

שיפור הטיפול הסיעודי בקשישים

מוגש לחבר הכנסת סימון דוידסון

תוכן עניינים

2.....	1. מבוא
4-2.....	2. תקציר מנהלים
4.....	3. סקירת המצב הקיים
4.....	3.1. התאמת מטפל לקשיש
6-5.....	3.1.1. כיצד נקבעת רמת התלות ומוקצאות שעות הטיפול
6.....	3.1.2. חובת דיווח על שעות עבודה
7-6.....	3.1.3. בקרה של ביטוח לאומי על הטיפול, תנאי המכרזים ואכיפתם
7.....	4. סקירת חקיקה – הדין המצוי
9-8.....	4.1. חוק הביטוח הלאומי
9.....	4.2. חוק שירותי הסעד
10.....	4.2.1. תקנות שירותי הסעד (טיפול בנזקקים)
10.....	5. סקירת פסיקה
10.....	5.1. קביעת זכאות
11.....	5.2. חובת הפיקוח של ביטוח לאומי
14-11.....	5.3. מתכונת העבודה הייחודית בתחום הסיעוד
14.....	6. סקירה משווה
14.....	6.1. בריטניה (אנגליה)
14.....	6.1.1. Care Act 2014
15-14.....	6.1.2. מימון הטיפול בקשישים
15.....	6.1.3. זכאות לטיפול
16-15.....	6.1.4. הכשרת מטפלים
17-16.....	6.1.5. תקני הדרכה ופיתוח לעובדי התמיכה בשירותי בריאות ועובדים סוציאליים למבוגרים באנגליה
17.....	6.1.6. מכרזים בתחום הסיעוד
18.....	6.2. שוודיה
18.....	6.2.1. מתן זכאות לטיפול
19-18.....	6.2.2. הכשרת מטפלים
19.....	6.2.3. מימון טיפול בקשישים
20-19.....	6.2.4. מכרזים בתחום הסיעודי בשוודיה
20.....	6.3. ארצות הברית
21.....	6.3.1. תכניות ביטוח לאומי לאנשים עם מוגבלויות או מחלות כרוניות
23-21.....	6.3.2. מכרזים

23..... 6.4 צרפת.

23..... 6.4.1 יצירת סקטור השירותים הביתיים.

24-23..... 6.4.2 כוח העבודה הטיפולי.

24..... 6.4.3 עידוד הכשרות.

25-24..... 6.4.4 מערך ההכשרה.

30-25..... **7. המלצות.**

1. מבוא

אזרחים ותיקים רבים נעשים סיעודיים עם הזדקנותם ונוקקים לסיוע. המדיניות המקובלת היום בישראל היא שיש לאפשר לאזרחים הוותיקים להמשיך לחיות בביתם ובקהילתם כל עוד הם יכולים וכל עוד הם מעוניינים בכך.¹

"ביטוח סיעוד נועד לסייע לקשישים להמשיך ולחיות בקהילה זמן ממושך ככל האפשר, באמצעות מתן טיפול אישי למי מהם הזקוקים לעזרה בתפקוד היום-יומי או להשגחה, ובכך לסייע למשפחות המטפלות בהם. במסגרת ביטוח סיעוד זכאי לגמלת סיעוד כל תושב ישראל בגיל הזכאות² המתגורר בקהילה (בביתו, אצל בן משפחה, בדיור מוגן או במחלקה לעצמאים או תשושים במוסד סיעודי), אם הוא מוגבל בתפקודו הפיזי או הקוגניטיבי והוא עומד במבחן הכנסות, שבו נבחנות הכנסות הקשיש וכן הזוג בלבד. הגמלה ניתנת בעין (בשירותים) או בכסף או בשילוב של שירותים וכסף (גמלה משולבת)".³

במדינת ישראל, העלייה בתוחלת החיים ובהתאם לכך העלייה בשיעור הקשישים באוכלוסייה, גבוהה במיוחד.⁴ בו בזמן, שיעורי השתתפות בני המשפחה בשוק העבודה גדלים והיכולת להישען על טיפול בלתי פורמלי של המשפחה בקשישים סיעודיים מצטמצמת.⁵ לפיכך, נושא הטיפול בקשישים הוא סוגיה חברתית מרכזית, אשר דורשת היערכות מדינתית רחבת היקף.

מטרת היוזמה היא לבחון את הסדרת מקצוע הטיפול הסיעודי, תוך שימת דגש על המצב כיום בכמה היבטים: סקירת אופן התאמת מטפל לקשיש; קביעת רמת התלות ובהתאם לכך הקצאת שעות טיפול; חובת דיווח של שעות עבודה; בקרה של המוסד לביטוח לאומי (להלן: "ביטוח לאומי") על הטיפול; תנאי המכרזים ואכיפתם.

2. תקציר מנהלים

← **סקירת המצב הקיים:** עיקר הטיפול הסיעודי בקשישים בישראל מתבצע על-ידי עובדות זרות המספקות טיפול והשגחה בבית המטופל. עובדות אלו כפופות לחברות סיעוד פרטיות המציעות שירותי סיעוד בעקבות זכייתן במכרזים של ביטוח לאומי. חלוקת האחריות הזו יוצרת מספר בעיות. ראשית, ההכשרה המקצועית של המטפלות חלקית ולפיכך אינה מותאמת לטיפול ראוי. אחת הסיבות לכך היא היעדר הפיקוח וקביעת

¹ הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה בניית תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה, 83 (2018).
² גיל הזכאות לגמלת סיעוד הוא גיל הפרישה.
³ מבקר המדינה טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השהים בביתם – ביקורת מעקב, 2001 (2022) (להלן: "דו"ח המבקר 2022").
⁴ גיני ברודסקי ואח', קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי, עמ' 330-332 (2015).
⁵ יעל חסון ונוגה דגן בווגלו "הגירעון הטיפולי בישראל – מי נושאות בנטל וכיצד לצמצמו?" מרכז אדוה, 4, 27 (2019).

הסדרה של מקצוע הסיעוד בכללותו על-ידי המדינה ככלל ושל ביטוח לאומי בפרט. שנית, מבחן התלות ומבחן ההכנסה הקובעים את הזכאות לגמלת הסיעוד, לעיתים אינם מותאמים ושוללים זכאות מהזקוקים לטיפול או מובילים לתוצאה בה מספר השעות המוקצה אינו מספק את צרכיהם האמיתיים של הקשישים. בעיה נוספת ומשמעותית הינה "גניבת שעות" הנעשית בידי המטפלות בשל היעדר פיקוח ודיווח על שעות העבודה. לאור האמור לעיל, איכות הטיפול נפגעת ובכך גם המצב הבריאותי של הקשיש.

← **חקיקה:** סקירת החקיקה הקיימת בנוגע לטיפול הסיעודי בקשישים מלמדת על היעדר הסדרה חקיקתית, מאוחדת ומקיפה בתחום. חיסרון זה מוביל להיעדר רף חוקי לאיכות הטיפול שניתן; להכשרת המטפלים; לפיקוח על עבודתם; ובעיקר לפגיעה במטופלים. אומנם, חוק הביטוח הלאומי נועד לספק תמיכה בביצוע תפקידי הטיפול על ידי בני המשפחה, אך בשל אי ההסדרה החוקית דווקא גורם לנזק לקשישים, למשפחותיהם ואף לקופת המדינה.

← **פסיקה:** הפרק בוחן את המצב הפסיקטי בתחום הטיפול הסיעודי בדגש על בחינת הסוגיות השונות: תנאי הזכאות; שעות מדווחות שאינן ניתנות בפועל; פיקוח של המוסד לביטוח לאומי; הסדרת זכויות וחובות של כלל המעורבים בתחום הטיפול.

מהפסיקה עולה כי כחלק מחובתו של המוסד לביטוח לאומי, כגוף ציבורי האחראי על כספי הציבור, עליו לעקוב אחר ביצועי הזוכים במכרז. זאת ועוד, הפסיקה מכירה בקושי לפקח על המטפלים בתחום הסיעודי כתוצאה ממתכונת עבודתם הייחודית ותנאי עסקתם. בשל העובדה שהנושא טרם הוסדר בחקיקה מקיפה, גם הפסיקה דלה בכל הנוגע לתופעת השעות המדווחות שאינן ניתנות בפועל לקשישים. אולם, בית המשפט מכיר בפיקוח על שעות העבודה באמצעות טכנולוגיות מתאימות וקובע כי יש לקיימו תוך שמירה על זכותם לפרטיות של המטופלים והמטפלים כאחת.

לבסוף, בית המשפט מחזיר את הסוגיה של הסדרת הטיפול הסיעודי בקשישים לפתחו של המחוקק ודורש קביעת הסדר חקיקתי ספציפי שיסדיר את הזכויות והחובות של שני הצדדים.

← **משפט משווה:** בפרק זה נדון בנושא הטיפול הסיעודי במדינות העולם השונות ונעמוד על אופיו ואיכותו. הפרק יתמקד בבחינת ההסדרה החוקית של מנגנוני העסקה/המכרזים של הטיפול הסיעודי מטעם המדינה, המסופק על ידי חברות פרטיות. הפרק יציג את עיקרי הדברים בנושאים הללו באמצעות סקירה השוואתית של המדינות: בריטניה, שבדיה, ארה"ב וצרפת. בבריטניה, המכרזים הנפוצים ביותר הם לשירותי טיפול ביתי אשר נועדו להבטיח לקשישים לחיות בביתם הפרטי ובקהילה ככל האפשר. בשוודיה, ישנו דגש לאיכות הטיפול הן בהיבט הפרטי והן בציבורי ולכן התחרות במכרזים היא על איכות בלבד. בארה"ב, שיטת המכרזים הובילה לתוצאות מעורבות, גם חיוביות וגם שליליות, מנהלי המכרזים דיווחו כי שימוש במנעד קריטריונים רחב יותר היה מיטיב עימם בבחירת הזוכים, וייתכן וגם היה משפר את איכות הטיפול שניתן. בצרפת, ישנן הכשרות שונות למטפלות, במימון גופים שונים, אשר מכשירות אותן לתת טיפול מיטבי לקשישים.

← **המלצות:** בפרק זה נציג מספר המלצות שתכליתן שיפור הטיפול הסיעודי בקשישים. **המלצותינו הן:** (1) ריכוך מבחן ההכנסה הקובע את הזכאות לגמלה ומקשה על רבים לקבלה; (2) הקמת גוף האחראי לתחום הסיעוד מחוץ למוסד הביטוח לאומי; (3) הטלת סנקציות על החברות הפרטיות באי קיום חובותיהן, תוך קביעה כתנאי בהסכם ההתקשרות; (4) החתמה סלולרית - אפליקטיבית שעון נוכחות לפי מיקום בזמן אמת

בכדי להתמודד עם תופעת השעות המדווחות שאינן ניתנות בידי המטפל; (5 קביעת הכשרות למטפלים; 6) עבודה מועדפת בתחום הסיעוד לחיילים ובני שירות לאומי משוחררים.

3. סקירת המצב הקיים

3.1 התאמת מטפל לקשיש

החל מסוף שנות השמונים, החלה להתפתח בישראל תופעה של טיפול בקשישים באמצעות עובדות זרות המתגוררות בביתו של הקשיש ומספקות טיפול והשגחה ברוב שעות היממה. את שירות הטיפול הביתי בישראל מספקות חברות סיעוד ועמותות שזכו במכרזים של המוסד לביטוח לאומי.

התבוננות בתמונת המצב מלמדת כי ההכשרה המקצועית של המטפלות בישראל היא חלקית, אינה מתוקצבת ואינה מתגמלת. מכרזי המוסד לביטוח לאומי דורשים מכל מפעיל להכשיר 30% מהמטפלות, הכשרה בת 67 שעות. לגבי יתר המטפלות נקבע כי על החברות להכשירן, אך מבלי להגדיר את היקפה ותוכנה של ההכשרה הנדרשת. המפעילים מצביעים על קושי לגייס מטפלות להכשרה, זאת בשל העובדה שאין תמריץ בצידה והיא אינה משפיעה על תנאי העבודה והשכר.⁶

מביקורת מעקב שערך מבקר המדינה בעניין טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם, עולה כי ביטוח לאומי לא קבע סדרי עדיפויות בהפניית המטפלות שהוכשרו הכשרה מקצועית לפי מאפייני הקשישים הסיעודיים, ואף לא הנחה להפנות אותן ראשית לטיפול בקשישים אשר מצויים ברמות התלות הגבוהות. יתרה מכך, מרבית הקשישים הסיעודיים המצויים ברמות התלות הגבוהות טופלו בידי מטפלות שלא הוכשרו הכשרה מקצועית כלל.⁷

אם כן, נוצר מצב שבו ביטוח לאומי חייב לספק מענה לשני מצבים רגישים באמצעות עובדים לא מקצועיים, ומבלי שתחול על המעביד שלהם חובה להכשיר אותם לתפקיד. המצב האחד הוא טיפול בית ועזרה לקשישים הסיעודיים בחיי היום-יום שלהם. המצב האחר הוא הספקת השגחה על קשישים סיעודיים היכולים לסכן את עצמם או את זולתם או המתקשים בניהול משק הבית שלהם.

האחריות המוטלת על המטפלות דורשת לפתח הוראות וכלי פיקוח ובקרה נאותים, אשר יחייבו את המעסיקים להקנות למטפלות אלה הכשרה מקצועית מספקת ונאותה. לדעת שטסמן, ראש המכון לסקר הזקנה, יש לתת את הדעת על השאלה כיצד ניתן להביא להכשרת כלל המטפלות לתפקידן בידי המעסיקים ועל חשבונם. ייתכן שיש הכרח ברישוי העובדים לאחר הכשרה מתאימה.⁸

טיפול לא מיומן בקשיש הסיעודי עלול להביא לפגיעה בו ולסכן את בריאותו. כיוון שהתפקיד מתבצע בבידוד רב, הרחק מעמיתים לעבודה וללא פיקוח מקצועי מידי ודורש קבלת החלטות באופן עצמי, אנו סבורים כי להכשרה המקצועית של המטפלים חשיבות רבה. כמו כן, הכשרה לעיסוק בטיפול סיעודי בקשישים היא יסוד חשוב בהפיכתו לפרופסיה ובהגדרת מי שרשאי לעסוק בו. הפיכת העיסוק הנ"ל לפרופסיה עשויה להוות מקור משיכה לעובדים ישראלים.⁹

⁶ שם בעמ' 31.

⁷ מבקר המדינה טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם, 40 (2017) (להלן: "דוח המבקר 2017").

⁸ יוחנן שטסמן, חוק ביטוח הסיעוד לאחר 12 שנים – בעיות ופתרונות, ביטחון סוציאלי, 60, 19 (2001).

⁹ אלה הלר הטיפול בקשישים בישראל: דיון בסוגיית עובדי הסיעוד הזרים ומטפלות הבית הישראליות על רקע מיפוי הצרכים וסקירת הפתרונות הקיימים 54 (הכנסת, מרכז מחקר ומידע 2003).

3.1.1 קביעת רמת התלות והקצאת שעות טיפול

הזכאות לגמלת סיעוד ניתנת לכל תושב ישראל בגיל הזכאות, הלא הוא גיל הפרישה.¹⁰ הזכאות לגמלה נקבעת על סמך הערכת תלות ומבחן הכנסות שנערכים על ידי המוסד לביטוח לאומי.

להערכת התלות מבצעים **מבחן תלות** (ADL – Activities of Daily Living) הבודק באיזו מידה האדם זקוק לסיוע בפעולות היום-יום או להשגחה בשל פגיעה ביכולת הקוגניטיבית, הידרדרות בבריאות הנפשית או בשל מצב פיזי. פעולות היום-יום הן רחצה, לבישה, ניידות עצמית בבית, שליטה בהפרשות ואכילה (לרבות חימום מזון ושתייה).¹¹ הניקוד הקובע במבחן התלות הוא הגבוה בשני הציונים (פעולות יום-יום והצורך בהשגחה). למתגוררים בגפם ("בודדים"), לרבות מי שמתגוררת עמו מטפלת בשכר, ניתנת תוספת ניקוד של 1.5 נקודות.¹² את מבחן התלות בעזרת הזולת עורכים גורמים מקצועיים – אחיות, מרפאות בעיסוק ופיזיותרפיסטיות המקבלות הכשרה מתאימה. המבחן מתקיים בבית הקשיש התובע או על פי מסמכים רפואיים. ניקוד התלות נקבע על פי המסמכים הרפואיים שהוגשו בתביעה, ראיון עם הקשיש התובע ועם בני משפחתו והתרשמות המעריכה אם התקיים ביקור.¹³

מבחן ההכנסות הוא אחד ונערך לכל קשיש תובע. במבחן ההכנסות נכללות ההכנסות של בן/בת הזוג, ומתחשבים בהרכב בני המשפחה של התובע: בני זוג וילדים קטינים, או משרתים בצה"ל, או בשירות לאומי, או לומדים במסגרת השלמת לימודים על-יסודיים. במבחן ההכנסות מובאות בחשבון ההכנסות של שלושה חודשים רצופים מארבעת החודשים שקדמו להגשת התביעה ונבחרים שלושת החודשים הרצופים שבהם היו ההכנסות הנמוכות ביותר. ההכנסות המובאות בחשבון הן הכנסות לפי סעיף 2 לפקודת מס הכנסה שכותרתו "מקורות ההכנסה".¹⁴ ההכנסות שאינן מובאות בחשבון הן הכנסות חודשיות מביטוחים סיעודיים פרטיים, קצבאות לנפגעי רדיפות הנאצים מישראל או ממדינות אחרות, והכנסות מגמלאות מסוימות.¹⁵

להלן טבלה המרכזת את הזכאויות לגמלה בהתאם למבחן ההכנסות:¹⁶

גמלה	ההכנסה	יחידה/לא בן/בת זוג
מלאה	השכר הממוצע או פחות*	יחידה/לא בן/בת זוג
מחצית הגמלה	יותר מהשכר הממוצע ועד 1.5 פעמים השכר הממוצע	
לא זכאי לגמלה	יותר מ-1.5 השכר הממוצע	יחידה/ עם בן/בת זוג**
מלאה	1.5 פעמים השכר הממוצע או פחות	
מחצית הגמלה	יותר מ-1.5 פעמים השכר הממוצע ועד 2.25 פעמים השכר הממוצע	
לא זכאי לגמלה	יותר מ-2.25 פעמים השכר הממוצע	

¹⁰ ס' 225(א) לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

¹¹ ס' 223 לחוק הביטוח הלאומי.

¹² המוסד לביטוח לאומי **דוח שנתי 4** (2022).

¹³ שם.

¹⁴ ס' 2 לפקודת מס הכנסה [נוסח חדש].

¹⁵ לעיל ה"ש 12, בעמ' 5.

¹⁶ שם.

הגמלה נועדה לסייע לקשיש אשר תלוי בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום-יום שלו ברוב שעות היום או בכולן. אנשים במצבים כאלה זקוקים לעיתים לטיפול והשגחה 24 שעות ביממה, ולכן מספר השעות המוקצה עתה אינו מספק את הצרכים האמיתיים של הנזקקים לסיוע.¹⁷

3.1.2 חובת דיווח על שעות עבודה :

ביטוח לאומי קובע כי הקשיש הסיעודי או בן משפחתו יאשרו בחתימתם ביומן העבודה שתציג להם המטפלת את המועדים שבהם ניתן בפועל הטיפול הביתי. 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 לביטוח לאומי. אולם, במסגרת סקר "בני המשפחה של הקשישים הסיעודיים" הסתמנה תופעה שכיחה, לפיה הקשישים אינם מקבלים את מלוא שעות הטיפול שהם זכאים להן.¹⁸

מלבד העובדה שהקשיש הסיעודי לא מקבל את מלוא שעות הטיפול להן הוא זכאי, משמעות התופעה האמורה היא עומס טיפול נוסף המוטל על המשפחה. במקרים שבהם הזכאי לא קיבל את השעות שהוא זכאי להן וביטוח לאומי עדיין שילם לחברת הסיעוד תמורת שעות אלו, למעשה מדובר בקבלת תשלום ללא מתן שירות (להלן: "גניבת שעות").¹⁹ על מנת לטפל בתופעה של "גניבת שעות", בינואר 2004 ניסה ביטוח לאומי להפעיל מערכת לדיווח שעות מרחוק, אולם המוסד לא פעל לפיתוח שיטה טכנולוגית שתאפשר לעקוב אחר דיווחי המטפלות ועד היום המערכת עדיין לא נכנסה לשימוש.²⁰

אם כן, מדובר בשרשרת של נזקים הנובעת מהיעדר מעקב ופיקוח על דיווח שעות העבודה על ידי המטפלות, אשר מתבטאת בנזק לקשיש, למשפחתו ובמקרים מסוימים גם לקופה הציבורית ולמשק כולו. למבקר המדינה התברר כי במשך שנים רבות ביטוח לאומי כלל לא בחן את סוגיית שעות הטיפול החסרות. רק במאי 2019 מטה ביטוח לאומי החל 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 בסניפים לבדוק כל מקרה.²¹ בית הדין הארצי לעבודה עמד בכמה פסקי דין על החשיבות שיש לכך שביטוח לאומי ימסור מידע למבוטח לצורך מיצוי זכויותיו.²² אולם, נמצא שביטוח לאומי 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.²³

3.1.3 בקרה של ביטוח לאומי על הטיפול, תנאי המכרזים ואכיפתם :

לדעתה של ד"ר רגב-מסלם, טיפול בתלויים (בענייננו; קשישים), אינו סוגיה פרטית, אלא סוגיה ציבורית שבסיסה באינטרס חברתי של שימור החברה.²⁴ על ביטוח לאומי חלה האחריות להבטחת איכות הטיפול הביתי בקשישים הסיעודיים, וזאת מתוקף היותו הגורם האמון על חוק הסיעוד ואשר נושא באחריות הכוללת לאספקת השירות. אחריות זו מחייבת, בין השאר, קביעת סטנדרטים לאיכות הטיפול המסופק והפעלת פיקוח ובקרה מתאימים שיבטיחו את רמת הטיפול. בשנת 2008, ביטוח לאומי קבע בהסכמים

¹⁷ לעיל הי"ש 1, בעמ' 89.

¹⁸ דו"ח המבקר 2017, לעיל הי"ש 5, בעמ' 52.

¹⁹ שם, בעמ' 54.

²⁰ שם, בעמ' 61.

²¹ שם, בעמ' 55.

²² עב"ל (ארצי) 1831/01 אולחובוק נ' המוסד לביטוח לאומי, פסי' פסק דינה של השופטת ארד (נבו 2004.9.2).

²³ דו"ח המבקר 2017, לעיל הי"ש 5, בעמ' 56.

²⁴ לעיל הי"ש 27, בעמ' 1.

שחתם עם משרד הרווחה ושירותי בריאות כללית את דרכי הבקרה על אופן היישום והאיכות של הטיפול הביתי. אולם, בביקורת שערך מבקר המדינה בשנת 2017 התברר כי בפועל ביטוח לאומי לא מוודא כי גורמים אלו מפעילים את אמצעי הבקרה כנדרש מהם. תמונת המצב שהצטיירה מממצאי הביקורת וכן גם ממידע שהתקבל מתהליך שיתוף הציבור, היא כי איכות הטיפול הביתי שניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה, לעתים עד כדי הזנחת הקשישים.²⁵ כך, לא רק שיש פגיעה בזכות הקשיש להזדקן בביתו בכבוד, אלא שמצבו הבריאותי עלול להחמיר.

כאמור, ביטוח לאומי נושא באחריות להבטחת איכות השירות הניתן במסגרת גמלת הסיעוד. מתוקף אחריות זו, ביטוח לאומי מפרסם מכרזים למתן הטיפול הביתי ומשלם ישירות לחברות סיעוד תמורת מתן השירות לזכאים. במסמכי מכרז הסיעוד מצויות הנחיות לאופן מתן השירות, וחברות הסיעוד מתחייבות ליישמן בחוזה שחותמות עם ביטוח לאומי, חוזה הסיעוד.²⁶ אולם, ביטוח לאומי אינו מבצע בקרה על עמידת חברות הסיעוד במחויבותן בחוזה עמו ואף אינו בוחן את נתוני ההכשרה שמקבל מהחברות על מנת לוודא שהן עומדות בתנאים שנקבעו במכרז.²⁷

4. סקירת המצב החקיקתי הקיים

פרק זה יסקור וינתח את החקיקה הקיימת בסוגיית הטיפול הסיעודי בקשישים. הסקירה תלמד על היעדרה של חקיקה מוסדרת, מאוחדת ומקיפה בנושא, לרבות חסרונן של דין המחיל חובות קונקרטיות וברורות על שירותי הרווחה ועל יתר הגורמים האמונים על סוגייה זו.

כיום, מקצוע הטיפול הסיעודי אינו מוסדר בחקיקה. משמעות הדבר היא היעדר רף חוקי לאיכות הטיפול שניתן, היעדר חובה חוקית להכשרת המטפלים, אי הסדרת אופן הדיווח על שעות העבודה ועוד. על כן, מתבקש כי תורחב אחריות המדינה לטיפול הסיעודי בקשישים, הואיל והיא מחזיקה בכוח הרגולטיבי ובמנגנוני חלוקה.²⁸

לפי הערכות, כרבע מהקשישים שוהים במוסדות סיעודיים, והיתר חיים בקהילה. הסיוע הממוסד העיקרי שקבעה הממשלה לקשיש הסיעודי בקהילה מעוגן בחוק הביטוח הלאומי.²⁹ חוק הביטוח הלאומי נועד להשאיר את הזקנים במסגרת הקהילה זמן ממושך ככל האפשר באמצעות טיפול אישי למי מהם הזקוקים לעזרה בתפקוד היום-יומי, ולסייע למשפחות המטפלות בהם. עם זאת, החוק מוגבל משתי בחינות: ראשית, חלק מהקשישים אינם זכאים לשירותים שנקבעו בחוק בגין גובה הכנסתם; שנית, היקף שעות הטיפול הניתנות במסגרת החוק אינו מספיק. בעקבות זאת, התפתחו הסדרים משלימים של ביטוח סיעודי בקופות החולים ובחברות הביטוח.³⁰ להלן ההסדרים:

²⁵ שם, בעמ' 47.

²⁶ דו"ח המבקר 2022, לעיל ה"ש 2, בעמ' 2026.

²⁷ שם, בעמ' 2004.

²⁸ שירי רגב-מסלם "בעקבות תיאוריית האחריות הציבורית של פינמן: ניתוח משטר הסיעוד הישראלי" מעשי משפט ה 27, 27 (2013).

²⁹ חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

³⁰ לעיל ה"ש 1, בעמ' 83.

4.1 חוק הביטוח הלאומי

בשנת 1988 תוקן חוק הביטוח הלאומי ונוסף פרק העוסק בביטוח סיעוד.³¹ פרק הסיעוד קובע כי הגמלה לזכאים תינתן בשירותים בעין ולא בכסף, כי הגמלה תינתן רק למי שגר בקהילה, כי הזכאות תלויה במבחנים כלכליים של הקשיש/ה ובת/בן הזוג וכי הזכאות תינתן רק לקשישים המוגבלים מאוד בתפקוד היומיומי או זקוקים להשגחה מתמדת. מודל ביטוח הסיעוד היווה רפורמה משמעותית, שהתבססה על התפיסה שיש לסייע למשפחה בטיפול בקשישים. מטרתו של התיקון לחוק הייתה לספק לבני המשפחה תמיכה (מוגבלת) בביצוע תפקידם. בהתאם לכך, ביטוח סיעוד מממן מספר שעות מוגבל לכל מטופל וזאת מתוך הנחה שהאחריות המרכזית לטיפול בקשישים נשארת בידי המשפחה.³² אף על פי כן, שירותי הסיעוד הניתנים על ידי המוסד לביטוח לאומי על פי החוק אינם מספקים מענה הולם לצרכים של האזרחים הוותיקים משתי סיבות עיקריות: הם אינם מיועדים למי שהכנסתם מעל השכר הממוצע במשק; מספר שעות הטיפול המוקצות נותן מענה חלקי בלבד לצרכים של הנזקקים לסיוע סיעודי ברוב פעולות היום-יום שלהם.³³

במרץ 2018 פורסם תיקון לחוק ביטוח לאומי בעניין הרפורמה בסיעוד, שמטרתו הייתה להרחיב, לשפר ולייעל את שירותי הסיעוד לקשישים הסיעודיים. במסגרת התיקון וכחלק מהרפורמה, הוספו שעות טיפול סיעודי בשבוע לטיפול בקשישים ברמות התלות הגבוהות. התוכנית הלאומית לסיעוד שאושרה על ידי ממשלת ישראל בשנת 2018 הגדילה את ההוצאה הציבורית ואת גובה הקצבאות והקצתה משאבים להרחבת שירותים, ובכך יש בה פוטנציאל להקל על הנטל הטיפולי והכלכלי על משקי הבית. עם זאת, היא אינה מתמודדת כלל עם המחסור האקוטי במטפלות בית ועם תנאי העבודה והשכר הירודים, הגורמים לכך שכבר כיום מתקשות חברות שירותי הסיעוד לגייס מטפלות חדשות.³⁴

מיולי 2016 ועד אוקטובר 2018 רמות הגמלה מוגדרות במונחים של יחידות שירות, המהוות שעות טיפול סיעודי בשבוע. כדי לעגן בחוק את ערכי הגמלה בשעות טיפול, גם השירותים האחרים המוצעים מוגדרים במונחים אלה, והם מופחתים ממספר שעות הטיפול בבית לפי ערכן של יחידות השירות. עם המעבר להגדרה כיחידות שירות, הגמלה בכסף הוגדרה כמספר יחידות השירות ברמת גמלת השירותים המקבילה כפול תעריף השעה המשולם לחברות פרטיות. הגמלאות בכסף מתעדכנות לפי תעריף שעת טיפול בבית שמספקות החברות הפרטיות.³⁵

בנובמבר 2018 נכנסה לתוקף הרפורמה בביטוח הסיעוד, ובמסגרתה נקבעו שש רמות גמלה והורחבה האפשרות להמיר את השירותים לכסף באופן מלא (רמה 1) או חלקי (רמות 2-6). שש רמות הגמלה נקבעו בהתאם למידת התלות של הזכאי, שלראשונה נקבעה בחוק.³⁶

להלן טבלה המרכזת את רמות הגמלה לפי ניקוד התלות של הקשיש:³⁷

³¹ פרק יי לחוק הביטוח הלאומי.

³² לעיל הי"ש 27, בעמ' 28.

³³ לעיל הי"ש 1, בעמ' 88.

³⁴ לעיל הי"ש 5, בעמ' 27.

³⁵ לעיל הי"ש 12, בעמ' 2.

³⁶ ס' 224 לחוק הביטוח הלאומי.

³⁷ לעיל הי"ש 12, בעמ' 3.

רמת גמלה	ניקוד מינימום	ניקוד מקסימום
1	2.5	3
2	3.5	4.5
3	5	6
4	6.5	7.5
5	8	9
6	9.5	10.5

בעקבות הרפורמה הורחבה כאמור לכלל הזכאים האפשרות להמיר בכסף את הגמלה – חלקה או כולה.

האפשרות לגמלה ברמה 1:

- 5.5 יחידות שירות בעין (כולל טיפול אישי בבית);
 - 5.5 יחידות שירות בכסף בערך של 100% יחידת שירות בעין המשולמת לחברה פרטית;
 - 5.5 יחידות שירות כשמלה משולבת (כסף ושירותים);
 - 9 יחידות שירות בעין (ללא טיפול אישי בבית);
- הזכאים למחצית הגמלה בשל מבחן הכנסות זכאים למחצית מספר היחידות בכל אחת מהאפשרויות, לפי בחירתם.

האפשרויות לגמלה ברמות 2-6:

- זכאים לקבל בכסף עד 4 מיחידות השירות (לפי בקשתם).

האפשרות לגמלה ברמות 3-6:

- זכאים לקבל עד כשליש מיחידות השירות בכסף (כפוף לאישור של עובדת סוציאלית מטעם המוסד).
- ערכן בכסף של היחידות ברמות 2-6 הוא 80% מערך יחידות שירות בעין המשולמות לחברה פרטית.

4.2 חוק שירותי הסעד³⁸

חוק שירותי הסעד איננו עוסק בסוגיית הטיפול הסייעודי בקשישים. החוק קובע כי הרשויות המקומיות אחראיות למתן שירותי סעד (רווחה) לתושביהן הנזקקים,³⁹ אולם מבהיר כי לא תינתן תמיכה שמטרתה להבטיח הכנסה מספקת כדי מחיה.⁴⁰ החוק מוסיף כי מחלקה לשירותים חברתיים של רשויות מקומיות תסייע לנזקק למצות את זכויותיו.⁴¹ אולם, בפועל לא מצאנו כי מחלקות אלה מסייעות לקשישים הסייעודיים במיצוי זכויותיהם, על אף שהדבר הכרחי כפי שתיארנו לעיל.

³⁸ חוק שירותי הסעד, התי"ח-1958.

³⁹ ס' 2 לחוק שירותי הסעד.

⁴⁰ ס' 2א לחוק שירותי הסעד.

⁴¹ ס' 2ב לחוק שירותי הסעד.

4.2.1 תקנות שירותי הסעד (טיפול בנזקקים)⁴²

התקנות נלוות לחוק שירותי הסעד ומסדירות את נושא הטיפול הסוציאלי לנזקק וכן את ההוצאות ואת החזר ההוצאות בגין טיפול זה. גם בתקנות אלה לא ניתן למצוא התייחסות לסוגיית הטיפול הסיעודי בקשישים.

מסקירת החקיקה הקיימת עולה כי אין התייחסות ראויה לסוגיית הטיפול הסיעודי בקשישים, לרבות כזו המתיחסת למצבם בראייה כוללת, למטפלות המתואמות להם ולמיצוי זכויותיהם. עקב כך, נגרם נזק לקשישים, למשפחותיהם ואף לקופת המדינה. משכך, אנו סבורים כי יש לפעול להסדרת סוגיה זו בחקיקה תוך התייחסות לכל ההיבטים בהם דנו בסקירה זו.

5. פסיקה - סקירת הדין המצוי

מטרתו של פרק זה הינה לסקור את המצב הפסיקטי הקיים. היות ועבודה בתחום הסיעודי הינה עבודה במתכונת שונה ממשורות העבודה האחרות, היא מחייבת דגש על הצורך באיזון אינטרסים הן של המטופלים והן של המטפלים הסיעודיים.⁴³ אולם, הנושא טרם הוסדר בחקיקה וכתוצאה מכך גם הפסיקה דלה בכל הנוגע לתופעת השעות המדווחות שלא ניתנות בפועל בתחום הסיעוד.

5.1 קביעת זכאות

גמלת הסיעוד נועדה לסייע במתן שירותים לטיפול אישי ולעזרה במשק הבית.⁴⁴ תנאי הזכאות הינם תנאים מחמירים ונוקשים מאוד. עם זאת, התנאים נקבעו על פי אמות המידה שקבועים בחוק.⁴⁵ כך, על מנת להיות זכאי לגמלה יש צורך בתלות "במידה רבה" בעזרת הזולת לביצוע "רוב פעולות היומיום" שהוזכרו לעיל. בית הדין פסק כי את הערכת התלות יש לבצע תוך התחשבות בסביבה הטבעית של המובטח בזמן ביצוע פעולות יום יומיות, קרי בביתו וחוג משפחתו.⁴⁶ יש לשים לב כי הערכת התפקוד ושיטת הניקוד המשמשות לקביעת הזכאות לסעד סיעודי אינן מדויקות, ואינן מחייבות את בית הדין. יחד עם זאת, אמות המידה מהוות מכשיר עזר חשוב לבית הדין, במיוחד במקרים בהם מידת התלות הנדרשת לקבלת הגמלה הינה גבולית או רחוקה מהנדרש בחוק. בנוסף לכך, שיטת הניקוד יכולה לעזור להדריך את פקידי התביעות המחליטים בתביעות מסוג זה.⁴⁷

כאמור, גמלת הסיעוד הינה כלי חשוב, אשר מספק סיוע חיוני למבוטחים קשישים או נכים שאינם מסוגלים לבצע את פעולות היום יום בעצמם. עם זאת, תנאי הזכאות הינם תנאים מחמירים ונוקשים, על כן יתכן שקשישים או נכים אשר זקוקים לגמלה לא יעמדו בתנאים שנקבעו.

⁴² תקנות שירותי הסעד (טיפול בנזקקים), התשמ"ו-1988.

⁴³ בג"ץ 1678-07 יולנדה גלוטן נ' פורמלי בית הדין הארצי לעבודה, פ"ד סג(3) 209, 242-421 (2009).

⁴⁴ דב"ע נד/05-275 המוסד לביטוח לאומי נ' קורינה ויונטה פד"ע כז 409, 413-414 (1994).

⁴⁵ דיון (ארצי) 05-120-מט המוסד לביטוח לאומי - קרולה טישלר, פד"ע כא(1) 022, 25-24 (1989).

⁴⁶ דב"ע (ארצי) 05-05-נב המוסד לביטוח לאומי - יוליה פלח, פד"ע כה(1) 216, 216-217 (1992).

⁴⁷ דב"ע (ארצי) 05-50-נד המוסד לביטוח לאומי - מזל מויאל, 5-4 (נבו 30.8.1994).

5.2 חובת הפיקוח של ביטוח לאומי

הזכאים לגמלת הסיעוד מקבלים שירותי סיעוד בעין כאשר הפסיקה מכירה במוסד לביטוח לאומי כגוף הממן את נתינתם של אותם שירותים. **בפרשת עמותת חברות הסיעוד בישראל**⁴⁸ נקבע כי על המוסד לביטוח לאומי כגוף ציבורי לפקח על דרכי הוצאת הכספים; על דרכי השימוש בכספים; ועל קבלת שירותים ראויים למטופלים. עוד נקבע כי אחת מדרכי הפיקוח הנאותות היא עריכתו של מכרז לקביעת אנשים וגופים הכשירים ליתן שירותי סיעוד.⁴⁹ מה שעולה בקנה אחד עם חובותיו של המוסד לביטוח לאומי כגוף ציבורי האחראי על כספי הציבור. שהרי מטרת המכרז הינה לייצר אמצעי בקרה על דרכי השימוש בכספים המיועדים לסיעוד.⁵⁰ משכך, על המוסד לביטוח לאומי לעקוב אחר ביצועי הזוכים במכרז על מנת לוודא כי השירותים המסופקים אכן ניתנים בפועל למטופלים ובצורה הטובה ביותר.

נשאלת השאלה אילו חובות כלפי המטופלים עומדות לחובת אותן חברות פרטיות בהסכמי ההתקשרות עם המוסד לביטוח לאומי. בפרשת **שירי דליה** דן בית המשפט על מעמדו של המוסד לביטוח לאומי כלפי אישה אשר הועסקה כמטפלת. במסגרת הדיון בחן בית המשפט את הסכם ההתקשרות שבין המוסד לבין החברה הפרטית. בהסכם פורטו חובות החברה ובעיון בהסכם עלה כי מדובר בהסכם למתן שירותים אשר מוטלת על נותן השירות, קרי החברה. בהסכם פורט בין היתר כי נותן השירותים בוחר את המטפלים, מתחייב לפקח מנהלית ומקצועית על המטפלים ועל מתן השירותים על ידם והוא מתחייב להעסיק צוות מטפלים מאומן וכשיר לספק שירותי סיעוד לזכאים.⁵¹ עוד נקבע כי העובדת המטפלת אינה צד להסכם, אלא קשורה היא לחברה הפרטית נותנת השירות.⁵²

5.3 מתכונת העבודה הייחודית בתחום הסיעוד

כאמור, מתכונת העבודה בתחום הסיעוד הינה שונה ממתכונת העבודה בתחומים אחרים. העובדה שעבודה בתחום הסיעוד אינה מוסדרת בחקיקה מהווה פתח לפגיעה במטופלים. אחד מאותם גורמים אשר פוגע במטופלים הינו מודל העסקה לפי שעות של עובדי הסיעוד.⁵³ **בפרשת עמותת ידיד**⁵⁴ נקבע על ידי בית הדין כי "אופי ההתקשרות בין מרכזי הסיעוד לבין המוסד לביטוח לאומי ומכסת השעות הניתנת לכל מטופל מאלץ את העובדות לעבור ממטופל למטופל אחר".⁵⁵ שהרי שעות הסיעוד שהמבוטח זכאי להן לא מתרכזות ביום אחד, אלא הן מתפרשות על פני כמה ימים בשבוע. כך, לא ניתן לתת למטפלת שעות טיפול במטופל אחד במסגרת יום עבודה מלא. בית המשפט הוסיף כי המעבר ממטופל למטופל הינו אילוף מובנה אל תוך אופן העסקתם של המטפלים. כמו כן, עצם העובדה ששכרם הינו שכר שעתי הקרוב למינימום מה שמאלץ אותם לעבוד עם יותר ממטופל אחד ביום על מנת להרוויח משכורת מינימלית.⁵⁶ כאמור, פרשת **עמותת ידיד** מציגה את הבעייתיות הנובעת מתנאי העסקה, מה שמביא לכך שמטפלות עשויות לדווח על שעות שלא עבדו בפועל כדי לכסות על זמן בו הן ביצעו משימות אחרות כגון נסיעות בין מטופלים. אך, לסוגיה מעין זו אין התייחסות מפורשת בחקיקה.⁵⁷

⁴⁸ בג"ץ 7217-95 עמותת חברות הסיעוד בישראל נ' המוסד לביטוח לאומי, פ"ד נא (3) 561, 568-569 (1997).
⁴⁹ שם.

⁵⁰ פרשת עמותת חברות הסיעוד, לעיל ה"ש 48, בעמ' 568.

⁵¹ ע"ע (ארצי) 110-08 שירי דליה - המוסד לביטוח לאומי, 8-9 (נבו) 12.3.2009.

⁵² שם.

⁵³ פרוטוקול ישיבה 5 של הכנסת ה-20, 37 (30/01/2018).

⁵⁴ ת"צ (י-ם) 37319-08-11 עמותת ידיד מרכזי זכויות בקהילה נ' א.ש סיעוד ורווחה בע"מ (נבו) 22.5.2016.

⁵⁵ סע"ש (תל אביב-יפו) 36479-09-14 שהנז דשתי נ' חברת א.ש סיעוד ורווחה בע"מ, 5-6 (נבו) 27.8.2017.

⁵⁶ פרשת עמותת ידיד, לעיל ה"ש 52, בעמ' 12.

⁵⁷ דו"ח המבקר 2017, לעיל ה"ש 7, בעמ' 57.

א. פיקוח ובקרה

סעיף 30(א)(6) לחוק שעות העבודה ומנוחה⁵⁸ קובע כי החוק לא חל על עובדים שתנאי עבודתם ונסיבותיה אינם מאפשרים למעסיק כל פיקוח על שעות העבודה והמנוחה.⁵⁹ בנוסף, גם סעיף 30(א)(5) לחוק שעות העבודה ומנוחה מציין כי החוק לא יחול על עובדים הדורשים מידה מיוחדת של אמון אישי.⁶⁰

בפרשת רון אברהם⁶¹ דן בית המשפט בסעיף 30(א)(6) וקבע כי מדובר במצב בו נשללת מהמעביד כל אפשרות פיקוח על שעות עבודתו של העובד. כלומר, לעבודות בהן הקשר של העובד עם מקום העבודה במובן הפיסי הוא באקראי או שאינו קיים בכלל. זאת בשונה מהעובדים שיוצאים מעבודתם למשימות מוגדרות שאותם אין לראות כעובדים מחוץ למקום עבודתם. כמו כן, נקבע כי אין מדובר בפיקוח מעשיו של עובד בכל רגע ורגע נתון, אלא אם תנאי העבודה מאפשרים פיקוח מלכתחילה.⁶²

עוד נקבע **בפרשת גמליאל**⁶³ כי עצם זה שלעובד יש חובה לדווח למעסיק, אין בה מספיק כדי לתת למעביד את האפשרות לאמת את אמיתות הדיווח. ייתכן מצב בו עובד דווח על השהות והמעשים שלו במקום ובשעה מסוימת, אך בפועל הוא ימצא במקום אחר ועושה משהו אחר.⁶⁴ סוגיה זו עלתה גם בתחום עבודתם של העובדים הסיעודיים שחברים למטופל בביתו והינה רלוונטית למתכונת העבודה הייחודית בתחום הסיעוד.

ב. הלכת גלוטן⁶⁵

פרשה זו נדונה בבתי המשפט לאורך זמן רב ובארבע ערכאות שונות. במסגרת הליך זה דן בית המשפט האם יש מקום להחיל את הוראות חוק שעות העבודה ומנוחה על עובדי הסיעוד הלנים בבית המטופל או שמא הם נופלים בגדר סעיף 30(א)(6) לחוק. בפסק הדין של בית הדין הארצי, שלושה מבין חמשת חברי ההרכב קבעו כי יש לבחון כל מקרה לגופו ואין לקבוע הלכה כללית לגבי תחולת החוק בעניינם של עובדים סיעודיים. עוד נקבע כי מדובר בעבודה שבה נדרשת מידה מיוחדת של אמון וכי אין אפשרות לפקח על שעות העבודה של המטפלת. מנגד, עמדת המיעוט סברה כי החריגים הקבועים בסעיף 30(א)(5) ו-30(א)(6) לחוק, אינם חלים בעניינם של העובדים הסיעודיים. בעתירה לבג"ץ⁶⁶ נקבע כי במסגרת החקיקתית הקיימת אין הסדר מתאים למתכונת העסקתם הייחודית של העובדים הסיעודיים. עוד סברו שופטי ההרכב כי נדרש קידום פתרון על ידי הרשויות והמחוקק, וזאת על מנת לפתור את הקשיים הנובעים מהסוגייה המורכבת שנדונה.⁶⁷ בדיון נוסף בפסק הדין שניתן בבג"ץ,⁶⁸ בית המשפט העליון דחה את הבקשה לדיון נוסף וכל שופטי ההרכב קראו למחוקק לפתור את הבעיה שנובעת ממתכונת העסקה של עובדי הסיעוד, באופן שייתן מענה מתאים לקשיים הנובעים מיישום החוק על עובדי הסיעוד.⁶⁹

את הלכת גלוטן ניתן להחיל במקרים בהם המטפל לך בבית המבוטח, משום הקושי הקיים להפריד את שעות הפנאי משעות העבודה. אך הקושי היישומי שנפסק בהלכת גלוטן הינו רלוונטי לנושא שבנדון כפי שציין בית

⁵⁸ חוק שעות העבודה ומנוחה, תשי"א-1951.

⁵⁹ ס' 30(א)(6) לחוק שעות עבודה ומנוחה.

⁶⁰ ס' 30(א)(5) לחוק שעות עבודה ומנוחה.

⁶¹ דיון (ארצי) 4-2-4 לג **אברהם רון- המועצה המקומית מצפה רמון**, פד"ע ד(1) 386, 398-399 (1973).

⁶² שם, בעמ' 390.

⁶³ דב"ע (ארצי) 152-3-152 נד-**מרגלית גמליאל - הנגב - אגודה שיתופית חקלאית**, 7-6 (נבו 30.3.1995).

⁶⁴ שם, בעמ' 7.

⁶⁵ פרשת גלוטן, לעיל ה"ש 40.

⁶⁶ שם.

⁶⁷ שם, בעמ' 224.

⁶⁸ דנג"ץ 10007-09 **יולנדה גלוטן נ' בית הדין הארצי לעבודה**, ס(1) 518, 604-606 (2013).

⁶⁹ שם, בעמ' 605.

הדין בפסק הדין פרננדז נ' מלי סנדר.⁷⁰ בית הדין קבע כי לא ניתן להחיל את הלכת גלוטן ומדובר בעובדת סיעודית אשר אינה לנה בבית המטופל וקיימות עבודה שעות עבודה מוגדרות. עם זאת, בית המשפט מוסיף כי יש קושי להגדיר בדרך מדויקת את שעות עבודתה של המטפלת היות ולא היה בבית המטופלת שעות נוכחות וחתימה על שעות העבודה בפועל. כך, קיים קושי יישומי להחיל את חוק שעות העבודה ומנוחה גם על אופן העבודה של עובד סיעודי שאינו לן בבית המטופל, בדומה לקושי בהלכת גלוטן.⁷¹

ג. דיווח נוכחות

חובת דיווח הנוכחות של עובדי הסיעוד הינה חיונית על מנת למנוע תרמית ועל מנת לשפר את איכות הטיפול. עם זאת, יש לקחת בחשבון את השאלות המשפטיות העולות בנוגע לפגיעה בפרטיות. פסק דין שניתן בנושא הינו פסק דין בעניין עמותת חברות הסיעוד.⁷² שם, דן בית המשפט בעתירה כנגד מכרז שפרסם משרד הביטחון למטפלים סיעודיים ולנכי צה"ל. פסק הדין דן בין היתר בקשר בין תנאי העסקה של מטפלים סיעודיים לבין איכות הטיפול שמקבלים המטופלים. בתנאי המכרז צוין כי על "המטפלים הסיעודיים לבצע דיווחי נוכחות באמצעות החתמה ממוחשבת שתפעל באמצעות טלפון קווי או סלולארי מבוססי מיקום".

בפסק הדין, משרד הביטחון טען כי החתמה טלפונית מבוססת מיקום הינה "השיטה היעילה והאפקטיבית ביותר לפיקוח אחר שעות העבודה של עובד מחוץ למתקן קבוע, שיטה שנהוגה ומקובלת בשוק העבודה".⁷³ עובדי חברות הסיעוד עובדים בבתים פרטיים של מטופלים, ולכן קשה יותר למעסיקים לפקח על שעות העבודה שלהם. לכן, החתמה של עובדי הסיעוד עם הגעתם לבית המטופל ועזיבתם מסייעת למעסיקים לקבל דיווח שעות מדויק יותר, ובכך למנוע תרמית בשעות העבודה כפי שאירע.⁷⁴ מנגד, עלתה שאלת הפרטיות הן של הנכים והן של המטפלים, בעניינה קבע בית הדין כי דרישת החתמה סלולרית בתחילת ובסוף משמרת אינה פוגעת מעבר לנדרש בפרטיות העובדים. אך, בית הדין הוסיף כי את הפגיעה בפרטיות הנכים אין דרך להצדיק בשונה מהמטפלים, אשר הינם בשעות עבודתם.⁷⁵

לבסוף, בית המשפט פסק כי על אף החובה לשכור את שירותיה של חברת בקרה המספקת תוכנה לחתימה סלולרית, יש צורך להבטיח שהחתמה זו תתבצע באופן המגן על פרטיות הנכים. לכן, יש לעגן בהסכם עם חברת הבקרה כי החתמה סלולרית תתבצע באופן שלא תביא לחשיפת מיקומם של הנכים, כך שפגיעתה בפרטיותם תהיה מינימלית. כך, בית המשפט לא שוכנע כי הדרך היחידה לפקח על נוכחות המטפלים היא פגיעה בפרטיות הנכים. לכן, הוא הציע לחשוב על טכנולוגיות פיקוח שהפגיעה בפרטיות תהיה מינימלית.⁷⁶

לסיכום, ניתן לראות כי בית המשפט מכיר בתופעה ובמתכונת העבודה הייחודית בתחום הסיעוד ואף מחזיר את סוגיית העסקה של העובדים הסיעודיים הלנים בביתו של הקשישים לפתחו של המחוקק. זאת על מנת שיקבע הסדר חקיקתי ספציפי שיגדיר את הזכויות והחובות של הצדדים. בנוסף, קיימת הכרה בפסיקה כי תנאי הזכאות לקבלת הגמלה הינם תנאים נוקשים ושיטת הניקוד אף היא אינה חפה מבעיות. הפסיקה מכירה כי קיים קושי אמיתי לפקח על עובדי הסיעוד כתוצאה ממתכונת עבודתם הייחודית ותנאי העסקה שלהם. חובות הפיקוח נופלות בחובותיהן של המוסד לביטוח לאומי והחברות המתקשרות עימו, אך כאמור

⁷⁰ סעי'ש (ת"א) 46799-02-16 FERNANDEZ AVELITA - מלי סנדר, 11-12 (נבו) 5.2.2019.

⁷¹ שם, בעמ' 11.

⁷² עת"מ (ת"א) 28857-06-17 עמותת חברות הסיעוד נ' משרד הביטחון (נבו) 1.7.2019.

⁷³ שם, בעמ' 74.

⁷⁴ שם.

⁷⁵ שם, בעמ' 85.

⁷⁶ שם, בעמ' 89.

פיקוח זה לוקה בחסר בין היתר בעקבות תנאי העסקה של המטפלים. בית המשפט לוקח בחשבון את הצורך בפיקוח על שעות העבודה ומציע פיקוח באמצעות טכנולוגיות מתאימות כגון החתמה סולרית מבוססת מיקום, אך תוך התחשבות בזכותם לפרטיות של המטפלים והמטופלים.

6. סקירת הדין המצוי- משפט משווה

בפרק זה נערוך מחקר השוואתי לצורך בחינת הטיפול הסיעודי במדינת ישראל, איכותו ואופייו. המחקר יתמקד בבחינת ההסדרה החוקית של מנגנוני העסקה/המכרזים של הטיפול הסיעודי מטעם המדינה, המסופק על-ידי חברות פרטיות. לשם כך, הפרק יסקור את סוגיית המשאבים הכלכליים המושקעים, ואת ערוצי התמיכה הקיימים בתחום זה במדינות צרפת, שבדיה, בריטניה וארה"ב.

6.1 בריטניה (אנגליה)

6.1.1 Care Act 2014⁷⁷

החוק נחקק כדי לחדש ולייעל את המסגרת המשפטית לטיפול ותמיכה סוציאלית למבוגרים עם צרכי טיפול, כולל קשישים. חוק זה העניק הערכה רבה למטפלים במעמד דומה למטופליהם, זכויות סטטוטוריות להבעת הערכת תמיכה בזכות עצמם והסרת הדרישה למתן מספר קבוע של שעות טיפול על מנת לקבל זכאות לעזרה מהרשויות המקומיות. החוק מדגיש את החשיבות של קידום רווחתם של אנשים הזקוקים לטיפול ותמיכה.⁷⁸

6.1.2 מימון הטיפול בקשישים

בבריטניה, על הרשויות המקומיות לקדם את רווחתו של הפרט בעת קבלת החלטות לגבי טיפול ותמיכה ולוודא שצרכיו מתממשים. "רווחה" כאמור מוגדרת באופן רחב וכוללת: בריאות גופנית ונפשית; רווחה רגשית, חברתית וכלכלית; מצב חינוכי ותעסוקתי; מערכות היחסים של הפרט.⁷⁹

חובת הרשויות המקומיות היא לספק או לדאוג למתן שירותים, מתקנים או משאבים, או לנקוט בצעדים אחרים שלדעתה יעניקו ככל הניתן צרכי טיפול ותמיכה.⁸⁰ לשם כך, החוק מעודד רשויות מקומיות לעבוד בשיתוף עם גורמים אחרים לקידום הרווחה.⁸¹

החוק קובע את המושג "תקציב אישי", המחושב על ידי הרשות המקומית כדי לענות על צרכי הטיפול והתמיכה של הפרט. הסכום חייב להיות סכום מספק על מנת לענות לצרכיו של הפרט.⁸² החוק מציג את האפשרות לקבל תשלום ישיר כחלק מהתקציב האישי, המאפשר לאדם לקבל שליטה רבה יותר על אופן סיפוק צרכי הטיפול והתמיכה שלו.⁸³ התשלום יכול לשמש לרכישת שירותי טיפול ותמיכה ישירות על ידי

⁷⁷ Care Act 2014

⁷⁸ Care act 2014, § 1

⁷⁹ Care act 2014, § 2

⁸⁰ Care act 2014, § 2-3

⁸¹ Care act 2014, § 3

⁸² Care act 2014, § 26

⁸³ Care act 2014, § 27

האדם או מישהו מטעמו. עם זאת, הרשויות המקומיות רשאיות להטיל תנאים או הגבלות על השימוש בתשלומים ישירים כדי להבטיח מענה לצרכיו של הפרט.⁸⁴

החוק קובע כי על הרשות המקומית לבצע הערכה כספית לקביעת יכולתו של הפרט לתרום לעלות הטיפול בו.⁸⁵ ההערכה הפיננסית לוקחת בחשבון גורמים שונים, כגון הכנסה, הון ומשאבים פיננסיים רלוונטיים נוספים.⁸⁶

6.1.3 זכאות לטיפול

מטרת החוק היא לעקוב אחר הקיימות הפיננסית של נותני הטיפול ולהבטיח שוק מגוון ויציב לשירותי טיפול ותמיכה.⁸⁷ כמו כן, החוק קובע קריטריונים לקביעת הזכאות לטיפול ותמיכה מהרשות המקומית באמצעות הערכת צרכים ועמידה בקריטריונים שונים.⁸⁸

להלן נקודות מפתח בנוגע לקביעת זכאות לקבלת טיפול ותמיכה לפי חוק הטיפול 2014:

- **קביעת זכאות:**⁸⁹ הנחיות כיצד רשויות מקומיות קובעות אם אדם עומד בקריטריונים לזכאות. ההערכה צריכה לקחת בחשבון את התוצאות הרצויות של הפרט וכיצד מתן טיפול ותמיכה יכול לתרום להשגת תוצאות אלו.
- **קריטריונים לזכאות:**⁹⁰ ההערכה הבוחנת האם הפרט אינו מסוגל להשיג תוצאות יומיומיות ללא סיוע. התוצאות כוללות תחומים כמו ניהול ושמירה על תזונה, שמירה על היגיינה אישית, ניהול צורכי שירותים, לבוש מתאים ועוד.
- **חובת מענה לצרכי טיפול ותמיכה:** החוק דורש מהרשויות המקומיות להכין תכנית טיפול ותמיכה לאנשים עם צרכים זכאים. התוכנית צריכה לפרט כיצד ייענו הצרכים שזוהו.⁹¹

Carers (Equal Opportunities) Act 2004

חוק זה מכיר בתפקיד החשוב של מטפלים בלתי פורמליים ומטרתו לשפר את התמיכה והשירותים עבורם. למרות שהוא לא מתאר באופן ספציפי הכשרת מטפלים, הוא מדגיש את החשיבות של מתן מידע ותמיכה למטפלים.⁹²

6.1.4 הכשרת מטפלים:

הכישורים הנדרשים בכדי לעבוד כמטפל קשישים בבריטניה יכולים להשתנות בהתאם למעסיק ולתפקיד הספציפי. מעסיקים רבים בתחום לא ידרשו מהמטפלים כישורים פורמליים, למרות שהם עשויים רק להועיל.

⁸⁴ Care act 2014, § 28

⁸⁵ Care act 2014, § 15

⁸⁶ Care act 2014, § 16

⁸⁷ Care act 2014, § 48

⁸⁸ Care act 2014, § 13-15

⁸⁹ Care act 2014, § 14

⁹⁰ Care act 2014, § 13

⁹¹ Care act 2014, § 25

⁹² Carers (Equal Opportunities) Act 2004

לרוב, כל משרה תציע הכשרה ייעודית למטפל, בייחוד מכיוון שסוג טיפול זה נבדק ומוסדר בקפידה. המטפלים יצטרכו לעבור הכשרה ובדיקה לפני שיתאפשר להם לעבוד בקרב הקשישים אשר נחשבים לאוכלוסייה פגיעה. המטפלים נדרשים לקחת חלק בקורסי חובה לצורך הכשרתם בנושאים שונים ומגוונים כגון בריאות ובטיחות, עזרה ראשונה, טיפול ידני, היגיינת מזון, תרופות ועוד.⁹³

באנגליה, רוב מקומות העבודה יחייבו הכשרה בצורת Care Certificate.⁹⁴ קורס זה הוא קורס בעל הכרה ארצית המעניק התקן שלפיו וועדת איכות הטיפול (CQC) מעריכה צוות חדש. הכשרה זו נועדה לתמוך בצוותים חדשים, ולתת להם את הידע והביטחון הדרושים להם כדי לבצע את תפקידיהם על הצד הטוב ביותר. הכשרה זו מוכרת באנגליה והיא עומדת בעינה גם אם מטפל מחליט לעבור לתחום אחר במגזר הטיפול. כמו כן, תעודת הטיפול היא בקשה סטנדרטית למטפלים באנגליה וכוללת מיומנויות וידע בסיסיים הדרושים למתן טיפול בטוח.⁹⁵

6.1.5 תקני הדרכה ופיתוח לעובדי תמיכה בשירותי בריאות ועובדים סוציאליים למבוגרים באנגליה

מסמך זה מתאר את הסטנדרטים להכשרה ופיתוח במגזר הבריאות והטיפול הסוציאלי לקשישים. למרות שהמסמך אינו ספציפי למטפלים, הוא עשוי לכלול אלמנטים רלוונטיים להכשרה והתפתחות בהקשר המטפל.

תעודת טיפול: תעודת הטיפול היא סט של סטנדרטים שפותחו במשותף על ידי מיומנויות לטיפול, חינוך, בריאות ומיומנויות לבריאות. התעודה נועדה להבטיח שלעובדי תמיכה בשירותי הבריאות יהיו את הכישורים, הידע והערכים הדרושים כדי לספק טיפול באיכות גבוהה. אלמנטים רלוונטיים כוללים את ההתפתחות האישית של האדם, חובת זהירות, שוויון וגיוון.⁹⁶

תקנים לאומיים תעסוקתיים – National Library of Mali (NOS): תקנים לעובדי תמיכה בשירותי בריאות המתארים את הכישורים הנדרשים בתפקידים שונים. אלמנטים הקשורים להכשרה ופיתוח עשויים לכלול תחומים כמו תקשורת, עבודת צוות ופיתוח מקצועי.⁹⁷

מסגרת יכולות מקצועיות – Professional Capabilities Framework (PCF): מסגרת יכולות לעובדים סוציאליים אשר קובעת את היכולות הצפויות ברמות תרגול שונות. המסגרת כוללת אלמנטים הקשורים להתפתחות מקצועית מתמשכת, תרגול רפלקטיבי וערכים מקצועיים.⁹⁸

Home Instead, "Become a Carer," Home Instead Senior Care,⁹³ <https://www.homeinstead.co.uk/recruitment/become-carer/> (last visited feb.5,2023)

Skills for Care, "Care Certificate", <https://www.skillsforcare.org.uk/Developing-your-workforce/Care-Certificate/Care-Certificate.aspx> (last visited feb.5,2023)⁹⁴

Skills for Care, "Care Certificate," Skills for Care, <https://www.skillsforcare.org.uk/Developing-your-workforce/Care-Certificate/Care-Certificate.aspx> (last visited feb.5,2023)⁹⁵

Skills for Care, "Care Certificate," Skills for Care, <https://www.skillsforcare.org.uk/Developing-your-workforce/Care-Certificate/Care-Certificate.aspx> (last visited feb.5,2023)⁹⁶

Skills for Health, "National Occupational Standards Overview," Skills for Health,⁹⁷ <https://www.skillsforhealth.org.uk/info-hub/national-occupational-standards-overview/> (last visited feb.5,2023)

British Association of Social Workers (BASW), "Professional Capabilities Framework (PCF)," BASW,⁹⁸ <https://new.basw.co.uk/training-cpd/professional-capabilities-framework-pcf> (last visited feb.5,2023)

תקנים לעבודה סוציאלית באנגליה: הגוף הרגולטורי על עובדים סוציאליים באנגליה קובע סטנדרטים המתארים את הציפיות מהעובדים הסוציאליים, כולל אלמנטים הקשורים להתפתחות מקצועית מתמשכת.⁹⁹

6.1.6 מכרזים בתחום הסיעוד בבריטניה

בריטניה מתמקדת ונותנת תמיכה מוגברת לקשישים במדינתה על מנת שיוכלו להמשיך לחיות בביתם הפרטי ובקהילה, במקום לעבור למוסדות סיעודיים. לפיכך, מכרזים לשירותי טיפול ביתי הם הנפוצים ביותר בבריטניה.¹⁰⁰

הליך המכרז לטיפול ביתי:

כמו רוב המכרזים במגזר הציבורי, גם תהליך המכרז למכרזי טיפול ביתי מתבצע בתהליך בחינה דו-שלבי: **שלב 1:** המכונה שאלון הבחירה, SQ (selection questionnaire) או PQQ (pre-qualification questionnaire). שלב זה מתמקד במתן מידע על החברה, בדיקות ציות וניסיון החברה. שאלון זה יכול בדרך כלל מתן מספר רישום/תעודה ודירוג כאשר לעיתים דורשים שהמציעים יקבלו דירוג 'טוב' לכל הפחות בכדי להמשיך לשלב הבא.

שלב 2: נבדק רק כאשר המציעים עברו את השלב הראשון. התהליך מתמקד בדרך כלל באופן סיפוק השירות על ידי המציע, תוך שימת דגש על אופי השירות הממוקד באדם, הבטחת המשכיות והאיכות הטובה ביותר. בעת פרסום מכרזים לטיפול ביתי, רוכשים במגזר הציבורי ורשויות קבלנות יציעו קריטריוני הסמכה מינימליים כדי למזער סיכונים ולהבטיח שארגונים מוסמכים ובעלי הסמכה יזכו במכרזים.

רישום ודירוג CQC (Care Quality Commission): רוב המכרזים לטיפול ביתי, ומערכות רכישה דינמיות יחייבו להירשם בנציבות איכות הטיפול כחלק מהבטחת סיפוק השירות. יתרה מכך, הקונה עשוי גם לבחור להגביל מציעים זכאים לפי דירוג. לדוגמה, אך ורק עבור ארגונים שקיבלו 'טוב' או 'דורש שיפור' בבדיקה האחרונה שלהם.

משרד או סניף קבוע: ייתכן שהמציעים יידרשו גם לפעילות מסוימת בתחום, המספקת הבטחות נוספות למתן השירות. מרכיב זה בדרך כלל בלתי ניתן למשא ומתן בקריטריונים המתאימים, במיוחד כשמדובר בסוכנות לטיפול ביתי או מפעיל מתקני דירוג מוגן בנוסף לטיפול ביתי.

כמו כן, המציעים נדרשים להציג עדויות ליציבותם הפיננסית בכדי להבטיח את המשכיות מתן השירות ולהקטין את הסיכון שספקי השירות יגיעו לחדלות פירעון. לשם כך, ייתכן שהמציעים יידרשו לספק עותקים של חשבונות מבוקרים ורמות ביטוח מתאימות על מנת להיכנס למכרז.

⁹⁹ Social Work England, "Professional Standards," Social Work England, <https://www.socialworkengland.org.uk/standards/professional-standards/> (last visited feb.5,2023)
¹⁰⁰ Executive Compass, "Care at Home," Executive Compass, <https://www.executivecompass.co.uk/industries/health-social-care/care-at-home/> (last visited feb.5,2023)

6.2 שוודיה

6.2.1 מתן זכאות הטיפול

היקף השירותים לקשישים ניתן לפי הערכת הצורך. אזרחים ותיקים ואזרחים עם מוגבלות עשויים לקבל סיוע "סביב השעון", תוך השתתפות עצמית של המטופל.¹⁰¹

בדומה לישראל, בשוודיה הרשויות מתקשרות עם נותני שירות לשם מתן טיפול ביתי.¹⁰² בשוודיה, הטיפול בקשישים נשלט על ידי שילוב של חוקים ותקנות שמטרתם לקדם ולהבטיח את רווחת הפרט. המסגרת המשפטית מכסה היבטים שונים, לרבות שירותי בריאות, שירותים חברתיים, דיור והגנה מפני אפליה.

טיפול ביתי בשוודיה יושם לראשונה לאחר ביטול חוק הסיוע לעניים במדינה בשנת 1950. בשנת 1957, חוקק חוק השירותים החברתיים.¹⁰³ חוק זה מתווה את אחריותן של העיריות במתן שירותים חברתיים, לרבות טיפול בקשישים. החוק מדגיש את העקרונות של טיפול פרטני, השתתפות וקידום עצמאות. בזמנו, מטרות השירותים שניתנו היו זמניות בלבד, להחליף בן משפחה כשנדרש והחובות הכרוכות בכך היו רק מטלות בית פשוטות. הטיפול הביתי תפס תאוצה רק לאחר שניתן מענק ממשלתי בשנת 1964, והתרחב בהדרגה ליצירת קשרים חברתיים וטיפול אישי מהסוג הכבד יותר. כמעט 50 שנה לאחר מכן, האחריות על הטיפול הביתי נותרה בידי העיריות ומוסדרת בחוק השירותים החברתיים.¹⁰⁴

שירותי הרווחה נדרשים לערוך הערכת צרכים לקביעת אופי והיקף הסיוע הדרוש. על סמך ההערכה זו עליהם לפתח תכנית פרטנית המתארת את מטרות הסיוע והאמצעים להשגתן.¹⁰⁵ העיריות אחראיות על מתן שירותים חברתיים, לרבות סיוע כספי ותמיכה בקשישים. החוק מתווה את חובותיהן ואחריותן של העיריות במתן מענה לצרכי התושבים.¹⁰⁶

6.2.2 הכשרת מטפלים

חוק השירותים החברתיים¹⁰⁷ עצמו אינו מפרט ישירות תקנות או דרישות להכשרה המתאימה למטפלים בקשישים בשוודיה. עם זאת, יש לו כמה קשרים משמעותיים ועקרונות קשורים התורמים לכישוריהם ולהתפתחותם:

- פרק 3 לחוק השירותים החברתיים, מזכיר את "התמיכה בקשישים ונכים" כאחריות ראשית. זה מרמז על הצורך במטפלים מוסמכים ומאומנים היטב כדי לספק טיפול וסיוע יעילים.¹⁰⁸
- פרק 9 לחוק השירותים החברתיים עוסק בטיפול בקשישים ובנכים, ומתוארים בו השירותים הזמינים לקבוצות אלו, לרבות טיפול ביתי, טיפול במגורים וסיוע אישי. באופן מרומז, הוא מדגיש את החשיבות של כוח אדם מוסמך לספק שירותים אלה בבטחה וביעילות.¹⁰⁹

¹⁰¹ European Commission, "Your Social Security Rights in Sweden" https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_en.pdf (last visited feb.5,2023).

¹⁰² שם.

¹⁰³ Social Services Act

¹⁰⁴ "The Swedish Long-Term Care System" <https://www.files.ethz.ch/isn/122426/Sweden.pdf> (last visited feb.5,2023).

¹⁰⁵ Social Services Act, c. 4, § 3.

¹⁰⁶ Social Services Act, c. 2, § 5.

¹⁰⁷ Social Services Act.

¹⁰⁸ Social Services Act, c. 3.

¹⁰⁹ Social Services Act, c. 9.

- פרק 10 לחוק השירותים החברתיים, פרק זה מדגיש אסטרטגיות מניעה לטיפול בקשישים, העשויות לכלול הכשרת מטפלים בזיהוי סימנים מוקדמים של בעיות בריאותיות או סיכונים פוטנציאליים, קידום רווחה ותמיכה בחיים עצמאיים.¹¹⁰
- פרק 4 לחוק השירותים החברתיים עוסק בזכות לסיוע, עיקרון זה מבטיח לקשישים גישה לטיפול ולתמיכה הדרושים, לרבות מטפלים מוסמכים.¹¹¹

6.2.3 מימון טיפול בקשישים

מימון הטיפול בקשישים בנוי כדי להבטיח נגישות וקיימות. חוק שירותי בריאות ורפואה מבטיח גישה שווה לשירותי בריאות, לרבות טיפול רפואי לקשישים.¹¹² החוק לביטוח חברתי מבטיח דמי מחלה וסיוע כספי של ממשלות למטפלים, תוך מתן תמיכה לאלה שאינם יכולים לעבוד עקב מחלה.¹¹³

מנגנוני המימון כוללים שילוב של מימון ציבורי, דמי ביטוח סוציאלי ועקרונות חלוקת עלויות. המטרה היא לספק משאבים הולמים כדי לענות על הצרכים המגוונים של האוכלוסייה המזדקנת תוך שמירה על קיימות מערכת הטיפול.

6.2.4 מכרזים בתחום הסיעודי בשוודיה

אחת ממגמות המדיניות המרכזיות בעשורים האחרונים היא הפרטת השירותים החברתיים. מגמה זו הגיעה גם לשוודיה, מדינת רווחה עם מגזרי בריאות ושירותים סוציאליים שבעבר כמעט ולא היו לה ספקים פרטיים. אחד התחומים המושפעים מכך הוא טיפול בקשישים, כלומר שירותי עזרה בבית וטיפול במגורים הניתנים לאזרחים מעל גיל 65. באזורים עירוניים מסוימים, הטיפול בקשישים מוסדר בניהול פרטי בעוד שבאזורים חקלאיים דלים אחרים טיפול בקשישים הוא עניין ציבורי לחלוטין.¹¹⁴

הסבר למעמד החזק יחסית של שחקנים למטרות רווח בטיפול בקשישים בשוודיה הוא שעד לאחרונה בחירת ספקים פרטיים התרחשו לאחר תהליך של מכרזים תחרותיים. התחרות הייתה על מחיר ולא על איכות. הייתה העדפה לחברות גדולות יותר מכיוון שהייתה להן יכולת גדולה יותר לעמוד בניירת הקשורה להליך הגשת הצעות מאשר חברות קטנות. כמו כן, חברות גדולות יכולות גם להגיש הצעת מחיר נמוכה יותר במידת הצורך כדי להיכנס לשוק.¹¹⁵

לאחרונה, ובעידוד כניסתו לתוקף של חוק מערכת הבחירה החופשית בשנת 2009, סוג זה של מכרזים תחרותיים הפך לנפוץ פחות. מטרת חקיקת הבחירה הייתה להקל על העיריות להציג ולהכיר את המערכת בחירות של הלקוח. מערכת שבה המשתמש (הפרט) בוחר בקרב ספקים מורשים את זה שנתפס כבעל האיכות הטובה ביותר בעיניו. ספקים פרטיים וציבוריים מקבלים את אותו החזר, והפרטים (הקשישים) משלמים את אותה עמלה.¹¹⁶

¹¹⁰ Social Services Act, c. 10.

¹¹¹ Social Services Act, c. 4.

¹¹² Health and Medical care act.

¹¹³ Social Insurance Code.

¹¹⁴ Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610007951> (last visited feb.5,2023).

¹¹⁵ <https://bccare.ca/wp-content/uploads/Sweden.pdf> Special Issue- Home care for older people in Sweden: a universal model in transition

(last visited feb.5,2023).

¹¹⁶ שם.

לפיכך, הספקים אמורים להתחרות רק על איכות, ולא על עלות.¹¹⁷ הממשלה הביעה תקוות שהכנסת המודלים לבחירת הקשישים, תעצים את המשתמשים, ותגביר את התחרות. כמו כן, ככל שיעודדו חברות קטנות יותר להיכנס לשוק - התחרות כשלעצמה תגביר את האיכות.¹¹⁸

שיקולים מרכזיים במרכזי הסיעוד:

סעיפים מסוימים בחוק הרכש הציבורי¹¹⁹ מתייחסים להיבטים ספציפיים של שירותי טיפול סוציאלי, לרבות סיעוד. לדוגמה, סעיף 12א מדגיש את החשיבות של איכות והמשכיות הטיפול ברכש שירותים חברתיים.

התמקדות באיכות הטיפול: מעבר למחיר ולקריטריונים טכניים, הבחירה של ספקי סיעוד לוקחת בחשבון גורמים כמו כישורי הצוות, ניסיון ומודלים של טיפול.

שיקולי רווחה סוציאלית: רשויות ציבוריות המעניקות חוזי סיעוד חייבות להבטיח שהנותן המוענק יוכל לספק שירותים בהתאם לחקיקה והתקנות הרלוונטיות לרווחה סוציאלית.¹²⁰

בחירת המטופל והמשכיות הטיפול: מדיניות הבריאות השוודית שמה דגש על בחירת המטופל והמשכיות הטיפול. זה יכול להשפיע על קריטריוני המכרז והסדרי החוזה כדי להבטיח למטופלים גישה לספקים מועדפים ולשמור על קשרים מתמשכים עם צוותי טיפול.

דוגמאות לתקנות ספציפיות המשפיעות על מכרזי סיעוד:

הנחיות לאומיות לטיפול סיעודי: מועצת הבריאות והרווחה הלאומית מוציאה הנחיות לטיפול סיעודי, שיכולות להשפיע על תקני המינימום הצפויים במפרט המכרז.¹²¹

תוכניות בריאות אזוריות: לכל אזור בשבדיה יש תכנית בריאות משלו, אשר עשויה לקבוע סדרי עדיפויות ודרישות ספציפיות לשירותי סיעוד הנרכשים באמצעות מכרזים.¹²²

חקיקה בנושא זכויות ובטיחות החולה: חוק בטיחות החולה וחקיקה אחרת קובעים אמות מידה לזכויות החולה, בטיחות ואיכות הטיפול, אותם יש לקחת בחשבון במכרזי סיעוד.¹²³

6.3 ארצות הברית

6.3.1 תכניות ביטוח לאומי לאנשים עם מוגבלויות או מחלות כרוניות

¹¹⁷ The government's bill 2008/09: 29 <https://data.riksdagen.se/fil/b3dda8ba-b174-4773-a0cf-21a055dcd68d>.

¹¹⁸ שם.

¹¹⁹ Swedish Public Procurement Act-

<https://www.konkurrensverket.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/rapporter-och-broschyrer/informationsmaterial/swedish-public-procurement-act.pdf> (last visited feb.5,2023).

¹²⁰ Socialstyrelsen (The National Board of Health and Welfare). שם.

¹²¹ שם.

¹²² Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), "Swedish Association of Local Authorities and Regions," <https://skr.se/skr/englishpages.411.html> (last visited feb.5,2023).

¹²³ A Place for Mom, "Does Social Security Pay for In-Home Care?," A Place for Mom, Patient Safety Act.¹²⁴ <https://www.aplaceformom.com/caregiver-resources/articles/social-security-home-care> (last visited feb.5,2023).

במסגרת הרשות לביטוח הלאומי, ישנן תכניות ספציפיות המותאמות כדי לסייע לקשישים עם מוגבלויות ומחלות כרוניות.¹²⁴

הטבות הכנסה משלימה (SSI – Supplemental Security Income) נוצרו עבור קשישים עם הכנסה נמוכה ומבוגרים נכים. בכדי להיות זכאי להטבות, המבקש נדרש לעמוד במספר דרישות, כדלקמן: גיל +65; בעל עיוורון או נכות; שאינו מתגורר כרגע במוסד במימון ציבורי או בבית חולים בניהול ממשלתי; אזרח של ארצות הברית או במעמד שווה; בעל הכנסה מוגבלת.¹²⁵

ביטוח נכות של ביטוח לאומי (SSDI – Social Security Disability Insurance), מיועד למבוגרים שעדיין אינם כשירים לקבל הטבות פרישה, והוא מבוסס על דרישות הזכאות הבאות: מבוגרים חייבים להיות בעלי מוגבלות עבודה, כלומר הם לא יכולים לחזור לעבודה או להסתגל לעבודה חדשה עקב מצבם. רק אנשים עם מוגבלות ארוכת טווח או קבועה זכאים להטבות SSDI.¹²⁶

קשישים יכולים להשתמש בהטבות של ביטוח לאומי והטבות הכנסה משלימה לצורך כיסוי עלויות הטיפול בביתם. ביטוח לאומי לא ישלם למטפל ישירות, אבל הקשישים יכולים להשתמש בהטבות שלהם כדי לממן טיפול ביתי ושירותי בריאות ביתיים.

שימוש ב-Medicare וב-Medicaid כדי להשלים את הטיפול במבוגרים

תכניות פדרליות אשר ממומנות על ידי המדינה משמשות לעתים קרובות לכיסוי חלק מהטיפול במבוגרים. בעוד ששתי התוכניות להלן מציעות כיסוי מסוים לשירותי טיפול ביתיים, לכל תוכנית יש דרישות זכאות ספציפיות לקשישים.¹²⁷

Medicare מספקת ביטוח זמין לכל אזרח מגיל 65 ומעלה או למבוגרים עם מוגבלות או מצב מזכה אחר. ביטוח לאומי ו-Medicare קשורים בקשר הדוק. הרשות לביטוח הלאומי מנהלת את ההרשמה.¹²⁸ **Medicaid** היא תוכנית משותפת לממשל הפדרלי והמדינה, המסייעת לאנשים עם הכנסה נמוכה לשלם עבור חלק או כל חשבונות הבריאות שלהם. התכנית מכסה טיפול רפואי, כמו ביקורי רופא ועלויות בבתי חולים, שירותי סיעוד בבתי אבות ושירותי סיעוד הניתנים בבית, כגון ביקור אחיות וסיוע בטיפול אישי.¹²⁹

6.3.2 מכרזים

בחלק זה מתואר הניסיון בהגשת הצעות תחרותיות של ספקי שירותי בריאות ביתיים וסוכנויות של עקרות בית למטרות סיעוד בקליבלנד. תשומת לב מיוחדת מוקדשת לגישות מנוגדות שבוחרות מציע זוכה יחיד (מכרז) עם אלו שבוחרות מספר מתמודדים זוכים עבור אותו שירות. התוצאות נדונות בהתייחס למחירי ההצעות, מאפייניהם של הזוכים במכרזים, דרישות מנהליות ואספקת שירות.¹³⁰

A Place for Mom, "Does Social Security Pay for In-Home Care?," A Place for Mom, ¹²⁴ <https://www.aplaceformom.com/caregiver-resources/articles/social-security-home-care> (last visited feb.5,2023).

ש.ם.¹²⁵

ש.ם.¹²⁶

ש.ם.¹²⁷

ש.ם.¹²⁸

Administration for Community Living (ACL), "Medicaid Long Term Care - State Medicaid Programs," ACL, ¹²⁹ <https://acl.gov/ltc/medicare-medicaid-and-more/medicaid> (last visited feb.5,2023).

National Library of Medicine, "Competitive Bidding for Home Care Under the Channeling Demonstration," ¹³⁰ MMRR, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192854/#fn6-hcfr-8-4-73> (last visited feb.5,2023).

פרויקט תקשור קליבלנד

בסבב הראשון נבחרו הספקים לתקופה ראשונית של 90 יום. הבחירה בספקים אלה הושגה באמצעות תהליך הצעה שאינו פורמלי. היתרון בתהליך זה הוא בכך שהנהלים שלו פחות נוקשים מהליך מכרז רשמי, והוא מאפשר לבחור יותר מספק אחד לכל סוג שירות. באמצעות גמישות זו, הפרויקט בחר באיגוד האחיות המבקרים של קליבלנד (VNA), סוכנות גדולה ומוכרת ללא מטרות רווח על מנת שתספק את כל סוגי הטיפול המיומנים, מאגר הצוות הרפואי, סוכנות למטרות רווח, ספק נוסף של טיפול סיעודי וכעוזרים לענייני בריאות בבית ופיזיותרפיה.¹³¹

בניגוד לתהליך הבלתי פורמלי לרכישת שירותים מיומנים לתקופה הראשונית של 90 יום, המחוז דרש תהליך מכרזי רשמי עבור קבוצה 3 - עקרת בית ו/או טיפול אישי, מטפלות ושירותי משק בית.

מנקודת המבט של מנהלי הפרויקטים, תהליך הגשת ההצעות התחרותיות שהוטל על ידי המחוז הניב תוצאות מעורבות. היתרונות של התהליך היו אלו: נראה שהוא שומר על מחירי היחידות נמוכים במיוחד, בהשוואה לתעריפים שגובות סוכנויות ללא מטרות רווח. ספקים למטרות רווח התחרו באגרסיביות על תיעול חוזים, ובסופו של דבר הוציאו את העמותות היקרות יותר לכאורה.¹³²

לבחירתו של זוכה אחד בלבד, הוכחו כמה יתרונות. מכיוון שהם עבדו עם אותם ספקים באופן רציף, מנהלי תקשור ומנהלי תיקים הצליחו, לרוב, לפתח קשרים אפקטיביים שהקלו על פתרון בעיות בזמן. מכיוון שהכספים התרכזו בספקי שירותים מעטים יחסית, חוזי התקשור היו בדרך כלל חלק גדול מהכנסות הספקים. נוצרו בעקבות זאת גם תמריצים לשיתוף פעולה של ספקים עם מנהלי תיקים והיענות לתיעול חששות בפרויקט לגבי ביצועים. לבסוף, תהליך הגשת ההצעות דרש מהספקים להפקיד ערבות ביצוע בעת החתימה על החוזים, הם הסתכנו בהפסד כלכלי במידה ולא הצליחו לעמוד בחוזה. כמו כן, לדברי מנהלי פרויקט קליבלנד זה גם שיפר את ההיענות של מציעים זוכים.¹³³

כמו כן, דווחו מספר חסרונות בנוגע לתהליך הגשת ההצעות בקליבלנד. לדוגמה, אנשי הפרויקט היו מעדיפים תהליך הגשת הצעות שבו נעשה שימוש בקריטריונים אחרים מלבד המחיר בבחירת המתמודדים הזוכים. הדבר יכול היה לעורר תחרות חזקה יותר של מציעים. בעיה נוספת הקשורה בהליך הגשת ההצעות בקליבלנד הייתה העיכוב שהיה בפרויקט בהתקשרות עם ספקים. בין השאר, זה נבע מהמבנה הפורמלי והבלתי גמיש של תהליך הבחירה שנכפה על הפרויקט על ידי המחוז. הדבר הגביל את יכולתם להגיב למתמודדים המפסידים והזמין הפגנות של ספקים, בין אם באמצעות בתי המשפט או בערוצים פוליטיים מקומיים. הזמן שנדרש למחוז להגיב למחאות אלה עיכב את תהליך ההתקשרות.¹³⁴ הבעיות בפרויקט הנ"ל, כללו בדרך כלל הגעה מאוחרת, אי-הגעה והשלמה לא מספקת של חובות שהוקצו מצד הספקים ועובדי הסיעוד. מהצד החיובי של הפרויקט, הצוות בקליבלנד הרגיש שריכוז תקשור לקוחות עם זוכה יחיד נתן להם מינוף בשיפור ביצועי הספקים.¹³⁵

6.4 צרפת

¹³¹ ש.ם.

¹³² ש.ם.

¹³³ ש.ם.

¹³⁴ ש.ם.

¹³⁵ ש.ם.

בעבר, צרפת התאפיינה בגישה משפחתית לטיפול בקשישים, אך עקב הזדקנות האוכלוסייה ושינויים דמוגרפיים נוספים היא התפתחה לעבר גישה מעורבת, הכוללת תפקיד הולך וגדל של שירותים ציבוריים.¹³⁶ כיום, מערכת הטיפול האישי בקהילה ובמוסדות מבוססת על תשלום עבור שירותים באמצעות התקציב האישי, אשר מוסדר באמצעות הרשויות המקומיות וממומן בעיקר על ידן. התקציב האישי נוצר על מנת להגדיל את מספר מקבלי הגמלה באמצעות הסרת מבחן ההכנסה שהיה נהוג, לתת שירותים גם לקשישים בעלי צרכים מועטים, ולצורך יצירת אחידות בין הממשלות האזוריות בצרפת.

6.4.1 יצירת סקטור השירותים הביתיים

בשנת 2005 החלה בצרפת תוכנית בשם "תוכנית הלכידות החברתית", אשר סימנה מעבר מהמדיניות הקודמת, להתמקצעות בתחום הטיפול. תכלית התוכנית היא להפחית בהיקף העבודה הטיפולית ע"י בני משפחה אשר אינה מדווחת, ונוצר שובר תשלום חדש שנועד לפשט את הליך ההעסקה של מטפלות. על בסיס תוכנית זו נוצר סקטור כלכלי חדש – סקטור השירותים האישיים, אשר איגד עובדות משק בית, ועובדות טיפוליות בקטגוריה מקצועית אחת.¹³⁷

בעוד שהמדיניות מאז שנות התשעים עזרה לביסוס הטיפול כמקצוע המשלים למקצוע הסייעוד וכחלק מסקטור הרווחה, התוכנית משנת 2005 הפכה את הטיפול למקצוע נטול הכשרה. בשנים האחרונות, נעשה ניסיון מחודש להעלות את רמת ההכשרה של המטפלות באמצעות יצירת שתי תכניות הכשרה עיקריות (יפורט בהמשך: תעודת סיוע לבעלי תלות, תעודת הכשרה לאומית בתחום תמיכה חינוכית וסוציאלית). אולם, התחום עדיין מאופיין בחוסר המשכיות ובאופק קריירה שאיננו ברור מספיק.¹³⁸

6.4.2 כוח העבודה הטיפולי

קיים קושי בגיוס מטפלות חדשות, והצפי הוא כי עד שנת 2030 יהיה צורך בכ-150,000-200,000 מטפלות חדשות עקב שינויים דמוגרפיים. המחסור מורגש בעיקר במטפלות מנוסות, מאחר ומידת תלותם של הקשישים הולכת וגוברת עם השנים יחד עם העלייה בתוחלת החיים.¹³⁹

רמת ההכשרה משתנה בין המטפלות הפועלות תחת מספר חוזי עבודה שונים. הסדרי העבודה, השכר וההכשרות בתחום סבוכים במיוחד הודות לשלוש צורות שונות של יחסים טיפוליים אשר יכולים להיות משולבים עם שלושה תעריפים שתיים שונים. סוגי ההעסקה השונים מתאימים לצרכים שונים של מטופלים, מהצרכים הגבוהים יותר לנמוכים.¹⁴⁰ להלן סוגי העסקה:

1. **Prestataire** (נותן שירות) – מערכת אספקת שירותים ובה המטופל איננו המעסיק, והמטפלת מועסקת בידי ארגון פרטי או ציבורי ללא מטרת רווח. מטפלות המועסקות במערכת זו הן בעלות השכר וההכשרה הגבוהים ביותר.
2. **Mandataire** (סוכנויות) – מערכת הכוללת אחריות חלקית על מטלות מנהליות – הקשיש הוא המעסיק, אך הגיוס נעשה בידי חברות ייעודיות.

¹³⁶ המלצות הוועדה הבין-משרדית לנושא המטפלים הישראלים בזקנים, עמוד 88.

¹³⁷ שם.

¹³⁸ שם.

¹³⁹ שם, עמוד 89.

¹⁴⁰ שם, עמוד 89.

3. **מערכת העסקה ישירה** – במערכת העסקה ישירה המטופל מעסיק את המטפלת באופן ישיר, ואחראי לגיוס ולניהול יחסי העבודה. על פי רוב, מדובר בעובדות בעלות הכשרה ושכר נמוכים. כ-17% מהמטפלות עובדות תחת חוזים אלו.

קיומם של שלושת סוגי היחסים הללו מייצגים את ההחלטה המדינית לאפשר גמישות בהעסקה ביתית. המטופל בוחר את סוג השירות וספק השירות – אך בכל המקרים מדובר בקשרי עובד מעסיק המוסדרים באמצעות חוזה העסקה.

בנוסף לשלושת סוגי יחסים טיפוליים אלו, קיימות רגולציות שונות עבור שירותים ציבוריים, ארגונים ללא מטרת רווח, וארגונים פרטיים. המחסור במסגרת חוקית אחידה מהווה מכשול באספקת שירותים כמו גם בתעסוקה.¹⁴¹

6.4.3 עידוד הכשרות

מטפלות חסרות הכשרה מקצועית יכולות לעבוד כמטפלות רק תחת פיקוח. לצורך עבודה עצמאית, יש צורך בהכשרה והסמכה. עם זאת, בעלות ניסיון טיפולי יכולות לקבל הסמכה המבוססת על ניסיון המקצועי מבלי לעבור את קורסי ההכשרה. המדינה משתתפת באופן חלקי במימון ההכשרה, אך ככלל, הכשרת המטפלות ממומנת בידי מעסיקהן באמצעות סוכנות. עם זאת, המדינה מממנת הכשרה באופן ישיר עבור מובטלים אשר מעוניינים להתחיל לעבוד כמטפלים באמצעות משרד התעסוקה. כאשר מטפלת חדשה מתחילה לעבוד, היא אוטומטית זכאית לכ-59 שעות הכשרה, ולכ-20 שעות נוספות בשנה אשר ניתן לצבור עד שש שנים (120 שעות). אף כי זכות ההכשרה היא אישית, היוזמה ליציאה להכשרה נעשית לרוב על פי שיקולי המעסיק.¹⁴²

6.4.4 מערך ההכשרה

בצרפת, קיימות שתי תעודות מרכזיות המוכרות בתחום הטיפול בקשישים. אף כי בעלות תעודת ADVD זכאיות לפטור מקורסים מסוימים עבור קבלת תעודת ההכשרה הלאומית, לא ניתן לומר כי קיימת המשכיות ביניהן.¹⁴³

תעודת סיוע לבעלי תלות (Assistant de Vie Dependence – ADVD): מיועדת עבור מטפלות המעוניינות בהכשרה מוכוונת עבודה וקצרת מועד לקראת עבודה בטיפול ביתי, בעיקר בחווי העסקה ישירה. מטפלות אלו מסייעות לבעלי תלות ופועלות באופן עצמאי בבית המטופל, תוך הקפדה על עקרונות של טיפול מניעתי ושמירה על בטיחות. המטפלות מפתחות ומנהלות את עבודתן באופן עצמאי, ועובדות במרבית המקרים אצל מספר מעסיקים שונים תחת חוזים נפרדים. מטרת ההכשרה היא להכין את המטפלת לתמיכה באנשים בעלי תלות במטלות וטיפול קשרים חברתיים. מצופה ממטפלות אלו להשתתף באופן פעיל בשימור האוטונומיה של המטופל, תוך מתן כבוד לאורחות חייו ולאתיקה מקצועית. הן יכולות להדריך את המטופל בפרוצדורות מנהליות הרלוונטיות עבורו. על מנת לעשות זאת, מחזיקות תעודה זו ראשית כל מעריכות את צרכיו של המטופל באמצעות ריאיון עם המטופל עצמו, ובמקרה הצורך גם עם בני משפחה או אנשי מקצוע אחרים. יחדיו, מסכימים הצדדים על היקף ושיטת הטיפול.¹⁴⁴

¹⁴¹ שם, עמוד 89.

¹⁴² שם, עמוד 90.

¹⁴³ שם, עמוד 90.

¹⁴⁴ שם, עמוד 90.

כל מטפלת בצרפת מקבלת באופן אוטומטי קרדיט של 59 שעות שנתיות עבור לימודים והכשרות, אותו ניתן לנצל כדי לקחת את הקורסים המוצעים. בנוסף, IPERIA (החברה שמציעה את הקורסים), מפצה את המטפלות על שעות העבודה שהפסידו, מממנת את הנסיעות והוצאות המחיה בזמן ההכשרה, ואף מציעה מימון לקורסי נהיגה עבור מטפלות ללא רישיון.¹⁴⁵

תעודת הכשרה לאומית בתחום תמיכה חינוכית וסוציאלית (Deavs ו-Deamp –DEAES): תעודה זו נוצרה בשנת 2016 כהכשרה לאומית במקצוע "עוזרת חיים", אשר מציע טיפול יום יומי שמטרתו לתמוך בעצמאות המטופל. היא איחדה שתי תעודות קודמות, על מנת ליצור אינטגרציה במקצוע ולסייע לשפר את תדמית מקצוע הטיפול ואת תנאי העבודה הנמוכים בו.¹⁴⁶ תחומי ההכשרה המרכזיים הנכללים בהכשרה הם למשל: יכולת התנהלות מקצועית בתחום הטיפול, יכולת שיתוף פעולה עם בעלי מקצוע רלוונטיים לטיפול, יכולת להשתתף בחייו החברתיים והאזרחיים של המטופל ולהחיות אותם.

לאחר השלמת הלימודים העיוניים, מגיע שלב ההכשרה המעשית שנעשית באמצעות 2-3 התמחויות בארגונים שונים, במשך 24 שבועות בסה"כ.¹⁴⁷

לסיכום, בפרק דנו בתכניות, מכרזים ובחוקים השונים הקיימים במדינות בריטניה, שוודיה, ארה"ב וצרפת. מהסקירה לעיל ניתן ללמוד כי בארה"ב פרוצדורת המכרזים מעניקה מגוון יתרונות כלכליים, אסטרטגיים ותכנוניים. אך מנגד, אסטרטגיה זו טומנת בחובה גם חסרונות שיש לקחת בחשבון בהחלטה האם לבצע מכרז, כגון כמות מתחרים מועטה למדי שעשויה להוביל את מנהלי המכרז להתפשר בבחירת נותני השירות. כמו כן, הפרק סקר את התוכניות השונות המוצעות למטפלות בצרפת, ומה המידע והכישורים שמפיקות המטפלות במסגרת תכניות אלה.

נוסף על כך, ניתן לראות כי בריטניה שמה את הטיפול הסיעודי בקשישים במדינה בראש מעייניה הן למען המטופלים והן למען המטפלים. החקיקה והתקנות השונות במרוצת השנים מפתחת ומקדמת את הרווחה במדינה ושמה את הפרט במקום הראשון. בעיקר מאז חוק הטיפול בשנת 2014. המדינה מפרטת את כל השלבים הניתנים בטיפול סיעודי. הזכאים לטיפול, מימונו, אופן ביצועו, הכשרת המטפלים וזכויותיהם. בריטניה מתייחסת בכובד ראש לנושא הטיפול בקשישים ובמיוחד לטיפול הביתי שפחות מפותח, זאת ניתן לראות במכרזים אשר מציבים קריטריונים גבוהים וחשובים בעבודה זו. גם, ניתן לראות שטיפול בריאותי וחברתי לקשישים הם חלקים חשובים במדיניות הרווחה השוודית. מרבית טיפולי הקשישים ממומנים על ידי מיסים עירוניים ומענקים ממשלתיים. תוך שימת דגש חזק על שיפור רווחתם ועצמאותם של הקשישים על ידי עידודם להישאר בבית ככל הניתן. שוודיה מכירה בחשיבות המטפלים הפורמליים והבלתי פורמליים וזאת ניתן ללמוד מהטבות המטפלים השונות. הטיפול בקשישים נשלט על ידי שילוב של חוקים ותקנות שמטרתם להבטיח את רווחתם, כבודם וזכויותיהם בייחוד חוק השירותים החברתיים.

7. הדין הרצוי - המלצות

¹⁴⁵ שם, עמוד 91.

¹⁴⁶ שם, עמוד 92.

¹⁴⁷ שם, עמוד 94.

מסמך זה סקר את הטיפול הסייעודי בקשישים. הנושא אינו מוסדר בחקיקה, מבחני הזכאות לגמלה מורכבים, חובת הפיקוח של המדינה וחובת הדיווח של המטפלות אינן מוסדרות. לכן, הנושא כולו על כל מורכבותו – מצדיק המלצות שונות, שלדעתנו עשויות לטייב ולייעל את איכות הטיפול.

1. ריכוך מבחן ההכנסה הקבוע:

כיום גמלת הסייעוד אינה ניתנת לכל מי שזכאים לסיוע בגין מצבם התפקודי אלא תלויה במבחן הכנסות, וכך רבים אינם מקבלים סיוע מטעם המדינה. הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכלכלה, הציעה לבטל את מבחן ההכנסות וכך להבטיח זכאות אוניברסלית לגמלת סיעוד.¹⁴⁸

לגישתנו, קיים קושי מבחינה תקציבית בביטול מבחן ההכנסות, זאת לאור העובדה שהתקציב לקניית שירותי סיעוד מוגבל. אנו מציעות שינוי חקיקתי אשר ירכך את מבחן ההכנסות. מבחן ההכנסות כיום נראה כך:¹⁴⁹

מזב משפחתי	סכום ההכנסה החל ב- 01.01.2024	זכאות לגמלה
יחיד	עד 12,536 ש"ח	גמלה מלאה
יחיד	מעל 12,536 ש"ח עד 18,804 ש"ח	גמלה מופחתת ב-50%
יחיד	מעל 18,804 ש"ח	אין זכאות לגמלה
זוג	עד 18,804 ש"ח	גמלה מלאה
זוג	מעל 18,804 ש"ח עד 28,206 ש"ח	גמלה מופחתת ב-50%
זוג	מעל 28,206 ש"ח	אין זכאות לגמלה

ההכנסות שנלקחות בחשבון בחישוב הינן: הכנסה ברוטו מעבודה כשכיר או כעצמאי; הכנסות מפנסיה; הכנסה מקצבאות הביטוח הלאומי; קצבת אזרח ותיק, נכות כללית, שאירים; הכנסה מנכס; כל הכנסה אחרת לפי סעיף 2 לפקודת המיסים כמו: הכנסות מרווחי ריבית והצמדה ותמלוגים; תגמול לנכה צה"ל.

אנו מציעות לרכך את המבחן, כך שלא יובאו בחשבון הכנסות מפנסיה, הכנסה מקצבאות הביטוח הלאומי ותגמולים לנכה צה"ל. זאת, כיוון שמדובר בהכנסות אשר מפצות על חסר מסוים ומהוות מעין החזר עבור הוצאות שצובר פנסיונר שכבר אינו משתכר; שאירים שהיו תלויים בנפטר; קשיש או נכה שאין ביכולתו לתפקיד ככולם. לגישתנו, הכנסות אלה מביאות לשוויון ולצדק חלוקתי, וכאשר הן מחושבות במבחן הכנסה לבחינת זכאות לגמלת סיעוד, נפגע השוויון שנוצר על ידן ונמנע מזכאים בגין מצבם התפקודי לקבל סיוע. יצוין, כי במרוצת השנים הוגשו ארבע הצעות חוק פרטיות לתיקון חוק הביטוח הלאומי – ביטול מבחן הכנסה לצורך גמלת סיעוד, כאשר ארבעתן בשלב הקריאה הטרומית.¹⁵⁰

את הצעת החוק האחרונה יזמה חברת הכנסת קרן ברק אשר הוגשה במאי 2021. בדברי ההסבר, טענה חברת הכנסת כי מי ששילם במהלך חייו את דמי הביטוח למוסד לביטוח לאומי זכאי בבוא היום להסתייע

¹⁴⁸ לעיל ה"ש 1, בעמ' 94.

¹⁴⁹ "הכנסות הנלקחות בחשבון בבדיקת הזכות לגמלת הסייעוד" הביטוח הלאומי (2024).
https://www.btl.gov.il/benefits/Long_Term_Care/Pages/income.aspx

¹⁵⁰ הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – ביטול מבחן הכנסה לצורך קבלת גמלת סיעוד), התשע"ב-2012, פ/3953/18; הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – ביטול מבחן הכנסה לצורך קבלת גמלת סיעוד), התשע"ה-2015, פ/1601/20; הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – ביטול מבחן הכנסה לצורך קבלת גמלת סיעוד), התשע"ט-2018, פ/5940/20; הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – ביטול מבחן הכנסה לצורך קבלת גמלת סיעוד), התשפ"א-2021, פ/176/24.

בשירותיו.¹⁵¹ כיוון שנראה כי ההצעות לביטול מבחן ההכנסה אינן יוצאות לפועל וטומנות בחובן קשיים, ובו בזמן, ישנם זכאים רבים מבחינה תפקודית שאינם מקבלים סיוע, אנו סבורות כי המלצתנו מהווה פתרון יעיל, צודק והוגן.

2. הקמת גוף האחראי לתחום הסיעוד מחוץ למוסד הביטוח לאומי

העברת הנטל מהמדינה לידיים פרטיות כגון חברות פרטיות עם אינטרסים כלכליים, גרמה לכך שרבים מהשירותים הניתנים לוקים בחסר. על אף שהביטוח הלאומי אמון על הפיקוח ומתן השירותים הניתנים למטופלים, מעורבותו בתחום הינה מועטה ביותר. על כן, אנחנו ממליצות על הקמת גוף נפרד מהמוסד לביטוח לאומי שיבטיח את מתן השירותים לזכאי גמלת הסיעוד בצורה המיטבית ביותר. הגוף יעבוד בשיתוף פעולה עם המוסד לביטוח לאומי שעדיין יהיה אמון על תביעות והחלטות בנוגע לזכאות.

על הגוף שיוקם להיות נפרד, אך בשיתוף פעולה עם גורמים אחרים וללא מטרות רווח,¹⁵² עליו להישען על ערכים של מדינת רווחה לאזרחיה. הגוף שיוקם יכלול מטפלים בעלי הכשרה בתחום הסיעוד, עובדים סוציאליים, עובדי רווחה ואנשי מקצוע בתחום הרפואה. ריכוז מתן השירותים והפיקוח לגוף אחד מאפשר קיצור הליכים, תכליתיות ופיקוח על הגוף עצמו בקלות יותר.

הגוף יהיה אחראי על כל תחום הסיעוד ותפקידו יהיה בין היתר, קבלת כספים מהמדינה וחלוקתו בצורה נכונה; העסקת מטפלים והכשרתם בצורה מקצועית; בניית מתווה מסודר להגדלת שירותי הסיעוד; מתן מענה למשפחות המטופלים; פיקוח ובקרה שהשעות ניתנות בפועל; ביקורת בית אצל המטופלים ללא נוכחות המטפל ומתן מענה לתלונות הן מצד המטפלים והן מצד המטופלים.¹⁵³

בנוסף לכך, על הגוף שיוקם תוטל הסמכות להקים מאגר מידע שיכיל את פרטי המטופלים, מצבם הבריאותי וסטטוס השירותים שניתנו. זאת על מנת לאפשר מעקב וגישה לתיקים של המטופלים על ידי אנשי המקצוע והרחבת איכות השירות הסיעודי. כמו כן, כל החלטות והמתווים שיתקבלו בהקשרם של המטופלים הסיעודיים יוצגו במאגר המידע, עם אפשרות לפתוח פניה ו/או תלונה שישלח ישירות לגוף שיוקם. כאמור, חלק גדול מהבעייתיות כיום נובע מהעדר הצפת הבעיות והעברתן לגורמים הרלוונטיים, וזאת בעיקר בשל ריבוי בגופים אחראים בתחום.¹⁵⁴ רק כאשר הבעיות נערמות וגדלות לממדים גדולים זה מגיע לגורם המוסמך. לכן, פומביות זו תאפשר הצפת בעיות שעולות בתחום הסיעוד בקלות יותר והעברת המידע וטיפולן על ידי הגורמים הרלוונטיים במהירות.

3. הטלת סנקציות על החברות הפרטיות

חברות הסיעוד בישראל הינן חברות פרטיות הנקשרות בחוזה עם המוסד לביטוח לאומי. העובדה שמדובר בחברות פרטיות בעלות אינטרס כלכלי מובילה לעיתים לפגיעה באיכות השירותים הסיעודיים הניתנים. במסגרת הסכם זה המוסד לביטוח לאומי פועל כרגולטור על מנת לוודא כי השירותים הניתנים מסופקים כנדרש, אך בפועל אין אכיפה בנושא. לפי המוסד לביטוח לאומי אין לו סמכות אכיפה, ומנגד משרד הרווחה

¹⁵¹ הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון) – ביטול מבחן הכנסה לצורך קבלת גמלת סיעוד), התשפ"א-2021 (פ/176/24).

¹⁵² פרוטוקול ישיבה 5 של הכנסת ה-20 (30/01/2018).

¹⁵³ שם.

¹⁵⁴ מתן שחק אחריות חברות הסיעוד והלשכות הפרטיות לסיעוד למניעת התעללות של מטפלי סיעוד זרים בזקנים (הכנסת, מחקר ומידע 2015).

סובר שאחריות הינה של המוסד לביטוח לאומי.¹⁵⁵ במקרים שבהם לא קיימה החברה את חובותיה, החברה לכל היותר התבקשה לתקן תיקון רטרואקטיבי בלבד ולא הופעלה סנקציה.¹⁵⁶

על מנת לפתור בעיות זו אנו ממליצים על הוספת סעיפי סנקציות, במסגרת חוזה ההתקשרות עם המוסד לביטוח לאומי.¹⁵⁷ סעיפים אלו יכללו הטלת סנקציות כלכליות על חברות הסייעוד במקרים של אי עמידה בחובותיהן כלפי המטפלים והמטפלות על פי הסכם ההתקשרות. קביעת הסנקציות יתמרו את החברות בין היתר לשפר את תנאי השירות המסופקים על ידן; להעסיק עובדים בעלי הכשרה מתאימה בתחום הסייעוד; לפקח בצורה טובה יותר על מתן השירותים הניתנים על ידי המטפלים; לשפר את תנאי העסקת המטפלים ועוד. הסנקציות שיוטלו יכללו מסנקציות כגון: נזיפה וקנס כספי לסנקציות כבדות יותר, כאשר הסנקציות הכבדות יותר יכללו הקפאת ההתקשרות עם המוסד לביטוח לאומי או אף סיום החוזה עם אותה חברה.

על מנת שהמוסד לביטוח לאומי ידע על אותן הפרות נדרש להקים גוף מסודר שתפקידו יהיה בין היתר לקבל תלונות ממטפלים ומטופלים; לנהל את תחקור ההפרות; להטיל את הסנקציות בפועל ולפקח על מימושו. אותו גוף יהיה אחראי בין היתר על בניית מאגר מידע אשר יתעד את ההפרות ואת הסנקציות שניתנו. כך אם חברה אחת עברה מספר רב של הפרות הדבר יודא לגופים הרלוונטיים וצעדים נגד אותה חברה ינקטו.¹⁵⁸

אנו ממליצים כי הטלת הסנקציות על החברות תעשה בצורה זהירה תוך תחקור הפרת החובה הנטענת. הטלת סנקציה תדרוש בדיקה של כלל הגורמים הרלוונטיים והמעורבים תוך זמן מוגדר שיקבע בהסכם ההתקשרות. לאחר בדיקת המקרה תוטל סנקציה כלכלית עם הסבר מפורט לסיבת הטלת הסנקציה יש לשים לב כי הסנקציה הכלכלית אשר תוטל על החברה לא תהווה פגיעה ישירה בשירותים הניתנים למטופלים על ידי החברה ולתנאי העסקה של המטפלים.

4. החתמה סולרית - אפליקציית שיעון נוכחות לפי מיקום בזמן אמת

בכדי להתמודד עם בעיית הדיווח על שעות פיקטיביות וכדי לדווח על העבודה נמליץ על יישום החתמה סולרית. אפליקציות דיווח נוכחות באמצעות מיקום בזמן אמת הן כלי טכנולוגי שמאפשר למשתמשים לדווח ולשתף את מיקומם הנוכחי בזמן אמת, הן יכולות לסייע מגוון רב של דרכים בדיווח למנהלים על הפעולות היומיומיות של המטפלים. דוגמא לאפליקציות כאלו הינן אפליקציית Synerion¹⁵⁹, אפליקציית הנוכחות O'time¹⁶⁰, ואפליקציית Connecteam¹⁶¹. האפליקציה עובדת כך שברגע שפותחים אותה היא מזהה את המיקום ומאפשרת לדווח על התחלת משמרת אם זוהי כתובת מקום העבודה, וכך גם בסיום.

יתרונות של אפליקציות מסוג זה הם:

1. האפליקציות מאפשרות למנהלים לראות את המיקום הנוכחי של צוות המטפלים בזמן אמת.
2. ניהול עבודה חיצונית: בענייננו, יש לעסק עובדים שעובדים מחוץ למשרד. לכן, המעקב אחריהם באמצעות מיקום בזמן אמת יכול להבטיח שהם באמת פועלים במקום ובמועד אשר נקבע לעבודה.

¹⁵⁵ לעיל ה"ש 3.

¹⁵⁶ דואר אלקטרוני ממטה מאבק הסייעודיים בישראל, לנטלי גבאי, ראש אגף הסייעוד במוסד לביטוח לאומי, בעניין היעדר ופיקוח ואכיפה מצד המוסד לביטוח לאומי אחר נותני שירותים לזכאי קצבת סיעוד (20.06.2023).

¹⁵⁷ שם.

¹⁵⁸ שם.

¹⁵⁹ Synerion, אפליקציית שיעון נוכחות מהסמארטפון Synerion Mobile Pro.

¹⁶⁰ עוקץ מערכות, אפליקציית נוכחות O'time.

¹⁶¹ Connecteam.

3. דיווח על פעילות: האפליקציות מאפשרות לעסק לקבל דוחות מקיפים על פעילות העובדים, כמו כמות השעות שביצעו עד כה בעבודה, מקומות בהם הם היו, ופרטים נוספים. הדבר יכול לסייע בניהול תקציבים, בחישוב שכר ובמעקב אחרי פעילות עם הקשיש.
4. דיווח נכון ושקיפות: יש אפשרות להציג לעובדים ולמנהלים מידע שקוף ונכון בנוגע לנוכחותם במקום העבודה. כך תתבצע תרומה חשובה לבניית אמון ושקיפות בין הצוות.
5. חיסכון בעלויות: על פי תכנון נכון והפעלה יעילה של המערכת, ניתן לחסוך בעלויות בניהול זמן, טיפול בהתראות עתידיות, ובשכר.

בסך הכל, אפליקציות דיווח נוכחות באמצעות מיקום בזמן אמת יכולות לשדרג את יעילות וניהול עבודת המטפלים ולספק מידע רלוונטי לממונים עליהם. אך במרחב הטכנולוגי, כמו בכל כלי אחר, אף שיש לאפליקציות דיווח נוכחות כזו יתרונות, ישנם גם אתגרים והתמודדויות ההופכים את האפליקציה ללא יעילה. ראשית, העובדים והמטופלים עשויים להתנגד לרעיון של מעקב אחרי מיקומם בזמן אמת מפאת הרצון לשמור על פרטיותם, ואלו יטענו לפגיעה בפרטיות. כפי שנידון בפס"ד **עמותת חברות הסיעוד**:¹⁶² "השאלה הראשונה שיש להשיב עליה היא האם החתמה טלפונית ממנה ניתן ללמוד על מיקומו של המטפל הסיעודי, וממילא על מיקומו של הנכה, אכן פוגעת בפרטיות. אמנם, חוק הגנת הפרטיות אינו מתייחס במישרין לסיטואציה זו, אולם ניתן לקבוע כי קיימת פגיעה בפרטיות, הן מכוח הזכות החוקתית לפרטיות, הן לאור העובדה שמנתוני המיקום ניתן לגזור נתונים אחרים המצויים בליבת הזכות לפרטיות, כגון נתונים רפואיים". שנית, האפליקציה לא תמיד מספקת אבטחה מתאימה, ייתכן שיתקיימו פריצות אבטחה שיכולות לחשוף את המידע אודות מיקום המטפלים בצורה לא רצויה. הטעויות בתכנון וביישום אבטחתי עשויות לגרום לפגיעה בפרטיות ובאבטחה. לבסוף, כאשר עובדים מרגישים שהם נמצאים תחת פיקוח באופן תמידי בזמן אמת, יתכן שיהיה להם רצון להסתיר את מיקומם או לנסות להשפיע על תוצאות הדיווח באופן שיכול להשפיע על היכולת לנהל נכונה את דיווח השעות.

5. הכשרות סיעודיות:

כידוע, אדם המעוניין לעסוק בישראל במקצוע הסיעוד חייב לקבל הכרה ממשרד הבריאות ולהירשם בפנקס המורשים לעסוק בסיעוד, כקבוע בתקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988.¹⁶³ בהעדר תכנית מחייבת של הכשרה, פועלים כיום שני מסלולי הכשרה: הכשרה לפני תחילת העבודה, והכשרה תוך כדי מילוי התפקיד.

משרד העבודה והרווחה עורך קורסים לסייעות מיומנות לפני שהן מתחילות לעבוד. "סייעת מיומנת" הוא שם התפקיד המיוחס למועסקת הקרובה ביותר למטופל, שאינה עוסקת רק בביצוע טכני של מטלות. התפקיד אינו מכונה "עובד סיעודי" מאחר שמשרד העבודה והרווחה לא הצליח להגיע לתוכנית הכשרה מוסכמת עם משרד הבריאות. מטרת ההכשרה: הינה לאפשר למיועדת/ת לתפקיד להבין את המטופלים מן ההיבט הפסיכו-סוציאלי, הפיזי והסיעודי, ולהקנות להם אחריות מקצועית. סייעות מיומנות מקבלות הכשרה בת 630 שעות לטיפול בקשישים, הדרישה הבסיסית היא עשר שנות לימוד.¹⁶⁴ כמו כן, העוסקות

¹⁶² לעיל ה"ש 72, עמ' 76.

¹⁶³ תקנות אלו הותקנו מתוקף סעיף 33 פקודת בריאות העם, 1940 וסעיף 19 לפקודת המיילדות, 1929.

¹⁶⁴ לעיל ה"ש 9.

במקצוע הן עפ"י רוב נשים מבוגרות, עלולות חדשות, ואם הן מוכנות לעבוד במקצוע, הן מתקבלות לעבודה גם ללא קורס.¹⁶⁵

אופציה לקורס מטעם משרד העבודה והרווחה המאפשר להכשיר סיעות מיומנות לטיפול בקשישים, מסייע להבין את אופן הטיפול בקשישים, לקבל כלים כיצד לבצע את הטיפול וכן כיצד לקבל אחריות.

עם זאת, התפקיד אינו תחת קטגוריה עובד סעודי וייתכן והשכר יהיה בהתאם, קרי נמוך יותר. למעשה, לא מדובר באותו סוג תפקיד הן מבחינת ההכשרה והן מבחינת השכר. בנוסף, העובדה כי רוב העוסקות במקצוע הינן נשים מבוגרות/עולות חדשות, עלולה גם היא להוביל לשחיקה מואצת יותר, וכן זה מסביר את הקושי במציאת טיפול בקשישים/אי-הסדרתו בחקיקה.

לפיכך נמליץ, להוסיף לקטגוריית "סיעות מיומנות" בקורסים הניתנים ע"י משרד העבודה והרווחה את המקצוע "עובד סיעודי", שכן הוא מקנה קשת זכויות רחבה יותר, ומשכך שכר גבוה יותר בהתאם. ניתן לראות באמור לעיל כי ממילא העובדות הזרות לא "נהנות" מזכויות רבות, וייתכן כי אם יזכו להיות תחת קטגוריה זו, זה יחדיר בהן מוטיבציה רבה יותר, ומשכך הטיפול בקשישים ישתפר משמעותית.

6. עבודה מועדפת בתחום הסיעוד:

כיום בישראל חיילים משוחררים ומתנדבי שירות לאומי זכאים בתום שירותם לעבוד "בעבודה מועדפת" ובסיום העבודה לקבל מענק על כך. מענק זה חד-פעמי בסך של כ-10,481 ש"ח, אשר עבדו במשרה מלאה 8 שעות עבודה ביום ובמשך 6 חודשים מלאים לפחות, בעבודה נדרשת. לטעמנו, יש לכלול גם עבודה בתחום הסיעוד כעבודה נדרשת.

נערים בטווחי גילאים אלו הם לרוב בעלי חמלה, אמפתיה, סבלנות ורגישות גדולים מאלו המבוגרים יותר מה שמעניק יתרון משמעותי בסוג עבודה זה של טיפול בקשישים. כמו כן, הכשרה צבאית משרה לעיתים קרובות משמעת, מנהיגות ועבודת צוות. תכונות אלו עשויות להיות בעלי ערך במתן טיפול יעיל, במיוחד במסגרות כמו בתי אבות או דיור מוגן. זאת ועוד, ככל שהאוכלוסייה מזדקנת מתגברת, יש ביקוש הולך וגובר לעובדי שירותי בריאות המתמחים בגריאטריה. שיתוף חיילים משוחררים ומתנדבי שירות לאומי יכול לסייע בטיפול במחסור בכוח אדם בתחום הספציפי הזה. בנוסף, מתן שירותי בריאות לקשישים יכול להציע לצעירים אשר משתחררים משירות צבאי/שירות לאומי תחושת מטרה ושייכות אשר רבים מחפשים לאחר השירות.

עם זאת, מתן טיפול לקשישים דורש לרוב הכשרה מיוחדת. ייתכן ולחיילים משוחררים ומתנדבי השירות הלאומי לא קיבלו הכשרה ספציפית זו, מה שמוביל לפערים פוטנציאליים ביכולתם לתת מענה לצרכים הייחודיים של חולים קשישים. זאת ועוד, הטיפול בקשישים הינו הליך שאמור להיות יחסית ארוך ומסור, במהלכו המטפל והמטופל רוקמים מערכת יחסים ארוכת טווח של מעבר ליחסי מטופל-מעביד. לרוב, המטופל, הקשיש, מפתח תלות מסוימת במטפל אשר נמצא עמו ברוב שעות היום. עבודה מועדפת נמשכת בדרך כלל עד כחצי שנה, קטיעה של הטיפול לאחר זמן קצר עלול לגרום ליותר נזק מאשר תועלת למצבו הנפשי והבריאותי של הקשיש.

¹⁶⁵ את הנתונים מסרה הגב' מיה שטיבל מהאגף להכשרה ולפיתוח כוח-אדם - הכשרת מבוגרים במשרד העבודה והרווחה, במכתב ובפגישה.

