



איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים במדינת ישראל תקציר מנהלים

טבת התשפ"א | ינואר 2021



ציונות 2000
לאחריות חברתית

שיתופים
אסטרטגיות להשפעה חברתית

The National Initiatives Fund
הקרן למיזמים לאומיים
الصندوق الوطني للمبادرات



מסמך "איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים" (להלן: "המוסדות לטיפול ממושך" או "המוסדות") הוא יוזמה משותפת של שלושה ארגונים חברתיים: שיתופים, ציונות 2000 והקרן למיזמים לאומיים.

תחום המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל הוא מורכב, חולשים עליו ארבעה משרדי ממשלה שונים (הבריאות, הרווחה, הקליטה והבינוי והשיכון) ובכל אחד מהם רגולציה שונה. המוסדות שונים ומגוונים מאוד (ממיטות בודדות במוסד קטן ועד בתי חולים שבהם 16 מחלקות ויותר). מודל הבעלות על המוסדות אף הוא אינו אחיד – בעלות המדינה, בעלות פרטית, עמותות וכו'.

מסמך זה נכתב מנקודת מבטו של הציבור הנזקק לשירותי המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל, דהיינו דיירי בתי האבות ובני משפחותיהם.

את הידע אספו, ערכו וכתבו:

עורך דין אורן ג'וליאן – מומחה למשפט אזרחי, תובענות ייצוגיות ודיני נגישות

דורון בראון – B אפקטיב, מנהל החטיבה לפיתוח משאבי אנוש ותפעול

שרון אביטבול - B אפקטיב, מהנדסת תעשייה וניהול בכירה

תרמו לאפיון המסמך:

"שיתופים" שלמה דושי, מנכ"ל

"ציונות 2000" שרי נוריאל, מנכ"ל

מבצע "ושמרת" רונן גלשטיין, מנהל המבצע, מנכ"ל הקרן למיזמים לאומיים

וסמנכ"ל שיתופים

ג'וינט-אש"ל אירית פישר, מנהלת תחום שירותים בקהילה ותוכניות פליאטיביות

חברת "קמיליון" ד"ר קרן מזוז ואייל בן אלי

משרד עורכי הדין הרצוג, פוקס, נאמן עו"ד רועי חיון

תא"ל (במיל") יורם אזולאי ראש חטיבת הלוגיסטיקה לשעבר

חברת Virtue בהובלת אל"מ (במיל") רוני טמיר ראש מערך מדעי ההתנהגות לשעבר

מיקי גור כלכלן מומחה לבתי אבות

אלון קלמן מנהל בית האבות גיל-עד בתל-השומר

מובא בזאת תקציר מנהלים של המסמך.

תוכן עניינים

4..... **הקדמה** – מצפן וחזון

5..... **מבוא**

10..... **השוואה בין-לאומית**

13..... **עיקרי הממצאים** – תובנות והמלצות

13..... 1. רגולציה

15..... 2. ארגון ותקינה

21..... 3. ניהול והון אנושי

26..... 4. חוסן דיירים בשגרה ובחירום

27..... 5. מוכנות למצבי חירום ופנדמיה

28..... 6. ניתוח כלכלי

32..... **נתונים מסכמים** – דיאגרמות וטבלאות מסכמות

35..... **סיכום**

* המסמך נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

תקציר תובנות והמלצות | דצמבר 2020

פתח דבר

איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל - מצפן

המוסדות לטיפול ממושך לקשישים במדינת ישראל יהיו מקום מבטחים מכבד, המיטיב עם אוכלוסיית הקשישים הדירים בהם. פעילות המוסדות תחתור למימוש מצוות הדיבר החמישי – "כְּבֹד אֶת אָבִיךָ וְאֶת אִמְךָ" – ותבטיח לקשישים ולבני משפחותיהם טיפול מסור, מקצועי ואוהב בערוב ימיהם. העובדים במוסדות לטיפול ממושך יראו בעבודתם שליחות וכבוד מקצועי.



חזון המערך לטיפול ממושך בגיל השלישי

מערך חוץ-ביתי שוויוני, מתואם, עוטף ומטפל עבור אוכלוסיית הגיל השלישי, מותאם לצורכיהם ולרצונותיהם המשתנים, ללא תנאי וללא תלות במצב סוציו-אקונומי, בהשכלה, במגדר, בדת או בלאום; מקיים את כלל הרגולציות והתקנות, מוביל להתאמתן למציאות המשתנה ומשלב חברה, קהילה ומגזר עסקי בראי הצרכים של אוכלוסייה זו; מוביל תרבות של כבוד, הערכה והוקרה לדיירי המוסדות ולבני משפחתם וכן לעוסקים במלאכת הטיפול בהם.

מבוא: איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל

1. כללי

במדינת ישראל 228 מוסדות גריאטריים ברישיון משרד הבריאות ו-112 בתי אבות ברישוי משרד הרווחה, בפרישה ארצית. 69 מהם מוסדות משולבים שבהם מחלקות ברישוי ובפיקוח משרד הבריאות ומחלקות ברישוי ובפיקוח משרד הרווחה. במוסדות אלה שוהים כ-30,000 קשישים המטופלים על ידי אלפי עובדים. מבצע "ושמרת", שיצא לדרך עם תחילת התפשטות נגיף הקורונה, סייע בהתמודדות עם איום הנגיף על אוכלוסיית הקשישים במוסדות, באמצעות יצירת שיתופי פעולה, גיוס משאבים, זיהוי פערים במוסדות ומתן מענה לפערים אלו: סופק ציוד מיגון לצוותים בהתאם לתקן הציוד לצוות במחלקות בבתי חולים, נערכו הדרכות מניעת זיהומים בצד הטמעת הידע, והוגש סיוע ככל שנדרש בהוצאה לפועל של התוכנית הלאומית להגנה על בני הגיל השלישי – "מגן אבות ואימהות". מבצע זה נועד גם להגן, בעקיפין, על מערכת הבריאות מפני קריסה. המטרה המרכזית של המבצע הייתה למנוע הידבקות בנגיף וכך להציל חיים. השותפים למבצע נחשפו למערך המוסדות באחת התקופות המתגרות והמורכבות ביותר: התמודדות עם מגיפה לא מוכרת, שקשה להיערך לקראתה באופן מיטבי, בתקופה שבה מערכת הבריאות לומדת "תוך כדי תנועה" ונאלצת להתאים את הנחיותיה למתרחש ולשנותן מדי יום (ולעיתים אף במהלך אותו יום). במצב מורכב זה התגלתה שדרת הניהול במוסדות, ברוב המקרים, כחוליה מרכזית וחזקה במערכת, הרואה לנגד עיניה את טובת הקשיש או הדייר ושעליה לעשות כל שנדרש כדי למנוע, ככל האפשר, הדבקה במוסד ובד בבד לוודא שהקשישים מקבלים טיפול מיטבי. במסגרת פעילותנו במבצע "ושמרת", מצאנו כי מערך המוסדות לטיפול ממושך לקשישים פועל במקצועיות, נתון להנחיות רגולציה ברורות ומקצועיות מטעם משרד הבריאות ומשרד הרווחה, מונהג בידי מנהלים הרואים בעבודתם שליחות ותפקודו הולם בעיקרו את צורכי אוכלוסיית הקשישים השוהים במוסדות. עם זאת, מצאנו כמה נקודות תורפה המקשות על הבטחת טיפול נאות ומכובד לקשישים. מתוך מחשבה שיש בדברים מידע חשוב לציבור, ובמטרה להוביל לפתרון בעיות, ראינו חשיבות בגיבוש מסמך "איתנות המוסדות לשהות ממושכת", שתכליתו להסב את תשומת לב משרדי הממשלה, כמו גם בעלי מנהלי המוסדות, לאותן נקודות, של הערכתנו טיפול יעיל בהן יאפשר שיפור ניכר בתפקודם. זהו תקציר של המסמך המקיף, שהוא פרי עבודה יסודית של שיתופים וציונות 2000, כארגונים חברתיים אובייקטיביים שבראשם עומד היזם החברתי ואיש העסקים רוני דואק.

2. מטרות המסמך

בכוחו של המסמך לסייע למימוש האחריות החברתית, הלאומית והממשלתית לשמור על כבודם של זקני הארץ מכל מגזרי האוכלוסייה, ולשפר את איכות חייהם בתקופת החיים שנותרה להם, במסגרת המוסדות לטיפול ממושך לקשישים. למטרת-על זו כמה מטרות משנה:

- א.** עיצוב המוסדות לטיפול ממושך לקשישים במדינת ישראל כמקום מבטחים מכבד, המיטיב עם אוכלוסיית הקשישים הדרים בהם.
- ב.** שיפור התדמית והדימוי של העובדים במוסדות לטיפול ממושך, כך שיראו בעבודתם שליחות ויחושו כבוד מקצועי.
- ג.** הקניית כלים לבעלי המנהלי המוסדות ולרגולטור שיבטיחו את האיתנות הכלכלית והניהולית של המוסדות.
- ד.** קידום פעילות רגולטורית שתבטיח את חיזוק מעמד מערך המוסדות לטיפול ממושך וכפועל יוצא – את חיזוק תדמית המוסדות בעיני בני משפחות הדיירים והציבור בכלל.



3. העקרונות שבבסיס המסמך כמצפן ערכי ואנושי לטיפול בקשישים

א. תחושת מכובדות – הקשיש ירגיש שמכירים אותו, מעריכים ומכבדים אותו

ב. ביטחון אישי – לכל אדם, ובפרט לכל קשיש, יש זכות יסוד לחיים, לחירות ולעצמאות ללא קיפוח

ג. חברה וחוסן – הזכות לחיי חברה פעילים ומאתגרים אשר יוצרים חיבור בין הפרטים ומעצימים את

תחושת השייכות

ד. תזונה נאותה – הזכות לקבלת מזון איכותי ומזין, בתנאים מכבדים, בתדירות גבוהה ובמועדים קבועים

ה. מרחב ופרטיות – הזכות לצנעת הפרט ולפרטיות תוך קיום מרחב חיים נאות לפרט ולקבוצה (מחלקה)

ו. היגיינה אישית – הזכות להקפדה על היגיינה אישית ולקבלת סיוע להשגת ההיגיינה הדרושה לאדם,

על כל היבטיה

ז. בריאות איתנה (פיזית ורגשית) – הזכות לטיפול רפואי ונפשי זמין, בתדירות הנחוצה לאדם

לשמירה על התנהלות איתנה ועל אורח חיים בריא

ח. בחירה חופשית – הזכות להחליט החלטות ולבחור מעשים באופן עצמאי וללא תלות באחר



4. השיטה

א. המסמך המלא הוא בגדר המלצה מקיפה ומנומקת, המספקת תשתית ידע והצעות שמימושן יהיה נדבך נוסף בעשייה הענפה של משרדי הממשלה והמוסדות בתחום. מימוש ההמלצות יבטיח את הגשמת המטרות והחזון ואת העמידה בעקרונות ובערכי היסוד שנקבעו. תשתית הידע של המסמך מבוססת על לימוד מעמיק של תחום המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל, כפי שיבוא לביטוי להלן.

התהליך כלל:

1. ביקורים במוסדות, ראיונות, תחקירים, תצפיות, לימוד מחומרים ומעבודות שנכתבו

בנושא, שיחות עם קשישים ובני משפחתם ושיחות עם הצוות

2. השוואות למוסדות דומים ברחבי העולם

3. ניתוחים הנדסיים וכלכליים וניתוחי או"ש (ארגון ושיטות)

4. חוות דעת משפטיות בעניין העובדים הזרים והמכרזים

5. "שולחנות עגולים" עם בעלי מקצוע ותפקיד במשרד הבריאות ובמשרד הרווחה

6. מחקר אובייקטיבי ובלתי תלוי על משבר הקורונה במוסדות, ועל המענה שניתן

להתפשטות הנגיף במוסדות לטיפול ממושך והשפעתו

מכיוון שהזמן קצר, וגיבוש מסמך זה חשוב לצורך השפעה מהירה בשדה, בחרנו ליישם את

התהליך באמצעות המתודולוגיה הבאה (כפי שפורט בסעיף השיטה שלעיל):



- ב.** מערך המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל כולל את הגורמים הללו:
1. משרדי ממשלה – בעיקר משרד הבריאות ומשרד הרווחה
 2. ארגוני הגג של בתי האבות – א.ב.א (אגוד בתי אבות ודיוור מוגן בישראל) והעמותה לגריאטריה
 3. המוסדות לטיפול ממושך לקשישים (מוסדות גריאטריים ובתי אבות של הרווחה)
 4. הציבור – הדיירים במוסדות ובני משפחותיהם
 5. "מגן אבות ואימהות" – גוף זמני שהוקם להתמודדות עם מגפת הקורונה
- ג.** מטבע הדברים, לנוגעים בדבר יש מגוון דעות והשקפות עולם, אג'נדות ואינטרסים. כגוף אובייקטיבי ונטול אינטרסים, נמנענו מלבחור בצד זה או אחר והעדפנו לעודד שיח בין-מגזרי ושיתופי פעולה, מתוך אמונה שלנגד עיני כולם עומדת טובתם של הקשישים.
- ד.** אנו מודעים למציאות הכלכלית במדינת ישראל מחד, ולפערים שעימם מתמודדים המוסדות לטיפול ממושך לקשישים מאידך. לנוכח זאת נבחנו מרכיבי ההמלצה במשקפיים של עלות-תועלת, תוך התעקשות על כך שכל תוספת תקציבית שתיגזר מהמלצה זו, תביא במובהק להשגת ערך.
- ה.** המלצה ליישום הדרגתי ומתון יחסית של ההצעות השונות – חלק מההמלצות במסמך הן לפעולות לטווח קצר וחלקן לפעולות לטווח הבינוני והארוך.
- ו.** מקומן של מנהיגות, יכולת ניהול טובה ותחושת שליחות לא נפקד אף הוא מהמסמך; אנו רואים חשיבות רבה בעידוד יכולות אלו כמרכיב קריטי ביישום ההמלצות.
- ז.** המלצתנו לחיזוק איתנות המוסדות לטיפול ממושך תציג לא רק את ה"מה" הנדרש לקיום המלצות המסמך – אלא גם את ה"איך" – את האופן שבו מומלץ ליישם את התהליכים המוצעים.
- ח.** ביסוס תוצרי העבודה מושתת על לימוד המלצות המסמך ותיקופן על ידי מומחי תוכן:
1. משרד עורכי הדין הרצוג, פוקס, נאמן סיפק ייעוץ משפטי
 2. מיקי גור, כלכלן שהוכשר באוניברסיטה העברית ובאוניברסיטת הרווארד, בעל ניסיון רב בתחום הגריאטרי בישראל, סיפק ייעוץ כלכלי
 3. אירית פישר, מנהלת תחום שירותים בקהילה בג'וינט - אשל סיפקה ייעוץ בנושא הפעלת המוסדות לטיפול ממושך לקשישים
- ט.** מסמך זה הוא כאמור תקציר מנהלים של מסמך "איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים במדינת ישראל", ומכאן שהוא תמציתי, אינו מעמיק ואין בו הפניה למקורות. אלה מופיעים במסמך המלא.

המוסדות הגריאטריים בראי בין-לאומי

במסגרת המסמך נערכה השוואה בין אופן ניהול המערך הגריאטרי* בישראל לאופן ניהול מערכים מקבילים במדינות מתקדמות בעולם (כולן חברות ב-OECD, למעט סינגפור).

עקרונות:

1. פירוט רכיבים שונים במבנה ובניהול מוסדות סיעודיים בהשוואה בין ישראל למדינות באירופה (גרמניה, דנמרק, אנגליה, שוודיה) בצפון אמריקה (ארה"ב וקנדה), באסיה (יפן וסינגפור) ולאוסטרליה.
2. בעשר המדינות שנסקרו (כולל ישראל), מוסד סיעודי מוגדר כמוסד לטיפול ולאשפוז ממושך, המספק דיור (רכיב מלונאי), טיפול רפואי, חברתי ופרה-רפואי במקום אחד ועל ידי צוות רב-מקצועי. הזכאות לאשפוז במוסד סיעודי נקבעת לפי הערכת מצב תפקודי, רפואי, סוציאלי וקוגניטיבי של המטופלים. להלן עיקרי הממצאים שעלו מההשוואה בין ישראל למרבית המדינות שנסקרו:

השוונה

בין ישראל למרבית המדינות שנסקרו

בארץ יש רגולציה מרכזית, בשאר המדינות הרגולציה משולבת - לאומית וגם מטעם המחוז והתחום המוניציפלי

בארץ יש מעונות ובתי אבות לעצמאים ולתשושים ברישוי ובפיקוח משרד הרווחה, בשאר המדינות רק ברישוי ובפיקוח משרד הבריאות

בארץ אין מנגנון הערכת לקוחות (קיים במסגרת הבקרה אך אינו חשוף לציבור)

בארץ חובה שמנהל מוסד יהיה רופא; ברוב המדינות נדרשת השכלה, לאו דווקא רפואית

בארץ אין כיום מערך אוניברסלי מקיף לביטוח סיעודי והמימון הוא פרטי

ישראל היא בין המדינות הבודדות שעורכות מבחן הכנסה לילדים בגירים, נוסף למבחן הכנסות ונכסים של ההורים

המשותף

לישראל ולמרבית המדינות שנסקרו

ללא גורם ניהולי אחד; יש הבחנה בין גורם מפקח (רגולציה וניטור איכות)

לגורם מממן (מימון ציבורי או ביטוח פרטי)

כפיפות מקצועית למשרד הבריאות

פרסום דוחות בקרה

הקבלה למוסד סיעודי מתבססת על מצב רפואי (סיעודי ותשוש נפש)

קוד מיטה מבוסס מבחן אמצעים

ספקי שירות פרטי וציבורי

הרכב כוח האדם רב-מקצועי

* בהשוואה נכללו, כאמור, מוסדות משרד הבריאות בלבד, ולא מוסדות של משרדים אחרים (משרד הרווחה וכו').

3. בכל המדינות שנבחנו, המוסדות משמשים כחלופה לטיפול סיעודי בבית ובקהילה. בכולן מיושמות היום רפורמות לשיפור, לפיתוח ולחיזוק הטיפול הסיעודי בבית ובקהילה כחלק ממגמת ה"אל-מיסוד", ודחייה ככל האפשר של מעבר למוסד סיעודי. ישראל היא בין המדינות המובילות בפיתוח שירותים בקהילה בקרב מדינות ה-OECD (1.7%), למעשה היא שנייה רק לשוודיה (1.1%) בשיעור הדיירים הנמוך במוסדות ביחס למספרם בקהילה.

4. בארץ, כמחצית מההוצאה על טיפול סיעודי היא במימון ציבורי, וחלקה של ההוצאה הפרטית עומד על כ-45% (פי שלושה מהממוצע ב-OECD, שהוא כ-16%).

5. ניהול מוסד סיעודי מושפע ממשתנים רבים, ויש מודלים שונים של ניהול, בהתאם להקשר התרבותי, לקצב ההזדקנות ולמדיניות הטיפול הממושך בכל מדינה. לכן אין מודל אחד אידיאלי שלאורו ראוי לבחון את איכות הטיפול במוסד או את הצלחתו בטווח הארוך.

6. בית חולים לעומת דיור תומך: ארגון המוסד הסיעודי כבית חולים מייקר את עלויות התפעול ותחזוקת המבנה, מחייב ציוד ותקינה של צוות רפואי רב-מקצועי וכפיפות לבקרה רפואית וכן משפיע על חוויית השהות של מטופלים במקום, החשים כחולים ולא כדיירים בביתם, ועל זכותם להחלטה עצמית, לאוטונומיה ולהעדפה אישית. לאחרונה מתפתחת גישה חלופית והיא כבר מיושמת במדינות שונות. גישה זו מבחינה בין רכיב הדיור לרכיב הטיפול, הן בהיבט המימון והן בהיבט המרחבי-ארגוני, למשל, בניית מבנים קטנים באשכולות דיור דמויי בית שבהם יהיו הדיירים שותפים לניהול, דוגמת "הבתים הירוקים" שהתפתחו בארה"ב, באוסטרליה, ביפן ובמדינות שונות באירופה. מודל זה מיושם השנה בישראל בפיילוט, שבמסגרתו המוסד מספק דיור תומך בלבד, והטיפול הסיעודי מגיע למקום לפי הצורך וממומן כחלק מביטוח אוניברסלי. המלצתנו, כפי שתפורט בהמשך התקציר ובמסמך, היא להרחיב את יישום המודלים המשולבים בישראל, וכך לעודד מגוון אפשרויות דיור ותמיכה רפואית, בהתאם לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הקשישים.

7. מאחר שמדינות רבות עורכות רפורמות בסיעוד הביתי, ניכר כי יותר מוסדות קולטים זקנים בגיל ממוצע של +85 ובמצב תפקודי קשה ומורכב. כך הופכים מרבית המוסדות, בפועל, למעין הוספיסים, הנדרשים לספק טיפול תומך לאדם הנוטה למות, לשארית חייו, וזאת אף שאין בהם חובת תקינה לגרונטולוג, פסיכולוג, איש דת או מלווה רוחני.

8. לסיכום, נראה כי כל המדינות שנסקרו תומכות באספקת שירותים רפואיים ושירותי טיפול אישי והוספיס בבית, ומגמה זו משפיעה על מבנה המוסד הסיעודי ועל מאפייני לקוחותיו. במקביל, גובר הלחץ לצמצם עלויות והוצאות בעבור שירותים אלה וכתוצאה מכך מתחוללים במוסדות שינויים רבים ותכופים. שינויים אלה מצריכים גם תמורה בתפיסות, בתקינת כוח האדם, בסוגי התפקידים הנדרשים במוסד ובמודל הניהול של המוסדות – ממודל רפואי למודל חברתי, המתמקד בדייר הזקן ונדרש לזיהוי ולמילוי מכלול צרכיו ולשיפור איכות חייו, כמפורט בהמלצות איתנות מוסדות לטיפול ממושך בקשישים. חלק גדול מהמלצותינו ממחיש גישה מתקדמת זו.



מאמרים ומחקרים שנערכו ברחבי העולם בעת האחרונה, לאחר פרוץ מגפת הקורונה, מצביעים על כמה מגמות:

- א.** בארה"ב הוחלט, במגוון מדינות, על בחינה מחודשת של מודל בתי האבות, מתוך כוונה להשאיר את הקשישים בביתם ככל האפשר ולצמצם את מספר הקשישים השוהים בבתי אבות למינימום האפשרי (רק כאשר אין ברירה או יכולת לשהייה בבית).
- ב.** ב-245 בתי אבות בארה"ב הוחלט ליצור "מודל חממה" – בידוד חברתי של קבוצת דיירים קטנה בשטח נתון, לצמצום מגעים מחד וליצירת אקלים משפחתי מאידך. זאת במטרה לצמצם את החשיפה לזיהומים, להעצים את תחושת השייכות ולהפיג את תחושת הבדידות, ולמנוע הידרדרות של היכולת הקוגניטיבית.
- ג.** בקנדה נקבעה תוכנית בת שמונה שנים לשיקום בתי האבות לאחר שתסתיים מגפת הקורונה. בתוכנית: יצירת 5,000 מקומות נוספים בבתי אבות עבור קשישים, העלאת השכר של עובדי בתי האבות והפיכת מערכת בית האבות לציבורית לגמרי, כך שהיא לא תהיה תלויה בפעילות עמותות.
- ד.** בסינגפור הוחלט על מתווה חירום עם התפרצות פנדמיה שעיקריו:
 1. מעבר לעבודה בקפסולות ובמשמרות של 12 שעות.
 2. מעבר של העובדים למגורים במוסד או בבית מלון סמוך ויצירת אזורים סטריליים סביב המוסדות באמצעות הסעות צמודות למשמרות מהמלון למוסד (במימון המדינה).
 3. ביצוע דגימות מקיפות של הצוותים מדי מספר ימים וקבלת תשובות לבדיקות תוך 24 שעות.
 4. חוסן הדייר - רכישת אמצעים טכנולוגיים כגון טאבלטים ומכשירים לשיחות וידאו עם בני המשפחות כתחליף לביקורי משפחות, שלא יתאפשרו בזמן סגר. לפני סגר או אחריו – קביעת לוח זמנים קבוע ומתוכנן לביקורי משפחות מפוקחים (במימון המדינה).
 5. מימון כללי – נקבע תעריף קבוע לסיוע למוסדות (דיוור מוגן ומוסדות גריאטריים): לשיקום מוסד לאחר התפרצות, לאמצעי טיהור וחיטוי למוסד בשגרה, לאמצעי מיגון לצוותים, לרכישת אמצעים לרווחת הצוות.

עיקרי הממצאים, התובנות וההמלצות מתהליך האבחון

בתהליך האבחון והלמידה עלו תובנות וממצאים רבים. מצאנו לנכון למקד את מסקנותינו והמלצותינו בשישה תחומים עיקריים. להבנתנו, טיפול מערכתי בתחומים אלו יאפשר למקד את הטיפול בנושאי הליבה, ויביא ל"קפיצת מדרגה" ביכולת לממש את המטרות, דהיינו לקיים מוסדות לטיפול ממושך כמקום מבטחים מכבד המיטיב עם אוכלוסיית הקשישים הדרים בהם.

תובנות מרכזיות בחלוקה לשישה תחומים:

1. רגולציה

א. הביטוח הציבורי ואספקת שירותי הסיעוד והדיור לאזרחים ותיקים בישראל מפוצלים בין ארבעה משרדי ממשלה (הבריאות, הרווחה, השיכון והקליטה), אולם אין למשרדים אלה קריטריונים אחידים לקביעת הזכאות לסיוע ציבורי. האינטגרציה ושיתוף הפעולה בין המשרדים לצורך האחדת הקריטריונים ומתן מענה כולל למטופלים/דיירים במוסדות לטיפול ממושך לקשישים לוקים בחסר. למשל, המועצה הלאומית לגריאטריה עוסקת בהיבטים הנוגעים למשרד הבריאות ואילו המועצה הלאומית למעמד הזקן עוסקת בהיבטים הנוגעים למשרד הרווחה. המשבר שנוצר בעקבות מגפת הקורונה העצים במידה רבה את נקודות התורפה של המערך לטיפול ממושך ואת המורכבות הנובעת מריבוי המשרדים האמונים על התחום.

ב. המשבר והמורכבויות שנבעו ממנו ביחס לאוכלוסיית הקשישים בישראל, הציפו צורך בהקמת גוף מרכזי שיטפל באתגרים החדשים ויאפשר גיבוש הנחיות ברורות ואחידות בזמן אמת, להבטחת שלומם של הקשישים במוסדות. על כן הוקם "מגן אבות ואימהות", לצורך התמודדות מקצועית ומערכתית עם מגפת הקורונה.



המלצה 1 – הקמת "מגן אבות ואימהות" מלמדת על הצורך בהקמת גוף סטטוטורי ממשלתי לטיפול באוכלוסיית הקשישים במוסדות חוץ-ביתיים בישראל. הגוף יהיה אחראי לאינטגרציה ולהתאמה מחודשת, חוצת משרדים, של רגולציה, נהלים, חוקים, זכאות לשירותים ועוד. מטרתו לפשט תהליכים, בעיקר בירוקרטיים, לפעול לאיכות ולמצוינות בטיפול ממוקד לקוח ומותאם לצרכיו, ולקדם איזון בין התקדמות טכנולוגית, צרכים חברתיים, עלויות כלכליות ועמידה בהנחיות רגולטוריות. גוף זה יפעל בשיתוף עם הגורמים השונים במשרדי הממשלה ובין כלל הגופים והמוסדות השונים, במטרה להצמיד קדימה את המוסדות לטיפול ממושך לקשישים ולשפר את מעמד האזרחים הוותיקים, את הטיפול בהם ואת המטפלים בהם ובכך לאפשר לגיל השלישי זקנה מכובדת, יחס וטיפול מיטיבים וסביבה תומכת.

ג. פיצול קביעת המדיניות והרגולציה על מערך המוסדות לטיפול ממושך בידי שני משרדי ממשלה שונים (הבריאות והרווחה) יוצר אנומליה, מנקודת מבט לאומית ואישית כאחד. ב-69 המוסדות אשר בהם יש מחלקות בשיוך של שני המשרדים, יש כפילות ואי-סדר במדיניות התקצוב, בדרישות הרגולטוריות, בהנחיות המקצועיות והניהוליות, בתקינה (מבנה פיזי, ציוד, כוח אדם, בעלי תפקידים וכו'), בדרכי הבקרה ועוד. מצב זה יוצר לעיתים עמימות באופן ניהול המחלקות השונות באותו מוסד, ומשפיע לרעה על השירות בהן.



המלצה 2 – כתיבת מכרז משותף של משרד הבריאות ומשרד הרווחה, מתוך ראייה כוללת של נושא המוסדות לטיפול ממושך לקשישים, לטובת ניהול כלל המוסדות בסטנדרט אחיד, ובפרט מוסדות משותפים. יוזמה זו תאפשר גישור על ההבדלים בין מבנה מערכת הבריאות למבנה מערכת הרווחה, ותביא להידוק היחסים בין שתי המערכות ולשיפור הזיקה ביניהן, ליעול היקף ותוכן השירותים המוצעים ולחלוקת סמכויות נכונה בין כל הגופים המעורבים.

2. ארגון ותקינה

לנוכח הפער בין דרישות הרגולציה השונות במוסדות, בסעיף זה ייבחנו מוסדות של משרד הבריאות בנפרד ממוסדות של משרד הרווחה, באופן שיישקף את המציאות הקיימת כיום, ביחס למציאות המומלצת.

משרד הבריאות

בתי חולים גריאטריים הם מוסדות רפואיים הכוללים מחלקות מהסוגים הבאים (חלקם או כולם):

- **מחלקות לטיפול גריאטרי ממושך** – גריאטריה סיעודית ומחלקה לתשושי נפש.
 - **מחלקות לטיפול גריאטרי פעיל** – סיעוד מורכב, הנשמה ממושכת, טיפול תומך, גריאטריה חריפה וגריאטריה שיקומית.
- השירותים הרפואיים והתקינה הנדרשים במחלקות אלה לסוגיהן מוגדרים בחוזרי ובנוהלי משרד הבריאות.

הרישוי והפיקוח על בתי חולים גריאטריים הם בהתאם לפקודת בריאות העם 1940, ולתקנות בריאות העם (רישום בתי חולים) תשכ"ו-1966, ומחויבים בחוזרי ובנוהלי משרד הבריאות לסוגיהם, לרבות קובץ הנהלים של האגף לגריאטריה. משרד הבריאות, בהובלת האגף לגריאטריה, עורך בקרה על מוסדות אלה. כתנאי לפעילותם, ניתנת למוסדות תעודת רישום לתקופה מוגבלת, וחדוש הרישוי כפוף לתהליכי הבקרה והפיקוח מטעם המשרד, ולפעולות אכיפה במקרה הצורך.



מימון האשפוז

מימון האשפוז בבתי החולים הגריאטריים הוא בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995, על פי סוג המחלקה:

- **במחלקות לטיפול גריאטרי ממושך** (סיעודיים ותשושי נפש) המימון הוא על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וסיוע משרד הבריאות במימון ניתן בהתאם, כפוף להשתתפות המאושפז ובני משפחתו, כמפורט בחוזר מנכ"ל 8/2018.
- **במחלקות לטיפול גריאטרי פעיל** המימון הוא על פי התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וניתן על ידי קופות החולים, עם השתתפות עצמית במקרים של אשפוז סיעודי מורכב, כמפורט שם וכמתעדכן בחוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים. המימון ביתר המחלקות לגריאטריה פעילה הוא ללא השתתפות עצמית.



אוכלוסיית היעד

ההחלטה על אשפוז במערך הגריאטרי תלויה במצב הרפואי-תפקודי של המטופל. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האשפוז הגריאטרי אינו מוגבל לקשישים.

בגריאטריה ממושכת (סיעודיים ותשושי נפש), מסייע משרד הבריאות במימון האשפוז הסיעודי (אשפוז ב"קוד"), בכפוף להחלטת ועדת סיווג בראשות הגריאטר המחוזי כי המאושפז בסטטוס המתאים וזקוק למסגרת אשפוזית-מוסדית מסוג זה. בנוסף, כאמור, נדרשת השתתפות המאושפז ובני משפחתו. ביתר המקרים – המימון פרטי או על ידי גורמים מבטחים אחרים.

בגריאטריה פעילה (במחלקות לסוגיהן) האשפוז תלוי באישור הקופה שהמטופל בסטטוס המתאים וזקוק למסגרת אשפוזית מסוג זה. במקרי מחלוקת – משרד הבריאות מכריע.

משרד הרווחה

בתי אבות לאזרחים ותיקים עצמאיים ותשושים מיועדים לתת מענה לאזרחים ותיקים הזקוקים למסגרת מוגנת, אשר השירותים בקהילה אינם ממלאים את כל צורכיהם.

סל השירותים במוסדות אלו כולל דיור, מזון, מענה לצרכים נפשיים, רפואיים ופרה-רפואיים, פעילויות פנאי ותרבות, שמירה ובטיחות.

בתי האבות פועלים תחת תקנות וחוקים המסדירים את פעילותם:

- חוק הפיקוח על המעונות, תשכ"ה-1965 מגדיר אילו מסגרות מחויבות ברישיון הפעלה מטעם המשרד ומה התנאים לקבלתו.
- תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם בדבר תנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), תשל"ז-1977 מגדירות את תקן עובדי בית האבות, את כישוריהם הנדרשים ואת תפקידיהם.
- תקנות הפיקוח על המעונות (תנאי המגורים והטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים) התשס"א-2001 מגדירות את הדרישות המבניות במוסדות, את תהליך קבלת הדיירים ואת השירותים שלהם הם זכאים. האגף הבכיר לאזרחים ותיקים אחראי למתן רישיון לכל בתי האבות לעצמאיים ותשושים ולפיקוח שוטף עליהם.

אוכלוסיית היעד



אזרחים ותיקים עצמאיים ותשושים שהגיעו לגיל פרישה כמשמעותו בחוק גיל הפרישה, התשס"ד-2004 (נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67). אזרחים ותיקים המעוניינים לבחון את זכאותם להשתתפות במימון המגורים בבית אבות יכולים לפנות למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית שבה הם מתגוררים, ונזקקותם וזכאותם ייבדקו בהתאם להוראת התע"ס 4.8.

בתים, מחלקות וסדרי אשפוז

מערך המוסדות לטיפול ממושך פועל על פי הנחיות ונהלים מפורטים של משרדי הממשלה (בעיקר משרד הבריאות ומשרד הרווחה) ונמצא תחת בקרה קפדנית ומתמדת. המערך מאורגן בבתים ובמחלקות, שמספר המאושפזים בהן נע בין כמה שוהים בודדים במחלקה סיעודית בתקן מלא ומוסד שאינו מחולק למחלקות (רווחה). מחלקה סיעודית רגילה בתקן מלא מונה 36 מאושפזים. מחלקה בתקן מלא לתשושי נפש מונה 30 מאושפזים. באיוש מעל התקן מותרת תוספת של 5% במחלקה. הבתים פרושים בכל רחבי הארץ ומאופיינים במגוון תמהילים וסדרי גודל. בית קטן שבו מחלקה סיעודית בודדת עשוי להיות חלק מקומפלקס גדול של דיור מוגן, או לחלופין, בית קטן ואוטונומי בקיבוץ. הבתים חייבים לקבל כל פונה לאשפוז העונה לקריטריונים הרפואיים על בסיס מקום פנוי, בין שמדובר בפונה שבידו קוד סיעודי של משרד הבריאות, המזכה את המוסד במימון חודשי מצד המדינה בתעריף הקוד הסיעודי שנקבע במכרז, ובין שמדובר בפונה המגיע באופן פרטי ומשלם מכיסו תשלום חודשי גבוה ממחיר הקוד, כפי שיסכם עם המוסד. מבחינת כללי האשפוז והטיפול, אין כל הבדל בין שני סוגי המאושפזים. במסגרת מסמך זה נערך ניתוח ארגוני וכלכלי שמטרתו אופטימיזציה של מערך המוסדות לטיפול ממושך לצורך מיצוי מיטבי של המשאבים המוקצים לכך, ומענה מיטבי לקשישים.



המלצה 3

- 3.1. עידוד תהליכים ופלטפורמות לחיזוק שיתופי פעולה ולמידה הדדית בין המוסדות בכלל, ובין המוסדות המשויכים לאותו מחוז בפרט.
- 3.2. עידוד יזמים לפתיחת מוסדות גדולים (ו/או מר"גים) ואפשרות לפיתוח עסקי רלוונטי במוסדות אלו ו/או בסמוך להם.
- 3.3. מתן אפשרות להוספת מיטות אשפוז בשיעור של עד 10% במחלקות במוסדות משרד הבריאות, בהתאמה לעמידה בתנאי הרגולציה, בדומה לשיטת בתי האבות/המעונות ברישוי משרד הרווחה, וחישוב תקינת כוח אדם בהתאמה למספר הדיירים. הדבר יאפשר למוסדות בעלי תשתית מתאימה להגדיל את ההכנסות על ידי תוספת מיטות.
- 3.4. עידוד יזמים לבניית מוסדות עם מחלקות קטנות ב-50% מהמחלקות הקיימות, תחת רגולציה מתאימה (ופרוגרמה מותאמת) וביישום ההמלצות דלעיל (בהתאם למגמה העולמית).
- 3.5. ביטול הדרגתי של הפרוגרמה הנמוכה – "O" בתוך חמש שנים.
- 3.6. קביעת צו הרחבה לשעות נוספות למטפלים סיעודיים במוסדות לטיפול ממושך לקשישים (יפורט בפרק ההון האנושי).

תקינה חדשה

נמצאו שני תחומים אשר אינם קיימים כלל (או כמעט שאינם קיימים) במערך ובמוסדות, ואשר חובה לתקן אותם, בהיבטי הארגון, התקינה והתקצוב: תקינה לחירום ומניעת זיהומים.



תקינה לחירום

מצבי חירום בכלל ופנדמיה בפרט מעצימים, מטבע הדברים, את אתגרי הטיפול בקשישים בעיתות חירום יש צורך בהשגחה מוגברת, במענה למצבי דחק רגשיים, בצמצום מגע בין דיירים ומספר אנשים בחלל אחד באמצעות הגדלת היקף שעות הארוחות, בתגבור סיוע ופיקוח כחלופה למעורבות בני המשפחה לאור סגירת המוסדות, בהיערכות להוצאת עובדים לבידוד, למשל באמצעות הארכת משמרות וכו'.

אתגר זה מציב בפני הנהלת המוסדות צורך בתגבור כוח אדם לטיפול ישיר בקשישים, ולכן נדרשת תקינה ייעודית למצבי חירום, שתאפשר איוש מהיר ואפקטיבי של המוסדות, תוך הסרת חסמים כלכליים ורגולטוריים הכרוכים בתקינה לשגרה.



המלצה 4 – הגדרת תקינת חירום, שתופעל ותתקצב מכוח תקנה ממשלתית במצבי חירום, ותאפשר הקצאת ציוד נדרש, שעות נוספות ואיוש כוח אדם מהיר ואפקטיבי להבטחת מענה נאות לפעילות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים:

4.1. כוח אדם לחירום – אפיון ופרסום מכרז נצור לחברות כוח אדם שיתחייבו להיערכות להעמדת כוח אדם מסייע (מטפלים סיעודיים, שומר וכו') בפרקי זמן קצרים, לתגבור המוסדות בהתאם לתקינה שתיקבע לשעת חירום. במצבים שבהם אפשר לגשר על פערים בעזרת תוספת שעות עבודה, תקן זה יחושב לצורכי תקצוב המוסדות בלבד.

4.2. ציוד לשעת חירום – העמדת ציוד ייעודי לשעת חירום במוסדות לטיפול ממושך לקשישים, בדגש על ציוד מיגון למצבי פנדמיה – עלות משוערת, כ-13 מיליון ש"ח בחודש (נכון ל-2020).



מניעת זיהומים

תחום מניעת הזיהומים, אשר אינו זוכה בשגרה לתשומת הלב הראויה לו, התגלה בעת משבר הקורונה כתחום מכריע להתמודדות עם הנגיף.

תחום זה שובץ בסעיף הארגון והתקינה מתוך ראייה מערכתית, של כלל המוסדות, אולם הוא ראוי להיות גם נושא ראשי או תת נושא בתחום ההון האנושי.

חובה על כל בעלי התפקידים בכלל המוסדות, ובפרט על אנשי הצוות המטפלים בקשישים, ליישם פרקטיקה של התנהגות מניעתית, בדגש על:

1. מניעת זיהומים נרכשים.

2. מניעת חבלות.

בראייה מערכתית, מתברר כי תחום זה נזנח לאורך שנים. בעוד שהמוסדות הסיעודיים זוכים, בהיבטים מגוונים, להתייחסות כבתי חולים או כבתי חולים למחצה, תחום זה הוגדר כתפקיד נוסף של האחות הראשית במוסד ו/או של האחות המוסמכת במחלקה, ללא ספציפיקציה.

כדי לתת מענה מערכתי לנושא, במסגרת הקמת מגן האבות והאימהות וההתמודדות עם נגיף הקורונה, הוחלט לקבוע תקן של 5 אחיות למניעת זיהומים, שהגדרת תפקידן היא אחות מקצועית להתנהגות מניעתית. באחריותן להדריך את הצוותים במוסדות למניעת זיהומים, ולערוך תחקירים אפידמיולוגיים ובקורות בתחום.



המלצה 5 – תקנון של 7 אחיות מוסמכות למניעת זיהומים, בכפיפות מקצועית ליחידה הארצית למניעת זיהומים ובכפיפות ארגונית ישירה לגריאטר המחוזי. תפקידן של האחיות יהיה הדרכת אנשי צוות בנושא מניעת זיהומים במוסדות, ליווי והטמעת הידע, חקירות אפידמיולוגיות, כתובת מקצועית למנהל המוסד ולאחות האחראית, קשר מקצועי עם בתי החולים במרחב ובקרה על כלל המוסדות החוץ-ביתיים (בדגש על מוסדות משרד הבריאות והרווחה).

3. ניהול והון אנושי

ככלל, לימוד תחום טיפוח ההון האנושי, מצביע על דרישות תפקיד מתאימות (מי יותר ומי פחות) המבוססות על לימודי תעודה ולימודים אקדמיים מקובלים בהתאם לתחום העיסוק, קיום שגרות הדרכה ושמירה על כשירות של מגוון בעלי התפקידים במוסדות לטיפול ממושך בישראל.

פערים ניכרים (שחשוב להידרש להם) התגלו בתחום האחריות על מניעת זיהומים, ובפרט בכל הנוגע לשני בעלי תפקיד, שלהם השפעה גדולה על איכות הטיפול בקשישים במוסדות:

מנהל המוסד – המוביל את המוסד להישגים ואחראי על התנהלות המוסד בהתאם לכללי הרגולציה החלים עליו.

המטפל הסייעודי – המטפל בקשיש באופן אישי ודואג לכל צרכיו יומם וליל, כולל בשבתות ובחגים.





המלצה 6 – פיתוח מנהלי המוסדות, תוך הענקת סמכויות למנהלים הנושאים באחריות לטיפול מקצועי ומיטבי בקשישים הדרים במוסדות לטיפול ממושך לקשישים, **במסגרת זו כדאי להתמקד בנושאים הללו:**

6.1. תיקוף הגדרת תפקיד מנהלי המוסדות.

6.2. מיון והסמכה, הכשרות מחייבות ושמירת כשירות.

6.3. טיפוח מנהיגות, עתודה ניהולית ומסלול פיתוח.

6.4. הכשרה ייעודית למנהלי מוסדות

6.5. ליווי ואימון אישי למנהלים.



המלצה 7 – דיפרנציאליות בין מאפייני הניהול של המוסדות הגריאטריים:

7.1. ניהול מר"ג, שהוא בית חולים לכל דבר ועניין, על ידי רופא.

7.2. ניהול שאר סוגי המוסדות יכול להתבצע על ידי מנהל בעל כישורים מתאימים,

לא בהכרח רופא (בדומה למוסדות במדינות אחרות ב-OECD).

הצעה לניתוח עומק – מיפוי וניתוח מרכיבי התפקיד של כלל בעלי התפקידים הנוטלים חלק בפעילות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים. ניתוח זה יכלול מסלולי פיתוח, כשירות נדרשת ותמרוץ, תוך הבנה כי ככל שהעובדים יהיו מיומנים ומקצועיים יותר, כך יוענק טיפול איכותי יותר למאושפזים/דיירים.



המטפל הסייעודי

מערך המטפלים הסייעודיים זוהה כנקודת התורפה המרכזית במערך כוח האדם במוסדות לטיפול ממושך. זאת מכמה סיבות, ובהן פערי איוש כרוניים הנובעים מתדמית מקצועית ירודה, הכשרה בלתי מספקת, שכר נמוך, קושי פיזי ורגשי הנובע מטיפול אינטנסיבי בקשישים והיעדר אופק לקידום תעסוקתי. במצב ענייניים זה נאלצים מנהלי המוסדות להתפשר על איכות המטפלים, עד כדי קליטת עובדים בעלי מוטיבציה מועטה וכישורים דלים לתפקיד.

התמודדות המערך עם פערי כוח האדם המטפלים מביאה את המנהלים לקבלת החלטות גבוליות ביחס לחוקי המדינה – למשל הפרת חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א-1951 בכל הקשור לשעות נוספות וכפל משמרות. עובדים ישראלים פונים לערוץ תעסוקה זמין זה, אך מתקשים לבצע את תפקידם לאורך זמן. בשל שרידותם הנמוכה בתפקיד, מנהלי המוסדות מתפשרים על איכות המטפלים מחד גיסא ופונים להעסקת פלסטינאים ועובדים זרים מאידך גיסא. בנוסף, המנהלים נדרשים להתגבר על תנאי השכר הירודים באמצעות היתר לביצוע שעות נוספות וזאת חרף השחיקה הרבה ולעיתים מעבר לקבוע בחוק.

המלצה 8 (לטווח קצר וזמני) – לקבוע צו הרחבה לשעות נוספות במוסדות לטיפול ממושך לקשישים, הכולל רף עליון לשעות הנוספות המותרות להעסקת מטפל סיעודי, עד למימוש המלצה 9.

חלק ניכר מהמטפלים נקלטים ללא מיון מקדים, ללא הכשרה נוספת וממוקדת למוסד הספציפי וללא הכשרה משלימה תוך כדי עבודה.

המלצה 9 – הגדרת תפקיד המטפל כמחייב הכשרה ושמירת כשירות לאורך זמן, באופן הבא:

9.1. שיפור תדמית המטפלים בגיל השלישי והעוסקים בתחום וגיבוש חבילת עידוד לעובדים

במקצועות אלו (מימוש החלטת ממשלה 43 מיום 31 במאי 2020 – "מפת דרכים לענף המטפלים הישראלים בקשישים הסייעודיים").

9.2. הגדרת פרופיל ותנאי קבלה לתפקיד, כולל הגדרת פרמטרים למיון מקדים ושיטה ליישום תהליך זה.

9.3. הגדרת תהליכי הסמכה מחייבים ותהליך שיטתי לשימור כשירות העובדים.

בין האחות המוסמכת למטפל הסיעודי

המחסור באחיות בכלל ובאחיות הסיעוד בפרט, בשנות השישים של המאה ה-20, הביא את המערכת להגדיר "מקצוע" של "אחות מעשית". עומס העבודה במחלקות, בייחוד בדרג הביניים – האחות המוסמכת – והקושי באיוש התפקיד במוסדות לטיפול ממושך לקשישים (לאור מיצוב המוסד במקום נמוך מבתי החולים והמרפאות), הוביל לחיזוק מעמד האחות המעשית עד כדי העדפת הניסיון על פני ההכשרה הפורמלית בחלק מהמוסדות.

אין זה המקום להתעמק בקשיי התפקוד ובהחלטה להפסיק להכשיר ולאשר את משרת האחיות המעשיות במוסדות, אולם נותר הצורך ביצירת מדרג בין האחות המוסמכת למטפל הסיעודי, והגדרת בעל תפקיד אשר יוסמך להעניק טיפול רפואי בסיסי ויסייע לאחות המוסמכת ולהתמודדות המערך עם החוסר הקבוע באחיות אלו.

המלצה 10 – המלצה משולבת לתחום הארגון, התקינה וההון האנושי, להגדיר **מקצוע חדש**, שישימש כחוליה מקשרת בין המטפל הסיעודי לאחות המוסמכת – **המטפל המוסמך**.



המטפל המוסמך



המטפל המוסמך יוכל לבצע מטלות נוספות, בהתבסס על הכשרה והסמכה מתאימות מטעם משרד הבריאות:

- א. **ארגון** – המטפל המוסמך ישויך, כאמור, מבחינה ארגונית, לתווך שבין המטפל הסיעודי לאחות המוסמכת.
- ב. **תקינה** – לא נדרש תקנון למטפלים סיעודיים נוספים למוסד. תקינת המטפלים המוסמכים תהא 20%-25% מסך תקינת המטפלים במחלקות השונות כיום.
- ג. **הון אנושי** – הגדרת התפקיד תכלול דרגות שכר שונות, בהתאם למדרג ההכשרות שיעבור המטפל, בסדר עולה, בהתאם לטיפול שיוסמך לתת ובהתאם לוותק, כמקובל במגזר הציבורי. מטבע הדברים הגדרה זו תחייב את המערכת בתקצוב מתאים ביחס לדרגת השכר וההכשרה.

תמהיל המטפלים הסיעודיים

המלצתנו היא לבסס את עיקר המערך על עובדים זרים, שיובאו לתקופה קצובה (5–7 שנים) וששרידותם גבוהה, לצמצם את ההתבססות על עובדים פלסטינים, שכן נוכחותם מושפעת מהמצב הביטחוני (ודווקא בתקופות חירום הם פחות זמינים) ולשמר את העובדים הישראלים הקבועים כך שיפתחו קריירה בתחום הסיעוד וישמשו כמטפלים מוסמכים, בכפוף להכשרתם.

המלצה 11 – קביעת תמהיל כוח אדם המבוסס על עובדים ישראלים, פלסטינים וזרים.



4. חוסן הדיירים בשגרה ובחירום



המלצה 12 - גיבוש עקרונות ותהליכים ליישום תוכנית חוסן שוטפת:

12.1. הבטחת חוסן הדיירים, הן בעיתות שגרה הן בזמן חירום.

12.2. הבטחת חוסן כלל סגל המטפלים, בעיתות שגרה שיהיה ובזמן חירום.

12.3. הגדרת נוהל באגף הגריאטריה/משרד הרווחה שעניינו "איכות חיי הדייר וחוסנו", בו יש לעסוק בתפיסת תפקיד הצוות הטיפולי וגם בתחומי התעסוקה האישית של הדייר, בפעילות החברתית, בשימוש בטכנולוגיה מתקדמת (כדוגמת "אייקליק"), בחיזוק הקשר של הדייר עם משפחתו והקשר של משפחת הדייר עם בית האבות וכו'.

טכנולוגיה ועזרים רפואיים

בחינה יסודית של הצרכים והטכנולוגיות לשילוב מכשירי עזר לטיפול בקשישים, בהתאם לסוג המחלקה, בדגש על בטיחות המאושפזים/הדיירים והמטפלים; חיוב המוסדות לטיפול ממושך לשלב טכנולוגיה ברבדים שונים של התנהלותם, להבטחת תמיכה, חדשנות ואיכות טיפול; ותמרוץ מוסדות לשילוב טכנולוגיה חדשה (ומאושרת) מעבר למכשור המחייב.



המלצה 13 - הגדרת מכשור מחייב לצורך מניעת תאונות וחבלות, לצד צמצום שחיקת המטפלים במוסדות לטיפול ממושך ובמחלקות השיקום. יש לתמחר עלויות מכשירים אלו ולתקצבם במסגרת התעריף למוסדות לטיפול ממושך.

5. מוכנות למצבי חירום ופנדמיה

הגדרת עקרונות לתהליכי ההיערכות הנדרשים מהמוסדות לטיפול ממושך למצבי חירום ופנדמיה, תוך תרגול פק"ל מעבר משגרה לחירום – יישום ההמלצות להיערכות המוסדות למעבר משגרה לחירום המלצתנו היא לבסס את עיקר המערך על עובדים זרים, שיובאו לתקופה קצובה (5-7 שנים) על בסיס פק"ל כתוב ומאושר על ידי המחוז, והתמקדות בנושאים הללו:

- א. עקרונות מעבר משגרה למצבי חירום.
- ב. עקרונות מעבר ממצב חירום לשגרה.
- ג. הגדרת אופן החזרה לשגרה וגיבוש נהלים.
- ד. תקינה לציוד למצבי פנדמיה – העמדת ציוד ייעודי לשעת חירום בדגש על ציוד מיגון למצבי פנדמיה, בהתאם להמלצת המסמך המקיף. יש לתמחר את עלויות הציוד ולתקצב את ההצטיידות במסגרת תעריפי תשלום למוסדות לטיפול ממושך.
- ה. תקינת כוח אדם ומנגנוני השמה במצבי חירום, שאותם יש לסכם עם משרד האוצר.
- ו. חידוד נהלים למצבי חירום – הגדרת סדר פעולות פנימי וממשקי עבודה עם משרדי הממשלה.



המלצה 14 – כתיבת נוהל רגולטיבי להיערכות המוסדות לחירום, בדגש על:

- 14.1 תקינת ציוד לחירום
- 14.2 תקינת כוח אדם לחירום
- 14.3 חיוב המוסדות בכתיבת פק"ל לחירום
- 14.4 תרגול המוסדות במעבר משגרה לחירום

6. ניתוח כלכלי

בדו"ח אבניאלי-לויט, ועדת חקירה אזרחית בראשות משותפת של שתי שופטות בדימוס ובהשתתפות אנשי אקדמיה, רפואה, כלכלה ומשפט משנת 2019, נקבע בין השאר כי בשלושת העשורים האחרונים מתרחש במערכת הבריאות הציבורית תהליך מתמשך של שחיקה מכוונת ומודעת. זוהי שחיקה תקציבית, המבטאת את העובדה שמערכת הבריאות לא נמצאת בראש סדר העדיפות הלאומי של ממשלות ישראל. שחיקה זו מרוקנת בפועל את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתוכן, תוך פגיעה אנושה במטופלים ובמטופלים כאחד.

נראה כי המנגנון הכלכלי הניצב כיום ביסוד מערכת הבריאות מייצר ומנציח מציאות שבה כלל המוסדות במערכת הבריאות, ובהם קופות החולים ובתי החולים, כולל בתי החולים והמוסדות הגריאטריים, סובלים מגירעון. מנגנון זה כולל תמריצים שליליים להתייעלות לצד חסר בהקצאת משאבים ושיטת התחשבות הפוגעת במוסדות ובכלל המערך הרפואי.

מטרת הניתוח הכלכלי היא לתת לרגולטור כלים להתמודד עם מציאות זו, ולהמליץ לו על הצעדים הנדרשים לחיזוק כלכלי של מערך המוסדות, באופן שיממש את עקרונות המסמך, יטיב עם הדיירים במוסדות ויאפשר קבלת שירות טוב יותר משניתן כיום.

בפרק זה בחרנו להציג כמה המלצות, שלכל אחת מהן משמעות כלכלית בהיקף משתנה.

להערכתנו, מימוש המלצות אלו, גם אם בהדרגה, יביא לשיפור ניכר בתפקוד ובאיתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים ויאפשר את מימוש האחריות לבריאותם ולשלומם של דיירי המוסדות.

ניתחנו את תמחור מימון של כלל ההמלצות במיטב הכלים הכלכליים העומדים לרשותנו, אולם אנו ממליצים כי בכל מקרה הן יאומצו וימומשו לאחר שהגורמים המקצועיים במשרד הבריאות ובמשרד הרווחה יאמדו באופן מעמיק ומושכל את המשמעות הכלכלית שלהן.



תיקוף כלכלי אובייקטיבי – לתעריפי הקוד וההועדה

לנוכח המחלוקת הקיימת בדבר תוקף המחירים שנקבעו במכרזים (נושא המצוי בימים אלו בערכאות משפטיות, וכולל כמה הסתייגויות כלכליות) ולהערכתנו, הנובעת מניתוחים כלכליים שערכנו, אכן יש פער בין עלויות תפעול המוסדות לטיפול ממושך בפועל לתעריפי ה"קוד" המוצעים במכרזים.

המלצה 15 – לבחון ולתקף את תעריפי הקוד באמצעות חברה כלכלית אובייקטיבית ומוכרת, המקובלת על כל הצדדים. חברה זו תפעל בתיאום עם משרד הבריאות ומשרד הרווחה, ותגיש המלצות כלכליות אובייקטיביות לממשלה.





מדד לעדכון התעריפים מדי שנה



המלצה 16 – הקמת ועדה ייעודית, שתקיים מפגשים עיתיים שבהם ישתתפו משרדי הממשלה, החברה הכלכלית ונציגי המוסדות. באמצעות הוועדה יעודכנו מדי שנה תעריפי הקוד וההועדה, בהלימה לעדכון מדדים, עדכון רגולציות, עליות מחירים, שכר עבודה, מיסוי, נדל"ן וכו'.



המלצה 17 – לעודד ולאפשר מתן היתר לבעלי המוסדות לטיפול ממושך לקשישים, למיצי התשתית שברשותם לצורך יצירת הכנסה עצמית נוספת, בהתאם לכללים שייקבעו מראש ותוך עידוד ותמרוץ שיתוף פעולה עסקי וחברתי.



הכנסות נוספות

דוגמאות להכנסות נוספות אפשריות:

הכנסות ישירות – קוד/הועדה



חשיבה מחודשת



המלצה 18 – חשיבה מחודשת על ביטול שיטת חישוב תעריף על פי סל/פרוגרמה, או לחלופין דיפרנציאליות בין בית אבות פרטי לציבורי, וגיבוש שיטת חישוב אשר תחייב את כל הדרישות הרגולטוריות לצד שיפור תנאים נוספים. תנאים אלה יקבעו את הבונוסים והתמרוץ ויכללו אספקטים של יחס אישי, שביעות רצון, יצירתיות בגישה ובאופן הטיפול, גודל המחלקה ועוד, באופן שיעודד מרכיבי טיפול מיטבי בקשישים.



ניתוח דו"חות הבקרה של הרגולטורים השונים מצביע על בקרה מעמיקה ובעלת משקל רב לתחום התשומות, וייצוג נמוך לתפוקות. להבנתנו נדרש ניתוח מחדש של מרכיבי הבקרה, המדדים והמשקלות, כך שיביאו לביטוי משמעותי יותר חלק ממרכיבי הטיפול בקשישים, כמו גם כמה מהתחומים והפרמטרים שלהם נוגעות ההמלצות במסמך זה, כגון איכות כוח האדם, איכות המנהלים והכשרתם, מימוש טכנולוגיות חדשות לטיפול בקשישים, נהלים והערכות למצבי חירום ועוד. כל זאת תוך שימוש בתוכנית סדורה למדידת איכות הטיפול בקשישים, שתהיה שקופה לעיני הציבור (כדוגמת מדדי האיכות בבתי החולים), למשל שימוש במיזם כגון GOLD FACTOR כמערכת מדידה.

המלצה 19 – בחינה מחודשת של מערכי הבקרה של משרד הבריאות ומשרד הרווחה, ובפרט יצירת מנגנון בחינה והערכה אובייקטיביים לאיכות המוסדות, שיפורסם מדי שנה לציבור הרחב ויכלול פרמטרים של איכות המענה הטיפולי והשירות לדייר ומשפחתו, מוגנות אישית, איכות המתקנים וכו', וזאת בדומה לדירוג בתי חולים.

בחינת ההנחיות והרגולציה

בחינה ב"משקפיים" של רווחת הדייר ועלות-תועלת מקצועית וכלכלית, וקביעת סדר עדיפות לביצוע.

1. העיקרון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 ותשלומי הביטוח הלאומי – החובה של כל תושב/ת לשלם דמי בריאות וביטוח לאומי והזכות של כל תושב/ת לקבל את השירות הנדרש – צריך להיות מוחל גם על השירות במוסדות לטיפול ממושך, כלומר חלק ניכר מהשירותים הניתנים לו צריכים להיות ממומנים באמצעות הביטוח הלאומי וסל הבריאות ובאמצעות קופות החולים.
2. התערבות המדינה באספקת שירותי הסייעוד והדיור בבתי האבות ובמעונות ובפיקוח עליהם איננה אחידה – לעיתים היא רבה מדי ולעיתים מעטה מדי. השימוש בכוח המונופסוני של המדינה לקביעת מחיר נמוך מדי לשירותים אלו, תורם למחסור בעובדי סיעוד ולפגיעה באיכות הטיפול. יש לחשב מחדש את תקני כוח האדם בהתאם לשינוי תפיסה של מהות הטיפול, ולהגדיר מחדש קריטריונים בהתאמה, ובכך לאפשר הסתת תקנים ותקציבים לאפיקים הנדרשים וכן שינוי גישה ביחס למהות הפיקוח, וליעילות ויתרונות השילוב של בקרות הדרכה וחניכה במוסדות.

3 יש לשקול להגדיר מחדש מוסד סיעודי שאינו מר"ג/סיעודי מורכב כשונה מ"בית חולים". ארגון הבריאות העולמי מגדיר בריאות כמצב של רווחה פיזית, נפשית וחברתית של הפרט, ולא רק כהיעדר מחלה או חולי. יש לעודד שימוש בגרונטולוגיה מעשית בשילוב טיפול הוליסטי רגשי, העמקת חשיבות הבריאות התזונתית והבריאות הטבעית כדרך חיים לטובת מניעת מחלות וטיפול בחולים, ובשילוב ספורט, תנועה ותעסוקה. כדאי לשקול בחיוב גם טיפול בקשישים באמצעות בעלי חיים וטיפול באמנות/באמנות חזותית – שיטות בפסיכותרפיה המספקות מענה לקשיים רגשיים, התפתחותיים, קוגניטיביים, חברתיים וגופניים.

המלצה 20 – התאמת שיטות נוספות כדוגמת "Green House", הרחבה ומיסוד של טיפול במרחב ביתי, טיפול על פי תפיסת בריאות עצמית וכו'.

4 עובדים זרים – עדכון הרגולציה בתחום העובדים הזרים במוסדות לטיפול ממושך והענקת אשרה להעסקת כ- 2,500 עובדים זרים כמטפלים במוסדות לטיפול ממושך לקשישים (למעשה יישום החלטת הממשלה מס' 183 מיום 5 ביולי 2020 – "הקצאת היתרים להעסקת עובדים זרים לענף מוסדות סיעודיים"), בשלב הראשון.

המלצה 21 – תוספת תקנים לעובדים זרים והגדלת המכסה לכדי 4,000 עובדים, לאורך זמן, באופן שיכללו גם את מוסדות הרווחה (מכסת העובדים הזרים חלה כיום רק על מוסדות משרד הבריאות).

5 עלויות השמה לדיירים

המלצה 22 – קביעת רגולציה ובקרה שיביאו לביטול תעריף ההשמה שגובות חברות השמה/תיווך על השמת דיירים במוסדות לטיפול ממושך, ובכך לצמצם עלויות גבוהות ומיותרות החלות כיום על המוסדות, ומייקרות את ההוצאות האשפוז והשהות במוסדות אלו.

6 הגדלת מספר המיטות במחלקה – כאמור בסעיף ארגון ותקינה כדלהלן.

7 שקיפות

המלצה 23

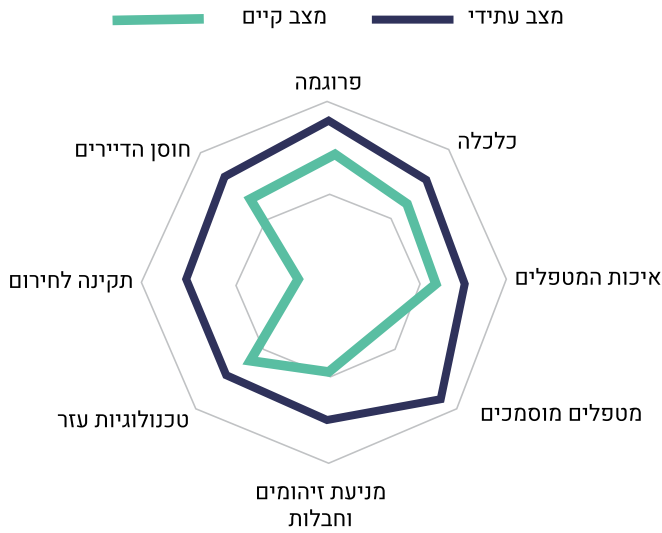
23.1. מתן כלי ניהול טכנולוגיים למוסדות וחיובם לשקיפות בנוגע לכלל ההיבטים ותחומי הניהול והטיפול; עידוד תחרות בין המוסדות לטיפול ממושך לקשישים ותמריצים מתאימים לפי מדדים שייקבעו.

23.2. פרסום דו"חות הבקרה של המוסדות ובכלל זה פרסום גיבוש מנגנון הערכת לקוחות (דיירים ובני משפחות) ופרסום התוצאות לציבור.

לפירוט החישובים הכלכליים ראה נספח במסמך המקיף.

נתונים מסכמים

הערכה סובייקטיבית של שיפור איכות חיי המטופלים כתוצאה מתהליכים אלו



	מצב עתידי	מצב קיים
פרוגמה	9	7
כלכלה	8	6
איכות המטופלים	7.5	6
מטפלים מוסמכים	9	4
מניעת זיהומים וחבלות	7.5	5
טכנולוגיות עזר	7.5	6
תקינה לחרום	8	2
חוסן הדיירים	8	6

משמעויות:

פרוגמה - ביטול הדרגתי של פרוגרמה "0" תשפר את הפרטיות בחדרי הדיירים (מעבר לחדרים של עד 2 דיירים) והגדלת המרחב הציבורי המחלקתי, בצד עידוד צמצום המחלקות בחצי, לשיפור תחושת הביתיות.

כלכלה - טיוב המצב הכלכלי של המוסד יוביל למימוש קפדני של הנחיות הרגולטור, וכפועל יוצא, לשיפור השירות לדייר.

איכות המטפלים - מטפל סיעודי חדור תחושת שליחות ומרוצה ממקום עבודתו וממקצועו יטפל בדייר במסירות רבה וייתן מענה לכל צרכיו, גם המתגרים יותר.

מטפלים מוסמכים - המטפל המוסמך יהיה גורם טיפולי נוסף וזמין, וכך יתרום לקיצור זמן ההמתנה לשירות רפואי ולהנגשתו לדייר לאורך כל שעות היממה.

מניעת זיהומים - הפחתת שיעור הזיהומים הנרכשים במוסדות תשפר את איכות החיים של הדיירים במוסדות, תצמצם את המעבר לבתי חולים לצורך טיפול ותוביל להארכת חיי הדייר.

טכנולוגיות עזר - שימוש בטכנולוגיות ישפר את התמודדות המטפל עם קשיי טיפול (כגון נשיאת משקל) וישפר את הסיוע המידי לדייר נזקק.

תקינת חירום - תשפר את כמות ומיגון צוותי הטיפול, וכפועל יוצא, תשפר את חוסנם הנפשי של אנשי הצוות, מצב שיביא בהכרח להפחתת הדבקות ובידודים ויימנע את נטישת המוסד (במצב הקיצון). ההדבקות בקרב הדיירים יצומצמו, ייבלמו התפרצויות במוסדות, וכפועל יוצא יפחת מספר הפינויים לבתי החולים.

חוסן הדיירים - העצמת תחושת השייכות של הדיירים, צמצום תחושת הבדידות שלהם והפחתת מצבי הדיכאון וההתדרדרות הקוגניטיבית המתלווה לכך, ישפרו את איכות החיים של הדיירים, ובהתאמה - יאריכו את חייהם.

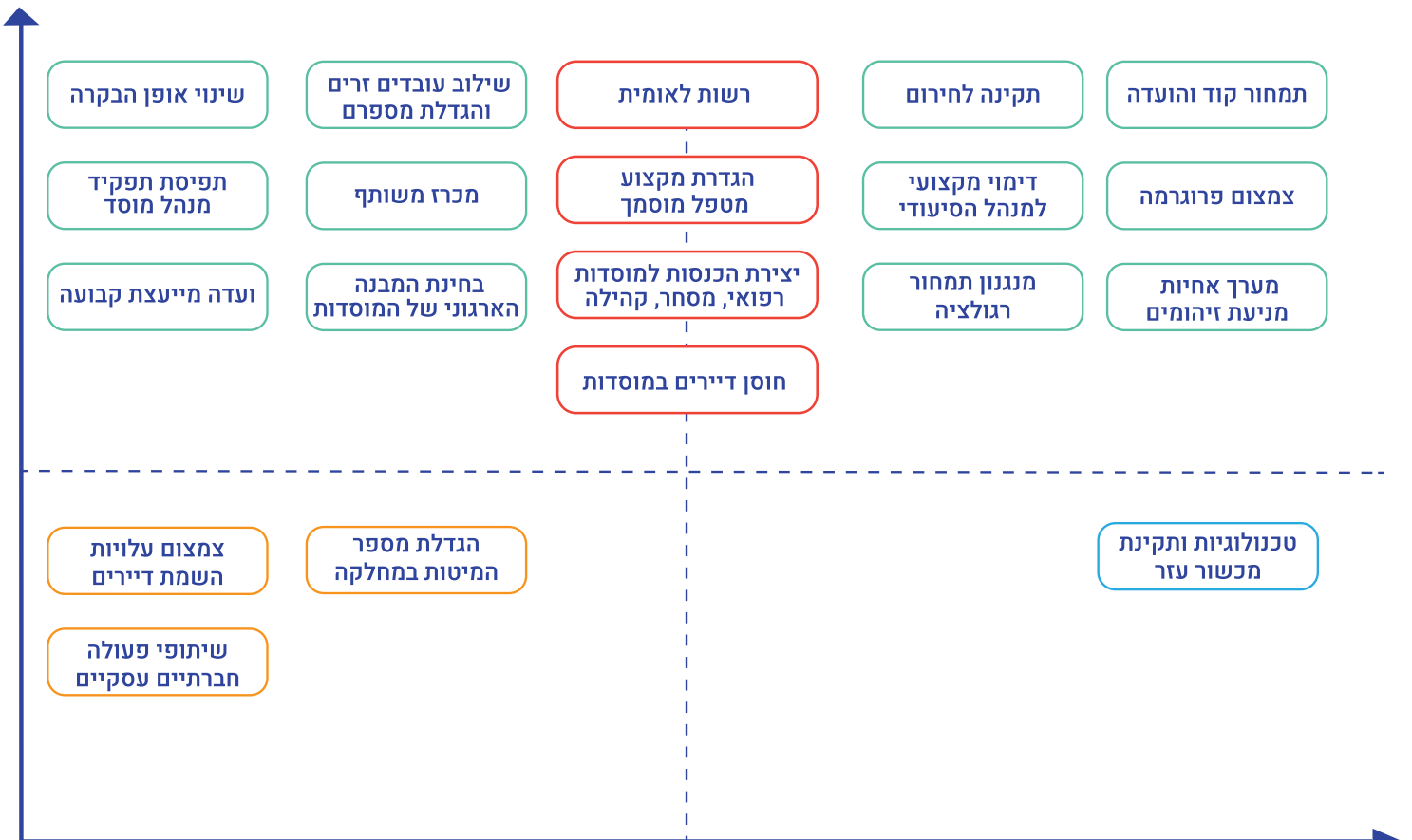
ריכוז תוספת עלויות שנתיות למדינה (משוערך) מיליון ש"ח

הערות	אומדן עלות שנתית	אומדן עלות חד פעמית	נושא
תקינה, ארגון, מבנה שכר	4.00	2.00	הקמת רשות לאומית
דירוג מח"ר	5.25		הגדרת תפקיד מנהל מוסד
דירוג מ.א.	1.65		תקנון 7 אחיות מניעת זיהומים
מתוכנן למימוש		0.50	מנגנון שילוב 2,500 עובדים זרים
מוסדות הרווחה		0.15	תוספת שילוב 1,500 עובדים זרים
דירוג חדש (תוספת לשכר הקיים)	29.00	1.00	הגדרת מקצוע מטפל מוסמך
מתוכנן למימוש	32.50	1.00	מקצועיות ודימוי המטפל הסיעודי
כולל חוזי כוח אדם נצורים	0.50	132.00	(תקינה לחירום) כוח אדם וציוד
בחינה רציפה של הקוד וההועדה	0.50		ועדה מייצעת קבועה
לאורך שנות המכרז	209.00	1.00	עדכון תמחור הקוד וההועדה
עלות ההקמה מדורגת ל-5 שנים	0.25	1.00	הקמת מערכת שקיפות למוסדות ותפעולה
תיאום רגולציות והנחיות (חד פעמי)		1.00	מכרז משותף מב"ר/רווחה
	282.65	139.65	סה"כ

מבחן עלות - תועלת



תועלת



עלות

סדר העדיפות המומלץ למימוש ההמלצות השונות:

טווח קצר	טווח בינוני	טווח ארוך
תקינת חירום	הקמת רשת לאומית	ביטול "פרוגרמה O"
תקינת מניעת זיהומים	ארגון ותקינה כללי	מימוש הכנסות נוספות
תקינת מכשור עזר	הכנת מרכז משותף מב"ר ורווחה	בחינת המבנה הארגוני של המוסדות/המחלקות
הגדרת תפקיד מנהל מוסד והסמכתו	הגדרת תפקיד המטפל המוסמך	
הגדרת תפקיד המטפל והכשרה וכשירות	שינוי שיטת חישוב התעריף למוסדות: קוד והועדה	
תמהיל מטפלים	תוספת תקן לעובדים זרים עד ל 4,000	
קביעת ועדה כלכלית מייעצת	מערכת שקיפות ויישומה	
גיבוש תוכנית חוסן והפגת בדידות	בחינת עלויות על ידי גוף ניטרלי	
עדכון תחומי הבקרה		
ביטול תשלום השמת דיירים		

סיכום

מסמך זה הוא תקציר מסמך "איתנות המוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל – מצפן".

להעמקה, פירוט ולימוד מראה המקום בכל נושא והמלצה, מומלץ לעיין במסמך המלא. אנו תקווה כי מקבלי החלטות במשרדי הממשלה השונים יבחנו המלצות אלו בלב פתוח ובאזון קשובה, לנוכח חשיבות הנושא, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתקציר זה.

נשמח להיות שותפים לכל חשיבה ומאמץ הנדרשים ליישום ההמלצות והתהליכים המצוינים במסמך, שכן אנו רואים חשיבות עליונה בכך שהמוסדות לטיפול ממושך לקשישים בישראל יהיו מקום מבטחים מכבד, המיטיב עם אוכלוסיית הקשישים הדרים בהם.

אם יש נושא אשר נדרשת בו העמקה נוספת, בכל תחום שהוא, מעבר לפירוט במסמך המלא, אפשר לפנות לשיתופים בבקשה פרטנית.



ציונות 2000
לאחריות חברתית

שיתופים
אסטרטגיות להשפעה חברתית

The National Initiatives Fund
הקרן למיזמים לאומיים
الصندوق الوطني للمبادرات

