

תיבה ח'-1 תוכנית הסיעוד הלאומית

בינואר 2018 אישרה הממשלה רפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי לאנשים שחצו את גיל הפרישה – תוכנית הסיעוד הלאומית. עלות התוכנית כ-1.4 מיליארד ש"ח לשנה¹, וכשהיא תגיע להבשלה מלאה – ב-2021 – תגדל ההוצאה הציבורית על סיעוד בכ-18% יחסית להוצאה ב-2015. הרפורמה כוללת כמה סעיפים חשובים (לוח ח'-1), ויישומה ישפר את השירות לאזרח ויפחית את נטל ההוצאה בקרב חלק ממשקי הבית שיש בהם קשיש סיעודי. אולם היא אינה מתייחסת לחלק

לוח 1

הסעיפים בתוכנית הסיעוד הלאומית, משמעותם והתקציב שהוקצה להם¹

הסעיף	תוספת התקציב
גובהה של גמלת הסיעוד יחולק ל-6 רמות (לעומת 3 כיום), והמימון הציבורי יגדל, במיוחד לבעלי צרכים רבים. המנגנון החדש ייעל את מתן הגמלה משום שהוא ישפר את ההתאמה בין שווי השירות הציבורי לצורכי המימון.	500 מיליוני ש"ח בהבשלה מלאה, בשנת 2021.
סל השירותים הכלולים בגמלה יורחב, ויפותרו שירותים נוספים בקהילה.	100 מיליוני ש"ח בהבשלה מלאה, בשנת 2021.
יוקם צוות להפחתת הביורוקרטיה שהקשישים ומשפחותיהם מתמודדים עימה, וייבנה תפקיד חדש – מתאם טיפול – כדי לסייע במיצוי הזכויות.	לסעיף זה אין מקור תקציבי בהחלטת הממשלה.
איכות הטיפול הביתי תשופר באמצעות הגדלת התקציבים לפיקוח על שירותי הסיעוד הביתי ולהכשרה של עובדי סיעוד בקהילה.	335 מיליוני ש"ח בהבשלה מלאה, בשנת 2021.
הטיפול במוסדות אשפוז ישופר באמצעות שיפור בתנאי העבודה של המטפלים.	45 מיליוני ש"ח החל מ-2019.
יבוטל המנגנון המחייב את ילדי הקשיש להשתתף במימון של אשפוז הוריהם. הצעד יפחית את נטל ההוצאה שהמשפחות נושאות בו ויגדיל את סבסוד המדינה.	400 מיליוני ש"ח בהבשלה מלאה, בשנת 2021.
יעובה השיקום בקהילה, שירות שנועד למנוע הידרדרות במצב הקשישים.	100 מיליוני ש"ח בהבשלה מלאה, בשנת 2020.

¹ נוסף לכך הרפורמה מקצה 400 מיליוני ש"ח לשנה כדי להוסיף לסל הבריאות טיפולי שיניים לקשישים. אולם מאחר שהסעיף אינו מתייחס רק לקשישים סיעודיים, איננו כוללים אותו בלוח. התקציב המפורט לסעיפים השונים נקבע בהחלטת ממשלה. התקציב הסופי של התוכנית וחלוקתו לסעיפים השונים כפוף לאישור תקציב המדינה בכנסת. **המקור:** החלטת ממשלה 3379 מיום 11 בינואר 2018.

¹ החלטת ממשלה 3379 מיום 11 בינואר 2018: נוסף לכך החליטה הממשלה כי במסגרת הרפורמה יוקצו 400 מיליוני ש"ח לשנה כדי להוסיף לסל הבריאות טיפולי שיניים לקשישים, לאו דווקא סיעודיים.

מהבעיות במערכת שירותי הסיעוד שהיא מבקשת להרחיב, וחסר בה תכנון לטווח ארוך. בתיבה זו נציג בקצרה את הרקע הכלכלי והמוסדי לרפורמה, נסקור את סעיפיה ואת משמעותם, ונציין סוגיות שהיא אינה מתייחסת אליהן.

הרקע הכלכלי והמוסדי לרפורמה בביטוח הסיעודי²

אוכלוסיית ישראל מזדקנת, בדומה לאוכלוסייה במדינות מפותחות אחרות; תהליך זה צפוי להאיץ בעתיד, ובעיקר יגדל חלקם של הזקנים מאוד (איור ח'-1). ההסתברות להימצא במצב סיעודי עולה מאוד עם הגיל: על פי הערכת בנק ישראל, בשנת 2015 נמצאו במצב זה כרבע מבני ה-65³, בקרב בני ה-80+ עמד השיעור על 64%, ובקרב בני ה-90+ הוא הגיע ל-88%. מאחר שהאוכלוסייה הקשישה צפויה לגדול בעתיד, ומאחר שסביר להניח כי חלקם של הסיעודיים בה לא יקטן משמעותית, עלינו לשער כי אוכלוסיית הסיעודיים תגדל בהתאמה.

ההוצאה הלאומית (הפרטית והציבורית) על שירותי סיעוד ב-2015 עמדה על 14.5 מיליארדי ש"ח, כ-1.2% תוצר, ונתון זה כולל רק את האומדן להוצאה בגין שירותי הטיפול שנקנו בתשלום (שירותים פורמליים)⁴. ההוצאה הציבורית עמדה על כמחצית מההוצאה הלאומית. יחסית ל-OECD מדובר בהוצאה נמוכה, גם אם מביאים בחשבון את העובדה שהאוכלוסייה בישראל צעירה יותר. אולם בהתחשב בשונות הגדולה הקיימת בין מדינות ובהתחשב ברמת התוצר בישראל, ההוצאה בישראל אינה נמוכה באופן חריג.

הקשישים הסיעודיים בישראל בדרך כלל מקבלים טיפול בקהילה (בבתייהם או בדיור מוגן) ומקצתם, כ-15%, מאושפזים במוסדות לטיפול ממושך (איור ח'-2). עיקר השירותים הציבוריים בקהילה מצוי באחריות המוסד לביטוח לאומי, ועיקר השירותים

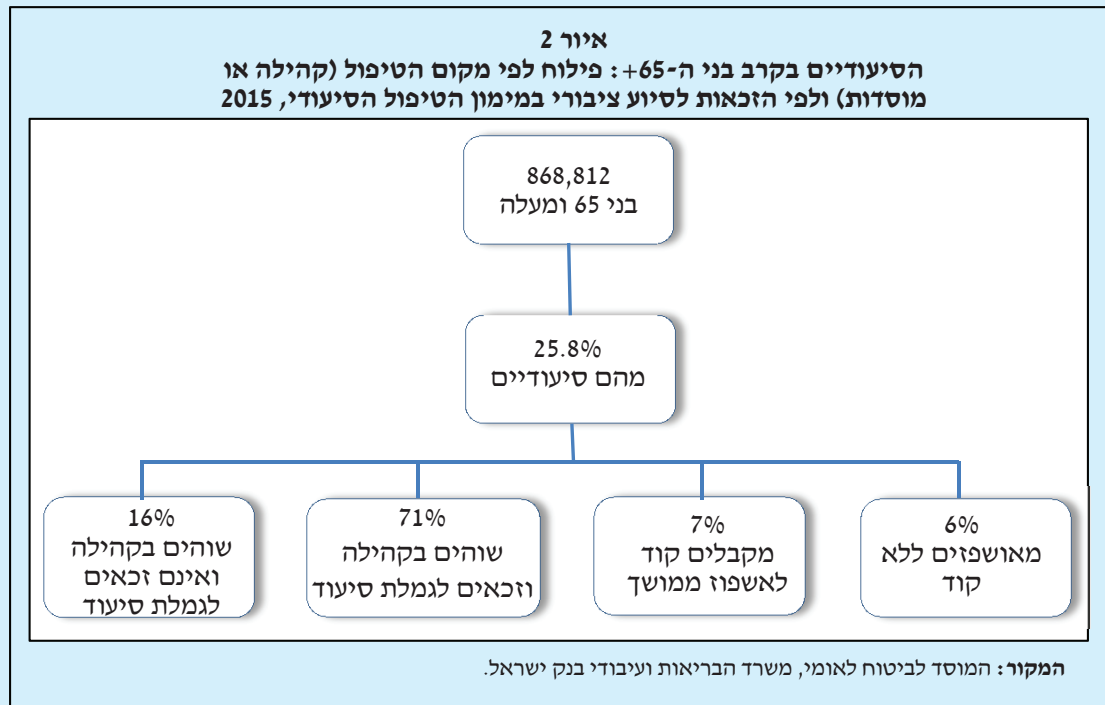
הציבוריים במוסדות מצוי באחריות משרד הבריאות⁵. גופים אלה מתווים את המדיניות להספקת השירותים המצויים באחריותם ומפקחים עליהם. הירידה שניכרת בשנים האחרונות בנטייה לאשפוז קשישים סיעודיים נובעת משתי סיבות: ראשית, הציבור וגורמי המקצוע סבורים כי הטיפול בקהילה מיטיב עם הקשישים מפני שהוא ניתן בסביבת מגוריהם ובקרבת משפחותיהם ומעגלים חברתיים נוספים. שנית, עלות האשפוז גבוהה לאלה שאינם זכאים לקבל מהמדינה סיוע במימון.

² אנו מציגים את הרקע המוסדי והכלכלי לרפורמה באופן תמציתי. פירוט אפשר למצוא אצל כהן-קובץ' ג', מ' הרן-רוזן ותי' רמות-ניסקה (יפורסם), "הביטוח הסיעודי בישראל", בנק ישראל. מרבית הנתונים מתייחסים לשנת 2015 – השנה שאלה התייחס נייר המדיניות הנזכר ולגביה קיבלנו את הנתונים הרבים ביותר. רקע נוסף לרפורמה ניתן למצוא בתוך משרד הבריאות (2011), "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה".

³ אדם נחשב לסיעודי כשפעולותיו היום-יומיות תלויות במידה רבה בסיוע הזולת, והתלות נובעת ממחלה כרונית או מליקוי קבוע. אנו כוללים בהגדרה גם את תשושי הנפש, קשישים שמסוגלים להתהלך בעצמם אך סובלים מירידה משמעותית בתפקוד בגלל פגיעה בזיכרון, בהתמצאות או בשיפוט, ובעטייה הם זקוקים להשגחה ולסיוע בפעילויות היום-יום. את מצב התלות של הקשישים קובעים באמצעות מבחן שמכמת באיזו מידה הם יכולים לבצע פעולות יום-יומיות (Activities of Daily Living – ADL).

⁴ לא האבנו בחשבון את המחיר הכלכלי הכרוך בטיפול שמעניקים בני משפחה (זה כולל אובדן הכנסות ותוצר) ואת הכספים שמשקי הבית מוציאים על ביטוחים סיעודיים.

⁵ לצידם פועלים גופים ממשלתיים שתפקידם משני – קופות החולים, הרשויות המקומיות, משרד הרווחה ומשרד הפנים (רשות האוכלוסין). האחרון אחראי למתן היתרים להעסקת עובדים זרים, וגם הם נחשבים לסיוע ציבורי.



ההתרחבות שחלה בעשור האחרון בשירותי הסיעוד בקהילה באה לידי ביטוי בגידול מהיר במספר הזכאים לגמלת הסיעוד שמעניק המוסד לביטוח לאומי (מבלי שחלה הקלה בתנאי הזכאות) ובגידול במספר מטפלי הבית – הזרים והישראלים כאחד. בחלק מהתקופה עלה מספר העובדים מהר ממספר הקשישים (בני +75), אולם בארבע השנים האחרונות קצב הגידול דומה. בהקשר זה יש להעיר כי נוסף להזדקנות תרמו לגידול עוד סיבות, חלקן חברתיות, למשל (1) הירידה בשיעורם של בני המשפחה המטפלים בקשישים בביתם עקב עלייה בהשתתפותן של נשים, בפרט מבוגרות, בכוח העבודה, ו-(2) העלייה בהכנסתם של משקי הבית, שחלק ממנה מופנה לרכישת שירותים.

על פי המוסד לביטוח לאומי, כרבע מהקשישים הסיעודיים שחיו בקהילה ב-2015 היו תלויים לחלוטין בסיוע הזולת וזקוקים להשגחה וסיוע בכל שעות היממה⁶. היתר היו עצמאיים יותר אך גם הם נזקקו לסיוע בביצוע פעולות יום-יומיות, לפחות בחלק מהיום. הקשישים הסיעודיים בקהילה (זכאי חוק הסיעוד ואלה שאינם זכאים) קיבלו בשנה זו טיפול מכ-80 אלף מטפלות ומטפלים ישראלים ומכ-50 אלף מטפלות ומטפלים זרים. המטפלים הזרים מועסקים במשקי הבית במשרות מלאות ולרוב מטפלים בקשיש יחיד. המטפלים הישראלים מועסקים במשרות חלקיות, ולרוב מטפלים בכמה קשישים ועוברים בין בתיים.

הזכאות לסיוע ציבורי במימון הטיפול הסיעודי בקהילה מבוססת על רמת התפקוד של הקשיש, והיקף הסיוע הכספי תלוי גם במבחני הכנסות. קשישים שהכנסתם גבוהה מהסף התחתון זכאים למחצית הגמלה בלבד, וקשישים שהכנסתם גבוהה מהסף העליון אינם זכאים לגמלה כלל. כ-24% מהקשישים הסיעודיים ב-2015 לא קיבלו כל מימון מהביטוח הלאומי מפני שהכנסתם עלתה על הסף העליון. כ-82% מהקשישים הסיעודיים שחיו בקהילה (71% מכלל הסיעודיים) היו זכאים לסיוע כלשהו במימון הטיפול. רוב הסיוע מוענק כשירותים (בעין), ולא כגמלה כספית, באחת משלוש רמות גמלה. הרמה הנמוכה מממנת 9.75 שעות טיפול בשבוע, וקיבלו אותה כמחצית מהזכאים. הרמה הגבוהה ביותר מממנת 18 שעות

⁶ אין לנו נתונים על רמת התלות הסיעודית בקרב אוכלוסיית הקשישים בכללותה. לכן אנו מניחים כי באוכלוסייה זו שיעור הנזקקים לסיוע בכל שעות היממה זהה לשיעורם בקרב הזכאים לגמלת סיעוד.

לוח 2

הערכה לגבי שיעור המחזיקים בביטוח סיעודי פרטי במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים ובמסגרות פרטיות אחרות, לפי שלישון ההכנסה¹, 2015

המיקום של משק הבית בהתפלגות ההכנסות לנפש תקנית	שיעור המחזיקים בביטוחי סיעוד מקופות החולים	שיעור המחזיקים בביטוחים אחרים
השלישון התחתון	24.7	4.0
השלישון האמצעי	43.3	14.0
השלישון העליון	57.7	33.1
האוכלוסייה כולה	48.5	15.2

¹ הנתונים מתייחסים לכלל אוכלוסיית הבוגרים שנדגמה בסקר החברתי.

המקור: הסקר החברתי שהלמ"ס ערכה לשנת 2010 ונתוני רשות שוק ההון לגבי ההחזקה בביטוחים קבוצתיים ופרטיים בשנת 2015.

טיפול בשבוע⁷, אולם הקשישים הזכאים לה תלויים בסיוע או זקוקים להשגחה בכל שעות היממה.

מקרב המאושפזים במוסדות רק 46% קיבלו מהמדינה סיוע כלשהו במימון האשפוז באמצעות קוד משרד הבריאות⁸, והשתתפותם העצמית נעה בין 750 ש"ח לחודש לכ-12.9 אלף ש"ח בחודש (האחרון שווה לסכום שמשרד הבריאות משלם בגין האשפוז). גובה ההשתתפות העצמית נקבע גם לפי הכנסותיהם

של הקשיש וילדיו. מאחר שהביטוח הציבורי מקנה לקשישים בעלי הכנסה נמוכה כיסוי נדיב יותר במוסדות, יש להם תמריץ להעדיף את המוסדות על פני הקהילה גם כשהדבר אינו עולה בקנה אחד עם העדפתם הטיפולית.

היכולת של משקי הבית לממן שירותי סיעוד תלויה בגורמים רבים: עלות שירותי הסיעוד; היקף הטיפול הסיעודי הנדרש ומשכו; רמת ההכנסה של הקשיש והנכסים שברשותו; הזכאות לביטוח ציבורי; והבעלות על ביטוח סיעוד פרטי. כדי לבחון את יכולתם של קשישים לממן את שירותי הסיעוד בקהילה בהינתן השירותים הציבוריים הקיימים, השווינו את עלויות הטיפול הסיעודי להכנסות משקי הבית נטו לפי עשירוני ההכנסה נטו, בהנחה שההוצאה על טיפול סיעודי אישי בקהילה מסתכמת בכ-8,000 ש"ח לחודש⁹. הסימולציות שערכנו מתייחסות לתלות מלאה (קשישים שזקוקים לעזרה או השגחה בכל שעות היממה)¹⁰, ומתבססות על הנתונים מסקר ההוצאות של משקי הבית.

מצאנו כי הטיפול בקהילה מטיל על משקי הבית של הקשישים נטל כספי כבד, ובחלק ניכר מהאוכלוסייה ההוצאה הכרוכה בו עולה על ההכנסה השוטפת נטו. רבים מהקשישים יתקשו לממן בעצמם בהיעדר חסכוניות או מקורות הכנסה נוספים, ביניהם הכנסות מהון ומרכוש, העברות ממשקי בית אחרים או ביטוח ייעודי¹¹. אפשר לפתור את קשי המימון, או לפחות למתן אותם מאוד, באמצעות ביטוח סיעוד פרטי מהסוג שמשווקים הביטוחים המשלימים של קופות החולים, כאשר המבוטח עומד בקריטריון התפקודי להפעלת הביטוח. מסקנה זו תקפה גם לגבי קשישים בעשירון התחתון של ההכנסות. אולם משקי הבית בשלישון ההכנסות התחתון מחזיקים מעט מאוד ביטוחים כאלה יחסית למשקי הבית בשלישון העליון (לוח ח'-2).

⁷ הקשישים מקבלים את כל השעות, מחציתן או אף אחת, בהתאם להכנסות משקי הבית שלהם. אם קשישים ברמות התלות הבינונית והגבוהה בוחרים להעסיק עובד ישראלי במקום עובד זר, גמלתם גדלה בכ-20%.

⁸ משרד הבריאות מקיים מכרז לקניית שירותי אשפוז סיעודי, אך המחיר המקסימלי בו נמוך ממחיר השוק של אשפוז סיעודי. מספר מיטות האשפוז במכרז הסגור הוא מספר המיטות שיוצעו לקשישים הסיעודיים שיימצאו זכאים לאשפוז על יסוד מצבם התפקודי. במידה שהקשישים ומשפחותיהם יבקשו לקבל שירות זה, הם יעברו מבחן הכנסות, ובהתאם לתוצאותיו ישלמו סכום שנע בין ההשתתפות העצמית המינימלית (750 ש"ח לחודש) לעלות הקוד שמשרד הבריאות משלם למוסדות במסגרת המכרז (12,900 ש"ח לחודש).

⁹ הסכום כולל את עלות ההעסקה של מטפל בהנחה שבני משפחה ממלאים את מקומו ברוב ימי המנוחה שלו, וכן את ההוצאה על הציוד והשירותים הקשורים במצבו התפקודי של הקשיש (כגון הסעות, מכשירי סיוע לניידות, תרופות וחיתולים). הסכום אינו כולל את הוצאות המחיה הרגילות. ייתכן שמדובר בהערכת חסר.

¹⁰ מחקר שה-OECD ערך לאחרונה נקט גישה דומה כדי לבחון את נשיגות שירותי הסיעוד ב-14 מהמדינות החברות בו / או באיחוד האירופי. ראו Muir, T. (2017), "Measuring Social Protection for Long Term Care", OECD Health Working Paper, no. 93.

¹¹ על יסוד סקרי ההוצאות שעורכת הלמ"ס אנו מעריכים כי ל-16% מבני ה-45+ אין דירה ואין ביטוח סיעודי פרטי, ובחציון ההכנסה התחתון שיעור זה עומד על 28%.

תוכנית הסיעוד הלאומית: הרפורמה המתוכננת בענף הסיעוד ב-2018—2021

הממשלה אישרה את תוכנית הסיעוד הלאומית בינואר 2018, ויישומה ופרטיה הסופיים כפופים לאישור הכנסת. התוכנית מתבססת על עיבוי של מערך השירותים הקיימים ומימונם דרך המערכת הציבורית, להבדיל מהחלופה הכוללת פיתוח של מערכת הביטוח הפרטית תוך מתן אפשרות למימון ציבורי חלקי¹². סעיפי הרפורמה מפורטים בלוח ח'–1, והם מוסיפים לביטוח הסיעודי הציבורי תוספת תקציבית בלתי מבוטלת ועורכים בו כמה שינויים מבורכים. אולם הרפורמה אינה מטפלת בכמה ליקויים במערכת הביטוח הסיעודי ובחלקם היא מטפלת רק חלקית. בסעיפים אחרים אין זה ברור מהי תוכנית הפעולה ואם התוספת התקציבית הולמת את היעדים, ויש להגביר את השקיפות לגביהם. להלן נציג סוגיות מרכזיות שאינן זוכות לתשומת לב בסעיפי הרפורמה שאושרה:

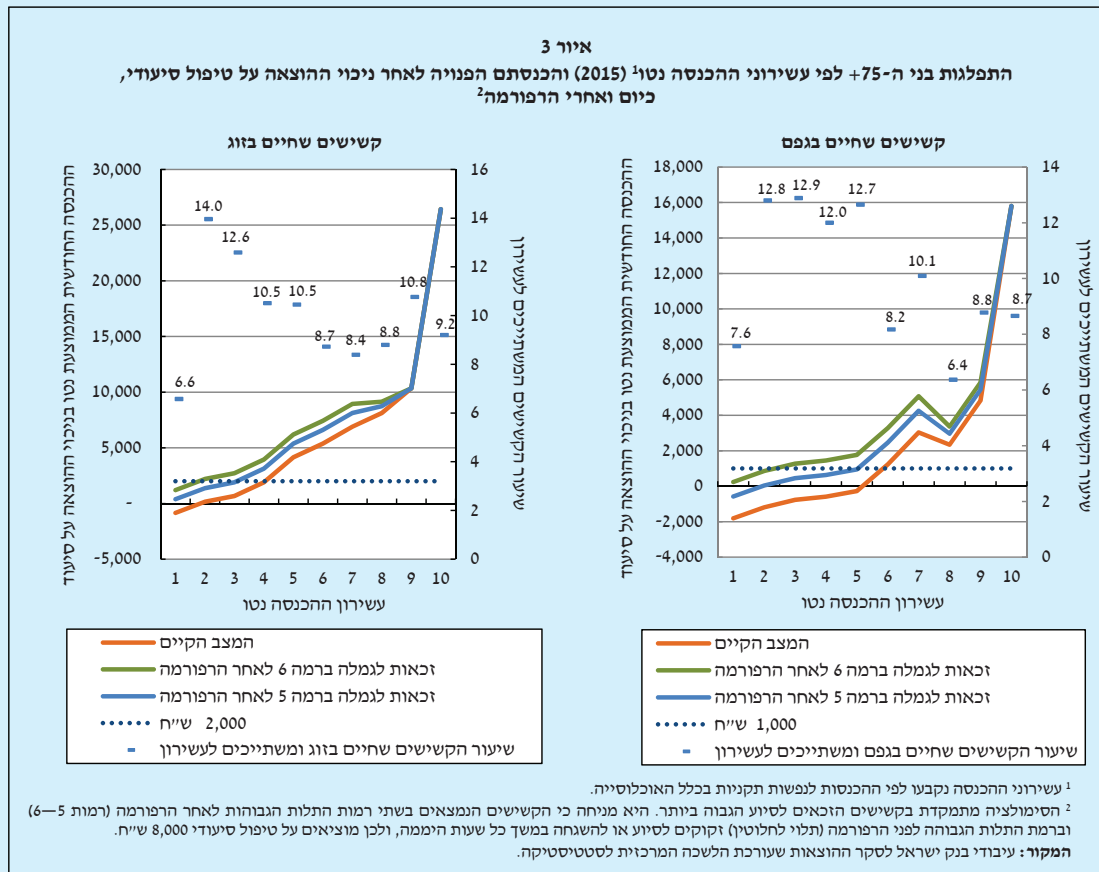
1. התבוננות במגמות העתידיות בהתפתחות הביקוש לשירותי סיעוד עבור קשישים והפנמתן בתכנון מערכת השירותים הציבוריים והפרטיים: הרפורמה מתייחסת לבעיות הנוכחיות במערכת, ואינה דנה בצעדים הנדרשים כדי להתמודד עם הגידול שיידרש בהוצאה הציבורית לנוכח ההתפתחויות הדמוגרפיות והכלכליות. חשוב שהממשלה תעריך את העלות הציבורית ואת צעדי המדיניות הנחוצים לשמירה על רמת שירותים נאותה בעתיד, בהתחשב בתחזיות הדמוגרפיות והכלכליות¹³. זאת ועוד, אין כיום גורם ממשלתי יחיד שמוביל את תכנון התחום לטווחים הקצר והארוך – כלומר את העיסוק בהיצע השירותים הציבוריים והפרטיים, איכותם ומימונם; את גיבוש המדיניות לגבי כוח האדם בענף; ואת ההטמעה של חידושים טכנולוגיים וחדשנות בכלל. נטל ההוצאה על משקי הבית בגין טיפול סיעודי: תוכנית הסיעוד הלאומית מפחיתה מאוד את נטל ההוצאה על שירותי סיעוד בקרב משקי בית של קשישים ברמות התלות הגבוהות ביותר: גמלת הסיעוד שלהם (במונחים של יחידות שירות) תגדל ב-36%—44%¹⁴, ושווי הגידול יחושב לפי רמת הגמלה שהם יהיו זכאים לה לאחר הרפורמה. גידול ניכר זה ישפר את יכולתם של משקי הבית הנידונים לממן את שירותי הסיעוד. הרפורמה אינה צפויה לשפר את יכולתם של קשישים ברמות התלות הנמוכות-בינוניות לממן טיפול סיעודי¹⁵. איור ח'–3 מציג סימולציה של ההכנסה הפנויה לאחר ניכוי ההוצאות על טיפול סיעודי כיום ואחרי יישומה המלא של הרפורמה, והוא מתמקד בקשישים סיעודיים ברמות התלות הגבוהה ביותר ומחלק אותם לפי עשירוני הכנסה. האיור מלמד כי יישום הרפורמה אומנם יצמצם לאוכלוסייה זו את קשיי המימון של הטיפול הסיעודי, אך בחלק התחתון של התפלגות ההכנסות ייוותרו קשיים חמורים. בעיית המימון חריפה יותר אצל קשישים שחיים בגפם ואצל אלה שאין ברשותם דירה או הכנסות מהון. יש לבחון את הצורך ליישם עוד צעדים שיבטיחו את יכולתם של משקי הבית לממן את הטיפול הסיעודי, למשל צעדים שיעודדו אותם לרכוש ביטוחי סיעוד פרטיים או לפתוח תוכנית חיסכון ייעודית.
3. הטיפול הביתי – פיקוח, הכשרה, ליווי מקצועי והסדרת יחסי העבודה: הטיפול הסיעודי עתיר עבודה, וסביר להניח כי בעתיד הוא יתייעל לאט ומעט אלא אם יחול שיפור טכנולוגי משמעותי. רבים מהמטפלים בענף הסיעוד הביתי אינם מקבלים הכשרה או הדרכה מקצועית, שכן המדינה דורשת כי רק שליש מהם יקבלה.

¹² השוואה בין הביטוחים הציבורי והפרטי, וניתוח של ההצדקה להתערבות המדינה בביטוח הסיעודי, אפשר למצוא אצל כהן-קובץ, ג', מ' הרן-רוזן ות' רמות-ניסקה (יפורסם), "הביטוח הסיעודי בישראל", בנק ישראל.

¹³ בנק ישראל ערך תחזית לגבי הוצאות הסיעוד בישראל בטווח הארוך. הגידול באוכלוסיית הקשישים ובעלות שירותי הסיעוד צפוי להגדיל את ההוצאות בכל תרחיש סביר. אולם קיימת אי-ודאות לגבי כמה מרכיבים מרכזיים: (1) מידת הירידה במשקל הנוקשים לסיעוד בכל קבוצת גיל עם העלייה בתוחלת החיים; (2) גמישות הביקוש לשירותי סיעוד ביחס למחירים; ו-3) גמישות ההיצע של הטיפול הביתי פורמלי ביחס להתייכרות שירותי הסיעוד. לכן טווח התחזית רחב יחסית. בתרחיש המתון ביותר תגדל ההוצאה מ-1.2% תוצר ב-2015 ל-1.3% תוצר ב-2030 ול-1.4% תוצר ב-2045; בתרחיש התלול ביותר תגדל ההוצאה ל-2.1% תוצר ב-2030 ול-3.2% תוצר ב-2045 (פירוט מופיע אצל כהן-קובץ ואחרים [יפורסם]).

¹⁴ כיום הם זכאים ל-18 (22 יחידות שירות אם הם מעסיקים עובד זר (ישראל), והרפורמה תגדיל את זכאותם ל-26 ול-30 יחידות, בהתאמה.

¹⁵ הרפורמה לא תפגע בזכאותם של קשישים שכבר נמצאים במערכת.



המטפלים דואגים לקשיש שמצבו הבריאותי ירוד, עבודתם כרוכה בקושי פיזי ונפשי ודורשת מידה רבה של אחריות, אמינות וחמלה, והם אינם שייכים לרשת חברתית-מקצועית מאורגנת. המטפלים הזרים אינם מקבלים לעיתים תנאי עבודה ומגורים שמאפשרים לשמור על פרטיות, ופערי התרבות והשפה עלולים לפגוע הן במטפל והן במטופל. במצבים אלה נוצרת תכופות מערכת יחסים מורכבת בין המטפל למטופל ומשפחתו. ללא הכשרה וליווי מתאימים הצטברות של הקשיים עלולה לפגוע בתפקוד המטפלים ולהגביר את סיכוייהם לסבול משחיקת החמלה (compassion fatigue) – עייפות פיזית, רגשית ורוחנית בקרב מטפלים. זו מצידה עלולה להשפיע על איכות עבודתם וחייהם ולכן על איכות חייהם של המטופלים¹⁶.

4. מבקר המדינה הצביע על ליקויים במנגנון הפיקוח על הטיפול שמטפלי הבית מספקים בקהילה¹⁷. המבקר הקדיש חלק ניכר מהביקורת לתופעות כגון שעות טיפול שאינן מסופקות בפועל, נורמות עבודה לקויות ופיקוח בלתי מספק. יש להקים מנגנונים שיבטיחו כי שעות הסיעוד אכן ניתנות בפועל ויסדירו את יחסי העבודה בין המטפל למטופל, את הסטנדרטים הבסיסיים לטיפול הולם בקשישים סיעודיים, ואת הכשרת המטפלים

¹⁶ ראו למשל פרדס א' ובן-נון י' (2014), "שחיקת החמלה (compassion fatigue): ביטויים, גורמי סיכון, מניעה וטיפול", *גרונטולוגיה וגריאטריה*, כרך מ"א מס' 1.

¹⁷ מבקר המדינה (2017), "טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם: דוח ביקורת מיוחד".

וליווים במהלך העבודה. ייתכן כי יש אף להקים מנגנונים לשכר שמשתנה בהתאם להכשרת המטפל ולמורכבות העבודה. תוכנית הסיעוד הלאומית אומנם מתייחסת לחלק מנושאים אלה, אך אין זה ברור מה היא תכלול בהקשר זה, כיצד יוקצה התקציב, ומהו מנגנון הבקרה על השגת היעדים.

5. תקינת כוח האדם והפיקוח במוסדות: רפורמה בתחום הסיעודי נדרשת להגדיר היטב את תקינת כוח האדם במוסדות האשפוז, את מנגנוני הפיקוח על העובדים ועל נאותות טיפולם, ואת אופי הדרכתם והכשרתם. כמו כן ראוי להגדיר מדדים שקופים להשגת היעדים בתחומים אלה.

6. הסוגיות הקשורות בביטוחים הסיעודיים הפרטיים: תוכנית הסיעוד הלאומית אינה מתייחסת כלל לסוגיות הקשורות בביטוחים הסיעודיים הפרטיים. הביטוחים הפרטיים אינם מבטיחים כיסוי מספיק בעת הצורך, משום שהם כוללים ביטוח חסר (תת-ביטוח) משתי סיבות: ראשית, חברות הביטוח מצמידות למדד המחירים לצרכן את התשלום בפוליסות הנרכשות לתקופה עתידית, אולם שירותי הסיעוד מתייקרים בשיעור גבוה יותר שכן הם מתבססים על עלות כוח האדם (השכר); הדבר עלול לשחוק את שווי הביטוח, בפרט לצעירים שרוכשים ביטוח לעת זקנה. שנית, רוב הביטוחים הסיעודיים משלמים במשך חמש שנים לכל היותר, אך אדם עלול להימצא במצב סיעודי תקופה ארוכה יותר. לבסוף, חלק מהאוכלוסייה אינו יכול לרכוש ביטוח פרטי, למשל הסובלים מבעיות בריאות כרוניות.

7. הבטחת מיצוי הזכויות במערכת בכלל, ובפרט לאחר הרפורמה היות שזו מעודדת את הקשישים לעבור משירותים בעין (כנהוג כיום) לשירותים בכסף. המעבר לגמלה בכסף עלול להגביר את הנטל הביורוקרטי הכרוך בקניית שירותי סיעוד, בפרט בקרב קשישים סיעודיים ברמות התלות הנמוכות, ויש להבטיח את מיצוי הזכויות במערכת לאחר הרפורמה.