת כאשר קרוב לרבע מהזקנים הם מתחת לקו העוני.
- ב. בניגוד לשירותי רפואה ציבוריים, פוליסת הביטוח אינה שירות אלא מוצר מוגבל בהיקפו, ולא פעם תקופת הביטוח מסתיימת אך הזקן עדיין זקוק לסיעוד או שהיקף הביטוח לא הולם את הצרכים.
- ג. הניסיון המר מהביטוחים הקבוצתיים צריך להוות נורת אזהרה וקיים חשש כי הזדקנות האוכלוסייה תוביל לכך שחברות הביטוח לא יוכלו לעמוד בהתחייבויות שלהן או שייאלצו לייקר עוד יותר את פוליסת הביטוח.
- ד. ישנן תלונות רבות על אי הכרה מצד חברות הביטוח בתביעות למימוש הפוליסה, אף כאשר הביטוח הלאומי הכיר בזקן כסיעודי, או בקושי בהתנהלות מול חברת הביטוח בעת שמבקשים לממש את הפוליסה.
- ה. פתרון שניתן בצורה ציבורית הינו זול ויעיל יותר כלכלית, ומאפשר כיסוי נרחב יותר בפחות משאבים. כיום אזרחי המדינה מוציאים מעל 3 מיליארד ₪ בשנה לרכישת פוליסות ביטוח סיעודי, כאשר סכום זה יכול לתת כיסוי ציבורי סביר.
6. לאור כל האמור אנו סבורים כי יש לאמץ את עקרונות מתווה הרפורמה שגיבש משרד הבריאות, תוך התייחסות לכל הבעיות שהעלנו לעיל.

בכבוד רב,



גיל גן-מור, עו"ד

בשם הארגונים שלעיל

העתק:

מר ניר קידר, סמנ"ל תכנון אסטרטגי, משרד הבריאות

מר רן רידניק, אגף התקציבים