

טיפול המדינה
בקשישים סיעודיים השוהים בביתם

תקציר





"אני קורס. אבא שלי מחפש אותי תמיד... אני לא מצליח לעבוד ולהתפרנס. בלילות הוא מנסה לרדת לשכונה לחפש את אימא שנפטרה לפני 4 שנים. אני מחליף לו חיתולים כי הוא לא מרשה למטפלת להחליף לו. אני מדובב אותו ומשמח אותו. אף מטפל לא מדבר אתו ומשמח אותו"

בן של קשיש סיעודי, אשר השתתף בתהליך שיתוף הציבור במסגרת הכנת דוח זה



רקע כללי

מחובת המדינה
להבטיח את הזכויות
הבסיסיות של
קשישים הזקוקים
לסיוע סיעודי,
בראש ובראשונה
בשל הזכות לכבוד,
שהיא בעלת מעמד
חוקתי - על-חוקי

העלייה בתוחלת החיים ובהתאם לכך הגידול בשיעור הקשישים באוכלוסייה מאפיינים את כלל המדינות המפותחות בעולם, לרבות ישראל. בשנת 2035 צפוי להיות שיעור הקשישים בישראל¹ כ-13.7% מכלל האוכלוסייה. אוכלוסיית הקשישים עצמה מזדקנת, וחלק מהקשישים, בייחוד המבוגרים שבהם, סובלים מבעיות בריאות ומפגיעה בתפקוד הפיזי ותלויים בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום-יום, ועל כן זקוקים לסיוע סיעודי. חלק מהקשישים זקוקים גם להשגחה עקב פגיעה בתפקודם הקוגניטיבי (יכולות החשיבה) והמנטלי (התפקוד הרגשי וההתנהגותי). קשישים שאינם יכולים לדאוג לצרכי מחייתם, לבריאותם או לשלומם עונים להגדרה של חסרי ישע בחוק העונשין, התשל"ז-1977. הזנחה של קשישים חסרי ישע עלולה לפגוע לא רק במצבם הפיזי, אלא גם במצבם הרגשי והנפשי, ובמקרים מסוימים אף עלולה לעלות כדי עברה פלילית של פגיעה בחסרי ישע.

מחובת המדינה להבטיח את הזכויות הבסיסיות של קשישים הזקוקים לסיוע סיעודי, וזאת בראש ובראשונה בשל הזכות לכבוד, שהיא בעלת מעמד חוקתי - על-חוקי. על פי מדיניות ממשלת ישראל בנוגע לטיפול בקשישים, החותרת לשילובם בחברה, יש עדיפות לכך שהם ימשיכו להתגורר בבית זמן רב ככל שניתן. המדינה מסייעת אפוא לקשישים המתגוררים בבית זקוקים לסיוע סיעודי, בעיקר באמצעות המוסד לביטוח לאומי (להלן - הביטוח הלאומי או בט"ל). הסיוע הסיעודי של בט"ל ניתן בשנת 2016 לכ-165,000 קשישים באמצעות גמלת סיעוד, לפי התנאים שנקבעו בפרק י לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (פרק י בחוק זה ייקרא להלן - חוק הסיעוד), ובהתאם לתקנות שנקבעו לפיו.

זכאי לגמלת סיעוד הוא מי שהגיע לגיל הפרישה - 62 שנה לנשים ו-67 שנה לגברים - והוא תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום-יום או זקוק להשגחה למניעת נזק לעצמו או לאחרים. חוק הסיעוד קובע שככלל, גמלת הסיעוד תינתן באמצעות השתתפות בט"ל בתשלום בעד "שירותי סיעוד" ("גמלה בעין"), ולא באמצעות תשלום כספי ישיר לזכאי, כמקובל בענפי ביטוח אחרים של בט"ל ("גמלה בכסף"). גמלת הסיעוד מאפשרת לבחור מתוך סל שירותים ומוצרים המיועדים לסייע בביצוע פעולות יום-יום או בהשגחה או בניהול משק בית (להלן - סל שירותי הסיעוד). סל זה כולל טיפול אישי בבית (להלן - טיפול ביתי או טיפול סיעודי) באמצעות מטפלת או מטפל (להלן - מטפלת²); ביקור במרכז יום לקשיש; אספקת מוצרי ספיגה; שירותי כביסה ומני חודשי לשירותי השגחה (לחצן מצוקה).

1 גברים ונשים מעל גיל 65.

2 היות שרוב המטפלים והמטפלות הן נשים יעשה השימוש בדוח במונח מטפלת.

בשנת 2016 מימן בט"ל בכ-5.8 מיליארד ש"ח את תחום הסיעוד. כמעט כל מקבלי גמלת הסיעוד מקבלים שירותי סיעוד של טיפול ביתי. את שירותי הטיפול הביתי מספקים עבור בט"ל 116 חברות סיעוד ומוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים) (להלן - חברות הסיעוד), שזכו במכרזים שפרסם בט"ל וחתמו עם בט"ל על חוזה (להלן - חוזה הסיעוד). בדצמבר 2015 העסיקו חברות הסיעוד כ-80,000 מטפלות ישראליות ונוסף על כך, כ-37,000 מקבלי גמלת סיעוד העסיקו מטפלות זרות.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר 2016 - ינואר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את אופן טיפולה של המדינה בקשישים שמקבלים גמלת סיעוד (להלן - קשישים סיעודיים או הזכאים) ובבני משפחותיהם, תוך התמקדות בבחינת איכות הטיפול הביתי, הבקרה עליו, מבחן הערכת התלות, העומס המוטל על בני המשפחה ופעילות מרכזי היום לקשישים. הבדיקות נעשו בבט"ל וכן במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה). בדיקות השלמה נעשו ברשות האוכלוסין וההגירה (להלן - רשות האוכלוסין), במשרד האוצר, במרכז השלטון המקומי בישראל, בשירותי בריאות כללית ובארבע רשויות מקומיות³.

שיתוף הציבור בהליך הביקורת: כבכל דוח ביקורת שעושה משרד מבקר המדינה, גם דוח זה בוצע באמצעות כלי ביקורת מקובלים ובהתבסס על מידע ומסמכים שנאספו מכל המקורות הרלוונטיים לנושא המבוקר; ואולם, היות ומדובר בנושא לו זיקה חזקה מאד לציבור, באופן הפרטי והאישי, מצא לנכון משרד מבקר המדינה להוסיף על כלי הביקורת הרגילים גם תהליך של שיתוף ציבור מקבלי גמלת הסיעוד ובני משפחותיהם בהליך הביקורת (להלן - שיתוף הציבור). מטרת שיתוף הציבור הייתה לקבל ממקור ראשון, מגוון ככל הניתן, את עמדות הציבור בכל הנוגע לטיפול הניתן לקשישים הסיעודיים ולנטל המוטל על בני המשפחה המטפלים בהם (להלן - בני המשפחה). בתהליך, שאלו נחשפו כ-300,000 אנשים והשתתפו בו 687 משתתפים פעילים, נעשה שימוש משולב בכלי שיתוף איכותניים וכלי שיתוף כמותניים: סקר מקוון עליו בחרו להשיב 516 בני משפחה (להלן - סקר בני המשפחה או הסקר), סקר מקוון שעליו השיבו קשישים, שלוש קבוצות מיקוד וראיונות עומק⁴.

3 נתניה, בת ים, ירושלים ותל אביב-יפו.

4 המידע שהתקבל במסגרת שיתוף הציבור מתבסס על התשובות של מי שבחרו להשיב בלבד. הסקרים המקוונים הופצו לכלל הציבור בעיקר באמצעות הרשתות החברתיות.

הליקויים העיקריים

בט"ל לא מממש כראוי את אחריותו להבטחת איכות הטיפול הביתי

על בט"ל חלה האחריות הכוללת לכך שאיכות הטיפול הביתי תהיה ראויה; אחריות זו מחייבת, בין השאר, קביעת סטנדרטים לאיכות הטיפול המסופק והפעלת פיקוח ובקרה מתאימים שיבטיחו את רמת הטיפול. בט"ל קבע בשני הסכמים את אופן ביצוע הבקרה בבית הקשיש: הסכם אחד נחתם עם משרד הרווחה, ועל פיו משרד הרווחה יבצע עבורו תמורת תשלום באמצעות העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, בקרה על איכות הטיפול הביתי. הסכם שני, דומה, נחתם עם שירותי בריאות כללית, ולפיו גם אחיות שירותי בריאות כללית יבצעו עבורו בקרה על איכות הטיפול הביתי תמורת תשלום. נוסף על כך, נקבע בחוזה הסיעוד שחברות הסיעוד יבצעו בקרה עצמית באמצעות עובדים ייעודיים שיפקחו על אופן מתן השירותים, היקפם ואיכותם (להלן - בקרה עצמית).

בט"ל לא מימש את אחריותו הכוללת להבטחת איכות הטיפול הביתי. לגישתו של בט"ל, יש לו אחריות כוללת על ביצוע החוק, אולם אין לו סמכות אכיפה על השותפים לביצועו. מנגד משרד הרווחה והעובדים הסוציאליים סבורים שאחריותם מתמקדת בביצוע בפועל של הבקרה בבית הקשיש הסיעודי בלבד, ואילו האחריות הכוללת להבטחת איכות הטיפול היא של בט"ל. בכך מתנערים, הלכה למעשה, בט"ל ומשרד הרווחה מאחריותם להבטחת איכות הטיפול.

מתוקף אחריותו היה על בט"ל לוודא כי חוזה ההתקשרות עם חברות הסיעוד יכלול מדדי איכות מתאימים ולקבוע הליך בקרה שיטתי שיבטיח כי חברות הסיעוד יעמדו במדדים הללו. בחוזה הסיעוד הוא לא הגדיר מדדים לאיכות הטיפול שהוא דורש מהן.

מערכת בקרת האיכות שבט"ל מפעיל כשלה: בקרת האיכות שעושים העובדים הסוציאליים אינה מתבצעת בהיקף הנדרש - לפי נתוני בט"ל לגבי שנת 2015, העובדים הסוציאליים דיווחו כי ביצעו פחות ממחצית ממספר ביקורי הבית שהיה עליהם לקיים בבתי הקשישים הזכאים; גם הבקרה העצמית של חברות הסיעוד אינה מתבצעת בהיקף שקבע בט"ל; לבט"ל אין מידע מלא על ממצאי הבקרה שמבצעים גורמי הבקרה - עו"סים, אחיות וחברות הסיעוד - ועל כן הוא אינו יכול להעריך את איכות הטיפול הביתי שניתן לזכאים ולאתר מקרים שבהם ניתן להם טיפול לקוי.

תמונת המצב שעלתה בביקורת היא עגומה: איכות הטיפול הביתי שניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה, לעתים עד כדי הזנחת הקשישים. לא זו

איכות הטיפול הביתי
שניתן לקשישים
סיעודיים רבים
לקויה, לעתים עד
כדי הזנחת
הקשישים

בלבד שיש בכך פגיעה בזכות הקשיש להזדקן בכבוד בביתו, אלא שהדבר אף עלול להחמיר את מצבו הבריאותי - הפיזי והנפשי.

20% מהמשיבים לסקר בני המשפחה ציינו כי להערכתם קרוביהם הקשישים הסיעודיים נפגעו במידה כזאת או אחרת מטיפול ביתי לקוי. היו בני משפחה שציינו כי קשישים הזנחו אף שמטפלת הגיעה לביתם לצורך טיפול ביתי. לפחות מחצית מבני המשפחה שהשיבו לסקר דיווחו כי הטיפול של מטפלות ישראליות אינו עונה על צרכי הקשיש הסיעודי, או שהוא עונה להם באופן חלקי בלבד. יודגש כי התשובות שהתקבלו בתהליך שיתוף הציבור עולות בקנה אחד עם ממצאי מחקר שבוצע בשיתוף בט"ל⁵ ועם תמונת המצב מראיונות ומדיווחים של העו"סים ברשויות המקומיות.

היעדר פיקוח ובקרה על הכשרת המטפלות

טיפול לא מיומן בקשיש הסיעודי עלול להביא לפגיעה בו ולסכן את בריאותו. על כן, טיפול מקצועי ואיכותי בקשישים הסיעודיים מחייב הכשרה מתאימה - ידע ומיומנות. ואולם, בט"ל הסתפק בכך שקבע בחוזה הסיעוד כי חברות הסיעוד יכשירו הכשרה מקצועית רק 30% מהמטפלות המועסקות אצלן (ישראליות זרות גם יחד), ולגבי יתר המטפלות, הוא לא הגדיר את ההיקף והתוכן של ההכשרה הנדרשת. בחודשים ינואר-ספטמבר 2016 מעל 50% משעות הטיפול הביתי שקיבלו הקשישים הסיעודיים ברמות התלות הגבוהות ניתנו על ידי מטפלות שלא קיבלו הכשרה מקצועית. בט"ל לא פעל לאכיפת חובת ההכשרה בהתאם לחוזה הסיעוד. בכך הפכה למעשה דרישת ההכשרה המינימלית ל"אות מתה".

תשלומי יתר וניצול לא יעיל של תקציבי העתק המושקעים בסיעוד

מיליוני שעות טיפול שלא ניתנו לזכאים: בסקר בני המשפחה ציינו חלק ניכר מהמשיבים - כ-40%, שקשישים שהוכרה זכאותם לגמלת סיעוד לא קיבלו את כל שעות הטיפול שהיו זכאים להן מהמטפלות הישראליות. קיימות מגוון סיבות לאי-קבלת מלוא שעות טיפול הביתי; חלקן מוצדקות, למשל היעדרות הקשיש מביתו כתוצאה מאשפוז, וחלקן לא מוצדקות, למשל מטפלת שביצעה עבודה רק בחלק משעות הטיפול אשר להן זכאי הקשיש. במקרים שבהם חברת הסיעוד דיווחה כראוי על השעות שבוצעו בפועל, הרי שהזכאי אמנם לא קיבל את מלוא הטיפול הביתי, אך לפחות לא נגרם נזק



רשויות המדינה לא
נתנו את דעתן
כנדרש על הצורך
לתמוך בבני
המשפחה המטפלים
בקשישים סיעודיים,
ולמעשה זנחו
והותירו אותם
להתמודד עם הנטל
הכבד הכרוך
בטיפול בקשישים
הסיעודיים

כלכלי לבט"ל כיוון שהוא לא שילם עבורן (להלן - שעות טיפול חסרות). ואולם, אם הזכאי לא קיבל את השעות שהוא זכאי להן ובפועל בט"ל שילם לחברת הסיעוד תמורת שעות אלו - הרי שלמעשה מדובר בקבלת תשלום ללא מתן שירות (להלן - "גניבת שעות").

מנתונים שמסר בט"ל למשרד מבקר המדינה עלה כי בשנים 2011-2015 היה היקף שעות הטיפול החסרות כ-16 מיליון שעות, ששווין הכספי הוא כ-680 מיליון ש"ח - כ-3% מסך שעות הטיפול הביתי שהקשישים הסיעודיים היו זכאים להן באותן שנים. משמעות הדבר היא שקשישים רבים לא קיבלו - מסיבות שאינן מוצדקות - שעות טיפול רבות אשר להן הם היו זקוקים. אולם הועלה כי בט"ל אינו מביא לידיעתם של קשישים אלו את העובדה שהם אינם מקבלים את כל שעות הטיפול שלהן הם זכאים ואינו מנחה אותם כיצד למצות את גמלתם.

תופעה של "גניבת שעות": נמצא כי תופעת "גניבת שעות" היא תופעה שכיחה. בתהליך שיתוף הציבור ציינו חלק מהמשיבים כמה סיבות עיקריות לכך שבני המשפחה או הקשישים חותמים על יומני עבודה של מטפלות גם במקרים בהם הם כוללים שעות שבהן לא קיבלו טיפול מהמטפלת: מנהג קלוקל של אי-דיוק בשעות; היעדר פיקוח נאות שיכול לצמצם את התופעה או דיווח לא אמין; התחשבות הקשיש הסיעודי במטפלת.

הנטל הכבד על בני המשפחה והשפעותיו

רשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים סיעודיים, ולמעשה זנחו והותירו אותם להתמודד עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים. מצב זה מביא במישרין לכך שמוטל עומס כבד על בני המשפחה הללו, הגורם פעמים רבות לנזק במצב בריאותם הפיזית והנפשית, עשוי לפגוע במרקם חיי המשפחה ובאיכות החיים שלהם, ואף פוגע בתעסוקתם, לעתים עד כדי ויתור מוחלט על יציאה לעבודה, ובכך גורם נזק כלכלי למשק בכללותו.

נטל גבוה יותר על המשפחה ככל שהקשיש מוגבל יותר בתפקודו: אף שמוסכם על בט"ל כי יש להקצות יותר שעות לטיפול בקשישים ברמות התלות הגבוהות, הדבר לא נעשה. בכך נפגע הטיפול בקשישים אלה והוכבד הנטל על בני משפחותיהם.

הנטל על בני המשפחה בעקבות העסקת מטפלת זרה: בדרך כלל מילוי החובות המוטלות על מי שמעסיק מטפלת זרה כרוך בביצוע משימות שאינן מוכרות לקשיש הסיעודי, כל שכן פעמים רבות הוא אינו יכול לבצען מפאת מצבו התפקודי; היות שכך, נטל זה עובר בהכרח לבני משפחתו, שפעמים רבות אינם מצויים בנככי החובות והכללים הכרוכים בהעסקת מטפלות זרות.

אף שבחינת שינוי המבנה של העסקת המטפלות הזרות עלתה כהמלצה של הוועדה לבחינת סוגיית העובדים הזרים בענף הסיעוד: הבאה, תיווך וטיפול ("ועדת שושני") בדוח שהגישה ב-2014⁶, לא בוצעה עבודת המטה הנדרשת לבחינת האפשרות להעסיק את המטפלות הזרות באמצעות תאגידים ובכך להסיר או לכל הפחות להקל על הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם את הנטל הכרוך בהסדרת חובות המעסיק, ובכלל זה לא נבחנו ההשפעות הכלכליות הכרוכות בכך. נוסף על כך אין פתרון אפקטיבי לבעיה נוספת שעמה צריכים להתמודד הקשיש הסיעודי ובני משפחתו - מציאת סידור חלופי לטיפול בקשיש כאשר המטפלת הזרה הקבועה יוצאת לחופשה, לרבות חופשתה השבועית. הצורך במציאת פתרון חלופי לטיפול, כגון העסקה זמנית של מטפלת זרה חלופית, מונח, בסופו של דבר, לפתחה של המשפחה.

ליקויים בפעילות מרכזי היום לקשישים

מרכזי היום לקשישים⁷ ממלאים תפקיד חשוב בטיפול בקשישים סיעודיים ומספקים להם מסגרת חברתית להפגת בדידותם וכן מאפשרים מנוחה או הפוגה לבני משפחותיהם. אולם רק שיעור קטן של קשישים סיעודיים מבקרים במרכזי היום, ומהם שיעור קטן אף יותר של קשישים סיעודיים עניים, וזאת בין השאר בגין חסמים שונים המונעים את השתתפותם. עקב כך שיעור הניצול של שירות זה ברבים מהמרכזים (כ-40% מהם) קטן מ-70%. מנגד, בקרב הקבוצה הייחודית של קשישים תשושי נפש (להלן - תשושי נפש)⁸, אשר זקוקים להשגחה של 24 שעות ביממה, מורגש מחסור בשירות זה עד כדי אכלוס מרכזי יום ייעודיים מעבר לתפוסתם.

בביקורת עלה שאף כי בט"ל ומשרד הרווחה היו ערים לאורך השנים לחסמים המונעים את השתתפותם של קשישים סיעודיים במרכזי היום, הם לא פעלו להסרתם באופן שיטתי ומתוכנן, ובמועד סיום הביקורת עדיין לא גיבשו תכניות עבודה אופרטיביות להסרת החסמים. בסקר בני המשפחה ציינו יותר ממחצית מהמשיבים כי הם מעוניינים בכך שהמרכזים יהיו פתוחים גם בשעות

6 את הוועדה, בראשות ד"ר שמשון שושני, מינה ביולי 2013 שר הפנים. הוועדה הגישה דוח מסכם והמלצות בספטמבר 2014.

7 מרכזי היום מספקים טיפול אישי לקשיש תחת קורת גג אחת, כדוגמת הזנה, רחצה, טיפול בהפרשות, עזרה בניידות והלבשה, אך גם פעילות חברתית ותרבותית לצורך הפגת הבדידות, שירותים פרה-רפואיים לשימור המצב התפקודי-קוגניטיבי ולמניעת הידרדרותו (כדוגמת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק), שירותי רפואה הניתנים על ידי אחות ושירותים סוציאליים לצורך מעקב אחר הקשישים כדי לוודא שאינם סובלים מהזנחה או מהתעללות.

8 תשוש נפש הוא אדם הסובל מהידרדרות במצבו הקוגניטיבי, לרבות בעיות זיכרון או בעיות בהתמצאות בזמן ובמרחב, בשיפוט המציאות, וכן אדם הסובל ממצבים של אדישות או הפרעות בהתנהגות - מצבים אשר עלולים לסכן אותו ואת האנשים בסביבה שלו.

אחר-הצהריים. אולם, הרוב המוחלט של מרכזי היום אינם פתוחים במתכונת "משמרת שנייה" - בשעות אחר-הצהריים או בשעות הלילה.

הצורך בבחינה מחודשת של ההסדר בחוק הסיעוד ובהיערכות לעתיד


גמלת הסיעוד ניתנת משנת 1988. באותה העת היה ההסדר בחוק הסיעוד חדשני ומהמתקדמים בעולם, אולם מאז חלו שינויים ניכרים: דמוגרפיים, תרבותיים ואחרים.

הצורך בהרחבת מגוון השירותים הכלולים בגמלת הסיעוד: אמנם בט"ל בוחן באופן נקודתי שילוב שירותים נוספים בגמלת הסיעוד, אולם הוא לא ביצע עבודת מטה לבחינת הצורך בהרחבת מגוון שירותי הסיעוד בגמלה, ובכלל זה לא ביצע סקר צרכים עדכני ולא גיבש מתווה להרחבת מגוון שירותי הסיעוד, וועדת הסיעוד של מועצת בט"ל בפרט לא קיימה דיון אסטרטגי בנושא ולא יזמה את עבודת המטה האמורה. יודגש כי הרחבת מגוון שירותי הסיעוד אין משמעה הגדלת הגמלה הניתנת לקשיש, ועל כן אין מדובר בהגדלת התקציב לצורך תשלום הגמלה.

הגמשת ההסדר הקיים לאופן מתן השירותים: ההסדר הקיים לטיפול בקשיש סיעודי הוא מתן הגמלה כשירות לקשיש (גמלה בעין). בט"ל אחראי גם לבחינת ההסדר הזה, לפיתוחו ולהתאמתו לצרכים העתידיים.

על אף השינויים במאפייני מקבלי גמלת הסיעוד, ועל אף המסקנות שעלו במחקרים בנושא הסדרים חלופיים למתן השירותים שבט"ל מימן את ביצועם, הרי שבמועד סיום הביקורת - כשלושים שנה לאחר שנחקק חוק הסיעוד - עדיין לא בחן בט"ל את האפשרות להגמיש את ההסדר שנקבע בחוק על מנת לשפר את איכות חייהם של הקשיש הסיעודי ובני משפחתו.

אי-היערכות לגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד בשנים הבאות: הגידול הצפוי במספר הקשישים, בשיעורם באוכלוסייה והשינוי במאפייניהם אינם תופעה ייחודית לישראל, זוהי תופעה רווחת בעולם, ומדינות רבות נדרשות להיערך לכך. הצורך להיערך לגידול בשיעור מקבלי גמלת הסיעוד בישראל כבר הועלה בעבר על ידי מומחים מהתחום. גם המועצה הלאומית לכלכלה במשרד ראש הממשלה התריעה על כך בשנת 2015. אולם, עלה שבט"ל לא נערך לגידול הצפוי במספר מקבלי גמלת הסיעוד בשנים הבאות. תכניות העבודה שלו לשנים 2016 ו-2017 לא כללו התייחסות לצורך להיערך לגידול הניכר במספר מקבלי גמלת הסיעוד; ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל לא בחנה מהיסוד את ההסדר שנקבע בחוק הסיעוד למערך הטיפול הסיעודי בקהילה ולא את הצורך להתאימו לשינויים המתחוללים וכן לשינויים הצפויים


 ביטוח לאומי לא
 ביצע עבודת מטה
 לבחינת הצורך
 בהרחבת מגוון
 שירותי הסיעוד ולא
 נערך לגידול הצפוי
 במספר מקבלי
 גמלת הסיעוד
 בשנים הבאות

להתחולל בעקבות הגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד. זאת ועוד, אף שבהחלטת ממשלה⁹ הוטל על שר הרווחה להכין תכניות מפורטות להיערכות מערכת הסיעוד בקהילה לפי הערכת המצב האסטרטגית (כלכלית-חברתית) שגובשה בשנת 2015 על ידי המועצה הלאומית לכלכלה - הוא לא עשה כן; השר גם לא דרש מבט"ל להכין תכניות ולא עדכן כנדרש את הממשלה במרץ 2016 על סטטוס ההתקדמות בהתאם לנקבע בהחלטה.

ההמלצות העיקריות

הסדרת האחריות להבטחת איכות הטיפול הביתי: על בט"ל לוודא כי משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית מיישמים את דרכי הבקרה על איכות הטיפול הביתי כפי שנקבע בהסכמים עמם. אם לדעת בט"ל נדרשת הבהרה לסוגיית הכפיפות בין הגופים הרלוונטיים וסמכות הפיקוח עליהם מתבקש שיפעל להסדיר סוגיה זו כך שיובטח שהטיפול הביתי שיקבל הקשיש הסיעודי יהיה בהיקף ובאיכות הנדרשים.

הבטחת איכות הטיפול הביתי: על בט"ל לפתח מנגנוני בקרת איכות על כל מרכיבי הטיפול הביתי; בכלל זה עליו לבחון מחדש את אופן ביצוע הבקרה על טיפול זה ולברר האם יש לעובדים הסוציאליים הכלים והיכולות לפקח על איכותו. כמו כן על בט"ל להבטיח שביקורי הבית לצורך בקרה יתקיימו בתדירות הנדרשת; להכין לאלתר טופס בקרה אחיד לכל גורמי הבקרה הכולל מדדים הניתנים להשוואה שיעידו על איכות הטיפול ושיתריעו על מקרים חריגים; לנתח את הדיווחים באופן שוטף; להשוות בין ממצאי הבקרה העצמית של חברות הסיעוד לממצאי הבקרה של העו"סים והאחיות; לעקוב אחר אופן תיקון הליקויים הנוגעים לטיפול הביתי הניתן לקשישים ולמילוי צורכיהם.

הכשרת המטפלות: על בט"ל לבחון דרכים להעלאת רמתן המקצועית של המטפלות, אם באמצעות הגדרת הטיפול הסיעודי כמקצוע המחייב עמידה בדרישות מתאימות של לימודים והכשרה ואם בדרכים אחרות שיבטיחו שיהיה למטפלת הידע והמיומנות הנדרשים כדי להעניק טיפול באיכות הראויה לכל קשיש בהתאם למצבו, לצרכיו ולמאפייניו הייחודיים.

בקרה על התשלום לחברות הסיעוד: על בט"ל להגביר את הפיקוח על חברות הסיעוד על מנת לטפל בתופעת "גניבת השעות". עד שתופעל מערכת בקרת נוכחות טלפונית, על בט"ל לפעול בהקדם האפשרי לשינוי תבנית הדיווח הממוחשבת שהוא דורש מחברות הסיעוד, כך שהיא תכלול גם דיווח ממוחשב של יומני העבודה. דרך פעולה זו לא רק תאפשר לבחון את מהימנות

הדיווחים, אלא אף תגביר את ההרתעה ותסייע לצמצם את תופעת "גניבת השעות". על בט"ל גם לבחון דרכים להחזר הכספים ששילם ביתר.

העסקת המטפלות הזרות: על רשות האוכלוסין, משרד האוצר, משרד הרווחה בשיתוף גורמי מקצוע בתחום לבחון מהו מבנה ההעסקה הראוי של המטפלות הזרות כך שהעסקתן תתבצע באופן מקצועי תוך שמירה על זכויותיהן ובמטרה להסיר או לכל הפחות להקל על הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם את הנטל הכרוך בהסדרת חובות המעסיק. בין היתר יש לבחון מתן אפשרות בחירה לקשיש אם להעסיק את המטפלת הזרה באופן ישיר או אם לשכור שירותי טיפול של מטפלת זרה מגורם שלישי, כמו תאגיד, כך שהעסקתה תהיה שלא על ידי הקשיש ובני משפחתו. שינוי מבנה ההעסקה יוכל גם לתרום להתייעלות בהשמת המטפלות הזרות כך שהשמתן תתבצע בהתאם לצורכי הקשישים, וכן להקל על מציאת פתרון אפקטיבי לקשיש כאשר המטפלת הזרה שוהה בחופשה באמצעות העסקת מטפלת זרה מחליפה.

הנטל הכבד על בני המשפחה והשפעותיו: על שרי הרווחה והאוצר לבצע עבודת מטה שבה תינתן הדעת על הקשיים שעמם מתמודדים בני המשפחה של הקשישים הסיעודיים ועל העלות הכלכלית המוטלת על כלל המשק עקב קשיים אלה. במסגרת עבודת מטה זו יש למצוא דרכים להקלת ההתמודדות של בני המשפחה עם הטיפול בקשישים סיעודיים - בין באמצעות סיוע ישיר לבני המשפחה, דוגמת הפעלת קבוצות תמיכה, ובין באמצעות סיוע עקיף לבני המשפחה, דהיינו סיוע לקשיש ושיפור הטיפול בו כך שיפחת הצורך שלו בסיוע בני המשפחה. כך גם יופחתו העלויות הכספיות הנגרמות למשק בגין הנזק הנגרם לקשיש הסיעודי ולמשפחתו עקב העומס הרב. למותר לציין כי הצורך בפתרונות האמורים לעיל אין בו כדי לגרוע מהצורך לתת את הדעת גם על הקשיים של הקשישים העריריים הנעדרים תמיכה משפחתית.

מרכזי היום: על בט"ל ומשרד הרווחה לבחון כיצד אפשר להסיר את החסמים שמונעים מזכאים לבקר במרכזי היום. כמו כן עליהם לבחון דרכים להרחבת היקף השירותים הניתנים באזורים שבהם הביקוש הרב לביקור במרכזי היום גדול בהרבה מההיצע, ובכלל זה גם להרחבת שעות הפעילות של המרכזים הקיימים במתכונת "משמרת שנייה" - בשעות אחר הצהריים או בשעות הלילה, בייחוד עבור תשושי הנפש - ובכך לסייע רבות גם לבני משפחותיהם.

הצורך בהרחבת מגוון השירותים הכלולים בגמלת הסיעוד: על שר הרווחה, בהיותו בעל הסמכות החוקית לקביעת סל שירותי הסיעוד, ועל בט"ל, לרבות ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל, למפות את הצרכים המעודכנים של זכאי גמלת הסיעוד בהתאם למצבם הסיעודי, ולבחון הוספת מכלול שירותים מעודכנים שיאפשרו למלא צרכים אלה. הרחבת מגוון השירותים אף עשויה לייעל את מערך השירותים בשל תחרות שתיווצר בין שירותי הטיפול הביתי לשירותים נוספים.

הגמשת ההסדר הקיים לאופן מתן השירותים: על שר הרווחה ועל בט"ל לתת את הדעת על הצורך להגמיש את אפשרויות הבחירה של השירותים הרצויים תוך קיום בקרה על אופן השימוש בגמלה בין אם כשירות בעין, במזומן, בשוברים או בשילוב ביניהם. הקניית גמישות יכולה גם היא להעצים את עצמאות הקשיש ובני משפחתו, ואף עשויה לייעל את מערך השירותים בשל תחרות שתיווצר בין שירות הטיפול הביתי לשירותים אחרים.

היערכות לעתיד: נוכח העובדה כי ההיערכות להזדקנות האוכלוסייה בכלל ולגידול במספר הקשישים הסיעודיים בפרט היא סוגיה אסטרטגית שכלל מדינות העולם נערכות בעניינה ולאור זאת שבט"ל כשל במימוש האחריות שהוטלה עליו בהסדר הקיים לטיפול בקשישים סיעודיים השוהים בביתם, על שר הרווחה, בשיתוף השרים הרלוונטיים, לפעול לטיפול בסוגיה זו. במסגרת זו עליו לבחון מהיסוד את ההסדר הקיים לטיפול הסיעודי, שנקבע בעיקרו בחוק הסיעוד, וכן לבחון את הצורך ברפורמה בתחום מתן הטיפול הסיעודי בקהילה - קביעת תכנית שתגדיר את השינוי הנדרש ויישומה בהתאם. על ההסדר להעמיד במרכז את הקשיש ואת צרכיו הייחודיים כך שהשירותים שהוא יקבל יותאמו למאפייניו ועליו לכלול תהליכי בקרה ומדידה של איכות השירותים הניתנים. יש להבטיח גם שההשקעות הכספיות הניכרות של המדינה במתן שירותי הסיעוד ימוצו באפקטיביות המרבית. הבחינה האמורה יכולה להיעשות באמצעות "ועדה לאומית" בהתאם לעמדת משרד הרווחה ושר הרווחה, (כמפורט להלן בדוח). אין להסתפק ביוזמות הנקודתיות של בט"ל לשיפור השירות לזכאים.

סיכום

זכותו של הקשיש הסיעודי להזדקן בכבוד היא זכות יסוד. ניתן היה לצפות שהקשישים הסיעודיים יקבלו טיפול סיעודי באיכות ראויה, אולם מממצאי הדוח עולים ליקויים רבים וחמורים באיכות הטיפול הביתי הניתן לכ-165,000 קשישים - ליקויים המגיעים לעתים עד כדי הזנחה. הזנחה זו, לא פעם היא חמורה במיוחד כאשר מדובר בקשיש שהוא חסר ישע - שאינו יכול לדאוג לצרכי מחייתו, לבריאותו או לשלמו. הממצאים גם מלמדים על הקושי הרב של בני המשפחה אשר נושאים בנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים. ואולם, רשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים סיעודיים, ולמעשה זנחו והותירו אותם להתמודד עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים.

מהמתואר בדוח מצטיירת אפוא תמונה חמורה ומדאיגה ולפיה איכות הטיפול הביתי הניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה. רשויות המדינה המעורבות בהבטחת איכות הטיפול - בין שמדובר בבט"ל ובין שמדובר במשרד הרווחה - אינן פועלות כמי שהאחריות לכך מונחת לפתחיהן ומתנערות הלכה למעשה, כל אחת בחלקה, מאחריותן להבטחת איכות הטיפול. פועל יוצא מכך הוא גם ניצול לא יעיל של כספי הציבור - בעוד שההוצאה הציבורית על הטיפול היא עצומה - מיליארדי שקלים בכל שנה ושנה, לא ניתן לומר כי תקציב זה מנוצל ביעילות ולמטרתו. בט"ל אמנם מכיר באחריותו הכוללת ליישום חוק הסיעוד, ואולם הוא כמו גם משרד הרווחה, מגלגלים האחד לרעהו את האחריות להבטחת איכות הטיפול שניתן לקשיש הסיעודי במסגרת גמלת הסיעוד. ההשלכות של גלגול האחריות עולות בקנה אחד עם ממצאי הביקורת, המלמדים על כשל באיכות הטיפול שניתן למקבלי גמלת הסיעוד. זהו מצב שאין להסכים עמו ויש לפעול להפסיקו לאלתר.

על בט"ל לבחון דרכים להעלאת רמתן המקצועית של המטפלות, אם באמצעות הגדרת הטיפול הסיעודי כמקצוע המחייב עמידה בדרישות מתאימות של לימודים והכשרה ואם בדרכים אחרות שיבטיחו שיהיה למטפלת הידע והמיומנות הנדרשים כדי להעניק טיפול באיכות הראויה לכל קשיש בהתאם למצבו, לצרכיו ולמאפייניו הייחודיים. גמלת הסיעוד ניתנת משנת 1988, באותה העת היה ההסדר בחוק הסיעוד חדשני ומהמתקדמים בעולם. אולם, בט"ל לא מימש את אחריותו לבחון את הצורך בעדכון ההסדר לטיפול סיעודי בקהילה שנקבע בעיקרו בחוק הסיעוד לפני כשלושים שנה ולהתאימו לצרכים המשתנים, ובכלל זה הוא לא ביצע עבודת מטה ולא גיבש רפורמה כדי לאפשר את הרחבת מגוון שירותי הסיעוד ולהיערך לגידול הצפוי בשנים הבאות במספר הקשישים הסיעודיים.

חוסנה של מדינה אינו מתבטא רק בעוצמתה הביטחונית והכלכלית, אלא גם בדאגה לאזרחיה הוותיקים - בני משפחותינו המה, יקירנו הזקוקים לנו. אחריות

על שר הרווחה,
הנושא באחריות
המיניסטריואלית
למימוש חוק
הסיעוד, לגבש
רפורמה מקיפה
בתחום זה שתאפשר
לטפל בכשלים
שהועלו ולהיערך
למילוי צורכי העתיד

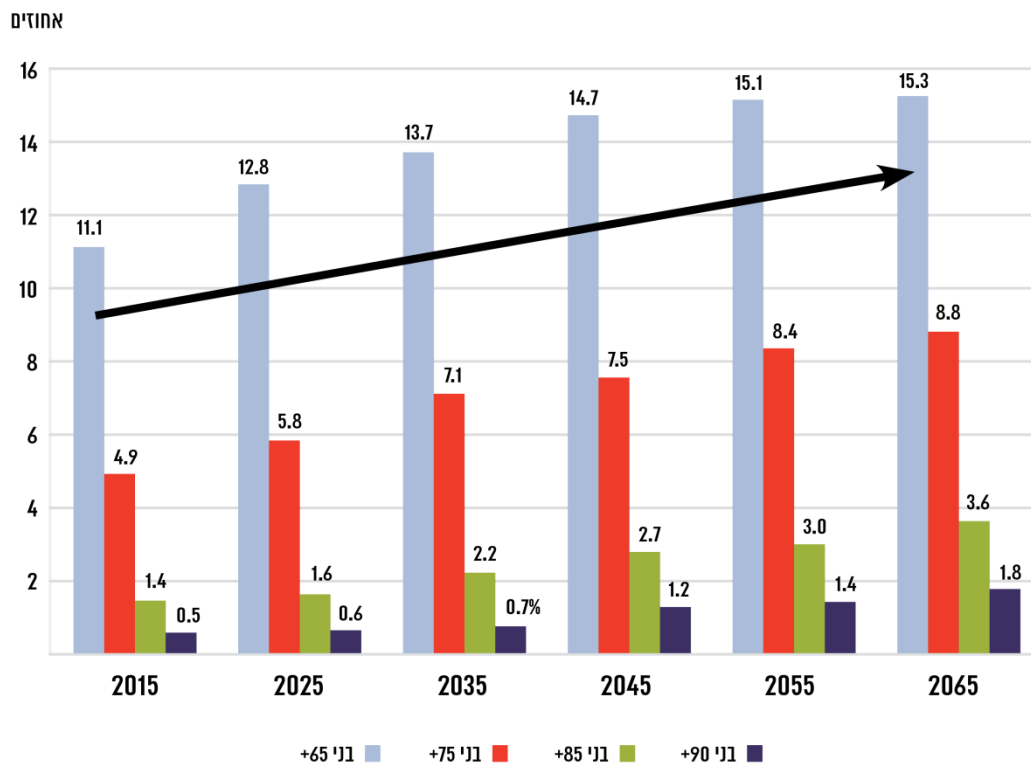
כבדה מוטלת על החברה המחויבת בכבודם של הקשישים, אנו נדרשים להבטיח שבערוב ימיו יחיה כל אדם את שארית חייו בכבוד. ראוי כי הממשלה כולה תגבש מדיניות לאומית שתבטיח את זכותם של הקשישים לחיים בכבוד אנושי וכלכלי. ובפרט על שר הרווחה, הנושא באחריות המיניסטריואלית למימוש חוק הסיעוד, לגבש רפורמה מקיפה בתחום זה שתאפשר לטפל בכשלים שהועלו בין השאר בדוח זה וכן תאפשר להיערך למילוי צורכי העתיד, ובכלל זה: להציע פתרונות להקלת ההתמודדות של בני המשפחה עם הטיפול בקשישים סיעודיים ולהפחתת שחיקתם; לבחון מה הם הצרכים של זכאי גמלת הסיעוד הנוגעים למצבם הסיעודי ובהתאם לכך להציע שירותים והסדרים נוספים שיאפשרו למלא צרכים אלה תוך הרחבת חופש הבחירה של מקבלי הגמלה באופן שהשירותים וההסדרים יתאימו במידה רבה יותר לצרכים האישיים של הקשיש; כן עליו לבחון מהיסוד בשיתוף השרים הרלוונטיים את ההסדר הקיים לטיפול בקשישים סיעודיים, בפרט לאור הצורך בגיבוש תכנית אופרטיבית לגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד בקהילה.



מבוא

העלייה בתוחלת החיים ובהתאם לכך הגידול בשיעור הקשישים באוכלוסייה מאפיינים את כלל המדינות המפותחות בעולם לרבות ישראל. אמנם ישראל היא מדינה עם אוכלוסייה צעירה יחסית¹⁰, אולם העלייה בתוחלת החיים בה והעלייה בשיעור הקשישים באוכלוסייתה הן מהגבוהות בעולם¹¹. תרשים 1 להלן מתאר את תחזית הגידול בשיעור הקשישים בגילאים השונים בקרב כלל האוכלוסייה בישראל בשנים 2015-2065.¹²

תרשים 1: תחזית הגידול בשיעור הקשישים בגילאים השונים בקרב כלל האוכלוסייה לפי גיל בשנים נבחרות (באחוזים מכלל האוכלוסייה)



בשנת 2015 שיעור הקשישים בישראל מעל גיל 65 היה כ-11.1% מכלל האוכלוסייה. על פי התחזית בשנת 2035 שיעור הקשישים בישראל יעלה

10 שיעור הקשישים בישראל מכלל האוכלוסייה קטן יחסית למדינות המפותחות.
 11 ג'ני ברודסקי ואח', **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015**, עמ' 330-332.
 12 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **הודעה לתקשורת**, 21.5.17.

לכ-13.7% מכלל האוכלוסייה. אוכלוסיית הקשישים עצמה מזדקנת אף היא, ושיעור הקשישים מעל גיל 75, מעל גיל 85 ומעל גיל 90 מתוך כלל אוכלוסיית הקשישים נמצא בעלייה מתמדת. חלק מהקשישים, ובייחוד המבוגרים שבהם, סובלים מבעיות בריאות ומפגיעה בתפקוד הפיזי¹³ ותלויים בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום-יום - לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה וניידות עצמית בבית, ועל כן זקוקים לסיוע סיעודי. חלק מהקשישים זקוקים גם להשגחה עקב פגיעה בתפקודם הקוגניטיבי (יכולות החשיבה) והמנטלי (התפקוד הרגשי וההתנהגותי) - הם סובלים מתופעות כגון דמנציה, הפרעות אחרות ביזרון, אדישות, חוסר התמצאות ולעיתים אף התנהגות תוקפנית. קשישים שאינם יכולים לדאוג לצרכי מחייתם, לבריאותם או לשלומם עונים להגדרה של חסרי ישע בחוק העונשין, התשל"ז-1977. הזנחה של קשישים חסרי ישע עלולה לפגוע לא רק במצבם הפיזי אלא גם במצבם הרגשי והנפשי, במקרים מסוימים אף עלולה לעלות כדי עברה פלילית של פגיעה בחסרי ישע¹⁴. כחלק מהזדקנות האוכלוסייה עלה עם השנים מספר הקשישים הזקוקים לסיוע סיעודי, ומספר זה צפוי להוסיף ולעלות בעתיד ולהגיע בשנת 2035 לכ-361,000 מקבלי גמלת סיעוד¹⁵.

מחובת המדינה להבטיח את הזכויות הבסיסיות של קשישים הזקוקים לסיוע סיעודי, וזאת בראש ובראשונה בשל הזכות לכבוד שהיא בעלת מעמד חוקתי - על-חוקי. סעיף 2 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו (להלן - חוק יסוד כבוד האדם) קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". סעיף 4 לחוק יסוד כבוד האדם קובע כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". לעניין זה עמד בג"ץ על כך ש"חובתה של המדינה היא כפולה: ראשית, מוטלת עליה החובה שלא לפגוע בכבוד האדם. זהו ההיבט ה'שלילי'... של הזכות... שנית, מוטלת עליה החובה להגן על כבוד האדם. זהו ההיבט ה'חיובי'... של הזכות... שניהם נובעים מפירושה של הזכות לכבוד, כפי שהיא מעוגנת בחוק היסודי"¹⁶. בעניין אחר עמד בג"ץ על כי "הזדקנות האוכלוסייה, והעלייה המשמעותית בתוחלת החיים, מציבות בפני החברה ובפני המשפט אתגרים חדשים. עקרונות של ערבות הדדית בין-דורית, הבנויים על כיבוד האזרח המבוגר ודאגה לצרכיו, מחייבים התאמה של התבניות החברתיות והמשפטיות למציאות הדינמית המשתנה... קיומה של חברה רב-גילית ההולכת ומתפתחת עקב השינויים הדמוגרפיים המתרחשים, מחייב קיומה של סולידריות בין-גילית כיסוד חיוני להבטחת כבוד חברתי לשכבות הגיל השונות בחברה...

13 בשנת 2015 אומדן הקשישים שגרו בקהילה והיו מוגבלים בתפקוד הפיזי - התקשו מאוד בביצוע או שכלל לא יכלו לבצע פעולות הקשורות למשק הבית (ניקיון, קניות וסידורים מחוץ לבית) עמד על כ-30% מהקשישים שהתגוררו בקהילה - ג'ני ברודסקי ואח', **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015**, עמ' 119-120.

14 ראו מבקר המדינה, **דוחות על הביקורת בשלטון המקומי לשנת 2010** (פורסם בשנת 2011), "טיפול הרשויות המקומיות בהגנה על קטינים ועל זקנים חסרי ישע בתחומן", עמ' 265-329.

15 ראו עוד בעניין זה להלן, בפרק "הצורך בבחינה מחודשת של ההסדר בחוק הסיעוד ובהיערכות לעתיד".

16 הנשיא (כתוארו אז) ברק בבג"ץ 366/03 **עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נ' שר האוצר**, פ"ד (3) 464 (2005), עמ' 479.

הבטחת האחריות והאחווה ההדדית בחברה מחייבת, אפוא, להעניק לאזרח הוותיק, כמו לכל פרט אחר בחברה, אמצעי קיום שיגשימו את זכותו לקיום בכבוד אנושי וכלכלי¹⁷.

על המדינה להבטיח את הזכויות הבסיסיות של הקשישים הסיעודיים באמצעות מארג של תמיכות סוציאליות שונות. לעניין זה קבע בג"ץ כי "הזכות לכבוד, ואף הזכות לקיום בכבוד, אינה הזכות לגמלה חודשית בסכום מסוים. זו הזכות לכך, שבהינתן כל מערכות התמיכה והסיוע, יישמר – בבחינה תוצאתית – כבודו של האדם". בהמשך, עמד בג"ץ על כך ש"כבוד האדם נפגע אם אותו אדם מבקש לקיים חיי אנוש בחברה שלה הוא משתייך אך מוצא כי דלו אמצעיו ותש כוחו לעשות כן. אדם שכזה זכאי כי המדינה תפעל כדי להגן על כבודו"¹⁸.

לאמנות בין-לאומיות שישראל היא צד להן ערך מנחה ומכוון לא רק במישור הבין-לאומי, אלא גם בפרשנות דברי חקיקה פנימיים. בפסיקה נקבעה חזקה פרשנית לפיה קיימת התאמה בין הדין הישראלי ובין נורמות של המשפט הבין-לאומי המחייבות את מדינת ישראל כך שיש לפרש את החוק הישראלי ככל הניתן באופן העולה בקנה אחד עם הדין הבין-לאומי¹⁹. האמנה הבין-לאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות משנת 1966 (להלן - האמנה), שאותה אשררה מדינת ישראל בשנת 1991, קובעת כמה זכויות אשר רלוונטיות לקשישים. למשל, סעיף 11 לאמנה קובע את הזכות לרמת חיים נאותה, ובמסגרתו נקבע כי "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל אדם לרמת חיים נאותה עבורו ועבור משפחתו, לרבות מזון, מלבושים ודיור נאותים, ולשיפור מתמיד בתנאי קיומו"; סעיף 12 קובע כי "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה". עוד נקבע כי הצעדים שיינקטו למען השגת מימושה המלא של הזכות האמורה יכללו את אותם הצעדים הנחוצים כדי להבטיח, בין היתר: "יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה". כבר בשנת 1995 הוועדה המייעצת של האו"ם לאמנה זו הוציאה "הערה פרשנית"²⁰ מיוחדת העוסקת הן בזכויות אנשים מבוגרים בהתאם לאמנה, והן בפרשנות הראויה של האמנה בנוגע לאנשים מבוגרים וזכויותיהם. בשנת 2002 התכנסה במדריד העצרת הבין-לאומית השנייה בנושא הזדקנות האוכלוסייה²¹.

17 בג"ץ 1181/03 **אוניברסיטת בר-אילן נ' בית הדין הארצי לעבודה**, פ"ד סד(3) 204 פס' 36-37 לפסק דינה של השופטת פרוקצ'יה (2011).

18 בג"ץ 366/03 **עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נ' שר האוצר**, פ"ד ס(3) 464 (2005), עמ' 485-484.

19 ראו לדוגמה: בג"ץ 7146/12 **אדם נ' הכנסת** (פורסם במאגר ממוחשב, 16.9.13).

20 ראו:

Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons: General Comment 6, U.N. ESCOR, Econ., Soc., & Cultural Rts. Comm., 13th Sess., para 11, UN Doc. E/C.12/1995/16/Rev.1 (1995).

21

Second World Assembly on Ageing (8-12 April 2002) Madrid, Spain.

נציג ישראל בעצרת זו אף הצהיר לפני העצרת על המחויבות של מדינת ישראל לנושא, והדגיש את החשיבות של הישגותו של הקשיש בביתו.²²

על פי מדיניות זו, ובעקבות הסכמה רחבה שכלל הקשישים ובני משפחותיהם מעדיפים כי הקשישים ימשיכו להתגורר בבית זמן רב ככל שניתן וכי הטיפול המוסדי בקשישים יקר יותר מהטיפול בבית²³, מסייעת המדינה, בעיקר באמצעות המוסד לביטוח לאומי (להלן - הביטוח הלאומי או בט"ל), לקשישים המתגוררים בבית הזקוקים לסיוע סיעודי. הסיוע של בט"ל ניתן בשנת 2016 לכ-165,000²⁴ קשישים באמצעות גמלת סיעוד לפי התנאים שנקבעו בפרק י בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (פרק י בחוק זה ייקרא להלן - חוק הסיעוד), ובהתאם לתקנות שנקבעו לפיו. כמו כן, המדינה מספקת לקשישים הזקוקים לסיוע סיעודי פתרון מוסדי באמצעות אשפוז סיעודי, זאת מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. בשנת 2015 יועדו כ-21,000 מיטות במוסדות לקשישים שנוקקו לאשפוז סיעודי²⁵.

זכאי לגמלת סיעוד הוא מי שהגיע לגיל הפרישה - 62 שנה לנשים ו-67 שנה לגברים - והוא תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום-יום או זקוק להשגחה למניעת נזק לעצמו או לאחרים; הוא אינו מטופל במוסד סיעודי, והכנסתו החודשית אינה עולה על 150% מהשכר הממוצע במשק²⁶. בט"ל קובע את מידת התלות של הקשיש ואת הצורך שלו בהשגחה, לרוב באמצעות מבחן הערכת תלות. חוק הסיעוד קובע שככלל, גמלת הסיעוד תינתן באמצעות השתתפות בט"ל בתשלום בעד "שירותי סיעוד" ("גמלה בעין"), ולא באמצעות תשלום כספי ישיר לזכאי, כמקובל בענפי ביטוח אחרים של בט"ל²⁷ ("גמלה בכסף"). גמלת הסיעוד מאפשרת לזכאי לבחור מתוך סל שירותים ומוצרים המיועדים לסייע בביצוע פעולות יום-יום או בהשגחה או בניהול משק בית (להלן - סל שירותי הסיעוד). סל זה כולל טיפול אישי בבית (להלן - טיפול ביתי או טיפול סיעודי) באמצעות מטפלת או מטפל (היות שרוב המטפלים והמטפלות הן

22 ראו: <http://www.un.org/swaa2002/coverage/israelE.htm>

23 אסתר יקוביץ, **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם** (2011), המוסד לביטוח לאומי (להלן - תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים), עמ' 1.

24 ממוצע הזכאים החודשי בשנת 2016. המוסד לביטוח לאומי, **ירחון סטטיסטי מז' 5** (2017), לוח 3.2.1.

25 ג'ני ברודסקי ואח', **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015**, עמ' 323, 326.

26 עד השכר הממוצע במשק זכאי לגמלה מלאה, מעל השכר הממוצע ועד 150% ממנו זכאי לחצי מהגמלה.

27 חוק הסיעוד קובע כי בתנאים מסוימים יכול הזכאי לקבל את גמלת הסיעוד כגמלה בכסף.

נשים, להלן - מטפלת); ביקור במרכז יום לקשיש²⁸; אספקת מוצרי ספיגה; שירותי כביסה ומנוי חודשי לשירותי השגחה (לחצן מצוקה)²⁹.

בשנת 2016 מימן בט"ל בכ-5.8 מיליארד ש"ח את תחום הסיעוד³⁰. יודגש כי היקף הגמלה המרבי הקבוע בחוק מצומצם יחסית - שיעור שעות הטיפול הביתי הוא לכל היותר 13% מסך השעות בשבוע³¹ - ומכאן שקיימים מקרים שבהם גמלת הסיעוד אינה מכסה את כלל ההוצאה על הטיפול הסיעודי בקשיש השוהה בביתו, והיא אינה מאפשרת לקשישים, חסרי משאבים כלכליים, להמשיך לגור בקהילה. נוסף על ההוצאה הציבורית על טיפול סיעודי הניתן לקשישים המתגוררים בביתם, ההוצאה הפרטית על כך נאמדה בשנת 2013 בכ-3.8 מיליארד ש"ח³².

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר 2016 - ינואר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את אופן טיפולה של המדינה בקשישים שמקבלים גמלת סיעוד (להלן - קשישים סיעודיים או הזכאים) ובבני משפחותיהם תוך התמקדות בבחינת איכות הטיפול הביתי, הבקרה עליו, מבחן הערכת התלות, העומס המוטל על בני המשפחה ופעילות מרכזי היום לקשישים. הבדיקות נעשו בבט"ל וכן במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה). בדיקות השלמה נעשו ברשות האוכלוסין וההגירה (להלן - רשות האוכלוסין), במשרד האוצר, במרכז השלטון המקומי בישראל, בשירותי בריאות כללית ובארבע רשויות מקומיות³³.

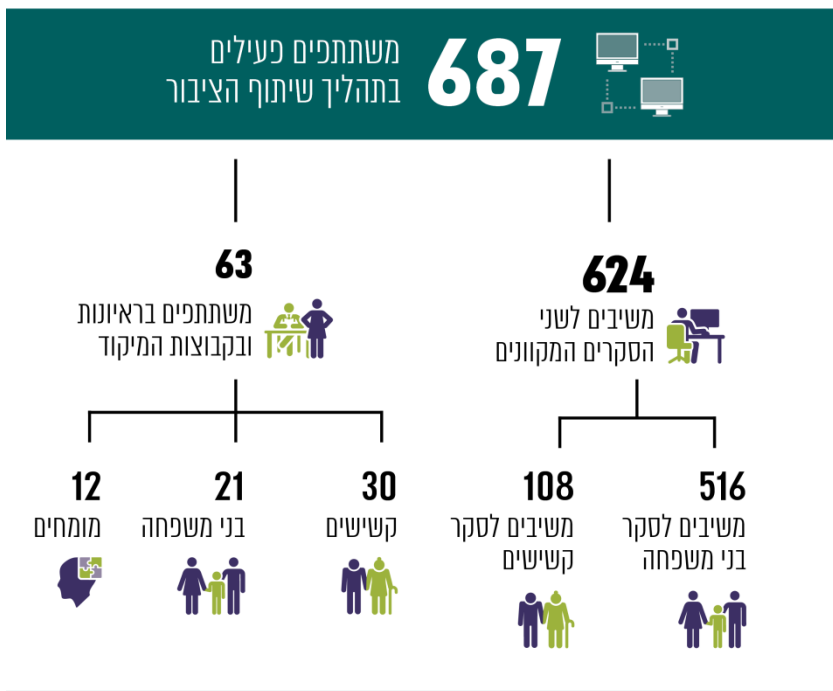
- 28 מרכזי היום מספקים טיפול אישי לקשיש תחת קורת גג אחת, כדוגמת הזנה, רחצה, טיפול בהפרשות, עזרה בניידות והלבשה, אך גם פעילות חברתית ותרבותית לצורך הפגת הבדידות, שירותים פרה-רפואיים לשימור המצב התפקודי-קוגניטיבי ולמניעת הידרדרותו (כדוגמת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק), שירותי רפואה הניתנים על ידי אחות ושירותים סוציאליים לצורך מעקב אחר הקשישים כדי לוודא שאינם סובלים מהזנחה או מהתעללות.
- 29 סעיף 223 ולוח ח'2 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.
- 30 המוסד לביטוח לאומי, **ירחון סטטיסטי מז' 5** (2017), לוח 3.1. נוסף על מימון גמלת הסיעוד לקשישים בט"ל שילם עבור ביצוע הערכות תלות, פיתוח שירותי סיעוד נוספים, מחקרים ועוד.
- 31 מי שזכאי לגמלה ברמה המרבית ולא מעסיק מטפלת זרה זכאי לכל היותר ל-22 שעות טיפול ביתי בשבוע, מתוך סך השעות בשבוע - 168.
- 32 ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 10.
- 33 נתניה, בת ים, ירושלים ותל אביב-יפו.

שיתוף הציבור בהליך הביקורת

כבכל דוח ביקורת שעושה משרד מבקר המדינה, גם דוח זה בוצע באמצעות כלי ביקורת מקובלים ובהתבסס על מידע ומסמכים שנאספו מכל המקורות הרלוונטיים לנושא המבוקר; ואולם, היות ומדובר בנושא לו זיקה חזקה מאד לציבור, באופן הפרטי והאישי, מצא לנכון משרד מבקר המדינה להוסיף על כלי הביקורת הרגילים גם תהליך של שיתוף ציבור מקבלי גמלת הסיעוד ובני משפחותיהם בהליך הביקורת (להלן - שיתוף הציבור). מטרת שיתוף הציבור הייתה לקבל ממקור ראשון, מגוון ככל הניתן, את עמדות הציבור בכל הנוגע לטיפול הניתן לקשישים הסיעודיים ולנטל המוטל על בני המשפחה המטפלים בהם (להלן - בני המשפחה). בתהליך, שאליו נחשפו כ-300,000 אנשים והשתתפו בו 687 משתתפים פעילים, נעשה שימוש משולב בכלי שיתוף איכותניים וכלי שיתוף כמותניים: סקר מקוון עליו בחרו להשיב 516 בני משפחה (להלן - סקר בני המשפחה או הסקר), סקר מקוון שעליו השיבו קשישים, שלוש קבוצות מיקוד וראיונות עומק³⁴. בתרשים שלהלן יתואר תהליך שיתוף הציבור בנושא הטיפול הניתן לקשישים הסיעודיים:

34 קבוצות מיקוד וראיונות הם שני כלים איכותניים המאפשרים שיח מעמיק שבאמצעותו ניתן לבחון עמדות, צרכים ותפיסות. בכלים אלה הושם דגש על למידת החוויות האישיות של הקשישים ובני משפחותיהם, תוך קבלת דוגמאות מוחשיות לליקויים שהועלו בביקורת. המידע שהתקבל במסגרת שיתוף הציבור מתבסס על התשובות של מי שבחרו להשיב בלבד. הסקרים המקוונים הופצו לכלל הציבור בעיקר באמצעות הרשתות החברתיות.

תרשים 2: תהליך שיתוף הציבור



כבר עתה יובהר בנוגע לניתוח ממצאי הביקורת ותהליך שיתוף הציבור אשר יוצגו להלן, כי יש להביא בחשבון שפעמים רבות הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם הם למעשה בגדר "לקוח שבוי" ומוחלש במובן זה שהם נכונים להתפשר על איכות הטיפול שמקבל הקשיש, בין השאר בשל החשש מעזיבת המטפלת, בשל ההיכרות עמה והקשר הרגשי והמתמשך שמתפתח לא פעם בינה לבין הקשיש ומשפחתו, ובשל קשיים אחרים - הקושי במציאת מטפלת מתאימה אחרת, הקושי לפעול מול חברות הסיעוד, החשש "להכניס מישהי זרה הביתה בכל פעם מחדש", והקושי להסתגל למטפלת חדשה.

ליקויים בטיפול הביתי

כמעט כל מקבלי גמלת הסיעוד מקבלים שירותי סיעוד של טיפול ביתי, ורק מתי מעט מהם מקבלים גמלה בכסף³⁵. את שירותי הטיפול הביתי מספקים עבור בט"ל 116 חברות סיעוד ומוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים)³⁶ (להלן - חברות הסיעוד), שזכו במכרזים שפרסם בט"ל³⁷. בחודש דצמבר 2015 העסיקו חברות הסיעוד כ-80,000 מטפלות ישראליות³⁸ ונוסף על כך, כ-37,000 מקבלי גמלת סיעוד העסיקו מטפלות זרות³⁹. ככלל, כאשר עובדת זרה מטפלת בקשיש, המעסיקים הם חברת הסיעוד והקשיש - חברת הסיעוד מעסיקה את המטפלת בהיקף שעות הזכאות שקבע בט"ל לקשיש (עד 18 שעות בשבוע) והקשיש מעסיק את המטפלת בשאר השעות, בהתאם התשלום למטפלות זרות משולם הן על ידי החברה (שמקבלת את התשלום עבור השעות מבט"ל) והן על ידי הקשיש עצמו. בט"ל שילם בשנת 2016 כ-5.2 מיליארד ש"ח לחברות הסיעוד עבור טיפול ביתי לזכאים.

בט"ל לא מממש כראוי את אחריותו להבטחת איכות הטיפול הביתי

אחריות כוללת של בט"ל להבטחת איכות הטיפול הביתי: הרשות הציבורית "כל כולה לא נוצרה כי אם לשרת את הכלל, ומשלה אין לה ולא כלום: כל אשר יש לה מופקד בידיה כנאמן"⁴⁰. בט"ל מופקד על יישומו של חוק הסיעוד ובכלל זה הוא נושא באחריות הכוללת להבטחת איכות השירות הניתן במסגרת גמלת הסיעוד. מתוקף אחריותו הכוללת להבטחת איכות הטיפול הסיעודי, בט"ל קבע, בסוף שנות השמונים של המאה העשרים (לפני כשלושים שנה) בסמוך למועד החלת הזכות לגמלת סיעוד, אילו שירותים ומוצרים נכללים

- 35 המוסד לביטוח לאומי, **היבטים בביטוח סיעוד 2015** (2017), עמ' 27.
- 36 בדצמבר 2015 סיפקו את הטיפול הביתי 69 חברות סיעוד ו-47 מלכ"רים - המוסד לביטוח לאומי, **היבטים בביטוח סיעוד 2015** (2017), עמ' 27.
- 37 לאחר שבט"ל קובע כי קשיש זכאי לגמלת סיעוד הוא מעביר את מסמכי התביעות שלגביהן הוא קבע זכאות לוועדה מקומית מקצועית (ראו להלן) שקובעת, בין היתר, איזו חברת סיעוד - מתוך מאגר חברות שבט"ל העמיד לרשותה - תספק לקשיש את הטיפול הביתי. לצורך בחירת החברות שייכללו במאגר פרסם בט"ל מכרז בשנת 2008 (ומכרז משלים בשנת 2011).
- 38 המוסד לביטוח לאומי, **היבטים בביטוח סיעוד 2015** (2017), עמ' 24.
- 39 המוסד לביטוח לאומי, **דוח שנתי 2015** (2016), עמ' 124.
- 40 בג"ץ 142/70 **שפירא נ' הוועד המחוזי של לשכת עורכי-הדין ירושלים**, פ"ד כה(1) 325, 331 (1971).

בסל שירותי הסיעוד⁴¹; הוא פרסם מכרזים למתן הטיפול הביתי (להלן - מכרז הסיעוד) ומשלם ישירות לחברות סיעוד תמורת מתן שירות זה לזכאים; במסמכי מכרז הסיעוד הוא קבע הנחיות לאופן מתן השירות, ובהתאם לכך חברות הסיעוד התחייבו ליישמו בחוזה שחתם עמן (להלן - חוזה הסיעוד). בט"ל, בשיתוף משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית, מנחה את חברות הסיעוד כיצד לבצע בקרה על הטיפול הביתי בהתאם להתחייבותן בחוזה הסיעוד; כמו כן בט"ל נוקט סנקציות נגד חברות סיעוד שנמצאו ליקויים בשירות שנתנו⁴². נוסף על כך, על מנת להבטיח כי חברות הסיעוד יספקו טיפול איכותי, נציג בט"ל יכול, בהתאם לחוזה הסיעוד, לפקח על הטיפול שמספקות חברות הסיעוד כדי להבטיח טיפול איכותי לזכאי. היחידה הארגונית בבט"ל האחראית על תחום גמלת הסיעוד היא אגף הסיעוד (להלן - אגף הסיעוד).

האחריות לביצוע בדיקת איכות הטיפול הביתי: חוק הסיעוד קובע כי שר הרווחה ימנה ועדות מקומיות מקצועיות לענייני סיעוד (להלן - ועדות מקומיות) שתפקידן הוא לקבוע את שירותי הסיעוד שיש לספק לזכאי, לקבוע מי יספק את השירותים לזכאי ולדאוג שהם יסופקו. חברי הוועדות המקומיות הם עובדים סוציאליים (להלן - עו"סים) מטעם המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית, אחות משירותי בריאות כללית ונציג בט"ל. לפי צו הביטוח הלאומי (ביטוח סיעוד) (ועדות מקומיות מקצועיות), התשמ"ח-1988, עו"ס מהמחלקה לשירותים חברתיים אמור לרכז את עבודת הוועדה ולפקח מטעמה על מתן שירותי הסיעוד.

על מנת לבחון את איכות הטיפול הביתי, קבע בט"ל שהבקרה בפועל תבצע⁴³ באמצעות ביקורי פיקוח של עובד מקצועי אחראי (להלן - עמ"א) - עו"ס מטעם המחלקה לשירותים חברתיים או אחות משירותי בריאות כללית. בט"ל קבע בשני הסכמים את אופן ביצוע הבקרה בבית הקשיש: הסכם אחד נחתם עם משרד הרווחה באפריל 2008, ועל פיו משרד הרווחה באמצעות העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים, יבצעו עבורו תמורת תשלום בקרה על איכות הטיפול הביתי. הסכם שני, דומה, נחתם עם שירותי בריאות כללית, ולפיו גם אחיות שירותי בריאות כללית יבצעו עבורו בקרה על איכות הטיפול הביתי תמורת תשלום. משמע שהפיקוח והבקרה של הוועדות המקומיות ועמ"א

41 יצוין כי עד יולי 2016 הסמכות לקבוע אילו שירותים יכללו בגמלת הסיעוד הייתה נתונה בידי בט"ל, וביוני 2016 שונה החוק ונקבע בו כי בסמכות שר הרווחה, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה, לשנות את מגוון השירותים הניתנים במסגרת הגמלה.

42 בהתאם לממצאי בקרות שמבצעים רואי חשבון חיצוניים מטעם בט"ל בסניפים של חברות סיעוד. בבקורות בדקים רואי החשבון בין היתר את תנאי העסקת כוח האדם, את מאפייני כוח האדם, את אופן ניהול יומני העבודה של המטפלות ואת האופן והתדירות של ביצוע ביקורי הבקרה על הטיפול הביתי שהחברות מחויבות לבצע, אך לא את איכות הטיפול הביתי שניתן לקשישים.

43 בהתאם להנחיות בט"ל המפורטות בתדריך ובחוזרים שקבע בט"ל בשיתוף משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית.

מעוגנים בהנחיות ובהסכמים של בט"ל - האמון כאמור על יישומו של חוק הסיעוד.

מבקר המדינה⁴⁴ קבע כי על משרדי ממשלה שמפעילים שירותים חברתיים באמצעות ארגונים פרטיים להבטיח כי השירותים החברתיים המסופקים יהיו איכותיים. לשם כך עליהם, בין היתר, לקבוע סטנדרטים להפעלה, לוודא שהארגונים עומדים בסטנדרטים שנקבעו ולנהל מנגנוני פיקוח ובקרה שיאפשרו להם להעריך את איכות השירותים המסופקים. הדברים האמורים, הנוגעים למשרדי הממשלה, יפים גם לגבי בט"ל. בהתאם לכך, לעניין חוק הסיעוד, אמנם את שירות הטיפול הביתי נותנים חברות ומלכ"רים, אך השירות במהותו הוא שירות ציבורי ואספקתו נותרת באחריותו המלאה של בט"ל, אף אם הגופים אשר מספקים את השירות בפועל הם גופים פרטיים. בעניין זה ציינה הוועדה לשינוי חברתי-כלכלי⁴⁵ (להלן - ועדת טרכטנברג) ב-2011: "החשוב הוא להבטיח כי אחריותה הכוללת של הממשלה לאספקתו של השירות הציבורי, לאיכותו ולזמינותו לא תפחת בין אם היא בחרה בדרך של אספקת המוצר בעצמה או באמצעות גורם חיצוני"

מכלל האמור יוצא כי בט"ל האמון על חוק הסיעוד - ככל רשות ציבורית המספקת שירות לציבור - נושא באחריות הכוללת לאספקתם של שירותי הסיעוד. כפועל יוצא מכך, על בט"ל חלה האחריות הכוללת לכך שאיכות הטיפול הביתי תהיה ראויה והוא אף קבע כאמור בהסכמים את אופן ביצוע הבקרה על כך בבית הקשיש; אחריות זו מחייבת, בין השאר, קביעת סטנדרטים לאיכות הטיפול המסופק והפעלת פיקוח ובקרה מתאימים שיבטיחו את רמת הטיפול.

ואולם בביקורת התברר כי בפועל בט"ל לא מימש את אחריותו הכוללת להבטחת איכות הטיפול הביתי. המשנה למנכ"ל ומנהלת מינהל הגמלאות בבט"ל - הממונה בין השאר על אגף הסיעוד - הסבירה⁴⁶ כי בט"ל מתמקד במתן אישור הזכאות ואילו הבטחת איכות הטיפול מוטלת על משרד הרווחה, העובדים הסוציאליים והוועדות המקומיות. מנגד התברר שמשרד הרווחה והעובדים הסוציאליים סבורים שהאחריות הכוללת להבטחת איכות הטיפול היא של בט"ל, ושהם רק מבצעים בפועל את הבקרה בבית הקשיש הסיעודי (ראו בהמשך).

44 מבקר המדינה, **דוח שנתי 163** (2013), "אסדרת שירותי שיקום שהמדינה רוכשת מגורמי חוץ", עמ' 1418.

45 את הוועדה בראשות פרופ' מנואל טרכטנברג מינה ראש הממשלה באוגוסט 2011 לגיבוש צעדים שיאפשרו את הקלת נטל המחיה בישראל. דוח הוועדה הוגש לממשלה ב-26.9.11, ועיקרי המלצותיו אומצו בהחלטת ממשלה 3756 מ-9.10.11.

46 בפגישה עם נציגי משרד מבקר המדינה בפברואר 2017.

בתשובה שמסר בט"ל למשרד מבקר המדינה ביולי 2017 (להלן - תשובת בט"ל) ציין כי הפעולות מכוח חוק סיעוד "נמצאות בתחום אחריותם המשותפת של הביטוח הלאומי ויתר הגופים השותפים להפעלת החוק"⁴⁷. לבט"ל יש "אחריות כוללת על ביצוע החוק אולם אין לו סמכות אכיפה על השותפים לביצועו". עוד מסר בט"ל בתשובתו כי האחריות לפקח על טיב השירותים מוטלת על הוועדות המקומיות, ובראשן על נציג המחלקה לשירותים חברתיים וכי "**לביטוח הלאומי קיימת סמכות מקבילה לסמכות הוועדה המקומית בכל הנוגע לפיקוח על ביצוע החוק. חלוקת האחריות בין המוסד לוועדות המקומיות, היא נגזרת של היקפי כוח האדם וסדרי עדיפויות, כך שהביטוח הלאומי... יכול לבצע רק פיקוח מערכתי במסגרת המכרזית ולא פיקוח אישי בבית הזכאי**" (ההדגשות במקור). עוד נכתב בתשובה כי ההנחיות שבט"ל "מעביר לרשויות המקומיות, לעיתים אינן מבוצעות על ידי חלקן ואנו עומדים חסרי אונים מולן". עם זאת, בט"ל הוסיף כי "יש מקום לשקול שינוי מבני וחוקי בין הגופים השותפים לביצוע החוק, כך שכל גוף יחויב לשאת באחריות בהתאם להתמחותו... כמו כן, יש להסדיר באופן ברור את הכפיפות בין הגופים ואת סמכות הפיקוח עליהם, שכיום איננה ברורה ואיננה מוסדרת בחוק". כן ציין בט"ל כי "ככל שיוחלט על שינויים... בהיקף ובתחומי האחריות של הביטוח הלאומי על פי החוק, יהיה צורך להקצות [לבט"ל] משאבים מתאימים".

האחריות להבטחת איכות הטיפול הביתי בקשישים מונחת בראש ובראשונה לפתחו של בט"ל, וזאת מתוקף היותו הגורם האמון על חוק הסיעוד ואשר נושא באחריות הכוללת לאספקת השירות. בט"ל קבע בהסכמים שחתם עם משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית את דרכי הבקרה על אופן היישום והאיכות של הטיפול הביתי, ועליו לוודא כי גורמים אלו מפעילים את אמצעי הבקרה כנדרש מהם. אם לדעת בט"ל נדרשת הבהרה לסוגיית הכפיפות בין הגופים הרלוונטיים וסמכות הפיקוח עליהם ואם הוא סבור כי סוגיה זו אינה ברורה ויש להסדירה, מתבקש שיפעל להסדרתה כך שאחריות הגופים הרלוונטיים וסמכותם הנגזרת ממנה יבטיחו מתן טיפול ביתי בהיקף ובאיכות הנדרשים.

בפועל, תמונת המצב המצטיירת מממצאי הביקורת ובכלל זה גם מהמידע שהתקבל מתהליך שיתוף הציבור, היא עגומה: איכות הטיפול הביתי שניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה, לעתים עד כדי הזנחת הקשישים. לא זו בלבד שיש בכך פגיעה בזכות הקשיש להזדקן בכבוד בביתו, אלא שהדבר אף עלול להחמיר את מצבו הבריאותי - הפיזי והנפשי. להלן הפרטים:

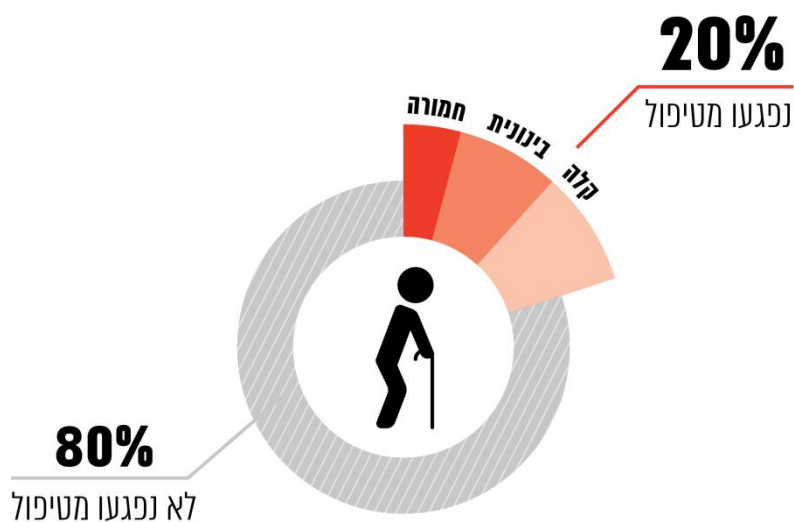
47 בתשובתו ציין בט"ל מלבדו את משרד הרווחה, שירותי הבריאות, רשות האוכלוסין והרשויות המקומיות.

פגיעה בקשישים עקב איכות לקויה של הטיפול

במסגרת תהליך שיתוף הציבור ביקש משרד מבקר המדינה לבחון אם לדעת בני המשפחה, קרוביהם שהם קשישים סיעודיים נפגעו מטיפול ביתי לקוי.

תרשים 3 להלן מציג את תשובות בני המשפחה שהשיבו על הסקר לשאלות בדבר פגיעה בגין טיפול אישי בתוך הבית ובנוגע למידת הפגיעה:

תרשים 3: תשובות בני המשפחה שהשיבו בסקר לשאלה האם קרה שמקבלי גמלת הסיעוד נפגעו מטיפול אישי בתוך הבית ומידת הפגיעה



מרבית בני המשפחות (80%) שהשיבו לסקר ציינו שהקשיש המקבל את הטיפול הביתי לא נפגע מהטיפול, אך 20% הנותרים ציינו כי להערכתם הקשישים נפגעו במידה כזאת או אחרת מטיפול ביתי לקוי, למעלה ממחציתם - 58% - דיווחו שלהערכתם הפגיעה בקשיש הייתה במידה בינונית או אף חמורה.

תמונת המצב שהוצגה בסקר בני המשפחה נתמכת גם בכלים האיכותניים שנעשה בהם שימוש במסגרת תהליך שיתוף הציבור - קבוצות המיקוד שבהן השתתפו בני המשפחה וראיונות עם קשישים מקבלי גמלת סיעוד שבהם פורטו הנזקים שלדעתם נגרמו עקב טיפול לקוי, ובכלל זה:



"מטפלים מטעם חברות סיעוד פשוט הזניחו ולא טיפלו נכון. לא רחצו מספיק, היו פצעים בגוף עקב חוסר טיפול. חוסר ניקיון בבית" [בת לקשישה בת 85]

פגיעה גופנית: כמה משיבים ציינו נזקים גופניים שאירעו למקבל הגמלה בזמן שהיה בהשגחת המטפלת או בטיפולה, למשל:

- "המטפלת לא השגיחה ואבי קם מהכיסא ונפל על ראשו. [בעקבות כך] אושפז בבית חולים עם דימום בראש" [בת לקשיש בן 92].
- "אימי נפלה ושברה כתף ויד והמטפלת כלל לא שמעה... שהאם צועקת" [בן לקשישה בת 76].
- "אימא שלי מקבלת תרופה לדילול דם וראיתי שיש לה שטפי דם ענקיים. המטפלת החדשה רחצה אותה וכנראה אחזה בה בחזקה. כשאימא שלי אמרה לה שהיא צריכה לנסות יותר בעדינות העובדת צעקה עליה שהיא עושה מה שצריך, בגסות" [בת לקשישה בת 86].
- "המטפלת לא טרחה לידע אותנו בכך שאמי חלתה, ומצבה הדרדר במהירות. נאלצתי לפנות אותה לבית חולים שם שכבה במשך חודש ימים עם דלקת ריאות, מונשמת ומורדמת בחלק מן הזמן" [בת לקשישה בת 87].
- "מטפלים מטעם חברות סיעוד פשוט הזניחו ולא טיפלו נכון. לא רחצו מספיק, היו פצעים בגוף עקב חוסר טיפול. חוסר ניקיון בבית" [בת לקשישה בת 85].

פגיעה רגשית: כמה משיבים ציינו פגיעה רגשית בקשישים:

- "אימא שלי חולת פרקינסון ולב, היא לא יכולה לתלות או להוריד כביסה. היא ביקשה מהמטפלת להוריד שלושה דברים מהחבל והמטפלת אמרה לה שלא. כשהיא בכתה המטפלת הסכימה להוריד 'בתנאי שתזדרי היום'. היא נפגעה מאד מסוג היחס הזה".
- "[המטפלת] הביאה אותה [את אימי] לבכי כל יומיים בגלל האטיטוד [היחס שלה] כלפי אימי".
- "המטפלת שאינה קשובה מספיק לרצון הקשישה הביאה [את הקשישה] לירידה משמעותית במצב הרוח".

חשש לפגיעה בקשיש עקב מתן תרופות על ידי המטפלות: מתן תרופה שלא בהתאם להוראות, עלול לסכן את חייו של כל מטופל ובפרט של קשיש סיעודי שככלל מצבו הבריאותי אינו שפיר. בט"ל קבע כי "המטפל רשאי לסייע לזקן בעת נטילת תרופות שנרשמו לו על ידי הרופא המטפל, והוכנו למטפל מראש", אולם המטפלת אינה רשאית להכין את התרופות לנטילה, וזו אמורה להתבצע על ידי אדם אחר. עם זאת, בסקר בני המשפחה ציינו 44% מהמשיבים כי המטפלת אינה רק מסייעת לקשיש בנטילת התרופות אלא גם מכינה אותן לנטילה.

איכות טיפול לקויה עקב מענה טיפולי חלקי

כאמור, לפי הנחיות בט"ל, פעולות היום-יום שהמטפלת אמורה לסייע בביצוען במסגרת הטיפול הביתי כוללות, בין היתר, סיוע בלבישה, באכילה, ברחצה ובניידות עצמית בבית, החלפת מוצרי ספיגה ומצעים, ניידות מחוץ לבית, השגחה⁴⁸, ניקיון הבית וסידורו ובישול. בתהליך שיתוף הציבור היו בני משפחה שטענו כי קשישים הונחו אף שמטפלת הגיע לביתם לצורך מתן טיפול ביתי. כך למשל:

- "[המטפלת] לא הקימה אותו להליכה (נתנה לו לשכב/לשבת כל היום ללא תזוזה)".
- "מרבית הזמן לא הציעה לו ארוחת צהריים וכו".
- "הזנחה, נטישת המטופל למספר שעות, אי החלפת חיתולים במשך שעות רבות".
- "המטפל הקודם כמעט ולא הוציא את אימא מהבית במשך חודש וחצי. כל פעם היה לו תירוץ אחר. זה קרה כמה פעמים".

כחלק מבחינת איכות הטיפול הביתי, שאל משרד מבקר המדינה בסקר בני המשפחה באיזו מידה מילאה המטפלת את הצרכים של מקבל הגמלה במסגרת הטיפול הביתי⁴⁹. להלן תרשים 4 המציג את תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר בנוגע למידה שבה מילאו מטפלות ישראליות - במסגרת הטיפול הביתי - כל אחד מהצרכים:

48 אם מקבל הגמלה זקוק להשגחה ופיקוח למניעת נזק או סכנה לעצמו או לאחרים.
49 שאלת הסקר: "עד כמה העזרה של המטפלת/ת עונה על הצרכים של מקבל הגמלה". ציר התשובות נע מ"לא עונה כלל על צרכי/ה" (1), דרך "עונה באופן חלקי" (3) ועד "עונה באופן מלא" (5).

תרשים 4: תשובות בסקר בני המשפחה בנוגע למידה שבה מילאו מטפלות ישראליות את צורכי הקשישים הסיעודיים



✓ עונה על הצרכים
 ✗ עונה באופן חלקי על הצרכים
 ✗ לא עונה על הצרכים

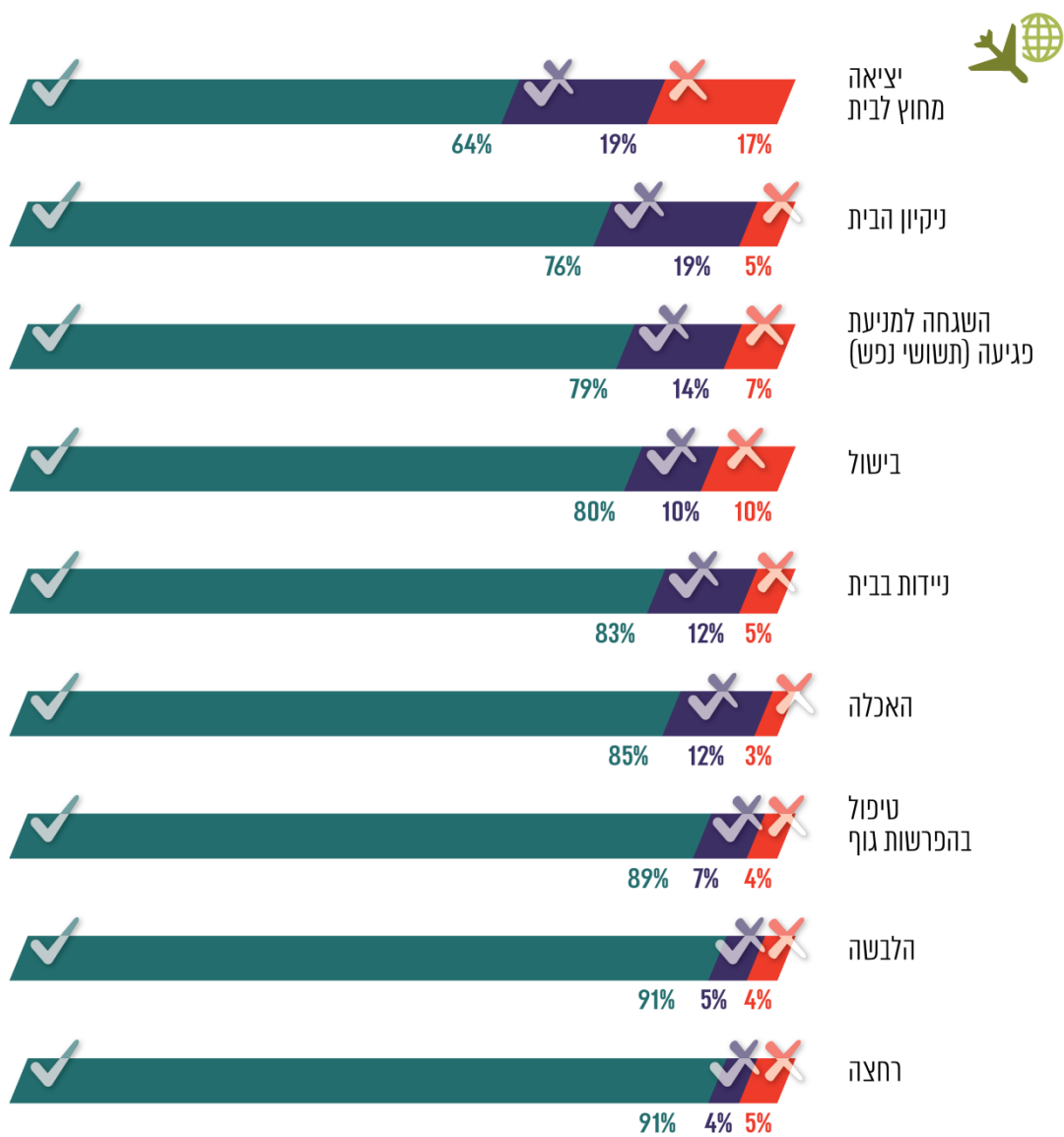
מהתרשים עולה בנוגע למרבית צורכי הזכאים כי לפחות מחצית מבני המשפחה שהשיבו לסקר ציינו כי הטיפול של מטפלות ישראליות אינו עונה על צורכי הקשיש הסיעודי, או שהוא עונה להם באופן חלקי בלבד.

לגבי המטפלות הזרות יובהר כי לפי הנהלים הן מטפלות בקשישים במשך 24 שעות ביממה, וכי מדובר בקשישים בעלי רמת תלות גבוהה יחסית. לכן סביר ומצופה כי שיעור המדווחים על מילוי הצרכים מהטיפול שלהן יהיה גדול יותר מאשר שיעור המדווחים על מילוי הצרכים מהטיפול של המטפלות הישראליות שכאמור מטפלות בקשישים מספר מצומצם יחסית של שעות בשבוע⁵⁰.

להלן בתרשים 5 תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר בנוגע למידה שבה מילאו מטפלות זרות - במסגרת הטיפול הביתי - כל אחד מהצרכים:

50 ממצא דומה נמצא במחקר של פרופ' איילון ליאת ואח', **שירותי סיעוד ביתיים לזקנים, דו"ח מחקר (2013)**, על מחקר זה ראו להלן.

תרשים 5: תשובות בסקר בני המשפחה בנוגע למידה שבה מילאו מטפלות זרות את צורכי הקשישים הסיעודיים



✓ עונה על הצרכים
 ✗ עונה באופן חלקי על הצרכים
 ✗ לא עונה על הצרכים

מהתרשים עולה כי בהתאם לאמור, שיעור המדווחים על מילוי הצרכים מהטיפול של המטפלות הזרות גדול יותר מאשר שיעור המדווחים על מילוי הצרכים מהטיפול של המטפלות הישראליות.

עם זאת, עולה מהתרשימים כי אף ששיעור המדווחים על מילוי מרבית הצרכים הוא בין 75% ל-90%, הרי בכל הנוגע לעזרה ביציאה מהבית - אחד הצרכים המשמעותיים המשפיעים על איכות החיים של הקשיש הסיעודי ועל הניסיון לשלבו בחיים שמחוץ לכותלי ביתו - שיעור המדווחים על מילוי צורך זה על ידי המטפלות נמוך במידה ניכרת; לדעת בני המשפחה, 36% מהמטפלות הזרות ממלאות באופן חלקי בלבד או אינן ממלאות כלל את צורכי הקשישים בכל הנוגע ליציאה מהבית.

ממצאים של מחקרי בט"ל המעידים על איכות טיפול לקויה: התשובות שהתקבלו בתהליך שיתוף הציבור עולות בקנה אחד עם ממצאי מחקר שבוצע בשיתוף בט"ל⁵¹; על פי המחקר: "זקנים לא מעטים מדווחים על הזנחה - בעיקר על הזנחה בתחומי הבריאות, הניידות וההשגחה". למשל, 7% מהקשישים לא קיבלו ארוחות, 17% לא קיבלו סיוע בניידות ו-18% לא קיבלו השגחה ביום או בלילה⁵².

במחקר נוסף משנת 2016 עלה כי הסיוע של המטפלות לליווי מחוץ לבית הוא "צורך משמעותי", בייחוד בקרב מקבלי גמלה בודדים ובקרב קשישים שילדיהם אינם יכולים ללוות אותם ליציאה מחוץ לבית והוא אחד ה"צרכים [ה]בלתי מסופקים... במסגרת גמלת הסיעוד הנוכחית". במחקר אף עלה "שיש זקנים שנמנעים מללכת לרופאים, כי המטפלת אינה יכולה להתלוות אליהם בגלל מגבלת השעות". מבצעי המחקר המליצו "להעריך במחקרים עתידיים את הצרכים הבלתי מסופקים של הזקנים: ליווי לקניות, ביקורי רופא וליווי חברתי"⁵³.

תמונת המצב שעולה מהוועדות המקומיות: כאמור, חוק הסיעוד קובע כי הוועדות המקומיות אחראיות לקבוע את שירותי הסיעוד שיש לספק לקשיש הסיעודי ולדאוג למתן שירותי הסיעוד. לפי נוהלי בט"ל הוועדות משמשות גם כתובת לתלונות הזכאים על חברות הסיעוד. צוות הביקורת נפגש עם רכזות של ועדות מקומיות בנתניה, בבת ים ובירושלים ועם נציגים מאגף הרווחה בעיריית תל אביב-יפו ובהם רכזות של ועדות מקומיות כדי לקבל את הערכתם בנוגע לאיכות הטיפול הביתי.

51 פרופ' איילון ליאת ואח', **שירותי סיעוד ביתיים לזקנים, דו"ח מחקר** (2013). המחקר נעשה בקרב מדגם מייצג של אוכלוסייה יהודית באזור תל אביב והמרכז.

52 שם, לוח 13.

53 ד"ר אגמון מעיין ואח', **דוח מחקר - בחינה איכותנית של מבחן הערכת התלות לצורך קבלת גמלת סיעוד** (2016), עמ' 7, 86-87.

קשישים רבים
המקבלים טיפול ביתי
שאינו איכותי עד כדי
הזנחה אינם מוכנים
להחליף את המטפלת
מכיוון שהם חוששים
שהמטפלת החלופית
תהיה גרועה יותר

תשובות בני המשפחה שהשיבו בסקר לשאלות בדבר מידת מילוי צורכיהם של הקשישים הסיעודיים על ידי המטפלות הישראליות שפורטו לעיל אוששו על ידי רכזות הוועדות המקומיות. הן ציינו ככלל, שקשישים רבים המקבלים טיפול ביתי שאינו איכותי עד כדי הזנחה, אינם מוכנים להחליף את המטפלת מכיוון שהם חוששים שהמטפלת החלופית תהיה גרועה יותר. הן הוסיפו כי המטפלות הישראליות להבדיל מהזרות אינן ממלאות את צורכי הקשישים ומתמקדות בעיקר בניקיון הבית, וכי רק מקצתן הוכשרו למתן טיפול סיעודי ועל כן יש קושי במתן טיפול זה (ראו להלן).

להלן יפורטו שני תיאורי מקרה שמסרו רכזות הוועדות בנתניה בנוגע לאופן הטיפול בקשישים סיעודיים:

מקרה א: בביקור שקיימה עו"ס מהרשות המקומית בדצמבר 2016 בביתם של זוג קשישים, שזכאים כל אחד לגמלת סיעוד, נמצא כי ביתם היה מוזנח מאוד - אבק בכל מקום; רצפה מלוכלכת; המטבח, התנור והכיור - שהיה מלא בכלים - מלוכלכים גם הם. המזון במיטה של הקשישה היה ללא מצעים. נוסף על כך היא מצאה שחברת הסיעוד לא התאימה את הטיפול שנתנה לקשישים לצורכיהם - הקשיש היה צריך עזרה ברחצה ולא קיבל עזרה זו כי הוא ביקש סיוע ממטפל (גבר); והקשישה, שהשתתפה בפעילות במועדון שנפתח בשעה 8:00, נאלצה לקום בשעה מוקדמת בבוקר כדי להגיע אל המועדון בליווי המטפלת בשעה 6:30 ולהמתין לבדה מחוץ למועדון כשעה וחצי עד לפתיחתו משום שהמטפלת טענה כי היא אינה יכולה ללוות אותה למועדון (השוכן ברחוב מגורי הקשישים - מול ביתם) בשעה שהוא נפתח.

מקרה ב: קשישה סיעודית התלוננה במאי 2016 לפני העירייה כי: "כל אחת מהמטפלות שנשלחה אלי טענה שהיא רגילה לעבוד רק שעתים ולא... [שלוש ורבע] שעות ורטנו בפני כאשר אמרתי להן שאני זקוקה לכל השעות שמגיעות לי... הן ענו לי כי כך הן עובדות וזהו!... רוב העובדות לא התייחסו באנושיות ובצורה מכובדת. לדוג' [לדוגמה] כשביקשתי מ[המטפלת]... לסבן לי את הגב היא אמרה לי שזה מאד מגעיל אותה והיא לא רוחצת זקנים!!!... עלי לציין שהיו לא מעט ימים בהן לא שלחו לי אף עובדת ואפילו לא התקשרו להודיע לי שאין להם עובדת. היה שבוע שלם שנשארתי ללא עובדת על כל המשתמע מכך, עד כדי כך שביקשתי מ... שמבקרת אותי שתלך לקנות לי לחם וחלב ופירות, כי נשארתי ללא אוכל. כמו כן הופתעתי מהתופעה שכל העובדות מגישות לחתימתי את טופס העבודה שלהן כשהוא ריק מפרטי הימים והשעות שעבדו, כששאלתי הן ענו לי שאת הפרטים ממלאים במשרד. למרות מחאתי נאלצתי לחתום. יש אירועים נוספים שלא כתבתי, כי אני חושבת שהדברים שכתבתי בהחלט משקפים את התנהגות העובדות".



תמונת המצב העולה מממצאי הביקורת היא כי איכות הטיפול הביתי שניתנת לקשישים רבים לקויה, ולעתים הטיפול הלקוי מגיע עד כדי הזנחה. לא זו בלבד שיש בכך פגיעה בזכות הקשיש להזדקן בכבוד בביתו, אלא שהדבר אף עלול להחמיר את מצבו הבריאותי.

בט"ל נכשל בהבטחת איכות נאותה של טיפול

ועדת טרכטנברג המליצה לחזק את מערך הפיקוח והאכיפה בנוגע לשירותים החברתיים. בהמשך לכך, בספטמבר 2016 החליטה הממשלה⁵⁴ (להלן - החלטה 1950) להגדיר אמות מידה מקצועיות של השירות החברתי המסופק במיקור חוץ⁵⁵, למדוד אותן ולהפעיל תשלום דיפרנציאלי לספקי השירותים "בהתאם לעמידה במדדים והנהגת בונוסים לצד קנסות"⁵⁶. העקרונות שנקבעו בהחלטה זו יפים גם לבט"ל, המופקד אף הוא על מתן גמלת הסיעוד שהיא שירות חברתי.

במחקר עלה כי הבקרה על איכות הטיפול הביתי, ובכלל זה הבקרה על מידת ההתאמה של הטיפול לצורכי הקשיש, חשובה במיוחד בכל הנוגע לקשישים סיעודיים ולבני משפחותיהם - שהרי הם כאמור במידה רבה בבחינת "לקוח שבוי" ואף מוחלש המתקשה או חושש לחוות את דעתו על הטיפול שהוא מקבל, אם בשל פגיעה ביכולותיו הקוגניטיביות ואם בשל תלותו במטפלת. כמו כן, לא פעם הטיפול ניתן לקשיש שלא בנוכחות אנשים שיכולים לייצג את האינטרס שלו, ובשל מצבו ניתן לפגוע בו על נקלה⁵⁷.

יוצא אפוא כי מתוקף אחריותו הכוללת לפי חוק הסיעוד, ובכלל זה למרכיב איכות השירות - על בט"ל לפעול באופן שוטף להבטחת איכות הטיפול הביתי. בכלל זה עליו להתקשר עם חברות הסיעוד בחוזה שיכלול מדדי איכות למתן הטיפול ולחייב את חברות הסיעוד לעמוד בהם; לוודא כי השירות יינתן על ידי

54 החלטה 1950 מ-11.9.16.

55 שירות חברתי בהחלטה 1950 הוא שירות חינוכי או טיפולי (לרבות נפשי, סוציאלי, רפואי ופרה-רפואי) הניתן על ידי המשדרים החברתיים (משרדי החינוך, הבריאות והרווחה) במשרין או בעקיפין.

56 דוח הצוות הממשלתי לטיוב אופן אספקת שירותים חברתיים הניתנים במיקור חוץ (2016), עמ' 26-27.

57 עזרא הר, "אל תשליכני לעת זקנה" הגורמים המסבירים את שיעורי השתתפותם של קשישים בישראל בתכנית ביטוח סיעוד - חיבור לשם קבלת דוקטור לפילוסופיה (לעבודה סוציאלית) (2011), עמ' 175.

מטפלות בעלות הכשרה ראויה לטיפול בקשיש בביתו; לבצע הליך בקרה שיטתי בשיתוף הוועדות המקומיות, שבמסגרתו, בין היתר, ייקבעו מדדי איכות ואמצעי פיקוח אפקטיביים שיאפשרו לוודא כי חברות הסיעוד יעמדו במדדים הללו.⁵⁸

התקשרות בט"ל עם חברות הסיעוד

מתוקף אחריותו היה על בט"ל לוודא כי חוזה ההתקשרות עם חברות הסיעוד יכלול מדדי איכות מתאימים לשירות שהן מספקות ולקבוע הליך בקרה שיטתי שיבטיח כי חברות הסיעוד יעמדו במדדים הללו. בשנת 2008 פרסם בט"ל מכרז כאמור להתקשרות עם חברות הסיעוד ובהמשך חתם עם החברות הזוכות על חוזה הסיעוד.

עלה כי בחוזה הסיעוד לא הגדיר בט"ל מדדים לאיכות הטיפול שהוא דורש מחברות הסיעוד לעמוד בהם.

באוגוסט 2016 החליטה הממשלה⁵⁹ להקים ועדת מכרזים בין-משרדית בראשות סגן החשב הכללי במשרד האוצר (להלן - החשכ"ל) ובשיתוף הממונה על התקציבים במשרד האוצר ונציגי בט"ל (להלן - ועדת המכרזים הבין-משרדית). תפקידה של הוועדה לגבש מכרז חדש למתן שירותי סיעוד, ובכלל זה הטיפול הביתי (להלן - המכרז החדש).

על בט"ל והחשכ"ל לפעול באופן שיתיישב עם העקרונות העומדים בבסיס החלטה 1950 ולשלב במכרז החדש ובחוזה שייחתם עם חברות הסיעוד גם מדדי איכות ולקבוע אמצעים שיבטיחו כי החברות האמורות עומדות במדדים אלה על מנת להבטיח את איכות הטיפול הביתי.

בתשובתו ציין בט"ל כי "ההסכם הנוכחי עם נותני השירותים מבטא את הטוב ביותר שהמוסד לביטוח לאומי הצליח להשיג באותה עת [דהיינו בשנים 2008-2010]". בט"ל הוסיף כי הוא פועל, במסגרת ועדת המכרזים הבין-משרדית, "יחד עם החשב הכללי, לשלב מדדי איכות להבטחת איכות הטיפול הביתי", וציין כי בכוונתו לשלב במכרז החדש לנותני השירותים שיטה שלפיה ישולמו "בונוסים" לנותני שירותים וייגבו מהם קנסות בהתאם לאיכות השירות שהם יספקו.

58 על דרכים להבטחת איכות השירות ראו למשל "התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים", ובה נקבעו בין היתר מדדי איכות ודרכים לאיסוף נתונים ולניתוחם.

59 החלטה 1888.

בתשובה שמסר אגף התקציבים במשרד האוצר למשרד מבקר המדינה ביולי 2017 (להלן - תשובת אגף התקציבים) צוין כי ועדת המכרזים הבין-משרדית "שמה דגש מיוחד על נושא מדידת איכות הטיפול ולצורך כך מינתה צוות מומחים מקצועי. הצוות המליץ לקבוע מדדי איכות הכוללים את אחוז המטפלות המוכשרות, ותק המטפלות, שאלוני שביעות רצון של המטופל ומשפחתו... ועוד".

היעדר פיקוח ובקרה על הכשרת המטפלות

טיפול לא מיומן בקשיש הסיעודי עלול להביא לפגיעה בו ולסכן את בריאותו. על כן, טיפול מקצועי ואיכותי בקשישים הסיעודיים מחייב הכשרה מתאימה - ידע ומיומנות. ואכן, בחוזה הסיעוד התחייבו חברות הסיעוד לתת את הטיפול הביתי באמצעות מטפלות מיומנות, הכשירות לספק שירותי סיעוד. בהתאם לכך, על בט"ל לוודא שהמטפלות מוכשרות לתפקידן.

בדוח השנתי של בט"ל נקבע כי "המטפלות הסיעודיות נמנות עם אחת הקבוצות החלשות יותר בחברה הישראלית - תעסוקתן מאופיינת בארעיות ובחלקיות משרה ובשכר נמוך יחסית"⁶⁰. מומחים בתחום הטיפול בקשישים המליצו⁶¹ כי הטיפול בקשישים יוגדר כמקצוע שנדרשים לו, בין היתר, לימודים והכשרה, הסמכה והשתלמויות. גם הוועדה לבחינת סוגיית העובדים הזרים בענף הסיעוד: הבאה, תיווך וטיפול (להלן - ועדת שושני)⁶² ציינה כי "רוב עובדי הסיעוד, ישראלים זרים כאחד, אינם עוברים הכשרה כלל או הכשרה מספקת לטיפול סיעודי. מספר דוברים העלו את חשיבות ההכשרה באופן כללי, ובמיוחד עבור המטפלים בבעלי מוגבלויות פיזיות ונפשיות קשות"⁶³.

ועדת שושני המליצה לעודד כוח אדם ישראלי לעסוק במתן טיפול סיעודי כדי לצמצם את הביקוש לעובדים זרים. לשם כך הציעה ועדת שושני לבחון ביסודיות את הכיוונים האלה: השקעה בהכשרה, תשלום דיפרנציאלי למטפלות לפי רמת ההכשרה שרכשו, ופיתוח פרופסיונלי של התחום⁶⁴.

60 בט"ל, **דוח שנתי 2012**, פרק 3: פעילות ומגמות בתחום הגמלאות - ביטוח סיעודי, עמ' 125. התשלום למטפלות לפי מכרז הסיעוד הוא שכר מינימום בתוספת 4% ותנאים סוציאליים.

61 **כנס ים המלח ה-12** (נובמבר 2011), "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה", עמ' 102-100.

62 את הוועדה, בראשות ד"ר שמשון שושני, מינה ביולי 2013 שר הפנים. הוועדה הגישה דוח מסכם והמלצות בספטמבר 2014.

63 דוח ועדת שושני, עמ' 38.

64 שם, עמ' 7. במועד סיום הביקורת, ינואר 2017, ההמלצות שלעיל עדיין לא יושמו.

1. **היעדר הגדרת ההיקף והתוכן של ההכשרה:** הועלה כי בט"ל הסתפק בכך שקבע בחוזה הסיעוד כי חברות הסיעוד יכשירו הכשרה מקצועית בהתאם לתכנית הכשרה שהגדיר (להלן - ההכשרה המקצועית)⁶⁵ רק 30% מהמטפלות המועסקות אצלן (ישראליות זרות גם יחד). לגבי יתר המטפלות, הוא קבע כי על חברות הסיעוד להכשירן, אולם הוא לא הגדיר את ההיקף והתוכן של ההכשרה הנדרשת.

2. **אי-הפניית מטפלות מתאימות בהכשרתן לטיפול בקשישים סיעודיים ברמות התלות הגבוהות:** כ-70,000 מכ-165,000 מקבלי גמלת הסיעוד הם קשישים התלויים בעזרת הזולת לחלוטין או במידה רבה מאוד בכל שעות היממה או ברובן, או זקוקים להשגחה⁶⁶ מתמדת עקב היותם תשושי נפש⁶⁷ (להלן - קשישים ברמות התלות הגבוהות), ולכן הם זקוקים לעזרה רבה ומקצועית יותר. הדעת נותנת שהמטפלות שהוכשרו הכשרה מקצועית הן שיטפלו בראש ובראשונה בקשישים אלו⁶⁸.

למרות האמור לעיל, בט"ל לא קבע סדרי עדיפויות בהפניית המטפלות שהוכשרו הכשרה מקצועית לפי מאפייני הקשישים הסיעודיים, וממילא לא הנחה לתת עדיפות להפנייתן לטפל בראש ובראשונה בקשישים ברמות התלות הגבוהות.

בבדיקה נמצא כי מרבית הקשישים הסיעודיים ברמות התלות הגבוהות לא טופלו בידי מטפלות שקיבלו הכשרה מקצועית - בחודשים ינואר-ספטמבר 2016 מעל 50% משעות הטיפול הביתי שקיבלו קשישים אלה ניתנו על ידי מטפלות שלא קיבלו הכשרה מקצועית; בחודשים יוני-ספטמבר 2016 שיעור זה היה אף גדול יותר: 66%-70%.

בט"ל מסר בתשובתו כי הקצאת המטפלות לזכאים "היא באחריות נותן השירותים. עליו לוודא שהמטפלת מסוגלת לתת את המענים הנדרשים ובין היתר שקבלה את רמת ההכשרה הנדרשת".

65 התכנית כוללת לימוד עיוני והכשרה מעשית והיקפה 67 שעות למטפלות ישראליות ו-31 שעות למטפלות זרות.

66 לפי סעיף 224(א) לחוק הסיעוד. ההשגחה נועדה למנוע נזק לקשיש או למנוע ממנו לסכן את עצמו או אחרים.

67 תשוש נפש הוא אדם הסובל מהידרדרות במצבו הקוגניטיבי, לרבות בעיות זיכרון או בעיות בהתמצאות בזמן ובמרחב, בשיפוט המציאות, וכן אדם הסובל ממצבים של אדישות או הפרעות בהתנהגות - מצבים אשר עלולים לסכן אותו ואת האנשים בסביבה שלו.

68 יצוין כי גם בין הקשישים ברמת התלות הנמוכה יש קשישים שזקוקים לטיפול על ידי מטפלות שהוכשרו הכשרה מקצועית.

ביטוח לאומי לא פעל
לאכיפת חובת
ההכשרה החלה על
חברות הסיעוד
בהתאם לחוזה
הסיעוד. בכך הפכה
למעשה דרישת
ההכשרה המינימלית
ל"אות מתה", על אף
חשיבותה למתן
שירות מיומן ומקצועי
לקשישים הסיעודיים

משרד מבקר המדינה דוחה את עמדתו של בט"ל כיוון שהאחריות הכוללת למתן טיפול סיעודי מותאם למצבו של הקשיש מוטלת על בט"ל. נוכח ההשפעות של טיפול לא מיומן על בריאותם של קשישים התלויים לחלוטין בעזרת הזולת ומכיוון שבט"ל קבע חובת הכשרה מקצועית עבור 30% מהמטפלות בלבד - מתבקש היה שלכל הפחות ינחה את חברות הסיעוד להפנות את המטפלות שהוכשרו לטפל ראשית בקשישים ברמות התלות הגבוהות.

3. **אי-עמידה בשיעור ההכשרה המקצועית הנדרש:** לפי חוזה הסיעוד חברות הסיעוד נדרשות למסור לבט"ל בכל חודש "קובץ מטפלות" שכולל את פרטי המטפלות הישראליות והזרות ובכלל זה פירוט של הכשרתן המקצועית (להלן - נתוני הכשרה).

בביקורת עלה שבט"ל אינו מבצע בקרה בסיסית על עמידת חברות הסיעוד במחויבותן בחוזה עמו; הוא אינו בוחן את נתוני ההכשרה שקיבל מהחברות - אינו מאמת את הנתונים ואף אינו מנתח את נתוני ההכשרה שמוסרות לו החברות כדי לוודא שהן עומדות בתנאי שנקבע במכרז בדבר שיעור המטפלות שיקבלו הכשרה מקצועית (30%).

משרד מבקר המדינה ניתח את הנתונים שהעבירו חברות הסיעוד לבט"ל, המעודכנים לספטמבר 2016, והעלה כי באותו חודש למעלה מ-60% מחברות הסיעוד שקיבלו תשלום באותו חודש דיווחו כי שיעור המטפלות שהן העסיקו באותו מועד אשר להן הכשרה מקצועית היה קטן מ-30%. יתרה מזו, ב-12 חברות שום מטפלת לא קיבלה הכשרה מקצועית.

מהמתואר לעיל עולה כי בט"ל לא פעל לאכיפת חובת ההכשרה החלה על חברות הסיעוד בהתאם לחוזה הסיעוד. בכך הפכה למעשה דרישת ההכשרה המינימלית ל"אות מתה", על אף חשיבותה למתן שירות מיומן ומקצועי לקשישים הסיעודיים.

על בט"ל לאכוף את קיום התנאי שנקבע בחוזה הסיעוד בדבר הכשרת המטפלות, שנועד לצורך מתן טיפול סיעודי מקצועי ואיכותי לקשישים הסיעודיים ולמנוע פגיעה בהם בשל טיפול לא מיומן.

4. **הכשרה חלקית למטפלות הזרות:** לפי נוהלי רשות האוכלוסין, על ההכשרה של המטפלות הזרות להיות מבוצעת בארצות מוצאן. על פי הנהלים, כל לשכה פרטית⁶⁹ המבקשת להזמין מטפלת מחו"ל אחראית לבדוק כי היא עברה הכשרה מתאימה בחו"ל וכי היא מתאימה לעבודה שלשמה

69 הבאת והעסקת מטפלות זרות אפשרית רק באמצעות לשכות פרטיות שקיבלו היתר לעסוק בכך מרשות האוכלוסין.

היא מגיעה. לצורך כך חייבת הלשכה להציג לפני קונסול ישראל בחו"ל אישור כי המטפלת הזרה עברה הכשרה לתפקיד זה במכון המוכר בידי משרד העבודה או המשרד המקביל בארץ המוצא. מאחר שמטבע הדברים, קיימת שונות ברמת ההכשרה בין מדינה למדינה ומאחר שלפי נוהל של רשות האוכלוסין, המטפלות הזרות מיועדות לטפל בקשישים במצב הסיעודי הקשה יותר⁷⁰, יש מקום להבטיח שהן יעברו הכשרה מקצועית גם בארץ, לכל הפחות הכשרה מצומצמת, הקצרה בהיקפה מתכנית הכשרתן המקצועית של המטפלות הישראליות.

בביקורת עלה שבט"ל אינו מחייב את חברות הסיעוד להכשיר את המטפלות הזרות בארץ, ולו הכשרה מצומצמת. לפי ניתוח שעשה משרד מבקר המדינה, שיעור המטפלות הזרות שקיבלו הכשרה מקצועית בישראל הוא כ-10% בלבד מכלל המטפלות הזרות. משמע שספק אם המטפלות הזרות שמטפלות בקשישים הסיעודיים במצב הקשה ביותר הן בעלות הכשרה מקצועית מתאימה.

5. **תכנית ההכשרה המקצועית למטפלות ישראליות:** לפי גורמי מקצוע בבט"ל, תכנית ההכשרה הקיימת שהגדיר בט"ל להכשרת מטפלות ישראליות אינה כוללת את התכנים הנחוצים. בספטמבר 2014 קבעה מנהלת אגף סיעוד כי "קיים צורך לרענן את תכני תכנית ההכשרה הקיימת".

אולם במועד סיום הביקורת, ינואר 2017, בט"ל טרם עדכן את תכנית ההכשרה המקצועית הנוכחית.

טיפול לא מיומן בקשיש הסיעודי עלול כאמור להביא לפגיעה בו ולסכן את בריאותו הפיזית והנפשית. לפיכך, טיפול מקצועי ואיכותי בקשישים הסיעודיים מחייב הכשרה מתאימה. אולם, מכלל האמור לעיל יוצא כי שיעור המטפלות שקיבלו הכשרה מקצועית קטן במיוחד, וכי ספק אם תכניה של תכנית ההכשרה רלוונטיים. חמורה מכול היא העובדה שבט"ל אינו מודא כי חברות הסיעוד עומדות בשיעור הכשרת המטפלות המזערי בו נדרשות החברות לעמוד.

70 קשישים יכולים לקבל היתר להעסקת עובד זר אם נקבע להם במבחן הערכת התלות ניקוד של 4.5 לפחות (מגיל 90 ומעלה די ב-4 נקודות במבחן הערכת התלות), או אם הם זכאים להשגחה חלקית והם מתגוררים לבד, או אם בט"ל קבע ללא מבחן הערכת תלות כי הם זכאים לגמלת סיעוד ברמה הבינונית או הגבוהה.

המטפלות עושות עבודת קודש ויש להעריך את עבודתן, שכן לעיתים ללא טיפול זה לא יתאפשר להזדקן בכבוד בקהילה. בד בבד על בט"ל לבחון דרכים להעלאת רמתן המקצועית של המטפלות, אם באמצעות הגדרת הטיפול הסיעודי כמקצוע המחייב עמידה בדרישות מתאימות של לימודים והכשרה ואם בדרכים אחרות שיבטיחו שיהיה למטפלת הידע והמיומנות הנדרשים כדי להעניק טיפול באיכות הראויה לכל קשיש בהתאם למצבו, לצרכיו ולמאפייניו הייחודיים.

אגף התקציבים ציין בתשובתו כי "במכרז החדש ישנו שיפור משמעותי בתנאי העסקתן של המטפלות הסיעודיות, הן בתשלום על זמן ההכשרה, הן בתשלום על זמן המעבר בין מטופלים והן בהעלאה של שכרן. שינויים אלו צפויים למשוך כ"א איכותי יותר וכפועל יוצא, איכות טיפול גבוהה יותר". אגף התקציבים הוסיף כי "על מנת לשפר את איכות הטיפול, ועדת המכרזים [הבין-משרדית] שמה דגש על הכשרת המטפלות הסיעודיות והוחלט על מודל של הכשרה מרכזית אשר תעשה דרך האגף להכשרה מקצועית במשרד העבודה. יתרונותיה של הכשרה מרכזית הינם בהגדלת יכולתו של המוסד לביטוח לאומי לקבוע ולבקר את תכני ההכשרה ולהיות ערב לאיכותה, וזאת בניגוד למצב כיום בו ההכשרה מתבצעת באופן עצמאי על ידי נותני השירותים".

בתשובה שמסרה רשות האוכלוסין למשרד מבקר המדינה ביולי 2017 (להלן - תשובת רשות האוכלוסין) היא ציינה כי "מדינת ישראל התקשרה לאחרונה [עם שתי מדינות] בהסדרים בילטרליים להבאת עובדי סיעוד זרים... במסגרת הסדרים אלו הרשות בודקת כי כל מועמד עבר קורס הדרכה מוכר במדינתו, ובנוסף כל מועמד עובר תכנית הדרכה נוספת בת 60 שעות אשר נבנתה על ידי אנשי מקצוע מִישראל ומועברת על ידי צוות ישראלי מקצועי. רק מועמדים שעברו את הקורסים האמורים ייבחרו לצורך עבודה בישראל... כמו כן... בימים אלה נעשית עבודת מטה... לפיתוח קורס הכשרה חדש בן כ-3 חודשים, אשר יועבר במדינת המוצא ויחליף את ההכשרות השונות במדינות המוצא".

בקרה לא אפקטיבית של בט"ל על איכות הטיפול בקשיש

הבקרה בבית הקשיש מבוצעת בשני אופנים מרכזיים: הראשון מתוקף ההסכמים שחתם כאמור בט"ל עם משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית; בהסכמים נקבע כי עמ"א (עו"ס או אחות) יבצעו ביקורי בית מטעם הוועדות המקומיות, ובהם יפקחו על אופן ביצועה של תכנית הטיפול בקשיש (להלן - ביקור עמ"א); השני מתוקף חוזה הסיעוד בין בט"ל לחברות, ובו נקבע כי החברות יבצעו בקרה עצמית באמצעות עובדים ייעודיים שהן יעסיקו. עובדים אלה יפקחו על אופן מתן השירותים, היקפם ואיכותם (להלן - בקרה עצמית).

בט"ל, הנושא באחריות הכוללת ליישום חוק הסיעוד, צריך לוודא כי לעו"סים ולאחיות (עמ"א) יש הידע המקצועי הנחוץ לביצוע הבקרה הנדרשת על מנת להבטיח את איכות השירות; כי הבקרה העצמית מבוצעת בפועל בהתאם להתחייבות בחוזה הסיעוד; וכי הממצאים שנאספו באמצעות מנגנוני הבקרה על איכות הטיפול הביתי מספקים לו תמונת מצב מהימנה ככל האפשר. בפועל נמצא כי מנגנוני הבקרה הנ"ל כשלו, כמפורט להלן:

1. **אי-ביצוע ביקורי עו"ס כנדרש והיעדר מידע על ביקורי אחיות:** בשנת 2015 מינו הוועדות המקומיות עובדים סוציאליים כאחראים לביצוע ביקורי בית אצל כ-80% מהקשישים הסיעודיים, ומינו אחיות כאחראיות לביצוע ביקורי בית אצל כ-20%. יצוין כי ככלל האחיות אחראיות לקשישים שמצבם הרפואי קשה יותר, ושהם מבוטחים בשירותי בריאות כללית. על העמ"א לפקח על מתן השירותים, על איכותם ועל התאמתם לצורכי הקשיש לאורך זמן, ועליהם לשמש "כתובת לזקן בכל נושא שירותי הסיעוד" ולבדוק את שביעות רצונו של הקשיש הסיעודי מהטיפול. במקרים חריגים שיעלו בביקוריהם אמורה לטפל הוועדה המקומית. בט"ל קבע כי את ביקורי העמ"א יש לקיים פעמיים בשנה בממוצע.

מדוח קודם של מבקר המדינה בנושא "מתן שירותי סיעוד לקשישים בקהילה" משנת 2011 (להלן - דוח 61ב)⁷¹ עלה שבשנים 2008-2010 לא קיימו העמ"א ביקורים בתדירות הנדרשת.

לפי נתוני בט"ל לגבי שנת 2015 - העובדים הסוציאליים דיווחו על קיום פחות ממחצית ממספר הביקורים שהיה עליהם לקיים בבתי הזכאים. אשר לביקורי האחיות בבתי הזכאים באותה שנה - לבט"ל אין מידע על כך.

בתשובה שמסר משרד הרווחה למשרד מבקר המדינה ביולי 2017 (להלן - תשובת משרד הרווחה) נכתב כי "משרד הרווחה באמצעות העו"סים מקבל את אחריותו לבחינת איכות הטיפול בקשישים הסיעודיים" אך עקב המחסור בעובדים סוציאליים בתחום הזקנה במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, "לא ניתן לערוך את ביקורי הבקרה בקרב כלל הזקנים הזכאים לגמלת סיעוד". עוד נכתב כי "על ביטוח לאומי לבצע בקרות ולא להסתמך על בקרות של עו"סים ברשויות בתדירות של פעמיים בשנה".

71 מבקר המדינה, **דוח שנתי 61ב** (2011), "מתן שירותי סיעוד לקשישים בקהילה", עמ' 242-244.

מעמדת משרד הרווחה, שסובר שעל בט"ל לבצע בקרות באופן עצמאי ואל לו להסתמך על הבקרות של העו"סים ברשויות, עולה תמונת מצב מדאיגה של גלגול אחריות לביצוע ביקורי הבית ולפיקוח על איכותם.

2. **תפקיד העו"ס בבקרה על איכות הטיפול הביתי:** סוגיית הנשיאה באחריות לבקרה על איכות הטיפול הביתי התעוררה עוד בשנת 2009. ממועד זה התגלעה מחלוקת שטרם יושבה במועד סיום הביקורת, בין בט"ל למרכז השלטון המקומי בישראל (להלן - מרכז השלטון המקומי), שמייצג את הרשויות המקומיות, בנוגע לבקרה על איכות הטיפול הביתי ובכלל זה: מיהו הגורם האחראי לביצוע הבקרה, מהי מטרת הביקורים, משכם ותדירותם ושיטת מימון הביקורים⁷². לטענת מרכז השלטון המקומי, חוק הסיעוד אינו מטיל אחריות על השלטון המקומי לביצוע ביקורי העו"ס; לטענתו, ההסכם עם משרד הרווחה אינו מחייב רשות מקומית, שאינה חפצה לקיימו, ואם רשות מקומית בחרה שלא לבצע את ביקורי עו"ס, האחריות לפקח על מתן שירותי הסיעוד מוטלת על הוועדה המקומית.
3. משרד מבקר המדינה פנה לכמה גורמי מקצוע מתחום העבודה הסוציאלית⁷³ וביקש לדעת האם לדעתם תפקיד העובד הסוציאלי הוא לבצע בקרה ופיקוח על איכות הטיפול בקשיש הסיעודי, והאם הם סבורים שיש לעובדים הסוציאליים כישורים מתאימים לכך.

לפי תפיסתם המקצועית של אותם גורמי מקצוע, תפקיד העובד הסוציאלי המקיים ביקורי עמ"א הוא להתמקד בבדיקת המצב הפסיכו-סוציאלי של הקשיש ולא דווקא לפקח על איכות הטיפול הביתי שהוא מקבל. חלק מן הגורמים גם סברו כי לעובדים סוציאליים אין ההכשרה הנדרשת לשם פיקוח על איכות הטיפול, שצריכה לכלול בראש ובראשונה את המימד הרפואי, דהיינו הכשרה רפואית-מקצועית⁷⁴.

בהסכם שחתם משרד הרווחה עם בט"ל באפריל 2008 התחייב משרד הרווחה, בין היתר, לדאוג כי העובדים הסוציאליים יבצעו באופן אחראי,

72 בט"ל משלם לרשויות המקומיות עבור ביקורי עו"ס שמתקיימים בפועל, וזאת מכוח ההסכם שחתם עם משרד הרווחה.

73 מנהלת אגף במשרד הרווחה, יו"ר ארגון מנהלי שירותי רווחה ברשויות המקומיות, מנהלת תחום רווחה וקהילה במרכז השלטון המקומי, יו"ר איגוד העובדים הסוציאליים ומנהלות לשעבר של מחלקות לשירותים חברתיים בערים גדולות.

74 הם הוסיפו כי העובדים הסוציאליים הוכשרו לבדוק את המצב הפסיכו-סוציאלי של הקשיש, את היחסים בינו ובין משפחתו ואת מקורות התמיכה שלו. בביקור בבית הקשיש הסיעודי העובדים הסוציאליים יכולים להתרשם ממצבו של הקשיש, אך אלו הן התרשמויות בלבד.

מקצועי ושיטתי את כל התפקידים שיוטלו עליהם על ידי הועדות המקומיות והכל כדי לוודא ששירותי הסיעוד ניתנים לזכאי ברציפות, בהיקף שנקבע על ידי הועדה המקומית ובאיכות ראויה.

בביקורת עלה כי בחלק מהמחלקות לשירותים חברתיים, במסגרת הביקור אצל הקשיש הסיעודי, נדרשים העובדים הסוציאליים לבצע מטלות נוספות על הבקרה שעליהם לבצע מתוקף ההסכם. למשל, מנהלת אגף הרווחה והשירותים החברתיים ומנהלת המחלקה לטיפול באזרחים ותיקים בעיריית נתניה כתבו במרץ 2017 למנהלת השירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה כי במהלך ביקורי העו"ס מעלים הקשישים, "צרכים שאינם קשורים רק בחוק הסיעוד אלא **למכלול הבעיות** הנובעות ממאפייני הזקנה ואתגריה. עקב כך נדרש העו"ס להשקיע תשומות רבות מעבר למשימות הנדרשות מביצוע חוק הסיעוד... **לאורך השנים... בפועל בוצעו רוב ההתערבויות [הטיפול בקשישים] גם ובעיקר על ידי עו"סים של חוק סיעוד [אלה שבט"ל מממן את ביקורי העו"ס שהם מקיימים]**" (הדגשות במקור).

משרד הרווחה ציין בתשובתו שתי סיבות לכך שהעובדים הסוציאליים נדרשים לבצע מטלות נוספות במסגרת ביקורי העו"ס לצורך הבקרה על שירותי הסיעוד: האחת - "חוסר האפשרות להפריד בין העבודה בחוק הסיעוד לבין בעיות וצרכים נוספים שיש לזקן, אשר בחלקם יש להם השלכה על תכנית הטיפול שלו". השנייה - מחסור בעובדים סוציאליים בתחום הזקנה במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הרווחה כי לנוכח העובדה שהעובדים הסוציאליים מקיימים פחות ממחצית ממספר הביקורים שהם נדרשים לקיים, עליו לוודא שהעובדים הסוציאליים שיעודו לקיים ביקורי עמ"א ייתנו עדיפות עליונה לפיקוח על יישום חוק הסיעוד. אם משרד הרווחה סבור כי מהבחינה המקצועית לא ניתן להפריד בין ביקור העמ"א לצורך בקרה לבין בחינה של צרכיו הנוספים של הקשיש - עליו לתת לכך פתרון במסגרת תקציב משרד הרווחה ולא על חשבון שעות הבקרה על חוק הסיעוד.

4. **אי-ביצוע הבקרה העצמית כנדרש:** הבקרה העצמית של חברות הסיעוד צריכה להתבצע לגבי כל זכאי אחת לחודשיים כדי לפקח על אופן מתן השירותים, היקפם ואיכותם. לפי חוזה הסיעוד על חברות הסיעוד לדווח לבט"ל על תדירות הבקרה העצמית שמבצעים העובדים הייעודיים מטעם חברות הסיעוד.

משרד מבקר המדינה ניתח נתונים שמסרו חברות הסיעוד לבט"ל על בקרה עצמית שביצעו בחודשים ינואר-ספטמבר 2016 אצל קשישים סיעודיים שהיו זכאים בפרק זמן זה לפחות לחודשיים ברצף של גמלת סיעוד. מניתוח

הנתונים עולה כי אצל כ-16,000 מהקשישים לא ביצעו חברות הסיעוד בקרה עצמית במשך כל התקופה, וכי בעניינם של כ-55,000 מהקשישים הבקרה העצמית לא נעשתה כנדרש (אחת לחדשיים).

בט"ל ציין בתשובתו כי במסגרת הפעלת מערכת הדיווח הטלפונית הממוחשבת (להלן - מערכת הנוכחות הטלפונית)⁷⁵, שפריסתה תושלם במהלך שנת 2018, יינתן מענה "גם לנושא המעקב אחר ביצוע הבקרה על נותני השירותים: הצוות המקצועי מטעם נותן השירותים יחויב לדווח על הביקור בבית הקשיש באמצעות המערכת. באופן זה יתאפשר לביטוח הלאומי לבצע בקרה הרבה יותר מדויקת ובזמן אמת [על קיום ביקורי הבקרה העצמית]".

משרד מבקר המדינה מדגיש כי אל לבט"ל להתמהמה ולהמתין לתחילת הפעלת מערכת הנוכחות הטלפונית, משום שכבר כיום בט"ל יכול לוודא את ביצוע הבקרה העצמית בהסתמך על דיווחי חברות הסיעוד (ראו להלן).

5. **מעקב לקוי של בט"ל אחר איכות הטיפול:** בקרה אפקטיבית מחייבת בחינה שיטתית ומערכתית של הליקויים וממצאי הבקרה שעלו, על מנת לגבש מדיניות ומנגנונים שיבטיחו כי חברות הסיעוד מעניקות טיפול איכותי לזכאים.

עלה כי המעקב של בט"ל אחר איכות הטיפול לקוי מיסודו: הוא לא קבע מהם התחומים והנושאים שגורמי הבקרה נדרשים לבצע מעקב ובקרה בעניינם, הוא גם לא קבע מדדים הניתנים להשוואה לגבי איכות הטיפול ולא הכין טופס פיקוח אחיד הכולל מדדים כאלה. נהפוך הוא, טופסי הפיקוח של הבקרה העצמית של חברות הסיעוד, העובדים הסוציאליים והאחיות נבדלים זה מזה. למשל, טופסי הפיקוח של האחיות ושל הבקרה העצמית כוללים גם מדדים על מצבו של הקשיש וסביבתו המעידים על איכות הטיפול הביתי, כגון ניקיון הקשיש וסביבתו ותזונתו. לעומת זאת, טופסי הפיקוח של העו"ס אינם מתייחסים לנושאים חשובים אלו.

על מנת לשפר את איכות הטיפול צריך בט"ל לעקוב אחר דוחות הבקרה הן של החברות והן של העובדים הסוציאליים והאחיות. בט"ל צריך שתהיה בידו תמונת מצב של כלל הדוחות ויכולת לעקוב אחר מגמות של איכות הטיפול בקשישים ולפעול באופן ממוקד כאשר לאורך זמן הוא מקבל מידע

75 מערכת שבאמצעותה ניתן לדווח על נוכחות המטפלת בבית הזכאי דרך הטלפון. ראו בעניין זה בפרק "מיליוני שעות טיפול שלא ניתנו לזכאים".



מערכת בקרת
האיכות שביטוח
לאומי מפעיל כשלה:
אין לו תמונה כוללת
בנוגע לאיכות הבקרה
והטיפול, והוא אינו
יכול לאתר קשישים
המקבלים טיפול ביתי
לקוי

על זכאים שאינם מקבלים טיפול איכותי כנדרש או על חברות סיעוד שאיכות הטיפול שלהן לקויה.

בביקורת עלה שבט"ל אינו דואג לרכז את כל הדוחות באופן שיטתי ומסודר שיאפשר בקרה אפקטיבית על איכות הטיפול: דוחות הבקרה העצמית נשארים בידי חברות הסיעוד למעט במקרים חריגים, שאת הדוחות בעניינם הן הונחו להגיש לוועדה המקומית; דוחות הבקרה של האחיות נשמרים בתיק המטופל הממוחשב שבמרפאה ואינם מרוכזים בדרג המטה הראשי של שירותי בריאות כללית וגם אינם מועברים לבט"ל; אשר לדוחות בקרה של העו"ס - אמנם הם מוגשים לבט"ל באופן ממוחשב אך הוא אינו מנתח את הנתונים ולמעשה אינו משתמש בדיווחים.

יוצא אפוא, שמערכת בקרת האיכות שבט"ל מפעיל כשלה: בקרת האיכות שעושים העובדים הסוציאליים והבקרה העצמית של חברות הסיעוד אינן מתבצעות כנדרש, אין לבט"ל מידע מלא על הפיקוח והבקרה שמבצעים גורמי הבקרה - עובדים סוציאליים, אחיות והחברות עצמן, ועל כן הוא אינו יכול להעריך את איכות הטיפול שניתן לקשישים, אין לו תמונה כוללת בנוגע לאיכות הבקרה והטיפול, והוא אינו יכול לאתר את הקשישים המקבלים טיפול ביתי לקוי. הדבר משמעו היעדר פיקוח אפקטיבי על איכות הטיפול הביתי.

על מנת לבצע פיקוח אפקטיבי על איכות הטיפול בקשישים סיעודיים, על בט"ל לפתח מנגנוני בקרת איכות. בכלל זה עליו לבחון מחדש את אופן ביצוע הבקרה ולברר האם יש לעובדים הסוציאליים הכלים והיכולות לפקח על איכות הטיפול הביתי. כמו כן על בט"ל להבטיח שביקורי הבקרה יתקיימו בכמות והתדירות הנדרשות; להכין לאלתר טופס בקרה אחיד לכל גורמי הבקרה הכולל מדדים הניתנים להשוואה שיעידו על איכות הטיפול ושיתרעו על מקרים חריגים; לנתח את הדיווחים באופן שוטף; להשוות בין ממצאי הבקרה העצמית של חברות הסיעוד לממצאי הבקרה של העמ"א; לעקוב אחר אופן תיקון הליקויים הנוגעים לטיפול בקשישים ולמילוי צרכיהם.

אי-הנגשת מידע לציבור על חברות הסיעוד ותפקידי המטפלת

מסירת מידע למקבלי הגמלה על איכות השירות של חברות הסיעוד

בהתאם לעקרון השקיפות והדיווחיות⁷⁶, יש מקום שבט"ל יעמיד לרשות הזכאים ובני משפחתם מידע רלוונטי על חברות הסיעוד, ובכלל זה תוצאות של בקרות שבוצעו בנושא איכות הטיפול הביתי שנותנות החברות. מידע זה יאפשר לזכאי ולבני משפחתו לקבל החלטה מושכלת בדבר חברת הסיעוד שמתאימה להם. מהלך זה גם ידרבן את חברות הסיעוד לתת שירות איכותי יותר.

בביקורת עלה כי לאחר שבט"ל מאשר זכאות לגמלת סיעוד הוא מודיע לזכאי שבאפשרותו לבחור את החברה שתספק לו את הטיפול. רשימת חברות הסיעוד ופרטי ההתקשרות אתן מתפרסמים באתר האינטרנט של בט"ל, אולם בט"ל אינו מציג מידע על איכות הטיפול שמספקות החברות שיכול לאפשר לקשיש ולבני משפחתו לבחור באופן מושכל את חברת הסיעוד.

לנוכח חשיבות הבחירה בחברת סיעוד מתאימה שמעניקה טיפול ביתי איכותי, ולאור ההחלטה לקדם את עקרון השקיפות והדיווחיות של מידע בעל חשיבות ציבורית, על בט"ל להנגיש לציבור מידע על איכות הטיפול שמספקות חברות הסיעוד. לשם כך ראוי שבט"ל יקבע מדדי איכות לטיפול, וכי המידע שיפיץ לציבור יכלול את ציוני החברות על פי המדדים שהוא יקבע.

בתשובתו ציין בט"ל כי לאחר ש"תתבסס" כחלק מהמכרז החדש שיטת הפעולה שלו אל מול חברות הסיעוד בהתאם למדדי איכות, "יפרסם הביטוח הלאומי את ממצאיו לציבור".

משרד מבקר המדינה מעיר לבט"ל כי אין די בהתחייבות עמומה זו. על בט"ל לקבוע לוח זמנים סביר ומחייב למימושה.



בני המשפחה שהשיבו
לסקר ציינו כי הם לא
היו ערים לכך
שהיבטים שונים של
הטיפול - כגון ליווי
מחוץ לבית, בישול,
כביסה ורחצה - הם
חלק מתפקידי
המטפלת

מסירת מידע לקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם על תפקידי המטפלת

בט"ל קבע באופן מפורט את תפקידי המטפלת בתדריך "לנותני שירותי סיעוד" שפרסם (להלן - תדריך לנותני השירותים), ופירוט זה נמסר לוועדות המקומיות ולחברות הסיעוד. בין היתר קבע בט"ל כי העזרה לזכאי בניידות מחוץ לבית כוללת "טיול, ליווי למספרה וכד"ו והטיפול בגין "עזרה בניהול משק הבית" כולל, בין היתר, "סידור הבית... שטיפת רצפות... ניקיון היגייני (אמבטיה ושירותים)... כביסה במכונת כביסה, גיהוץ, קניות וסידורים מחוץ לבית".

בהיותו רשות ציבורית, מצופה מבט"ל לספק למקבלי גמלת הסיעוד את מלוא המידע על הזכויות שעליו להעניק להם. חשוב במיוחד שהוא יביא לידיעתם מהם תפקידי המטפלת אשר תפקידה למלא את צרכיו של הקשיש במסגרת הטיפול הביתי בהתאם למה שקבע בט"ל. הדבר יכול לסייע להבטיח כי המטפלת תספק את הטיפול הנדרש ולמנוע מחלוקות בין הצדדים.

אולם, בתשובות לסקר ציינו בני המשפחה המשיבים כי הם לא היו ערים לכך שהיבטים שונים של הטיפול - כגון ליווי מחוץ לבית (לרבות לרופאים או לקניות), בישול, כביסה ורחצה - הם חלק מתפקידי המטפלת שקבע בט"ל, וציינו אותם כשירותי סיעוד נוספים שהזכאי זקוק להם ולא מסופקים על ידי המטפלת. כך למשל, כמה מהמשיבים לסקר בני המשפחה ציינו:

- **"מטפלות קודמות... לא היו מוכנות לערוך קניות קלות בטענה שזה לא מתפקידן, לא היו מוכנות להחליף מצעים, סרבו להוציא את הקשישה מביתה היות וההליכה איטית מאד וזה מעייף אותן או שקשה להן לסחוב את ההליכון. קל היה להן יותר להשאיר אותה בבית וללכת לבדן מבלי להבין את החשיבות של יציאת הקשישה מהבית" [נכדה לקשישה בת 95].**
- **"היו מטפלות שלא היו מוכנות לעשות קניות חוץ מלחם וחלב, או כזו שלא היה מוכנה לצאת החוצה כי לא רצתה להרים את ההליכון" [קשישה בת 95].**

בביקורת עלה שבט"ל לא מנגיש באופן מפורט לקשיש הסיעודי ובני משפחתו את המידע בנוגע לתפקידי המטפלת - הוא לא מפרט במכתב אישור הזכאות את תפקידי המטפלת, באתר האינטרנט שלו הוא מציג את תפקידי המטפלת באופן כוללני ונמנע מלפרט את מלוא המידע שהוא מפרסם בתדריכים לחברות הסיעוד ולוועדות המקומיות⁷⁷. על בט"ל לפעול להנגיש לציבור באופן קל להתמצאות את מלוא המידע המפורט על השירותים שהמטפלת נדרשת לספק לקשישים הסיעודיים ולבני משפחותיהם, וזאת בין היתר באמצעות מכתב אישור הזכאות שהוא שולח למקבלי הגמלה ובאתר האינטרנט שלו. כך יאפשר בט"ל למשפחות ולקשישים לפקח בעצמם על השירות, כדי להבטיח כי קיבלו את השירות שהם זכאים לו.

בתשובתו מיולי 2017 מסר בט"ל כי החל מעוד כשלושה חודשים הוא יעביר לקשישים הסיעודיים דף מידע בעניין.

מיליוני שעות טיפול שלא ניתנו לזכאים

בדוח על אי-מיצוי זכויות חברתיות⁷⁸ (להלן - דוח אי-מיצוי זכויות) הדגיש מבקר המדינה כי "על הרשות הציבורית חלה חובה לממש את הזכות ולתת אותה לזכאים לה.... לשם כך ראוי שהרשות הציבורית תנקוט פעולות שמטרתן הסרת חסמים העומדים בפני הזכאי כדי שיוכל לממש את זכויותיו".

על כן, כאשר מופקדים בידי בט"ל בנאמנות תקציב מדינה או משאבים לשם מימוש זכות בדין למען ציבור הזכאים, חלה עליו החובה לפעול למימוש הזכות ולתת אותה לזכאים לה. בכלל זה, עליו לוודא כי הזכאים לקבלת שירות, כגון שירות הטיפול הביתי, יקבלו אותה במלואה.

בט"ל קבע כי הקשיש הסיעודי או בן משפחתו יאשרו בחתימתם ביומן העבודה שתציג להם המטפלת את המועדים שבהם ניתן בפועל הטיפול הביתי (להלן - יומן עבודה). על המטפלת להעביר אחת לחודש את יומן העבודה לחברת הסיעוד, וזו מסכמת את סך השעות שאותה מטפלת נתנה לזכאים על סמך יומני העבודה ומגישה דרישת תשלום לבט"ל.

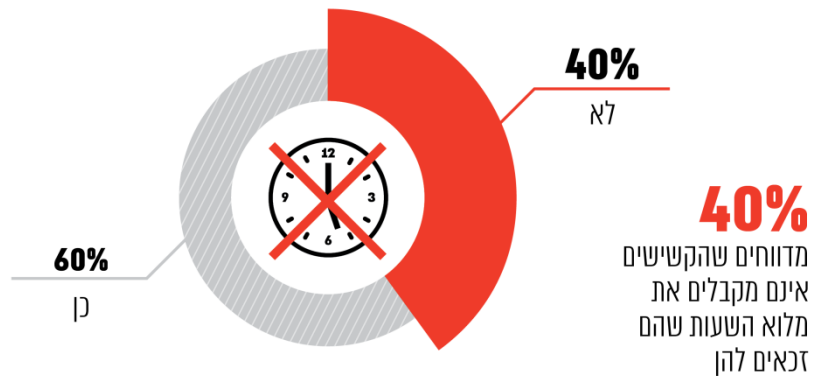
77 ציון כי בט"ל פרסם באתר האינטרנט שלו את התדריכים, ההנחיות והחוזרים המיועדים לנותני שירותי הסיעוד והוועדות המקומיות אולם המידע שנכלל בהם לא מוצג באופן נגיש וקל להתמצאות.

78 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2015** (2015), "אי-מיצוי של זכויות חברתיות", עמ' 3.

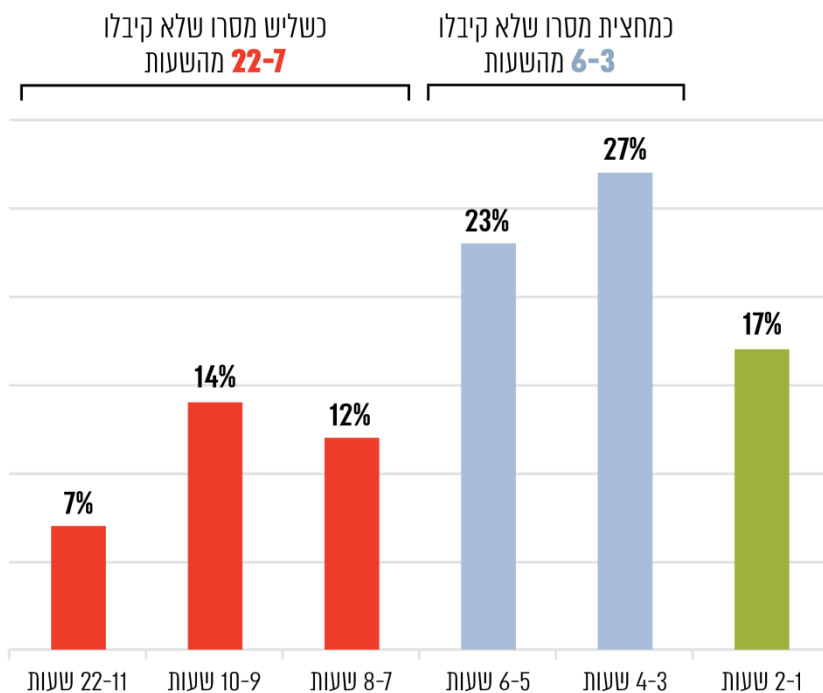
במסגרת סקר בני המשפחה הסתמנה תופעה שכיחה, ולפיה הקשישים הסיעודיים אינם מקבלים את מלוא שעות הטיפול שהם זכאים להן; בסקר ציינו חלק ניכר מהמשיבים - כ-40%, שהקשישים הסיעודיים לא קיבלו את כל שעות הטיפול שהיו זכאים להן מהמטפלות הישראליות.

להלן תרשימים 6 ו-7 המציגים את סיכום התשובות של בני המשפחה שהשיבו לסקר, לשאלות בדבר קבלת מלוא שעות הזכאות לטיפול ביתי והערכה של מספר שעות הזכאות שהזכאי לא קיבל. יצוין כי השאלות הללו רלוונטיות לגבי הטיפול הניתן על ידי מטפלות ישראליות בלבד⁷⁹:

תרשים 6: הערכת בני המשפחה שהשיבו לסקר באשר למידת קבלת השעות להן זכאים מקבלי גמלת הסיעוד



תרשים 7: הערכת בני המשפחה שהשיבו לסקר באשר למספר השעות השבועיות שהחסיירו המטפלות הישראליות



לבד מהעובדה שהמטפלות לא נתנה לקשיש את מלוא שעות הטיפול, משמעותה של התופעה האמורה לעיל היא עומס טפולי נוסף המוטל על גורם אחר - בדרך כלל זו המשפחה. יצוין כי עמדה זו מאוששת גם מתשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר, שממנו עולה כי בני משפחה של קשישים המקבלים את מלוא שעות הסיעוד שהם זכאים לה מדווחים על עומס מועט⁸⁰ יחסית לבני משפחה של קשישים שאינם מקבלים את מלוא השעות. אי-קבלת מלוא שעות הטיפול גורם גם לפגיעה בתעסוקת בני המשפחה⁸¹ ובקשרים המשפחתיים⁸².

קיימות מגוון סיבות לאי-קבלת מלוא שעות טיפול הביתי; חלקן מוצדקות, למשל היעדרות הקשיש מביתו כתוצאה מאשפוז, וחלקן לא מוצדקות, למשל מטפלת

80 ראו להלן בפרק "הנטל הכבד על בני המשפחה והשפעותיו".

81 אלה המקבלים את מלוא השעות מדווחים על פחות עומס תעסוקתי.

82 כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מקבל את מלוא זכאותו, המשפחה מדווחת על מידה פחותה של השפעה שלילית על היחסים המשפחתיים.

שביצעה עבודה רק בחלק משעות הטיפול אשר להן זכאי הקשיש. במקרים שבהם חברת הסיעוד דרשה תשלום כראוי על השעות שבוצעו בפועל, הרי שהזכאי אמנם לא קיבל את מלוא הטיפול הביתי אך לפחות לא נגרם נזק כלכלי לבט"ל כיוון שהוא לא שילם עבורן (להלן - שעות טיפול חסרות). ואולם, אם הזכאי לא קיבל את השעות שהוא זכאי להן ובפועל בט"ל שילם לחברת הסיעוד תמורת שעות אלו - הרי שלמעשה מדובר בקבלת תשלום ללא מתן שירות (להלן - "גניבת שעות").

מדובר, אם כן, בשרשרת של נזקים הנובעת מכך שהקשיש אינו מקבל את מלוא השעות שלהן הוא זכאי - נזק ישיר לקשיש, למשפחתו, ובמקרים מסוימים - נזק גם לקופה הציבורית ולמשק כולו.

מנתונים שמסר בט"ל למשרד מבקר המדינה עלה כי בשנים 2011-2015 היקף שעות הטיפול החסרות - בניכוי השעות שלהן קיים הסבר, כגון אשפוז, מעבר למוסד או פטירת הקשיש - היה כ-16 מיליון שעות, ששווין הכספי הוא כ-680 מיליון ש"ח, כ-3% מסך שעות הטיפול הביתי שהקשישים הסיעודיים היו זכאים להן באותן שנים. משמעות הדבר היא שקשישים רבים לא קיבלו - מסיבות שאינן מוצדקות - שעות טיפול רבות שלהן הם היו זקוקים.

היעדר מענה לבעיית שעות הטיפול החסרות: משרד מבקר המדינה ניתח נתונים שקיבל מבט"ל לחודשים ינואר-ספטמבר 2016. מהניתוח עלה כי כ-16,000 זכאים בממוצע לחודש לא קיבלו לפחות 10% משעות הטיפול הביתי שהיו זכאים להן בחודשים אלו. מתוכם כ-7,000 קשישים היו ברמות התלות הגבוהות⁸³.

מניתוח הדיווחים של חברות הסיעוד על השעות החסרות שלא ניתנו לאותם כ-16,000 זכאים כמפורט לעיל עולה כי במרבית המקרים (למעלה מ-70%) חברות הסיעוד כלל לא ציינו סיבה לשעות החסרות ובלמעלה מ-10% מהמקרים החברות ציינו כי השעות החסרות נובעות מ"סיבה אחרת". דהיינו ברוב המקרים לא ניתן לדעת מה הסיבה לשעות החסרות.

83 שהיו זכאים ליותר מ-10 שעות טיפול בשבוע.



עוד עלה כי בתקופה שנבדקה (ינואר-ספטמבר 2016) כ-10,000 זכאים קיבלו פחות מ-90% מהשעות שלהן הם היו זכאים בתקופה רצופה של שלושה חודשים ומעלה; כ-980 מתוכם לא קיבלו כלל טיפול ביתי במשך כל תשעת החודשים הללו.

אף שמדובר באלפי זכאים ובאלפי שעות טיפול שלא מוצו, בט"ל לא ניתח את הנתונים, לא דן בהם ולא דרש מחברות הסיעוד הסבר מפורט על הסיבות לשעות החסרות.

1. התברר שבמשך שנים רבות בט"ל כלל לא בחן את סוגיית שעות הטיפול החסרות. רק במאי 2016 החל מטה בט"ל להעביר לבדיקת הסניפים דוחות על שעות הטיפול החסרות של קשישים סיעודיים שקיבלו בחודש מסוים פחות מ-50% ממספר השעות שהיו זכאים להן והורה לפקידי התביעות בסניפיו לבדוק כל מקרה כזה.

משרד מבקר המדינה מעיר לבט"ל כי הנחייתו בנוגע לבדיקת מקרים של שעות טיפול חסרות היא בדיקה נקודתית הנוגעת לקשיש מסוים; בדיקה כזו אינה מאפשרת לעמוד באופן מערכתי על הסיבות לאי-מתן מלוא שעות הטיפול. בט"ל לא נתן אפוא מענה כולל לבעיה זו שיביא למזעור התופעה.

מחסור ממושך בשעות הטיפול הנמנעות מהקשישים הסיעודיים הזכאים להן עלול לפגוע משמעותית באיכות חייהם שלהם ושל בני משפחותיהם. על כן, על בט"ל לנתח את הנתונים בדבר השעות החסרות, להפיק מהניתוח לקחים ולוודא כי חברות הסיעוד, באמצעות המטפלות, נותנות לקשישים את כל שעות הטיפול שמגיעות להם.

2. אחד החסמים המרכזיים לאי-מיצוי זכויות הוא היעדר מודעות לזכות לקבלן⁸⁴. בית הדין הארצי לעבודה עמד בכמה פסקי דין על החשיבות שיש לכך שבט"ל ימסור מידע למבוטח לצורך מיצוי זכויותיו⁸⁵. ראוי שבט"ל יודיע לזכאים לגמלת סיעוד שאינם מקבלים את מלוא שעות הטיפול אשר להן הם זכאים, שהם זכאים למספר שעות רב יותר שאינן מנוצלות וינחה אותם כיצד למצות את זכאותם.

אולם נמצא שבט"ל אינו מביא לידיעתם של קשישים שאינם ממצים את זכותם, את העובדה שהם אינם מקבלים את כל שעות הטיפול שלהן הם זכאים ואינו מנחה אותם כיצד למצות את גמלתם. עוד נמצא כי אגף הסיעוד אינו מדווח לפקדי התביעות בסניפים באמצעות הדוחות בנושא שעות הטיפול החסרות על זכאים שלא קיבלו יותר מ-50% משעות הסיעוד חודשיים ברצף ויותר. עקב כך נבצר מפקדי התביעות בסניפים לתת עדיפות לטיפול בקשישים סיעודיים אלה.

על בט"ל לפעול כדי להבטיח שהזכאים ימצו באופן מרבי את זכותם לגמלת סיעוד על ידי מסירת מידע והנחיות מתאימים לקשישים ולבני משפחותיהם, ובייחוד למי שאינם ממצים את זכותם.

תופעה של "גניבת שעות"

מנהלת אגף סיעוד דאז ציינה כבר במאי 2009⁸⁶: "מנתונים שנאספו באגף, הבעיה הקרדינאלית של מתן השירותים [טיפול ביתי] היא 'גניבת שעות עבודה'. הדבר מתבטא הן ברישומי יתר ביומני העבודה של המטפלות והן בדרישות יתר של שעות טיפול אף מעבר לרישום ביומני העבודה. בפועל הזקן אינו מקבל את השירותים המגיעים לו והמוסד [לביטוח לאומי] משלם עבור שירותים שלא ניתנו". כמו כן היא כתבה: "המטופלים נאלצים להתפשר, ובדרך כלל משתפים פעולה בהסתרה מחשש שיישארו ללא טיפול". יצוין כי כבר ביולי 2004 מנהלת אגף סיעוד דאז אמרה כי: "אחת התלונות השכיחות הן של זקנים והן של בני המשפחה של הזקנים היא שהזקנים לא מקבלים את כל השעות שהיו צריכות להינתן", וכי פעמים רבות המטפלים "מציגים לזקנים את היומנים בסוף החודש ומראים להם היכן לחתום".

בתהליך שיתוף הציבור ציינו חלק מהמשיבים כמה סיבות עיקריות לכך שבני המשפחה או הקשישים חותמים על יומני עבודה של מטפלות גם במקרים בהם

84 מבקר המדינה, **דוח שנתי 165** (2015), "אי-מיצוי של זכויות חברתיות", עמ' 24.

85 ראו עב"ל (ארצי) 1381/01 **אולחובוק נ' המוסד לביטוח לאומי**, פסק דינה של השופטת (כתוארה דאז) ארד (פורסם במאגר ממוחשב, 9.2.04).

86 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 161** (2011), עמ' 248.



"לאחרונה גיליתי את נושא השעות: לביטוח לאומי דווחו פי 6-7 שעות ממה שהיו" (בן משפחה של קשישה)

הם כוללים שעות שבהן לא קיבלו טיפול מהמטפלת: מנהג קלוקל של אי-דיוק בשעות; היעדר פיקוח נאות שיכול לצמצם את התופעה או דיווח לא אמין; התחשבות הקשיש הסיעודי במטפלת. וכך ציינו משתתפים במרכיב האיכותני של תהליך שיתוף הציבור:

- "פעם אחת המטפלת זייפה בשעות כי היא 'החזירה לי' על זה שביקשתי ממנה לעשות דברים שלא רצתה לעשות כמו קניות וניקיון" [קשישה בת 95].
- "המטפלות גם מזייפות את החתימה שלי כי חברת הסיעוד בודקת יומנים, או שחברות הסיעוד חותמות בשמן. אני מנהלת חשבונות - עשיתי מעקב וביקשתי לראות את היומן ומעולם לא נתנו לי לראות אותו. אין פיקוח על היומנים מהביטוח הלאומי" [קשישה בת 74].
- "המטפלות מבקשות שיורידו להן שעות מזמן הנסיעה וכך אני מפסידה שעות על חשבון הזמן שלי ויש להן גיבוי מחברות הסיעוד - זה בהמלצתם אפילו" [קשישה בת 74].
- "אין מספיק פיקוח ובקרה על ביצוע שעות העבודה בפועל. מכיוון שהקשיש לעיתים תלוי כמעט לחלוטין במטפלת הוא לא מעז לדווח על היעדרויות ושעות שהוחסרו וטיב השירות לו הוא זכאי נפגע" [נכדה לקשישה בת 92].
- "לאחרונה גיליתי את נושא השעות - יש לאמי הרבה שעות שהולכות לאיבוד עם חתימות שונות - למשל עבודה בחג שלא הייתה ולא נבראה... לביטוח לאומי דווחו פי 6-7 שעות ממה שהיו" [בן משפחה לקשישה].
- "היו מקרים בעבר שהמטפלות ביקשו ממני לחתום על הטופס ולא רציתי לפגוע להם בפרנסה מכיוון שזה לא אנושי" [קשישה בת 73].
- "ברור שחתמתי, אחרת אני 'אישה קשה', פוגעת בפרנסה שלהם, אני 'השטן בלי זנב'. כואב לי הלב אני מרחמת עליהם. הן עובדות לפי השלמת משימות ולא לפי שעות, אני חותמת כי אחרת איזו ברירה יש לי?" [קשישה בת 74].
- "ישנם מקרים שהמטפלת מאחרת, ונותנת פחות שעות בפועל... היא עובדת בעוד ארבעה מקומות וצריכה להספיק לעבור מבית לבית" [קשישה בת 79].

בט"ל אינו מפקח על התשלום עבור הטיפול הביתי

על בט"ל להבטיח כי הכספים שהוא מקצה לטיפול הביתי ישמשו לצורך זה, ולשם כך עליו לקבל את פירוט העבודה שדווח כי בוצעה בפועל (יומני העבודה), לבדוק את מהימנותם וסבירותם על מנת למנוע מצב של תשלום לחברות הסיעוד על שירות שבפועל לא סופק, ובהתאם לשלם רק עבור השירות שניתן. כך, לפי הוראת החשכ"ל⁸⁷ יש לשלם לנותני השירותים רק לאחר שנבדק ונמצא שהשירות אכן ניתן בפועל⁸⁸.

1. כאמור, כבר בדוח 61 ב' בחן משרד מבקר המדינה את תופעת רישומי היתר של שעות ביומני העבודה ("גניבת שעות"). בדוח צוין⁸⁹ כי "גם סקר הסיכונים [שבוצע בבט"ל בשנת 2004] הצביע, כאמור, על האפשרות של דיווחי יתר והעלה את הצורך בעריכת בקרה ממוחשבת ושיטתית על שעות העבודה של המטפלים המועסקים על ידי נותני השירותים [חברות הסיעוד]".

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה לבט"ל כי אף שהיה מודע לרישומי היתר, והדבר צוין גם בדוח מבקר המדינה בעניין, ואף שמדובר במיליוני ש"ח - הוא אינו דורש מחברות הסיעוד את יומני העבודה, כחלק מדרישות התשלום הממוחשבת שהן נדרשות לשלוח אליו כתנאי לתשלום.

חשיבות קבלת יומני העבודה באופן ממוחשב עולה בבירור גם מבדיקה פנימית שביצע בט"ל בשנת 2015, בה מצא כי 184 מטפלות שהועסקו ביותר מחברה אחת דיווחו לפחות לגבי חודש אחד כי עבדו באותו חודש יותר מ-250 שעות. בט"ל קבע כי היקף שעות עבודה כזה ביותר מחברה אחת אינו סביר. יצוין כי על אף זאת הוסיף בט"ל לשלם לחברות הסיעוד עבור שעות טיפול בחודשים ינואר-ספטמבר 2016 - החודשים שבהם בדק משרד מבקר המדינה את הנתונים בנושא, תוך חריגה מהרף שהוא עצמו קבע כבלתי סביר לביצוע - יותר מ-250 שעות חודשיות למטפלת שעובדת ביותר מחברה אחת. למשל, באוגוסט 2016 שילם בט"ל עבור שעות טיפול עליהן דיווחו 240 מטפלות שעבדו ביותר מחברה אחת ודיווחו על יותר מ-250 שעות עבודה בחודש.

משרד מבקר המדינה בחן יומני עבודה שקיבל בט"ל מחברות הסיעוד. היומנים שנבדקו הם של 242 מטפלות שדיווחו על עבודה בפברואר 2016. מיומנים אלה עלה כי 72 מהן (כ-30%) דיווחו ביומני העבודה שהגישו על שעות טיפול חופפות עבור שני קשישים סיעודיים ויותר.

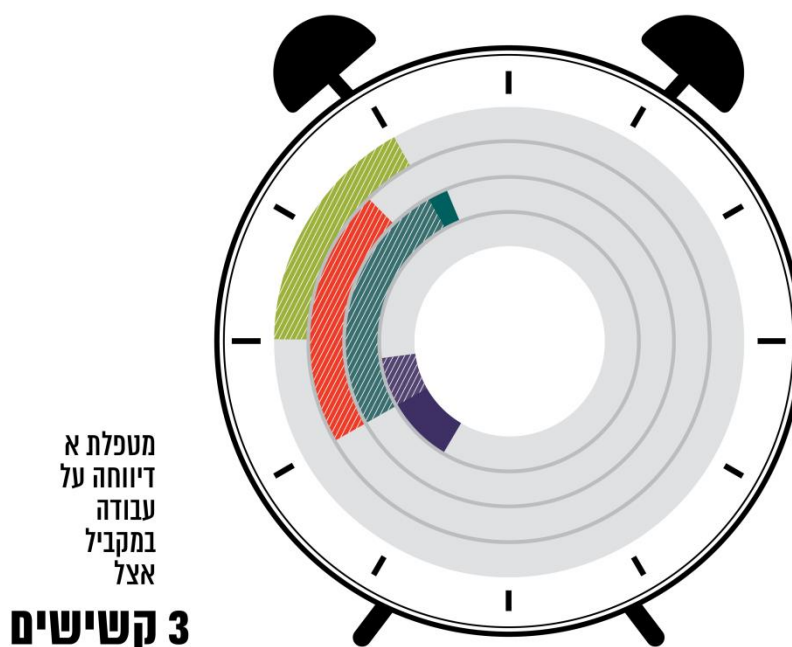
87 הוראת תכ"ם (תקנון, כספים ומשק) 1.4.1 בדבר "ביצוע תשלומים בגין התחייבויות - כללי".

88 יצוין כי האחריות לכך בבט"ל מוטלת על חשב בט"ל שהוא עובד החשכ"ל.

89 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2011** (2011), "מתן שירותי סיעוד לקשישים בקהילה", עמ' 248.

למשל, לפי הרישומים ביומני העבודה של מטפלת א בחודש האמור היא עבדה בארבע חברות. סך השעות שדווחו ביומני העבודה שלה שנבדקו היה 339, חריגה של 89 שעות מהרף העליון שקבע בט"ל למטפלת שעובדת ביותר מחברה אחת - 250 שעות חודשיות - למעלה מ-15 שעות ליום עבודה בממוצע⁹⁰. חברות הסיעוד שבהן עבדה מטפלת א באותו חודש קיבלו מבט"ל תמורה עבור השעות המדווחות האלה. מתוך השעות שנרשמו ביומני העבודה שנבדקו, 150 שעות נרשמו כשעות שבוצעו בחפיפה. להבהרת נושא החפיפה ראו בתרשים 8 דיווח ביומני העבודה של מטפלת א על עבודה במקביל ביום אחד לדוגמה:

תרשים 8: דיווח ביומני העבודה של מטפלת א על עבודה במקביל ביום אחד לדוגמה



2. בהיעדר יומני העבודה יכול בט"ל לנתח את תכניות הטיפול שהוא מקבל מדי חודש עם דרישות התשלום שמעבירות אליו חברות הסיעוד. אמנם תכניות הטיפול אינן מעידות על הביצוע בפועל אך חפיפה ביניהן עשויה להעיד על היתכנות של רישומי יתר ואמורה לשמש סמן לצורך בבדיקה מעמיקה יותר של הביצוע בפועל.

משרד מבקר המדינה בחן את תכניות הטיפול שצורפו לדרישות התשלום לחדשים ינואר-ספטמבר 2016 ומצא מעל 95,000 מקרים (ובממוצע מעל 10,000 מקרים בחדש) אשר בהם הייתה היתכנות לכך שאותה מטפלת עבדה בחפיפה או בצמידות (המועד שתוכנן לסיום הטיפול בקשיש אחד היה זהה למועד שתוכנן לתחילת טיפול בקשיש אחר).

אף שבט"ל ער לכך שייתכן שהוא משלם תשלומי יתר לחברות הסיעוד בעבור שעות טיפול ביתי שבפועל מקבלי גמלה אינם מקבלים, בט"ל אינו מבצע בדיקה כזאת.

3. יצוין כי בט"ל ניסה לטפל בתופעה הרחבה של "גניבת שעות" עוד בינואר 2004, אז ניסה להפעיל מערכת לדיווח מרחוק, באמצעות הטלפון, על נוכחות מטפלות בבית הזכאי (מערכת הנוכחות הטלפונית). בדוח 61 קבע מבקר המדינה כי בט"ל לא פעל במרץ לפתח שיטה טכנולוגית שתאפשר לעקוב אחר דיווחי המטפלות "וכך נותר חשוף במשך שנים לדיווחי יתר של מטפלים ולסטיות מתכניות טיפול"⁹¹.

אף שמערכת כזו יכולה לא רק להקל ולפשט את דיווחי הנוכחות והתשלום בעבורם, אלא גם לוודא את תקינותם הרישומית, למנוע דיווחי סרק ולאפשר בקרה ואיתור חריגים, הועלה כי בדצמבר 2016, 12 שנה לאחר שהחל בט"ל לנסות את מערכת הנוכחות הטלפונית, המערכת טרם החלה לפעול ועדיין נמצאת בשלבי הפיילוט⁹².

בתשובתו ציין בט"ל כי מערכת הנוכחות הטלפונית "תיתן מענה מלא לבעיית גניבת השעות", וכי נכון ליוני 2017 המערכת הוטמעה בארבע ועדות מקומיות. עוד ציין כי "[ה]הטמעה היא אטית מהתכנון הראשוני אך מתקדמת ותושלם במהלך שנת 2018", וכי הוא סבור "שראוי להקדיש את כול המשאבים הניהוליים והמחשוב בקידום וסיום ההטמעה של מערכת... הנוכחות [הטלפונית] על פני בניית מערכת חלופית זמנית, שגם כן כרוכה במשאבים רבים".

91 משרד מבקר המדינה, **דוח שנתי 61** (2011), עמ' 248.
92 בסיום הביקורת בט"ל הפעיל את המערכת בבאר שבע בלבד.

ביטוח לאומי - הגוף
האחראי להבטחת
טיפול איכותי מתוקף
חוק הסיעוד - כשל
בתפקידו ואינו ממלא
את תפקידו כראוי

אף שמערכת נוכחות טלפונית היא קפיצת מדרגה במערך הבקרה על חברות הסיעוד, אין לקבל מצב שבו בהיעדר מערכת נוכחות טלפונית בט"ל אינו מבצע, לכל הפחות, בקרה אפקטיבית על יומני העבודה כדי לוודא את מהימנות הדיווחים. מה גם שלפי תשובת בט"ל, ברוב המכריע של הוועדות המקומיות (כ-98%) המערכת עדיין לא נכנסה לשימוש. יצוין כי לפי חוזה הסיעוד בט"ל רשאי לשנות בכל עת את תבנית הדיווח, אך בפועל לא עשה זאת.

על בט"ל, "הזרוע המבצעת" של החברה כולה בהגשמת חובתה המוסרית והמשפטית לתת לזכאים שירותי סיעוד, חלה החובה לנהוג באחריות בכספי הציבור; עליו להגביר את הפיקוח על חברות הסיעוד על מנת לטפל בתופעת "גניבת השעות". עד שתופעל מערכת הנוכחות הטלפונית, על בט"ל לפעול בהקדם האפשרי לשינוי תבנית הדיווח הממוחשבת שהוא דורש מחברות הסיעוד, כך שהיא תכלול גם דיווח ממוחשב של יומני העבודה. דרך פעולה זו לא רק תאפשר לבחון את מהימנות הדיווחים, אלא אף תגביר את ההרתעה ותסייע לצמצם את תופעת "גניבת השעות". על בט"ל גם לבחון דרכים להחזר הכספים ששילם ביתר.



מהממצאים שפורטו לעיל עולים ליקויים רבים בטיפול הביתי בכ-165,000 קשישים סיעודיים הנזקקים לטיפול ביתי. הליקויים המרכזיים נוגעים לאיכות הטיפול הלקויה, להכשרה לא מספקת של המטפלות, לאי-מתן כל שעות הטיפול הביתי שהקשישים זכאים להן ולבקרה רופפת עד מאוד על חברות הסיעוד. מכאן עולה שבט"ל - שהוא הגוף האחראי להבטחת טיפול איכותי מתוקף חוק הסיעוד - כשל בתפקידו ואינו ממלא כראוי את התפקידים שהוא אחראי להם.

מהליקויים המתוארים מצטיירת אפוא תמונה חמורה ומדאיגה ולפיה איכות הטיפול הביתי הניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה. רשויות המדינה המעורבות בהבטחת איכות הטיפול - בין שמדובר בבט"ל ובין שמדובר במשרד הרווחה - אינן פועלות כמי שהאחריות לכך מונחת לפתחיהן ומתנערות הלכה למעשה, כל אחת בחלקה, מאחריותן להבטחת איכות הטיפול. פועל יוצא מכך הוא גם ניצול לא יעיל של כספי הציבור - בעוד שההוצאה הציבורית על הטיפול היא עצומה - מיליארדי שקלים בכל שנה ושנה, לא ניתן לומר כי תקציב זה מנוצל ביעילות ולמטרתו. בט"ל אמנם מכיר באחריותו הכוללת ליישום חוק הסיעוד ואולם, הוא כמו גם משרד הרווחה, מגלגלים האחד לרעהו את האחריות להבטחת איכות הטיפול שניתן לקשיש הסיעודי במסגרת גמלת הסיעוד. ההשלכות של גלגול האחריות עולות בקנה אחד עם ממצאי הביקורת, המלמדים על כשל באיכות הטיפול שניתן למקבלי גמלת הסיעוד. זהו מצב שאין להסכים עמו ויש לפעול להפסיקו לאלתר.

ביצוע הערכת התלות

חוק יסוד כבוד האדם קובע כי כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו. כל רשות מרשויות השלטון, ובכלל זה בט"ל, חייבת להקפיד שכבודו של כל אדם יישמר במסגרת כל פעולה שהיא נוקטת בעניינו.

1. ככלל, לצורך קביעת מידת התלות של קשיש שהגיש בקשה לגמלת סיעוד מבצע בט"ל מבחן הערכה תפקודית לקשיש בביתו, באמצעות מעריך תלות⁹³ (להלן - הערכת תלות). הערכת התלות מתבצעת על סמך צפייה בהתנהגות הקשיש, לרבות בפעולות שמבצע הקשיש לבקשת המעריך (להלן - הדגמות), תוך כדי הצגת שאלות מנחות ושימוש במידע רלוונטי. במהלך השנים הועלו טענות רבות של קשישים ובני משפחותיהם בדבר פגיעה בכבוד הקשישים במהלך ביצוע הערכות התלות⁹⁴. בט"ל מחויב לעשות כמיטב יכולתו על מנת לצמצם את הפגיעה בכבוד הקשיש עד למינימום ההכרחי, ובין היתר להימנע מביצוע הערכות תלות כאשר מדובר בקשישים שניתן לאשר את זכאותם על סמך מסמכים רפואיים בלבד (להלן - מסלול מהיר).

יצוין לחיוב כי בט"ל אכן הרחיב באפריל 2016 את האפשרות לבדיקת זכאות במסלולים מהירים ללא הערכת תלות, ובחודשים יוני-ספטמבר 2016 גדל שיעור התביעות לזכאות שטופלו במסלול מהיר מ-3.8% בשנת 2015 ל-19.3%.

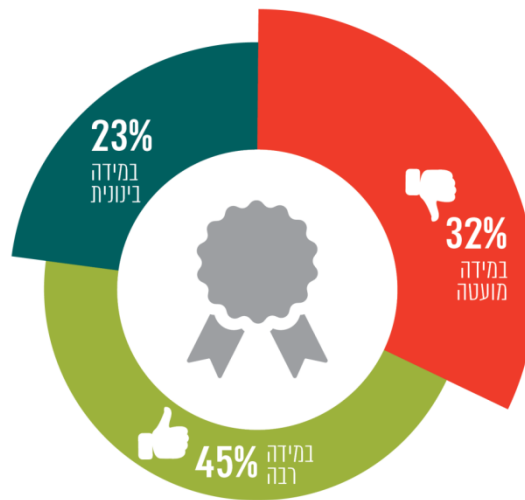
בעקבות הביקורת הציבורית והמקצועית על הערכת התלות במתכונתה דאז מינה מנכ"ל בט"ל דאז ביוני 2012 ועדה ציבורית בראשות פרופ' אריה בן יהודה (להלן - ועדת בן יהודה), והיא המליצה באפריל 2013 להמשיך לבצע את הערכת התלות, ובתוך כך לבצע בה שינויים. בעקבות ההמלצות שינה בט"ל ביולי 2014 את אופן ביצוע הערכת התלות בכך שבין היתר הוא הפחית את מידת השימוש בהדגמות במסגרתה (להלן - הערכת התלות החדשה).

תרשים 9 להלן מציג את סיכום התשובות של בני המשפחה שהשיבו בסקר לשאלה באיזו מידה לתחושתם נשמר הכבוד של מקבל הגמלה במהלך הערכת התלות.

93 מעריכי התלות הם אחים מוסמכים, מרפאים בעיסוק ופזיזותרפיסטים.

94 ד"ר אגמון מעיין ואח', **דוח מחקר - בחינה איכותנית של מבחן הערכת התלות לצורך קבלת גמלת סיעוד** (2016), עמ' 3.

תרשים 9: תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר בנוגע לשאלה באיזו מידה לתחושתם נשמר כבוד הקשיש במהלך הערכת התלות



ניתוח תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר הצביע כי הערכת המידה שבה נשמר כבודו של מקבל הגמלה במהלך הערכת התלות אינה תלויה במועד שבו הוא עבר אותה - לפני ינואר 2015 (הערכת התלות הקודמת) או אחריו (הערכת התלות החדשה)⁹⁵. כלומר, נראה כי לפי תשובות בני המשפחה השינויים שבט"ל ביצע בהערכת התלות לא שיפרו את מידת השמירה על כבודו של הקשיש.

לא זו אף זו, בקבוצות המיקוד שבהן השתתפו בני המשפחה ובראיונות עם קשישים היו שציינו כי מקבלי גמלת הסיעוד ובני משפחותיהם חוו חוויה קשה של פגיעה בכבודם במסגרת הערכת התלות. כך כמה קשישות הלינו על חוסר רגישות של מעריכות התלות ועל בקשות של מעריכות התלות שגרמו להן תחושות השפלה:

- **"המבחן [הערכת התלות] עצמו היה משפיל... נשאלו שאלות חודרניות ולא נעימות" [קשישה בת 85 שנבדקה בשנת 2016].**
- **"הערכת התלות הייתה חוויה משפילה מאד ולא נעימה. הגיע המעריך וביקש ממני לקום מהמיטה בכוח (למרות שנפלתי ושרתי צלעות לפני מספר ימים), קמתי אבל סבלתי מאד... מעריכה אחרת ביקשה שאוריד תחתונים ולשטוף פנים... זה רגע משפיל מאד" [קשישה בת 74 שנבדקה בשנת 2015].**

95 נקודת הייחוס להשוואה בין הערכת התלות הקודמת לבין הערכת התלות החדשה נקבעה לינואר 2015, בהנחה שנדרשה תקופת הרצה ליישום הערכת התלות החדשה.

תמונה דומה מצטיירת גם לנוכח תלונות ציבור שקיבל בט"ל ומהערות של נשאלים בסקרי שביעות רצון שבט"ל ערך (ראו להלן).

2. אחד הכלים המאפשרים לצמצם את תחושת הפגיעה בכבוד שלא לצורך במסגרת ביצוע הערכת התלות הוא מדידה שיטתית וקבועה של יחס המעריכים לקשיש ומידת הקפדתם על הצורך לשמור על כבודם. כדי שתוצאות הבדיקה לא יהיו מוטות ולא יושפעו מהחשש של תובע הגמלה מדחיית בקשתו לגמלה, עדיף שבט"ל יבדוק את התייחסות תובע הגמלה לאופן ביצוע הערכת התלות, עוד לפני שנמסר לו אם תביעתו לגמלה אושרה. לשם השוואה, במגזר העסקי מקובל כיום להשתמש באמצעים טכנולוגיים, למשל בהודעות כתובות (SMS), לברור מידת שביעות הרצון של לקוחות לגבי איכות שירות. ריכוז הנתונים וניהולם כמסד נתונים יאפשר לזהות מעריכים שלגביהם מתקבלים משובים שליליים יחסית בבדיקה וכן יאפשר לגורמים הרלוונטיים בבט"ל לעקוב אחר התוצאות, להתוות מדיניות מתאימה לטיפול בנושא ובכלל זה לזהות סניפים שיש צורך לשים דגש בעניינם, לשפר בהם את ההדרכות וכיוצ"ב.

אמנם הועלה שבט"ל מבצע סקרים באמצעות היועצים בסניפים⁹⁶ ובמסגרת סקרים אלו הקשישים אף נשאלים אם המעריכים התייחסו אליהם בכבוד, אם נשמרה צניעותם וכיו"ב, אך בביקורת נמצא כי הסקרים מתבצעים באופן מצומצם ביותר - היועצים פונים לשיעור קטן מאוד מהקשישים שנבדקו על ידי כל מעריך (שיעור הקשישים שאליהם פונים היועצים הוא 0.74%-3.3% בלבד מכלל הקשישים שכל מעריך בודק). זאת ועוד, הבדיקה שמבצעים היועצים אינה מאפשרת לדרג את ממצאי הסקרים ולהשוות בין הממצאים של סקרים שונים הנוגעים למעריך מסוים לאורך זמן או בין ממצאי סקרים הנוגעים לכמה מעריכים בסניף מסוים.

עוד עולה מהביקורת כי אמנם מינהל המחקר בבט"ל עורך גם אחת לחודש סקרי שביעות רצון טלפוניים בקרב מספר גדול יותר של קשישים סיעודיים⁹⁷ לעומת הסקרים של היועצים בסניפים, אולם בסקרי שביעות הרצון הקשישים אינם נשאלים שאלות ספציפיות על מידת השמירה על כבודם בזמן הערכת התלות, והסקרים מתבצעים רק לאחר שמבקש הגמלה קיבל את אישור הזכאות או תשובה על דחיית התביעה.

96 היועצים פועלים עבור בט"ל לניהול הערכות התלות, לריכוזן, ליעוץ בעניין ולפיקוח עליהן.
 97 בסקר נסקרים עד 10 מקבלי גמלה בכל אחת מהגמלאות בכל אחד מהסניפים. כך, בגמלת סיעוד נסקרים בכל חודש, לכל היותר 230 מקבלי גמלת סיעוד, בכל הארץ.

לנוכח ריבוי התלונות וחשיבות השמירה על כבודם של הקשישים במסגרת תהליך בחינת הזכאות לגמלת סיעוד, נדרש בט"ל להמשיך לבדוק כיצד ניתן לצמצם את מספר התביעות לגמלה המחייבות שימוש בהערכת התלות, למשל באמצעות קביעת קריטריונים שיאפשרו מתן פטור מהערכת תלות והרחבת האפשרות לבדיקת זכאות במסלולים מהירים נוספים, בהתאם למצב הרפואי. נוסף על כך, על בט"ל להנהיג בדיקה שיטתית שתופעל באופן תדיר ובה ייבחן היחס של המעריכים לתובעי גמלת הסיעוד ותאפשר מעקב אחר הנתונים שייאספו. הדבר יאפשר לבט"ל לעקוב אחר ממצאי הסקרים ולהתוות מדיניות מתאימה לטיפול בנושאים שהועלו בסקרים.

בתשובתו ציין בט"ל כי הוא פועל להרחבת האפשרות לבדיקת תביעות במסלולים מהירים נוספים.

הנטל הכבד על בני המשפחה והשפעותיו

המדינה מחויבת להבטיח כי תמומש זכותם של הקשישים בחברה לחיים בכבוד אנושי וכלכלי תוך מתן סיוע ראוי לבני משפחותיהם. מחויבות זו משתקפת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, בפסיקותיו של בית המשפט העליון, באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות ובמסמכים בין-לאומיים שמדינת ישראל הייתה שותפה להם. כך ההערה הפרשנית המסתמכת על המלצות הכינוס הבין-לאומי הראשון של האו"ם בנושא זקנה שהתקיים בשנת 1982 בווינה ומאמצת אותן קובעת, בין השאר, בנוגע לסעיף 10 לאמנה שעניינו הגנה על המשפחה כי על המדינות החתומות על האמנה להתחייב לעשות את כל המאמצים הנדרשים כדי לתמוך בבני משפחותיהם של הקשישים, להגן עליהם ולחזק אותם בהתאם לערכיה ולתרבותה של החברה שהקשישים משתייכים אליה. נוסף על כך, הסעיף מאמץ המלצה שמעודדת את המשלה והארגונים הלא ממשלתיים להקים שירותים חברתיים שמטרתם לתמוך בייחוד במשפחות מעוטות יכולת של אנשים מבוגרים אשר ברצונם להישאר בבית ולא לעבור למוסד סיעודי.

באופן מעשי, רשויות המדינה מטילות את האחריות לטיפול בקשיש במידה רבה על בני המשפחה, ולתפיסתן, כפי שבאה לידי ביטוי בחוק הסיעוד, תפקידן הוא לסייע בטיפול בו ולהשלימו⁹⁸.

לפי נתוני מחקר, כמיליון איש במדינה מטפלים באדם קשיש אחד לפחות⁹⁹. הטיפול של בני המשפחה מתבטא למשל במתן עזרה פיזית בביצוע פעולות היום-יום, לרבות עזרה באכילה ובשימוש בשירותים¹⁰⁰, בתמיכה רגשית ובתפעול הטיפול הפורמלי הניתן לקשיש¹⁰¹. להשתתפותם של בני המשפחה בטיפול בקשיש בכלל ובקשיש הסיעודי בפרט יש יתרונות הן לקשיש ובני משפחתו והן למשק בכללותו, שכן טיפול בני המשפחה מקטין את ההוצאה הלאומית על סיעוד¹⁰². משמע שיש אינטרס לאומי בשימורו ובטיפולו של משאב חברתי זה של טיפול בני המשפחה בקשישים בכלל ובקשישים סיעודיים בפרט; ניתן אף

98 ראו ג'ני ברודסקי, שירלי חניצקי ודניאלה סיטרון, **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בוקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה** (2011) (להלן - בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בוקנים), עמ' 60-61.

99 מתוך דוח ועדת שושני, עמ' 22.

100 פרופ' איילון ליאת ואח', **שירותי סיעוד ביתיים לזקנים, דו"ח מחקר** (2013), עמ' 24-25, 49.

101 **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בוקנים**, עמ' 1.

102 משרד הבריאות, **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה** (2011), עמ' 75-77;

Help wanted? Providing and paying for long-term care (2011), OECD, P.14.



התמיכה של המדינה
ומוסדותיה בבני
המשפחה היא
מצומצמת ואין בה כדי
למלא את צורכיהם.
הדבר גורם להטלת
נטל כבד על בני
המשפחה ואף
להכבדה על המשק
בכללותו

לקבוע כי ללא הטיפול של בני המשפחה, רבים מהקשישים לא היו יכולים להמשיך ולהתגורר בביתם בקהילה והיה עליהם לעבור למוסדות סיעודיים¹⁰³.

הניסיון הבין-לאומי מצביע על כך שתמיכת המדינה בבני המשפחה המטפלים בקשיש יכולה להינתן באמצעות אספקת שירותים לקשיש עצמו ובכך להקטין את הנטל על בני המשפחה, או באמצעות אספקת שירותי תמיכה לבני המשפחה, כמו מתן ייעוץ ותמיכה רגשיים, הכשרה והדרכה, מתן הטבות כספיות¹⁰⁴, אפשרות לפסק זמן מהטיפול (Respite)¹⁰⁵ וקביעת הסדרים המקלים על בני המשפחה בתחום התעסוקה¹⁰⁶.

במצב דברים זה, שבו מרכיב מהותי בטיפול בקשיש הסיעודי הוא הטיפול של בני המשפחה, ומכוח החובה הכללית של המדינה ומוסדותיה להבטיח קיום בכבוד לקשיש, על המדינה לבחון אם כלל מערכות התמיכה לקשיש ובני משפחתו מסייעות להגשמת חובתה זו. בכלל זה על המדינה ומוסדותיה לעצב מדיניות אשר תשמר ותטפח את השילוב של בני המשפחה בטיפול בקשישים וכן לספק כלים ומשאבים מתאימים שיבטיחו התמודדות יעילה ואיכותית של בני המשפחה עם צורכי הטיפול בבן משפחתם הקשיש. יישום מדיניות כזאת יאפשר לקשישים למצות את זכותם לחיות בכבוד אנושי וכלכלי, ובד בבד יכול לצמצם את ההוצאה הלאומית על סיעוד.

אף על פי כן, נמצא כי התמיכה של המדינה ומוסדותיה בבני המשפחה היא מצומצמת ואין בה כדי למלא את צורכיהם. הדבר גורם להטלת נטל כבד על בני המשפחה ואף להכבדה על המשק בכללותו. קושי זה נמשך לכל אורכה של תקופת ההידרדרות של בן המשפחה הקשיש, עוד משלב שקדם לאישור הזכאות ובהמשך שלב ההסתגלות לכניסת המטפלת לבית הקשיש והטיפול הסיעודי השוטף. להלן פירוט:

103 **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 2.

104 ההטבות הכספיות יכולות לכלול תשלומים ישירים לבני המשפחה או מתן הנחות או הקלות בתשלום מסים. הטבות מסוג זה מיושמות במדינות שונות, כמו הולנד, ארה"ב, גרמניה ובריטניה. ראו **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 64-62.

105 למשל באמצעות הפעלת נופשונים דוגמת אלה שמפעיל משרד הרווחה לזקנים עצמאיים ותשששים העומדים בתנאים מסוימים. ראו **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 64-65.

106 **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 44-45, 62-67;

Help wanted? Providing and paying for long-term care (2011), OECD, P.14.

הנטל עד קבלת הטיפול הסיעודי - מועד מאוחר מדי לקבלת גמלת הסיעוד

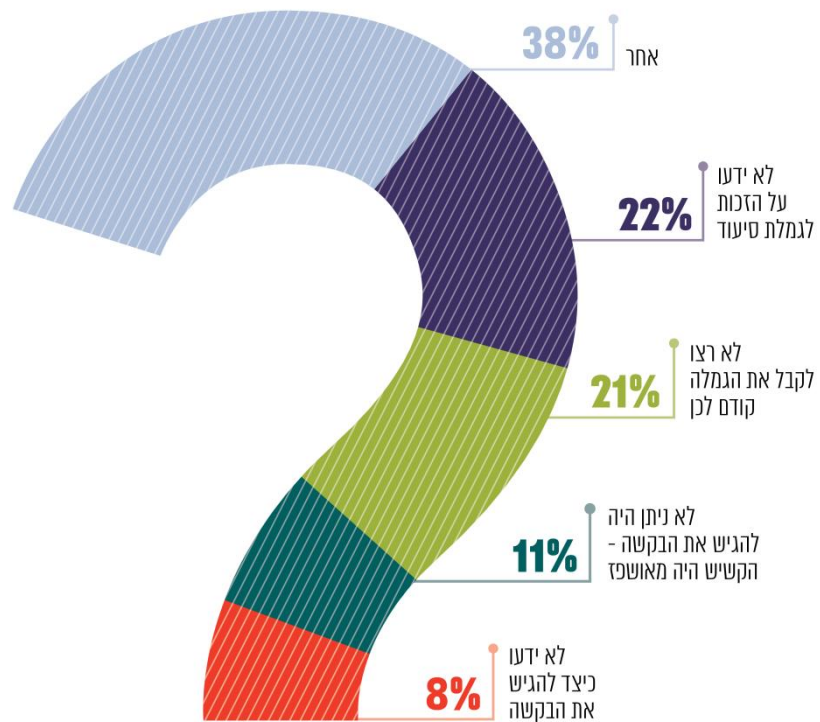
1. **אי-מיצוי הזכות לקבלת גמלת סיעוד:** השינוי במצבו של הקשיש מתפקד עצמאי לתפקוד סיעודי ולהזדקקות לסיוע, הוא שינוי דרמטי, הן מבחינת הקשיש עצמו החווה פגיעה בתפקודו ופגיעה בדימויו העצמי, והן מבחינת המשפחה שנדרשת להתאים את אורחות חייה לצורך בטיפול בבן המשפחה. שינוי זה מחייב יצירת ממשקים עם כל הגורמים אשר נוגעים לאספקת השירותים לקשישים הסיעודיים: משרדי הממשלה, קופות החולים, בט"ל, הרשויות המקומיות והארגונים מהמגזר השלישי.

בין שמדובר באירוע פתאומי ובין שמדובר באירוע הדרגתי, נדרשים הקשיש ובני המשפחה להחליט מהו אופן הטיפול המתאים לקשיש; בראש וראשונה עליהם לעמוד על מגוון הפתרונות האפשריים ועל הזכויות של הקשיש, ובהמשך - על בסיס המידע שיהיה בידם - עליהם להחליט האם הטיפול יינתן בבית הקשיש, אם מומלץ במצבו שהוא יבקר במרכז יום או האם עדיף שהקשיש יאושפז במוסד סיעודי מתאים. בפועל מדובר במידע הכולל פרטים, תנאים וכללים רבים אשר מקשה על הקשיש ובני המשפחה לקבל החלטה מיטבית; העובדה שכל אחד מהגורמים המקצועיים המעורבים בתחום זה עוסק במסגרת הנוגעת לו, אינו מאפשר ראייה כוללת ושלמה אשר יכולה לסייע בידיהם¹⁰⁷.

בדוח על אי-מיצוי זכויות הדגיש מבקר המדינה כי "הבטחת הצדק החברתי אינה תלויה רק בעצם קיומן של זכויות חברתיות בחוקים ובתקנות, אלא גם במימושן של הזכויות הללו ובהענקתן לכלל הזכאים להן". כבר בדוח האמור צוין כי "העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים ובמערכת הבריאות אינם מצליחים להגיש כראוי למי שנזקקים לכך את המידע על זכויותיהם".

בסקר בני המשפחה ציינו 37% מהמשיבים שהם סבורים שיכלו להגיש את הבקשה לגמלת סיעוד עוד קודם לכן אך לא עשו כן. ראו להלן בתרשים 10 פירוט הסיבות להגשה מאוחרת של הבקשה לגמלה:

תרשים 10: תשובות לשאלה מדוע לא הוגשה הבקשה לגמלה מוקדם יותר



מתרשים 10 ניתן ללמוד כי כ-30% מהמשיבים לסקר ציינו שלא הגישו בקשה לגמלת סיעוד בשל אי-ידיעה על הזכות לקבל את הגמלה או שלא ידעו כיצד להגישה. אמנם בשנים האחרונות פעלו משרדי הממשלה וארגוני המגזר השלישי להנגשת מידע באמצעות מוקדים טלפוניים, מוקדים אנושיים והאינטרנט, אך מהתרשים עולה כי עדיין קיים קושי לקשיש ולבני משפחתו למצות את הזכות לגמלת סיעוד במועד שבו נזקק הקשיש לסיוע.



"אני מטפלת בשני הורים סיעודיים... אין שום מקום או משרד כלשהו המרכז את כל הזכויות והאינפורמציה, ועליי לחפש ולהתקשר כל הזמן לגורמים השונים ולסחוט מידע"

גם מהניתוח האיכותני של תהליך שיתוף הציבור עלתה תחושת חוסר האונים מול הצפת המידע מחד ואי ידיעה ברורה לגבי הזכויות:

- "דרך האינטרנט הבנתי חלק מהתמונה... עדיין לא בטוח שאני מבין את כל הזכויות המגיעות לאמא שלי, יש לי הרבה שאלות. בחלק מהדברים עו"ס עזרה לי למצות את הזכויות ולהתנהל מול הגופים השונים".
- "אני ואחותי עובדות בזה כבר 6 שנים וזה גוּל חצי משרה בשבוע – כתיבת מכתבים, טלפונים, מיילים, פקסים, ייעוץ. אף אחד לא יעזור לך מלבד הקשרים שלך והשכל".
- "אני מטפלת בשני הורים סיעודיים אחד קטוע 2 רגליים ואחת עם דמנציה אני כל הזמן נתקלת בקשיים בקבלת אינפורמציה ועזרה בנושא הזכויות המגיעות... אין שום מקום או משרד כלשהו המרכז את כל הזכויות והאינפורמציה, ועליי לחפש ולהתקשר כל הזמן לגורמים השונים ולסחוט מידע. גם כך הטיפול בשני הורים סיעודיים סוחט ומתיש".
- "אמא שלי לפני 12 שנה אובחנה כחולת אלצהיימר לא ידעתי כלום – בטעות קיבלתי מידע שמגיע לה משהו מביטוח משלים, בביטוח עבדו עלי, משכו אותי. צריך לדעת מה מגיע לנו בשלב הזה".
- "להערכתי כבר כשאימא אושפזה בבית חולים היה אפשר להתחיל את הפרוצדורה. לקח לנו הרבה זמן להבין את המצב ולהתנהל בתוכו, לא הפנמנו מה זה עובדת זרה ברישיון/לא ברישיון, את ההתמודדות עם הצרכים הנוספים. לא הייתה הדרכה מסודרת או מספיק רצינית עם השחרור מבית החולים. בית החולים נתן התראה של שבוע ולא היה מספיק זמן להיערך כמו שצריך למצב החדש".

2. **הקושי במיצוי הזכויות בשל פיצול השירותים בין גורמים מרובים:** בעיית מיצוי הזכויות של הקשיש הסיעודי, בין היתר עקב פיצול השירותים בין גורמים רבים, ידועה זה מכבר לבט"ל; וכך הוא ציין ביוני 2014: "קיים פיצול רחב באחריות בין הארגונים המספקים שירותים לקשישים מוגבלים בתפקוד, מצב הגורם לבני משפחה וקשישים במצבים מורכבים לחוסר יכולת להתמצא בסבך השירותים וכתוצאה מכך נוצרים 'חסמים' בקבלת השירותים להם הם זכאים". ביולי 2016 החל בט"ל בביצוע פיילוט מורחב¹⁰⁸

108 פיילוט מצומצם לכ-80 קשישים בוצע בשנים 2013 ו-2014, ובמחקר הערכה שבוצע בסופו נמצא כי יש קשישים שבגלל מורכבות הבעיות שלהם והפיצול של מערכת השירותים לא מקבלים טיפול המספק באופן מיטבי את צורכיהם, ותיאום הטיפול במסגרת הפיילוט הביא לגיבוש דרכים חדשות לטיפול בדרך המיטבית באותם קשישים. הפיילוט המורחב הוא ל-18 חודשים והוא מיועד ל-600 קשישים.

שמטרתו לספק לקשיש "טיפול משולב". רוב הקשישים המשתתפים בפייולט מקבלים הן גמלת סיעוד והן שירות של מתאם טיפול, שתפקידו לתכלל את השירותים הניתנים - לדאוג לרצף ולתיאום של מכלול השירותים, החברתיים והבריאותיים.

"הטיפול המשולב" שבט"ל בוחר במסגרת פייולט הוא צעד ראשון וחיובי שעשוי לקדם את מיצוי הזכויות של הקשישים הסיעודיים, אולם מדובר בפייולט מצומצם ביחס לגודלה הפוטנציאלי של האוכלוסייה המתקשה למצות את זכויותיה, ואין כל ודאות כי "הטיפול המשולב" יורחב לכלל האוכלוסייה הרלוונטית. יוצא אפוא שמלבד פתרון זמני ומצומצם במסגרת הפייולט לא הוצעו פתרונות סיוע לאותה אוכלוסייה שמתקשה למצות את זכויותיה. פיצול הטיפול בין גורמים שונים, ריבוי כללים, הוראות והנחיות - כל אלה מקשים לקבל החלטה מיטבית בנוגע למענה המתאים לקשיש¹⁰⁹.

בתשובתו מיולי 2017 מסר משרד הרווחה כי "בעיית הנגשת המידע והפיצול בין השירותים השונים מוכרת למשרד", וכי הוא "יהיה מעוניין בהרחבת הטיפול המשולב באם יתקבל תקציב ייעודי לנושא זה ממשרד האוצר".

על הגופים הנוגעים בדבר - לרבות בט"ל, משרד הבריאות ומשרד הרווחה - לפעול כך שהאוכלוסייה הרלוונטית תוכל למצות את זכויותיה מהגופים השונים באופן מיטבי, בין אם באמצעות הפעלת "הטיפול המשולב" ובין אם בדרך אחרת.

3. **הבטחת רצף טיפולי:** לפי נתוני משרד הבריאות¹¹⁰, שיעור ניכר מהקשישים ששהו באשפוז מגיעים למצב סיעודי. ואולם, מעת שחרורם מבית החולים ועד המועד שבו הם מקבלים את גמלת הסיעוד עוברים הקשיש ובני משפחתו טלטלה המשנה את סדר יומם הקבוע והידוע, את מערכת היחסים המשפחתית ואת שיווי המשקל וההרגלים של המשפחה. בד בבד, על המשפחה להחליט בהקדם האפשרי כיצד יש לטפל בקשיש. הנטל החדש, המורכב והמפתיע, שאותו הם חווים, והמצוקה שאליה הם נקלעים בגין ההתמודדות עם מטלות הטיפול נוסף על הנטל הרב המוטל עליהם, גם עלולים לגרום לכך שהחלטתם תתקבל מתוך לחץ וצורך לאתר פתרון מידי לבעייתו של הקשיש ולא דווקא מתוך שאיפה לאיתור הטיפול הטוב והמתאים עבורו. כך לעתים יכולה להתקבל החלטה לאשפז את הקשיש

109 שירותי שיקום, טיפול ביתי, ביקור במרכז יום, סידור מוסדי, טיפול על ידי מטפלת זרה וכיוצ"ב.

110 משרד הבריאות, **הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים - מענה ראשוני לבעיה שלישונית** (2016), עמ' 20, 33.

הסיעודי במוסד סיעודי¹¹¹ אף שהיה עדיף להשאיר את הקשיש לטיפול בביתו¹¹².

תקופת המעבר, ממועד השחרור מהאשפוז ועד מועד קבלת הטיפול בבית או במוסד סיעודי, עלולה לפגוע ברצף הטיפול הסיעודי ולגרום להידרדרות במצבו הבריאותי או התפקודי של הקשיש¹¹³. לכן חשוב מאוד שקשיש המשתחרר מאשפוז בבית חולים וזקוק לטיפול סיעודי יקבל את הטיפול הדרוש לו מיד עם הגעתו לביתו.

בסקר בני המשפחה ציינו כ-38% מהמשיבים כי בן משפחתם הקשיש השתחרר מאשפוז של שבוע ומעלה בבית חולים או במוסד שיקומי (להלן - בית חולים) במצב סיעודי וכי הם הגישו את הבקשה לגמלה בעקבות האירוע שבגללו הוא אושפז. כ-11% מהמשיבים ציינו שרצו להקדים את מועד הגשת הבקשה לגמלה, אך נדרשו להמתין עד לאחר שחרור הקשיש מהאשפוז.

על אף חשיבות השמירה על רצף הטיפול הסיעודי ואף שניתן להתחיל בהליך בדיקת תביעה לגמלת סיעוד כבר במהלך האשפוז, על פי נוהלי בט"ל שהיו עדכניים במועד סיום הביקורת - ינואר 2017, החל בט"ל לטפל בתביעה לגמלה רק לאחר שהקשיש שוחרר מהאשפוז. בפועל, על פי נתונים של בט"ל, הטיפול הסיעודי במסגרת גמלת סיעוד ניתן בממוצע 24 ימים לאחר מועד שחרור הקשיש מבית החולים¹¹⁴.

משרד מבקר המדינה מציין לחיוב כי בעקבות הביקורת ועוד במהלכה הקימה מנהלת אגף סיעוד בבט"ל צוות כדי לגבש שינוי בנוהל אשר יאפשר מימוש הזכאות סמוך ככל האפשר למועד שבו הקשיש נעשה מוגבל בתפקודו. הצוות המליץ, בין היתר, לאפשר אישור תביעה לגמלת סיעוד בעת אשפוז הקשיש בבית חולים.

111 האשפוז הסיעודי מיועד לקשישים אשר אינם יכולים להישאר בביתם ומוגדרים על ידי משרד הבריאות כ"סיעודיים" (קשיש שמצבו דורש מעקב רפואי כל שעות היממה לתקופה ממושכת, והוא סובל מבעיות שונות, כגון ריתוק למיטה או לעגלת נכים או שאין לו שליטה על הסוגרים) וכ"תשושי נפש" (קשיש מתהלך הסובל מירידה בתפקודי המוח ומירידה קשה בתפקודי היום-יום הבסיסיים).

112 עלות המימון הציבורי של שהייה במוסד גבוהה בהרבה מעלות המימון של קשיש סיעודי, באותה רמת מוגבלות, השוהה בביתו - משרד הבריאות, **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה** (2011), עמ' 9, 11.

113 קשישים שנוקמים לטיפול סיעודי בביתם יכולים לפנות לחברת סיעוד לקבל עד שש שעות שבועיות של טיפול ביתי (טרם סיעוד). אולם זהו מספר שעות הקטן בהרבה מזה שזכאים לקבל רבים מהקשישים במסגרת גמלת הסיעוד.

114 משך זמן ממוצע של טיפול בתביעות שהוגשו ביוני-ספטמבר 2016.

בתשובתו מסר בט"ל כי התהליך האמור לעיל הושלם, וכי בהתאם לנוהל העדכני ממאי 2017 מאפשר בט"ל להגיש תביעה לגמלת סיעוד עוד במהלך האשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי.

הנטל הכבד על בני המשפחה בתקופת קבלת גמלת הסיעוד

תוחלת החיים של קשישים סיעודיים התארכה בשנים האחרונות, ומשך קבלת גמלת הסיעוד הוא כחמש שנים בממוצע¹¹⁵. לצד זאת מתחוללים שינויים נוספים - דמוגרפיים, חברתיים, שינויים בתחום הבריאות ושינויים בתחום התעסוקה שמכבידים את הנטל שבו נושאים בני משפחה של קשישים עקב הטיפול בהם, ואשר מקשים עליהם להתפנות לטיפול בצורכיהם ובצורכי ילדיהם ונכדיהם¹¹⁶. הירידה בשיעור הילודה והגידול בשיעור הנשים העובדות מחוץ לביתן¹¹⁷ בעשרות השנים האחרונות משפיעים גם הם על מספר בני המשפחה המטפלים הפוטנציאליים לטיפול בקשישים¹¹⁸. הנטל על בני המשפחה בא לידי ביטוי בכמה מישורים:

השקעת זמן רב: ממחקרים עולה כי בני המשפחה משקיעים שעות רבות בטיפול בקשיש בן משפחתם, בכלל זה טיפול פיזי וטיפול בבירוקרטיה הנדרשת¹¹⁹. ניתן לראות זאת בבירור גם בתשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר כמוצג בתרשים 11 להלן המפרט את שיעור בני המשפחה של קשישים המטופלים על ידי מטפלת זרה או ישראלית בהתאם למספר השעות השבועיות שהמשפחה מקדישה לטיפול בקשיש:

115 המוסד לביטוח לאומי, **היבטים בביטוח סיעוד 2015** (2017), עמ' 21.

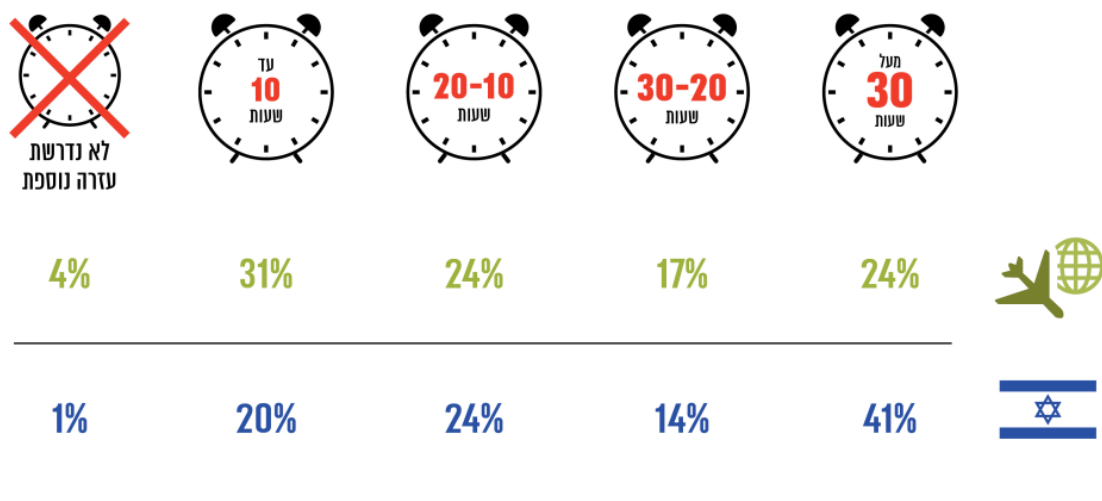
116 **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 1-2.

117 נשים הן כשני שלישים מבני המשפחה המטפלים בקשישים, ראו **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 1-2.

118 מספר הקשישים שגילם יותר מ-80 שנה ביחס לכל מאה בני הגיל 50-64 שנה גדל מ-5.7 קשישים בתחילת שנות השישים של המאה העשרים לכ-21 בשנת 2015. **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 1-2.

119 כמה מחקרים ניסו למדוד את היקף הסיוע, אולם הדבר כרוך בקושי, בין היתר משום שחלק מהפעולות - כמו בישול או ניקיון - מתבצעות עבור כל דיירי הבית, וחלק מהפעולות - כמו עזרה בהליכה לשירותים - מתבצעות בכל פעם שמתעורר הצורך, לכל אורך שעות היממה. עם זאת מחקרים הצביעו על סיוע של בין 6.5 שעות בשבוע לבין למעלה מ-40 שעות בשבוע. ראו **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 21. ראו גם פרופ' איילון ליאת ואח', **שירותי סיעוד ביתיים לזקנים, דו"ח מחקר** (2013), עמ' 24-25, 50.

תרשים 11: שיעור בני המשפחה בחלוקה לפי השעות השבועיות המושקעות בטיפול בקשיש ולפי סוג המטפלת



מטפלת ישראלית

מטפלת זרה

ניתן לראות בתרשים 11 כי שיעור זעום ביותר של בני משפחה שהשיבו לסקר דיווחו כי לא נדרשת עזרה נוספת שלהם בטיפול בבן משפחתם נוסף על טיפול המטפלת, בין שהיא ישראלית ובין שהיא זרה. לעומת זאת, כ-41% מבני 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.

מניתוח תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר ניתן לראות כי ככל שהם מקדישים שעות רבות יותר לטיפול בבן המשפחה מקבל הגמלה, גדל הקושי שעליו הם מדווחים. ראו להלן:

פגיעה בריאותית, רגשית, משפחתית וחברתית: ממחקר שבוצע בארץ¹²⁰ עלה כי שני שלישים (66%) מבני המשפחה המטופלים בבן משפחתם המקבל גמלת סיעוד דיווחו כי מוטל עליהם עומס רב או רב מאוד, לרבות עומס פיזי המזיק לבריאותם, ובגין העומס הזה לא נותר להם די פנאי לטיפול במשפחותיהם; כמו כן דיווחו על עומס רגשי שגורם לחלקם למתח בבתיהם שלהם. בסקר בני המשפחה ציינו 75% מהמשיבים כי הטיפול בקשיש גורם להטלת עומס נפשי במידה רבה או במידה רבה מאוד על מי מבני המשפחה,

120 בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בוקנים, עמ' 28-29.



"אנחנו כל הזמן עובדים על 'פול גז בניוטרל' וב'קומבינות'. את מתעייפת... [זה מביא ל]קריסה רגשית ונפשית. אנחנו כל הזמן סביב הגלגל הזה"

וכ-34% דיווחו על השפעה שלילית במידה רבה או במידה רבה מאוד של הטיפול בקשיש על הקשרים המשפחתיים.

סוגיית העומס על בני המשפחה עלתה גם בשיחות עם בני המשפחה במסגרת תהליך שיתוף הציבור. הם ציינו כי העומס המוטל על בני המשפחה כבד מאוד והוא גובה מחיר מבני המשפחה - הזמן והאנרגיה הנדרשים לטיפול ולעיסוק בבירוקרטיה לגבי הטיפול; המורכבות הנפשית והמעשית של התמודדות עם הורים שמתקשים לקבל את היפוך התפקידים בגלל מצבם הדורש מהם לקבל עזרה מילדיהם; הקושי הגדול להמשיך לתפקד במסגרות הנוספות של העבודה, המשפחה הגרעינית והמורחבת. להלן חלק מהאמירות של בני המשפחה:

- "כל צלצול טלפון מקפיץ אותך... לפעמים הייתי מגיע פעמיים ביום לבקר את אמי כדי לבדוק מה שלומה... לילות שכל דבר קטן מטריד אותך, אתה משתדל לא להתרחק מהבית אפילו לא בשביל לבקר נכדים".
- "זה עצוב שזה ככה. אני על סף גירושים עקב הטיפול באבי".
- "אנו כבני משפחה מטפלים - אנחנו שקופים, אנחנו נשחקים, אנו מבליים עם הורינו בבית חולים בעת אישפוזם, קשה לצאת לעבודה במשרה מלאה ואף אם הקשיש במרכז יום. נשללים מאיתנו מפגשים חברתיים, יציאה לנופש בחו"ל. נבצר מאתנו לצאת לתרבות פנאי".
- "אני בת 62 ואין לי את האנרגיות לטיפול כמו קודם וזו מעמסה מטורפת"; "ויתרתי על נסיעות מקצועיות - אני נוסעת פעם בשבוע להורים לישון כדי להרגיע את המצב. הייתי מבשלת ומקפידה בקופסאות עד שמצאתי מבשלת בתשלום. אם היו עוד שעות המטפלת גם הייתה מבשלת ולא רק מחממת. הנטל הוא אדיר - אני מטפלת יחידה ועובדת במשרה מלאה ואני בסוף כוחותיי. אני ממש קורסת גם בביטויים פיזיים".
- "אנחנו כל הזמן עובדים על 'פול גז בניוטרל' וב'קומבינות'. את מתעייפת... [זה מביא ל]קריסה רגשית ונפשית. אנחנו כל הזמן סביב הגלגל הזה".
- "התמוטטתי, והבנתי שאם אני אקרוס ואתנתק ואמשיך להיות שבור וקרוע - המשפחה תתרסק. זו התמודדות שאתה נקרע מהם, אתה אוסף מהאחים כסף שאין להם להשלים וזה רק הולך ומחמיר".

פגיעה כלכלית ופגיעה בתעסוקה: לפי מחקר, העומס פוגע גם בתעסוקתם של בני המשפחה ובמצבם הכלכלי - 30% דיווחו כי הפסידו ימי עבודה, ו-14% דיווחו כי הפסיקו לעבוד בשל הצורך לטפל בקשיש¹²¹. כ-54% מהמשיבים

121 הנתונים מתייחסים לבני המשפחה שגילם נמוך מגיל הפרישה. ראו בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בוקנים, עמ' 35-36.

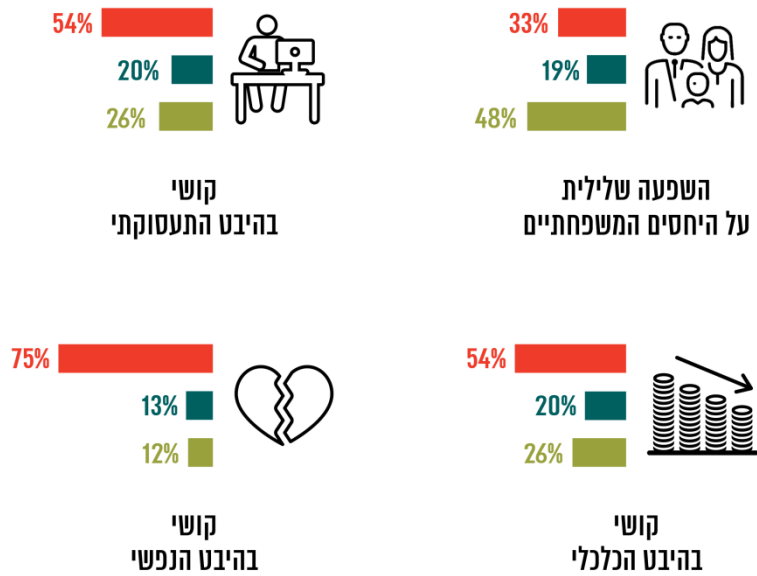
לסקר בני המשפחה דיווחו כי הטיפול בקשיש גורם לקושי במידה רבה או במידה רבה מאוד בהיבט התעסוקתי, ושיעור דומה דיווח על עומס כלכלי במידה רבה או במידה רבה מאוד בגין הטיפול בקשיש.

סוגיית הפגיעה הכלכלית והפגיעה בתעסוקה של בני המשפחה עלתה גם במסגרת תהליך שיתוף הציבור. להלן כמה אמירות של בני משפחה:

- **"אני מרגישה שכל בוקר אני קמה למלחמה. אני עצמאית ואני כמעט הפסקתי לעבוד בגלל הבעיות במשפחה".**
- **"אני קורס. אבא שלי מחפש אותי תמיד... אני לא מצליח לעבוד ולהתפרנס. בלילות הוא מנסה לרדת לשכונה לחפש את אימא שנפטרה לפני 4 שנים. אני מחליף לו חיתולים כי הוא לא מרשה למטפלת להחליף לו. אני מדובב אותו ומשמח אותו. אף מטפל לא מדבר אתו ומשמח אותו. אני נאלץ להישאר אתו כל הזמן בלי שום חופש ובלי תגמול מהסיעוד".**
- **"אני אדריכלית... אני עובדת ב-2-3 בלילה ולפעמים גם בשבתות. אני מפקחת על פרויקטים. יש לי נכד שנולד לפני 3 חודשים ואני לא רואה אותו. בתי עומדת ללדת וצריכה עזרה עם שאר הילדים ואני לא יודעת איך אני אעשה את זה. אני לא רואה את הילדים ואין לי זמן כמעט לעשות שום דבר, העומס הוא בלתי אנושי ואני לא ישנה בלילות מהדאגה. שמתני מצלמה אצלם [אצל ההורים] כדי לראות מה קורה ואני מרגישה כל הזמן שאני צריכה להיות בשליטה. אין זמן לכולם, איכות החיים נפגעה והפרנסה כמובן נפגעת".**
- **"המצב הכלכלי שלי ושל אחיי הופך להיות גרוע [כיוון] שאנו נאלצים להוציא כל חודש 1,500 ש"ח כל אחד".**
- **"גמלת סיעוד שמקבלת אימי אינה מכסה את עלויות המטפלת אשר צמודות לשכר המינימום. הוריי הגיעו לפת לחם והמשפחה קורסת כלכלית".**

להלן בתרשים 12 סיכום של ההיבטים העיקריים של הנטל המוטל על בני המשפחה כפי שציינו בני המשפחה שהשיבו לסקר:

תרשים 12: השפעת עומס הטיפול בקשישים על בני משפחותיהם



קושי רב ■ קושי בינוני ■ קושי מועט

פגיעה ברווחת הקשיש ובמימוש רצונו: מחקר שבוצע בארץ העלה כי העומס הרגשי המוטל על בן המשפחה המטפל והפגיעה בעבודתו היו בין הסיבות שהניעו את בני המשפחה להעביר את הקשיש למוסד סיעודי¹²², אף כי לעתים הקשיש דווקא מעוניין להמשיך להתגורר בביתו ומגורים אלה הם לטובתו. לבד מכך שבכך נפגעת רווחת הקשיש ורצונו אינו מכובד, הדבר אף גורר הוצאה לאומית נכבדת בשל העלות הגבוהה של האשפוז הסיעודי המוטלת על המדינה¹²³.

היעדר מענה לצורכי בני המשפחה המטפלים בקשיש

היכולת של בני המשפחה לטפל בקשישים הסיעודיים היא קריטית כדי להבטיח טיפול ראוי לקשישים בבתיהם. ממחקר משנת 2011 עלה כי במדינות שונות עלה צורך להתייחס גם לצרכים של בני המשפחה המטפלים אשר נושאים

122 איילת ברג-זרמן, נטע בנטור, ג'ני ברודסקי ופנחס ברקמן, "הגורמים הקשורים להחלטה של בני המשפחה להעביר זקן למוסד סיעודי וחלקם של שירותי הבריאות בקהילה בהחלטה זו", **גרונטולוגיה וגריאטריה** מ(4) (2013), עמ' 13, 20.

123 משרד הבריאות, **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה** (2011), עמ' 77.

בנטל¹²⁴, ובהתאם לכך פותחו במדינות אלו שירותים שונים, ובהם, כאמור, הכשרה והדרכה, אפשרות לפסק זמן מהטיפול (Respite) וקביעת הסדרים המקלים על בני המשפחה בתחום התעסוקה¹²⁵. במסמך משנת 2011 המסכם כנס מומחים בנושא היערכות המדינה להזדקנות האוכלוסייה ("כנס ים המלח") הודגש כי נדרשת התייחסות מקיפה לבני המשפחה המטפלים והועלו המלצות שונות בעניין¹²⁶.

במצב הנורמטיבי כיום, התמיכה הישירה של המדינה בבני המשפחה מתמקדת בעיקר במתן זכויות חוקיות מצומצמות בהיבט התעסוקתי¹²⁷ של בן המשפחה המטפל בקשיש הסיעודי¹²⁸. בשנת 2016 החל הדרג המקצועי במשרד הרווחה לעמוד על הצורך להגדיר את הצרכים הייחודיים של בני המשפחה ואת הצורך לפתח עבורם שירותים ייעודיים; נכון למועד סיום הביקורת לא גובשו עדיין שירותים אלו.

התמיכה של המדינה ומוסדותיה בבני המשפחה של הקשישים הסיעודיים היא מועטה ואינה מספקת. מתי מעטים (4%) מבני המשפחה ציינו בתשובות לסקר כי קיבלו עזרה מטעם המדינה בשל הקושי הנובע מהטיפול בקשיש הסיעודי. היעדר מענה הולם לבני המשפחה עלול להביא לפגיעה אנושה, במכלול ההיבטים, בבני המשפחה כמו גם להידרדרות במצב הקשיש, ובלית ברירה לאשפוז במוסד סיעודי, ובכך להגדיל את ההוצאה הציבורית.

משרד הרווחה מסר בתשובתו מיולי 2017 כי "בשבועות הקרובים המשרד יפרסם קול קורא על מנת לגייס את הרשויות [המקומיות] במסגרתן תוקמנה

124 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 37.

125 גם ארגון הבריאות העולמי מייחס חשיבות לתמיכה בבני המשפחה המטפלים כדי להבטיח את הטיפול הטוב ביותר שניתן להעניק לקשיש ולהקל על בני המשפחה. ראו

World Health Organization, **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health** (2016), p. 20-19.

126 ההמלצות היו, בין היתר, לחזק את המשפחה כשותפה לטיפול בקשישים, לקבוע מדיניות לגבי ההתייחסות לצורכי בני המשפחה המטפלים, לתת תמיכה ועזרה לבני המשפחה ולשקול מתן תמריצים כלכליים לבני המשפחה. ראו **כנס ים המלח ה-12** (נובמבר 2011), "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה", עמ' 22 ו-56.

127 למשל הזכאות להיעדרות מהעבודה בשל מחלת הורה או בשל מחלת בן זוג על חשבון ימי מחלה היא מכוח חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), התשנ"ד-1993, וחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת בן זוג), התשנ"ח-1998, בהתאמה. ראו גם **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים**, עמ' 57-59.

128 נוסף על כך, בט"ל מפעיל כמה קבוצות תמיכה בהיקף מצומצם, וייתכן שרשויות מקומיות מפעילות ביוזמתן קבוצות תמיכה, אולם למשרד הרווחה אין נתונים בעניין. כמו כן, מקיים בט"ל פיילוט להפעלת קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בקשישים עם דמנציה ומפעיל בשיתוף המגזר השלישי פיילוט בשתי ערים לפיתוח "מרכז עירוני למטפלים עיקריים בזקנים", שמטרתו לשפר את תפקודם של בני המשפחה בטיפול בקשיש ובעצמם.

היחידות לטיפול בבני משפחה מטפלים באזרח הוותיק" וכי המשרד הציב לעצמו יעד להקים ארבע יחידות כאלה בשנה הקרובה. עוד הוסיף כי הקמתו של השירות לטיפול בבני משפחה מטפלים "מותנית בקבלת תקציב למטרה זו ואישור שלו על ידי משרד האוצר".

בט"ל מסר בתשובתו כי ככל שקיימים קשיים לבני המשפחה, כך קשה מצבם של הזכאים העריריים שאין להם בני משפחה שיסייעו בידיהם, וכי הוא סבור כי בראש ובראשונה עליו לתת יותר מענים לזכאים עריריים אלה. בט"ל הוסיף כי הוא החל בפילוט שבו יאפשר לבני משפחה שבחרים לטפל בזכאי לעשות זאת כשכירים בחברות הסיעוד.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הרווחה כי הקמה של ארבע יחידות לטיפול עבור כמיליון בני משפחה מטפלים הן בבחינת "טיפה בים".

נטל גבוה יותר על המשפחה ככל שהקשיש מוגבל יותר בתפקודו: מספר שעות הטיפול הביתי המרביות שניתנות במסגרת הגמלה לקשישים הוא 22 שעות לשבוע, למי שמטופל על ידי מטפלת ישראלית; מדובר בקשישים שמצבם קשה והם תלויים בסיוע של קרובים ומטפלים - נטל נוסף המוטל על בני משפחה, אם בסיוע ממשי ואם במימונו. כבר בדוח 61, עמד מבקר המדינה על כך שבבדיקה שביצע בט"ל עוד בשנת 2009 עלה שדווקא זכאים שצברו נקודות מועטות בהערכת התלות נהנים משעות טיפול רבות יחסית להיקף הסיוע הנחוץ להם, לעומת זכאים שצברו נקודות רבות ומקבלים שעות טיפול מעטות יחסית להיקף הסיוע הנחוץ להם. לפיכך, יוצא ש"גמלת הסיעוד במתכונת הזאת מפלה לטובה את הזכאים שנקבעה להם רמת מוגבלות נמוכה. בכך נוצר מצב פרדוקסאלי - ככל שאדם מוגבל יותר כך מידת ההלימה בין הסיוע שהוא מקבל בפועל ובין הסיוע הנחוץ לו לפי הנקודות שצבר בהערכת התלות קטנה¹²⁹.

הדבר עולה גם ממחקר של ארגון ה-OECD שפורסם בשנת 2017, ולפיו שיעור המימון הציבורי בישראל לטיפול סיעודי בבית של קשישים, שהם ברמת התלות הגבוהה, הוא כ-45% מעלות הטיפול הנדרש¹³⁰ - פחות משיעור המימון הניתן במדינות כמו אנגליה, סלובניה, בלגיה והולנד¹³¹.

129 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2011** (2011), "מתן שירותי סיעוד לקשישים בקהילה", עמ' 235.

130 בהתייחס לאדם עם הכנסה חציונית ועם הון נכסים נמוך. ראו:

Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, p.26. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

131 שיעור המימון הפרטי של טיפול סיעודי בישראל מסתכם בכ-45% מעלות המימון הכוללת (מסך כל הוצאה על סיעוד לרבות טיפול מוסדי) - פי שלושה מהשיעור הממוצע במדינות החברות בארגון ה-OECD המסתכם בכ-16%. מבין החברות בארגון, רק בשוויץ ופורטוגל שיעור המימון הפרטי גדול מבישראל. מתוך דב צ'רניחובסקי, אביגדור קפלן, איתן רגב ויוחנן שטסמן, **טיפול סיעודי בישראל: סוגיות מימון וארגון** (2017), עמ' 12.

הקשר בין מצבו הסיעודי של הקשיש לבין הנטל המוטל על המשפחה בא לידי ביטוי גם בסקר בני המשפחה - לפי תשובות בני המשפחה שהשיבו לסקר, ככל שהקשיש הסיעודי שמוטל על ידי מטפלת ישראלית זכאי לגמלה ברמה גבוהה יותר, גדל הנטל המוטל על בני המשפחה, והגמלה עצמה מספקת את צרכיו במידה מועטה יותר. בסקר ציינו 58% מבני המשפחה של מי שנקבעה לו רמת הגמלה הגבוהה¹³² כי המשפחה מקדישה מעל 30 שעות בשבוע לטיפול, לעומת 49% מבני המשפחה של מי שנקבעה לו הרמה הבינונית, ו-27% מבני המשפחה של מי שנקבעה לו הרמה הנמוכה.

ועדת טרכטנברג התייחסה לסוגיה זו והמליצה "לבצע הקצאה פרוגרסיבית יותר של המשאבים במסגרת קצבה זו [גמלת הסיעוד], באופן שיעניק תמיכה גדולה יותר לקשישים סיעודיים ברמות תלות גבוהות במטרה למנוע ככל האפשר את הצורך במיסוד"¹³³.

אשר להקצאת שעות הטיפול בהתאם למידת התלות של הקשיש הסיעודי, קבעה ועדת בן יהודה כי "ברמות התלות הגבוהות מספר שעות הטיפול השבועיות נמוך ביחס לצרכים בהשוואה לניתן ברמות התלות הנמוכות", ובהתאם לכך המליצה לקבוע שש רמות גמלה במקום שלוש הרמות הנהוגות למועד הביקורת. בהמשך להמלצה זו בחן בט"ל את האפשרות ליישמה תוך הגדלת הגמלה לקשישים ברמות התלות הגבוהות והפחתת הגמלה לאלה ברמות הנמוכות, וזאת כדי לשמור על מסגרת תקציבית.

בביקורת עלה כי אף שמוסכם על בט"ל כי יש להקצות יותר שעות לטיפול בקשישים ברמות התלות הגבוהות, הדבר לא נעשה. בכך נפגע הטיפול בקשישים אלה והוכבד הנטל המוטל על בני משפחותיהם.

בט"ל מסר בתשובתו מיולי 2017 כי זה כמה שנים הוא מנסה לקדם ללא הצלחה מעבר לשש רמות זכאות, כך שיינתנו יותר שעות סיעוד לזכאים ברמות התלות הגבוהות יותר, תוך התאמת מספר שעות הסיעוד לצרכים של הזכאים בכל רמה ורמה. עוד מסר כי גם בימים אלה הוא מנסה לקדם חקיקה בעניין.

אגף תקציבים מסר בתשובתו מיולי 2017 כי "בחודשים האחרונים גובש צוות בין-משרדי הכולל נציגים ממשרד האוצר וממשרד הבריאות על מנת לבחון פערים ולהמליץ על צעדים בתחום הסיעוד אשר בוחן דרכים שונות לשיפור הטיפול ולהקלת הנטל על בני המשפחה של הקשיש. זאת באמצעות התאמת הרמות בגמלת הסיעוד לרמת התלות של הקשיש. חלוקה מחדש של שעות הסיעוד

132 לפי נתוני בט"ל, בסוף שנת 2015 היו כ-41,000 זכאים לגמלאות בשתי הרמות הגבוהות ביותר (19 או 22 שעות שבועיות) שטופלו על ידי מטפלת ישראלית.

133 דוח ועדת טרכטנברג, עמ' 143. באוקטובר 2011 החליטה הממשלה לאמץ את "עיקרי המלצות" דוח טרכטנברג "ולבצע בהקדם את הפעולות הנדרשות ליישומן".

תאפשר תוספת שעות סיעוד ברמות התלות הגבוהות על חשבון שעות סיעוד עודפות הניתנות כיום ברמות התלות הנמוכות".

הנטל על בני המשפחה בעקבות העסקת מטפלת זרה

כאמור, בשנת 2015 היו בישראל כ-37,000 מקבלי גמלת סיעוד שהעסיקו מטפלות זרות; בדרך כלל חברת הסיעוד משלמת ישירות למטפלת הזרה שכר בגובה הגמלה שהקשיש זכאי לה, והקשיש משלים את שכרה לשכר מלא. הזכאות לקבל מרשות האוכלוסין היתר להעסקת מטפלות זרות תלויה בין היתר בחומרת מצבו הסיעודי של הקשיש ומותנית בכך שהוא יעסיק את המטפלת בהיקף של משרה מלאה.

נטל הנגרם עקב היותו של הקשיש הסיעודי המעסיק של המטפלת הזרה: בהיות הקשיש הסיעודי מעסיקה של המטפלת הזרה חלות עליו כל חובותיו של מעסיק כלפי עובד, לרבות מתן זכויות סוציאליות, וכן חובות ייחודיות להעסקת עובד זר, כמו הסדרת ביטוח רפואי לעובד הזר (להלן - חובות המעסיק).

בדרך כלל מילוי חובות המעסיק כרוך בביצוע משימות שאינן מוכרות לקשיש הסיעודי, כל שכן פעמים רבות אינן אפשריות עבורו לביצוע מפאת מצבו התפקודי; היות שכך, נטל זה עובר בהכרח לבני משפחתו, שפעמים רבות אינם מצויים בנבכי החובות והכללים הכרוכים בהעסקת מטפלות זרות. במצב דברים זה, עלולה להיגרם בשגגה פגיעה בזכויות המטפלות הזרות.

סוגיית הנטל שמקורו בהיותו של הקשיש הסיעודי המעסיק של המטפלת הזרה עלתה גם בהליך שיתוף הציבור:

- "יש לאבי מטפל זר 24 שעות 7 ימים [בשבוע]. היקף ההתעסקות הברוקרטיה שזה מחייב אותנו הוא גדול (חישוב ותשלום משכורות, דאגה לרישיון עבודה, דאגה לווזיה ועוד). החברות שאמורות לסייע (סוכנות) גובות 600 ש"ח לשנה ולא נותנת לכך תמורה".
- "קשיש בן 85 לא יכול להיקרא מעסיק – מעסיק הוא משלם פנסיה פיצויים, אך הוא כעת לא בריא בשכלו... אני יושב חסר אונים ומנסה להבין מי מטפל באבא שלי? משרד הכלכלה, משרד האוצר, ביטוח לאומי, משרד הפנים – כולם שולחים אותי ממשרד למשרד שום דבר לא בסמכות של האחר".
- "הקשיש מוגדר כמעסיק, וכל הנטל של העסקת העובד הזר הוא עליו או על משפחתו... המדינה צריכה להיות המעסיק".
- "הקשיש מוגדר כמעסיק. מה הם מצפים? שאמא שלי תחתום על הסכמי עבודה עם העובדת הזרה? תעשה לה חישובי משכורות



הפרשה לפנסיה ופיצויים, התחשבות על סיוע חוזה והשלמות מורכבות? אם זו לא אמא שלי אז זו אני, ויש כאלה שאין להם משפחות. המדינה צריכה להיות המעסיק, מה פתאום הקשיש?"

- "אציין גם כי ההתעסקות בחוקי העסקה קשה מאוד, אנחנו לא מכירים את כל החוקים, אני חייבת לציין שאני מפחדת מאוד לטעות ומפחדת מכך שלא אדע על חוק מסוים ואהיה חשופה לתביעה משפטית מצד העובדת הזרה. חייבים להבין שמדובר בקשישים ובבני משפחותיהם שבוקר אחד גילו שהם מעסיקים וחשופים לתביעות מצד עובדים זרים, מאחר והם לא מכירים את כל החוקים".

היעדר מענה לצורך בטיפול בעת שהותה של המטפלת הזרה בחופשה:

המטפלות הזרות המתגוררות בבית מטופליהם זכאיות למנוחה שבועית של 25 שעות הצופות לפחות, וכן לחופשה שנתית לפי חוק חופשה שנתית, התשי"א-1951. היעדרויות נוספות של המטפלות הזרות כוללות חופשת מחלה, חופשת מולדת או חופשת לידה. במקרים אלו נדרשים המטופל ובני משפחתו למצוא סידור חלופי לטיפול של המטפלת שבחופשה¹³⁴. פעמים רבות נחתמים הסדרים בין המעסיק לבין המטפלת הזרה, ובמסגרתם מוותרת המטפלת על ימי מנוחה או ימי חופשה, תמורת תשלום. בדוח ועדת שושני צוינה טענת נציגי המעסיקים הסיעודיים כי אין פתרון חוקי להעסקת מטפלת זרה חלופית בתקופות החופשה השנתית של המטפלת הקבועה¹³⁵.

המצוקה של בני המשפחה בעקבות יציאתה של המטפלת הזרה לחופשה באה לידי ביטוי גם בתהליך שיתוף הציבור. חלק מהמשתתפים בתהליך שיתוף הציבור ציינו כי אין אפשרות מעשית למצוא מטפלת מחליפה, וכי בנסיבות האמורות נפגע הטיפול בקשיש, נוצר עומס עצום על בני המשפחה ונגרמות הוצאות נוספות. לדברי בני המשפחה, לעתים הפתרון המעשי היחיד הוא להעסיק מטפלת זרה שלא בהתאם לחוק:

- "כל ההתנהלות עם המטפלת הפיליפינית קשה. כשהיא יוצאת לחופש בסופ"ש צריך למצוא מחליפה. העלות 350 ש"ח לסופ"ש. היא יצאה לחופשה לחודש וחצי ונאלצנו לחפש לבד מחליפה. אף גורם מוסמך לא עזר לנו. קשה למצוא מטפלת מחליפה חוקית אז

134 על פי חוק הסיעוד, אין מניעה שכאשר המטפלת הזרה נמצאת בחופשה יקבל הקשיש במסגרת גמלת הסיעוד טיפול ביתי על ידי מטפלת ישראלית בהיקף שלו הוא זכאי כמעסיק של מטפלת זרה. טיפול זה הוא בהיקף חלקי בלבד ביחס להעסקת מטפלת זרה, ואינו מהווה מענה חלופי הולם לצרכים של הקשיש. כמו כן, משרד הרווחה הקצה 1.4 מיליון ש"ח בשנה ל"נופשונים" לכ-900 קשישים בכל הארץ. בפועל, כיום "הנופשונים" אינם יכולים לתת מענה מספק למקרים שבהם העובדת הזרה בחופשה הן כיוון שאינם מתאימים לכל קשיש ומשפחה והן לאור ההקצאה הנמוכה לנושא.

135 דוח שושני, עמ' 40.



אין פתרון אפקטיבי
לבעיה שעמה צריכים
להתמודד הקשיש
הסיעודי ובני משפחתו
- מציאת סידור חלופי
לטיפול בקשיש
כאשר המטפלת הזרה
הקבועה יוצאת
לחופשה

ביטוח לאומי לא משלם ולא עוזר. כרגע המטפלת שלנו בהיריון ואין לנו מושג מה לעשות".

- **"עובדת אצלנו 9 שנים נסעה לחופשת מולדת 45 יום. כשאני צריכה למצוא מחליפה אני פונה לחברת כוח אדם ולא מקבלת מענה. בסופו של דבר מצאנו לבד כמובן עובדת זרה, אך אין [מטפלות] חוקיות שיכולות למלא החלפה. ביטוח לאומי לא משלם עליה כי העובדת נסעה לחו"ל, ובגלל שהמחליפה לא חוקית אני גם לא מקבלת את הגמלה. המדינה מעלימים עין מזה שהמטפלת לא חוקית אבל עדיין לא נותנת את הכסף או את הכלים להתמודד עם ההחלפה".**

ועדת שושני העלתה פתרון אפשרי למצב זה, והוא לאפשר להעסיק באופן זמני כמטפלת חלופית מטפלת זרה שאין לה מעסיק קבוע ושקב שהותה הארוכה בארץ אינה רשאית לעבוד אצל מעסיק חדש, אולם היא עדיין יכולה לעבוד בארץ כמטפלת במשך כמה חודשים עד שתידרש לצאת מהארץ (להלן - מטפלות ותיקות ללא מעסיק). לנוכח זאת אימצה רשות האוכלוסין נוהל קבוע המאפשר העסקה זמנית של מטפלת ותיקה ללא מעסיק כל אימת שהמטפלת הזרה הקבועה יוצאת מישראל לחופשה של 21 יום לפחות¹³⁶.

מנתוני רשות האוכלוסין עולה כי בשנת 2016 הונפקו למטפלות זרות כ-20,000 אשרות ליציאה לחו"ל עם אפשרות חזרה - אשרות המונפקות כאשר הן יוצאות לחופשה בחו"ל. אורכה הממוצע של השהות של המטפלות הזרות בחו"ל לפי המצוין באשרה היה 54 ימים. ואולם באותה שנה הונפקו רק שש אשרות למטפלות ותיקות ללא מעסיק שיכלו לשמש כמטפלות חלופיות.

משמע שבפועל אין פתרון אפקטיבי לבעיה שעמה צריכים להתמודד הקשיש הסיעודי ובני משפחתו - מציאת סידור חלופי לטיפול בקשיש כאשר המטפלת הזרה הקבועה יוצאת לחופשה, לרבות חופשתה השבועית. הצורך במציאת פתרון חלופי לטיפול, כגון העסקה זמנית של מטפלת זרה חלופית, מונח, בסופו של דבר, לפתחה של המשפחה. יוצא אפוא שהגורמים הרלוונטיים, ובהם רשות האוכלוסין, לא הציעו דרכים אפקטיביות להתמודד עם נסיבות שבהן המטופל הסיעודי זקוק לטיפול חלופי בגין יציאתה לחופשה של המטפלת הזרה הקבועה.

לעניין זה, בפברואר 2017 מסר מנהל אגף ההיתרים ברשות האוכלוסין למשרד מבקר המדינה כי "ברשות האוכלוסין מקיימים דיונים בנושא בניסיון למצוא פתרונות לסוגיה", וכי "ברשות האוכלוסין העלו גם את הרעיון ליצור קבוצה של

¹³⁶ "נוהל להתרת העסקה קצרת מועד של עובדים זרים לסיעוד השוהים בישראל בין 51-62 חודשים להחלפה זמנית של עובדים זרים לסיעוד שיצאו מישראל לחופשה באנטר וזה", תאריך עדכון 2.2.16, נוהל 5.3.0004.

[מטפלות זרות] שיהיו רק לצורכי החלפה, אולם רעיון זה לא קודם לאור קשיים ביישום, אך כאמור הנושא ואפשרות זאת עדיין נידונים ברשות האוכלוסין".

רשות האוכלוסין מסרה בתשובתה כי "מלכתחילה אדם הבוחר לקבל טיפול מעובד זר בביתו מבין מראש כי יהיו שעות ואף ימים בהם העובד הזר לא יהא נוכח, בהם הוא יצטרך לשהות בגפו או למצוא סידור חלופי ולהתכונן לכך יחד עם משפחתו או עם שירותי הרווחה. קשיש שמצבו אינו מאפשר זאת עובר בדרך כלל לשהייה במוסד סיעודי בו מובטח לו טיפול 365 ימים בשנה". עוד מסרה כי "בפועל, רבים מהקשישים... מסוגלים להישאר לבד לעתים, לפעמים בעזרת פעמון מצוקה... אחרים משתתפים בתוכניות במרכזי יום... אחרים נעזרים בבני משפחה... ואחרים שוכרים שירותי עובד ישראלי... כאשר העובד הזר יוצא לחופשה שנתית [לפי נתוני הרשות הדבר קורה מדי שנתיים וחצי בממוצע לתקופה של כ-54 יום]... הקשיש יוכל להשתמש באחת או יותר מהאפשרויות הנ"ל... או יוכל לעבור לתקופת ההיעדרות בלבד לבית קרוב משפחה, לנופשון של משרד הרווחה או למוסד סיעודי אחר". הרשות הוסיפה כי "ככל שיש צורך למצוא פתרונות ביתיים מלאים לקשישים, אזי משרדי הרווחה, הבריאות והאוצר הם הגורמים העיקריים שחייבים לבדד את האוכלוסיות הרלוונטיות וליצור פתרונות מתאימים". לעניין העסקת המטפלות הוותיקות ללא מעסיק כמטפלות חלופיות מסרה הרשות כי "מחמת תופעה רחבה של שימוש חורג בהגשת בקשות לוועדה ההומניטרית לפי סעיף 3א(ב1) לחוק הכניסה לישראל, מאגר העובדים הזרים האמור אשר היה אמור לפעול כמחליפים עבר להעסקות ארוכות טווח. לאור זאת לאחרונה הציעה הרשות... לדחות על הסף בקשות להעסקה קבועה של עובדים זרים הנמצאים בטווח 51-63 חודשים במדינה, ובכך להגדיל את מספר המחליפים הפוטנציאליים". עוד מסרה רשות האוכלוסין כי "גם עובדים זרים שטרם סיימו 51 חודשים... משמשים כמחליפים".

משרד מבקר המדינה מעיר לרשות האוכלוסין כי הפתרונות שפירטה בנוגע לטיפול החלופי בעת שהמטפלת הזרה נעדרת אינם מהווים מענה הולם ומלא לצורכי הקשישים הרבים הזקוקים לטיפול סיעודי מקיף. מדובר בקשישים שמצבם אינו מאפשר להם להתנהל באופן עצמאי; מציאת מטפלת חלופית היא משימה קשה ולא תמיד ניתן למלאה בהצלחה, ונופשוו הוא אפשרות שכמעט אינה קיימת, ואם קיימת, פתרון זה אינו תמיד מתאים לקשיש ולמשפחתו; בסופו של דבר נטל מציאת פתרון לתקופות אלו, המימון הנוסף הנדרש לשם כך והטיפול עצמו בקשיש מגולגל לכתפי המשפחה. על משרדי הממשלה הרלוונטיים - משרד הרווחה, משרד הבריאות ומשרד האוצר וגורמים אחרים נוספים, לרבות רשות האוכלוסין ובט"ל - לגבש מענה הולם לטיפול בקשיש הסיעודי בעת שהמטפלת הזרה נעדרת. בכלל זה על רשות האוכלוסין לבחון את האפשרות להרחיב את מאגר המטפלות המחליפות הפוטנציאליות ואת הנסיבות שבגינן ניתן יהיה להעסיק מטפלת זרה חלופית. כמו כן על רשות האוכלוסין לבחון את האפשרות להקל את הביורוקרטיה הנדרשת בעניין. כל זאת כדי להבטיח ככל שניתן כי המטופל הסיעודי יקבל את הטיפול הדרוש לו בביתו ולהקל את העומס המוטל על בני המשפחה.

המלצה לשינוי מבנה העסקה של מטפלות זרות: עוד בשנת 2004 הצוות הבין-משרדי לתכנון אופן מתן זיכיונות להבאתם לישראל והעסקתם הזמנית של עובדים זרים המליץ בנושא תכנון שיטת העסקת עובדים זרים בישראל והתנאים למתן רישיונות להעסקת עובדים זרים¹³⁷ כי "העובדים הזרים שיוורשו לעבוד בישראל בענף פלוני יועסקו על ידי תאגידים אשר יחזיקו ברישיון להעסיק עובדים זרים באותו ענף"¹³⁸. הצוות הוסיף כי "יש לבחון את ההתאמות הנדרשות במודל המוצע לגבי ענף הסיעוד"¹³⁹. בהתאם לכך, בשנת 2005 הונהגה רפורמה כוללת בהעסקת עובדים זרים בענף הבנייה בלבד, באופן שהותרה העסקתם רק באמצעות תאגידי כוח אדם מורשים¹⁴⁰. בשנת 2006 הסדירה הממשלה את תחום העסקת המטפלות הזרות בענף הסיעוד בהתאם להמלצות של צוות בין-משרדי אחר שמונה לבחון נושא זה, והותירה את העסקתן על ידי המטופל¹⁴¹. מאז הועלו הצעות לשינוי מבנה העסקה בתחום הסיעוד באופן שהמטופל לא

137 שר האוצר דאז מינה את הצוות לתכנון אופן מתן זיכיונות להבאתם לישראל והעסקתם הזמנית של עובדים זרים. בראש הצוות עמדה יעל אנדרון ממשרד האוצר ועם חברי הצוות נמנו בין היתר נציגי משרדי הרווחה והמשפטים. הצוות הגיש את הדוח מטעמו באוגוסט 2004.

138 **דוח הצוות הבין-משרדי בנושא תכנון שיטת העסקת עובדים זרים בישראל ותנאים למתן רישיונות להעסקת עובדים זרים** (2004), עמ' 7.

139 שם, עמ' 51.

140 ראו ד"ר יורם עידה, **רפורמות בהעסקת עובדים זרים בישראל, מעבר מ"הסדר הכבילה" ל"הסדר התאגידי"** (2012); החלטת ממשלה 2446 מ-15.8.04.

141 החלטת ממשלה 448 מ-12.9.06.

יהיה המעסיק של המטפלת הזרה הן בדיוני ועדות הכנסת בעניין¹⁴² והן בדוח ועדת שושני מספטמבר 2014, ששר הפנים דאז אימץ את המלצותיה והורה לרשות האוכלוסין ליישמן. בדוח המליצה ועדת שושני לבחון את האפשרות שמטפלות זרות בענף הסיעוד יעסקו על ידי תאגידים, בדומה להעסקת עובדים זרים בענף הבנייה, ובכך יוסר מהמטופלים ובני משפחותיהם הנטל הכרוך בהסדרת חובות המעסיק. עם זאת סברה הוועדה כי אין להטיל עלויות ניכרות על המטופל בשל שינוי מבנה ההעסקה, וכי "יש צורך לבחון את העלויות הכרוכות בכך ואת העלות מול התועלת"¹⁴³. יצוין כי בדיונים שהתקיימו בכנסת בעניין טענו רשות האוכלוסין ומשרד האוצר כי אינם מתנגדים עקרונית לשינוי מבנה ההעסקה להעסקה באמצעות תאגידים, אולם רשות האוכלוסין התנתה זאת בכך שהדבר לא ייקר את עלות ההעסקה למטופל.

עלה כי על אף האמור, לא יושמה המלצתה של ועדת שושני כאמור ולא בוצעה עבודת המטה הנדרשת לבחינת האפשרות להעסיק את המטפלות הזרות באמצעות תאגידים ובכך להסיר או לכל הפחות להקל על הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם את הנטל הכרוך בהסדרת חובות המעסיק, ובכלל זה לא נבחנו ההשפעות הכלכליות הכרוכות בכך.

בתשובתו מסר אגף תקציבים במשרד האוצר כי "המדינה רואה חשיבות בקשרי העסקה ישירים בין הקשיש ומשפחתו לעובד הזר משום שאלו יאפשרו למעסיק לקבוע את תנאי העסקה בצורה גמישה מחד, ומנגד מאפשרים תנאי שכר טובים יותר לעובדים הזרים".

רשות האוכלוסין מסרה בתשובתה כי המלצת ועדת שושני בעניין מבנה ההעסקה "אינה מופנית לרשות האוכלוסין וההגירה, אלא לממשלה כולה, וסביר כי הגוף שירכז צוות כאמור יהא משרד האוצר או משרד הרווחה, שאלו המשרדים שנושאי רווחת הקשישים, התעסוקה והכלכלה הם בלב תחומי פעילותם", וכי הרשות "תשתתף בכל צוות שיוקם לצורך מתן 'אינפוט' מקצועי מתחום התמחותה". עוד מסרה הרשות כי עמדתה הייתה תמיד כי היא אינה מתנגדת לשינוי שיטת ההעסקה להעסקה באמצעות תאגידים.

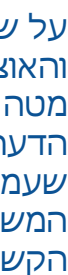
142 פרטוקול ישיבת הוועדה המיוחדת לבעיית העובדים הזרים של הכנסת מ-6.2.12; פרטוקול ישיבת הוועדה המיוחדת לבעיית העובדים הזרים של הכנסת מ-29.5.13. את ההצעה העלתה "כן לזקן" - לקידום זכויות הזקנים (ע"ר).

143 דוח ועדת שושני, עמ' 15.

על רשות האוכלוסין, משרד האוצר ומשרד הרווחה, בשיתוף גורמי מקצוע בתחום, לבחון מהו מבנה ההעסקה הראוי של המטפלות הזרות כך שהעסקתן תתבצע באופן מקצועי תוך שמירה על זכויותיהן ובמטרה להסיר או לכל הפחות להקל על הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם את הנטל הכרוך בהסדרת חובות המעסיק. בין היתר יש לבחון מתן אפשרות בחירה לקשיש אם להעסיק את המטפלת באופן ישיר או אם לשכור שירותי טיפול של מטפלת זרה מגורם שלישי, כמו תאגיד, כך שהעסקתה תהיה שלא על ידי הקשיש ובני משפחתו. שינוי מבנה ההעסקה יוכל גם לתרום להתייעלות בהשמת המטפלות הזרות כך שהשמתן תתבצע בהתאם לצורכי הקשישים, וכן להקל על מציאת פתרון אפקטיבי לקשיש כאשר המטפלת הזרה שוהה בחופשה באמצעות העסקת מטפלת זרה חלופית.



רשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים סיעודיים, ולמעשה זנחו והותירו אותם להתמודד עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים. מצב זה מביא במישורין לכך שמוטל עומס כבד על בני המשפחה הללו, הגורם פעמים רבות לנזק במצב בריאותם הפיזית והנפשית, עשוי לפגוע במרקם חיי המשפחה ובאיכות החיים שלהם, ואף פוגע בתעסוקתם, לעתים עד כדי ויתור מוחלט על יציאה לעבודה, ובכך גורם נזק כלכלי למשק בכללותו. במצב רגיש זה - שבו הורה מבוגר הופך להיות תלתי וחלש ונזקק לסיוע מתמיד - מצופה היה שהסביבה המשפחתית תשמש מסגרת תומכת, מכילה וחומלת, אך הנטל המורכב והכבד שבו המשפחה נושאת עשוי למנוע מבני המשפחה למלא ציפייה זו או לפחות להקשות עליהם למלאה.



על שרי הרווחה
והאוצר לבצע עבודת
מטה שבה תינתן
הדעת על הקשיים
שעמם מתמודדים בני
המשפחה של
הקשישים הסיעודיים

על שרי הרווחה והאוצר לבצע עבודת מטה שבה תינתן הדעת על הקשיים שעמם מתמודדים בני המשפחה של הקשישים הסיעודיים ועל העלות הכלכלית המוטלת על כלל המשק עקב קשיים אלה. במסגרת עבודת מטה זו יש למצוא דרכים להקלת ההתמודדות של בני המשפחה עם הטיפול בקשישים סיעודיים - בין באמצעות סיוע ישיר לבני המשפחה, דוגמת הפעלת קבוצות תמיכה, ובין באמצעות סיוע עקיף לבני המשפחה, דהיינו סיוע לקשיש ושיפור הטיפול בו כך שיפחת הצורך שלו בסיוע בני המשפחה. כך גם יופחתו העלויות הכספיות הנגרמות למשק בגין הנזק הנגרם לקשיש הסיעודי ולמשפחתו עקב העומס הרב. בכלל זה עליהם לבחון את האפשרות להעמיד פתרונות חלופיים לקשישים שהמטפלת הזרה שלהם שוהה בחופשה ונדרש להם טיפול סיעודי מקיף בזמן החופשה. למותר לציין כי הצורך בפתרונות האמורים לעיל אין בו כדי לגרוע מהצורך לתת את הדעת גם על הקשיים של הקשישים העריריים הנעדרים תמיכה משפחתית.

ליקויים בפעילות מרכזי היום לקשישים

מרכזי היום לקשישים סיעודיים הם הפתרון היחיד אשר המדינה מספקת לקשישים מחוץ לביתם במסגרת גמלת הסיעוד. התפיסה שהנחתה את הקמת מרכזי היום הייתה שיש לאפשר לקשישים להישאר זמן רב ככל הניתן בביתם, בקהילה ובסביבתם הטבעית, ובה בעת לספק להם פתרון טיפולי-חברתי כוללני על בסיס יומי, אשר מטרתו למנוע או לדחות עד כמה שניתן את מעברם למוסד סיעודי¹⁴⁴. מרכזי היום מספקים טיפול אישי תחת קורת גג אחת, כדוגמת הזנה, רחצה, טיפול בהפרשות, עזרה בניידות והלבשה, אך גם פעילות חברתית ותרבותית לצורך הפגת הבדידות, שירותים פרה-רפואיים לשימור המצב התפקודי-קוגניטיבי ולמניעת הידרדרותו (כדוגמת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק), שירותי רפואה הניתנים על ידי אחות ושירותים סוציאליים לצורך מעקב אחר הקשישים כדי לוודא שאינם סובלים מהזנחה או מהתעללות.

לדעת גורמי המקצוע, מרכזי היום חשובים לקידום בריאותם ורווחתם של הקשישים המוגבלים בתפקודם, להגברת עצמאותם, לשימור התפקוד הקיים וכן באפשרותם לספק לקשישים מסגרת חברתית להפגת בדידותם ובד בבד לאפשר לבני משפחתם מנוחה או הפוגה¹⁴⁵. גורמים מקצועיים סבורים כי מרכזי היום תורמים רבות גם לטיפול באוכלוסיית הקשישים תשושי הנפש (להלן - תשושי נפש), שהם אוכלוסייה הדורשת טיפול והתייחסות ייחודיים¹⁴⁶, וכי הם יכולים להקל על בני המשפחה של אותם קשישים¹⁴⁷.

במועד סיום הביקורת קיימים 163 מרכזי יום, הפועלים חמישה ימים בשבוע, בהיקף של כשש שעות ביום (על פי רוב בשעות 8:00-14:00), ומופעלים באמצעות עמותות וחברות פרטיות החתומות על הסכמי הפעלה מול בט"ל ומשרד הרווחה. פעילות מרכזי היום מוסדרת בהוראות תקנון העבודה הסוציאלית של משרד הרווחה (להלן - תע"ס).

144 מתוך **מאפייני מרכזי היום לזקן - דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד**, מחקר של המרכז לחקר הזקנה במכון ברוקדייל (2012); עדו גל ובינה פריזנט, "השפעתם של שירותי סיעוד הניתנים במרכזי יום ובבית על העצמת קשישים מוגבלים", **חברה ורווחה** כ"ג, 1 (2003), עמ' 121-125 (כתב עת של משרד הרווחה).

145 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 44.

146 דוח האלצהיימר העולמי לשנת 2010 (Alzheimer's Disease 2010 International), כפי שהובא **בכנס ים המלח ה-12** (נובמבר 2011), "היערכות המדינה לקראת הודקנות האוכלוסייה", עמ' 59.

147 **תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות**, קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם (אוקטובר 2013), בהשתתפות מכון ברוקדייל, בט"ל, משרד הרווחה ומשרד הבריאות; ג'ני ברודסקי, שירלי הניצקי ודניאלה סיטרון, **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה** (2011).

מרבית הקשישים המבקרים במרכזי היום זכאים לגמלת סיעוד, ולצורך מימון השתתפותם בביקור ובפעילות מרכז היום מבצע בט"ל המרה של שעות הסיעוד שהם זכאים להן במסגרת הגמלה. קשיש שאינו זכאי לגמלת סיעוד ואשר עמד במבחן ההכנסות יכול לבקר במרכז יום במימון של משרד הרווחה (להלן - מופנה רווחה). קשיש שאינו עומד במבחן ההכנסות, או שבוחר שלא להמיר את שעות הסיעוד בגמלה, יכול לבקר במרכז יום באופן פרטי בתשלום מלא (להלן - משתתפים באופן פרטי).

הגופים האחראים למימוש הזכות לביקור במרכזי היום הם בט"ל ומשרד הרווחה, ומתוקף כך הם גם אחראים לקביעת המדיניות ולתכנון מערך מרכזי היום. קרן הסיעוד של בט"ל (להלן - קרן הסיעוד) אחראית למתן הסיוע והמימון להקמת מרכזי היום, ואגף הסיעוד בבט"ל אחראי למתן גמלת הסיעוד ומתוקף זאת גם להמרת השעות והתשלום למרכזי היום. בהתאם לכך בט"ל קבע בתדריך לנותני שירותים¹⁴⁸ את אופן מתן השירות במרכזי היום. משרד הרווחה, באמצעות השירות לאזרח הוותיק, אחראי ליישום הוראות התע"ס המסדירות את מתן הטיפול והשירות במרכזי היום ולמתן רישיונות ההפעלה השנתיים למרכזי היום, וכן הוא אחראי להפעלתם הסדירה של מרכזים אלו.

היעדר פעולות להגברת השימוש במרכזי היום

החשיבות של מרכזי היום, הממלאים תפקיד משמעותי בטיפול בקשישים תוך מתן מסגרת חברתית להפגת בדידותם ומתן מנוחה או הפוגה לבני משפחותיהם, באה לידי ביטוי גם בכך שבט"ל, באמצעות קרן הסיעוד, מקצה מדי שנה סכומים לבנייה ושיפוץ של מרכזי יום (בשנת 2015 הוא הקצה לכך 22 מיליוני ש"ח). מצופה אם כן מבט"ל וממשרד הרווחה, לפעול להגברת השימוש במרכזי היום ולהסיר חסמים המונעים את פעילותם בתפוסה מלאה.

שיעורי תפוסה קטנים של חלק ממרכזי היום: בשנת 2012 פורסם מחקר שביצע מכון ברוקדייל בנוגע למרכזי היום (להלן - מחקר מרכזי היום)¹⁴⁹. המחקר כלל מפקד מקיף שבו השתתפו, בין היתר, קשישים אשר ביקרו במרכזי היום בשנת 2008 (להלן - המפקד). המחקר סיפק מידע מעודכן ורחב היקף על תפוסת מרכזי היום והחסמים המונעים את הגברת השימוש בהם, כדי ליצור בסיס לעיצוב המדיניות לפיתוח שירות זה בעתיד.

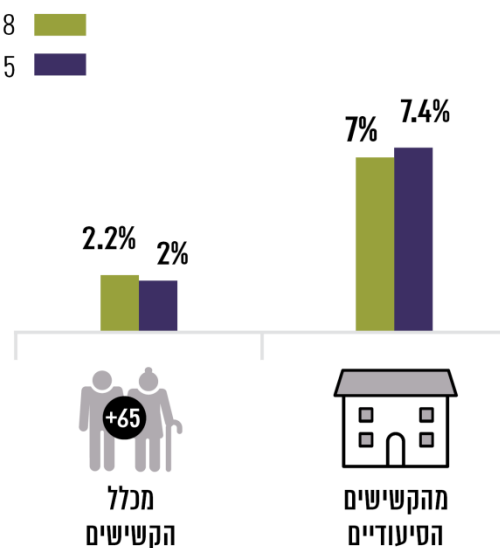
148 **תדריך לנותני שירותי סיעוד**, בפרק "מרכזי יום", עמ' 44-1.

149 **מאפייני מרכזי היום לוקן - דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד**, מכון ברוקדייל (2012).

כבר מממצאי המפקד היה אפשר ללמוד על תפוסה נמוכה של פחות מ-70% ב-40% ממרכזי היום שנבדקו באותה עת, ובעקבות כך הומלץ לפעול להגברת השימוש בהם¹⁵⁰. גם בתכנית העבודה של קרן הסיעוד לשנת 2012 ציין בט"ל כי "הממצאים מראים כי כיום שוהים במרכזי היום רק כ-8% מסך הקשישים זכאי גמלאות [חוק] סיעוד. שירות מרכזי היום לא עבר מיום הקמתו שינוי והגמשה לטובת אוכלוסיית המוגבלים".

משרד מבקר המדינה השווה בין ממצאי המפקד משנת 2008 לנתוני ביקורים של קשישים במרכזי יום בשנת 2015. בנוסף השווה את ממצאי המפקד לנתונים שבט"ל אסף לגבי תפוסת מרכזי יום בשנת 2015¹⁵¹ (להלן - סקר התפוסה). עולה כי בין שנת 2008 לשנת 2015 לא חל שינוי ניכר בשיעור השתתפות אוכלוסיית הקשישים במרכזי יום, כמתואר בתרשימים 13¹⁵² ו-14¹⁵³ להלן:

תרשים 13: ההשתתפות בקשישים במרכזי יום בשנת 2008 לעומת שנת 2015



150 מאפייני מרכזי היום לוקן - דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד, מכון ברוקדייל (2012), עמ' 8 בתמצית המחקר וכן בעמ' 7.

151 הסקר התחיל בשנת 2014 והסתיים בשנת 2015.

152 מבוסס על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016), בסוף שנת 2015 התגוררו בישראל כ-940,000 קשישים מעל גיל 65. הנתונים בדבר קשישים זכאים לחוק סיעוד שביקרו במרכזי היום התקבלו ממנהל המחקר והתכנון בבט"ל וכן נלקחו ממחקר מרכזי היום של מכון ברוקדייל.

153 מבוסס על נתוני המפקד מ-2008 ועל נתוני סקר התפוסה.

תרשים 14: מרכזי היום בהם שיעור התפוסה היה נמוך מ-70% בשנת 2008 לעומת שנת 2015



יוצא אפוא כי אף שמרכז היום משמש כמקום טיפולי מיטבי לקשישים הסיעודיים וכמסגרת המתאימה היחידה מחוץ לביתם הניתנת במסגרת חוק הסיעוד ועל אף הגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד - עדיין ברבים ממרכזי היום (כ-38%) שיעור התפוסה קטן מ-70% (ב-18 מרכזי יום שיעור התפוסה הוא עד 50%).

אי-ניצול הזכאות לביקור במרכזי יום על ידי קשישים סיעודיים עניים:
 מנתוני בט"ל עולה כי כ-40,000 מכ-161,000 (כ-25%) הקשישים הסיעודיים בשנת 2015, קיבלו גם השלמת הכנסה לזקנה, דהיינו, נוסף על מוגבלותם התפקודית הם גם עניים מאוד (להלן - קשישים סיעודיים עניים). לפי הכללים ניתן להמיר שעתיים של טיפול ביתי בשהות של שש שעות במרכז יום¹⁵⁴. כיוון שמרכזי היום מספקים ארוחות חמות, פעילות חברתית ושירותי טיפול אישי, מדובר באפשרות למתן טיפול איכותי, בייחוד לקשישים סיעודיים עניים, שאין בידם לרכוש באופן פרטי שירותים אלו. אף על פי כן, שיעור ההשתתפות של קשישים סיעודיים עניים במרכזי יום קטן באופן ניכר יחסית לשיעורם הכולל

154 ברמות המוגבלות התפקודית הבינונית והגבוהה יחס ההמרה הוא 2.75 שעות טיפול ביתי עבור שעות של שש שעות במרכז יום.

לא רק שחלק מזערי בלבד מכלל הקשישים הסיעודיים ביקרו במרכזי היום, אלא אף שהקשישים הסיעודיים העניים בפרט כמעט אינם מנצלים שירות זה

מהאוכלוסייה הרלוונטית (25%), וקטן בייחוד יחסית לקשישים סיעודיים שאינם עניים, ראו להלן בתרשים 15⁵⁵:

תרשים 15: שיעור הקשישים הסיעודיים שביקרו במרכזי יום בשנת 2015



מהתרשים עולה כי לא רק שחלק מזערי בלבד מכלל הקשישים הסיעודיים ביקרו במרכזי היום, אלא אף כי שיעורם של הקשישים הסיעודיים העניים בפרט מקרב אוכלוסייה זו הוא קטן יותר. מכאן, שהקשישים הסיעודיים העניים כמעט אינם מנצלים שירות זה.

אחד ההסברים האפשריים לכך שדווקא קשישים סיעודיים עניים אינם מבקרים במרכזי היום הוא שעליהם לבחור בין ויתור על שעתיים של טיפול ביתי מתוך גמלת הסיעוד לבין מימון הביקור מכיסם הפרטי, שמכביד עליהם כלכלית יותר מאשר על שאר הקשישים הסיעודיים. יודגש שחלק מהקשישים קיבלו מימון עבור ביקור במרכזי יום בשל מצבם הכלכלי הרעוע ממשד הרווחה עוד בטרם זכאותם לגמלת סיעוד. אך עם הידרדרות במצבם התפקודי וקבלת גמלת הסיעוד, לפי נוהלי משרד הרווחה נמנע מהם המשך המימון של משרד הרווחה לביקור במרכזי היום.

בתהליך שיתוף הציבור ציינו קשישים ובני משפחותיהם את העלות הכלכלית של מרכזי היום שבה נושאים קשישים שאינם ממירים שעות טיפול ביתי כסיבה לאי השתתפות במרכזי היום, וזאת מאחר שלדבריהם הם זקוקים למלוא השעות שקיבלו.

למשל, המשיבים ציינו כלהלן:

- "אין לנו מספיק כסף וביקור במרכזי יום מחייב תשלום, השעות שנלקחות מקצבת הסיעוד מאד קריטיות בסיוע" [בת לקשיש סיעודי בן 79].
- "מרכז היום לוקח משעות הסיעוד ואז [מהווה] נטל על המשפחה" [נכדה לקשישה סיעודית בת 86].

ממחקר מרכזי היום משנת 2012 עלה כי רק שיעור קטן יחסית מהקשישים שלא ביקרו במרכזי היום הביעו עניין להמיר שעות טיפול ביתי בביקור במרכז יום (16%) או היו מוכנים לשלם באופן פרטי לצורך ביקור במרכז (14%). 28% מהקשישים שלא ביקרו במרכזי היום ציינו כי היו מעוניינים לבקר בהם לו השירות היה ניתן חינם או לו לא היה צורך להמיר שעות טיפול ביתי כדי לקבלו; יתרה מזו, שיעור גדול יותר (58%) נמצא בקרב בני המשפחה של הקשישים אשר היו מעוניינים בכך¹⁵⁶.

נוכח מצבם הכלכלי הקשה ממילא של קשישים סיעודיים עניים (הזכאים לגמלת סיעוד), והיתרונות הרבים של מרכזי היום לשיפור איכות חייהם, על משרד הרווחה לבחון את הדרכים לסייע להם לבקר במרכזי היום, ובכלל זה לאפשר להם לבקר במרכז יום ללא צורך בהמרת שעות טיפול ביתי.

אגף התקציבים מסר בתשובתו כי המיצוי הנמוך של שירות מרכזי היום על ידי קשישים סיעודיים נובע בין השאר בשל האינטרס המנוגד של חברות הסיעוד לווטר על הכנסה משעות הסיעוד המומרות לטובת תשלום עבור מרכז היום. על מנת לתמרץ את נותני שירותי הסיעוד להפנות קשישים זכאים רבים יותר למרכזי היום נבחנה הגדרה של אחד ממדדי האיכות של נותני שירותי הסיעוד כאחוז הזכאים המשתתפים במרכזי היום. באמצעות זאת, יינתן תמריץ לנותני שירותי הסיעוד לשווק לקשישים הסיעודיים את השעות במרכז היום כפתרון אשר ייטיב עם הקשישים בלי לפגוע בהכנסותיהן של חברות הסיעוד.

משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את הרעיון שהעלה אגף התקציבים להגביר את הביקורים של קשישים סיעודיים במרכזי היום באמצעות מתן תמריץ חיובי לחברות הסיעוד להפנות קשישים למרכזי היום. עם זאת מעיר משרד מבקר המדינה כי הרעיון שהעלה אגף התקציבים בתשובתו אינו נותן פתרון מעשי לקושי הכלכלי המובהק של הקשישים הסיעודיים העניים ואינו פותר את הצורך בהמרת חלק משעות הסיעוד לטובת השתתפות במרכזי היום, אשר הוא אחד החסמים המונעים מהקשישים הסיעודיים העניים להשתמש בשירות זה על פני הטיפול הביתי.

156 מאפייני מרכזי היום לזקן - דפוס שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד, מכון ברוקדייל (2012), עמ' 5 בתמצית המחקר וכן עמ' 85.

אי-הסרת חסמים למימוש הזכות של קשישים סיעודיים לבקר במרכזי יום

מצופה מבט"ל ומשרד הרווחה לפעול להנגשת הזכות לבקר במרכזי היום ולהסיר את החסמים המונעים זאת. אולם הביקורת העלתה כי בט"ל ומשרד הרווחה - אשר ערים לחסמים הרבים שמונעים מהזכאים לנצל את זכותם לבקר במרכזי היום - לא פעלו להסירם. להלן פרטים:

החסמים העיקריים שהעלה מחקר מרכזי היום היו: אי-התאמת רכבי ההסעה למגבלותיהם של הקשישים הבאים לבקר במרכזי היום; חוסר הגמישות בשעות הפעילות הנהוגות במרכזים; חוסר המודעות של הקשישים לדבר קיומם של מרכזי היום ולאפשרות לבקר בהם; אי-רצונם של הקשישים לוותר על שעות טיפול ביתי בתמורה לביקור במרכז יום; וכן הקושי של הקשישים לראות קשישים אחרים במצב תפקודי-סיעודי קשה משלהם והעדפתם לבלות בחברת אנשים מוכרים.

גם במסגרת תהליך שיתוף הציבור נשאלו קשישים סיעודיים שאינם מבקרים במרכזי היום וכן בני משפחותיהם אילו סיבות וחסמים מונעים מהקשישים לבקר במרכזים. בתשובותיהם צוינו חסמים דומים לאלה שהועלו במחקר מרכזי היום. למשל, משיבים ציינו כלהלן:

- **"אין לי סיוע בהכנות הנדרשות ליציאה מהבית כדי לבקר במרכז יום".**
- **"אין שום הסעה למרותקי כיסא גלגלים".**
- **"לחכות המון זמן להסעות לא עושה חשק ללכת".**
- **"אני מרגיש כי המשתתפים במרכז היום אינם מתאימים לי מבחינה חברתית".**
- **"הרמה במרכזי יום הייתה נמוכה מבחינת רמת הפעילויות ולכן לא רוצה להשתתף שם".**

להלן בתרשים 16, פירוט החסמים העיקריים המונעים מקשישים סיעודיים לבקר במרכזי יום, כפי שציינו בני המשפחה שבחרו להשיב לסקר¹⁵⁷:

157 בתשובתם לשאלה "מה הן הסיבות לכך שמקבל/ת גמלת הסיעוד אינו/אינה מבקר/ת במרכז יום לדעתך?".

תרשים 16: החסמים העיקריים המונעים מקשישים סיעודיים לבקר במרכזי היום



במועד סיום הביקורת, כחמש שנים לאחר שבוצע מחקר מרכזי היום, אותם חסמים שעלו במחקר ומונעים מהקשישים לבקר במרכזי היום, עלו גם בסקר בני המשפחה.

1. דרך המלך להסרת החסמים היא תכנון שיטתי ליישום השיפור הנדרש, וזאת באמצעות גיבוש תכנית ייעודית בהתאם למדריך התכנון הממשלתי¹⁵⁸ (להלן - מדריך התכנון). האחריות למרכזי היום היא של בט"ל ומשרד הרווחה, כל אחד בתחומו, ובהתאם לכך גם האחריות להסרת החסמים.

בביקורת עלה שאף כי בט"ל ומשרד הרווחה היו ערים לאורך השנים לחסמים האמורים, הם לא פעלו להסרתם באופן שיטתי ומתוכנן, ובמועד סיום הביקורת עדיין לא גיבשו תכניות עבודה אופרטיביות להסרת החסמים (למעט פיילוט ניסיוני לפתיחת מרכזי יום אחר הצהריים¹⁵⁹).

2. שלב הכרחי להסרת החסמים הוא ביצוע מעקב שוטף אחר אותם מרכזי יום שבהם שיעורי התפוסה קטנים. לצורך כך על בט"ל ומשרד הרווחה לאסוף נתונים באופן שוטף על תפוסת מרכזי היום.

158 להרחבה בעניין זה ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 53ב** (2003), בפרק "עבודת המטה במשרד הממשלה", עמ' 5-110.

159 ראו להלן.

הביקורת העלתה שבט"ל ומשרד הרווחה אינם מבצעים מעקב שוטף בנושא תפוסת מרכזי היום. מאז המפקד האחרון בשנת 2008 ועד מועד סיום הביקורת בוצע רק סקר תפוסה אחד לשנים 2014-2015. עקב כך אין לבט"ל ולמשרד הרווחה מידע על התפוסה במרכזי יום לרבות על מרכזים שהתפוסה בהם נמוכה לאורך זמן, ולכן חסר להם מידע בסיסי הנדרש כדי לפעול להגברת השימוש במרכזי היום.

על בט"ל ומשרד הרווחה גם יחד לבחון כיצד ניתן להגביר את שיעורי התפוסה באותם מרכזי יום ששיעור התפוסה בהם נמוך ולגבש בהקדם האפשרי וליישם תכנית עבודה אופרטיבית להסרת החסמים המונעים מקשישים סיעודיים להשתמש במרכזי היום.

מחסור במרכזי יום לתשושי נפש

אוכלוסיית תשושי הנפש היא אוכלוסייה ייחודית, שבאחריות בט"ל ומשרד הרווחה למלא את צרכיה גם באמצעות מרכזי יום. אוכלוסייה זו מתאפיינת, בין היתר, בצורך בהשגחה מתמדת יומם ולילה ובמסגרת מתאימה שתספק להם צורך זה.

דוגמאות לקושי בטיפול בתשושי נפש ניתן לראות בתהליך שיתוף הציבור, שבמסגרתו בני משפחות הקשישים ציינו את הקשיים הייחודיים שהם סובלים מהם:

לדוגמה, המשיבים ציינו כלהלן:

- "צריך להתייחס בנפרד לחולי דמנציה. הם זקוקים להשגחה מלאה בכול רגע כולל בלילה כשמתעוררים. העומס והלחץ הם עצומים. זה כרוך גם בעומס כספי הואיל והמטפל העיקרי מגביל את עצמו בתעסוקתו, שלא לדבר על המחיר הגבוה המושקע. התמיכה של הביטוח הלאומי היא קצת יותר מסימבולית" [בן-זוג של קשישה בת 75].
- "אמא חולת דמנציה. לאמא ישנה מטפלת צמודה. העלויות גבוהות מאוד ולכן רק פעמיים בחודש היא נשארת שבתות. כאשר היא לא נמצאת המשפחה עושה תורנויות ולא משאירה את אמא לבד" [בת לקשישה בת 79].

בתכנית הלאומית משנת 2013 להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ומחלות דמנטיות אחרות (להלן - התכנית הלאומית לדמנציה) צוין כי יש מחסור ניכר במרכזי היום המיועדים לתשושי נפש¹⁶⁰. המחסור במרכזי יום לתשושי נפש עולה גם מממצאי סקר התפוסה. לדברי 40% ממנהלי מרכזי היום יש צורך להרחיב את היקף השירותים שהם נותנים לאוכלוסיית תשושי הנפש באזור הגאוגרפי שבו הם פועלים.

על אף החשיבות שבמילוי צורכיהם של תשושי הנפש ובני משפחותיהם הועלה כי עדיין יש מחסור חמור במרכזי יום לטיפול באותה אוכלוסייה. משרד מבקר המדינה ניתח את ממצאי סקר התפוסה שביצע בט"ל בשנים 2014 ו-2015, והניתוח העלה כי רק 63 (40%) מכלל 163 המרכזים הקיימים מיועדים לביקור של קשישים תשושי נפש, וכי התפוסה של 56% מהם היא 100% ויותר, כך שלא ניתן לקבל לאותם מרכזי יום קשישים נוספים. משמע כי תשושי נפש רבים ובני משפחותיהם אינם יכולים לקבל שירותי השגחה במרכז יום, אף שהדבר חיוני ביותר כאשר נדרשת השגחה לקשישים שאינם מעסיקים מטפלת זרה.

עקב הצורך בהשגחה מתמדת על תשושי הנפש, מוטל עומס רב על בני המשפחה המטפלים בהם, בייחוד אלה שאינם מעסיקים מטפלת זרה 24 שעות ביממה. זאת ועוד, אין בשירותים שמספקים מרכזי היום הקיימים כדי למלא את צורכיהם של קשישים אלה: כאמור, רק 40% ממרכזי היום מותאמים לתשושי נפש, ושעות הפעילות ברובם מצומצמות, ועקב כך הם אינם מאפשרים שהות ארוכה יותר במהלך היום וכלל אינם מאפשרים שהות בלילה¹⁶¹.

על כן, על בט"ל ומשרד הרווחה לבחון דרכים להרחבת השירותים הניתנים לקשישים תשושי הנפש, ובכללם שתי דרכים אפשריות: הראשונה, פתיחה של מרכזי יום נוספים המיועדים לאוכלוסייה זו; והשנייה, הרחבת שעות הפעילות של המרכזים הקיימים המיועדים לאוכלוסייה זו. אולם במועד סיום הביקורת נמצא כי בט"ל ומשרד הרווחה עדיין לא הכינו תכנית לפתיחת מחלקות ומרכזי יום נוספים לתשושי נפש ואף לא פעלו להרחבת שעות הפעילות של המרכזים הקיימים (ראו להלן).

160 רק כ-30% ממרכזי היום מותאמים לתשושי נפש. **תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות** (אוקטובר 2013), עמ' 16-17. המחסור במרכזי יום המיועדים לתשושי נפש עולה גם במחקר **מאפייני מרכזי היום לזקן - דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד**, מכון ברוקדייל (2012), עמ' 9 למבוא, עמ' 81 ולוח 5 בעמ' 10.

161 **תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות** (אוקטובר 2013), עמ' 16-17.

משרד הרווחה ציין בתשובתו כי הוא ער לעלייה המתמדת בשימוש במרכזי היום בקרב תשושי הנפש. לאור זאת, קיימת החלטה עקרונית ממרץ 2016 עם קרן הסיעוד בבט"ל, שבסופו של תהליך יהיה בכל מרכז יום אגף לתשושי נפש. קול קורא לבקשות תמיכה לבניית האגפים עומד לצאת בחודש הקרוב, ונוסף על כך יתחיל פיילוט של "משמרת שנייה" עבור תשושי נפש. עוד נבדקת אפשרות פתיחת נופשון ומקום לשהיית לילה לתשושי נפש.

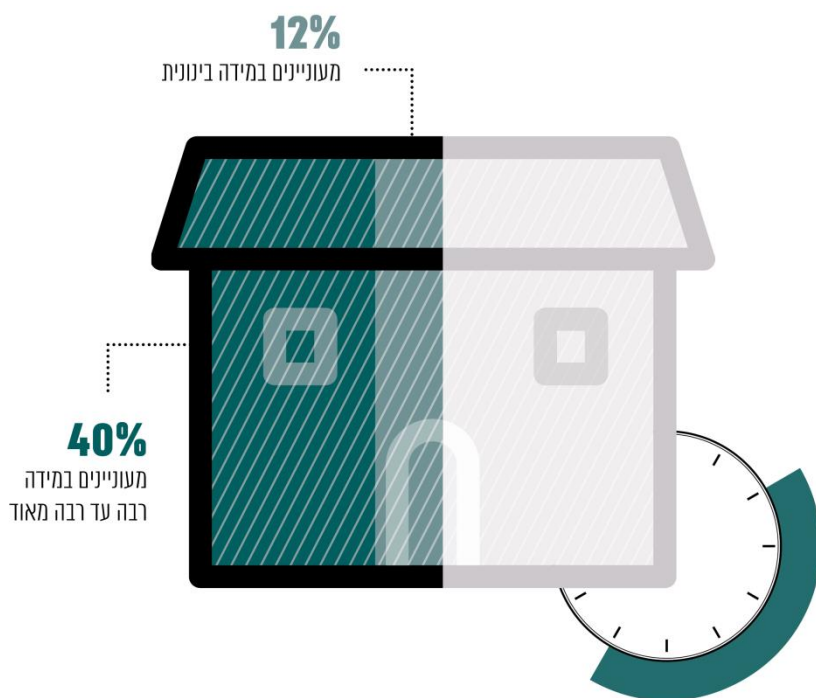
הרחבת שעות הפעילות של מרכזי היום

קשיש סיעודי מוגבל בתפקודו במשך כל שעות היממה, מנגד שעות הפתיחה המקובלות היום של מרכזי היום הן, על פי רוב, 8:00-14:00. לפי מחקר מרכזי היום, כ-43% מהקשישים שאינם מבקרים במרכזי היום היו מעוניינים להתחיל את הפעילות בשעות 10:00-12:00, וכ-20% מהם היו מעוניינים לבקר במרכזים בשעות הצהריים או אחר-צהריים¹⁶².

1. במסגרת תהליך שיתוף הציבור בחן משרד מבקר המדינה את שיעור בני המשפחה של קשישים סיעודיים המעוניינים בפתיחת מרכזי היום גם בשעות אחר הצהריים. להלן בתרשים 17, התפלגות תשובותיהם של בני המשפחה שבחרו להשיב בסקר לשאלה באיזו מידה הם מעוניינים בפתיחת מרכזי היום בשעות אחר-צהריים:

162 מאפייני מרכזי היום לזקן - דפוס שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד, מכון ברוקדייל (2012), עמ' 83; עוד העלה המחקר שכ-30% ממנהלי מרכזי היום סבורים שהיה רצוי להפעיל תכנית יום ארוך במרכזי היום שהם מנהלים (בעמ' 17).

תרשים 17: שיעור בני המשפחה שציינו כי הם מעוניינים בפתיחת מרכז יום בשעות אחר הצהריים



יותר ממחצית בני המשפחה שהשיבו על הסקר, ציינו כי הם מעוניינים בכך שהמרכזים יהיו פתוחים גם בשעות אחר-צהריים (52% מבני המשפחה שהשיבו על הסקר הביעו עניין בכך במידה בינונית עד רבה מאוד). כ-50% מהקשישים שבני משפחותיהם הביעו עניין כאמור כלל אינם מבקרים במרכזי היום. יוצא אפוא שפתיחת מרכזי יום בשעות אחר הצהריים עשויה לסייע לקשישים שאינם מבקרים במרכזי היום להשתמש בשירות זה, והיא אף עשויה להקל את הנטל המוטל על בני משפחותיהם.

נמצא כי בפועל הרוב המוחלט של מרכזי היום אינם פתוחים במתכונת "משמרת שנייה" - בשעות אחר-צהריים או בשעות הלילה.

משרד מבקר המדינה ניתח את ממצאי סקר התפוסה, והעלה כי 49 (30%) מ-163 מרכזי היום היו בתפוסה מלאה (של יותר מ-100%), ולחלקם רשימת המתנה. לנוכח האמור לעיל, פתיחת מרכזי היום לאחר שעה 14:00 יכולה לאפשר מתן שירותים, לפחות לקשישים המתגוררים באזורים שבהם התפוסה במרכזי יום עולה על 100%.

2. לפי התע"ס, אמנם ניתן להפעיל מרכז יום בשעות אחר-הצהריים (בשעות 14:00-18:00)¹⁶³, אולם משרד הרווחה לא קבע תעריף למימון ההשתתפות של הקשישים במרכזים בשעות אחר-הצהריים כמשמרת נפרדת בפני עצמה. יתר על כן, מהוראות התדריך לנותני שירותי סיעוד¹⁶⁴ ומנוסח ההסכם בין בט"ל למרכזי היום¹⁶⁵ עולה כי מרכז היום יפעל למשך 6-7 שעות, אך לא צוין בהסכם ובתדריך דבר בעניין פתיחת מרכז היום בשעות אחר-הצהריים, כמשמרת שנייה.
3. נושא הרחבת שעות הפעילות של מרכזי היום עלה כמה פעמים בישיבות של בט"ל ומשרד הרווחה, עוד בשנת 2001. פתיחת מרכזי יום בשעות אחר הצהריים שולבה גם בתכניות העבודה של קרן הסיעוד כבר בשנת 2013, אך רק בינואר 2017 החל בט"ל בביצוע פיילוט לתכנית "משמרת שנייה" בארבעה מרכזי יום בלבד ברחבי הארץ, והוא צפוי להימשך שלוש שנים - דהיינו עד סוף שנת 2020. יצוין כי רק באחד המרכזים שיעור התפוסה מלא ופועלת בו מחלקה לתשושי נפש.

משרד מבקר המדינה מעיר לבט"ל ולמשרד הרווחה כי נוכח ההיקף המצומצם של הפיילוט ל"משמרת שנייה" ונוכח העובדה כי הוא צפוי להסתיים רק שלוש שנים לאחר מועד סיום הביקורת, ומנגד נוכח העובדה כי הועלה הצורך להרחיב את היקף הפעילות של מרכזי היום באופן שהם יופעלו גם בשעות אחר-הצהריים, עליהם לבחון דרכים לזרז את בדיקת ההשפעות של הרחבת שעות הפעילות של המרכזים היומיים ולגבש החלטה מוקדם הרבה יותר. יתרה מזו, נוכח המחסור החמור כאמור במרכזי יום לתשושי נפש, על בט"ל ומשרד הרווחה לגבש תכנית לפתיחת מרכזי יום בשעות אחר הצהריים גם עבור אוכלוסייה זו.

4. כאמור, בעוד רובם המוחלט של מרכזי היום אינם פועלים ככאלה בשעות אחר הצהריים, חלק מהמבנים המשמשים אותם פתוחים בשעות אחר הצהריים לפעילות לטובת הקשישים בקהילה ובני משפחותיהם, דבר המעוגן בהוראות התע"ס. לפי מחקר מרכזי היום משנת 2012, ב-57% ממבני מרכזי היום הייתה פעילות גם בשעות אחר-הצהריים והערב, בייחוד פעילות פנאי שאינה מיועדת דווקא למבקרים במרכזי היום¹⁶⁶. מניתוח סקר התפוסה של בט"ל לשנים 2014 ו-2015 אכן עלה כי כ-50% ממבני מרכזי

163 סעיפים 2.7 ו-6.5 להוראה 4.13 בתע"ס

164 **תדריך לנותני שירותי סיעוד**, בפרק "מרכזי יום", עמ' 1-44.

165 הסכם בדבר מתן שירותי סיעוד במרכזי יום לזכאים לגמלת סיעוד, אשר בט"ל חותם מול כל אחד ממרכזי היום המבקשים לקבל תשלום עבור קשישים זכאי חוק סיעוד המבקרים בו.

166 **מאפייני מרכזי היום לזקן - דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד**, מכון ברוקדייל (2012), עמ' 3 בתמצית המחקר.

היום פתוחים בשעות אחר-הצהריים, אולם לצורך פעילות אחרת שאינה במסגרת השירותים הניתנים במרכז היום ואינה מיועדת בהכרח לקשישים או למבקרים במרכז היום בשעות הבוקר¹⁶⁷.

משרד מבקר המדינה מעיר כי אמנם הפעלת המבנים המשמשים את מרכזי היום בשעות אחר הצהריים עבור פעילויות לקשישים שאינם סיעודיים תורם לאותם קשישים ומעשיר את תרבות הפנאי שלהם ובד בבד מסייע לניצול המשאבים התשתיתיים של מבני המרכזים, אך מנגד דרך פעולה זו עלולה לשמש תמריץ שלילי להפעלת מרכזי היום מעבר לשעות הבוקר בעבור הקשישים הסיעודיים. על כן, ראוי שבט"ל ומשרד הרווחה יפעלו ראשית למיצוי הפוטנציאל של מרכזי היום לטובת הקשישים הסיעודיים לפני שהם יאפשרו לקיים בהם פעילויות אחרות לקשישים בשעות אחר הצהריים.

ליקויים בפיקוח על מרכזי היום

כאמור, האחראי לפיקוח ולבקרה על מרכזי היום כדי לוודא שהפעלתם סדירה הוא השירות לאזרח הוותיק שבמשרד הרווחה והוא מבצע זאת באמצעות מפקחים מחוזיים. על מנת להבטיח שמרכזי היום יתקנו את הליקויים שאותרו, נדרש מעקב שיטתי ולוח זמנים קבוע, בד בבד עם בקרה על דוחות הפיקוח וניתוח של ממצאיהם. מעקב כאמור יכול לשמש את הנהלת השירות לאזרח הוותיק לשם הפקת לקחים מערכתיים בעניין השירותים השונים הניתנים לקשישים במרכזי היום ולצורך גיבוש מדיניות.

יצוין כי בשנת 2014 שקל משרד הרווחה להכין מדריך מקיף לעבודת הפיקוח על מרכזי היום ולגבש תקנים וכלי בקרה לצורך פיתוחה של מערכת פיקוח חדשה, בשיתוף מכון ברוקדייל, אולם הוא הקפיא את התכנית.

167 82 מ-163 מרכזי היום שנבדקו בתקופה האמורה משתמשים במבנה מרכזי היום בשעות אחר הצהריים להפעלת מועדון לקשישים או לצורך פעילות אחרת, כגון קבוצות תמיכה, חוגים, הרצאות, מועדון רוטרי, מכללת גמלאים וקהילה תומכת.

על ביטוח לאומי
ומשרד הרווחה לבחון
כיצד להסיר את
החסמים שמונעים
מזכאים לבקר במרכזי
היום וכן דרכים
להרחבת שעות
הפעילות של
המרכזים אחר
הצהריים או בלילה,
בייחוד עבור תשושי
הנפש

הביקורת העלתה כי לדצמבר 2016 רק חלק מדוחות הפיקוח מועברים למפקח הארצי על מרכזי היום ולהנהלת השירות לאזרח הוותיק; לא מתבצע מעקב סדיר ותדיר בנושא תיקון הליקויים שאותם העלו המפקחים המחוזיים; ולא הוסדר באופן מקיף נושא הפיקוח על מרכזי היום. משרד מבקר המדינה מעיר להנהלת השירות לאזרח הוותיק כי עקב כך שלא הסדירה כנדרש את הנושא האמור נבצר ממשרד הרווחה לפקח ביעילות על הנושא, תוך ראייה כוללת של הליקויים הטעונים תיקון והסדרה.

על משרד הרווחה לפעול לאלתר לשיפור הפיקוח והבקרה על מרכזי היום כדי להבטיח מתן שירות איכותי לקשישים המבקרים בהם.



מרכזי היום לקשישים ממלאים תפקיד חשוב בטיפול בקשישים סיעודיים ומספקים להם מסגרת חברתית להפגת בדידותם וכן מאפשרים מנוחה או הפוגה לבני משפחותיהם. אולם רק שיעור קטן של קשישים סיעודיים מבקרים במרכזי היום, ומהם שיעור קטן אף יותר של קשישים סיעודיים עניים, וזאת בין השאר בגין חסמים שונים המונעים את השתתפותם. עקב כך שיעור הניצול של שירות זה ברבים מהמרכזים (כ-40% מהם) קטן מ-70%. מנגד, בקרב הקבוצה הייחודית של קשישים תשושי נפש, אשר זקוקים להשגחה של 24 שעות ביממה, מורגש מחסור בשירות זה עד כדי אכלוס מרכזי יום ייעודיים מעבר לתפוסתם.

על בט"ל ומשרד הרווחה לבחון כיצד אפשר להסיר את החסמים שמונעים מזכאים לבקר במרכזי היום. כמו כן עליהם לבחון דרכים להרחבת היקף השירותים הניתנים באזורים שבהם הביקוש הרב לביקור במרכזי היום גדול בהרבה מההיצע, ובכלל זה גם להרחבת שעות הפעילות של המרכזים הקיימים במתכונת "משמרת שנייה" - בשעות אחר הצהריים או בשעות הלילה, בייחוד עבור הקשישים תשושי הנפש - ובכך לסייע רבות גם לבני משפחותיהם.

בט"ל ציין בתשובתו כי הוא אחראי למתן גמלת הסיעוד ומתוקף זאת גם להמרת השעות והתשלום למרכזי היום, וכן למתן סיוע למימון הקמת מרכזי יום ושיפוצם, אולם ללא תפעול שוטף של משרד הרווחה ועיגון כיווני הפיתוח והמימון בתכנית העבודה של משרד הרווחה, תכניות הפיתוח של בט"ל לא ירקמו עור וגידים ולא יביאו לשינוי משמעותי בפעילות מרכזי היום. משרד הרווחה וי"ר ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל ציינו בתשובתם מיולי 2017 כי הוקמה ועדה לבחינת מכלול החסמים בראשות פרופ' הלל שמיד (ועדת שמיד). במסגרת הוועדה נבדקת האפשרות להגמשת שעות הפעילות במרכזי היום כך שקשישים יוכלו להגיע גם בשעות מאוחרות יותר ונעשית בדיקת מודלים שיתאימו לשינויים באופי האוכלוסייה ובגמישות הרצויה.

הצורך בבחינה מחודשת של ההסדר בחוק הסיעוד ובהיערכות לעתיד

השינויים בצרכים של מקבלי גמלת הסיעוד מאז חקיקת חוק הסיעוד

טיבו ומתכונתו של הטיפול הסיעודי בקשיש השוהה בביתו נקבעו בעיקר בחוק הסיעוד בשנת 1986 (גמלת הסיעוד ניתנת משנת 1988), ואחד מעקרונות היסוד שלהם הוא שהגמלה ניתנת כגמלה בעין ולא כתשלום כספי. במסגרת ההסדר כאמור מקבל גמלת סיעוד רשאי לבחור את השירותים שהוא רוצה לקבל מסל שירותי הסיעוד. באותה העת היה ההסדר בחוק הסיעוד חדשני ומהמתקדמים בעולם¹⁶⁸, אולם מאז חלו שינויים ניכרים מהבחינה הדמוגרפית והתרבותית ושינויים נוספים.

בעקבות השינויים שחלו בעשורים האחרונים החלו קובעי מדיניות במדינות מפותחות באירופה ובצפון אמריקה להכיר בצורך ברפורמה במערכת הטיפול בקשישים שפעלה במדינות אלה. הרפורמות התייחסו לצורך בשילוב מערכות טיפול וניהול סל שירותי הסיעוד. נקודת המוצא היא שמתן אפשרות לשליטה בחיים מקדמת את הרווחה של הקשיש. גישה חדשנית זו מנוגדת למודלים המסורתיים של אספקת שירותים המתבססים על הנחת יסוד ולפיה הקשיש תלוי בסביבתו, מוגבל וזקוק להגנה.

גידול באוכלוסיית הקשישים הסיעודיים: כאמור, אוכלוסיית הקשישים¹⁶⁹ גדלה ומזדקנת. שינויים אלה באים לידי ביטוי גם בגידול המהיר של מספר מקבלי גמלת הסיעוד ושל שיעורם באוכלוסייה - מ-27,700 נפש בשנת 1990¹⁷⁰ (6.5% מהקשישים) לכ-161,000 נפש בשנת 2015¹⁷¹ (כ-17% מהקשישים); ולפי התחזית לשנת 2035 צפוי כי באותה שנה יהיו כ-361,000 מקבלי גמלת סיעוד¹⁷² (כ-21% מהקשישים) - ראו להלן בתרשים 18¹⁷³.

168 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 71.

169 "קשישים" להלן בפרק זה הם בני 65 ומעלה.

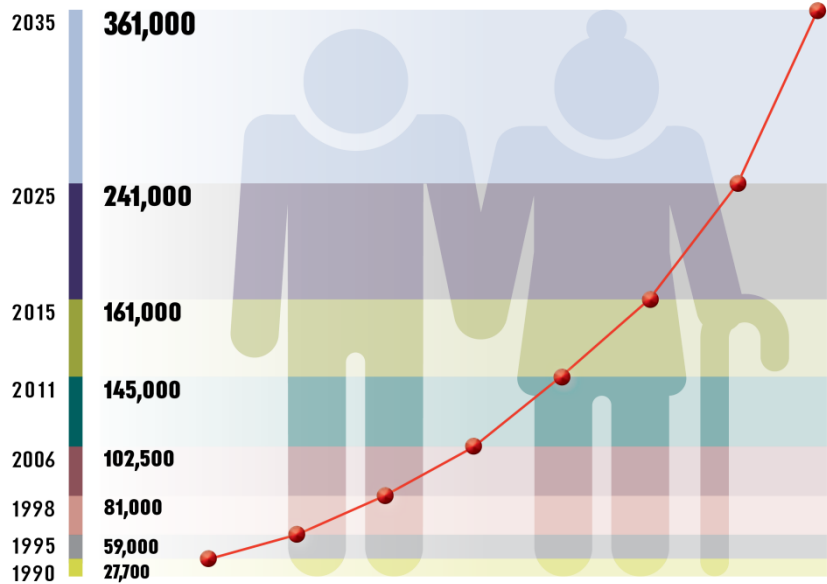
170 יוסף קטן ואריאלה לבנשטיין, "עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים", **הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1999**, עמ' 246.

171 בממוצע חודשי. המוסד לביטוח לאומי, **היבטים בביטוח סיעוד 2015** (2017), עמ' 4.

172 מתוך ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 8.

173 נתוני העבר הם לפי בט"ל. אשר לתחזית לשנים 2025 ו-2035 היא מתוך ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 8.

תרשים 18: הגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד



מספר מקבלי גמלת הסיעוד | השנה

שינויים במאפייני אוכלוסיית הקשישים: שינויים נוספים שחלו נוגעים למאפיינים האישיים של אוכלוסיית הקשישים - מצבם הסוציו-אקונומי השתפר וגם שיעור המשכילים שבהם גדל¹⁷⁴; למשל, שיעור הקשישים בעלי השכלה של יותר מ-12 שנות לימוד גדל מ-14.6% בשנת 1990 ל-41.5% בשנת 2014¹⁷⁵ - וגם מגמה זו צפויה להימשך¹⁷⁶.

הצורך בהרחבת מגוון השירותים הכלולים בגמלת הסיעוד

במסגרת גמלת הסיעוד ניתן לבחור את השירותים ממגוון השירותים הכלולים בגמלה. עד יוני 2016 הסמכות לקבוע אילו שירותים ייכללו בגמלת הסיעוד

174 תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם, עמ' 69.

175 ג'ני ברודסקי ואח', קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015, עמ' 174.

176 כנסים המלחמה-12 (נובמבר 2011), "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה", עמ' 19 ו-34.

הייתה נתונה בידי בט"ל. ביוני 2016 שונה חוק הסיעוד ונקבע בו¹⁷⁷ כי בסמכות שר הרווחה - יו"ר מועצת בט"ל - בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לשנות את מגוון השירותים הניתנים במסגרת הגמלה¹⁷⁸. נוכח פרק הזמן שעבר מאז נקבע הרכב סל שירותי הסיעוד - כשלושים שנה - ונוכח הגידול שחל בפרק הזמן האמור בהיקף אוכלוסיית הקשישים והשינויים במאפייני האוכלוסייה, על בט"ל - לרבות ועדת הסיעוד של המועצה שתפקידה לייעץ למנהל אגף סיעוד - לבחון מפעם לפעם באמצעות עבודת מטה סדורה את הצורך לעדכן את הרכב סל שירותי הסיעוד, בהתחשב בצרכים המשתנים של הזכאים. צורך זה מתחדד במיוחד נוכח העובדה שמאז שנחקק חוק הסיעוד פותחו דרכים חדשות למילוי צורכי הקשישים הסיעודיים וכן חל שינוי בתפיסות הציבור בנוגע לגמישות שנדרשת למתן הסיוע המתאים לקשיש, בדגש על מאפייניו האישיים.

גם מצופה מבט"ל לתת את הדעת לסיוע הנדרש לקבוצות ייחודיות: מרותקי בית - קשישים שאינם יכולים להשתתף בפעילות של מרכזי היום הכוללת פעילות חברתית; עיריית - קשישים שככלל אינם מקבלים עזרה מבני משפחה, ולכן זקוקים יותר לסיוע בהפגת בדידותם; תשושי נפש - הזקוקים להשגחה קבועה לאורך כל שעות היום, ואולם מסגרת שעות הטיפול המוענקת להם חלקית ביותר.

בד בבד עם השינויים שחלו בהיקף אוכלוסיית הקשישים ובמאפייניהם, חלו גם שינויים המשפיעים על תפקודם ועל צורכיהם - פותחו אמצעים טכנולוגיים ושירותים חדשים כמו תכניות למניעת הידרדרות המצב הבריאותי והתפקודי והחזרה לכושר תפקודי. גם מודעותם של הקשיש ובני משפחתו לצרכיו הייחודיים ולהבטחת איכות חייו נעשתה משמעותית יותר, וזאת במהלך תקופה הנמשכת, לא פעם, שנים רבות¹⁷⁹.

הצורך לעדכן את מגוון שירותי הסיעוד הועלה בבט"ל עוד בשנת 1990. בשנה האמורה הוא ביצע מחקר בקרב בני המשפחה המטפלים במקבלי גמלת סיעוד, וממחקרו עלה כי בני המשפחה האמורים סבורים כי במסגרת גמלת הסיעוד לא ניתנים למקבלי הגמלה שירותים חיוניים; למשל: ביקור חברתי (20% מהמשיבים), קבלת ארוחות חמות (10% מהמשיבים), פיזיותרפיה (7% מהמשיבים) ושירות תיקונים בבית (6% מהמשיבים)¹⁸⁰.

לפי מחקר משנת 2011¹⁸¹, שכלל סקירת ספרות מקצועית מהעולם ושבוצע במימון בט"ל (להלן - המחקר מ-2011), במדינות מתקדמות רבות הועבר הדגש

177 חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 179), התשע"ו-2016, ס"ח 938; הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 164), התשע"ו-2015, ה"ח הממשלה - 154.

178 סעיף 224(ו) ולוח ח'2 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

179 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 69.

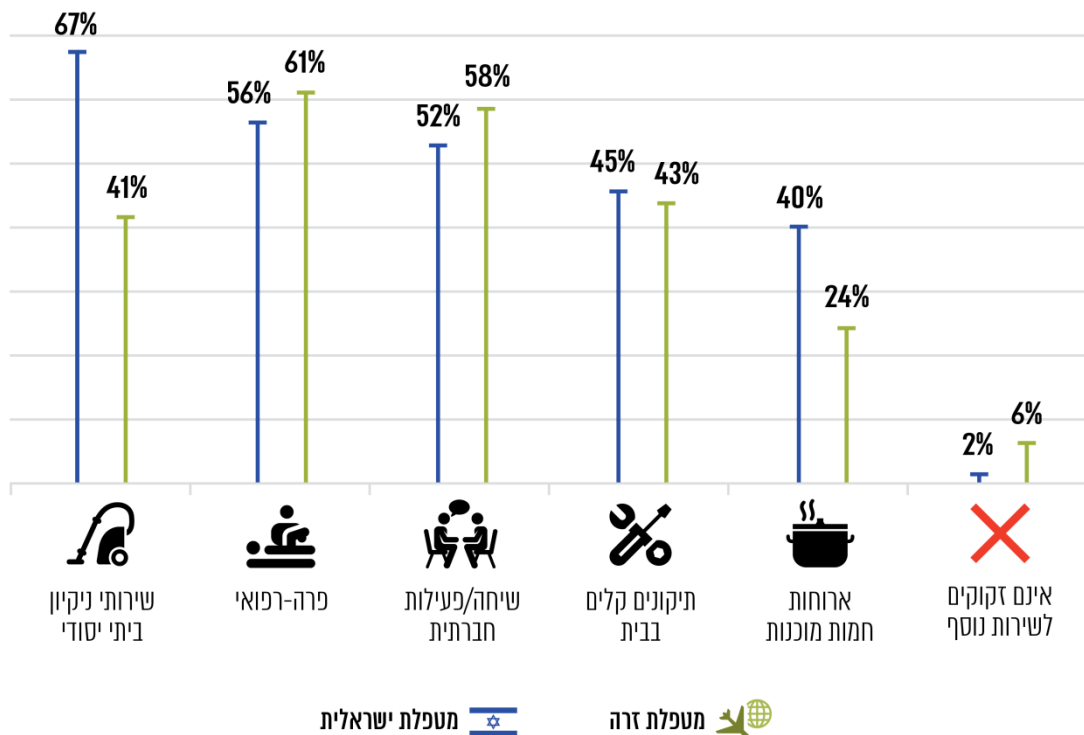
180 המוסד לביטוח לאומי, **ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד** (1990), עמ' 24-27.

181 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**.

מהתייחסות לקשיש בגישה המסורתית - שעדיין נהוגה בישראל - מתן מענה לצרכים באמצעות שירותים סטנדרטיים ואחידים, אל גישה מתקדמת יותר: התייחסות לצרכים האינדיבידואליים של הזקן והעצמתו. כל זאת בהתאם לתפיסה ולפיה מקבלי השירות - הקשישים ובני משפחותיהם - מעוניינים להיות מעורבים באופן פעיל בקביעת עקרונות הטיפול בקשיש ובבחירת הדרכים המתאימות למילוי צרכיו. תפיסה זו מתבססת על ההנחה שלא זו בלבד שגמישות בבחירת סל שירותי הסיעוד והאופן שבו הם ניתנים יכולים לשפר ולייעל את השירות הניתן לקשיש, אלא שבאפשרותם גם להעצים את הקשיש ולהקנות לו תחושת שליטה רבה יותר בחייו¹⁸².

שיתוף הציבור: הצורך בהרחבת מגוון שירותי הסיעוד בא לידי ביטוי גם במסגרת תהליך שיתוף הציבור, ובמסגרתו ציינו 81% מבני המשפחה שהשיבו לסקר, כי לנוכח מצבו הסיעודי, הקשיש זקוק לפחות לסוג שירות נוסף אחד. ראו להלן בתרשים 19 את פירוט הצרכים הנוספים שסל שירותי הסיעוד הנוכחי אינו מאפשר לספקם, כפי שציינו בני המשפחה שהשיבו לסקר:

תרשים 19: שיעור הזקוקים לעזרה בתחומים השונים לפי סוג המטפלת



182 שם, עמ' 6-7, 11, 69.

התשובות בסקר בני המשפחה מלמדות כי לדעת בני המשפחה כדי שהקשיש הסיעודי יוכל לתפקד כראוי הוא זקוק לשירותים נוספים, בין שהוא נעזר במטפלת זרה ובין שהוא נעזר במטפלת ישראלית. לחלק מהשירותים יש ביקוש נמוך יותר כשמדובר במטפלת זרה, וזאת ככל הנראה מעצם היותה מטפלת לאורך כל שעות היממה המספקת שירותים רבים - סיוע בניקיון יסודי של הבית וארוחות חמות מוכנות, ואילו בנוגע ליתר השירותים כמעט שאין פער בין שתי אוכלוסיות הקשישים (אלו הנעזרים במטפלת זרה ואלו הנעזרים במטפלת ישראלית).

בביקורת הועלה שאמנם בט"ל בוחן באופן נקודתי שילוב שירותים נוספים בגמלת הסיעוד¹⁸³, אולם הוא לא ביצע עבודת מטה לבחינת הצורך בהרחבת מגוון שירותי הסיעוד בגמלת הסיעוד, ובכלל זה לא ביצע סקר צרכים עדכני ולא גיבש מתווה להרחבת מגוון שירותי הסיעוד, וועדת הסיעוד בפרט לא קיימה דיון אסטרטגי בנושא ולא יזמה את עבודת המטה האמורה. יודגש כי הרחבת מגוון שירותי הסיעוד אין משמעה הגדלת הגמלה הניתנת לקשיש, ועל כן אין מדובר בהגדלת התקציב לצורך תשלום הגמלה.

בתשובתו מיולי 2017 מסר בט"ל כי הוא "סבור שעליו לפעול לקידום שירותים עבור הזכאים **ב** [ההדגשה במקור] בתחומים שבהם השוק החופשי מתקשה לפתח מענים. דוגמה לכך הוא המכרז לשירותי השגחה מתקדמים שפורסם במאי 2017... שייתן מענה טוב יותר מלחצן המצוקה לגבי הדאגה לשלומו של הזכאי".

183 יצוין כי מדצמבר 2016 מקיים בט"ל פיילוט להכללת שירות "קהילה תומכת" בגמלת הסיעוד. מקבלי שירות "קהילה תומכת" זכאים לקבל בין היתר שירותי אב/אם קהילה, לחצן מצוקה, שירותים רפואיים, שירותי ניקיון, פעילות חברתית, לרבות פעילויות למרותקי בית וסיוע באספקת תרופות ובקניות. הפיילוט מתבצע בארבעה יישובים ומיועד לפחות ל-200 זכאים למשך שלוש שנים בשיתוף אש"ל, העמותה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל (ע"ר). שירות קהילה התומכת כבר פועל במתכונת מצומצמת יותר בכ-260 קהילות בשיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות, משרד הרווחה והמגזר השלישי, ואינו נכלל במתכונת זו בשירותי גמלת הסיעוד. לעניין אספקת ארוחות חמות יצוין כי בשנת 2016 פנה יו"ר ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל למנכ"ל בט"ל וביקש לכלול בגמלת הסיעוד שירות אספקת ארוחות חמות. מנכ"ל בט"ל סיכם עם יו"ר הוועדה כי בט"ל יבצע פיילוט בנושא, ובנובמבר 2016 ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל אישרה "ברמה העקרונית" תכנית לפיילוט בנושא. במועד סיום הביקורת טרם הוחל בביצוע הפיילוט.

על שר הרווחה ועל
 ביטוח לאומי למפות
 את הצרכים
 המעודכנים של זכאי
 גמלת הסיעוד
 בהתאם למצבם
 הסיעודי ולבחון
 הוספת מכלול
 שירותים שיאפשרו
 למלא צרכים אלה

על שר הרווחה, בהיותו בעל הסמכות החוקית לקביעת סל שירותי הסיעוד, ועל בט"ל, לרבות ועדת הסיעוד, למפות את הצרכים המעודכנים של זכאי גמלת הסיעוד בהתאם למצבם הסיעודי, ולבחון הוספת מכלול שירותים שיאפשרו למלא צרכים אלה - בין אם מדובר בשירותים קיימים בשוק החופשי ובין אם מדובר בשירותים חדשניים שיש לפתח. הרחבת מגוון השירותים אף עשויה לייעל את מערך השירותים בכללותו בשל תחרות שתיווצר בין שירות הטיפול הביתי לשירותים נוספים.

הגמשת ההסדר הקיים לאופן מתן השירותים

על בט"ל, ככל רשות ציבורית, לראות בראש ובראשונה את טובת הציבור, ולענייננו - את שיפור איכות חייהם של הקשישים הסיעודיים ובני משפחותיהם. נוסף על הצורך בהרחבת מגוון שירותי הסיעוד כמפורט לעיל, גם הגמשת דרכי האספקה של השירותים יכולה לשפר את איכות חיי הקשיש הסיעודי ובני משפחתו, למשל באמצעות מתן אפשרות לקבל את הגמלה בכסף או באמצעות שובר לרכישת שירותים או בשילוב בינם לבין שירותים הניתנים כגמלה. באופן זה, כל זכאי - בליווי מקצועי במידת הצורך - יוכל לבחור את השירותים המתאימים לו.

מחקר שביצעו בט"ל ומכון ברוקדייל ופורסם בשנת 2004¹⁸⁴ (להלן - המחקר מ-2004) בדק את השפעות ההסדר בדבר אופן מתן הגמלה - גמלה כספית לעומת גמלת שירותים - על הקשישים מקבלי הגמלאות ועל בני משפחותיהם. במחקר זיהה בט"ל כי מאמצע שנות התשעים של המאה העשרים התפתחה בעולם המערבי גישה חדשנית למתן טיפול ממושך לאנשים המוגבלים בתפקודם היומיומי, ובהם קשישים, כדוגמת מקבלי גמלת הסיעוד בישראל. על פי גישה זו, הקשיש אינו רק מטופל הזקוק לשירותי סיעוד, אלא גם צרכן היכול לבחור את ספקי השירותים הנחוצים לו ולהעסיק בעצמו את המטפל שלו, על פי צרכיו. מודל עיקרי שמבטא גישה זו הוא מודל "הצרכנות הישירה" - בקצה הטווח נמצא המודל הכספי, שבמסגרתו הקשיש מקבל קצבה כספית, המיועדת לרכישת שירותי סיעוד, ללא הגבלה בדרכי השימוש שעושה הקשיש בקצבה, על פי צרכיו האישיים.

לפי המחקר, הדוגלים במתן גמלאות כספיות טוענים שהדבר מאפשר גמישות של הצרכנים מקבלי הגמלה לבחור בשירותים ובספקי השירותים, ובכך מושגים שיפור באיכות חיי הקשיש וכן הגברת התחרות בין ספקי השירותים, שתביא

184 מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שירותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד) (2004).

לשיפור איכותם. מנגד, המתנגדים למתן גמלה כספית גורסים שעלות השירותים תגדל ושאיכות הטיפול תהיה נמוכה בגלל היעדר פיקוח נאות על אספקת השירות. אחרים סבורים שהמשפחות עלולות להשתמש לרעה במשאבים או להזניח את צורכי הקשיש. ממסקנות המחקר ניתן ללמוד כי רבים ממקבלי גמלת הסיעוד מעוניינים לקבל גמלה בכסף¹⁸⁵, וכי אין הבדל במענה על פי שני סוגי ההסדרים למתן הגמלאות.

המחקר מ-2011 העלה כי במדינות שונות פותחו מגוון הסדרים לטיפול בקשישים המוגבלים בתפקודם; ההסדרים שמים דגש על מתן טיפול המתאים לצרכיו הייחודיים של הקשיש הסיעודי, תוך הקניית גמישות רבה יותר בבחירת השירותים הניתנים בבית ובקהילה, ומתן אפשרות לרכוש מוצרים הנדרשים לו עקב מצבו הסיעודי תוך קבלת סיוע מבני משפחתו וממתאם טיפול (Case Manager)¹⁸⁶. לפי המחקר, במסגרת גמלת הסיעוד בישראל הקשיש יקבל טיפול בעיקר בשעות לפני הצהריים גם אם הוא זקוק או מעדיף לקבל את הטיפול בשעות הערב או הלילה. ואכן, מבדיקה של תכניות הטיפול של מקבלי הגמלה¹⁸⁷ עולה כי למעלה מ-90% משעות הטיפול הביתי בחודשים אלה ניתנו עד השעה ארבע אחרי הצהריים, ורק 3.3% מהן ניתנו אחרי השעה שש בערב. יוצא שהקשישים מקבלים את עיקר הטיפול בשעות הבוקר והצהריים, ועליהם ועל בני משפחותיהם להסתדר בשאר שעות היממה ללא העזרה של המדינה.

לפי המחקר מ-2011 הצורך בקביעת הסדרים חדשים הועלה במדינות שונות בעקבות תלונות של קשישים ולפיהן לא ניתנת להם שליטה מספקת על הטיפול שהם מקבלים, והם אינם שבעי רצון מהטיפול ומהאופן שבו פעלו למילוי צורכיהם¹⁸⁸. סוגיות אלו הועלו גם בביקורת זו שביצע משרד מבקר המדינה. יודגש כי ההסדרים לא נועדו בהכרח להחליף את ההסדר המסורתי של אספקת השירותים, אלא להוסיף הסדרים כך שתתאפשר לזכאים גמישות בבחירה בקבלת הסיוע הדרוש להם¹⁸⁹. למשל, הסדר שפותח בארה"ב הוא מודל ה-Cash & Counseling שבו מקבל הזכאי שובר המאפשר לו לבחור בין אפשרויות לטיפול הכוללות סיוע אנושי וטכנולוגי בפעולות יומיומיות - ההסדר כולל שלושה מודלים עיקריים למימון השובר: (א) מתן גמלה כספית המשולמת ישירות לזכאי או לבא כוחו; (ב) תשלום ישיר לספקים עבור שירותים או מוצרים

185 58% מעדיפים להמשיך לקבל גמלת שירותים, 36% מעדיפים לקבל גמלה בכסף ו-6% מעדיפים גמלה משולבת - שירותים וכסף. לטענת עורכי המחקר, יש לסייג את ממצאי המחקר נוכח העובדה שחלק מהמשיבים ייחסו לגמלת השירותים שני יתרונות שבפועל אין לה: 31% ציינו שאינם מעוניינים להחליף את המטפלת הנוכחית אף שלמעשה ניתן עקרונית להעסיקה באופן פרטי; 4% היו מעוניינים להמשיך לבקר במרכז יום, אף שלמעשה גם פעילות זו ניתן לממן באופן פרטי. מלבד זאת, 13% סברו שיש יתרון לכך שיש סוכנות האחראית למטפלת, ו-4% סברו שהגמלה הכספית לא תספיק למימון מטפלת באותו היקף, הנחה שטעונה בדיקה.

186 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 8.

187 לחודשים ינואר ויולי 2016.

188 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 11.

189 **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים**, עמ' 10.

שהזכאי רכש; (ג) מתן שובר (voucher), קופונים או בולים שבאמצעותם ניתן לשלם עבור רכישת שירותים (למשל טיפול אישי, שירותי הפוגה - respite או ליווי) ומוצרים (למשל, טכנולוגיות מסייעות, התאמות בדירה או ציוד רפואי) מתוך רשימה. מודל זה הוא וולונטרי ופועל לצד המודלים המסורתיים של אספקת שירותים, והזכאי רשאי להחליט איזה מודל של אספקת שירותים הוא מעדיף.

בביקורת עלה כי על אף השינויים במאפייני מקבלי גמלת הסיעוד, ועל אף המסקנות שהועלו במחקרים האמורים שבט"ל מימן את ביצועם, הרי שבמועד סיום הביקורת - כשלושים שנה לאחר שנחקק חוק הסיעוד - עדיין לא בחן בט"ל את האפשרות להגמיש את ההסדר שנקבע בחוק על מנת לשפר את איכות חייהם של הקשיש הסיעודי ובני משפחתו¹⁹⁰.

נוכח השינויים הדמוגרפיים של האוכלוסייה והשינויים בצורכי האוכלוסייה הקשישה, נדרש כי לאחר שחלפו כשלושים שנה מאז חקיקת חוק סיעוד ונקבעו השירותים שיינתנו לקשישים הסיעודיים ודרכי אספקתם, בט"ל, כאחראי ליישום חוק הסיעוד, יבחן כיצד יש להתאים ולעדכן מערך זה. במסגרת זו ראוי שיבחן גם את ההסדר הנהוג של מתן הגמלה כשירות ולא כקצבה כספית.

בט"ל מסר בתשובתו כי הוא תומך באפשרות של המרת חלק משעות הסיעוד בכל רמות הזכאות לגמלה כספית.

על שר הרווחה ועל בט"ל לתת את הדעת על הצורך להגמיש את אפשרויות הבחירה של שירותי הסיעוד תוך קיום בקרה על אופן השימוש בגמלה בין אם כשירות בעין, במזומן, בשוברים או בשילוב ביניהם. הקניית גמישות יכולה גם היא להעצים את עצמאות הקשיש ובני משפחתו, ואף עשויה לייצל את מערך השירותים בשל תחרות שתיווצר בין שירות הטיפול הביתי לשירותים אחרים.

190 בחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 147 – הוראת שעה), התשע"ג-2013, נקבע שניתן לקבל גמלה בכסף אם ניתנים לזכאי "שירותי סיעוד בידי מטפל, ברוב שעות היממה, שישה ימים בשבוע לפחות", על פי רוב מדובר בפועל בהעסקת מטפלת זרה. מטרתו העיקרית של תיקון החוק הייתה לאפשר העסקת מטפלת זרה באופן ישיר ולא באמצעות חברת הסיעוד.

אי-היערכות לגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד בשנים הבאות

1. הגידול הצפוי במספר הקשישים ובשיעורם מהאוכלוסייה והשינוי במאפייניהם אינם תופעה ייחודית לישראל; זוהי תופעה רווחת בעולם ומדינות רבות נדרשות להיערך לכך¹⁹¹. למשל, שיעור הקשישים בארצות הברית צפוי לגדול מכ-15% בשנת 2015 לכ-19.6% בשנת 2030, ובגרמניה מ-21.5% ל-27.9% בהתאמה¹⁹². גם ארגון הבריאות העולמי וארגון ה-OECD נותנים דעתם לכך שגם מערך הסיעוד יידרש להיערך להזדקנות האוכלוסייה¹⁹³. הצורך להיערך לגידול בשיעור מקבלי גמלת הסיעוד בישראל כבר הועלה בעבר על ידי מומחים מהתחום¹⁹⁴.

גם המועצה הלאומית לכלכלה במשרד ראש הממשלה התריעה בשנת 2015 על המגמות הצפויות: "הזדקנות האוכלוסייה צפויה להשפיע באופן מהותי על תחום אספקת שירותי הסיעוד בשל גידול משמעותי בביקוש לשירותי סיעוד ומטפלים. גידול זה עלול להותיר עשרות אלפי נזקקי סיעוד ללא טיפול מתאים. הגידול המשמעותי צפוי להתרחש עוד כעשור, אולם על מנת להיערך לשינוי זה באופן מיטבי נדרש לפעול כבר היום [2015] על ידי קידום צעדים בתחום בדגש על תמרוץ, קידום מניעה ופיתוח מודלים אלטרנטיביים לטיפול סיעודי"¹⁹⁵. להערכתה, "בהנחה של תרחיש עסקים כרגיל, עד שנת 2030 יהיה צורך בכ-130 אלף מטפלים נוספים. אם יישמר חלקם של העובדים הזרים בתחום, מדובר בתוספת של כ-55 אלף מטפלים זרים וכ-75 אלף מטפלים ישראלים. עלייה דרמטית כזו בביקוש דורשת התאמות ופעולות משמעותיות להגדלת ההיצע... כמות המטפלות הסיעודיות החדשות שיידרשו מהוות כ-24% מתוך סך הנשים שיתווספו לקבוצת האוכלוסייה בגילאי עבודה עד שנת 2030"¹⁹⁶. להערכתה, המחסור האפשרי במטפלות צפוי לא רק לפגוע בקשישים הסיעודיים, אלא לגרום גם

191 דוח ועדת שושני, עמ' 7 ו-32.

192 ג'ני ברודסקי ואח', קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015, עמ' 342.

193 ראו:

Help wanted? Providing and paying for long-term care (2011), OECD, P.31, 38, 81.;
Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health (2016), World Health Organization.

194 **דוח הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030** (פורסם בשנת 2011); משרד הבריאות, **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה** (2011).
כנס יום המלח ה-12 (נובמבר 2011), "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה", עמ' 85, 10-9.

195 ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 22.

196 התחזית היא על בסיס תחזית האוכלוסין של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובהתחשב בעובדה שלא יחול שינוי בהיקף המשרה של מטפלת סיעודית.

להכבדת הנטל על המשפחות¹⁹⁷. יצוין כי לפי דיווח של גורמי מקצוע בתחום, כבר כיום יש מחסור במטפלות לטיפול ביתי, בייחוד כאשר נדרש טיפול בהיבטים "הקשים יותר", כמו החלפת מוצרי ספיגה, וקיימים מקרים שבהם בני המשפחה נאלצים לטפל במקרים כאלה או לשכור מטפלות באופן פרטי תמורת שכר גבוה יותר, דבר המטיל עליהם נטל כלכלי כבד. כמו כן, צפויה ההוצאה של בט"ל על סיעוד לגדול מכ-5.8 מיליארד ש"ח בשנת 2016 לכ-12 מיליארד ש"ח בשנת 2035¹⁹⁸.

בהתאם לכך, ביוני 2015 אימצה הממשלה בהחלטתה את הערכת המצב האסטרטגית הכלכלית-חברתית שגיבשה המועצה הלאומית לכלכלה (להלן - הערכת המצב האסטרטגית), שכללה גם "כיווני פעולה הנגזרים מהסוגיות האסטרטגיות", ובהם היערכות של מערכות הסיעוד והבריאות להזדקנות האוכלוסייה¹⁹⁹. הממשלה גם קבעה כי "על שרי הממשלה ליישם את כיווני הפעולה באמצעות תכניות מפורטות אשר ישולבו במסגרת תכניות העבודה של המשרדים ותקציביהם" וכי על השרים לעדכן את הממשלה מדי שנה בחודש מרץ בדבר סטטוס ההתקדמות של יישום ההחלטה במסגרת פעילות משרדם.

כמו כן, בט"ל, כאחראי ליישום חוק הסיעוד, אחראי מתוקף כך גם לבחינת ההסדר הקיים לטיפול הסיעודי בקהילה, לפיתוחו ולהתאמתו לצרכים העתידיים, והוא משמש כגוף המטה בתחום. שר הרווחה הוא יו"ר מועצת בט"ל, ולנוכח העובדה שבט"ל כפוף ונתון לפיקוחו, האחריות המיניסטריאלית להיערכות מערכת הסיעוד בקהילה להזדקנות האוכלוסייה מוטלת עליו.

197 ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 26.

198 על בסיס תחזית האוכלוסייה שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובהתבסס על ההנחה כי שיעור הקשישים הסיעודיים קבוע לפי חתך גיל בקרב אוכלוסיית הקשישים. מתוך ניר בריל ועדי בויקו, **היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד** (2015), המועצה הלאומית לכלכלה, עמ' 8. לעניין זה ראו גם מבקר המדינה, **דוח 66א** (2015), בפרק "ניהול החוב הממשלתי והתחייבות הממשלה למוסד לביטוח לאומי", עמ' 129, 177.

199 החלטת ממשלה מ-28.6.15.

בביקורת עלה שבט"ל לא נערך לגידול הצפוי במספר מקבלי גמלת הסיעוד בשנים הבאות. תכניות העבודה שלו לשנים 2016 ו-2017 לא כללו התייחסות לצורך להיערך לגידול הניכר במספר מקבלי גמלת הסיעוד; ועדת הסיעוד של מועצת בט"ל לא בחנה מהיסוד את ההסדר שנקבע בחוק הסיעוד למערך הטיפול הסיעודי בקהילה ולא את הצורך להתאימו לשינויים המתחוללים וכן לשינויים הצפויים להתחולל בעקבות הגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד. זאת ועוד, אף שבהחלטת הממשלה הנ"ל מ-2015, הוטל על שר הרווחה להכין תכניות מפורטות להיערכות מערכת הסיעוד בקהילה - השר לא עשה כן; השר גם לא דרש מבט"ל להכין תכניות כאמור ולא עדכן כנדרש את הממשלה במרץ 2016 על סטטוס ההתקדמות בהתאם להחלטה.

בט"ל מסר בתשובתו כי הטענה שהוא לא נערך לגידול הצפוי במספר מקבלי גמלת הסיעוד בשנים הבאות אינה במקומה, שכן "כחלק מהיערכותו לאיתנות הפיננסית העתידית [הוא] ציין בפני הממשלה, ובכלל זאת [משרד] האוצר, את הגידול הצפוי במספר הקשישים הסיעודיים ואת הנטל הכלכלי הצפוי". עוד מסר שהצעתו "לשינוי רמות הגמלה בביטוח סיעוד (מעבר מ-3 ל-6 רמות)... מכירה בצורך בהשקעה של משאבים נחוצים נוספים באוכלוסייה קשישה שתגדל והרכבה ילך ויזדקן, בד-בבד עם ריסון-מה של ההוצאה הכלכלית הצפויה בעתיד". בט"ל הוסיף כי "יש להזכיר גם את הסכום שמשולם על ידי [משרד] האוצר לפי סעיף 32(ז) לחוק הביטוח הלאומי, שמטרתו להשתתף בהוצאות הביטוח הלאומי הגדלות עקב הזדקנות האוכלוסייה".

בתשובתו מיוני 2017 מסר יו"ר ועדת סיעוד של המועצה של בט"ל כי "פעלה הוועדה בראשותי, בהדרגתיות, לקדם שורה של יוזמות שמטרתן להתמודד עם התפתחויות עתידיות, הכרוכות בגידול אוכלוסיית הקשישים והגיוון בצרכיהם. כך, ניסתה הוועדה לתת מענה פרטני לקשיש וכן מענה קהילתי (מרכזי היום)".

אגף התקציבים מסר בתשובתו כי "נושא הטיפול בקשישים בכלל וקשישים סיעודיים השהים בביתם בפרט מצוי בראש סדר העדיפויות הלאומי", וכי הממשלה פועלת בשנים האחרונות לשיפור רווחתם. עוד מסר כי "ההוצאה הציבורית על סיעוד צפויה לעלות באופן ניכר בשנים הקרובות... ולכן [יש] להמשיך ולהקדיש תשומת לב מתמדת לנושא ולבחון כל העת צעדים על מנת לייעל ולשפר את השירות".

בתשובתו של משרד הרווחה מיולי 2017 שאותה אימץ שר הרווחה נמסר כי המשרד "מודע לצורך בבחינתו של חוק הסיעוד הן לאור הגידול הצפוי במספר הקשישים בעשורים הקרובים והן לאור הצורך בבחינת השירותים הניתנים להם כדי שיהיו בהלימה עם צרכיהם המגוונים ובאפשרות שלהם

לבחור את מה שמתאים להם מתוך מגוון השירותים". עוד מסר משרד הרווחה כי הוא "סובר כי יש לבחון מחדש את כל נושא חוק הסיעוד ולכן מבקש להקים ועדה לאומית, שישתתפו בה גורמים רבים מתחומים שונים אשר יציעו הצעות לשירותים ולדרכי פעולה במסגרת החוק".

2. כפי שעלה מהביקורת, בט"ל, שהוא הגוף לו האחריות הכוללת להבטחת טיפול איכותי מתוקף חוק הסיעוד - כשל במסגרת ההסדר הקיים באופן שבו הוא מימש אחריות זו. כך, בפועל, איכות הטיפול הביתי הניתן לקשיש הסיעודי לקויה, אינה נבדקת ואף אינה מוגדרת כיעד שיש לחתור אליו. כתוצאה מכך, כספי ציבור בהיקפים עצומים מוקדשים למטרות חברתיות, הומניות והכרחיות, ואולם האפקטיביות של הוצאה זו אינה נבדקת ואינה מוערכת.

בניסיון להתמודד עם הצורך לשפר את שירותי הסיעוד, גיבש משרד הבריאות בשנת 2011 מתווה לרפורמה בתחום הסיעוד בקהילה ובנוגע לאשפוז סיעודי²⁰⁰, אולם הרפורמה המוצעת לא יצאה אל הפועל. ברפורמה הוצגו כמה מוקדים של אי-יעילות של המצב הקיים; ובין היתר: שום גורם אינו נושא באחריות הכוללת למצבם של נזקקי הסיעוד במישור הלאומי; קיימים כפל תקורות ופיצול רב באספקת השירות; קיים חוסר בהירות בהגדרת תחומי סמכות ואחריות בקהילה; קיים חוסר בקרה על איכות הטיפול הסיעודי בקהילה ועל היקפו; אין Case Manager - ניהול במישור הפרט; אין איסוף שיטתי של מידע רלוונטי; ואין נגישות של הציבור למידע. כדי לתת מענה לכך, במסגרת הרפורמה הוצע בין השאר להעביר את הטיפול הסיעודי בקהילה לאחריות קופות החולים, כך שכל אחת מהן תהיה אחראית לטיפול בקהילה בקשישים נזקקי סיעוד המבוטחים בה, בראייה כוללת ורב-מקצועית.

בט"ל מסר בתשובתו לגבי מתווה הרפורמה הנ"ל כי הוא סבור שיישום המוצע בו יחזק את כוחם של נותני השירותים ויקשה על הפיקוח והבקרה עליהם.

על שר הרווחה לבחון
מהיסוד את ההסדר
הקיים לטיפול
הסיעודי, שנקבע
בעיקרו בחוק הסיעוד,
וכן לבחון את הצורך
ברפורמה בתחום מתן
הטיפול הסיעודי
בקהילה

נוכח העובדה כי ההיערכות להזדקנות האוכלוסייה בכלל ולגידול במספר הקשישים הסיעודיים בפרט היא סוגיה אסטרטגית שכלל מדינות העולם נערכות בעניינה ולאור זאת שבט"ל כשל במימוש האחריות שהוטלה עליו בהסדר הקיים לטיפול בקשישים סיעודיים השוהים בביתם, על שר הרווחה, בשיתוף השרים הרלוונטיים, לפעול לטיפול בסוגיה זו. במסגרת זו עליו לבחון מהיסוד את ההסדר הקיים לטיפול הסיעודי, שנקבע בעיקרו בחוק הסיעוד, וכן לבחון את הצורך ברפורמה בתחום מתן הטיפול הסיעודי בקהילה - קביעת תכנית שתגדיר את השינוי הנדרש ויישומה בהתאם. על ההסדר להעמיד במרכז את הקשיש ואת צרכיו הייחודיים כך שהשירותים שהוא יקבל יותאמו למאפייניו ועליו לכלול תהליכי בקרה ומדידה של איכות השירותים הניתנים. יש להבטיח גם שההשקעות הכספיות הניכרות של המדינה במתן שירותי הסיעוד ימוצו באפקטיביות המרבית. הבחינה האמורה יכולה להיעשות באמצעות "ועדה לאומית" בהתאם לעמדת משרד הרווחה ושר הרווחה, כמפורט לעיל. אין להסתפק ביוזמות הנקודתיות של בט"ל לשיפור השירות לזכאים.

סיכום

זכותו של הקשיש הסיעודי להזדקן בכבוד היא זכות יסוד. ניתן היה לצפות שהקשישים הסיעודיים יקבלו טיפול סיעודי באיכות ראויה, אולם ממצאי הדוח עולים ליקויים רבים וחמורים באיכות הטיפול הביתי הניתן לכ-165,000 קשישים - ליקויים המגיעים לעתים עד כדי הזנחה. הזנחה זו, לא פעם היא חמורה במיוחד כאשר מדובר בקשיש שהוא חסר ישע - שאינו יכול לדאוג לצרכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו. הממצאים גם מלמדים על הקושי הרב של בני המשפחה אשר נושאים בנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים. ואולם, רשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים סיעודיים, ולמעשה זנחו והותירו אותם להתמודד עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים הסיעודיים.

מהמתואר בדוח מצטיירת אפוא תמונה חמורה ומדאיגה ולפיה איכות הטיפול הביתי הניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה. רשויות המדינה המעורבות בהבטחת איכות הטיפול - בין שמדובר בבט"ל ובין שמדובר במשרד הרווחה - אינן פועלות כמי שהאחריות לכך מונחת לפתחיהן ומתנערות הלכה למעשה, כל אחת בחלקה, מאחריותן להבטחת איכות הטיפול. פועל יוצא מכך הוא גם ניצול לא יעיל של כספי הציבור - בעוד שההוצאה הציבורית על הטיפול היא עצומה - מיליארדי שקלים בכל שנה ושנה, לא ניתן לומר כי תקציב זה מנוצל ביעילות ולמטרתו. בט"ל אמנם מכיר באחריותו הכוללת ליישום חוק הסיעוד, ואולם הוא כמו גם משרד הרווחה, מגלגלים האחד לרעהו את האחריות להבטחת איכות הטיפול שניתן לקשיש הסיעודי במסגרת גמלת הסיעוד. ההשלכות של גלגול האחריות עולות בקנה אחד עם ממצאי הביקורת, המלמדים על כשל באיכות הטיפול שניתן למקבלי גמלת הסיעוד. זהו מצב שאין להסכים עמו ויש לפעול להפסיקו לאלתר.

על בט"ל לבחון דרכים להעלאת רמתן המקצועית של המטפלות, אם באמצעות הגדרת הטיפול הסיעודי כמקצוע המחייב עמידה בדרישות מתאימות של לימודים והכשרה ואם בדרכים אחרות שיבטיחו שיהיה למטפלת הידע והמיומנות הנדרשים כדי להעניק טיפול באיכות הראויה לכל קשיש בהתאם למצבו, לצרכיו ולמאפייניו הייחודיים. גמלת הסיעוד ניתנת משנת 1988, באותה העת היה ההסדר בחוק הסיעוד חדשני ומהמתקדמים בעולם. אולם, בט"ל לא מימש את אחריותו לבחון את הצורך בעדכון ההסדר לטיפול סיעודי בקהילה שנקבע בעיקרו בחוק הסיעוד לפני כשלושים שנה ולהתאימו לצרכים המשתנים, ובכלל זה הוא לא ביצע עבודת מטה ולא גיבש רפורמה כדי לאפשר את הרחבת מגוון שירותי הסיעוד ולהיערך לגידול הצפוי בשנים הבאות במספר הקשישים הסיעודיים.



ראוי כי הממשלה
כולה תגבש מדיניות
לאומית שתבטיח את
זכותם של הקשישים
לחיים בכבוד אנושי
וכלכלי

חוסנה של מדינה אינו מתבטא רק בעוצמתה הביטחונית והכלכלית, אלא גם בדאגה לאזרחיה הוותיקים - בני משפחותינו המה, יקירנו הזקוקים לנו. אחריות כבדה מוטלת על החברה המחויבת בכבודם של הקשישים, אנו נדרשים להבטיח שבערוב ימיו יהיה כל אדם את שארית חייו בכבוד. ראוי כי הממשלה כולה תגבש מדיניות לאומית שתבטיח את זכותם של הקשישים לחיים בכבוד אנושי וכלכלי. ובפרט על שר הרווחה, הנושא באחריות המיניסטריאלית למימוש חוק הסיעוד, לגבש רפורמה מקיפה בתחום זה שתאפשר לטפל בכשלים שהועלו בין השאר בדוח זה וכן תאפשר להיערך למילוי צורכי העתיד, ובכלל זה: להציע פתרונות להקלת ההתמודדות של בני המשפחה עם הטיפול בקשישים סיעודיים ולהפחתת שחיקתם; לבחון מה הם הצרכים של זכאי גמלת הסיעוד הנוגעים למצבם הסיעודי ובהתאם לכך להציע שירותים והסדרים נוספים שיאפשרו למלא צרכים אלה תוך הרחבת חופש הבחירה של מקבלי הגמלה באופן שהשירותים וההסדרים יתאימו במידה רבה יותר לצרכים האישיים של הקשיש; כן עליו לבחון מהיסוד בשיתוף השרים הרלוונטיים את ההסדר הקיים לטיפול בקשישים הסיעודיים, בפרט לאור הצורך בגיבוש תכנית אופרטיבית לגידול במספר מקבלי גמלת הסיעוד בקהילה.



חוסנה של מדינה אינו
מתבטא רק בעוצמתה
הביטחונית והכלכלית,
אלא גם בדאגה לאזרחיה
הוותיקים - בני משפחותינו
המה!

