



**הכנסת
העשרים**

הוועדה המשותפת
לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות
וועדת הכלכלה
לדיון בהצעה לסדר-היום בנושא:

בניית תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה

בראשות חברת הכנסת
טלי פלוסקוב

| סיכום עבודת הוועדה

חשוון תשע"ח - טבת תשע"ט
אוקטובר 2017 - דצמבר 2018





הכנסת העשרים



חברות וחברים יקרים,

בחברה הטרוגנית וסבוכה כמו החברה שלנו, כמעט בלתי אפשרי למצוא נושאים המושרשים עמוק בלב הקונסנזוס, אך מצב האזרחים הוותיקים במדינה – מעמדם, קשייהם ושגרת החיים שלהם, המלאה במהמורות – הוא נושא כזה. מיליון ומאתיים אלף אזרחים ותיקים חיים כיום בישראל. קצב הגידול במספרם של בני 75+ למשל הוא 6% בשנה במוצע, וגרף הנתונים הרשמיים מעיד כי העלייה במספר האזרחים הוותיקים תימשך גם בשנים הקרובות.

בעוד האזרחים הוותיקים בישראל כורעים תחת עול הביורוקרטיה ונאלצים לנדוד ממשדך למשדך כדי לקבל את השירותים שהם זכאים להם, המדינה מגיבה על בעיותיהם בנקיטת פעולות ממוקדות לטווח הקצר, אגב התעלמות מדאגה מהנתונים המצביעים על הזדקנות האוכלוסייה. בינתיים, בעולם המערבי מדינות רבות כבר נערכות להזדקנות האוכלוסייה ונוקטות פעולות למניעת הסכנה של משבר חברתי עתידי.

לנגד עיניי עומדת החובה להגן על זכויות האזרח הוותיק, להקשיב לו, לסייע לו במצוקותיו ולשמש לו כתובת מול הממסד עד מיצוי זכויותיו.

לפיכך, בשלוש וחצי השנים האחרונות היה עיסוקי העיקרי לתת מענה לבעיות הסבוכות של האזרחים הוותיקים בישראל, להטות אוזן לבקשותיהם ולהשמיע את זעקתם. הם בנו את הבית שאנחנו חיים בו, והם זקוקים כעת יותר מכול ליחס אישי מכבד ודואג. יחס זה מתחיל אצלנו, נבחר הציבור, אלו שנבחרו לעמוד בחזית ולמנוע מצוקות חברתיות.

הערכים שמנחים אותי כל הדרך, ובפרט בעבודתי בכנסת, הם כבוד האדם וצדק חברתי. ערכים אלו הובילו אותי להקים את הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות ולוועדת הכלכלה לדיון בהצעה לסדר-היום בנושא: בניית תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה. **ביראה ובכבוד מילאתי את המשימה.**

מטרתה העיקרית של התוכנית היא להבטיח לאזרחים הוותיקים בישראל קיום בכבוד ובביטחון בכל תחומי החיים ולוודא שהעלייה בתוחלת החיים תהיה מלווה באיכות חיים ובבריאות טובה.

התוכנית תחולל שינוי ביחס לאזרחים הוותיקים, ויישומה יביא לכך שהחברה תראה בהם נכס ולא נטל למשק ולחברה.

זו הפעם הראשונה בתולדות המדינה שגורם ציבורי מאגד את כלל הנושאים הקשורים באזרחים הוותיקים – בריאות, רווחה, סיעוד, תעסוקה, פרישה ונושאים חשובים נוספים.

היקף העשייה הרחב בוועדה מעיד על מחויבות חבריה ועל מחויבות כלל הגורמים המקצועיים לציבור בישראל, ובכלל זה גמלאים, ניצולי השואה, אלמנות, יתומים, נפגעי פעולות איבה, נכים ונזקקים. בוועדה המשותפת חברים נציגי כל המפלגות. כולם הניחו בצד את הטפל והתרכזו בעיקר כדי לחקור לעומק את הבעיות ולבנות תוכנית שתקנה לאזרח הוותיק איכות חיים טובה יותר.

מתווה התוכנית נכתב בקפידה וביסודיות, ומתבסס על נתונים שאספו חוקרים ממרכז המחקר והמידע של הכנסת והיועץ החיצוני שבחרה הוועדה, פרופ' יצחק בריק. כמו כן קיבלנו עזרה רבה של חוקרים מהביטוח הלאומי ושל משרד הבריאות, משרדי ממשלה אחרים וארגונים רבים העוסקים בתחום הזקנה.

לשם כתיבת מתווה התוכנית קיימתי פגישות בין-משרדיות ופגישות אישיות רבות עם גורמי מקצוע בתחום הזקנה, וכן עם האנשים שהקשיים הללו הם שגרת חייהם ויודעים יותר מכולנו מה אנחנו צריכים לתקן, מה חייבים לשנות ומה עלול לקרות אם לא נפעל מייד. התובנות והמסקנות שצברתי מעבודתי המשותפת עם ארגונים, חברות ומשרדי ממשלה היתרגמו להמלצות אשר משקפות באופן המדויק ביותר את המציאות.

מתווה התוכנית נחלק ל-11 פרקים עיקריים:

1. אינטגרציה של השירותים ותיאום בין הגורמים הפועלים בתחום

האחריות המיניסטריאלית לטיפול באזרחים הוותיקים נחלקת כיום בין כמה משרדי ממשלה, והתיאום ביניהם לוקה בחסר. הפיצול קיים גם ברמה המקומית – בין קופות החולים, המחלקות לשירותים חברתיים, המוסד לביטוח לאומי ועוד. הזקן ומשפחתו נאלצים להתרוצץ בין גופים שנותנים שירותים וטיפולים שונים על פי ההסדרים שנקבעו, ונאלצים להתמודד עם חוסר התיאום גם בנסיבות מורכבות יותר, למשל במצבים של הידרדרות תפקודית המצריכה התאמת שירותים חדשים לזקן על פי זכאותו. הכפילויות וחוסר התיאום גורמים למשק בזבוז משאבים ונזקים.

מטרת התוכנית היא ליצור אינטגרציה של כל מערכות המידע בדבר זכויות ושירותים לאזרחים הוותיקים.

2. מיגור העוני

בבואנו לטפל בהכנסותיהם של האזרחים הוותיקים עלינו להעמיד בראש סדר העדיפויות את הקיום בכבוד של מי שאין להם מקורות הכנסה מלבד קצבאות הביטוח הלאומי והן אמצעי הקיום היחיד שלהם. קיימתי עשרות פגישות בנושא זה, עם טובי המומחים, כדי למצוא דרכים לטיפול בבעיה. ההמלצות מובאות בהמשך.

3. דיור ציבורי

כל אדם זכאי לקורת גג, אולם לא כל אחד יכול להבטיח לעצמו את קורת הגג שהוא זקוק לה. רבים מהאזרחים הוותיקים נזקקים לסיוע ממשלתי כדי להבטיח לעצמם גג מעל ראשם. הוועדה ראתה צורך במציאת פתרונות לטווח קצר ולטווח ארוך. הפתרונות שנמצאו מוצגים להלן.

4. שירותי הבריאות

אחד הגורמים המשפיעים ביותר על תוחלת החיים בשנים האחרונות הוא ההתפתחות שחלה בתחום הרפואה ובשירותים הרפואיים. עם זאת, ההסתברות לחולי ולירידה בתפקוד עולה עם הגיל. נתונים רבים מצביעים על שיעור גבוה של בני 65+ הסובלים מבעיות בריאות.

5. שירותי הרווחה

בפרק זה נסקרים הצרכים והבעיות של האזרחים הוותיקים בתחומי החברה והרווחה, פעולות משרד הרווחה להתמודדות עימן והיקף המענה הרצוי.

6. בדידות

אדם עשוי לחוש בדידות בכל גיל, אך המציאות מלמדת שככל שהאדם מזדקן גדל הסיכוי שירגיש בדידות. במתווה התוכנית מוצגות המלצות להפחתה ולמניעה של בדידות בישראל.

7. סיעוד בקהילה לעומת מוסדות סיעודיים

אזרחים ותיקים רבים נעשים סיעודיים ונזקקים לסיוע. המדיניות המקובלת כיום בעולם כולו, וגם בישראל, היא לאפשר לאזרחים הוותיקים להמשיך לחיות בביתם ובקהילתם כל עוד הם יכולים לעשות כן ומעוניינים בכך.

8. תעסוקה ופרישה

הוועדה דנה בצורך בשינוי המצב בכל הקשור בפרישה מעבודה ובתעסוקת מבוגרים.

9. בני משפחה מטפלים (מטפלים עיקריים)

המדיניות הכוללת של השארת הזקן בביתו גם כאשר מצבו הבריאותי והתפקודי מידרדר, כל עוד הוא מעוניין בכך וכל עוד יש נכונות ויכולת מצד בני המשפחה לסייע לו, מצריכה התייחסות לבני המשפחה המטפלים. בעניין זה נדונה שאלת **החובה והאחריות**: על מי מוטלת האחריות לטיפול בזקן הזקוק לסיוע – על המדינה, על המשפחה או אולי על שתיהן?

10. התעללות והזנחה

תופעת התעללות בזקנים והזנחתם לא הייתה על סדר-היום של קובעי המדיניות בארץ ושל אנשי המקצוע המטפלים שנים רבות, ומשום כך לא הוכרה כבעיה חברתית ולא נעשתה פעילות מאורגנת להתמודדות עימה. במתווה התוכנית מוצגות המלצות להתמודדות עם הבעיה.

11. עצמאיים – נכס ולא נטל

העלייה בתוחלת החיים האריכה במידה ניכרת את תקופת החיים של אנשים לאחר הפרישה מהעבודה, ומשכה המוערך כיום הוא 20 שנה. כ-75% מהפורשים

מעבודה הם עצמאיים, ויכולים לאמץ אורח חיים שיאפשר בריאות טובה יותר ואיכות חיים משופרת.

עם סיום כתיבת מתווה התכנית, הופץ המתווה להערות למשרדי הממשלה ולארגונים השונים שלקחו חלק בדיוני הוועדה במהלך עבודתה. התקבלו חמישה עשר מסמכים עם השלמות, הערות והמלצות. לאחר בדיקה יסודית של ההערות שהתקבלו, תוקן המתווה בהתאם להערות לקראת פרסומו הסופי כפי שהוא מוצג עתה.

גילוי נאות: התפקיד הראשון שמילאתי אחרי שעליתי לישראל היה מטפלת בבית אבות בעיר ערד. 28 שנים לאחר שראיתי מקרוב את הסבל היום-יומי של הקשישים במדינה אני כותבת את דברי הפתיחה של תוכנית זו.

מתווה התוכנית חובר במשך שנתיים ונכתב עם שותפים רבים. אני רוצה להודות להם.

תודתי נתונה ל-11 חברי הוועדה, שהניחו את הפוליטיקה בצד והתגייסו במחויבות ראויה להערכה למען עתיד הקשישים בישראל.

תודה מיוחדת מסורה ליועץ הוועדה פרופ' יצחק בריק ולמנהלת הוועדה גב' אתי שבתאי, על שעמלו בחריצות ובמסירות על הצלחת הוועדה ובניית מתווה התוכנית. אני רוצה להודות גם לצוות מרכז המחקר והמידע של הכנסת ולעוזריי הפרלמנטריים על סבלנותם ודבקותם במטרה.

משסיימה הוועדה את עבודתה תוצג התוכנית לראש הממשלה, בתקווה שתאומץ, תתקצב ותיושם בטווח הקצר והארוך.

כולי תקווה שמילים אלו, ובעיקר יישום התוכנית, יעידו עלינו התמודדו ישירות עם מצוקת האזרחים הוותיקים, שלא התעלמנו ועצמנו עיניים ובחרנו בדרך של דאגה כנה ואמיתית לחברה הישראלית.

בברכה,

חברת הכנסת טלי פלוסקוב

תוכן העניינים

2	דבר יושבת-ראש הוועדה.....
10	תודות.....
12	חברי הוועדה
14	צוות הוועדה.....
16	ישיבות הוועדה.....
19	מתווה לתוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה.....
24	אינטגרציה של השירותים ותיאום בין הגורמים הפועלים בתחום.....
32	מיגור העוני.....
42	דיור ציבורי.....
50	שירותי הבריאות.....
65	שירותי הרווחה.....
75	בדידות.....
83	סיעוד בקהילה ומוסדות סיעודיים.....
104	תעסוקה ופרישה.....
120	בני משפחה מטפלים (מטפלים עיקריים).....
129	התעללות והזנחה.....
137	עצמאיים – נכס ולא נטל.....

תודות

חבר הכנסת אלי אלאלוף, יושב-ראש ועדת העבודה, הרווחה והבריאות
חבר הכנסת איתן כבל, יושב-ראש ועדת הכלכלה
משה כחלון, שר האוצר
יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות
חיים כץ, שר העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים
גילה גמליאל, השרה לשוויון חברתי גילה גמליאל
מר אבי ניסנקורן, יו"ר ההסתדרות החדשה
ד"ר אביגדור קפלן, מנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים
מר מאיר שפיגלר, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי
מר אבי כהן, מנכ"ל המשרד לשוויון חברתי
פרופ' דניאל גוטליב, סמנכ"ל מחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי
הגב' לבנה עזרא, מנהלת אגף זקנה ושאיצים, המוסד לביטוח לאומי
הגב' ורה שלום, מנהלת אגף ייעוץ לקשיש במוסד לביטוח לאומי
הגב' גלית מבורך, מנהלת השירות לאזרחים ותיקים במשרד העבודה, הרווחה
והשירותים החברתיים
הגב' ברכי דליצקי, מנהלת אגף בכיר אזרחים ותיקים במשרד לשוויון חברתי
מר ניר קידר, סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות
ד"ר אהרון כהן, ראש אגף גריאטריה במשרד הבריאות
ד"ר אירית לקסר, מנהלת המחלקה לסטנדרטים ואכיפה באגף גריאטריה, משרד
הבריאות
מערכת דברי הכנסת

חברי הוועדה

שם חבר הכנסת	סיעה
 טלי פלוסקוב – יושבת-ראש	כולנו
 איציק שמולי	המחנה הציוני
 מיכאל מלכיאלי	ש"ס
 אילן גילאון	מרצ
 אברהם נגוסה	הליכוד
 יוסי יונה	המחנה הציוני
 יעקב פרי	יש עתיד
 דב חנין	הרשימה המשותפת
 יעקב אשר	יהדות התורה
 יוליה מלינובסקי	ישראל ביתנו
 נורית קורן	הליכוד
 שולי מועלם-רפאלי	הבית היהודי

חבר הכנסת מיכאל מלכיאלי היה חבר ועדה מ-25 באוקטובר 2017 עד 5 ביוני 2018.

צוות הוועדה

מנהלת הוועדה: **אתי שבתאי**

דובר הוועדה: **אורי מיכאל**

מרכז המחקר והמידע: **שלי לוי – ראש צוות בכירה**
גדעון זעירא
אליעזר שוורץ

יועץ חיצוני לוועדה: **פרופ' יצחק בריק**

יועצים

ליושבת-ראש הוועדה: **אורון דב**
טטיאנה ברלין

ישיבות הוועדה

מספר	תאריך	שעה	נושא
1	11/12/2017	09: 30	הצעה לסדר-היום בנושא : בניית תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה
1	25/12/2017	08: 30	עוני בקרב אזרחים ותיקים בישראל
3	17/01/2018	09: 00	עוני בקרב אזרחים ותיקים – הצגת פתרונות אפשריים ודרכי פעולה
4	23/01/2018	10: 00	במסגרת ציון יום השואה הבין-לאומי בכנסת : סקירת פעילות הרשות לטיפול בניצולי השואה
5	30/01/2018	09: 00	תנאי העסקה של עובדים ישראלים בתחום הסיעוד
6	06/02/2018	09: 00	סקירת ענף הסיעוד והשלכות תוכנית הסיעוד הממלכתית החדשה על האזרחים הוותיקים
7	20/02/2018	13: 00	במסגרת ציון יום העוני בכנסת : התמודדות עם עוני בקרב זקנים במדינות שונות ; סיכום פרק העוני בתוכנית-האב הלאומית בתחום הזקנה
8	05/03/2018	09: 30	1. תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : הבדידות בקרב אזרחים ותיקים ; עצמאיים – נכס ולא נטל
			2. הצעה לסדר-היום בנושא : התמודדות המדינה עם תופעת הבדידות בקרב האזרחים הוותיקים
9	25/03/2018	10: 30	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : פרק תעסוקה ופרישה – תעסוקת אזרחים ותיקים בישראל
10	07/05/2018	09: 00	עוני בקרב אזרחים ותיקים בישראל
11		10: 00	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : פרק תעסוקה ופרישה – תעסוקת אזרחים ותיקים בישראל
12	22/05/2018	09: 00	סוגיות בנושא הסיעוד בקהילה ובבתי אבות : מחסור בכוח אדם, פיקוח ובקרה, שקיפות, תעריפי האשפוז בפרוגרמת משרד בריאות ועוד
13	30/05/2018	08: 30	עוני בקרב אזרחים ותיקים בישראל
14	04/06/2018	09: 00	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : בני משפחה מטפלים

15	11/06/2018	09: 00	אינטגרציה ותיאום של השירותים לאזרחים הוותיקים
16	26/06/2018	09: 00	התעללות והזנחה בקרב אזרחים ותיקים בישראל
17		10: 30	הצעה דחופה לסדר-היום בנושא : פגיעה קשה בתנאי ההעסקה של כ-80,000 מטפלות סיעודיות
18	02/07/2018	09: 00	סיעוד בבתי אבות
19	09/07/2018	09: 30	במסגרת ציון יום האזרח הוותיק בכנסת : הגשת המלצות דוח הביניים של תוכנית-האב הלאומית בתחום הזקנה
20	17/07/2018	09: 00	הצעה דחופה לסדר-היום בנושא : פגיעה קשה בתנאי ההעסקה של כ-80,000 מטפלות סיעודיות
21	28/10/2018	12: 00	ישיבת מעקב – מוכנות משרדי הממשלה לתחילת יישום רפורמת הסיעוד הממלכתית
22		14: 15	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : עצמאיים – נכס ולא נטל
23	11/11/2018	12: 30	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : מתן פתרונות לדיור ציבורי לאזרחים ותיקים בישראל
24	21/11/2018	09: 00	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : שירותי הרווחה הניתנים לאזרחים הוותיקים – אתגרים ומענים
25	11/12/2018	10: 00	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : מבחן התלות (ADL) של הביטוח הלאומי – ישיבת מעקב
26	12/12/2018	08: 30	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : פרק הבריאות – אתגרים ומענים
27	18/12/2018	09: 30	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : פרק הבריאות – אתגרים ומענים
28	24/12/2018	10: 30	תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה : הגברת המחקר, הפיתוח והחינוך לקידום אריכות חיים בריאים ומניעת מחלות זקנה

מתווה לתוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה



ועדת המשנה לעניין מעמד האזרחים הוותיקים של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת בראשותה של חברת הכנסת טלי פלוסקוב הציבה לעצמה מטרה לקדם תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה באמצעות הכנת מתווה לתוכנית ולהבטיח שממשלת ישראל תאמץ את המתווה ותפעל להכנת תוכנית לפיו. לשם כך הוקמה ועדה משותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות ולוועדת הכלכלה בראשות חברת הכנסת טלי פלוסקוב שמטרתה בניית תוכנית-אב לאומית בתחום הזקנה. **מסמך זה הוא הדוח הסופי של הוועדה, ומוציג בו הסוגיות שהוועדה דנה בהן עד כה והאתגרים הנובעים מהן.**

רקע

האוכלוסייה בישראל מזדקנת במהירות. בסוף שנת 2016 חיו בארץ 978,400 בני 65+ – 11.3% מאוכלוסיית המדינה. קרוב למחציתם (כ-44%) היו בני 75+, ו-12.5% בני יותר מ-80; 3,100 איש היו בני יותר מ-100 שנה. עם קום המדינה היו בני ה-65+ 4% בלבד מאוכלוסיית המדינה. מאז שנת 1955 גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4.6, ואילו מספרם של בני ה-65+ גדל פי 10.6. שיעור בני ה-75+ גדל אף יותר, ועולה בקצב של 6% בממוצע בכל שנה. חלקם של בני ה-65+ בקרב יוצאי חבר המדינות שעלו לארץ משנת 1990 הוא 23.6% – גבוה ב-15% מחלקם בכלל האוכלוסייה (8.9%). שיעור העולים מחבר המדינות בני 65+ בקרב כלל האזרחים הוותיקים בישראל הוא 18.6%.

הגידול בשיעור המבוגרים באוכלוסייה יימשך ואף יגבר בשנים הבאות. לפי תחזיות, עד שנת 2035 יהיה מספרם של בני ה-65 + 1,660,000 והם יהיו 14.6% מהאוכלוסייה, ומספרם של בני ה-70+ יוכפל. עד שנת 2040 יגיע מספרם של בני ה-65+ לכ-2 מיליון. לאוכלוסיית הקשישים יש צרכים ובעיות המיוחדים לה, המזמנים אתגרים של ממש. השינוי הדמוגרפי המהיר מחייב לתת לנושא עדיפות ברמת התכנון הלאומי.

כבר בשנת 1991 קיבלה העצרת הכללית של האו"ם החלטה בדבר עקרונות האומות המאוחדות לקשישים, ובה נקבע בין השאר הצורך להבטיח לקשישים עצמאות ותנאי מחיה נאותים, לאפשר להם לנהל חיי חברה, לתת להם טיפול והשגחה נאותים, לספק להם כלים להגשמה עצמית ולשמור על כבודם.¹ בשנת 2002 התקיימה במדריד ועידת האו"ם לענייני זקנה בהשתתפות נציגי כל המדינות החברות, ובהן ישראל. בוועידה זו התקבלו החלטות בדבר הצעדים שעל המדינות לנקוט כדי להתמודד עם הזדקנות האוכלוסייה. במבוא לתוכנית נכתב:

החלטנו לאמץ תוכנית פעולה בין-לאומית לענייני ההזדקנות כדי לתת מענה לאפשרויות ולאתגרים של הזדקנות האוכלוסייה במאה ה-21 ולקדם את פיתוח החברה לבני כל הגילים בהקשר של תוכנית הפעולה. אנו מחויבים לפעולות בכל הרמות, ובהן הרמה הלאומית והרמה הבין-לאומית, בשלושה כיוונים מועדפים: קשישים ופיתוח; קידום בריאות ורווחה בגיל המבוגר; הבטחת סביבה מאפשרת ותומכת.²

לאחרונה גברה בישראל המודעות למגמה של הזדקנות האוכלוסייה. בהחלטת הממשלה מס' 5208 מיום 4 בנובמבר 2012 נקבעו היעדים האסטרטגיים של מדינת ישראל, ואחד מהם היה התמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה. בהמשך החליטה הממשלה, בהחלטה מס' 150 מיום 28 ביוני 2015, לאמץ את הערכת המצב האסטרטגית הכלכלית-חברתית שנוסחה בהחלטה מס' 5208, לגבש דרכי פעולה ולקדם את יישומן: טיפול בגירעון האקטוארי של המוסד לביטוח לאומי, היערכות מערכת הפנסיה, התאמה הדרגתית של גיל הפרישה, שילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה והיערכות של מערכות הסיעוד והבריאות. תוכנית מפורטת לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה הותוותה בהחלטת הממשלה מס' 834 מיום 13 בדצמבר 2015.

¹ United Nation Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991.

² United Nations, Political Declaration and Madrid International Plan of Action, 2002.

משרדי הממשלה יזמו תוכניות לטיפול בבעיות ספציפיות. בין השאר, משרד הבריאות הכין מתווה לרפורמה בסייעוד ותוכנית לאומית להתמודדות עם בעיית הדמנציה והאלצהיימר; המשרד לשוויון חברתי הכין תוכנית לתעסוקת מבוגרים; הוחלט שקצבאות הזקנה של המוסד לביטוח לאומי יועלו. בשנים האחרונות נעשו כמה עבודות מקיפות המלמדות על הצרכים הגדלים והולכים ועל הצורך בשינוי המדיניות. בכלל זה, דוח ועדת שטסמן משנת 2011 עסק בצרכים הצפויים בתחום הסייעוד,³ כנס ים המלח של משרד הבריאות בשנת 2011 עסק בהרחבה בצרכים העתידיים של אוכלוסיית הזקנים⁴ וועדת אלאוף משנת 2014 עסקה במצבם של הזקנים העניים.⁵

כל התוכניות וההחלטות הללו ראויות לציון. עצם קיומן מלמד שקובעי המדיניות ערים לאתגר שהזדקנות האוכלוסייה מציבה בפניהם. ואולם, התוכניות של משרדי הממשלה מבוססות על פתרונות סלקטיביים לבעיות ספציפיות, ואין בהן משום מענה כולל על הצרכים הנובעים מהשינוי הדמוגרפי הדרמטי המתחולל. יתר על כן, רק חלק קטן מההחלטות והתוכניות הגיעו לידי יישום.

כיום נדרש מבט כולל על האתגר של הזדקנות האוכלוסייה, שיביא בחשבון את כל הבעיות והצרכים של הזקנים. לשם כך יש לגבש **תוכנית-אב לאומית** כוללת לטווח בינוני ולטווח ארוך. האגודה הישראלית לגרונטולוגיה הדגישה צורך זה כבר לפני שנים,⁶ אך המלצותיה לא יושמו. תוכנית-אב לאומית מקיפה דרושה משום שהצרכים והקשיים של הקשישים כרוכים אלו באלו, וכמוהם השירותים והטיפולים הנחוצים להם. לדוגמה, פיתוח השירותים בקהילה קשור בקשר הדוק לצרכים במערכת האשפוז; פיתוח התוכנית "זקנה בריאה" עשוי להשפיע ישירות על מערכת הבריאות ועל האשפוז הסייעודי.

כמה מדינות בעולם כבר הכינו תוכניות-אב אסטרטגיות להתמודדות עם האתגר של הזדקנות האוכלוסייה. בדוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת מיוני 2017 הובאו שלוש דוגמאות של תוכניות-אב לאומיות כאלה.⁷ בתוכנית הלאומית של **אירלנד**

³ י' שטסמן (2011), הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010–2020 ו-2020–2030 – דין וחשבון הוועדה והמלצותיה.

⁴ ג' חביב (2011), כנס ים-המלח ה-12 – היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

⁵ הוועדה למלחמה בעוני בישראל, דוח הוועדה, מוגש לחבר הכנסת מאיר כהן, שר הרווחה והשירותים החברתיים, 2014.

⁶ א' יקוביץ וי' קטן (2011), השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל: הצורך בעיצוב תוכנית-אב לאומית, האגודה הישראלית לגרונטולוגיה; א' יקוביץ, י' בריק וי' קטן (2014), השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל: הצורך בעיצוב תוכנית-אב לאומית, האגודה הישראלית לגרונטולוגיה.

⁷ ג' זעירא (2017), תוכניות לאומיות להתמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה במדינות שונות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

משנת 2013 נקבעו בחלק הביצועי ארבע מטרות לאומיות ופורטו מטרות המשנה, תחומי פעולה והגורמים האחראים ליישום. בהקדמה לתוכנית ציין השר האחראי שהזדקנות האוכלוסייה מחייבת מענה ממשלתי כולל. **צ'כיה** הכינה תוכנית לאומית לשנים 2013–2017 המבוססת על התפיסה שהזדקנות האוכלוסייה נוגעת לכל תחומי החיים, ולכן המדיניות בנושא זה עשויה להיות יעילה רק אם היא מבוססת על גישה מקיפה ועל הסתכלות ארוכת טווח. **סינגפור** פרסמה בשנת 2016 את "תוכנית הפעולה להזדקנות מוצלחת", שמטרתה בניית אומה לכל הגילים שתאפשר לאזרחיה להזדקן בביטחון. בתוכנית יותר מ-70 תוכניות ספציפיות שנועדו להכין את סינגפור להזדקנות המהירה של אוכלוסייתה בעשור הקרוב.

מטרות התוכנית

מטרתה העיקרית של התוכנית היא להבטיח לאזרחים הוותיקים בישראל קיום בכבוד ובביטחון בכל תחומי החיים – בריאות, רווחה, סיעוד, דיור, תעסוקה – ולוודא שתוחלת החיים המתארכת והגידול הניכר הצפוי במספר הזקנים בעתיד יהיו מלווים באיכות חיים טובה מבחינה כלכלית, חברתית ואישית. בתוך כך, התוכנית מתווה דרכים לצמצום החולי ולמניעתו, למיגור העוני, למניעת התעללות בקשישים ולהפגת בדידות בקרב קשישים. יישום התוכנית יחולל שינוי ביחס לאזרחים הוותיקים ובמעמדם. הוא יאפשר ראייה כוללת של צורכי האזרחים הוותיקים ויבטיח שמערך השירותים שיעמוד לרשותם יהיה הולם, זמין ונוח.

המתווה לתוכנית-האב הלאומית לזקנה יעסוק באתגרים העיקריים העומדים בפני האוכלוסייה המבוגרת בשנים הבאות. הוועדה המיוחדת שהוקמה בכנסת לשם הכנת המתווה גיבשה הצעה למדיניות, עקרונות וכיווני פעולה. המתווה יוגש לממשלה לאישור ויועבר לגורמים המוסמכים לצורך הכנת תוכנית הפעולה, ובכלל זה תקציב, לוח זמנים ואחריות לביצוע.

יישום תוכנית-אב על ידי הממשלה יחייב רפורמה מקיפה שתהיה מבוססת על כמה עקרונות יסוד שיתורגמו לתוכניות עבודה, לתקציב הדרוש, לשינויים בחקיקה ולהיערכות ארגונית אחרת. עקרונות היסוד שעליהן מתבססת התוכנית:

כבוד האדם – לנהוג כבוד באדם בערוב ימיו בכל מצב, גם לאחר שחלה ירידה במצבו הבריאותי או בתפקודו הפיזי או הקוגניטיבי. "מפני שיבה תקום והדרת פני זקן" (ויקרא י"ט ל"ב).

עצמאות – לשאוף להבטחת מרב העצמאות לכל אזרח ותיק בכל מקום ובכל מצב ולצמצם ככל האפשר את תלותו באחרים. להשאיר בידיו ככל האפשר את חופש הבחירה ואת אפשרות ההחלטה.

האזרח הוותיק במרכז – לכל אדם הייחוד שלו, בגופו ובנפשו, באמונתו ובדעותיו, בבעיותיו ובצרכיו. לכן, יש לנהוג בכל אזרח ותיק על פי מצבו וצרכיו הספציפיים.

מניעה – לצמצם ככל האפשר את הצורך במתן שירותים אקוטיים על ידי פעולות מניעה.

הזדקנות בבית ובקהילה – לאפשר לאזרחים ותיקים מזדקנים להמשיך לחיות בביתם כל עוד הדבר אפשרי וכל עוד הם מעוניינים בכך.

נכס ולא נטל – יש הרואים באזרחים הוותיקים נטל על החברה, על הכלכלה ועל מערכות השירותים. עלינו לטפח גישה הפוכה, הרואה באזרחים הוותיקים נכס כלכלי וחברתי, בין השאר בזכות הידע והניסיון שצברו במהלך חייהם.

להלן הסוגיות והאתגרים **העיקריים** שתוכנית-האב אמורה להתמודד איתם ; נדגיש כי **רשימה זו אינה ממצה את כל הבעיות והצרכים של האזרחים הוותיקים**.

1. אינטגרציה של השירותים ותיאום בין הגורמים הפועלים בתחום

2. עוני

3. דיור ציבורי

4. שירותי בריאות

5. שירותי רווחה

6. בדידות

7. סיעוד בקהילה מול מוסדות סיעודיים

8. תעסוקה ופרישה

9. בני משפחה מטפלים (מטפלים עיקריים)

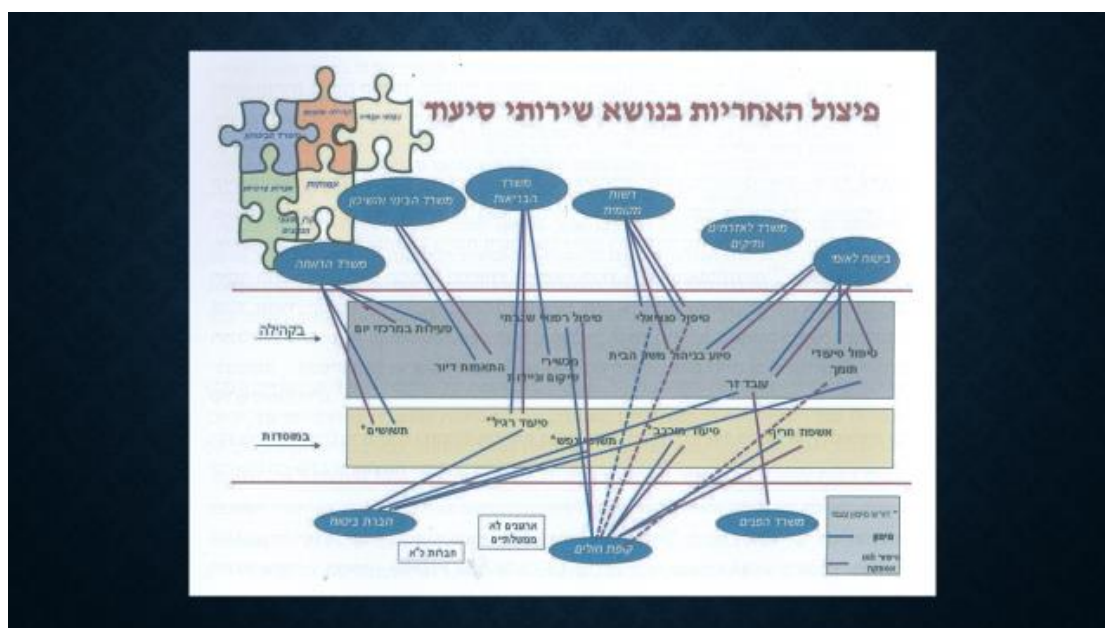
10. התעללות והזנחה

11. עצמאיים – נכס ולא נטל

אינטגרציה של השירותים ותיאום בין הגורמים הפועלים בתחום

רקע

האחריות המיניסטריאלית לטיפול באזרחים הוותיקים נתונה כיום בידי כמה משרדי ממשלה (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, המשרד לשוויון חברתי, המוסד לביטוח לאומי, משרד העלייה והקליטה ומשרד הבינוי והשיכון), והתיאום ביניהם לוקה בחסר. הפיצול קיים גם ברמה המקומית – בין קופות החולים, המחלקות לשירותים חברתיים, המוסד לביטוח לאומי ועוד. הזקן ומשפחתו נאלצים להתרוצץ בין הארגונים כדי להסתייע בשירותים על פי ההסדרים שנקבעו, ונאלצים להתמודד עם חוסר התיאום גם בנסיבות מורכבות יותר, למשל במצבים של הידרדרות בתפקוד המצריכה התאמת שירותים וזכויות חדשים לזקן. הכפילויות וחוסר התיאום גורמים למשק בזבז משאבים ונזקים אחרים.⁸



⁸ הדיאגרמה לקוחה מתוך: ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה, משרד הבריאות, עמ' 84.

מבקר המדינה נדרש לבעיה זו כבר בשנת 1997: "בעת הזדקקותם לטיפול או עזרה של מוסדות, ניצבים הזקנים ובני משפחותיהם מול קשת רחבה של רשויות... הזקן ובני משפחתו לא תמיד יודעים לאן ולמי לפנות ועקב כך מתרוצצים בין המשרדים והארגונים בחיפושם אחרי הכתובת המתאימה".⁹ הערה דומה נכללת בדוח של בנק ישראל: "יש לבחון דרכים להגברת התיאום בין השירותים השונים בקהילה ובמוסדות... באופן שישפר את השירות הציבורי לקשישים ולבני משפחותיהם".¹⁰ גם במתווה לרפורמה שפרסם משרד הבריאות בשנת 2011 נדונה בעיה זו, ונטען בו כי "הפיצול הרב מפחית את היעילות הכלכלית, גורם לבלבול בקרב המבוטחים ולאי-מיצוי זכויותיהם ומקשה על בקרה ורגולציה אפקטיביות".¹¹

הבעיה אכן מוכרת לממשלה ונעשו בעבר כמה ניסיונות להתמודד עימה. באוגוסט 1999 מינו שר הבריאות משה בניזרי ושר והעבודה והרווחה אלי ישי ועדה ממלכתית בראשותו של פרופ' יוחנן שטסמן.¹² ביוני 2000 פורסמו המלצות הוועדה, ובהן חמש המלצות מעשיות:

- ✓ כתובת אחידה – כל השירותים ירוכזו במבנה פיזי אחד;
 - ✓ טפסים אחידים – יונהג שימוש בטפסים אחידים לכל שירותי הסיעוד;
 - ✓ הערכה אחידה – יהיה מדרג אחד להערכה גריאטרית, והוא ישמש בכל השירותים;
 - ✓ מבחן הכנסות אחיד – יתקיים מבחן הכנסות אחד ואחיד לכל הגופים;
 - ✓ ישיבות צוות משותפות – יתקיימו ישיבות צוות שבועיות של כל הגורמים.
- המלצות ועדת שטסמן התקבלו והוחלט ליישמן, באמצעות ניסוי בשלוש רשויות מקומיות, במימון קרן הסיעוד במוסד לביטוח לאומי, אולם ההצעה לא התממשה מכמה סיבות.
- במתווה לרפורמה שהוכן במשרד הבריאות נכללה הצעה מעשית לשינוי ארגוני בתחום הסיעוד – העברת שירותי הסיעוד לקופות החולים – אך הרפורמה לא יצאה אל הפועל. בתקופת הממשלה ה-32 חודשה ההצעה לרפורמה בשירותי הסיעוד אך גם הפעם לא יצאה ההצעה אל הפועל.

⁹ מבקר המדינה, דוח שנתי 48 לשנת 1997 ולחשבונות שנת הכספים 1996, עמ' 193.

¹⁰ בנק ישראל, דין וחשבון 2011, עמ' 321.

¹¹ ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה, משרד הבריאות, ירושלים, עמ' 11.

¹² "שטסמן (2000), סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה – דוח הוועדה, משרד הבריאות ומשרד הרווחה.

כבר בשנת 1969 יזם היועץ המשפטי של משרד הסעד הצעת חוק להקמת רשות לטיפול בזקן שתקיים תוכניות ופעולות למען הזקנים, תהיה אחראית לתיאום בין כל המשרדים המטפלים בזקנים ותפעל בין השאר לקבוע ישירות את רמת המחיה, השיכון ושירותי הבריאות שהזקנים זקוקים להם, וכן תתכנן מחלקות לזקנים סיעודיים ליד בתי החולים ותסייע בהקמתם ותקים ותעודד הקמה של מוסדות לזקנים תשושים וסיעודיים.¹³ הצעת חוק זו לא קודמה.

גם המחוקק היה מודע לבעיה. בשנת 1997 הוגשה לכנסת הצעת חוק להקמת רשות למען הזקן מאת חבר הכנסת דוד טל.¹⁴ בסעיף 1 להצעת החוק נכתב: "מטרתו של חוק זה היא להסדיר את הטיפול בזקן בכל המישורים ולאגוד בתוכו, לשם כך, במסגרת אחת את כל הסמכויות המפוזרות כיום בין הרשויות השונות, למען רווחתם הסוציאלית של בני האוכלוסייה המבוגרת ולהבטחת זכויותיהם ושלומם הגופני, הנפשי והחברתי". הממשלה התנגדה להצעת החוק והיא נדחתה בקריאה טרומית.¹⁵ לאחר מכן הוקמה ועדה בראשותו של פרופ' יעקב מנצ'ל במטרה להציע עקרונות לתיאום בין המשרדים. המלצות הוועדה:

✓ ליצור רצף טיפולי לזקן באמצעות הרחבת תפקיד הוועדות המקומיות הפועלות מתוקף חוק סיעוד;

✓ לכלול בסל השירותים טיפול סיעודי ורפואי, טיפול אישי וסביבתי, טיפול מונע, טיפול סוציאלי, פעילות חברתית, ייעוץ לזקן ומשפחתו, מתנדבים, הפניה לסידורים מוסדיים ושירותים מיוחדים.

גם המלצות אלו לא יצאו אל הפועל, והפיצול וחוסר התיאום בין המשרדים בכל הנוגע למדיניות, לזכויות ולשירותים עדיין קיימים. יש לציין שמדי פעם בפעם נעשים ניסיונות לתיאום בין המשרדים לבין עצמם וכן בין הממשלה לארגוני המגזר השלישי, אך בעיית פיצול השירותים וחוסר התיאום בין הגורמים הפועלים בתחום עדיין עומדת בעינה.

סוגיית האינטגרציה בין השירותים הניתנים לאזרחים הוותיקים קיימת בשתי רמות: ברמת **המטה**, בין משרדי הממשלה, וברמת **הקהילה**, בין הארגונים המספקים את השירותים לאזרחים הוותיקים (קופות החולים, המחלקות לשירותים חברתיים, הסניפים של המוסד לביטוח לאומי והלשכות האזוריות של משרד הבריאות). כדי

¹³ הצעת חוק רשות לטיפול בזקן, התשכ"ט-1969.

¹⁴ הצעת חוק הרשות למען הזקן, התשנ"ז-1997.

¹⁵ הכנסת ה-14, ישיבה 125, 23 ביולי 1997.

לבטל את הפיצול בין השירותים ולהתמודד עם חוסר התיאום ביניהם יש לפעול בו בזמן הן ברמת המטה והן ברמת הקהילה.

לפתרון הבעיה שתי חלופות עיקריות: **איחוד או תיאום**. להלן סקירה של האפשרויות ליישומן ברמת המטה וברמת הקהילה.

רמת המטה – משרדי הממשלה

המהלך הרצוי ברמת המטה הוא איחוד כל השירותים במשרד אחד: הקמת **משרד ממשלתי** אשר יאגד את האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, את השירות לאזרחים ותיקים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן: משרד הרווחה), את האגף לסיעוד במוסד לביטוח לאומי ואת התוכניות והשירותים לאזרחים ותיקים שבמשרד הבינוי והשיכון, במשרד העלייה והקליטה ובמשרד הפנים. יחידות ממשלתיות אלו יועברו למשרד החדש על כוח האדם שלהן ותקציבן.

אפשרות אחרת היא לפעול על פי עקרון התיאום, דהיינו להקים **מינהלת אזרחים ותיקים** במשרד ראש הממשלה ולהקנות לה אחריות וסמכות לפעול להכוונה, לתיאום ולשיתוף פעולה בין הרשויות. למינהלת תהיה סמכות לאשר תקציבים ותוכניות פעולה, לפקח על יישום התוכניות ולהעביר תקציבים בין המוסדות והארגונים. ליד המינהלת תוקם מועצה ציבורית מיעצת, ובה יהיה ייצוג לארגונים ולחברות המסייעים לאזרחים ותיקים, לחוקרים ואנשי אקדמיה ולנציגי האזרחים הוותיקים.

רמת הקהילה

ברמת הקהילה, הרמה שבה השירותים לאזרחים הוותיקים מסופקים בפועל, החלופה הרצויה היא לפעול לריכוז כל השירותים במערכת ארגונית אחת, שתפעל בבניין אחד. תוכנית זו מבוססת על תפיסה של איחוד השירותים ושילובם (Integrated care). למערכת זו יהיה תקציב אחד ומינהל בעל סמכויות ואחריות לכל מגוון השירותים – בריאות, רווחה, חברה וסיעוד. כל אזרח ותיק הזקוק לסיוע כלשהו יעבור תהליך אבחון כוללני ועל פיו תיקבע לו תוכנית סיוע המבוססת על הצרכים המסוימים שלו. לשם אספקת השירותים כראוי ילווה **מתאם טיפול** (case manager) או **care manager** את האזרח הוותיק הזקוק לסיוע בכל השירותים שהוא נזקק להם.

אחת האפשרויות הסבירות היא להפעיל מערכת מאוחדת זו באחריותה של **הרשות המקומית**. כאמור, ועדה ממלכתית שהקימו שר הרווחה ושר הבריאות ופרסמה את

המלצותיה בשנת 2000 כבר המליצה על שינוי כזה והמלצתה לא יושמה. לאחרונה נעשים ניסיונות להפעיל תוכנית המבוססת על ליווי של **מתאם טיפול** בשיתוף משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים וג'וינט-אשל (ראו הרחבה להלן). מתקיים פיילוט בארבעה יישובים, ואם יצליח, יש מקום לבחון את הרחבתה של התוכנית. היערכות כזאת מחייבת שינוי ארגוני ותקצוב הולם – נושא מרכזי שיש לתת עליו את הדעת בתוכנית-האב.

החלופה לתוכנית כזאת היא פעילות על פי התפיסה של **תיאום** בין השירותים, דהיינו כינוס מגוון השירותים בבניין אחד, יצירת תהליך אבחון משותף וקיום ישיבות צוות משותפות לכל נותני השירות לצורך תיאום הטיפול, ובתוך כך השארת התקציב וסמכות הביצוע בידי כל אחד מנותני השירות בנפרד. גם חלופה זו צריכה להתבסס על **מתאם טיפול**, ובמבנה זה הוא שיפנה את הפונים לשירותים המתאימים, יתאם ביניהם ויעקוב אחר מהלך הטיפול.

נדגיש כי אם תתקבל ההצעה להקים משרד ממשלתי אחד המאגד את כל השירותים, ממילא יאוחדו כל השירותים ברמה המקומית.

מהנעשה בעולם

מדינות רבות בעולם אימצו את הרעיון של טיפול משולב, והמודלים ליישומם מגוונים. כמעט אין בעולם תוכניות איחוד ושילוב ברמת המטה, וכמעט כל המודלים נועדו להפעיל תוכניות לאזרחים ותיקים בקהילה במצבי סיכון גבוה, דהיינו מי שסובלים מירידה תפקודית, מריבוי מחלות וכדומה.

במחקר שפורסם ב-2014 נבדקו לעומק שבע תוכניות – באוסטרליה, בקנדה, בהולנד, בניו-זילנד, בשבדיה, בבריטניה ובארצות הברית.¹⁶ המסקנה העיקרית במחקר זה היא שהיעדים והמטרות בכל התוכניות דומים, אולם הגישות המעשיות ליישומם שונות, ולכן אי-אפשר לדבר על מודל אחד שאפשר לחקות וליישם במקומות אחרים. אף על פי כן אפשר לאמץ את העקרונות הבסיסיים של טיפול משולב (Integrated care) ולתת להם ביטוי מעשי מתאים, בהתחשב במערכת השירותים הקיימת, סוג הצרכים והיקפם והאפשרויות הקיימות במערכת הפוליטית. אלה העקרונות הבסיסיים שיש להביא בחשבון בעת גיבוש תוכנית משולבת מקומית:

¹⁶ N. Goodwin, A. Dixon, G. Anderson & W. Wodchis (2014), *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*, The King's fund.

- ❖ על התוכנית להתבסס על **שיתוף פעולה ועבודת צוות** של בעלי המקצוע בקהילה (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים וכו');
- ❖ יש לקיים הערכת צרכים אישית למי שזקוק לסיוע ולתת לו שירותים מתאימים במסגרת התוכנית;
- ❖ **על מתאם הטיפול** להיות חלק אינטגרלי והכרחי בתוכנית המשולבת;
- ❖ **תהיה כניסה אחת** לקבלת כל השירותים (Single Point Entry);
- ❖ **יש לקיים איגום משאבים** ומערכת תקצוב מתואמת ומשולבת.

הנעשה בישראל

לבד ממפגשי תיאום ספורדיים בין המשרדים, כיום לא ננקט מהלך מאורגן ומבני לאיחוד פעילויות או לתיאום ביניהן ברמת המטה בין משרדי הממשלה המטפלים בעניינם של האזרחים הוותיקים. כל הניסיונות שנעשו עד כה בכיוון זה לא צלחו, ובכלל זה הצעות חוק שהועלו בכנסת.

ברמת הקהילה פועלת כיום תוכנית ניסיונית ששמה "הטיפול המשולב בזקן". לתוכנית שותפים משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, משרד הבריאות וג'וינט-אשל. התוכנית מבוססת על גישה מקצועית של תיאום בין הארגונים והשירותים בקהילה באמצעות יחידת תיאום וטיפול, והיא מיועדת לזקנים מוגבלים במצבי סיכון גבוה מבחינה רפואית, תפקודית וחברתית שהם חסרי עורף משפחתי ומתמודדים עם ריבוי בעיות. ההתערבות כוללת בדיקת צרכים, קביעת תוכנית טיפול מותאמת אישית, הנגשת השירותים ומעקב אחרי אספקתם.

התוכנית הניסיונית יצאה לדרך בשנת 2014 באשקלון, ובשנת 2016 הורחבה והחלה לפעול בשלושה יישובים. על פי דוח של מרכזי התוכנית מ-30 באוגוסט 2017, עד מועד זה הופנו לתוכנית 479 זקנים בארבע הרשויות המקומיות המשתתפות בה (ירושלים – 214, אשקלון – 142, נתיבות – 74, שדות נגב – 49). 70% מהמופנים הם זכאי חוק סיעוד. מפעילי התוכנית פועלים במחלקות לשירותים חברתיים ברשות המקומית או במרפאות של קופת החולים. בכל יחידה מועסקות אחות ועובדת סוציאלית, והן חולקות ביניהן את תיאום הטיפול. מאז דצמבר 2016 התוכנית מלווה במחקר הערכה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. תוכנית זו אכן פועלת בכיוון הרצוי – תיאום השירותים בקהילה – אולם היא מוגבלת לאזרחים ותיקים בסיכון גבוה ואינה מקיפה

את כל השירותים המקומיים לאזרחים הוותיקים. מגבלה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא שמאחר שהתוכנית היא מקומית בלבד, עדיין יש כפילויות והנחיות סותרות בשירותים הניתנים לזקנים, בגלל חוסר התיאום ברמת המטה.

נוסף על כך, בתוכנית הרפורמה שאישרה הממשלה בראשית השנה הוקצב סכום של 20 מיליון שקל לתיאום טיפול והוקמה ועדה בין-משרדית להגדרת התפקיד ולהתוויית הדרכים ליישום התוכנית.

המלצות הוועדה

❖ **להקים משרד ממשלתי מאוחד** לענייני האזרחים הוותיקים שיאגד את כל הפונקציות הנוגעות לאזרחים הוותיקים בכל משרדי הממשלה.

הסבר: הדרך הטובה ביותר למנוע את חוסר היעילות והכפילויות הנובעים מפיצול השירותים היא הכנסתם תחת כנפי משרד ממשלתי אחד. המהלך הזה יחייב העברת היחידות הרלוונטיות ממשרדי הממשלה אל המשרד המאוחד, על משאבי כוח האדם והתקציב שלהם. מהלכי תיאום בין המשרדים יכולים לספק רק מענה חלקי לבעיה. הוועדה מודעת לקושי בהשגת יעד איחוד הרשויות, אך רואה בו יעד עדיף על אפשרויות של תיאום.

❖ **להקים ברשות המקומית יחידה מקומית** (מחלקה לאזרחים ותיקים) לטיפול בכל ענייני האזרחים הוותיקים – רווחה, בריאות, חברה, תעסוקה וסיעוד. הניסוי שנעשה כיום בכמה משרדי ממשלה יכול לשמש בסיס לכך, ויש להרחיבו ולמסדו בכל הארץ. הוועדה ממליצה לרשויות המקומיות להרחיב ולהעמיק את שיתוף הפעולה עם העמותות המקומיות למען הזקן בכל הנוגע לעניינם של האזרחים הוותיקים בקהילה.

הסבר: כדי למנוע כפילויות והתרוצצות מיותרת של הזקן ומשפחתו בין השירותים ירוכזו כל השירותים בבניין אחד, באחריות **הרשות המקומית**. יחידה זו תפעיל תוכנית משולבת של כל השירותים שכל האזרחים הוותיקים החיים בקהילה זקוקים להם. הוועדה רואה ברשות המקומית את הגורם המתאים ביותר להבטחת סיוע לאזרחים הוותיקים בקהילה ולטיפול בענייניהם.

❖ ליצור תפקיד חדש של **מתאם טיפול** בקהילה, שיבטיח שכל אזרח ותיק שחי בקהילה יקבל את מלוא השירותים שהוא זקוק להם ויש באפשרות מערך השירותים בקהילה לתיתם.

הסבר: תפקידו העיקרי של מתאם הטיפול הוא לתאם בין נותני השירותים הרלוונטיים לכל אדם על פי צרכיו. תפקיד זה ימלא אחד העובדים בצוות יחידת הטיפול המקומית. יש לגבש הגדרת תפקיד ולקבוע את ההכשרה הנדרשת לו. לאחר מכן יש לפעול בהדרגה לאיוש התפקיד באזורים שונים למגוון אוכלוסיות יעד. הנושא נכלל ברפורמה שקיבלה הממשלה השנה, והוקם צוות בין-משרדי העוסק בהגדרת התפקיד ובמטלות הכרוכות בו.

❖ ליצור אינטגרציה של כל מערכות **המידע** בדבר זכויות ושירותים לאזרחים הוותיקים ולפתח תשתית טכנולוגית שתתרום לשיתוף מידע בין הגורמים.

מיגור העוני

רקע

עוני משמעותו מחסור במשאבים כלכליים עד כדי פגיעה בתנאי חיים. אדם עני מתקשה לדאוג לצרכיו הבסיסיים, כגון דיור, מזון, ביגוד, תרופות, שירותים רפואיים וציוד ביתי. העוני פוגע בזכות לחיות, שהיא מערכי היסוד של האדם; הוא פוגע בערך **השוויון**, שכן אין לעני הזדמנות שווה לחיים הוגנים; העוני פוגע גם בערך של **אוטונומיה ועצמאות**, שכן המחסור במשאבים אינו מאפשר לעני לצרוך מוצרים ושירותים הכרחיים. העוני פוגע בערך **הצדק**, מאחר שפעמים רבות אנשים שעמלו כל חייהם, גידלו משפחות ותרמו לקהילה, לילדיהם ולמשפחותיהם אינם זוכים לקיום בכבוד בשנות חייהם האחרונות.

בעיית העוני קיימת בכל העולם, הן במדינות מתפתחות והן במדינות מפותחות. 13 מיליון מתוך 75 מיליון הזקנים ב-25 מדינות האיחוד האירופי חיים בעוני, כלומר אחד מכל שישה זקנים הוא עני. אומנם בעיית העוני קיימת גם אצל ילדים, צעירים ומשפחות, אולם הבעיה חמורה יותר אצל האזרחים הוותיקים, שכן לרבים מהם אין פנסיה או מקורות הכנסה אחרים, וכמעט אין להם אפשרות לעבוד לפרנסתם בגלל חסמים חברתיים, בריאותיים, כלכליים וחוקיים.

גם בישראל יש עוני בקרב האזרחים הוותיקים. לפי המדד הרשמי של מחצית ההכנסה הכספית החציונית לאחר תשלומי העברה ותשלומי חובה, בשנת 2015 חיו בעוני כ-107,400 משפחות שבראשן אזרח ותיק¹⁷ – 23.2% מכלל המשפחות שבראשן עמד אזרח ותיק. במשפחות אלו חיו 168,800 נפשות, שהן 22.3% מכלל הנפשות במשפחות שבראשן עמדו אזרחים ותיקים. בדוח העוני לשנת 2016 שפרסם המוסד לביטוח לאומי צוין שתחולת העוני בקרב משפחות קשישים ירדה מ-23.5% בשנת 2015 ל-21.6% בשנת 2016, ותחולת העוני לפי נפש בקרב קשישים ירדה מ-18.2% בשנת 2015 ל-16.9% בשנת 2016.¹⁸

¹⁷ קשישים או אזרחים ותיקים: נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67.
¹⁸ הנתונים הם על נשים מגיל 60 וגברים מגיל 65. המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון (2017), ממדי העוני והפערים החברתיים – דוח שנתי 2016.

תחולת העוני בקרב משפחות קשישים ובקרב קשישים לפי נפש¹⁹

2016		2015		
קשישים לפי נפש	משפחות	קשישים לפי נפש	משפחות	גיל
16.3%	20.8%	17.5%	22.5%	נשים – 60 גברים – 65
16.9%	21.6%	18.2%	23.5%	נשים – 62 גברים – 67

הירידה בתחולת העוני היא בעיקר תוצאה של העלאת קצבאות הזקנה על סמך המלצות ועדת אלאלוף. ההעלאה הראשונה הייתה בדצמבר 2015 והעלאה נוספת – בראשית שנת 2017.

בשנת 2016 היה מספר האזרחים הוותיקים (נשים בנות 62 ומעלה וגברים בני 67 ומעלה) 980,000, ו-166,900 מהם הוגדרו עניים.²⁰ ואולם, יש להביא בחשבון שכבה נוספת של אזרחים ותיקים, אשר יש להם פנסיה קטנה ולעיתים גם הכנסה מסוימת, ומאחר שהכנסתם הכוללת עולה על הסכום הקובע לצורך קבלת גמלת השלמת הכנסה הם אינם מקבלים את הגמלה ולכן אינם זכאים לכל ההטבות שזכאים להן מקבלי השלמת הכנסה, כגון הנחה בארנונה. שכבה זו חיה מבחינה פורמלית מעל קו העוני, אך למעשה אינה יכולה להתקיים בכבוד, והיא חיה בעוני ובמחסור. קשה לאמוד את גודלה של שכבה זו אך אפשר להעריך שמדובר בכ-100,000 נפשות.

אף שגמלת השלמת הכנסה הועלתה בשנתיים האחרונות, עדיין כחמישית מהמשפחות שבראשן עומד זקן חיות בעוני ובמחסור.

בישראל קיימת תופעה של "דור המדבר" – אנשים שעקב גילם, מקום המגורים שלהם, המצב המשפחתי שלהם או שילוב של גורמים אלו מדיניות מסוימת לא חלה עליהם משום שבעת שהיו בגיל הרלוונטי עוד לא נקבעה המדיניות הזאת. משמעות הדבר מבחינה כלכלית היא שהם אינם מקבלים דברים מסוימים שמדיניות זו מקנה

¹⁹ שם, עיבוד נתונים.

²⁰ ג' ברודסקי, י' שנור ושי' באר, בני 65+ בישראל – שנתון סטטיסטי 2016, ירושלים, מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

לאנשים. יש אנשים שזכאותם להטבות מסוימות חלקית, אם משום שנעשו זכאים לה מאוחר ואם משום שהם אינם עומדים בכל תנאי הזכאות.

דוגמה: חוק פנסיה חובה הוחל בהדרגה מאז שנת 2008. לפיכך, מי שהיה ב-2008 בתחילת גיל העבודה (למשל גבר בן 21–24 או אישה בת 20–23) צבר את מלוא ההטבות, אך מי שהיה מבוגר יותר באותה שנה לא צבר את מלוא ההטבות, ומי שהיה מבוגר בשנים רבות צבר הטבות מעטות בלבד, שכן שנות זכאותו היו מעטות. אנשים במצב זה שייכים ל"דור המדבר". סיבה נוספת להשתייכות ל"דור המדבר" עשויה להיות עלייה בגיל מבוגר למדי – מי שהגיע לישראל כאשר חלק ניכר מתקופת העבודה שלו כבר מאחוריו ואין לו פנסיה בישראל, או הפנסיה שלו קטנה הרבה יותר מזו הנהוגה בארץ.

השפעת העוני על אזרחים ותיקים

יש עדויות רבות לקשר ההדוק שבין מחסור כלכלי לבין מחלות כרוניות, תפקוד לקוי, ירידה במצב הבריאות ותמותה. לדוגמה, בסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נמצאו הבדלים של ממש במצב הבריאות בין מי ששכרם היה נמוך מהשכר הממוצע במשק לבין מי ששכרם היה מעל הממוצע. למשל, 16% מאלו שהשתכרו יותר מהממוצע חלו בסוכרת, לעומת 23% מאלו שהשתכרו פחות מהממוצע. מיתר לחץ דם סבלו 50% מבעלי ההכנסה הנמוכה מהממוצע לעומת 44% מבעלי ההכנסה הגבוהה מהממוצע, ומאוסטאופורוזיס – 13% לעומת 19%.²¹

מחקרים על ביטחון תזונתי מלמדים ש-19% מהזקנים חיו באי-ביטחון תזונתי עד כדי כך שהיו צריכים להחליט אם להקצות את הכסף המועט שבידם לצריכת מזון או לתרופות.²² בסקרים של המוסד לביטוח לאומי מהשנים 2011 ו-2012 נמצא ששיעור האי-ביטחון התזונתי אצל אזרחים ותיקים בני 65+ הגיע לכ-13% בשנת 2011 ולכ-10% בשנת 2012. יתר על כן, מתברר כי מרביתם חיים באי-ביטחון תזונתי ניכר.²³ לפי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2013 דיווחו 40% מבני ה-65+ שוויתרו על חימום או על קירור הדירה בגלל קשיים כלכליים, 6% ממי שהיו זקוקים לתרופות דיווחו שוויתרו על תרופות, 14% דיווחו שוויתרו על רכישת מוצרי מזון מסוימים ו-43% שוויתרו על טיפול שיניים. בדוח העוני האלטרנטיבי שפרסם

²¹ נ' בנטור (2005), "בריאות ומצב סוציו-אקונומי בקרב קשישים", בתוך י' בריק (עורך), זקנה בקו העוני, תל אביב.

²² א' ברג-ורמן וג' ברודסקי (2004), השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם, גוינט-מכון ברוקדייל.

²³ מ' אנדלד, נ' ברקלי, ו' אברמוב, א' גאליה וד' גוטליב (2014), סקר ביטחון תזונתי 2012: ממצאים סוציו-כלכליים עיקריים, המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון.

לאחרונה ארגון לתת דווח ש-92.2% מהקשישים המקבלים תמיכה מארגוני המזון מעידים כי קצבת הזקנה אינה מספיקה למחיה בכבוד.²⁴ לעוני יש השפעה גם על היבטים פסיכולוגיים וחברתיים.²⁵

התמודדות המדינה עם עוני אצל אזרחים ותיקים

המדינה מתמודדת עם בעיית העוני אצל האזרחים הוותיקים בשתי דרכים עיקריות: קצבאות זקנה והנחות מסוימות בשירותים מוגדרים, כגון בתחבורה הציבורית, בארנונה, בחשמל, במים ובתוכניות תרבות ופנאי. חלק מההנחות הן אוניברסליות וחלקן ניתנות רק לזכאים לגמלת השלמת הכנסה.

קצבאות הזקנה הניתנות על ידי המוסד לביטוח לאומי בנויות על שני רבדים: הרובד האוניברסלי – הקצבה הבסיסית (ובה נכללות תוספת ותק ותוספת דחיית פרישה) שכל אזרח ותיק זכאי לה עם הגיעו לגיל הפרישה הפורמלי; הרובד השני הוא גמלת השלמת הכנסה, שהיא תוספת לקצבה הבסיסית למי שאין לו מקורות הכנסה אחרים.²⁶

קצבת זקנה בסיסית

גיל	יחיד	זוג
עד 80	1,531	2,301
+80	1,617	2,387

קצבת זקנה עם השלמת הכנסה

גיל	יחיד	זוג
עד 70	3,112	4,918
70–80	3,140	4,962
+80	3,211	5,075

קצבת הזקנה בתוספת **השלמת הכנסה** נועדה לאפשר קיום לאזרח ותיק שאין לו מקורות הכנסה אחרים – עבודה, פנסיה או חסכוניות. השאלה היא אם סכום הקצבה

²⁴ לתת (2017), דוח העוני האלטרנטיבי.

²⁵ יי בריק (עורך) (2015), זקנה בקו העוני, תל אביב.

²⁶ אפשר להשתכר עד 2,080 שקלים ליחיד ועד 2,467 שקלים לזוג בלי שטיפגע גמלת השלמת הכנסה.

מאפשר **קיום בכבוד**. נזכיר כי בסכום זה הזקן צריך לממן רכישת מזון ותרופות, לשלם שכר דירה, חשבונות מים, חשמל וטלפון ועוד. בטבלאות שלעיל אפשר לראות בבירור שקצבאות המוסד לביטוח לאומי אינן מאפשרות קיום בכבוד, בעיקר למי שבעבורם הן מקור ההכנסה הבלעדי.

בהקשר זה יש להביא בחשבון את הקשר בין **הדיור** למצב העוני אצל האזרחים הוותיקים. מצבם של מי שיש להם פתרונות דיור שונה מזה של מי שאין להם; מצבם של האזרחים הוותיקים המתגוררים בדיור ציבורי טוב הרבה יותר משל מי ששוכרים דירה בשוק החופשי.

הצמדה

סכום קצבת הזקנה מוצמד כיום למדד המחירים לצרכן. כידוע, מדד זה אינו משתנה כבר זמן רב, אף שיוקר המחיה עולה. המשמעות היא שקצבאות הזקנה נשחקות וכוח הקנייה שלהן קטן. בעבר הייתה הקצבה צמודה לשכר הממוצע במשק, והיה בכך מן הצדק, שהרי אם רמת החיים הכללית במשק עולה, ראוי שגם רמת החיים של האזרחים הוותיקים תעלה. הממשלה אומנם הייתה ערה לבעיה זו ומדי פעם בפעם הייתה מעלה את הקצבה, אך לא די בכך. אם רוצים להבטיח שיישמר ערכה הכספי של קצבת הזקנה יש להצמידה לשכר הממוצע במשק.

תוכנית-האב הלאומית צריכה לחרוט על דגלה את **מיגור העוני** בקרב האזרחים הוותיקים. בוועידת האו"ם שהתכנסה במדריד בשנת 2002, שגם ישראל השתתפה בה, נאמר:

Eradication of poverty is a fundamental aim of the Madrid International Plan of Action, in part through developing and implementing policies for income security, social protection, social security and poverty prevention.²⁷

ממשלת ישראל קיבלה עליה החלטה זו בחתימתה על התוכנית הבין-לאומית, ועתה הגיעה העת ליישמה.

²⁷ United Nations Second World Assembly on Ageing (2003), *Madrid International Plan of Action on Ageing*.

פתרונות אפשריים

בבואנו לטפל בהכנסותיהם של האזרחים הוותיקים, עלינו להעמיד בראש סדר העדיפויות את הקיום בכבוד של מי שאין להם מקורות הכנסה מלבד קצבאות הביטוח הלאומי והן אמצעי הקיום היחיד שלהם. אפשר לפתור את בעיית העוני בקרב אזרחים ותיקים בכמה דרכים. דרך אחת היא **העלאת קצבת הזקנה וגמלת השלמת הכנסה**, כפי שהמליצה ועדת אלאלוף.²⁸ המלצה זו יושמה חלקית, אולם הדבר לא הביא למיגור העוני, ועדיין רבים הזקנים שחיים מתחת לקו העוני, כפי שאפשר לראות בנתונים בטבלאות שלעיל. הצעה ברוח זו העלה גם מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי פרופ' שלמה מור יוסף עם פרישתו. הצעתו הייתה להגדיל את קצבת השלמת ההכנסה ב-1,000 שקלים בהדרגה במשך חמש שנים.²⁹ לאחרונה עלתה יוזמה של שר העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים להגדיל את **קצבת הזקנה עם גמלת השלמת ההכנסה כדי שתגיע מעל לקו העוני**. הגדרת קו העוני בישראל היא מחצית ההכנסה הפנויה החצינית במשק לנפש תקנית. קו העוני בשנת 2017 היה 3,358 שקל לחודש ליחיד, 5,373 לזוג, 7,119 לשלוש נפשות ו-8,597 לארבע נפשות.³⁰ יישום ההצעה שבה המדד הוא קו העוני הקיים אכן עשוי לסייע במיגור העוני בקרב האזרחים הוותיקים. על פי הצעה שהכין מינהל התכנון והמחקר במוסד לביטוח לאומי, התוספת תהיה 355–382 שקלים בחודש ליחיד ו-568–611 שקלים לזוג, על פי גילם. אומדן העלות של התוספת היה 980 מיליון שקלים בשנת 2018.³¹

חלופה אחרת, שאף היא הועלתה לאחרונה, היא **להגדיל את קצבת הזקנה עם גמלת השלמת הכנסה ולהצמידן לשכר המינימום**. החלופה מבוססת על ההנחה שאם המדינה קבעה שזה השכר המאפשר קיום מינימלי לאדם עובד, הרי סכום זה מאפשר קיום מינימלי גם למי שאינם עובדים ואינם יכולים לעבוד. חלופה זו אומנם תיטיב מאוד עם הזקנים העניים, אך לא תשיג את יעד מיגור העוני. נציין כי בראשית 2018 היה שכר המינימום 5,300 שקלים.

²⁸ הוועדה למלחמה בעוני בישראל (2014), דוח הוועדה, מוגש לחבר הכנסת מאיר כהן, שר הרווחה והשירותים החברתיים.

²⁹ פרופ' ש' מור יוסף, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי (2017), קווי מדיניות לחיזוק מדינת הרווחה בישראל והשירות לציבור על ידי הביטוח הלאומי.

³⁰ המוסד לביטוח לאומי – מינהל התכנון והמחקר (נובמבר 2017), הצעה מעודכנת להעלאת קצבת אזרח ותיק עם תוספת השלמת הכנסה לקו העוני 2017–2018.

³¹ ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה, משרד הבריאות, ירושלים, עמ' 11.

תיתכן גם חלופה אסטרטגית של **שינוי שיטת החישוב** של הקצבאות : במקום השיטה המבוססת על גובה ההכנסה שהממשלה מחליטה להקציב לאזרחים הוותיקים תשמש גישה המבססת את הקצבאות על **הצרכים הבסיסיים** של הזקנים. בשיטה זו יש להגדיר סל שירותים בסיסי המאפשר קיום בכבוד, כפי שנעשה בארצות הברית ובעוד כמה מדינות.³² חלופה נוספת היא "רמת חיים נאותה", שהיא מדד המבוסס על שקלול של ההוצאות שיש להוציא לשם סיפוק הצרכים הבסיסיים ושל כושר ההשתכרות של הפרט והמשפחה. מדד זה נבחן עתה במוסד לביטוח לאומי.³³

נוסף על החלופות הללו אפשר להקל על האזרחים הוותיקים ולהגדיל את הכנסתם הפנויה על ידי מתן **הנחות ופטורים** בתשלום על שירותים. אפשר לפטור מקבלי השלמת הכנסה מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות ומתשלום על ביקור אצל רופאים, לאפשר נסיעה חינם בתחבורה ציבורית ועוד. אפשר גם להרחיב את האפשרויות לדיור ציבורי בשכר דירה מסובסד. כמו כן, אפשר להגדיל את הסכום שמקבלי השלמת הכנסה יוכלו להשתכר בלי שתיפגע הקצבה שלהם (דיסרגרד), וכך להקל עליהם את מצוקתם הכלכלית. כיום סכום זה הוא 2,080 שקל ליחיד ו-2,467 שקל לזוג.

המלצות הוועדה

הוועדה המיוחדת ניהלה דיונים מקיפים בסוגיית העוני בקרב האזרחים הוותיקים, שמעה עדויות מפיהם של אזרחים ותיקים החיים בעוני וסקרה מסמכים רבים, ובהם דוחות של המוסד לביטוח לאומי ומחקרים של מרכז המחקר והמידע של הכנסת. על בסיס כל אלו החליטה הוועדה להמליץ לממשלת ישראל כדלקמן :

³² לעניין הזכות למינימום קיום בכבוד ראה גם ד' גוטליב וד' ברקלי, מצגת על הזכות למינימום קיום בכבוד, המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון.

³³ רמת חיים נאותה (adequate standard of living) בדוח זה היא הממוצע של רמת חיים מינימלית ורמת חיים בכבוד. שיטה זו הוצגה בוועדה של כונס הנכסים (ועדת חריס). היא פותחה בביטוח הלאומי לפי גישה ה-FES-NRC על בסיס מחקרים של מחלקת המחקר של הבנק העולמי (FES) ושל האקדמיה הלאומית למדעים של ארה"ב (NRC). מסקנות דוח ועדת חריס שימשו בסיס לחוק חדלות פירעון ושיקום כלכלי, התשע"ח-2018. "המחשבון", שנגזר מהמודל FES-NRC מפותח ומתעדכן מדי שנה במינהל המחקר והתכנון של הביטוח הלאומי. הוא מגדיר את הכללים שלפיהם מחשבים את רמת החיים המספיקה ואת כושר ההשתכרות של חייבים שפשטו רגל כדי לאפשר להם להחזיר חובות ובתוך כך לשמור על רמת חיים מספיקה. מינהל המחקר והתכנון של הביטוח הלאומי עשה בעבור הוועדה לבניית תוכנית-האב חישוב ראשוני של נתונים אלו באמצעות המחשבון בעבור אזרחים ותיקים כדי להיעזר בהם בהתוויית המדיניות של זקנה ראויה.

❖ **מיגור העוני – ממשלת ישראל תקבל עליה למגר את העוני** בקרב האזרחים הוותיקים ותבטיח שלא יהיה עוד אזרח ותיק עני בישראל.

הסבר: עד כה נהגו לשפר את מצבם של האזרחים הוותיקים העניים על ידי הגדלת קצבאות הזקנה מדי פעם בפעם. מוצע לשנות מדיניות זו ולהציב יעד חדש – מיגור העוני בקרב האזרחים הוותיקים בישראל.

❖ **קיום נאות – יובטח קיום נאות** לכל אזרח ותיק.

הסבר: עד כה היה מקובל להבטיח קיום מינימלי לאזרחים הוותיקים. מוצע עתה להציב יעד שהוא **קיום נאות** (Adequate) במקום קיום מינימלי, כדי לאפשר לאזרחים הוותיקים לחיות בכבוד בשנות חייהם האחרונות. במקום הסתמכות על קו העוני ייקבע הסכום המאפשר קיום נאות. שופט בית המשפט העליון אהרן ברק התייחס לעניין זה בבג"ץ 366/03: "זכותו של אדם לכבוד היא הזכות לחיות את חייו הרגילים כבן אנוש בלא שתכריע אותו המצוקה ותביא אותו למחסור בלתי נסבל, זוהי התפיסה שלפיה הזכות לקיום בכבוד היא הזכות שיובטח לאדם אותו המינימום של אמצעים חומריים שיאפשרו לו להתקיים בחברה בה הוא חי".

❖ **מדידת סכום "קיום נאות"** – הסכום הכספי של קיום נאות ייקבע על פי **סל צרכים** נדרש של אזרח ותיק ובהתחשב בהכנסותיו. סל הצרכים יחושב על בסיס נתוני סקר הוצאות משקי בית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הסבר: השינוי העיקרי כאן הוא ההתייחסות ל**צרכים** של האזרחים הוותיקים. סכום ההוצאות למחיה ייקבע על סמך אומדן ארצי של סכום כולל להוצאות חודשיות שיאפשר לאזרח הוותיק קיום נאות. הכנסותיו של האזרח הוותיק יחושבו לעומת הסכום שייקבע שהוא מאפשר קיום נאות, ואם יהיה פער בין שני הסכומים יושלם לאזרח הוותיק הפער שבין שניהם. על פי הערכת ועדת ששינסקי הסכום המאפשר קיום נאות הוא 7,780 שקל לזוג ו-4,668 ליחיד.³⁴

❖ **תוספת ותק** – תוספת הוותק לא תיחשב להכנסה לצורך חישוב השלמת הכנסה.

הסבר: אדם זכאי לצבור תוספת ותק של 50% מקצבת הזקנה לכל היותר, שהם כ-700 שקלים בחודש. בשנים האחרונות העלתה הממשלה את סכום תוספת הוותק לקצבת הזקנה, אך הקשישים העניים אינם מקבלים את התוספת משום

³⁴ א' ששינסקי (2017), דוח הוועדה לקצבת זקנה ראווה בישראל 2018–2047, הפורום הכלכלי-חברתי.

שהיא מתקזזת עם גמלת השלמת הכנסה. משום כך, אף שכל הקשישים זכאים לתוספת, דווקא הקשישים העניים, אשר זקוקים לתוספת יותר מכול, אינם מקבלים אותה. הצעה זו באה להחריג את תוספת הוותק מחישוב השלמת ההכנסה כדי שאותם קשישים יוכלו לקבל תוספת ותק. הצעה זו חשובה במיוחד ל"דור המדבר".

❖ **הצמדת הקצבה האוניברסלית** – קצבת הזקנה האוניברסלית הניתנת לכל אזרח ותיק תוצמד לשכר הממוצע במשק או למדד המחירים לצרכן – הגבוה מהשניים. התוספת הנובעת מההצמדה לא תחושב כהכנסה לצורך חישוב השלמת הכנסה.

הסבר: עד כה הוצמדה קצבת הזקנה למדד המחירים לצרכן. מאחר שרמת החיים במשק עלתה הרבה יותר משעלה המדד, נשחקה הקצבה ביחס לשכר הממוצע במשק. למשל בשנת 2011 הייתה קצבת הזקנה הבסיסית 1,444 שקלים, ובשנת 2018 – 1,535 שקלים, כלומר הקצבה עלתה בשבע שנים ב-6.3% בלבד, בעוד השכר הממוצע במשק עלה ב-19.24%. עד שנת 2003 הייתה קצבה זו צמודה לשכר הממוצע במשק אך בשנה זו בוטלה ההצמדה. הצמדה לשכר הממוצע במשק או למדד המחירים לצרכן תבטיח שכל עלייה תלווה בהעלאה אוטומטית של סכום הקצבה.

❖ **גיל אחיד לקצבה** – תבוטל ההבחנה לפי גיל בכל הקשור בקצבאות הזקנה ותינתן קצבה זהה לכל אזרח ותיק מעל גיל הפרישה.

הסבר: כיום סכום קצבת הזקנה תלוי בגיל. סכום הקצבה האוניברסלית לבני 89+ גדול מזה של הצעירים יותר. גם סכום גמלת השלמת הכנסה אינו אחיד לבני 70, 70-80 ו-80+. אי-אפשר לומר שהצרכים של כולם עולים במידה שווה עם הגיל; הצרכים אינדיבידואליים ואינם קשור לגיל בלבד. לפיכך, מוצע לקבוע סכום אחיד לכל הגילים.

❖ **זכויות ושירותים** – כל אזרח ותיק יהיה פטור מתשלום בעבור תחבורה ציבורית ומהשתתפות עצמית ברכישת תרופות ובביקור רופא. גיל הזכאות לטיפול שיניים חינם ירד ל-70. כל אזרח ותיק יהיה זכאי לסיוע משפטי חינם.

הסבר: כיום אזרח ותיק המקבל השלמת הכנסה פטור מתשלום בעבור ביקור אצל רופא משפחה ורופאים מקצועיים. ההצעה מכוונת להרחבת הזכאות באופן אוניברסלי לכל האזרחים הוותיקים.

❖ **הכנסה של מקבלי השלמת הכנסה** – הסכום אשר מקבלי השלמת הכנסה יהיו רשאים להשתכר מעל גובה הקצבה (דיסרגרד) יועלה ל-3,700 שקלים.

הסבר: העלאת סכום ההשתכרות שאינו פוגע בגמלת השלמת ההכנסה תאפשר לאזרחים ותיקים מעוטי יכולת להגדיל את הכנסתם ואף תהווה תמריץ לעבודה.

❖ **מיצוי זכויות** – הממשלה תקים, בשיתוף הרשויות המקומיות, מרכזי מיצוי זכויות לשירותם של כל האזרחים הוותיקים בכל נושא הנוגע לזכויותיהם.

הסבר: המציאות מלמדת שרבים מהאזרחים הוותיקים אינם ערים לכל זכויותיהם. לכן מוצע שבכל רשות מקומית גדולה יוקמו מרכזי מיצוי זכויות, והאזרחים הוותיקים, בני משפחותיהם והמטפלים שלהם יוכלו לפנות אליהם ולקבל את כל המידע הדרוש להם.

המשרד לשוויון חברתי וג'וינט-אשל החלו בפיילוט של מרכזי הכוון לאזרחים ותיקים בשבע רשויות מקומיות, בשיתוף הרשויות. בפיילוט הוקמו מרכזי מיצוי זכויות לשירותם של כל האזרחים הוותיקים בכל נושא הנוגע לזכויותיהם. המרכזים נתמכים במוקד לאזרחים ותיקים *8840 שמפעיל המשרד לשוויון חברתי. יש להרחיב את הפרויקט לכל הארץ.

דיור ציבורי

רקע

כל אדם זכאי לקורת גג, אולם לא כל אחד יכול להבטיח לעצמו את קורת הגג שהוא זקוק לה. חלק ניכר מהאזרחים הוותיקים נזקקים לסיוע ממשלתי כדי להבטיח לעצמם גג מעל ראשם.

בישראל יש כמה הסדרים למגורי אזרחים ותיקים: דיור במוסדות, דיור מוגן ודיור בבעלות או בשכירות בקהילה. הדיור במוסדות מיועד לאזרחים ותיקים במצבי בריאות ותפקוד קשים שאין להם סיוע משפחתי מספק. נושא זה נדון בפרק אחר של הדוח. בדיור מוגן פרטי מתגוררים אזרחים ותיקים הרואים בכך את ההסדר המתאים להם בשנות חייהם האחרונות ואשר מצבם הכלכלי מאפשר להם לעמוד בהוצאה הכרוכה בכך. רוב האזרחים הוותיקים גרים בקהילה, בין בדירות שבבעלותם ובין בשכירות. מדינת ישראל מגשימה הלכה למעשה את המדיניות של הזדקנות בקהילה, ומאפשרת לאזרחים ותיקים החפצים בכך להמשיך לגור בביתם לעת זקנה באמצעות פיתוח והפעלה של מגוון שירותים בקהילה.³⁵

3.1% מבני ה-65+ מתגוררים במסגרות מוסדיות. כ-29,000 מהם גרים בדיור מוגן, 15,000 מהם בדיור מוגן פרטי וכ-14,000 – בדיור מוגן ציבורי המנוהל על ידי חברות שיכון ציבוריות (עמידר, עמיגור, שקמונה, חלמיש). כמו כן, כ-14,000 אזרחים ותיקים גרים במקבצי דיור. כל היתר מתגוררים בדירות בקהילה, 78% מהם בדירות בבעלותם, והיתר – בשכירות פרטית.

מאחר שהרוב הגדול של האזרחים הוותיקים גרים בקהילה, עולה השאלה אם יש פתרונות דיור נאותים עבור אלו שאין ביכולתם לרכוש דירה או לעמוד בעלות של שכירות בשוק הפרטי. מבחינת המצאי, מלאי הדירות לדיור ציבורי הולך וקטן משנה לשנה. בשנת 1970 היו הדירות בדיור הציבורי 23% מכלל הדירות בישראל, בשנת 1998 – 6%, בשנת 2008 – 3.5%, ובשנת 2018 – 2.5% בלבד. שיעור זה קטן הרבה יותר מהשיעור במדינות ה-OECD. בהונגריה למשל שיעורן הוא 4%, בקנדה – 4.1%, בארצות הברית – 4.3%, ובנורבגיה – 4.6%.

³⁵ י" בריק (2011), "הזדקנות בקהילה", בתוך: א' יקוביץ, טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותוכניות, גיונט-ישראל-אשל, ירושלים, עמ' 40–64.

כיום יש כ-65,000 דירות לשכירות בדיור ציבורי בקהילה, ועוד כ-20,000 בהוסטלים ובמקבצי דיור. במשרד הבינוי והשיכון רשומים כ-1,000 אזרחים ותיקים הממתינים לדיור ציבורי, ובמשרד העלייה הקליטה רשומים כ-23,000 עולים קשישים הזכאים לדיור ציבורי. כמעט כל הממתינים לדיור ציבורי הם אזרחים ותיקים חסרי דירה המתקיימים מקצבת זקנה עם השלמת הכנסה.

מעוטי יכולת המתגוררים **בשכירות פרטית** זכאים להשתתפות בשכר דירה. כ-160,000 אזרחים ותיקים מקבלים סיוע בשכר דירה בסך 1,440 שקל לחודש בממוצע לזוג קשישים, לפי הפירוט שלהלן:

השתתפות בשכר דירה על פי גיל, יחיד וזוג

גיל	יחיד הגר בגפו	יחיד הגר עם משפחה	זוג הגר בגפו	זוג הגר עם בני משפחה
עד 69	1,145	961	1,410	1,183
70–74	1,245	1,043	1,575	1,315
75–79	1,300	1,088	1,640	1,368
+80	1,365	1,143	1,740	1,447

בעיית הדיור הציבורי נוגעת במיוחד לעולים הזקנים, משום שהם נזקקו לדיור מייד בהגיעם לישראל. בסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2013 ביוזמת המשרד לקליטת העלייה נמצא של-40% מהעולים הזקנים יש דירה בבעלותם, לעומת 85% מהזקנים שאינם עולים; 27% מהעולים הזקנים גרים בדיור ציבורי, לעומת 7% מכלל הזקנים, ו-33% גרים בשכירות פרטית. 40% מהעולים שאינם גרים בדיור ציבורי (28% מכלל הזקנים) רוצים לעבור לדיור ציבורי, ו-80% מהם נמצאים ברשימת המתנה. אלו שזכו לעבור לדיור הציבורי דיווחו על המתנה שנמשכה בין חמש לעשר שנים.³⁶

גם אלו שקיבלו דיור ציבורי בקהילה מדווחים על בעיות תחזוקה קשות (רטיבות בקירות, חלונות או תריסים שבורים, סדקים בתקרה ובקירות ועוד). 36% סובלים מעד שלוש בעיות תחזוקה בדירה. עדות נוספת למצוקה זו נמצאה במחקר על מצבם הכלכלי של הזקנים ועל תנאי חייהם שפרסם מכון ברוקדייל בשנת 2004. במחקר זה

³⁶ א' שרון, ג' ברודסקי ושי' באר (2013), עולים בני 65+ מברית המועצות לשעבר: מאפיינים כלכליים וחברתיים ומאפייני דיור, ירושלים, מאירס-גוינט-מכון ברוקדייל.

נמצא ש-32% מהזקנים דיווחו שקר להם בחורף, 16% דיווחו על רטיבות בקירות ו-14% – על סדקים בקירות.³⁷

מהנתונים שלעיל עולה תמונה ברורה שלפיה הפתרון הרצוי בעבור אזרחים ותיקים מעוטי יכולת רבים הוא דיור ציבורי, אולם ההיצע המועט מותיר אלפים רבים מהם ללא מענה. אלה המתגוררים כיום בשכירות פרטית נידונים לעוני מחפיר. שכר הדירה שעליהם לשלם הוא כ-2,500 ש"ח בממוצע, וההשתתפות של משרד הבינוי והשיכון בשכר הדירה בדרך כלל נמוכה הרבה יותר מסכום זה. התוצאה היא שמי שמתקיים מקצבת זקנה עם השלמת הכנסה נותר ללא אפשרויות קיום.

האתגרים לנוכח המציאות

במציאות כזאת היה מצופה שייעשה מאמץ לאומי להגדיל את מלאי הדירות בדיור הציבורי, אולם אין הדבר כן. בהקשר זה חשוב להבין את המדיניות ואת הפעילות הממשלתית בנושא הדיור הציבורי מול הצורך בתוספת ניכרת של פתרונות דיור במסגרת הציבורית. כאמור, שיעור הדירות בדיור הציבורי ירד ירידה תלולה, מ-23% מכלל הדירות בשנת 1998 ל-2.5% בשנת 2018.

על סמך חוק הדיור הציבורי (זכויות רכישה), התשנ"ט–1998, ממשלת ישראל פעלה בשנים האחרונות לצמצום מאגר הדיור הציבורי באמצעות מכירת דירות. בעקבות זאת צומצם מלאי הדירות בדיור הציבורי במידה ניכרת. זה כחמש שנים הכסף ממכירת הדירות אמור להיות מוקצה לרכישת דירות חדשות למאגר הדיור הציבורי – מהלך חיובי כשלעצמו – אלא שהתמורה ממכירת דירה ישנה היא כ-220,000 שקל בעוד דירה חדשה עולה כמעט פי חמישה.

על פי נתוני משרד העלייה והקליטה ומשרד הבינוי והשיכון, כיום כ-24,000 אזרחים ותיקים מעוטי יכולת ממתנים לדיור ציבורי, והם נאלצים לשכור דירות בשוק הפרטי. ברמת הפרט יש אפוא מצוקה קשה ביותר, בעיקר של מי שמתקיימים מקצבת זקנה עם השלמת הכנסה ונאלצים לשכור דירה בשוק הפרטי. להלן נתונים המדגימים את מצוקתם:

³⁷ א' ברג-ורמן וג' ברודסקי (2004), השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם, ירושלים, ג'וינט-מכון ברוקדייל.

הכנסה מקצבת זקנה וסיוע בשכר דירה, בהפחתת הוצאה בגין שכר דירה

זוג	יחיד	
4,918	3,112	קצבת זקנה + השלמת הכנסה עד גיל 70
1,110	1,007	סיוע בשכר דירה
6,028	4,119	סך ההכנסה
3,000	2,000	תשלום שכר דירה ממוצע (הערכה זהירה)
3,028	2,119	יתרה למחיה

המשמעות היא שההוצאה על שכר דירה מביאה את האזרחים הוותיקים למצב שאינו מאפשר להם קיום בכבוד. לעומת זאת, מי שמתגוררים בדירה ציבורי משלמים בעבור דירה 9% מהכנסתם – 250–300 שקלים בממוצע.

מה נעשה לפתרון הבעיה

המאמץ הלאומי להגדלת מלאי הדירות בדירה הציבורי מתבסס על תוכנית לאומית גדולה, הכוללת הקמת 2,650 יחידות דירה מטעם משרד הבינוי והשיכון והסוכנות היהודית באמצעות חברת עמיגור. נוסף על כך רכש משרד הבינוי והשיכון 1,770 דירות בשנת 2017, 897 בשנת 2016 ו-275 בשנת 2015. כמו כן, מדי שנה נוסף מספר זעום של דירות עקב פינוי שוכרים קיימים.

בדצמבר 2017 הוקם **צוות בין-משרדי** לדיון באתגר הדירה לאוכלוסייה המבוגרת. מסקנות הצוות עדיין לא אושרו ולא פורסמו רשמית, אך בינתיים אפשר להפיק מהן תובנות. המסקנה העיקרית של הצוות היא שההיצע הקיים בדירה המוגן אינו עונה על הביקושים העכשוויים והעתידיים, ומצב זה נובע מכך שאין מדיניות סדורה לדירה מוגן. אלה ההמלצות העיקריות של הצוות :

- ❖ להכין פרוגרמה עקרונית לדירה מוגן ;
- ❖ לקבוע בכל תב"ע 10%–15% של דירות קטנות מותאמות ;

- ❖ לבטל את מחיר המינימום במכרזי הדיור המוגן של רשות מקרקעי ישראל (רמ"י) ולחייב את זוכי המכרזים לממש את זכייתם לייעוד זה בלבד;
- ❖ להסדיר בחקיקה בנייה של "דירות" בדירות פרטיות של אזרחים ותיקים;³⁸
- ❖ להנגיש לציבור את המידע על המלצות הצוות;
- ❖ לבחון קידום מודלים ורעיונות לקידום פתרונות חדשניים לאזרחים ותיקים עצמאיים.

בדצמבר 2017 הגישו כמה חברי כנסת את הצעת חוק דיור חברתי, התשע"ח–2017. הצעת חוק זו אינה מתמקדת באזרחים ותיקים אלא עוסקת בכל משקי בית שרמת הכנסתם אינה מאפשרת להשיג דיור נאות במחיר השוק בלי שהוצאה זו תגרור פגיעה בצרכים חיוניים אחרים, כך שהיא נוגעת גם לאזרחים ותיקים העונים על הגדרה זו. בדברי ההסבר להצעת החוק מציעה מסבירים מהו "דיור חברתי" לפי הגדרתם:

מוצע בין השאר להגדיר 'דיור חברתי' כמנח אשר כולל שני סוגים של דיור: דיור ציבורי בהתאם להגדרות הקיימות בחוק זכויות הדיור בדיור ציבורי, התשנ"ח–1998, ודירה בשכירות חברתית המתייחסת ליחידות דיור למגורים המיועדות להשכרה ארוכת טווח עבור משקי בית זכאים... דמי השכירות ייקבעו בהתייחס להכנסה של משקי בית זכאים.

ייתכן שיישום הצעת חוק זו היה פותר חלקית את בעייתם אזרחים ותיקים מעוטי יכולת שהם חסרי דיור, אך היא לא הגיעה לכלל דיון.³⁹

ביוני 2018 יצא שר הבינוי והשיכון בתוכנית "לגור בכבוד", שבה מתוכננת תוספת של 73,000 דירות לדיור הציבורי בעשור הקרוב, 7,200 דירות בכל שנה. התוכנית תמומן בכמה דרכים: גיוס של מיליארד שקלים באמצעות הנפקת איגרות חוב לשם בניית 800 דירות; הפרשת 10% מתקבולי רשות מקרקעי ישראל (רמ"י) על מכירת קרקע לשם, שתאפשר בניית 700 דירות בשנה; יישום מודל "משכנתה רוכשת",⁴⁰ שיניב 1,000 דירות בשנה; עידוד בניית דירות דיור ציבורי באמצעות הגדלת זכויות תכנון, שיניב 2,000 דירות בשנה; יצירת תמריצי מיסוי, שתניב 2,000 בשנה; הקצאת 5%

³⁸ פיצול דירה ויצירת יחידת דיור קטנה שתשמש להשכרה לשם הגדלת הכנסתו של האזרח הוותיק או למגורי עובד סיעוד.

³⁹ ראו: הצעת חוק דיור חברתי, התשע"ח–2017 (4850/20-פ), שהגישו בכנסת העשרים חברי הכנסת דב חנין, איציק שמולי, אורלי לוי אבקסיס, איימן עודה ואילן גילאון.

⁴⁰ משכנתה רוכשת – שימוש בתשלומי שכר הדירה הניתנים לממתינים לדיור ציבורי לשם החזרי משכנתה. כך, בתום 25 שנה הדירה עוברת לבעלות הדייר.

מקרקעות התוכנית מחיר למשתכן, שתניב 1,500 דירות בשנה.⁴¹ בהצעה זו אין התייחסות ספציפית למצוקתם של האזרחים הוותיקים.

כאשר משווים את הביקוש לדירור ציבורי למלאי הדירות הקיים והעומד להתווסף נוצרת תמונה של מחסור גדול מאוד. הזדקנות האוכלוסייה מחריפה את הבעיה עוד יותר. כמו כן, במבט לעתיד יש לצפות עלייה נוספת בביקוש, שעשויה להגיע מצד החרדים והערבים, מגזרים אשר עד כה לא היו קהל יעד לדירור ציבורי. התוכנית עדיין לא הגיעה לדיון במסגרות הרלוונטיות.

לסיכום, בצד החיוב יש לברך על ההתעניינות בנושא בקרב קובעי המדיניות, שאף באה לידי ביטוי בהצעות אופרטיביות. עם זאת, יש לשים לב שלפי שעה מדובר בהצעות בלבד, והן אינן מלוות בקבלת החלטות ובהקצאת משאבים. כמו כן חשוב לשים לב שחסרה התייחסות ספציפית לאוכלוסיית האזרחים הוותיקים.

המלצות הוועדה

כללי – הוועדה רואה צורך במציאת פתרונות לטווח קצר ולטווח ארוך. התוכניות לטווח קצר צריכות לתת מענה לאזרחים הוותיקים מעוטי היכולת הממתינים שנים לדירור ציבורי משום שאין ביכולתם לשכור דירות בשוק החופשי. בתוכניות לטווח ארוך יש להביא בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה כדי להבטיח דירור לנזקקים בשנים הבאות.

❖ **סיוע בשכר דירה** – להגדיל את הסיוע בשכר דירה עד ל-90% משכר הדירה לדירות קטנות המתאימות לדירור של אזרחים ותיקים.

הסבר: למרות ההעלאה האחרונה של ההשתתפות בשכר דירה, עדיין אין די בכך בעבור מי שחייב לשכור דירה בשוק הפרטי. אין הצדקה להבדל בין מי ששוכרים דירה בשוק הפרטי לבין מי שגר בדירור מוגן ציבורי, שמשלם שכר דירה בשיעור 9% מהכנסתו בלבד. יש לחתור לכך שסבסוד שכר הדירה בשוק הפרטי יהיה דומה לנהוג בדירור המוגן הציבורי.

⁴¹ פירוט התוכנית מופיע במסמך [לגור בכבוד](#) שפרסם משרד הבינוי והשיכון.

❖ **שכר דירה שווה ליחיד ולזוג** – להשוות את ההשתתפות בשכר הדירה של יחיד ושל בני זוג.

הסבר: כיום יש שיעור השתתפות שונה בשכר דירה ליחיד ולזוג. שכר הדירה נקבע על פי מקום הדירה וגודלה ולא על פי מספר הדיירים, ולכן אין סיבה לקביעת שכר דירה שונה ליחיד ולזוג. האבסורד בולט כאשר אחד מבני הזוג עוזב את הדירה מסיבה כלשהי, ואז מפחיתים לנשאר את ההשתתפות בשכר הדירה אף על פי שהוא אינו יורד.

❖ **שכירות לטווח ארוך** – החברות המשכנות יוציאו קול קורא לבעלי בתים להשכיר דירות לאזרחים ותיקים לטווח ארוך. החברות המשכנות ישמשו מתווכות בין השוכרים למשכירים ויוציאו את התוכנית אל הפועל: בעלי הבתים יחתמו על הסכמים עימן והן ישלמו את שכר הדירה. שכר הדירה יהיה בסבסוד הממשלה, והממשלה תעביר את כספי הסבסוד אל החברות המשכנות.

הסבר: ההנחה היא שלבעלי הדירות יהיה אינטרס לחתום על הסכם שכירות עם הממשלה (בתיווך החברות המשכנות), שכן הדבר יבטיח להם תשלומים לטווח ארוך. הסדר זה איננו כרוך בהפסד כספי לעומת השכרה בשוק החופשי, מאחר שהממשלה משתתפת בתשלומי שכר הדירה.

❖ **מחיר למשתכן** – בניית דירות ציבוריות קטנות של 35–50 מטר בעבור אזרחים ותיקים בכל הפרויקטים של מחיר למשתכן, בהיקף של 5%–7% מכלל הדירות.

❖ **רכישת דירות בידי הממשלה** – רכישת 10,000 דירות בידי הממשלה והעמדתן לשכירות לזכאים בשכר דירה מסובסד.

הסבר: הגדלת מצאי הדיור הציבורי בעבור האזרחים הוותיקים מעוטי היכולת מחייבת הגדלה ניכרת של מצאי הדירות. מאחר שעשרות אלפי אנשים ממתנינים לדיור ציבורי, דרוש מהלך מקיף להגדלת המספר והמגוון של הדירות בדיור הציבורי.

❖ **בניית דיור מוגן** – בניית 10,000 יחידות של דיור מוגן (הוסטלים) במימון משותף של הממשלה ושל הסוכנות. התוכנית תיושם בהדרגה במשך עשר שנים.

הסבר: עקב הזדקנות האוכלוסייה, בעתיד תידרש תוספת של יחידות דיור בתוכניות לדיור מוגן. מוצע לפעול בדרך שבה פועלת כיום התוכנית המשותפת לסוכנות ולממשלה באמצעות חברת עמיגור.

❖ **משכנתה** – מתן סיוע בהחזרי משכנתה כשסכום התשלום החודשי יהיה מעל 500 שקל, ללא קשר לאזור המגורים.

❖ **איחוד התורים** של משרד הבינוי והשיכון ושל משרד העלייה והקליטה.

הסבר: כיום אין מקום שבו אפשר לקבל טיפול מקביל משני המשרדים. עניינם של העולים משנות ה-90 אינו שונה מעניינם של האזרחים הוותיקים האחרים, ולכן מומלץ לרכז את כל רשימות ההמתנה במשרד אחד.

❖ **מודלים חדשניים** – הוועדה ממליצה לבחון אפשרויות לפיתוח מודלים חדשניים של דיור משותף ייעודי לאזרחים ותיקים בקהילה, כמקובל במדינות אחרות, כגון קואופרטיבים המופעלים על ידי הרשות המקומית.

שירותי הבריאות

רקע

אחד הגורמים העיקריים לעלייה המהירה בתוחלת החיים בשנים האחרונות הוא ההתפתחות בתחום הרפואה והשירותים הרפואיים. עם זאת, אין לבלבל בין תחלואה לזקנה. הזקנה איננה מחלה; כפי שכבר אמר אריסטו (322-384 לפני הספירה), "זקנה איננה מחלה, כיוון שאיננה נוגדת את הטבע". אף על פי כן, ההסתברות למחלות ולירידה ביכולת התפקודית גדלה עם הגיל. חלק מהמחלות הכרוניות אף אופייניות יותר לשנים האחרונות של החיים, כגון דמנציה, שבץ מוחי וסוכרת. נתונים רבים מצביעים על שיעור גדול של בני 65+ הסובלים מבעיות בריאות.

בריאות וחולי אצל אזרחים ותיקים

ב-20 השנים האחרונות גדל בישראל שיעור בני ה-75+ מ-3.8% ל-4.8%. צפוי ששיעורם באוכלוסייה יגיע ל-7.3% בעוד 20 שנה. כיום מספר הקשישים מעל גיל 75 הוא כ-423,000, ובשנת 2030 צפוי שהוא יגיע ל-734,000 (גידול של 73% ביחס להיום). מספר בני ה-75+ גדל בשנים האחרונות ב-5,000–10,000 מדי שנה. בשנת 2021 צפוי שיגדל בכ-20,000, ובשנת 2025 – בכ-30,000.

75% מהאזרחים הוותיקים מעל גיל 75 סובלים ממחלות כרוניות, ולמחציתם חמש מחלות כרוניות או יותר. 54% מבני ה-65+ סובלים מיתר לחץ דם, לעומת 11% מכלל האוכלוסייה; 27% סובלים ממחלות לב, לעומת 5% מכלל האוכלוסייה; 23% סובלים מסוכרת, לעומת 5% מכלל האוכלוסייה; למעלה מ-100,000 אזרחים ותיקים לוקים בדמנציה; כ-350,000 אזרחים ותיקים נופלים מדי שנה (1,000 מדי יום). לפיכך, יש לצפות שהתקציבים, השירותים וכוח האדם שיידרשו לטיפול באזרחים הוותיקים יגדלו במידה ניכרת.

שיעור האשפוז באוכלוסייה זו גדול פי שלושה ויותר משיעור האשפוז בקרב כלל האוכלוסייה. שיעור האשפוז גדל עם הגיל (לפי נתוני 2015, מ-313 ל-1,000 נפש בגיל 65–74 ל-732 בגיל 85+). חלקם של בני ה-65+ בכלל המאושפזים במחלקות טיפול נמרץ נשימתי, פנימית ועיניים גדול במיוחד. מתוך כלל הביקורים בחדרי המיון בשנת 2015, 21% היו של בני 65+, ושיעור הביקורים ל-1,000 נפש גדל עם הגיל. בני ה-65+ מבקרים בממוצע אצל רופא משפחה כ-11 פעמים בשנה, לעומת שלוש פעמים בממוצע

בשנה בכלל האוכלוסייה. נוסף על כך בני 65+ סובלים מבעיות שינה, מירידה בשמיעה ובריאות ומבעיות שיניים.⁴² מדד מקובל למצב בריאותם של הזקנים הוא הדיווח של האנשים על מצב בריאותם. על פי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015, כ-33% מבני ה-65+ תופסים את מצב בריאותם כלא כל כך טוב או בכלל לא טוב, לעומת 16% מכלל האוכלוסייה.⁴³

בראשית שנת 2016 היו 20,914 (2.3%) בני 65+ מאושפזים במוסדות לטיפול ממושך שבפיקוח משרד הבריאות (בתי אבות, בתי חולים לחולים כרוניים ומחלקות סיעודיות), 16,756 מהם סיעודיים ו-4,158 מהם תשושי נפש. בינואר 2016 היו בארץ 292 מוסדות לטיפול ממושך בפיקוח משרד הבריאות, 167 מהם (57%) בבעלות פרטית, 114 מהם (39%) בבעלות של ארגון שלא למטרות רווח ו-11 מהם (4%) בבעלות ממשלתית.⁴⁴

חשוב לציין שבישראל מספר האזרחים הוותיקים השוהים במוסדות לטיפול ממושך קטן לעומת מדינות מפותחות אחרות, כנראה בשל השירותים המפותחים בקהילה. התרשים שלהלן מדגים זאת:



⁴² ג' ברודסקי, י' שנור ושי' באר, בני 65+ בישראל – שנתון סטטיסטי 2016, ירושלים, מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

⁴³ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017), הסקר החברתי 2015, [לוח 4](#), בני 20 ומעלה, לפי הערכה עצמית של מצב הבריאות או בעיה בריאותית או פיזית ולפי תכונות נבחרות.

⁴⁴ משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב.

תוחלת חיים בבריאות טובה

תוחלת החיים בבריאות טובה משמעותה מספר השנים שצפוי שאדם יחיה במצב בריאות תקין וללא מוגבלות. בישראל מדד זה הוא 73 שנה. כמו במדינות המפותחות האחרות, גם בארץ הפער בין תוחלת החיים בבריאות טובה לבין תוחלת החיים הממוצעת מלידה – כלומר פרק הזמן שצפויים לחיות במצב של מוגבלות – הוא כעשר שנים. משמעות הדבר היא שלכל אדם יש סיכוי לחיות בסוף חייו כעשר שנים במצב של ירידה בתפקוד ומחלה. יתרה מזו, תוחלת החיים בבריאות טובה אומנם עלתה בשנים האחרונות לצד העלייה בתוחלת החיים הממוצעת מלידה, אולם תוחלת החיים הממוצעת עולה בקצב מהיר יותר מתוחלת החיים בבריאות טובה, משמע, אזרחים ותיקים חיים זמן רב יותר, אך פרק הזמן שבו הם סובלים ממחלות מתארך גם הוא.

תוחלת החיים בבריאות טובה במדינות נבחרות (2015)⁴⁵

המדינה	תוחלת החיים מלידה	תוחלת החיים בבריאות טובה	הפער
יפן	84	75	9
שווייץ	83	73	10
סינגפור	83	74	9
אוסטרליה	83	72	11
ספרד	83	72	11
איסלנד	83	72	11
איטליה	83	73	10
ישראל	83	73	10
צרפת	82	73	9
שבדיה	82	72	10

ארגון הבריאות העולמי קבע בתוכנית העבודה הכללית שלו לשנים 2019–2023 כי "הבטחת הזדקנות בריאה היא משימה דחופה בכל המדינות". התוכנית מגדירה את תוחלת החיים בבריאות טובה כמדד עיקרי ליעילות מערכת הבריאות, וקובעת

⁴⁵ ג' ברודסקי, י' שנוור ושי' באר, בני 65+ בישראל – שנתון סטטיסטי 2016, ירושלים, מאירס-גיוינט-ברוקדייל.

מטרות ברורות להעלאתה.⁴⁶ המשימות העיקריות העומדות בפני מערכת הבריאות בישראל היא לצמצם ככל האפשר את תקופת החיים שבה האזרחים הוותיקים חיים עם מחלות ועם ירידה בתפקוד ולהבטיח שכל אזרח מבוגר, כיום ובעתיד, יוכל לקבל שירותי בריאות איכותיים וזמינים, ובכלל זה שירותי מניעה וקבלת מידע והדרכה בנושא שמירת הבריאות והתפקוד.

האתגרים העיקריים

❖ מחסור בכוח אדם

כבר כיום יש מחסור בכוח אדם בתחום הזקנה: חסרים רופאים גריאטריים ורופאים מומחים בקרדיולוגיה, בשיקום, באורתופדיה וברפואה פנימית, חסרות אחיות וחסר כוח עזר. המחסור ילך ויחמיר עם הזדקנות האוכלוסייה בשנים הבאות. בשנת 2011 פורסם דוח ועדה שמינה מנכ"ל משרד הבריאות (ועדת שטסמן). הוועדה התריעה מפני המחסור הצפוי בכוח אדם בשנים 2020 ו-2030 והמליצה על דרכים להתמודדות עם הבעיה. נוסף על כך, בשנת 2015 הוגש למועצה הגריאטרית שליד משרד הבריאות מסמך מפורט שהכין ד"ר שי בריל, מנהל בית החולים רבקה, שלפיו עד שנת 2025 תידרש במערכת השירותים לזקנים תוספת של כ-4,410 אחיות, כ-150 פיזיותרפיסטים, כ-100 עובדים סוציאליים, כ-100 תזונאים, כ-100 מדריכי תעסוקה וכ-90 מרפאים בעיסוק. הנושא אף נדון בוועדת הפנים של הכנסת ב-30 בינואר 2017, ובעיקר המחסור באחיות והצורך לאפשר העסקת עובדים זרים בבתי אבות. חמור במיוחד הוא המחסור ברופאים מומחים בגריאטריה, שעלול להגיע למאות רופאים בעוד עשור. כיום יש 427 רופאים שסיימו התמחות בגריאטריה, אך רק 367 מהם בגיל העבודה, ויותר מ-50 רופאים גריאטרים עומדים לפרוש בחמש השנים הקרובות. אומנם לאחרונה יש עלייה במספר הרופאים הפונים לגריאטריה, אך התוספת הצפויה רחוקה מלתת מענה לצרכים ההולכים וגדלים. נוסף על כך, כבר עתה הדרישה למטפלות ולכוחות עזר גדולה מההיצע. יש גם מחסור חמור באחיות. אומנם לאחרונה גדל במידה ניכרת היקף הכשרת האחיות, אך לא ידוע כמה מהן יפנו לתחום הזקנה, ולכן צפוי שהמחסור באחיות יימשך, וצריך לתת מענה הולם לאתגר זה.

⁴⁶ World Health Organization (2018), Thirteen general programme of work 2019-2023 (GPW13), <http://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>

ש להביא בחשבון שהכשרת רופאים, אחיות ובעלי מקצוע נמשכת כמה שנים. לדוגמה, הכשרת רופא מומחה בגריאטריה נמשכת ארבע שנים וחצי. לכן, הטיפול בהכשרת כוח אדם מקצועי בנושא זה חייב להיות **מיידי**.

❖ **מחסור במיטות בבתי החולים כלליים**

בתי החולים הכלליים הם היום בתפוסה של כ-120%, וחלק מהחולים נמצאים במסדרונות. העומס בחדרי המיון גדול, בייחוד בחודשי החורף. רבים מהחולים הם אזרחים ותיקים. לפי ההערכות של ד"ר שי בריל, שהוצגו במועצה הציבורית לגריאטריה, עד לשנת 2025 תידרש תוספת של 929 מיטות במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים, כלומר 25 מחלקות ובכל אחת מהן 36 מיטות. גם ועדת שטסמן העריכה שתידרש תוספת של מיטות רבות: "עד שנת 2020, כדי לשמור על שיעור המיטות הכלליות לאוכלוסייה הקשישה כפי שהיא כיום, תידרש תוספת של כ-44% במספר המיטות בבתי החולים הכלליים, ועד 2030 תמריא התוספת הנדרשת ב-84%, לעומת הקיים היום".⁴⁷

נוסף על מחלקות הפנימיות, יש להגדיל את מספר מיטות במחלקות שבהן שיעור גדול של אזרחים ותיקים, בייחוד אורולוגיה, אורתופדיה, כירורגיה ואונקולוגיה.

תידרש הערכה מעודכנת של הצרכים בשנים הבאות, אולם לנוכח הזדקנות האוכלוסייה ברור מעל לכל ספק שצריך להתחיל מייד בתכנון הרחבה של מערכת האשפוז, והמשמעות היא בניית בתי חולים נוספים והרחבת בתי החולים הקיימים. יש להבטיח את התקציבים הדרושים לכך כבר בשנת התקציב הקרובה.

❖ **מחסור בשירותי שיקום**

שיקום עשוי לאפשר לאנשים שחלו במחלה שפוגעת בתפקוד לשוב לביתם לאחר החלמתם, בעיקר לאחר אירוע מוחי או פגיעה אורתופדית. בראש ובראשונה השיקום משפר את איכות החיים של האדם המבוגר. נוסף על כך הוא עשוי לחסוך כסף רב הן למשפחה והן למערכת הבריאות והסיעוד.

כיום חולים רבים אינם מופנים לשיקום, בעיקר עקב מחסור במיטות אשפוז בשיקום ומחסור במרכזי שיקום בקהילה. לפי משרד הבריאות עד 2021 יתווספו עוד 220 מיטות שיקום, אך תוספת זו אינה עונה על הצרכים. כיום יש שלושה מרכזי שיקום

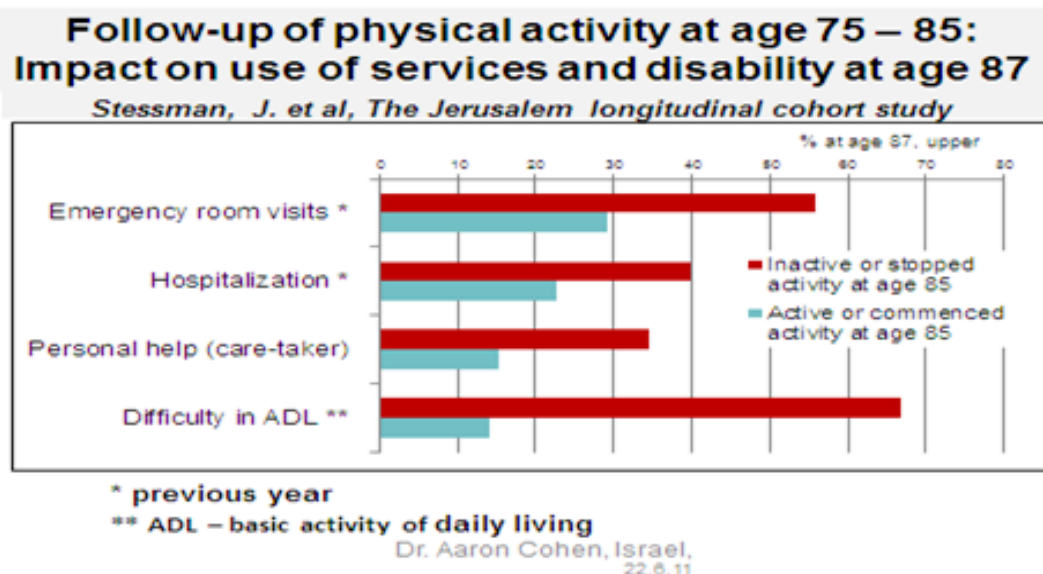
⁴⁷ י" שטסמן (2011), הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030, ירושלים, משרד הבריאות, עמ' 20.

קהילתיים, ומשרד הבריאות מתכנן להקים בשנת 2019 עוד שמונה מרכזים בשיתוף גוינט-אשל ומשגב. גם בתוכנית זו אין משום מענה הולם לצרכים ההולכים וגדלים, והצורך בהרחבת מערך השיקום הוא חיוני ביותר.

❖ קידום בריאות ומניעת מחלות

קידום בריאות משמעותו למצות את היכולת להאריך חיים באמצעות שימור העתודות הבריאותיות של הגוף והנפש והגדלתן. התוכניות לקידום הבריאות מכוונות בדרך כלל לאורח חיים בריא, ובכלל זה פעילות גופנית, תזונה נבונה, חיסונים, הימנעות מעישון וצריכה מוגבלת של אלכוהול. התרשים שלהלן מלמד על התועלת הניכרת של פעילות גופנית לבריאות האזרח הוותיק.

לחיים בריאים יותר



מניעה בהקשר של בריאותם של אזרחים ותיקים היא למנוע התפתחות מחלות או סיבוכים בשלב מוקדם ככל האפשר, באמצעות **חיסונים** נגד שפעת ודלקת ריאות, פעולות **לזיהוי מוקדם** של מחלות ומעקב שוטף אחר לחץ דם ומשקל.

מחקרים רבים מצביעים על כך שפעילות לקידום בריאות ומניעת מחלות תורמת תרומה של ממש לצמצום התחלואה ולעלייה בתוחלת החיים. המודעות הציבורית לקידום הבריאות ולמניעת מחלות הולכת ועולה בשנים האחרונות. בכנס ים המלח ה-12 של משרד הבריאות הומלץ על יישום ההמלצות לקידום בריאות ומניעת מחלות

לפי המקובל בספרות המדעית, על סמך המלצות משרד הבריאות במסגרת תוכנית 2020.⁴⁸ משרד הבריאות נותן לכך את הדעת ומפעיל תוכניות אחדות בנושא זה, אולם אין היערכות כללית שנועדה לקדם את ההשתתפות של האזרחים הוותיקים בתוכניות לקידום בריאות ומניעה.

התמודדות מערכת הבריאות עם האתגרים

האחריות לבריאותם של האזרחים הוותיקים מוטלת על **משרד הבריאות** על פי חוק בריאות ממלכתי,⁴⁹ הקובע שתפקידו של משרד הבריאות לטפל בבריאות הזקנים, ובכלל זה טיפול אמבולטורי, אשפוז בבתי חולים כלליים, שיקום ואשפוז סיעודי. הפעילות העיקרית נעשית באמצעות קופות החולים, ומקצתה נעשית ישירות על ידי המשרד.

לשם טיפול ממוקד בצורכי הבריאות של האזרחים הוותיקים הוקם במשרד הבריאות **האגף לגריאטריה**. האגף ממונה על תחום הגריאטריה והמחלות הממושכות במוסדות אשפוז גריאטריים, בבתי חולים הכלליים ובקהילה. אוכלוסיית היעד לפעולות האגף היא בני ה-65+, וכן חולים במחלות ממושכות הסובלים ממגבלות תפקוד קשות. מתפקידי האגף: תכנון, קביעת מדיניות, פיתוח שירותים ופיתוח כוח אדם, קביעת סטנדרטים ונהלים מקצועיים, רישוי, פיקוח ובקרה ופיתוח אמצעי אכיפה. האגף ממונה גם על הניהול המקצועי והתקציבי של אשפוז אזרחים ותיקים באמצעות משרד הבריאות, ה"קודים", על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994. האגף לגריאטריה אינו האגף היחיד במשרד הבריאות שמטפל באזרחים ותיקים, והאחריות עליהם מוטלת גם על אגפים אחרים.

האגף לגריאטריה גיבש תוכנית פעולה העוסקת בחמשת "ענקי הגריאטריה" – הקשיים העיקריים המאפיינים את האזרחים הוותיקים בתחום הבריאות: דמנציה, נפילות והגבלה תפקודית, מחלות חשוכות מרפא, שימוש מושכל בתרופות ואי-שליטה בסוגרים. כדי להתמודד עם חמשת האתגרים הללו פיתח האגף תוכנית עבודה רב-שנתית, ובשלב זה הוא התחיל להפעיל שלוש תוכניות: תוכנית למניעת נפילות,

⁴⁸ ג' חביב (2011), היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה – כנס ים-המלח ה-12, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, עמ' 47.

⁴⁹ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994.

תוכנית להתמודדות עם דמנציה ותוכנית טיפול פליאטיבי להתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא.



התוכנית הלאומית למניעת נפילות

העלות הכלכלית הכוללת למשק הישראלי הנובעת משברי צוואר הירך אצל זקנים נאמדת ב-1.1 מיליארד ש"ח לשנה. 95% משברי צוואר הירך נגרמים מנפילה. בסוף שנת 2017 הושקה התוכנית הלאומית למניעת נפילות כדי לצמצם את מספר הנפילות ואת השלכותיהן. על פי רוב נפילה היא החוליה הראשונה בשרשרת ההידרדרות בתפקוד המביאה לעלויות גבוהות של אשפוז, לצורך בשיקום ולהיערכות של בני המשפחה והקהילה. אפשר למנוע רבות מן הנפילות.

לתוכנית חמש מטרות:

1. הגברת המודעות לבעיית הנפילות ולצורך במניעתן – לשם כך הוחל בהקמת אתר אינטרנט ייעודי לאנשי מקצוע ולציבור הרחב, והוכן קמפיין לרשתות החברתיות;
2. מתן הקצבה מיוחדת לקופות החולים לפעילות מונעת נפילות (לדוגמה פיזיותרפיה ממוקדת אימון לשימור ולשיפור של שיווי המשקל);
3. מניעה ראשונית;

4. שיפור בבטיחות הסביבה ;

5. מחקר.

קשישים בסיכון יאותרו בשיתוף המוסד לביטוח לאומי, ותיעשה פעילות יזומה בבתייהם להסרת מכשולים ולהתאמת הסביבה לתפקוד שלהם בהווה ובעתיד. נושא הנפילות נבחר כ"מכרז אתגר" של אגף המחשוב, ונבחרו חמישה מיזמים להובלת פיילוט בנושא זה.

התוכנית לטיפול פליאטיבי

בשנת 2015 נפטרו בישראל 44,210 איש; 79% מהנפטרים היו בני 65+; 35% מהנפטרים היו בני 75+. כמעט 50% נפטרו מסרטן, ממחלות לב וממחלות כלי דם במוח. כ-75% מהחולים במחלות חשוכות מרפא זקוקים לטיפול פליאטיבי, בעיקר לאיזון כאב ולמניעת סבל, אך רק 15% ממי שנפטרו קיבלו טיפול פליאטיבי בקהילה, ורק בימים האחרונים לחייהם.

בסוף שנת 2016 הושקה התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי ולמצבי סוף החיים, שנועדה לחולל שינוי בטיפול בסובלים ממחלות חשוכות מרפא. העשייה בתחום זה מתמקדת בפיתוח ובהכשרה של צוותים ייעודיים לטיפול פליאטיבי. מחזור שלישי, של 13 צוותים רב-מקצועיים מבתי החולים ומהקהילה, החל את הכשרתו, תוך בנייה והטמעה של תהליכי עבודה רב-צוותיים בגישה פליאטיבית.

נוסף על כך פותח מודל לזיהוי ולאפיון של מטופלים לצורך קביעת העדפות טיפול מקדימות, לרבות הסתייעות בטכנולוגיות דיגיטליות, לקראת מודל תמרוץ הקופות ובתי החולים; התקיימו של מחזורים של סדנת "מי מטפל במטפל" – תוכנית לתמיכה בצוותי מחלקת סיעוד מורכב והנשמה ממושכת. בכל מחזור השתתפו כ-30 איש; נבנה בשיתוף אש"ל מערך הכשרה לצוותים ראשוניים רב-מקצועיים העוסקים בטיפול פליאטיבי; אתר ייעודי לטיפול פליאטיבי ולמצבי סוף החיים נתון בתהליך הקמה; התקיימו שתי סדנאות לכ-100 חברי ועדות אתיקה וועדות מטעם חוק החולה הנוטה למות בנושא "חקירת דילמות במשקפיים פליאטיביים"; נכתב עלון קווים מנחים על סוגיות אתיות בממשק מטופלים–מטופלים ומשפחותיהם המתמודדים עם מחלות חשוכות מרפא בסוף החיים.

התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות

בשנת 2013 החל היישום של התוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר. כיום מתמודדים בישראל עם אלצהיימר כ-120,000 חולים ובני משפחותיהם. אלה התחומים העיקריים בתוכנית:

לחיים בריאים יותר

משרד הבריאות

התכנית הלאומית לדמנציה בישראל

תחומים מרכזיים

1. העלאת מודעות הציבור למחלת הדמנציה - ומניעת הסטיגמה
2. קידום מערך שירותי הבריאות בקהילה (במטרה להעניק לחולה טיפול מקיף בכל שלבי המחלה)
3. קידום מערך שירותי הרווחה בקהילה
4. פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה בבני משפחה מטפלים
5. התאמת מערך שירותי האשפוז הסיעודי הממושך לצרכים בפועל
6. פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז
7. מחקר ופיתוח

על אף התקציב המצומצם של התוכנית היא נחלה הצלחה והביאה לעליית המודעות למחלה בציבור הרחב ובקרב הצוותים במערכות הבריאות והרווחה. התוכנית כוללת קידום תהליכים לשיפור הידע של אנשי מקצוע ושל מטפלים ובני משפחה ולשיפור האבחון של דמנציה והטיפול בה באמצעות הקמת תוכניות ברמת הרפואה הראשונית בארבע קופות החולים. עוד בתוכנית – קידום סקר של כלל חולי הדמנציה בארבע קופות החולים באמצעות ה-ICDC ומיפוי שירותי הבריאות שהם צורכים.

כ-20% מהסובלים מדמנציה שוהים במוסדות סיעודיים. מתוך 25,000 מיטות לאשפוז כרוני וממושך, 4,282 מיטות מוגדרות לאנשים עם דמנציה. בתחום המוסדי פותחו תוכניות לשיפור הטיפול בחולי דמנציה המאושפזים בבתי חולים כלליים נבחרים, וכן הופעלה תוכנית לשיפור הטיפול ההתנהגותי במחלקות לתשושי נפש. מטרתה של תוכנית זו היא לשפר את איכות החיים של אנשים עם דמנציה במוסדות באמצעות הכשרת צוותי העובדים ופיתוח תיק פעולות מותאם. כמו כן מקודם מיזם

"ידידי דמנציה" לשיפור הגישה לחולי דמנציה באמצעות מתנדבים בקהילה. התוכנית פועלת בעשר רשויות מקומיות, משתתפים בה 185 ארגונים, 200 שגרירים ו-10,000 ידידים, ועד כה התקיימו במסגרתה 15,000 פעולות לטובת אנשים עם דמנציה.

המיזמים מלווים במחקר הערכה. אחד הממצאים הבולטים לגבי חולי הדמנציה הוא שהם מרבים להשתמש בשירותי בריאות ורווחה, ועל כן עולה הצורך בהתאמת פתרונות ייעודיים לחולים אלו.

משרד הבריאות מקדם כמה תוכניות נוסף על שלוש התוכניות המרכזיות הללו:

❖ **טיפול שיניים** – הצורך של האזרחים הוותיקים בטיפול שיניים גדול הרבה יותר מהצורך של צעירים, ומתברר שהם מבקרים פחות מהם אצל רופא השיניים והשיננית: לפי נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2010,⁵⁰ רק 38% מבני ה-65+ עברו בדיקה או טיפול שיניים בשנה שלפני הסקר, לעומת 50% מכלל האוכלוסייה, ו-29% עברו ניקוי שיניים, לעומת 42% מכלל האוכלוסייה. לאי-טיפול בשיניים יש השפעה שלילית על הבריאות במובנים רבים. מתברר שהסיבה העיקרית לכך שרבים מהאזרחים הוותיקים אינם פונים לטיפול היא ההוצאה הכספית הגדולה הכרוכה בטיפול שיניים. במסגרת רפורמת הסיעוד שהממשלה החליטה עליה השנה, משנת 2019 יינתן טיפול שיניים חינם לאזרחים ותיקים מעל גיל 70.

❖ **טיפול בית ואשפוז בית** – תפקודם של חלק מהאזרחים הוותיקים ירוד, הם מרותקים לביתם ואינם יכולים להגיע למרפאות לשם קבלת טיפול רפואי. כך מצבם הבריאותי והתפקודי מידרדר, ולבסוף עליהם להגיע לבית החולים לקבלת טיפול. יש לתת חולים כאלה טיפול רפואי בביתם ככל שהדבר מתאפשר. קופות החולים אימצו גישה זו במספר קטן של מקומות בארץ (למשל בירושלים), וברוב חלקי הארץ שירות כזה אינו קיים כלל. טיפול בית ואשפוז בית עשויים לחסוך סבל רב מהחולים, וכן לחסוך כסף רב למערכת הבריאות בשל ויתור על החלופה של אשפוז בבית חולים. ברפורמת הסיעוד הוקצה תקציב מיוחד לשם הרחבת אשפוז הבית.

❖ **הערכה גריאטרית** – הערכה שיטתית של רופא גריאטר בשיתוף צוות רב-מקצועי לשם גיבוש הטיפול המתאים. ההערכה מיועדת לקשישים עם ירידה בתפקוד, ריבוי מחלות ותרופות, אשפוזים חוזרים וכדומה. מחקרים רבים

⁵⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2012), הסקר החברתי 2010.

בחו"ל הראו את היעילות של שירות זה במניעת אשפוזים. ועדה משותפת של משרד הבריאות ושל קופות החולים המליצה על פיתוח שירות זה כבר לפני שנים אחדות, אך לפי שעה הדבר נעשה חלקית בלבד על ידי קופות החולים במקומות ספורים בארץ. מכיוון שכלי זה יעיל במניעת מחלות ובטיפול בהן בגיל מבוגר, יש לחייב את הפעלתו בכל הארץ על פי תוכנית מסודרת.

פעולות המשרד לשוויון חברתי⁵¹

תרומתו העיקרית של המשרד לשוויון חברתי בתחום הבריאות של האזרחים הוותיקים היא במסגרת התוכנית **יחידות סגולה**. בתוכנית זו פועלות יחידות שמספקות מידע בנושא זכויות בתחום הבריאות לאזרחים הוותיקים המאושפזים בבתי החולים ולבני משפחותיהם. יחידות הסגולה ממוקמות בבתי החולים, מופעלות על ידי מתנדבים שקיבלו הכשרה מתאימה ומנוהלות על ידי עובדות סוציאליות.

תוכנית יחידות סגולה החלה לפעול בשנת 2013 בבית החולים שיבא, ועם השנים התרחבה לבתי חולים נוספים. כיום יחידות הסגולה פועלות ב-17 בתי חולים, והתכנון הוא להרחיב את התוכנית ולהפעילה בעוד שבעה בתי חולים, ואף לבחון את הצורך ואת האפשרות לשלב אותה בקופות החולים.

תוכנית יחידות סגולה קשורה לפעולה כללית אחרת של המשרד – **מוקד *8840**. תפקידו העיקרי של המוקד הוא לענות על פניות של אזרחים ותיקים או של המטפלים בהם, לספק להם מידע על שירותים וזכויות שהם יכולים להיעזר בהם ולסייע להם במימוש הזכויות. בשנת 2018 (עד סוף נובמבר) טופלו במוקד 146,000 פניות. משנת 2016 המוקד גם עוקב אחר תוצאות הסיוע שהוא נתן לאזרחים הוותיקים. יחידות הסגולה דואגות בשעת הצורך להעביר למוקד המידע נתונים פרטניים לצורך המשך טיפול ומעקב.

סקירה של הפניות למוקד בענייני בריאות מעלה כמה סוגיות מעניינות: לדוגמה, התקבלו תלונות רבות על תרופות שאינן כלולות בסל ועלותן גבוהה, ופונים רבים התלוננו שהם נמנעים מרכישת תרופות שהם זקוקים להן אך אינם יכולים להרשות לעצמם לקנותן. אזרחים ותיקים רבים ובני משפחה התלוננו על טיפול לוקה בחסר

⁵¹ מכתב מהמשרד לשוויון חברתי אל חברת הכנסת טלי פלוסקוב מיום 17 בדצמבר 2018

במוסדות סיעודיים. פעמים רבות התערבות המוקד סייעה לאזרחים הוותיקים ולבני משפחותיהם למצות את הזכויות שהיו זכאים להן ולא ידעו עליהן.

המשרד לשוויון חברתי ריכז את כל הזכויות בתחום הבריאות שמגיעות לאזרח הוותיק מכלל משרדי הממשלה כאשר יש שינוי במצב הבריאותי שלו, ופרסם את המידע בעלון "זכויות שוות זהב". העלון תורגם לכמה שפות.⁵²

המלצות הוועדה

❖ לפעול לאלתר להקמת שני **בתי החולים החדשים המתוכננים**, בבאר שבע ובקריות, וכן לפעול להרחבת יכולת הקליטה של בתי החולים הקיימים.

הסבר: עקב העומס הקיים כבר כיום בבתי החולים והצפי שהוא יגדל בעתיד יש צורך דחוף להגדיל את מספר המיטות בבתי החולים הכלליים. מאחר שרבים מהחולים במחלקות הפנימיות, האונקולוגיות, הקרדיולוגיות וכו' הם אזרחים ותיקים, יש לראות אתגר זה כחלק מהתוכנית הלאומית. הדבר צריך להיעשות הן על ידי בנייה נוספת בבתי החולים הקיימים והן על ידי בניית בתי חולים חדשים.

❖ על משרד הבריאות להכין מסמך **תחזיות מעודכן** על הצרכים הצפויים בכוח אדם בשנים 2025 ו-2035.

הסבר: כיום אין תחזית מעודכנת של הצרכים הצפויים בכוח אדם במערכת הבריאות והסיעוד בעתיד, ולכן קשה מאוד לדעת כמה רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, כוחות עזר וכו' יהיה צורך להכשיר ולגייס למערכת הבריאות בעתיד. מסמך כזה הוא חיוני לכל תכנון עתידי.

❖ להרחיב את מסגרות ה**שיקום**, להקים עשרה מרכזי שיקום נוספים בקהילה ולהגדיל את מספר המיטות לשיקום על פי מדד של שש מיטות על כל 1,000 בני +75.

הסבר: בעזרת שיקום אפשר להחזיר אנשים לתפקוד ולמנוע מהם את הצורך באשפוז. כיום חסרות מיטות שיקום וחסרים מרכזי שיקום בקהילה, ויש לפעול

⁵² העלון **זכויות שוות זהב**; **העלון בערבית**; **העלון ברוסית**.

להקמת עשרה מרכזי שיקום בקהילה לפחות ולהכפיל את מספר המיטות השיקומיות בבתי החולים.

❖ להכשיר 50 רופאים מומחים בגריאטריה בכל שנה בחמש השנים הבאות ולפעול להעברת גריאטרים שאינם עובדים במקצוע לתפקידים בתחום הזקנה על ידי מתן תמריצים.

הסבר: כבר כיום יש מחסור חמור ברופאים מומחים בגריאטריה. מחסור זה יחמיר בשנים הבאות, ואפשר להעריך שבעתיד יחסרו מאות רופאים בתחום זה. יש להתחיל מייד בהכשרת רופאים גריאטרים, שכן הכשרת רופא מומחה בגריאטריה נמשכת ארבע וחצי שנים.

❖ להרחיב את מסגרות האשפוז הגריאטרי.

הסבר: כיום יש 20,425 מיטות לאשפוז סיעודי של אזרחים ותיקים – 49 מיטות על כל 1,000 בני 75+. משרד הבריאות מעריך שדרושות 55 מיטות על כל 1,000 איש. לפיכך, יש לפעול נמרצות להגדלת מספר המיטות לאשפוז סיעודי בעתיד.

❖ לאפשר העסקת עובדים זרים כעובדי עזר במוסדות הסיעודיים.

הסבר: בשל המחסור הגדול בעובדי עזר במוסדות והשכר הנמוך בענף מתקבלים לעבודה עובדים חסרי כישורים. כמו כן קורה לעיתים קרובות שעובדי עזר עובדים משמרות רצופות, והדבר פוגע ביכולתם לעשות את עבודתם כראוי, והשחיקה שלהם הולכת ומחריפה. כדי להתגבר על הבעיה מוצע לאפשר העסקת עובדים זרים, כשם שהם מועסקים בקהילה על סמך חוק הסיעוד (פרק י' לחוק הביטוח הלאומי). לחלופין, אפשר לנסות לגייס עובדים ישראלים על ידי שיפור של ממש בתנאי העבודה בענף.

❖ להרחיב את התוכנית יחידות סגולה בבתי החולים ולהפעילה במרפאות קופות החולים.

הסבר: התוכנית יחידות הסגולה נחלה הצלה בבתי החולים במתן מידע וסיוע לחולים ובני משפחותיהם בכל הנוגע לזכויות ושירותים בתחום הבריאות. כיום פועלות יחידות הסגולה ב-17 בתי חולים ועוד שלוש יחידות נתונות בשלבי הקמה. יש להרחיב תוכנית זו לכל בתי החולים בארץ ולהפעילה גם במרפאות קופות החולים.

❖ לפטור אזרחים ותיקים מהשתתפות כספית ברכישת תרופות ובביקור אצל רופא.

הסבר: על פי ההסדרים הקיימים, כל אחד חייב בהשתתפות עצמית ברכישת תרופות ו**בביקור** אצל רופא. מאחר שעם הפרישה לגמלאות חלה ירידה של ממש בהכנסה, מוצע לפטור את האזרחים הוותיקים מהשתתפות במימון תרופות וביקור אצל רופאים. כיום כבר הוחל הסדר זה לגבי אזרחים ותיקים הזכאים להשלמת הכנסה.

❖ להרחיב את המסגרות להכשרת **אחיות** ולתת תמריצים לבוגרות שיופנו לעבוד בתחום הזקנה.

הסבר: האחיות הן גורם מרכזי במערכת הבריאות ובטיפול באזרחים ותיקים. כבר כיום יש מחסור גדול באחיות, והוא ילך ויחמיר בעתיד. משרד הבריאות אומנם מצביע על גידול במספר פונים ללמוד סיעוד, אך גידול זה לא יספק את הצרכים העתידיים, שילכו ויגדלו. יש לפעול בהקדם להכשרת אחרות נוספות ולהבטיח תמריץ למי שיבחרו לעבוד בתחום הזקנה.

שירותי הרווחה

רקע

כאמור, השירותים לאזרחים הוותיקים נחלקים בין משרדי ממשלה אחדים. שירותי הרווחה והחברה הם באחריות משרד הרווחה. לפיכך, יש לבחון את הצרכים והבעיות של האזרחים הוותיקים בתחומי החברה והרווחה ואת מידת ההיענות לצורכיהם ולבעיותיהם על ידי סקירת הפעילות של משרד הרווחה, העבודה והשירותים החברתיים.

פורמלית, שירותי המשרד מיועדים לכל האזרחים הוותיקים על פי הגדרת הגיל – 62 לנשים ו-67 לגברים – ומתמקדים במי שמבקשים סיוע בתחום הרווחה או נתונים במצבי סיכון: מי שמתמודדים עם בעיות הנובעות מבדידות, מתפקוד ירוד, מתזונה ירודה, מבעיות כלכליות ומעוני, מי שסובלים מהתעללות ומי שחוו אובדן. יש להביא בחשבון הן את המתגוררים בקהילה והן את השוהים בבתי אבות ובדיור מוגן, אם כי הדגש מושם על שירותים בקהילה. השירות לאזרחים ותיקים רואה בעצמו אחראי לאתר צרכים, לפתח שירותים חדשים ולתרום ליצירת רצף השירותים הניתנים לאזרח הוותיק.⁵³

שירותי המשרד ניתנים באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. המשרד כמעט אינו עוסק ישירות במתן שירותים, ותפקידו העיקרי הוא לשמש רגולטור של שירותי הרווחה הניתנים על ידי הרשויות המקומיות ועל ידי ארגונים וחברות. נוסף על כך, המשרד קובע את מדיניות אספקת השירותים, מתקצב את מגוון התוכניות ומפקח על יישומן. במחלקות לשירותים חברתיים עובדים 446 עובדים סוציאליים בתחום הזקנה, ונוסף עליהם פועלים 84 מרכזי ועדות על סמך חוק סיעוד. השירות לאזרחים ותיקים שבמשרד הרווחה (לפני כן הוא נקרא "השירות לזקן") אחראי לתחום זה, והוא המפעיל יחידת מטה במשרד הראשי ומפקחים במשרדים המחוזיים של המשרד. החוק הבסיסי שלפיו המשרד פועל הוא חוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958, שבו נקבע כי על כל רשות מקומית לקיים לשכת סעד לצורך טיפול בנזקקים. עם השנים נחקקו חוקים נוספים שהטילו על המשרד אחריות לנושאים ספציפיים, ובהם מניעת התעללות ודיור מוגן.

⁵³משרד הרווחה החברתיים, השירות לאזרחים ותיקים, סיכום פעילות ונתונים לשנת 2017.

התקצוב של שירותי הרווחה שהרשויות המקומיות נותנות נחלק בין המשרד לבין הרשות: המשרד מקצה 75% מהתקציב והרשות – 25%. הסדר זה פועל בכל הרשויות המקומיות בארץ כבר שנים רבות. בשנת 2017 היה תקציב המשרד 314 מיליון שקלים, ומהם הוקצו 130 מיליון שקלים לטיפול חוץ-ביתי ו-184 מיליון שקלים לטיפול בקהילה.

השירותים העיקריים שבאחריות המשרד

באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות המשרד אחראי לאספקת השירותים שלהן: סיוע של עובדים סוציאליים ביעוץ, בתמיכה ובהכוונה פרטנית למי שמתקשה להגיע למחלקה לשירותים חברתיים במקום מגוריו; הערכת צורכי האזרח הוותיק והתאמת תוכנית התערבות על ידי עובד סוציאלי לטיפול באזרח הוותיק במחלקה לשירותים חברתיים (סיוע שניתן ללא מבחן זכאות); עזרה בניהול משק בית למי שאינו זכאי לסיוע על סמך פרק י' לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, המכונה "חוק הסיעוד"; סיוע חומרי ברכישת ציוד ביתי בסיסי; עזרה ברכישת מכשור רפואי שאינו ממומן על ידי משרד הבריאות או קופות החולים; סיוע בטיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית; השלמת ביגוד; עזרה במימוש זכויות; התערבות במצבי חירום. הסיוע החומרי ניתן על פי מבחן זכאות.

במסגרת השירותים בקהילה יש התמקדות בכמה שירותים קהילתיים מיוחדים:

❖ מרכזי יום

מרכז יום הוא מסגרת יומית המספקת שירותים טיפוליים, אישיים וחברתיים לזקנים תשושים, סיעודיים ותשושי נפש אשר מפאת תפקוד לקוי זקוקים לעזרה חלקית באחת מפעולות היום-יום או יותר. בעזרת צוות רב-מקצועי המרכז מספק מגוון שירותים: טיפול אישי, ובכלל זה רחצה, ארוחות בוקר וצוהריים ומשקה חם באמצע היום, הסעה מהבית אל מרכז היום ובחזרה, פעילות חברתית ופעילות תעסוקתית.

יש 163 מרכזי יום – 97 לתשושים (59%), 21 לתשושי נפש (13%) ו-45 לתשושים עם אגף נפרד לתשושי נפש. במרכזי היום מבקרים 18,800 אזרחים ותיקים, ובהם 12,300 זכאי חוק הסיעוד, ששהותם במרכז ממומנת על ידי המרת חלק מגמלת הסיעוד שלהם (7% מכלל זכאי חוק הסיעוד). היתר מופנים משירותי הרווחה, וכן יש מספר

קטן של מבקרים על בסיס פרטי. באשכולות הנמוכים 73%–85% מהזכאים לשירות מנצלים את זכותם, ובאשכולות הגבוהים – 97%. במרכזי היום לתשושי נפש שיעור הניצול גבוה משהוא במרכזים לתשושים. שיעורי הניצול באגפים לתשושי נפש במרכזי היום המשולבים דומים.

לפני יותר משנה הקים המשרד, בשיתוף המוסד לביטוח לאומי, ועדה בראשות פרופ' הלל שמיד לשם חשיבה מחודשת על אופן הפעלת מרכזי היום. על סמך המלצות הוועדה, המשרד נערך עתה לשינוי מרכזי היום והפיכתם למרכזים רב-תכליתיים. המרכזים האלה יפעלו יום שלם ויקלטו קבוצות נוספות. על פי תוכנית זו מרכז היום יהפוך לשירות מרכזי ברשות המקומית בעבור האזרחים הוותיקים ויספק שירותים מגוונים.

❖ קהילות תומכות

קהילה תומכת היא מסגרת קהילתית המאפשרת לאזרח הוותיק לקיים את חייו בקהילה בעצמאות מרבית ובביטחון ומתוך תחושת שייכות וחיבור לקהילה. קהילה תומכת אף מזמנת לאזרח הוותיק פעילות חברתית התואמת את צרכיו ואת העדפותיו. בתוכנית כמה מרכיבים: 1. אב קהילה או אם קהילה הזמינים כל העת, מקיימים ביקורי בית קבועים ומסייעים בתיקונים בבית ובהנגשת שירותים נוספים בקהילה; 2. התקנת לחצן מצוקה המחובר למוקד חירום. המוקד פועל כל העת ומגיב על קריאות במצבי מצוקה, חירום וסיכון; 3. הזמנת רופא או אמבולנס לפי הצורך; 4. פעילות חברתית המותאמת לחברי הקהילה. אפשר להמיר את אחד השירותים בסל לשירות אחר או להוסיף שירותים בתשלום נוסף.

כיום פועלות בארץ כ-300 קהילות תומכות וחברים בהן 60,000 קשישים. כ-24,000 מהם מסובסדים על ידי המשרד, ובהם ניצולי שואה, המקבלים סבסוד נוסף על הסבסוד הרגיל (המשרד מממן את מלוא עלות השתתפותם של ניצולי השואה בתוכנית). התעריף למנוי הוא 139 שקלים לחודש בלי לחצן מצוקה ו-144 שקלים לחודש עם לחצן המצוקה. חלקם של המשתתפים במימון בדמי המנוי נקבע לפי מבחן זכאות: דרגת זכאות א' (מקבלי השלמת הכנסה) – 45 שקלים; דרגת זכאות ב' (בעלי פנסיה קטנה) – 59 ש"ח; ניצולי השואה – 25 ש"ח, ללא בדיקת זכאות. הקהילות פרוסות בפריסה רחבה ובמרבית הרשויות. התפוסה המרבית בכל מסגרת היא 220 בתי אב.

❖ מועדונים חברתיים

מועדונים חברתיים הם מסגרות חברתיות שכונתיות או יישוביות לאזרחים ותיקים שמתנהלת בהם פעילות פנאי. הם מאפשרים לקשישים השתייכות לקבוצה חברתית ומסייעים בהפגת בדידות. התוכנית ותיקה מאוד. רבים מהמועדונים שפעלו בעבר שודרגו והפכו למועדונים מועשרים או מועדוני מופת במקומות שלא פועלים בהם מרכזי יום. המועדונים פתוחים לכל האזרחים הוותיקים שתפקודם עצמאי וחיים בקהילה.

כיום פועלים 714 מועדונים, בפריסה ארצית רחבה, ברוב הרשויות. כ-35,000 קשישים משתתפים בפעילות. השירות לאזרחים ותיקים מתקצב כל מועדון בסכום של 10,000 ש"ח לשנה. הקשישים משלמים סכום מינימלי.

המועדונים פועלים בדרך כלל שלושה ימים בשבוע, ארבע שעות ביום. הרכזים מופקדים על כלל הפעילות במועדון. בסל המומלץ: חוגים, הרצאות, משחקי חברה, פעילות גופנית, פעילות לקידום בריאות, מסיבות ואירועים, טיולים, תוכניות לימי הקיץ, דוגמת נופש וטיולים, וייעוץ והכוונה לשירותים נוספים בקהילה.

❖ מועדונים מועשרים

מועדון מועשר הוא מסגרת חברתית המיועדת לאזרחים ותיקים שהתפקוד שלהם עצמאי אך הם סובלים מתשישות קלה. התוכנית החלה לפעול בשנת 2008 בעבור קשישים שמרכזי היום אינם נגישים בעבורם. המועדונים המועשרים פועלים שלושה ימים בשבוע, חמש שעות ביום. רכזי המועדונים מופקדים על הפעלת כל מרכיבי סל השירותים. הפעילות נועדה בין השאר לשפר את איכות החיים של המשתתפים בה, ומזמנת פעילות פנאי משמעותית לאזרחים הוותיקים המבודדים. יש הסעות בעבור חברי מועדון המתקשים להגיע אליו בכוחות עצמם. למשתתפים מוגשת ארוחה קלה ועשירה לשם תמיכה בתזונת הקשישים. כיום פועלים ברחבי הארץ 38 מועדונים מועשרים ומשתתפים בפעילותם כ-1,200 אזרחים ותיקים. מימון המועדונים נחלק בין המשרד לרשויות המקומיות, כמקובל. שלושה מועדונים, הפועלים ביישובים דרוזיים, הם במימון ממשלתי מלא. דמי ההשתתפות בתוכנית הם 30 ש"ח לחודש, ללא בדיקת זכאות.

❖ מועדוני מופת

מועדוני מופת החלו לפעול בשנת 2014 במסגרת המיזם הלאומי לביטחון תזונתי. מודל התוכנית מבוסס על המועדון המועשר בתוספת ארוחה חמה. מועדוני מופת פועלים שלושה ימים בשבוע, חמש שעות ביום. רכזי המועדונים מופקדים על כל

מרכיבי סל השירותים. מועדוני מופת מיועדים לאזרחים ותיקים שהתפקוד שלהם עצמאי, גם אם הם סובלים מתשישות קלה, הסובלים מבדידות וזקוקים לביטחון תזונתי.

כ-7,500 אזרחים ותיקים משתתפים בפעילות ב-310 מועדוני מופת. 60 מהם מיועדים לניצולי שואה. מימון המועדון נחלק בין המשרד לרשויות המקומיות, כמקובל. חמישה מועדונים, ביישובי הבדואים בדרום, הם במימון ממשלתי מלא. דמי ההשתתפות בתוכנית הם 45 ש"ח לחודש, ללא בדיקת זכאות. הפעילויות נועדו לקדם את איכות החיים של המשתתפים. מופעלות הסעות לחברי מועדון המתקשים להגיע אליו בכוחות עצמם. בשעות הפעילות מוגשות ארוחת בוקר וארוחת צהריים.

❖ בתים חמים

התוכנית בתים חמים היא תוכנית מפגשים המתקיימים בבתי מארחים או בפינות תחומות במבני ציבור מארחים. במפגשים, הנערכים אחת לשבוע או פעמיים בשבוע, מתקיימת פעילות חברתית, ובכלל זה הרצאות, משחקי חברה, התעמלות, שירה בצוותא, צפייה משותפת בסרטים או בתוכניות טלוויזיה, דיונים במגוון נושאים, כתיבת סיפורי חיים, דיון בתמונות ובזיכרונות, חגיגת ימי הולדת, ציון חגים ומועדים, וכן הקמת קבוצת פעילים לקידום נושאים משותפים. במפגשים מוגש כיבוד. המארחים בבתי החמים או המתנדבים מחברי הפינה החמה הם האחראים להפעלת התוכנית. התוכנית החלה לפעול בשנת 2016, והיא מענה חשוב לקבוצות אוכלוסייה מבודדות. המפגשים מיועדים לקבוצות של 12–20 משתתפים. אוכלוסיית היעד היא אזרחים ותיקים בקהילה שאינם משולבים במסגרות הקיימות וזקוקים לקבוצת השתייכות שתשמש להם רשת תמיכה חברתית ותזמן אפשרות לפעילות פנאי משמעותית. כ-1,200 אזרחים ותיקים משתתפים בתוכנית ב-80 מסגרות. השירות לאזרחים ותיקים מקציב לכל בית סכום של 10,000 ש"ח בשנה. המימון מיועד לכיסוי הוצאות האירוח ולתקצוב כמה פעילויות. המשתתפים אינם משתתפים במימון.

❖ יחידות למניעת התעללות

ב-68 יישובים פועלות 84 יחידות מיוחדות למניעת התעללות באזרחים ותיקים. היחידות מזהות ומאתרות מקרי התעללות ופועלת למניעת התעללות ולטיפול בה כתופעה. הן פועלות עם שותפי תפקיד בקהילה. דרכי ההתערבות מגוונות: במישור המשפטי, הגנה, טיפול, חינוך ומניעה. בכל יחידה יש צוות רב-מקצועי, ובכלל זה יועץ משפטי, רופא גריאטר, עובדת סוציאלית לחוק הגנה על חוסים ועובדת סוציאלית לטיפול ישיר בנפגע ובפוגע. הסיוע הוא שיחות טיפוליות, ייעוץ למיצוי זכויות, העצמת

הנפגע, גישור, טיפול בפוגע והצעת פתרונות בקהילה להפוגה או לסידור במוסד, בהתחשב במצבו הרפואי והסיעודי של הנפגע. אוכלוסיית היעד היא אזרחים ותיקים הסובלים מהתעללות פיזית, נפשית או כלכלית, מפגיעות מיניות, משלילת זכויות ומהזנחה. בשנת 2016 טופלו ביחידות אלו 5,876 אזרחים ותיקים. לפי המשרד הוא נערך כיום להקמת 50 יחידות נוספות.

❖ בתי אבות

בחוק הפיקוח על המעונות, התשכ"ה–1965, נקבע כי משרד הרווחה אחראי לבתי אבות שמתגוררים בהם אזרחים ותיקים עצמאיים ותשושים. בסוף שנת 2017 השירות לאזרחים ותיקים פיקח על 126 מעונות. ב-70% מן המסגרות פעלו נוסף על המחלקות שבפיקוחו מחלקות בפיקוח משרד הבריאות, המיועדות לסיעודיים ולתשושי נפש. בתי האבות קשורים בהסכם התקשרות עם משרד הרווחה ויכולים לקלוט דיירים מושגי רווחה. בבתי האבות מתגוררים קרוב ל-6,000 אזרחים ותיקים עצמאיים או תשושים. ההפניה לבתי האבות היא באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, והמשרד מסבסד את הדיירים על פי מבחן זכאות.

נוסף על התוכניות המפורטות לעיל המשרד מעורב לאחרונה בפיתוח כמה תוכניות חדשות: הפגת בדידות, מרכזי יום מרחוק, "קהילה לדורות", שדרוג מרכזי יום וטיפול משולב.⁵⁴ כמו כן פרסם המשרד מסמך בדבר עבודת המחלקות לשירותים חברתיים בעקבות הזדקנות האוכלוסייה.⁵⁵

אתגרים

❖ חוק שירותי הסעד

דבר החקיקה העיקרי שעליו מבוססת עבודת השירות לאזרחים ותיקים, וכן אגפים אחרים במשרד, הוא חוק שירותי הסעד, התשי"ח–1958. על פי חוק זה כל רשות מקומית חייבת לקיים לשכת סעד ולספק שירותים לנזקקים. לחוק זה אין תקנות, אולם בתקנון עבודה סוציאלית (להלן: תע"ס), שיש לו מעמד של חוזר מנכ"ל, נקבעו הסטנדרטים ונוהלי העבודה של השירותים השונים. חוק שירותי הסעד הוא מיושן

⁵⁴ לפירוט התוכניות והשירותים ראו שם.

⁵⁵ משרד הרווחה החברתיים (נובמבר 2018), תחום הזקנה במחלקות לשירותים חברתיים, פנינו לאן?

ואינו מתאים לזמננו כלל. יתר על כן, הנחיות העבודה הבאות לידי ביטוי בתע"ס אינן הכלי הראוי מבחינה חוקית. הבעיה העיקרית היא שהשירותים והזכאויות אינם מפורטים בחוק, אף שהדבר נחוץ בכל חוק שעל בסיסו ניתנים שירותים לאזרח.

הדבר מחייב שינוי. יש להכין הצעה לחוק שירותי סעד חדש המתאים למציאות העכשווית וצופה פני עתיד, וכן לחוקק תקנות לחוק כדי שהשירותים יינתנו על בסיס איתן וברור.

❖ תקצוב שירותי הרווחה

תקצוב שירותי הרווחה ברשויות המקומיות מושתת על נוסחה אחידה של 75% במימון המשרד ו-25% במימון הרשות המקומית, כלומר רשויות שמצבן הכלכלי ירוד ("אשכולות נמוכים") ורשויות שמצבן כלכלי טוב ("אשכולות גבוהים") חייבות באותו שיעור השתתפות. רשויות באשכולות הנמוכים לעיתים אינן מסוגלות לתת את חלקן במימון השירותים, וכך השירותים אינם ניתנים כלל והנזקקים נפגעים. ההיגיון אומר שהתקצוב צריך להיעשות על בסיס דיפרנציאלי, בהתחשב במצבה הכלכלי של הרשות המקומית, כך ששיעור ההשתתפות של הממשלה בתקציב שירותי הרווחה לרשויות באשכולות הנמוכים יהיה גבוה מזה הניתן לרשויות החזקות יותר.

❖ מרכזי יום ומועדונים

כיום ארבעה סוגים של מסגרות קהילתיות הנותנות סיוע לקשישים – מרכזי יום, מועדונים חברתיים, מועדונים מועשרים ומועדוני מופת – משרתים קבוצות אוכלוסייה דומות ונותנים שירותים דומים למדי. אף נוצר רושם שיש בין המסגרות תחרות מסוימת על אוכלוסיית היעד. ארבעת סוגי המסגרות הללו פועלים על פי המדיניות ועל פי נוהלי העבודה של משרד הרווחה, מקבלים ממנו תקציב ופועלים בפיקוחו.

אוכלוסיית היעד	מרכזי יום	מועדונים חברתיים	מועדונים מועשרים	מועדוני מופת
אזרחים ותיקים	אזרחים ותיקים	אזרחים ותיקים	אזרחים ותיקים	אזרחים ותיקים
מספר ימי הפעילות השבועי	5-6		3	3
שעות פעילות	6		5	5
השתתפות עצמית	15 ש"ח ליום		30 ש"ח לחודש	45 ש"ח לחודש
מספר המועדונים	167	714	84	310

מספר המשתתפים	18,000	7,140	1,200	7,500
---------------	--------	-------	-------	-------

נשאלת השאלה: מה ההצדקה להבדל הגדול בסכום ההשתתפות העצמית של המבקרים? ושאלה מהותית יותר: האם יש צורך בסוגי מסגרות שונים? האם אין דרך ליצור מסגרת אחת שתמלא את כל הפונקציות?

❖ כפילויות

חלק מהתוכניות של המשרד מופעלות גם על ידי המשרד לשוויון חברתי, ובעיקר תוכניות לאזרחים ותיקים עצמאיים בתחומי הפנאי, התעסוקה וההתנדבות. לדוגמה, בתחום התעסוקה המשרד לשוויון חברתי מפעיל את התוכנית "דרוש ניסיון" בשיתוף עמותת "והדרת", שנועדה לפתוח לפני אזרחים ותיקים אפשרויות להיקלט בשוק העבודה. במקביל, השירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה מפעיל תוכניות לתעסוקת מבוגרים, ואף כולל בתוכנית העבודה שלו את הנושא "זקנה פעילה", תוכנית מקבילה לתוכניות המשרד לשוויון חברתי בתחום הפנאי לאזרחים ותיקים.

המלצות הוועדה

❖ **חוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958** – יש לחוקק חוק שירותים חברתיים ממלכתי שבו יפורטו זכאויות ושירותים שאזרח ותיק זכאי להם במסגרת שירותי הרווחה.

הסבר: חוק שירותי הסעד, שהוא כאמור החוק העיקרי שלפיו השירות לאזרחים ותיקים פועל, נחקק לפי יותר מ-60 שנה, ונובע ממנו רק שרשות מקומית צריכה לקיים "לשכת סעד" שתספק שירותים לנזקקים. בחוק לא מוגדרים "נזקקים" ולא מפורטים השירותים והזכאויות. יש לחוקק חוק עכשווי שבו יפורטו השירותים שהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית חייבת לספק ואילו אזרחים ותיקים יהיו זכאים לשירות זה או אחר מן השירותים.

❖ **תקצוב שירותי הרווחה** – יש לקבוע סולם השתתפות דיפרנציאלי של המשרד בתקצוב שירותים בתחום הזקנה ברשויות המקומיות בהתחשב במצבן הכלכלי הרשויות המקומיות.

הסבר: משרד הרווחה מתקצב שירותי הרווחה ברשויות המקומיות על פי נוסחה אחידה: 75% מתקציב המשרד ו-25% מתקציב הרשות המקומית (מצינג). כידוע, מצבן הכלכלי של הרשויות המקומיות אינו אחיד: יש רשויות במצב כלכלי טוב יותר, ובהן אף רשויות שאינן זכאויות למענק ממשרד הפנים, ויש רשויות שמצבן

הכלכלי ירוד. רשויות באשכולות הנמוכים לעיתים מוותרות על מתן שירותים לנזקקים מפני שאין ביכולתן לממן את חלקן. לפיכך, יש לקבוע נוסחת השתתפות דיפרנציאלית המביאה בחשבון את מצבה הכלכלי של הרשות המקומית על פי החלוקה המקובלת לאשכולות חברתיים-כלכליים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

❖ **שילוב מרכזי יום ומועדונים** – יש לאחד את כל המסגרות הקהילתיות במבנה אחד עם מערכת תקציבית וניהולית אחת, והוא אשר יספק את מגוון השירותים על פי צרכיו של כל אזרח ותיק.

הסבר: המשרד מפעיל באמצעות הרשויות המקומיות סוגים אחדים של מסגרות קהילתיות בעבור האזרחים הוותיקים. ההבדלים בין קבוצות היעד של כל סוג מסגרת קטנים והשירותים הניתנים בהם דומים. התוצאה היא שיש תחרות בין סוגי המסגרות, כפילויות והוצאות מיותרות. שיעור ההשתתפות העצמית בכל סוג מסגרת שונה, והדבר עלול לגרום לבחירת השירות על פי שיקול כלכלי ולא על פי התאמתו לצרכיו של האזרח הוותיק.

❖ **בתי אבות ונופשוניים** – יש להעביר את האחריות לאשפוז מוסדי של תשושים ממשרד הרווחה אל משרד הבריאות. נוסף על כך, יש להעביר את האחריות לנופשוניים למשרד הבריאות.

הסבר: כיום משרד הרווחה ומשרד הבריאות חולקים באחריות לבתי האבות: משרד הבריאות מטפל באשפוז של סיעודיים ותשושי נפש, ואילו משרד הרווחה מטפל באשפוז התשושים. בהסדר זה יש כפילות ובזבוז משאבים, מאחר ששני המשרדים מנהלים מערכות פיקוח, תקצוב ודיווח מקבילים, ואילו נוהלי הקבלה וההפניה נפרדים. יש לאחד את המערכות כדי למנוע כפילויות ולחסוך במשאבים. איחוד המערכות יתרום גם לרציפות הטיפול כאשר יש שינוי במצבו של מאושפז ויש להעבירו ממחלקה לתשושים למחלקה לסיעודיים או לתשושי נפש.

כיום פועלים 64 נופשוניים המיועדים לקשישים, ו-30 מהם משותפים למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה. הנופשוניים מיועדים לשהייה קצרת טווח במגוון מצבים: לאשפוז קצר מועד לאחר אשפוז בבית חולים; כדי לאפשר לאזרח הוותיק או למשפחתו להתרענן לנוח; מקום מגורים חלופי במצבי חירום כאשר אי-אפשר לגור במקום המגורים הקבוע בגין שרפה או נזק אחר; הגנה קצרת מועד לאזרח ותיק הסובל מהתעללות או מהזנחה. מאחר שהנופשוניים מיועדים גם לסיעודיים וגם לתשושים מוצע שמשרד אחד יהיה מופקד עליהם.

❖ **כפילויות עם המשרד לשוויון חברתי** – יש להעביר את התוכניות העוסקות בפנאי, בהתנדבות ובתעסוקה מהמשרד לשוויון חברתי אל משרד הרווחה.

הסבר: התוכניות בנושאים הללו הן מקרה מובהק של כפילות בין משרדי הממשלה. הן במשרד הרווחה והן במשרד לשוויון חברתי עוסקים בפיתוח תוכניות דומות. מניעת הכפילויות הוא צורך חיוני גם כדי לחסוך במשאבים וגם כדי למנוע התרוצצות של האזרחים בין המשרדים. סביר להעביר את התוכניות בתחום הפנאי, התעסוקה וההתנדבות אל משרד הרווחה, מאחר שהוא בעל ידע וניסיון רבים יותר בתחום זה.

❖ **יחידות למניעת התעללות** – יש להקים יחידות למניעת התעללות בכל הרשויות המקומיות הגדולות.

הסבר: כיום פועלות 84 יחידות למניעת התעללות ב-68 יישובים בארץ. משמע שברוב היישובים בארץ אין יחידות כאלה. ההערכה היא שצריך להקים עוד 150 יחידות לפחות, לתקצב אותן ולאיישן בעובדים סוציאליים מיומנים.

בדידות

הגדרה

בדידות (Loneliness) היא תחושה **סובייקטיבית** שלילית הנגרמת מהפער בין מספרם ואיכותם של הקשרים החברתיים של אדם לבין מספרם ואיכותם של הקשרים שהאדם היה רוצה שיהיו לו. במהותה בדידות איננה מילה נרדפת לבידוד חברתי (social isolation), שהיא תופעה חברתית אובייקטיבית.⁵⁶ אנשים יכולים להיות לבד בלי להרגיש בדידות, ולהפך – להיות בקרב המון ולהרגיש בודדים. היטיב לנסח זאת הרב סולוביצ'יק: "יכול אתה לעמוד במקום הומה אדם, ועדיין לחוש בודד ביותר, וכן היפוכו של דבר: עשוי אתה למצוא את עצמך בריחוק פיזי מן האנשים, מופרש מחברת בני אדם ועדיין לא לחוש בדידות".⁵⁷ הרגשת בדידות היא אפוא תופעה סובייקטיבית. עם זה, היא גורמת לסבל נפשי ולפגיעה באיכות החיים, ואף כרוכה בסיכון להידרדרות פיזית ומנטלית.

היקף הבעיה

הבדידות עשויה להתעורר בכל הגילים, אולם המציאות מלמדת שככל שהאדם מזדקן גדל הסיכוי שיחווה בדידות, כלומר הרגשת הבדידות גוברת עם הגיל. הבדידות בגיל המבוגר היא תופעה עולמית. במחקר שנעשה במסגרת פרויקט SHARE⁵⁸ התבקשו הנחקרים לדווח על הרגשת בדידות בשבוע שקדם לסקר. המדינות שבהן דווח על הרגשה כלשהי של בדידות ברמה גבוהה היו ישראל (48%), איטליה (47%) וצרפת (45%).⁵⁹ שיעורים הדיווח היו נמוכים יותר כאשר המשתתפים נשאלו על הרגשת בדידות תדירה ("כמעט כל הזמן", "רוב הזמן") – 15% בישראל ובצרפת.

לפי נתוני הסקרים החברתיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנים 2013–2015 חשו בדידות לעיתים קרובות או לפעמים 43% מבני ה-75+ ו-36% מבני ה-65+, ואילו בקרב כלל האוכלוסייה שיעורם של מי שחשו בדידות לפעמים או לעיתים

⁵⁶ L.A. Pelau & D. Perlman (1982) (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York: A Wiley-Interscience Publication.

⁵⁷ הרב י"ד סולוביצ'יק (2009), אדם וביתו, תל אביב: משכל, עמ' 34.

⁵⁸ SHARE הוא סקר אורך מולטי-דיסציפלינרי שבו נאסף מידע על האוכלוסייה המבוגרת באירופה בנושאי תעסוקה ופרישה, הכנסות והוצאות, בריאות ורווחה ורשתות חברתיות. המידע נשמר במאגר מידע.

⁵⁹ G. Sundstrom, E. Fransson, B. Malmberg & A. Davey (2009), "Loneliness Among Older Europeans", *European Journal of Ageing* 6, 267-275.

קרובות היה 26% בלבד. בדידות היא אחת הבעיות הקשות המאפיינות את תהליך ההזדקנות, והיקפה מחייב התמודדות נרחבת.

הקשר בין בדידות למצב החברתי והבריאותי

על פי נתונים מצטברים ממחקרים שונים מקובל להניח שיש קשר בין בדידות למצב משפחתי: זקנים החיים לבדם עקב גירושם, התאלמנות או פרידה והצטמצמות הקשרים החברתיים מדווחים על בדידות יותר מאחרים. נמצא גם קשר בין בדידות למגדר: נשים מדווחות על בדידות במידה רבה יותר מגברים – 44.2% לעומת 26%, בהתאמה. יצוין כי יש בסיס להשערה שהבדידות נתפסת כדבר שלילי ולעיתים אף ככישלון אישי הנשאלים, גברים בעיקר נוטים שלא להגדיר את עצמם כבודדים, בשל הפגיעה בדימוי העצמי שלהם. מכאן שאפשר להניח שיש הטיה בנתונים לכיוון של תת-דיווח, ובפרט בקרב גברים, והיא אחת הסיבות לפער בדיווח בין גברים לנשים בשכיחות התופעה. כמו כן, יש קשר בין גיל לבדידות: בני 75+ מדווחים על בדידות יותר מבני 65–74 – כאמור, בשיעור של 60.43%.

יש קשר בין בדידות לתחלואה. נמצא שתחושת בדידות קשורה בלחץ דם סיסטולי, פעילות קרדיו-וסקולרית, מצבי סיכון לבביים וכן מחלות כרוניות כגון סוכרת, סרטן, שבץ, יתר לחץ דם ומחלות לב. יש קשר גם בין בדידות לסיכון לחלות במחלה דמנטית. במחקר שנעשה בהולנד נמצא שהרגשת בדידות קשורה בסיכון עיקרי (Major risk factor) לחלות בדמנציה בגיל מבוגר.⁶¹ עוד נמצא שבדידות חמורה קשורה לדיכאון חריף ולמחשבות אובדניות. בכמה מחקרי אורך שנעשו במדינות שונות אף נמצא קשר בין תחושת בדידות לתמותה.

⁶⁰ ג' ברודסקי, י' שנוור ושי' באר, בני 65+ בישראל – שנתון סטטיסטי 2016, ירושלים, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
⁶¹ T.J. Holwerda, D.J.H. Deeg, A.T.F. Beekman, T.G. Van Tilburg, M.L. Stek, C. Jonker & R.A. Schoevers (2014), "Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)", *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85:2, 135-142.

אוכלוסיית היעד להתערבות

אפשר ללמוד על קבוצות היעד הזקוקה להתערבות לשם הפגת בדידות מתוכניות התערבות בתחום המוכרות לנו. לשם הגדרה מדויקת של אוכלוסיית היעד יש להתמקד בזקנים שנוסף על הסיכון הכללי שיחוו בדידות יש גורמים המגבירים את השלכותיה של הבדידות על בריאותם ואיכות חייהם, ובין היתר:

- ❖ **נשים זקנות שהתאלמנו** – על פי רוב נשים אלו מתגוררות בגפו. יש חשש שילקו במחלות כרוניות שונות וכך ייפגע גם תפקודן. הן פגיעות יותר מבחינה רגשית ולכן צפוי שיפגינו שיעור גבוה של דיכאון וחרדה.
- ❖ **אנשים זקנים מאוד**, שיש סבירות רבה שילקו במוגבלות פיזית ויתמודדו עם קשיי תפקוד.
- ❖ **אנשים הנמנים עם קבוצות אתניות פגיעות**, למשל זקנים ערבים. אומנם החברה הערבית היא חברה מסורתית, אולם תהליכי המודרניזציה בחברה זו עלולים להחמיר את תחושת הבדידות של הקשישים בה.

בתוכניות שפותחו בעולם כדי להפחית בדידות בקרב זקנים הוגדרו הקבוצות האלה: זקנים עם מחלות כרוניות או מחלות נוירולוגיות או עם בעיות פיזיות או נפשיות הגרים לבדם, זקנים הגרים עם בני זוג שעברו אירוע מוחי או שעברו התקף לב, זקנים הנמצאים בתוכניות שיקום, זקנים במרכזי יום שעברו טראומה או הפגינו סימני דיכאון, זקנים שפנו לקו חם והפגינו נטיות אובדניות או דיכאון, זקנים מוגבלים שגרים בבית ויש חשש שייאלצו לעבור לשהות במוסד כלשהו וכן זקנים בדור מוגן, בבתי אבות רגילים ובמחלקות סיעודיות.⁶²

⁶² C.M. Masi, H.Y. Chen, L.C. Hawkey & J.T. Cacioppo (2010), "A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness", *Personality and Social Psychology Review*.

איתור זקנים החשים בדידות

לאיתור שני פנים. האחד קשור לעצם האיתור – ניצול או יצירה מכוונת של הזדמנות לאתר זקנים הסובלים מבדידות ולהציע להם דרכי התמודדות; האחר נוגע להבנת טבעה ונסיבותיה של הבדידות שהזקן סובל ממנה ולהתאמת התוכנית לצורך האישי שלו.

האיתור עצמו כרוך באתגר להגיע לזקנים בודדים שאינם מוכרים למערכת השירותים לזקנים, אלה הספונים בבתייהם ונמנעים מכל מיני סיבות מהשתתפות בתוכניות חברתיות. לעיתים דפוס התנהגות זה מתחזק ומתקבע עם השנים, ופריצת מעגל הבדידות וההימנעות היא משימה בפני עצמה, הכרוכה בקירוב ובשכנוע. האיתור יכול להיעשות באמצעות הסתמכות על "שומרי סף" (Gatekeepers): הצוות הרפואי במרפאות קופת חולים, פקידי הסניפים ויועצי שירות הייעוץ לקשיש במוסד לביטוח לאומי, הצוות הרפואי והסוציאלי במחלקות שבהן מאושפזים זקנים בבתי החולים הכלליים, עובדי המחלקות לשירותים חברתיים ואחרים. דרך אחרת היא פרסום מודעות בעיתונים ובמקומונים, חלוקת עלונים בבתיים או הנחתם במשרדים הנותנים שירותים שאנשים זקנים מרבים להשתמש בהם.

אסטרטגיות התערבות להתמודדות עם הרגשת הבדידות

עם השנים פותחו תוכניות התערבות שנועדו למתן את תחושת הבדידות של אנשים ולשפר את יכולתם להתמודד עימה. בסקירה רחבה של חוקרים מאוניברסיטת שיקגו נבחנו כ-250 תוכניות התערבות שמטרתן הפחתת תחושת הבדידות בקרב זקנים, צעירים וילדים במדינות שונות.⁶³ מכלל התוכניות נותחו לעומק 50 תוכניות, כמחציתן עבור זקנים. התוכניות נבחנו על פי ארבע אסטרטגיות התערבות:

א. **שיפור מיומנויות חברתיות**, בדגש על מיומנויות שיחה פנים אל פנים ושיחת טלפון, יכולת לקבל ולתת מחמאות, יכולת לשאת שתיקות ממושכות, טיפוח

⁶³ שם.

הצד הפיזי והחזות החיצונית, הבנת תקשורת לא מילולית ושימוש בה, למידת הגישות ליצירת קרבה ואינטימיות ושיפור היכולת לעשות כן.

ב. **הגברת התמיכה החברתית**, בעיקר באמצעות קבוצות תמיכה יזומות ומונחות על ידי אנשי מקצוע לאנשים עם בעיה משותפת, כגון נשים שהתאלמנו לאחרונה.

ג. הרחבת ההזדמנויות **לאינטראקציה חברתית** – האסטרטגיה היא ליצור עניין משותף בביצוע משימות ובהמשך לחזק את הקשר החברתי בין המשתתפים ולהפוך את הקבוצה לקבוצה קבועה. לדוגמה – ארגון משימות התנדבות משותפות לזקנים הסובלים מבידוד חברתי כגון חלוקת מזון לזקקים.

ד. שינוי דפוסים של התנהגות בלתי מסתגלת מבחינה חברתית כדי להגביר את הסיכוי לאינטראקציה חברתית – נקיטת אסטרטגיה של שינוי התנהגותי-קוגניטיבי, שמושם בה דגש על לימוד הזקן הבודד להבחין במחשבות שליליות בהקשר של מצב חברתי העולות אצלו באופן אוטומטי ולהתייחס אליהן כאל השערות שיש לבדוק אותן ולא כאל עובדות, כלומר לעבור מחשיבה שלילית לחשיבה חיובית אשר תומכת בעצמי (Self-supportive).

בסקירה האמורה, שהשוותה בין תוכניות שנקטו בהן אסטרטגיות שונות, נמצא שלאסטרטגיה הרביעית הייתה ההשפעה הרבה ביותר על תחושת הבדידות מבין כל האסטרטגיות. אף על פי כן המסקנה הכללית של החוקרים היא שההתערבויות האפקטיביות הן ההתערבויות הקבוצתיות, ולא דווקא הפרטניות.

גם ממחקר אחר שבדק התערבויות יעילות להפחתת בדידות עולה **שאינטראקציות קבוצתיות יעילות יותר מאינטראקציות שאינן מבוססות על פעילות קבוצתית**.⁶⁴ עם זאת, קיבוץ זקנים בודדים למקום אחד לא בהכרח יעודד פיתוח של קשרי ידידות ביניהם, משום שדפוס התנהגות והמחשבה שאנשים בודדים – ובעיקר מי שסובלים מבדידות כרונית – מאמצים בסיטואציה החברתית, אינם מעודדים מלכתחילה התקרבות בין-אישית. כדי שהמסגרת הקבוצתית אכן תתרום להפגת בדידות לא די בכינוס קבוצה של אנשים יחד, אלא יש לדאוג שבקבוצה יתרחשו תהליכים ויתפתחו קשרים המספקים את הצרכים הפסיכולוגיים והחברתיים של הזקנים. עקרונות הפעולה מבוססים על גישות כלליות של הנחיית קבוצות ועל תהליכים קבוצתיים

⁶⁴ M. Cattani, M. White, J. Bond & A. Learmouth (2005), "Preventing Social Isolation and Loneliness among Older People: a Systematic Review of Health Promotion Interventions", *Ageing and Society*, 25(01), 41-67.

אשר מותאמים לזקנים. מעבר לפעילויות במסגרת הקבוצתית עולה מהספרות שיש לחלק מהזקנים צורך ביצירה מחדש של רשת תמיכה חברתית אשר בכוחה לסייע לאדם להרגיש חיבור לאחרים ולחוש שהם מעריכים אותו. כמו כן, פיתוח הקשרים החברתיים הוא פעמים רבות תוצר לוואי של פעילות משותפת בקבוצה, ולא מטרה בפני עצמה.

אשר לפעילות ביחידות, גם אם ההתמקדות היא בפעילות במסגרת קבוצתית, בספרות מודגשת גם החשיבות של פעילויות שאדם עושה ביחידות, וכמו בפעילות קבוצתית, הדגש הוא על פעילות מהנה, יצירתית ובעלת משמעות עבור האדם, המאפשרת הגשמה עצמית. אנשים שיכולת התנועה שלהם מוגבלת והם סובלים מקשיים פיזיים מפיקים תועלת מהתערבויות שמטרתן להגדיל את מגוון הפעילויות המתגמלות שהם עושים ביחידות. פעילויות אלו עשויות להפחית את התלות שלהם באחרים ולתת להם סיפוק ותחושה של שליטה בחייהם.

במחקר עדכני יותר, שערכה פרופ' יסכה כהן-מנספילד מאוניברסיטת תל אביב, נבדקה מידת האפקטיביות של תוכניות התערבות בכמה מדינות, ובהן ישראל.⁶⁵ נמצא ש-12 תוכניות הצליחו בהפחתת הבדידות ועוד 15 תוכניות עשויות להפחית את הבדידות. על פי הממצאים, אפשר להפחית בדידות של אזרחים ותיקים באמצעות **תוכניות המבוססות על פעילות קבוצתית שהיא הדרכתית-חינוכית באופייה**. מהדוגמאות שצוינו: קבוצת הדרכה לשימוש במחשב, חינוך לקידום בריאות וקבוצות הליכה.

לסיכום, על פי סקירת המחקר, אפשר להפחית את הבדידות בקרב האזרחים הוותיקים, והאמצעי היעיל ביותר לכך הוא **פעילויות קבוצתיות בעלות ערך חינוכי ומשמעותי לאוכלוסייה זו**.

⁶⁵ J. Cohen-Mansfield & R. Perach (2015), Interventions for Alleviating Loneliness among Older Persons: A Critical Review, *American Journal of Health Promotion*, 29(3), 109-125.

מהנעשה בישראל עד כה

בארץ פועלות תוכניות חברתיות רבות לאזרחים ותיקים: מועדונים, מרכזי יום, "אוזן קשבת"⁶⁶ ועוד. אין ספק שלתוכניות אלו יש תרומה חשובה הן בשיפור המצב החברתי של הזקנים והן בניצול שעות הפנאי שלהם, אולם הן אינן מכוונות להתמודד עם בדידות, ולכן אי-אפשר לקבוע אם הן מסייעות בהפגת בדידות של קשישים.

מאמץ מרכזי ומכוון ראשון להפחתה ולמניעה של בדידות נעשה על ידי ג'וינט-אשל בשיתוף משרד הרווחה והקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. בשנת 2012 הוקמה ועדה בין-משרדית בראשותו של סמנכ"ל בכיר במשרד הרווחה מוטי וינטר לשם דיון בנושא גיבוש וגיבשה מסקנות והמלצות.⁶⁷ ההמלצה העיקרית הייתה לפרסם קול קורא להגשת הצעות למניעת בדידות בקרב האזרחים הוותיקים. בנובמבר 2014 פרסמו אשל והמוסד לביטוח לאומי קול קורא, ולפרויקט הוקצה תקציב כולל של 7.6 מיליון שקל לשלוש שנים. התקבלו 114 הצעות, אושרו 13 תוכניות, והפרויקט החל לפעול בסוף שנת 2016. הפרויקט מלווה במחקר הערכה. מסקנות החוקרים הן שההשתתפות בתוכניות הפחיתה במובהק את רמת הבדידות והאינדיקציה לדיכאון של המשתתפים בתוכניות לעומת מי שלא השתתפו בה. עם זאת, צריך להתייחס בזהירות למסקנות מאחר שכמעט כל משתתפי התוכניות היו פעילים חברתית, נשים וגברים שגרים בקהילה ומבקרים במועדונים, מרכזי יום, קהילות תומכות וכו'. על פי דוח ביניים של צוות המחקר מנובמבר 2017, השתתפו בו כ-1,000 אזרחים ותיקים ב-13 התוכניות שאושרו לפעולה.

המשרד לשוויון חברתי מפעיל זה למעלה מעשור את התוכנית "והדרת", הנותנת מענה פרטני וקבוצתי לשם הפגת בדידות אצל אזרחים ותיקים בבתיאם ובמרכזים קהילתיים בפריסה ארצית באמצעות כ-680 בני ובנות שירות לאומי. הפעילות נעשית בבתיאם של 3,500 אזרחים ותיקים, ו-5,000 אזרחים ותיקים משתתפים בפרויקט במרכזים קהילתיים. בתוכנית מתקיימים ביקורים קבועים של המתנדבים אצל האזרחים הוותיקים. היא פועלת במגזר היהודי, במגזר החרדי ובמגזר הערבי, ומופעלת כיום על ידי עמותת מטב.

⁶⁶ "אוזן קשבת" – תוכנית שבה מתנדבים מקיימים קשר טלפוני עם קשישים בודדים כדי להפיג את בדידותם ולסייע להם.

⁶⁷ ד' רותם (2017), דוח הוועדה לבחינת דרכי התמודדות עם בדידות בקרב אנשים זקנים, ירושלים, ג'וינט-אשל.

כמו כן המשרד מפעיל את התוכנית "סטודנטים למען אזרחים ותיקים", שבה סטודנטים מקבלי מלגות מסייעים לאזרחים ותיקים במגוון תחומים, ואת התוכנית "כאן גרים", שבה סטודנטים מתגוררים בבתי אזרחים ותיקים ופועלים למענם.

עמותת מטב מקיימת כמה תוכניות המכוונות להפגת בדידות: "כלבי ליטוף" היא תוכנית שנוסדה ביוזמת ג'וינט-אשל, ובמסגרתה גמלאים ותלמידי תיכון מתנדבים מגיעים עם כלביהם לפעילות משותפת עם דיירים במוסדות. חלק אחר של התוכנית מאפשר לאזרחים ותיקים לגדל בעלי חיים בביתם. מטב רואה גם בעבודת המטפלות המבקרות בביתם של האזרחים הוותיקים דרך קבע תרומה בהפגת הבדידות שלהם.

משרד הרווחה מקיים את התוכנית "יחד" המיועדת להפגת בדידות. בתוכנית מתקיימים ביקורי בית אצל בני 86+ החיים לבדם ואינם זכאים לשירותים לפי חוק הסיעוד או לסיוע הניתן לניצולי שואה.

המלצות הוועדה

משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וארגונים ציבוריים מציעים כיום מגוון רחב של פעילויות בעבור אזרחים ותיקים, וחלקן מתמקדות בהפגת בדידות. ואולם, מידת האפקטיביות של התוכניות עדיין לא ברורה. יש להניח שהמחקר המלווה שעורך מכון ברוקדייל יספק מידע אמין על כך. הוועדה ממליצה לממשלה לאמץ את התוכניות האפקטיביות על פי המחקר, לפעול להפצה רחבה שלהן בכל הארץ כדי שיהיו זמינות לכל האזרחים הוותיקים הסובלים מבדידות ולתקצב תוכניות אלו לפי הצרכים.

סיעוד בקהילה ומוסדות סיעודיים

רקע

אזרחים ותיקים רבים נעשים סיעודיים עם הזדקנותם ונזקקים לסיוע. המדיניות המקובלת היום בעולם, ובכלל זה בישראל, היא שיש לאפשר לאזרחים הוותיקים להמשיך לחיות בביתם ובקהילתם כל עוד הם יכולים וכל עוד הם מעוניינים בכך. הטיפול הסיעודי לאזרח הוותיק בקהילה עדיף הן מבחינה כלכלית והן מבחינת איכות חיו. לפי הערכות, כרבע מהאזרחים הוותיקים סובלים מירידה בתפקוד המחייבת סיוע; רק כ-3% מכלל האזרחים הוותיקים שוהים במוסדות סיעודיים, והיתר חיים בקהילה. הסיוע לאזרח הוותיק הסיעודי בקהילה הוא האמצעי החשוב ביותר שמאפשר מגמה זו. הסיוע ניתן בדרך כלל במשולב בידי בני המשפחה ובידי נותני סיוע ממלכתיים, וולונטריים ופרטיים.

הסיוע הממוסד העיקרי שקבעה ממשלת ישראל מעוגן בחוק הביטוח הלאומי. החוק נועד להשאיר את הזקנים במסגרת הקהילה זמן ממושך ככל האפשר באמצעות טיפול אישי למי מהם הזקוקים לעזרה בתפקוד היום-יומי, ולסייע למשפחות המטפלות בהם. החוק מוגבל משתי בחינות: ראשית, חלק מהאזרחים הוותיקים המוגבלים 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.⁶⁸ על פי הערכת בנק ישראל, בשנת 2015 הסתכמה ההוצאה על שירותי סיעוד בקהילה ב-9.7 מיליארד שקלים – 5.5 מיליארד שקלים על גמלאות סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ו-4.3 מיליארד שקלים הוצאה פרטית של משקי הבית על העסקת עובדים זרים ומטפלים סיעודיים מעבר לזכאות בביטוח הלאומי. בשנת 2017 הגיעה ההוצאה של הביטוח הלאומי על גמלת סיעוד ל-6.3 מיליארד שקל.

שתי סוגיות עיקריות עומדות לדיון. הסוגיה הראשונה נוגעת למדיניות הכוללת של הממשלה: כיצד אפשר להבטיח ביטוח סיעודי לכל אזרח ותיק בדרך שתספק מענה סביר והולם בקהילה לצורכי האזרח הוותיק המוגבל? הסוגיה השנייה קשורה לחוק

⁶⁸ עד סוף שנת 2017 היו ביטוחים קבוצתיים שנעשו על בסיס הסכמים בין מקומות העבודה לבין חברות הביטוח. הסדר זה בוטל ב-1 בינואר 2018, ולמבוטחים הוצעו הסדרים חלופיים שאפשרו למקצתם להצטרף לביטוחים בקופות החולים או בחברות הביטוח.

הסיעוד: כיצד אפשר לתקן את חוק הסיעוד כך שייתן מענה סביר והולם לזכאים? מסמך רקע זה עוסק בשתי הסוגיות בהרחבה, ובעיקר בדרכים הרצויות והאפשרויות לעריכת התיקונים הנדרשים בחוק הסיעוד.

חוק הסיעוד

חוק הסיעוד הוא כאמור פרק י' בחוק הביטוח הלאומי. הוא נחקק בקווים כלליים בשנת 1980 ביוזמת שר העבודה והרווחה דאז ד"ר ישראל כץ ומנכ"ל המוסד לביטוח לאומי רפי רוטר, על רקע הגידול במספר הזקנים והמחסור בשירותים. יוזמי החוק פעלו בשלב הראשון להבטחת הבסיס הכספי ליישום החוק באמצעות חקיקת חוק כללי של ביטוח סיעוד במסגרת חוק הביטוח הלאומי, וגביית דמי הביטוח למטרה זו החלה כבר באפריל 1980.

ב-22 באוגוסט 1980 הקים שר הרווחה ועדה בראשות פרופ' קלמן מן כדי להציע עקרונות לחוק הסיעוד, ובכלל זה השירותים שיינתנו על פי החוק והזכאויות. הוועדה הגישה את מסקנותיה לשר העבודה והרווחה במאי 1983.⁶⁹ החוק נכנס לתוקפו באפריל 1988, לאחר תקופת ניסוי של שנתיים. תחילה נקבע שעל פי החוק יינתן טיפול בית לנשים מגיל 60 ולגברים מגיל 65; אחר כך, עם השינוי בגיל הפרישה, הוא ניתן לנשים מגיל 62 ולגברים מגיל 67.⁷⁰ מספר הזכאים כיום קרוב ל-180,000. בהתחשב בעלייה בתוחלת החיים ובגידול הצפוי במספר האזרחים הוותיקים בעתיד, בעיקר המבוגרים שבהם, אפשר להעריך שמספר הזכאים יוכפל עד לשנת 2035.

עקרונות החוק

לגמלת סיעוד זכאי כל אזרח ותיק המוגבל בפעולות היום-יום שלו ומתגורר בביתו (או בדיר מוגן או בבית אבות). מי שמתגורר במוסד סיעודי אינו זכאי לגמלה, וכן מי שהכנסתו החודשית עולה על 150% מהשכר הממוצע במשק. המשתכרים מעל השכר הממוצע ועד 150% ממנו זכאים למחצית הגמלה.⁷¹

⁶⁹ ק' מן (1983), דין וחשבון הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד, הוגש לשר העבודה והרווחה, ירושלים.
⁷⁰ י" שטסמן (2011), "חוק ביטוח סיעוד במבחן הזמן", בתוך י" יקוביץ' (עורכת), טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותוכניות, ירושלים, גיוינט-אשל.
⁷¹ בשנת 2016 השכר הממוצע ליחיד היה 9,464 שקלים.

בעקרונות החוק נקבע שהוא חוק **קהילתי**, דהיינו, הוא נועד לסייע לזקן המוגבל המתגורר בביתו ובקהילה. עיקרון זה תואם את המדיניות המקובלת בעולם, ובכלל זה במדינת ישראל, שיש לאפשר לאזרח הוותיק להמשיך ולחיות בביתו כל עוד הוא מעוניין בכך ומסוגל לכך (aging in place). לפי העיקרון השני בחוק, להבדיל מהגמלאות האחרות שניתנות באמצעות הביטוח הלאומי, השירות יינתן **כשירות בעין** ולא כשירות בכסף, כלומר השירות יינתן בדרך של אספקה ישירה של השירות ולא במענק כספי, כדי להבטיח שאכן האזרח הוותיק המוגבל יקבל את השירות הנדרש. עיקרון נוסף הוא שהחוק נועד **לסייע למשפחה** לטפל בזקן הזקוק לעזרה במשך רוב שעות היום או כולן בפעולות יום-יומיות בסיסיות. אם כן, החוק לא נועד להחליף את המשפחה בטיפול באזרח הוותיק הזקוק לטיפול; החובה חלה על המשפחה, ושירותי הסיעוד נועדו לסייע לה בתפקידה זה.

לחוק הסיעוד נודעת תרומה של ממש בהשגת היעד של השארת זקנים סיעודיים בביתם, והראיה לכך היא שבישראל רק כ-3% מבני ה-65+ שוהים במוסדות סיעודיים, בעוד ברוב המדינות המפותחות השיעור הוא 10%-5%.

סל השירותים⁷²

תחילה נקבעו שתי רמות זכאות, ובינואר 2007 נקבעו שלוש רמות, ולפיהן נקבע מספר שעות הסיעוד השבועיות: 9.75 שעות, 16 שעות ו-18 שעות. מי שמעסיק עובד ישראלי בשתי הרמות הגבוהות זכאי לתוספת של 3–4 שעות. ניצול שואה יכול לקבל תוספת של 9 שעות לשבוע במימון ועידת התביעות. לאחרונה החליטה הממשלה לשנות את החוק, לקבוע שש רמות זכאות במקום שלוש ולהגדיל את מספר שעות הטיפול ברמות הגבוהות: ברמה 6 – 30 שעות, ברמה 5 – 24 שעות, ברמה 4 – 19 שעות, ברמה 3 – 15 שעות, ברמה 2 שעות – 9.75 שעות וברמה 1 – 1.5 שעות או גמלה כספית. שינוי חשוב בתוכנית זו הוא האפשרות לקבל חלק מסיוע בכסף במקום בעין בכל הרמות.

נוסף על הטיפול בית, **סל השירותים** שבחוק מאפשר מימון שהות במרכז יום ורכישת מוצרי ספיגה, משדרי מצוקה ושירותי כביסה על ידי קיזוז שעות מגמלת הסיעוד. בספטמבר 2016 התווסף לסל השירותים של גמלת הסיעוד, באופן ניסיוני, שירות **קהילה תומכת**, המופעל בכמה רשויות מקומיות (חולון, כפר סבא, נצרת ורמלה) ובמסגרתו ניתנים שירותי השגחה בבית, ניקיון וקניות, ובכלל זה קניית תרופות.

⁷² רוב הנתונים נלקחו מתוך: המוסד לביטוח לאומי, דוח שנתי 2016.

להשגחה ולקניית אחראים אב בית ומרכזת קהילה המועסקים בעמותה או בחברה פרטית.

הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על סמך **מבחן תלות** להערכת מידת הנזקקות לסיוע של הזולת בביצוע פעולות היום-יום הבסיסיות: רחצה, הלבשה, ניידות – תנועה בבית והימנעות מנפילות, שליטה בסוגרים ואכילה, ובכללה היכולת לחמם מזון ומשקה (ADL). מבחן התלות מעריך גם את הצורך בהשגחה בשל פגיעה ביכולת הקוגניטיבית, הידרדרות בבריאות הנפשית או מצב פיזי. את מבחן התלות בעזרת הזולת עושים מעריכים מקצועיים – אחיות, מרפאות בעיסוק ופיזיותרפיסטיות המקבלות הכשרה מתאימה. מי שמלאו לו 90 שנים יכול להיבדק במבחן התלות אצל רופא מומחה בגריאטריה במסגרת עבודתו הציבורית, במרפאתו או בבית התובע.

בחוק הסיעוד נקבע כי שר הרווחה ימנה **ועדות מקומיות** מקצועיות לענייני סיעוד שתפקידן לקבוע אילו שירותי סיעוד שיש לספק לזכאי, לקבוע מי יספק את השירותים ולוודא שהם יסופקו. חברי הוועדות המקומיות הם עובדים סוציאליים מטעם המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית, אחות משירותי בריאות כללית ונציג המוסד לביטוח לאומי. עובד סוציאלי מהמחלקה לשירותים חברתיים אמור לרכז את עבודת הוועדה ולפקח מטעמה על מתן שירותי הסיעוד.

נותני השירות

את השירותים המסופקים על פי החוק יכולים לתת עמותות שלא למטרות רווח או חברות פרטיות שזכו במכרז רשמי של הביטוח הלאומי. גמלת הסיעוד של הקשיש הסיעודי מועברת מהמוסד לביטוח לאומי אל החברות והעמותות. עם חקיקתו של החוק היה בארץ רק ארגון אחד שנתן טיפולי בית, עמותת מטב. מאחר שהתעורר חשש שיהיו יותר זכאים מנותני שירות, השוק נפתח לגורמים נוספים, וכך נכנסו לתחום חברות פרטיות ועמותות למען הזקן ביישובים שונים. את שירותי הטיפול הביתי מספקים כיום 116 נותני שירותים – 69 חברות פרטיות ו-47 מלכ"רים ועמותות, המעסיקים כ-80,000 מטפלות ישראליות וכ-37,000 מטפלות זרות.

לשכות פרטיות לסיעוד – תאגידים להבאת עובדים זרים

לשכות פרטיות להבאת עובדים זרים בסיעוד אשר קיבלו רישיון לכך מטעם רשות ההגירה והאוכלוסין אחראיות להבאת העובדים מחו"ל, לרישומם ברשות ההגירה והאוכלוסין, להבטחת שלומם ולהחלפתם כאשר הם מסיימים את עבודתם בארץ או במקרה של אי-התאמה בין העובד למטופל.

תעריפים

התעריף שהמוסד לביטוח לאומי שילם לנותני השירותים בעבור שעת טיפול באפריל 2018 היה 53.79 שקלים לשעה למלכ"ר ו-59.50 לשעה לחברה בע"מ. השכר שניתן למטפלות הוא שכר המינימום בתוספת 4% בממוצע. נוסף על כך הן זכאיות לדמי הבראה, דמי מחלה, דמי חופשה, החזר נסיעות, מתנות חג וכן כיסוי עלויות הכשרה, ביקורי בית ועוד.⁷³

הזכאים

בראשית שנת 2018 היו כ-170,000 זכאים לשירותי סיעוד על פי החוק, שהם 17.5% מכלל האזרחים הוותיקים בגילים אלו. לפני כניסת החוק לתוקף נאמד מספר הזכאים ב-10,000, אך כבר בשנת 1989 הגיע מספרם ל-21,400 (5.3% מכלל בני ה-65+). מאז עלה מספר הזכאים בשיעור של כ-4% בשנה. בשנת 2016 עלה מספר הזכאים ב-2.4% לעומת שנת 2015, בעוד מספר הקשישים עלה ב-4.2%. מספר הזכאים ילך ויגדל בעתיד.

שני שלישים מהזכאים הם מעל גיל 80, 70% מהם נשים, כמחציתם חיים לבד ורבע מהם עולים שעלו לאחר שנת 1989.

בשנת 2016 הסתכמו גמלאות הסיעוד ב-5.8 מיליון שקלים. נוסף על כך משקי הבית בישראל מוציאים כ-2.6 מיליארד שקלים על העסקת עובדים זרים בסיעוד.

אתגרים

סוגיית הסיעוד עלתה לאחרונה על סדר-היום הציבורי פעמים אחדות. הדבר בא לידי ביטוי בפרסום של מחקרים, בהצעות חוק, בדוחות של מבקר המדינה ובדיונים ציבוריים. זו ללא ספק אחת הסוגיות החשובות בחברה הישראלית, ויש לדון בה ולהכריע בה בהקדם, שכן אוכלוסיית היעד חיה במצבי תפקוד קשים ביותר, היקפה מגיע כבר כיום לכ-170,000 איש, והיא תלך ותגדל במידה ניכרת בשנים הבאות. המענה הממלכתי על אתגר הסיעוד ניתן כאמור במסגרת חוק הסיעוד, ולכן עיקר הדיון ייסב על החוק זה.

במהלך השנים עלו על סדר-היום כמה סוגיות עקרוניות ופרקטיות, הן מצד נותני השירות והן מצד הזכאים ובני משפחותיהם. להלן הסוגיות העיקריות:

⁷³ חוזר המוסד לביטוח לאומי, אגף הסיעוד, 14 בדצמבר 2017 (אגרת 353).

1. צרכים מול מענים – 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. מענה חלקי לאתגר זה ניתן באמצעות הביטוחים הקבוצתיים של קופות החולים והביטוחים הפרטיים, אולם כמחצית האוכלוסייה אינה מבוטחת בביטוח סיעודי בקופות החולים, וכ-3.5 מיליון אזרחים אינם מבוטחים בביטוח סיעודי כלשהו מעבר לביטוח הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי.⁷⁴ הבעיה השנייה נוגעת למספר שעות הטיפול, שגם עם ההרחבה החדשה לא די בו למי שזקוקים לסיוע ברוב פעולות היום-יום שלהם. ביטוחים פרטיים מסייעים בהעסקת עובד סיעוד, אולם גם פתרון זה הוא חלקי, שכן בשל העלות הגבוהה של העסקת עובד זר – כ-8,500 שקל לחודש – חלק ניכר מהאוכלוסייה אינו יכול לעמוד בהוצאה הזאת. לפיכך, השאלה העיקרית הנשאלת היא כיצד אפשר להבטיח ביטוח סיעודי הולם לכל האוכלוסייה.

2. שירות בעין או שירות בכסף – סוגיה זו נדונה בהרחבה בוועדת מן, אולם לבסוף ועדת העבודה והרווחה של הכנסת קבעה שקשישים נזקקים יקבלו שירות בעין. מאוקטובר 2015 מקבלי גמלה בשתי הרמות העליונות יכולים לקבל את גמלת הסיעוד בכסף, ובלבד שיש להם מטפל צמוד לפחות שישה ימים בשבוע, 12 שעות ביממה. תיקון החוק נועד בעיקר לאפשר העסקת עובד זר ישירות אצל הזקן ומשפחתו ולא באמצעות חברת סיעוד. בשנת 2016 בחרו באפשרות הזאת 2,529 מתוך 38,507 זכאים שהדבר התאפשר להם – 6.6%.⁷⁵

המצדדים במתן שירות בכסף סבורים שלקשיש ולמשפחתו יש זכות לבחור בעצמם את השירותים שיקבלו. המתנגדים לכך חוששים שלא ייעשה שימוש ראוי בכסף, והדבר יגדיל את הנטל הכלכלי המוטל על הזקן ומשפחתו והם יהפכו למעסיקים של המטפלות. נוסף על כך, לטענת המתנגדים, אם תינתן גמלה בכסף לא ייעשה פיקוח בסיסי ולא תהיה בקרה כלשהי על מצבו של הקשיש. התיקון שנעשה בחוק (והיה אמור להיכנס לתוקף בנובמבר 2018) מאפשר למעשה קבלת גמלה בכסף בכל הרמות, אך בהיקף מצומצם של עד שליש מגובה הגמלה. שינוי זה של אחד מעקרונות היסוד של החוק עורר ויכוח ציבורי והתנגדות רבה של הגורמים המקצועיים. מאחר

⁷⁴ מ' ארלוזורוב, "ביטוח סיעודי ממלכתי הוא עסק יקר", דה מרקר, 1.11.17.

⁷⁵ תיקון מס' 147 לחוק הביטוח הלאומי, שהתקבל בתשע"ג-2013.

שהתיקון שנעשה לאחרונה עדיין לא נבחן, ראוי לערוך מחקר יסודי ולבחון את השפעת השינוי על הטיפול באזרחים הוותיקים הסיעודיים.

3. פיקוח ובקרה – מלכתחילה האחריות לפיקוח ובקרה נחלקה בין כמה גורמים: חברות הסיעוד, קופות החולים, משרד הרווחה באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות והמוסד לביטוח לאומי. על פי ההסכמים שנחתמו בשנים הראשונות ליישום החוק עם קופות החולים ומשרד הרווחה, קיבלו עליהם אלו לקיים ביקורי בית ולפקח על המטפלות, והמוסד לביטוח לאומי העביר אליהם את התקציבים לכיסוי הוצאות הפיקוח. לאחרונה, בתיאום בין הביטוח הלאומי למשרד הרווחה, בוטלה אחריותם של העובדים הסוציאליים ברשויות המקומיות לפיקוח השוטף על מצב הקשישים ועל תפקוד נותני השירותים. מצטיירת תמונה של העברת האחריות מארגון אחד למשנהו, והדבר פוגע ברמת הפיקוח ועלול לגרום נזק למטופלים. מתעוררות כמה שאלות: האם אפשר לתת לחברות הסיעוד לפקח על עצמן? האם זה תפקידן של קופות החולים? שמא זה עדיין תפקידו של הרגולטור, דהיינו המוסד לביטוח לאומי?

4. שעות הטיפול – מספר שעות הטיפול השבועיות היה עד 2018 בין 9.75 ל-31 (המספר המרבי הוקצה למי שהעסיק מטפל ישראלי והוא גם ניצול שואה). הגמלה לפי חוק הסיעוד נועדה לסייע לאזרח ותיק 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. הדרישה החוזרת ונשנית כל השנים היא להגדיל את מספר שעות הטיפול. על פי התיקון שנעשה בחוק אכן גדל מספר שעות הטיפול ברמות הסיוע הגבוהות עד ל-39 שעות (כאמור, למי שמעסיק מטפל ישראלי והוא ניצול שואה), אך לא די בכך. לפיכך, כיום חלק מהמשפחות רוכשות ביטוח סיעודי נוסף באמצעות קופות החולים וחברות הביטוח, והדבר מגדיל את הנטל על המשפחות. השאלה היא אם אין מקום להבטיח בחוק טיפול סיעודי לכל נזקק, כפי שהדבר נעשה בכל תחום של ביטוח בריאות.

5. בדיקת יכולת התפקוד – שירותי הסיעוד לפי החוק ניתנים כאמור למי שזקוק לעזרת הזולת בפעולות היום-יום: רחצה, הלבשה, אכילה, נידות ושליטה בסוגרים. כדי לקבוע אם אדם זכאי נעשית בדיקת על ידי אחות או פיזיותרפיסט. על בדיקה זו נמתחת שנים רבות ביקורת קשה ונטען שהיא גורמת לנבדקים השפלה. המוסד לביטוח לאומי ניסה לפשט את הבדיקה בדרכים שונות, לפטור מהבדיקה קשישים

מגיל מסוים, לאפשר אישור של רופא גריאטרי וכדומה, אך לא נמצא פתרון ראוי לבעיה.

6. המטפלות – הטיפול הסיעודי לאזרחים הוותיקים ניתן בידי מטפלות בית ועובדי סיעוד זרים. כיום יש כ-80,000 מטפלות בית ישראליות. הטיפול בזקנים סיעודיים בביתם הוא תפקיד בעל מעמד נמוך; תנאי העבודה של המטפלות קשים ושכרן נמוך – הן עובדות בשכר מינימום שעתי ואינן מקבלות תשלום על זמן המעבר ממטופל אחד לאחר. מטפלת סיעוד עובדת 82 שעות בחודש בממוצע. יותר ממחצית המטפלות הן בנות 50 ומעלה וכרבע הן בנות 60 ומעלה. יש קושי בגיוס כוח אדם ראוי לתפקיד הזה. כבר כיום יש מחסור במטפלות, ולפי הערכות בעוד 20 שנה הביקוש למטפלות יהיה כפול והקושי בגיוס יהיה חמור הרבה יותר. כדי להתגבר על בעיה זו צריך לנקוט מאמץ מיוחד לחיזוק המעמד והדימוי של המקצוע, להעלות את שכר המטפלות ולשפר את תנאי עבודתן. המחסור במטפלות גורם לכך שצורכי הקשישים אינם נענים במלואם.

7. עובדים זרים – זקנים סיעודיים רבים זקוקים לשעות טיפול רבות, ובכלל זה השגחה בלילה. מטפלות ישראליות אינן מוכנות לעבוד כך, לכן התפתח השוק של **העובדים הזרים** בסיעוד. הדבר מעלה שאלות כלכליות וחברתיות. בין השאר, העסקת עובד זר אפשרית רק למשפחות שיכולות להוציא סכום של כ-8,500 שקל בחודש, ולכן היא חסומה בפני מעוטי היכולת. עם המשך העלייה בתוחלת החיים והעלייה במספר הזקנים יעלה הצורך בכוח אדם סיעודי. היתרון העיקרי בהעסקת העובדים הזרים הוא שהם מתגוררים בדרך כלל בביתו של המטופל וצמודים אליו בכל שעות היממה, שישה ימים בשבוע. עקב המצב הקיים, לא יהיה מנוס מהרחבת הגיוס של עובדים זרים. גם כיום הביקוש רב מההיצע, ויש מחסור מובנה בעובדים זרים בסיעוד.

8. עובדים מקצועיים – כיום מופקדים על הבקרה והפיקוח על מצב הקשישים ועל עבודת המטפלים כ-1,200 עובדים מקצועיים (עובדות סוציאליות, אחיות, גרונטולוגיות ורופאות). חלקם פועלים במסגרת נותני השירותים וחלקם היו עד כה עובדי המחלקות לשירותים חברתיים. לאחרונה הוחלט להעביר את האחריות למוסד לביטוח לאומי. יש מחסור חמור בכל אחד מהמקצועות הללו, הן ברפואה הכללית והן בתחום הסיעוד.

9. סלקטיביות או אוניברסליות – מתן השירותים על פי חוק הסיעוד מבוסס כאמור על מבחן הכנסות. הסדר זה שנוי במחלוקת. הטענה העיקרית מצד התומכים בהסדר אוניברסלי היא שמדובר בהסדר ביטוחי, ולכן כל מי ששילם את דמי הביטוח הלאומי

בשנות עבודתו אמור להיות זכאי לשירותים, כלומר, המבחן היחיד צריך להיות מבחן התפקוד, יהיה אשר יהיה מצבו הכלכלי של הזכאי. מנגד עומדת הטענה שבעלי היכולת יכולים לממן את שירותי הסיעוד מהכנסותיהם, והנטל לא צריך ליפול על מוסדות המדינה, משמע, שירותי הסיעוד הממלכתיים אינם מיועדים לבעלי היכולת, המשתכרים יותר מפי 1.5 מהשכר הממוצע במשק.

10. מרכזי היום – חוק הסיעוד מאפשר ביקור במרכז יום במסגרת סל השירותים שנקבע בחוק. ביקור של שש שעות במרכז יום, ובכלל זה הסעות, ארוחות, פעילות חברתית, פיזיותרפיה ועוד, מחליף שעותיים של טיפול ביתי ברמות הגמלה הנמוכות ושעותיים ושלושת רבעי שעה של טיפול בית ברמות הגבוהות. הביקור במרכז יום נראה אפשרות טובה ומשתלמת, ולמרות זאת רק שיעור קטן מאוד מזכאי חוק סיעוד הולכים למרכז יום – רק 7.2% מכלל הזכאים בשנת 2017 ביקרו במרכזי היום (12,270 מתוך 18,800 המבקרים במרכזים הם זכאי חוק סיעוד). במרכזים רבים התפוסה נמוכה מאוד, כלומר אין מחסור במקומות. אחת הבעיות היא שהמרכזים פתוחים בדרך כלל בשעות 08.00–14.00. חלק מהזקנים הסיעודיים זקוקים למסגרת יומית ארוכה יותר, ובלעדיה נטל הטיפול בהם בשעות אחר הצהריים נופל על כתפי בני משפחתם. נוסף על כך, מנהלי מרכזי היום טוענים שהתקצוב של המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה אינו מכסה את ההוצאה בפועל. יש לציין שלאחרונה משרד הרווחה מתכנן לשנות את מתכונת הפעילות במרכזי יום, ואפשר ששינויים אלו יפתרו את הבעיות.

11. דוח מבקר המדינה

באוקטובר 2017 פרסם מבקר המדינה דוח מיוחד על הטיפול של המדינה בקשישים סיעודיים הגרים בביתם.⁷⁶ המבקר ציין שהדוח מצביע על "ליקויים רבים וחמורים באיכות הטיפול הביתי הניתן לכ-165,000 קשישים – ליקויים המגיעים לעיתים עד כדי הזנחה". הליקויים העיקריים שציין המבקר:

א. אין פיקוח ובקרה על המטפלות – נמצאו ליקויים חמורים בפיקוח של הביטוח הלאומי ומשרד הרווחה על עבודת המטפלות, והדבר משפיע ישירות על איכות הטיפול שלהן וגורם לפגיעה בזקנים סיעודיים ולהזנחתם. המוסד לביטוח לאומי אינו מפקח על עבודתן ישירות, אף שהוא הרגולטור, והוא הפקיד את המשימה בידי קופות החולים, שירותי הרווחה וחברות הסיעוד.

⁷⁶ מבקר המדינה (אוקטובר 2017), דוח ביקורת מיוחד – טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם.

גם בנק ישראל התריע על בעיית הפיקוח וציין שהפיקוח והבקרה על איכות הטיפול הסיעודי הוא מהנמוכים במדינות ה-OECD.⁷⁷

ב. אין הכשרה למטפלות – יותר מ-50% משעות הטיפול הביתי שקיבלו הקשישים הסיעודיים ברמות התלות הגבוהות ניתנו על ידי מטפלות שלא קיבלו הכשרה.

ג. הנטל על המשפחות – המבקר ציין שרשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים הסיעודיים, ולמעשה זנחו אותם והותירו אותם להתמודד לבדם עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים סיעודיים בביתם.

ד. ליקויים במרכזי היום – מספר זכאי חוק סיעוד המבקרים במרכזי היום קטן (7.2%), אף שהשירות בעל ערך טיפולי, בריאותי וחברתי רב ביותר.

ה. אין היערכות לעתיד – בשנת 2035 מספר האזרחים הוותיקים במדינה יהיה כפול ממספרם היום, ואפשר להניח שמספר זכאי חוק סיעוד יעלה באותו שיעור לפחות. אם לא יתוקנו כל הליקויים, יש סכנה שגם הם יוכפלו. הדבר מחייב היערכות לעתיד בכל המובנים – כוח אדם, תקציב, פיקוח ועוד. כל אלה לא נעשו עד כה.

ביטוח סיעוד פרטי

נוסף על ביטוח הסיעוד הממלכתי, שבאחריות המוסד לביטוח לאומי, התפתחו בישראל עם השנים שני סוגים של **ביטוח סיעוד פרטי**:⁷⁸

❖ **ביטוח מסחרי לפרטים** מטעם חברות הביטוח. הביטוח הוא אישי, וחברות הביטוח הן שקובעות את סכום הפרמיה, ואת היקף השירות.

❖ **ביטוח של קופות החולים**. הביטוח הוא קבוצתי, בעבור חברי הקופות. שתי קופות חולים מבטחות את חבריהן באמצעות חברות ביטוח מסחריות ושתי קופות חולים מבטחות את חבריהן בעצמן. הפוליסה אחידה לכל המבוטחים בקבוצת גיל מסוימת. בשנת 2015 היה ל-48% מהאוכלוסייה ביטוח סיעוד קבוצתי של קופות החולים.

⁷⁷ ג"כ קובץ, ת"ר ניסקה ומ"ה רוזן (2018), הביטוח הסיעודי בישראל, בנק ישראל, חטיבת המחקר.
⁷⁸ עד סוף שנת 2017 היו ביטוחים קבוצתיים שנעשו על בסיס הסכמים בין מקומות העבודה לבין חברות הביטוח. הסדר זה בוטל ב-1 בינואר 2018 ולמבוטחים הוצעו הסדרים חלופיים שאפשרו למקצתם להצטרף לביטוחים בקופות החולים או בחברות הביטוח.

העובדה שחלק גדול מהאוכלוסייה נזקק לביטוח פרטי נוסף על ביטוח הסיעוד שהמדינה מספקת מעידה שאין בחוק הסיעוד מענה הולם על הצרכים האמיתיים של הנזקקים לביטוח זה: חלק גדול מהאוכלוסייה אינו מכוסה בביטוח הסיעוד הכללי, ונוסף על כך מכסת שעות הטיפול אינה מספיקה למילוי הצרכים. זו הסיבה להעסקה הנרחבת של עובדים זרים בסיעוד במשך השנים. משקי הבית בישראל מוציאים כ- 2.6 מיליארד שקלים בשנה על העסקת עובדים זרים לטיפול בכ-44,000 אזרחים ותיקים.⁷⁹ הסדר זה משמש אזרחים ותיקים שאינם זכאים לסיוע לפי חוק סיעוד משום שהכנסתם גבוהה מהרף שנקבע לזכאות, וכן מאפשר השלמת סיוע למי שזכאים לפי חוק הסיעוד אך זקוקים לטיפול נוסף. החיסרון בהסדר זה הוא שבגין עלותו הגבוהה הוא אינו רלוונטי לרבים מהאוכלוסייה.

כדי לתת מענה הולם על הצרכים העתידיים יש לפעול לשינוי במדיניות הסיעוד ולהבטיח שכל האוכלוסייה תהיה מכוסה בביטוח ממלכתי, וכן שיינתנו במסגרת שעות סיעוד בהיקף סביר. לפיכך, השאלה העולה היא אם להרחיב את המחויבות הממשלתית או להרחיב את מחויבות הפרט והמשפחה.

לטענת פרופ' צ'רניחובסקי ועמיתיו, העוסקים בשאלה זו במחקרם, רכישת ביטוחים פרטיים לא הביאה לפתרון הבעיה ברוב המדינות המפותחות, וביטוחים קבוצתיים כגון אלו של קופות החולים אינם מתאימים למעוטי הכנסה. יתרה מזו, רכישת ביטוחים אינה פותרת, כמובן, את בעיית הגידול הצפוי בצרכים ובביקוש לטיפול סיעודי לנוכח הזדקנות האוכלוסייה. החוקרים מציעים לקבוע **סל בסיסי אוניברסלי לטיפול סיעודי**, להמיר חלק מהביטוחים הפרטיים בביטוח ממלכתי ולהפוך את הביטוחים הקבוצתיים הנמכרים על ידי קופות החולים לביטוחים משלימים לביטוח הממלכתי. אחד הכיוונים המעשיים שהם מציעים הוא העלאת גיל הפרישה, צעד שיחסוך מיליארדי שקלים לקופת המדינה; סכומים אלו יוכלו לשמש למימון הביטוח הסיעודי.⁸⁰

הצעה דומה הציע בנק ישראל: הביטוח הסיעודי שבמסגרת חוק הסיעוד יישאר כפי שהוא, והביטוח הפרטי בקופות החולים יחול על כלל האוכלוסייה, במימון המדינה. כך, מי שאינם מבוטחים יבוטחו בהסדר שהיום הוא פרטי ולא יצטרכו לרכוש ביטוח

⁷⁹ ד' צ'רניחובסקי, א' קפלן, א' רגב, ו' שטסמן (2017), טיפול סיעודי בישראל: סוגיות ארגון ומימון, נייר מדיניות מס' 01.2017, מכון טאוב, ירושלים.

⁸⁰ שם.

בעצמם. מובן שמי שירצו לרכוש ביטוח סיעודי פרטי ישירות מחברות הביטוח יוכלו לעשות כן.

ברוב המדינות המפותחות שיש בהן ביטוח סיעודי מונהגת חובת ביטוח סיעודי ממלכתי עם כיסוי אוניברסלי. השוואת המצב בארץ לנעשה במדינות אלו מלמדת שהמאפיין הבולט של מימון הטיפול הסיעודי בישראל הוא חלקה הגדול של ההוצאה הפרטית במימון: שיעור המימון הפרטי בישראל הוא כמעט פי שלושה משיעור זה במדינות ה-OECD.⁸¹

המלצות הוועדה

❖ לחוקק חוק ביטוח סיעוד ממלכתי אשר יבטיח ביטוח סיעודי לכל אזרח. הביטוח הסיעודי הקיים במסגרת חוק הסיעוד יישאר כפי שהוא, אך יינתן לכלל האוכלוסייה. הביטוח הסיעודי בקופות החולים יינתן לכלל האוכלוסייה, במימון המדינה.

הסבר: כיום גמלת הסיעוד אינה ניתנת לכל מי שזכאים לסיוע בגין מצבם התפקודי אלא תלויה במבחן הכנסות, וכך רבים אינם מקבלים סיוע מטעם המדינה. השינוי המוצע יבטל את מבחן ההכנסות, והזכאות תהיה אוניברסלית. מאחר שהביטוח הממלכתי אינו מכסה את כל הצרכים, ומאחר שחלק ניכר מהאוכלוסייה אינם מבוטחים בביטוח סיעודי בקופת החולים, יינתן ביטוח סיעודי לכל האוכלוסייה במסגרת קופות החולים, בתנאים הקיימים כיום.

❖ לקיים פיקוח ובקרה הולמים, שיבטיחו טיפול מקצועי ראוי. המוסד לביטוח לאומי יקבל עליו את האחריות לפיקוח.

הסבר: כיום יש ליקויים רבים בפיקוח על עבודת המטפלות, וכל המאמצים שנעשו עד כה בנושא לא צלחו, כפי שציינו מבקר המדינה ובנק ישראל. אפשר לטפל בליקויים על ידי הקמת אגף פיקוח במוסד לביטוח לאומי, שיפקח ישירות על עבודת המטפלות ונותני השירות האחרים. אם יאוחדו כל השירותים לאזרחים

⁸¹ שם.

הוותיקים תחת קורת גג אחת, יהיה אפשר לאחד גם את כל יחידות הפיקוח ליחידה ארגונית אחת.

❖ להגדיל בהדרגה את שיעור המטפלות שקיבלו הכשרה מתאימה לעבודתן כדי שבעתיד רק מטפלות בוגרות קורס הכשרה יוכלו לטפל באזרחים ותיקים סיעודיים.

הסבר: כיום החובה היא של-30% מהמטפלות תהיינה בעלות הכשרה. בפועל גם חובה זו אינה מתמלאת, והתוצאה היא טיפול לא ראוי ואף פגיעה בתפקוד של הנזקקים. יש לוודא שלכל מטפלת תהיה הכשרה מתאימה. מהלך זה יש לבצע בהדרגה בתוך שנים אחדות.

❖ לחזק את מעמדן של **המטפלות** על ידי מיסוד מקצוע המטפלת, שיפור הדימוי של המקצוע, העלאת שכר המטפלות, שיפור תנאי עבודתן ופתיחת חסמים, ובכלל זה ביטול הדיסרגרד וחתימת הסכם קיבוצי עימן בשיתוף ההסתדרות והמוסד לביטוח לאומי.

הסבר: המטפלות מבצעות מטלות קשות בתנאי עבודה קשים ובשכר נמוך. שיפור המעמד של המקצוע, העלאת השכר ושיפור תנאי העבודה יאפשרו למשוך עובדים נוספים למערכת ויעודדו עובדים להתמיד בתפקיד. אחת הדרכים להעלאת השכר היא ביטול הדיסרגרד למטפלות המקבלות השלמת הכנסה. כמו כן, כיום המטפלות אינן מקבלות שכר בעבור זמן המעבר ממטופל למטופל, ומעבר לשכר חודשי יפתור בעיה זו.

❖ לקיים בשנים הקרובות **מחקר** רציף על אופן הניצול של הגמלה הכספית הניתנת לפי חוק הסיעוד.

הסבר: התיקון בחוק מאפשר לקבל ברמה הראשונה את כל 5.5 השעות בכסף, וברמות התלות האחרות (2-6) – עד שליש מגמלת הסיעוד, לאחר אישור עובד מקצועי; עד אז אפשר לקבל בכסף באופן מיידי את הערך של 4 שעות הטיפול הראשונות. מחקר בתחום יאפשר לעמוד על השפעת התיקון בחוק. אחד החששות הוא שהכסף ינוצל למטרות שונות ולא דווקא לטיפול אישי בזקן הסיעודי. חשש נוסף נוגע לכך שהמשפחות שמקבלות חלק מהגמלה בכסף נדרשות לשכור בעצמן

שירותי טיפול, קרי הופכות למעסיק על כל המשתמע מכך, והדבר מגדיל את המעמסה המוטלת עליהן. כדי לעמוד על השפעת התיקון בחוק יש לקיים מחקר שוטף.

❖ להקל על **משפחות** המטפלות בזקנים סיעודיים בביתם ולסייע להן על ידי פיתוח תוכנית סיוע שתכלול מתן ידע ומידע, הדרכה, קבוצות תמיכה והתאמה של חוקי העבודה. כמו כן יש לשחרר את המשפחות המעסיקות מטפלות ישירות מהמעמסה הנובעת מהעסקה ישירה של עובד.

הסבר: למרות כל אמצעי הסיוע, עדיין מוטל על המשפחות המטפלות עול כבד – פיזי, נפשי וכלכלי. משפחות אשר שוכרות מטפלות שלא באמצעות חברות ועמותות, בעיקר עובדות זרות, הן המעסיקות הישירות של המטפלות. הדבר מטיל עליהן מעמסה כבדה, ויש לפתח מנגנונים מתאימים שיפטרו את המשפחות מהביורוקרטיה הכרוכה בהעסקה הישירה. גם אם יורחב מערך הסיוע המשפחה עדיין תישא בעול הטיפול בזקן הסיעודי בבית. לפיכך, יש לפתח למען מערכות סיוע ותמיכה. יש לשקול מתן סיוע כספי ותמיכה חברתית ונפשית. חשוב לציין שגם אם יופעל כל מערך הסיוע המוצע להלן, עדיין יישאר על המשפחה נטל ההעסקה של עובד זר אם תקבל את הגמלה בכסף.

❖ לפעול לחיזוק מעמדם ולשיפור מצבם הכספי של **מרכזי היום** על ידי נקיטת פעולות ממוקדות להשגת תפוסה מלאה במרכזים, ולהבטיח תעריף ריאלי מטעם משרד הרווחה והביטוח הלאומי. יש לפטור את המבקרים מהשתתפות בתשלום בעבור ההסעות ולכלול את ההוצאה בתעריף הרשמי שהמשרדים משלמים.

הסבר: משרד הרווחה והמוסד לביטוח לאומי הם שקובעים את תעריף הפעלת מרכזי היום. התעריף הקיים אינו מכסה את הוצאות ההפעלה, ויש להעלות אותו ולהתאימו להוצאות בפועל. את בעיית התפוסה החסרה בחלק מהמרכזים אפשר לפתור בין השאר באמצעות ביטול חובת ההשתתפות העצמית של המבקרים בסכום של 18 ש"ח ליום בעלות ההסעות, שכן חלק מהאזרחים הוותיקים אינם יכולים לעמוד בתשלום ולכן נמנעים מלבקר במרכזי היום.

❖ להגדיר את הטיפול הסיעודי באזרחים ותיקים **כעבודה מועדפת** לחיילים משוחררים ולשנות את התקנות בהתאם לכך; לאפשר למתנדבי **השירות הלאומי-אזרחי** לטפל באזרחים ותיקים הזקוקים לסיוע לפי חוק הסיעוד.

הסבר: המחסור במטפלים ניכר כבר היום, והוא יחמיר בשנים הבאות. יש לעשות מאמץ מיוחד להגדיל את מאגר המטפלות ואת היקף עבודתן, ועם זאת יש לחפש מקורות כוח אדם נוספים, למשל הכללת העיסוק בסיעוד בתקנות בדבר עבודה מועדפת לחיילים משוחררים. מי שיבחרו במסלול זה יקבלו מענק מיוחד לפי היקף שעות העבודה בתפקיד. מאגר כוח אדם פוטנציאלי נוסף הוא מתנדבי ומתנדבות השירות הלאומי-אזרחי.

❖ לקדם הליכי חקיקה והסדרים בילטרליים לעניין הבאה חוקית של **עובדים זרים** וצמצום הוצאות התיווך בתהליך. להרחיב את הפיקוח על תאגידי העובדים הזרים.

הסבר: לשלבים שונים בתהליך הבאת העובדים ארצה יש עלויות בלתי סבירות. יש למצוא דרכים לשינוי נרחב בתחום זה; הדבר אפשרי באמצעות קיום הסכמים בילטרליים בין מדינת ישראל והמדינות שמהם מגיעים העובדים הזרים.

מוסדות סיעודיים

המדיניות המקובלת במדינת ישראל היא שיש לאפשר לאזרח הוותיק להמשיך ולגור בביתו ובקהילתו כל זמן שהוא יכול לעשות כן ומעוניין בכך, גם כאשר מצבו התפקודי והבריאותי מידרדר. מדיניות זו ממומשת הלכה למעשה, ולראיה, רק 3.2% מבני ה-65+ מאושפזים במוסדות סיעודיים, בעוד בכל המדינות המפותחות שיעור השוהים במוסדות גבוה הרבה יותר. עם זאת, במצבים מסוימים אין מנוס מאשפוז אזרחים ותיקים. בדרך כלל מדובר באנשים שהמצב התפקודי שלהם קשה במיוחד, שמצבם הבריאותי ירוד או שאין להם תמיכה משפחתית מספקת.

האחריות לאשפוז מוסדי של אזרחים ותיקים נחלקת בין משרד הרווחה לבין משרד הבריאות. משרד הרווחה אחראי לאזרחים ותיקים תשושים, דהיינו מי שזקוקים להשגחה ולטיפול חלקיים. בשנת 2012 היו 8,128 מיטות לתשושים ב-167 מוסדות

92) מהם מוסדות משולבים, שבהם גם מחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש). מימון החזקתם של תשושים במוסדות נחלק בין משרד הרווחה לרשויות המקומיות, והפיקוח על המוסדות הוא באחריות המשרד.

בינואר 2016 היו בארץ כ-290 מוסדות לטיפול ממושך בפיקוח משרד הבריאות המיועדים לאשפוז סיעודי (לא כולל המוסדות שבפיקוח משרד הרווחה). כ-170 מהם (57%) היו בבעלות פרטית, כ-115 מהם (39%) – בבעלות של ארגון וולונטרי וכ-10 מהם (4%) – בבעלות ממשלתית. מספר המיטות במוסדות אלו היה 20,914, ומהן כ-16,750 מיטות (80%) יועדו לאזרחים ותיקים סיעודיים וכ-4,160 מיטות (20%) יועדו לאזרחים ותיקים תשושי נפש. נוסף על כך, בשנת 2015 היו 1,520 אזרחים ותיקים ששהו במוסדות במצב שהוגדר "סיעודי מורכב", בפיקוח משרד הבריאות ובמימון קופות החולים. בסך הכול, בשנת 2016 היו בארץ 22 מיטות לכל בני ה-65+ (51 מיטות לכל בני ה-75+).

אתגרים

באוקטובר 2011 פרסם משרד הבריאות דוח של הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010–2020 ול-2020–2030 (דוח שטסמן). ממסקנות הדוח:

עד שנת 2020, בכדי לשמור על שיעור המיטות הכלליות לאוכלוסייה הקשישה כפי שהיא כיום, תידרש תוספת של כ-44% במספר המיטות בבתי החולים הכלליים, ועד 2030 תמריא התוספת הנדרשת ב-84% לעומת הקיים כיום [...]. אם שיעורי המיסוד לסיעודיים ותשושי נפש יישארו ללא שינוי, בשנת 2020 צפויים 25,221 אשפוזים במוסדות סיעודיים ותשושי נפש לעומת 20,683 בסוף 2010, עלייה של 4,500 מיטות (גידול של כ-22%). בשנת 2030 יידרשו 37,600 מיטות, עלייה של יותר משלוש עשרה אלף מיטות לעומת 2020 (גידול ב-50% נוספים) [ההדגשות במקור].⁸²

שש שנים לאחר פרסום דוח ועדת שטסמן הציג ד"ר שי בריל בפני המועצה הלאומית לגריאטריה במשרד הבריאות תחזית מעודכנת בדבר הצרכים העתידיים בתחום זה (דוח בריל). על פי דוח זה, בשנת 2016 היו כ-30,000 מיטות לסיעודיים ותשושי נפש באחריות משרד הבריאות, ומהן 4,158 מיטות לתשושי נפש ו-16,841 מיטות לסיעודיים. על פי התחזית, התוספת הנדרשת עד שנת 2025 במוסדות הסיעודיים היא 5,243 מיטות לסיעודיים ועוד 1,294 מיטות לתשושי נפש. כמו כן, נדרשת תוספת של 464 מיטות לשיקום ו-577 מיטות לקשישים במצב סיעודי מורכב. בריל מציין שיחסרו גם 929 מיטות במחלקות פנימיות בבתי החולים הכלליים, ופירוש הדבר צורך בתוספת של 25 מחלקות שבכל אחת מהן 36 מיטות.⁸³

שני הדוחות הללו עסקו גם במחסור הצפוי בכוח אדם לטיפול בזקנים הסיעודיים ובתשושי הנפש במוסדות. בדוח שטסמן מצוין שלעומת התקינה כיום – 5,879 אחיות בשנת 2010 – בשנת 2020 תידרש תקינה של 8,232 אחיות ובשנת 2030 – של 10,522 אחיות, כלומר נדרשת תוספת של 4,643 אחיות. על פי דוח בריל, בשנת 2025 יהיה

⁸² י" שטסמן (2011), הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010–2020 ו-2020–2030 – דין וחשבון הוועדה והמלצותיה, מוגש למשרד הבריאות, ירושלים.

⁸³ מתוך דוח של ד"ר שי בריל, המועצה הלאומית לגריאטריה במשרד הבריאות.

צורך בתוספת של 1,703 אחיות ועוד 2,707 עובדים שהם כוח עזר. אשר לתקני רופאים נדרשים, על פי הערכת דוח שטסמן בשנת 2030 יהיה צורך בתוספת של כ-1,000 רופאים במחלקות לאשפוז כללי; בעיקר יש חשש להיצע לא מספיק של הרופאים המומחים בגריאטריה, שכן כבר היום יש מחסור גדול ברופאים אלו.

נוסף על המוסדות שמאושפזים בהם זקנים סיעודיים ותשושי נפש, חשוב לבחון שתי מערכות: הסיעוד המורכב והאשפוז השיקומי. בשתי המערכות הללו צפוי שיחול גידול ניכר במספר מטופלים בשנים הבאות ויידרשו תוספת מיטות ותוספת כוח אדם. נושא השיקום חשוב במיוחד: כבר כיום יש מחסור בתחום זה, בעיקר בפריפריה, והמשמעות היא שאזרחים ותיקים שהיו יכולים לעבור תהליך שיקום ולחזור לביתם אינם מקבלים טיפול שיקום, וכך פעמים רבות הם מוצאים את דרכם למוסדות הסיעודיים לתקופת חייהם האחרונה.

המחסור בכוח אדם במוסדות אינו רק בעיה עתידית, אלא קיים כבר עתה. במוסדות יש מחסור בעיקר בעובדים שהם כוח עזר, אך גם באחיות ובעובדים מקצועיים אחרים. לטענת ארגון א.ב.א – איגוד בתי אבות ודיור מוגן, חסרים כיום כ-5,000 עובדים.

לאחרונה עלו על סדר-היום כמה סוגיות נוספות:

1. **תשושים, סיעודיים ותשושי נפש** – כאמור, כיום האחריות נחלקת בין משרד הרווחה למשרד הבריאות: הטיפול בזקנים תשושים הוא באחריות משרד הרווחה והטיפול בזקנים הסיעודיים ותשושי הנפש הוא באחריות משרד הבריאות. מספר התשושים המאושפזים הולך וקטן לנוכח התרחבות המגמה של טיפול בקשישים בבתייהם בעזרת השירותים על פי חוק הסיעוד, מרכזי היום ושאר שירותי הבריאות והרווחה בקהילה. בחלק מהמוסדות יש הן מחלקות לתשושים והן מחלקות לסיעודיים. לפיכך, נשאלת השאלה מדוע לא להעביר גם את האחריות לתשושים אל משרד הבריאות.
2. **מעורבות קופות החולים** – במסגרת המתווה לרפורמה הציע משרד הבריאות להעביר את האחריות לטיפול המוסדי אל קופות החולים, וכך להבטיח רצף טיפולי בין המוסדות למערכת הבריאות. יש לבחון את האפשרות לבצע מהלך זה.

3. **שדרוג המוסדות על פי המכרז החדש של משרד הבריאות** – בשנת 2016 יצא משרד הבריאות במכרז חדש ובו דרישות לשדרוג המוסדות כדי לשפר את השירות לדיירים. התנאים החדשים שקבע המשרד חייבו שינויים פיזיים ועמידה בדרישות החדשות, אך לא כל המוסדות היו מסוגלים לעמוד בכך. לפי דיווחי משרד הבריאות, מכלל המוסדות, שבהם 20,806 המיטות הקיימות בתחום, עמדו בדרישות החדשות מוסדות שבהם 13,677 מיטות, אך 27 מוסדות, שבהם 1,860 מיטות, לא עמדו בדרישות ונסגרו או עומדים להיסגר. גריעת המיטות יוצרת מחסור בתחום. לדברי משרד הבריאות, יש תוכניות לבנות מוסדות חדשים, שבהם יהיו קרוב ל-10,000 מיטות, והדבר אמור לענות על הצרכים הקיימים ואף על הצרכים בעתיד. יש לבחון בעתיד את מימושה של התוכנית.

לסוגיות אלו ולסוגיות אחרות העומדות לדיון יש חשיבות רבה, משום שהאוכלוסייה הנדונה היא אוכלוסיית האזרחים הוותיקים שמצבה הוא הקשה ביותר. אם לא יימצא פתרון מיידי לבעיות הללו – המחסור במיטות בבתי החולים ובמוסדות, המחסור בכוח אדם ושאר הסוגיות העומדות על סדר-היום – יש חשש שהמערכת תקרוס ולא תוכל לעמוד בדרישות המינימליות של טיפול בנזקקים.

המלצות הוועדה

הוועדה רואה חשיבות עליונה ביישום המדיניות של הישארות האזרח הוותיק בביתו. עם זאת, הוועדה מודעת לצורך בקיומם של מוסדות סיעודיים בעבור מי שזקוקים לטיפול אינטנסיבי ואינם יכולים להישאר בביתם. איכות הטיפול במוסדות אלו צריכה להיות בראש דאגתם של קובעי המדיניות, מנהלי המוסדות והמטפלים.

❖ **העלאת סטנדרטים** – הוועדה מברכת את משרד הבריאות על פעילותו להעלאת הסטנדרטים ואיכות הטיפול במוסדות, אך מדגישה את הצורך להבטיח סיוע כספי למימון השינויים הנדרשים במועד ולא בדיעבד.

הסבר: במכרז שפרסם המשרד ב-2016 ובמכרז העומד להתפרסם בקרוב יש העלאה של הסטנדרטים בתחום, ובחלק מהמקרים הדבר מחייב שינויים פיזיים במבנים בעלות ניכרת. הפיצוי שהמשרד מציע הוא באמצעות תעריף החזקת

הדיירים במוסדות, אולם המוסדות נדרשים לשאת במלוא ההוצאה כבר בשלב הביצוע.

❖ **עובדים בתפקידי כוח עזר** – הוועדה רואה במחסור בעובדים שהם כוח עזר סכנה לפגיעה ברמת הטיפול בדיירים ובאיכות הטיפול. לפיכך יש למצוא פתרון מייד לבעיית המחסור בעובדים אלו, בין באמצעות הבאת עובדים זרים ובין באמצעות נקיטת פתרונות מקומיים אחרים.

הסבר: כיום יש מחסור של 3,000–5,000 עובדים בתפקידי כוח עזר במוסדות. המוסדות והממשלה מנהלים משא ומתן בנושא והסוגיה אף הגיעה לדיון במערכת המשפט. עמדת ראשי המוסדות היא שיש לאפשר הבאת עובדים זרים למוסדות, כפי שהדבר נעשה לעניין סיעוד בקהילה, ואילו עמדת הממשלה היא שאפשר למצוא פתרונות אחרים בתחום, ללא הבאת עובדים זרים. מכל מקום, יש להגיע להכרעה בנדון בהקדם האפשרי.

❖ **אחיות** – יש מחסור חמור באחיות מוסמכות, והוא יחמיר מאוד בשנים הבאות. כדי להתמודד עם המחסור, הוועדה ממליצה לבדוק את האפשרות לשינוי מערך האחיות במוסדות.

הסבר: לדעת גורמים שונים בענף אפשר לפתור את הבעיה באמצעות הקטנת התקינה של אחיות מוסמכות והעברת חלק מהנטל אל האחיות המעשיות. את האחיות המעשיות אפשר להכשיר בעזרת א.ב.א, על פי הנחיות משרד הבריאות.

❖ **שיתוף פעולה** – יש לשפר ולחזק את שיתוף הפעולה בין משרדי הממשלה המעורבים בנושא ובין ראשי המוסדות.

הסבר: אומנם יש מגעים שוטפים בין המשרדים לבין עצמם ובין נציגי הממשלה לבין המוסדות, אולם בין הצדדים יש לא מעט חילוקי דעות ולעיתים המוסדות אף מקבלים הנחיות שונות מצד משרדי ממשלה שונים. לדעת הוועדה, הגברת שיתוף הפעולה תביא למציאת פתרונות מקובלים בהתמודדות עם האתגרים.

❖ **תעריף** – הוועדה רואה צורך לבדוק מחדש את התעריף להחזקת הדיירים במוסדות ולהתאימו לתקינה ולסל הצרכים. כמו כן, על שינויים המתחייבים מהנחיות משרד הבריאות לבוא לידי ביטוי בהתאמת התעריפים.

הסבר: לטענת ראשי המוסדות, התעריף של משרד הבריאות אינו ריאלי, ולעלות השינויים שמשרד הבריאות דורש אין מענה מתאים בהעלאת התעריף.

❖ **פיקוח ובקרה** – הוועדה רואה בחיוב רב את קיומם של הפיקוח והבקרה על שמירת החוק והבטחת הטיפול הראוי בדיירים. עם זאת, יש מקום לבחון את הצעדים הננקטים בעקבות עבודת הפיקוח.

הסבר: לטענת ראשי המוסדות, במקרים מסוימים הם נקנסים בדרך לא נאותה ובצורה מוגזמת בגין בעיות מינוריות שמתגלות במוסדות, והדבר פוגע קשות ביכולת הכלכלית של המוסדות.

תעסוקה ופרישה

פרישה מעבודה

על פי חוק גיל הפרישה, התשס"ד–2004, אפשר לפטר עובד, גבר או אישה, בהגיעו לגיל 67. תוחלת החיים ממשיכה לעלות בשנים האחרונות במהירות, וכיום תוחלת החיים הממוצעת של גברים היא 80.1 שנה ושל נשים – 84.1 שנה. מכאן שלגברים בני 65 נותרו בממוצע 19 שנה לחיות, ולנשים בנות 65 – 21.3 שנה. אל העלייה הניכרת והמהירה בתוחלת החיים הממוצעת לא התלוותה העלאה מתאימה בגיל הפרישה, ואזרחים ותיקים חיים בממוצע 20 שנה לאחר פרישתם מהעבודה.

נתונים אלו מלמדים שיש צורך לדון בשינוי המצב בכל הקשור בפרישה מעבודה ובתעסוקת מבוגרים. השינוי דרוש קודם כול משום שאנשים רבים רוצים ויכולים להמשיך לעבוד אחרי גיל הפרישה הפורמלי הקבוע כיום. רבים מהם מעוניינים להמשיך לעבוד משום שדרושה להם הכנסה נוספת כדי להתמודד עם הצרכים לאחר היציאה לגמלאות, הכרוכה, כידוע, בירידה בהכנסה, ולכן בעבור רבים הכנסה נוספת עשויה להיות חיונית. על פי ה-OECD, בשנת 2014 הירידה הממוצעת בהכנסה (יחס התחלופה) הייתה 61% אצל גברים ו-54% אצל נשים. יתר על כן, יש להביא בחשבון שרק ל-40% מהאזרחים הוותיקים יש פנסיה. סיבה נוספת להמשיך לעבוד הנוכרת במחקרים רבים היא הרצון להמשיך לקיים אורח חיים פעיל ולתרום למשפחה, לקהילה, למשק ולחברה. המשרד לשוויון חברתי (אז המשרד לאזרחים ותיקים) פרסם בשנת 2012 תוצאות סקר שהזמין ולפיו 66% מהאזרחים הוותיקים אינם רוצים לפרוש בהגיעם לגיל הפרישה הפורמלי.

עמדת בתי המשפט בסוגיית הפרישה

שני מקרים ידועים שנדונו בבתי המשפט מדגימים את המשמעות של הרצון להמשיך לעבוד.

פסק דין וינברג. ליבי וינברג, ילידת 1942, החלה לעבוד באוניברסיטת בר-אילן בשנת 1991 כמרכזת פעילות במחלקה למגביות בין-לאומיות. בשנת 2008 הודיעה לה האוניברסיטה כי העסקתה תסתיים בשנת 2009 הואיל והגיעה לגיל 67, שהוא גיל פרישת החובה מהאוניברסיטה. גב' וינברג הודיעה לאוניברסיטה שהיא מעוניינת

להמשיך לעבוד, אך האוניברסיטה דחתה את בקשתה בטענה שהן מכוח חוק גיל פרישה, התשס"ד–2004, והן מכוח נוהלי האוניברסיטה אי-אפשר להמשיך ולהעסיק אותה מעל לגיל 67.

גב' וינברג הגישה תביעה לבית הדין האזורי לעבודה באמצעות עמותת המשפט בשירות הזקנה, ותביעתה נדחתה. היא הגישה ערעור לבית הדין הארצי לעבודה, והוא קיבל את הערעור חלקית וחייב את האוניברסיטה לשלם לה פיצוי של 50,000 שקלים, וכן לשלם 7,500 שקלים בתוספת מע"מ כהוצאות המשפט. בית הדין הארצי לעבודה קבע בפסקתו כי אי-אפשר עוד לסיים את עבודתו של עובד רק בשל גילו הכרונולוגי, ואם העובד מבקש להמשיך לעבוד אחרי גיל פרישת החובה, חובתו של המעסיק לאפשר לו להשמיע את טענותיו ולשקול לגופו של עניין את נסיבות האישיות המיוחדות ואף לאפשר – במקרים המתאימים – את המשך העסקתו אחרי גיל הפרישה. השופטים כתבו בפסק הדין: "אנו קובעים כי חל פגם בהתנהלות האוניברסיטה כלפי המערערת בכך שהאוניברסיטה לא הפעילה שיקול דעת פרטני ביחס לבקשת המערערת להמשיך בעבודתה לאחר גיל הפרישה".⁸⁴

עתירת גביש וחבריו. עתירה שהגישו ארבעה פרופסורים – רות בן ישראל, משה גביש, מרדכי שגב ואסא כשר – והגיעה לבית המשפט העליון. פרופ' אסא כשר אמר בבית המשפט: "אני סבור שמדינת ישראל חייבת לשמור על כבוד האדם בכל המצבים האנושיים, ובכלל זה – לעת זקנה. הרשות לכרות את עץ העבודה של האדם כליל, באופן שאינו קשור לערכיו, לרצונו, לטעמו וליכולתו, היא בלתי מוצדקת, בלתי מוסרית וראויה לתיקונים מהותיים".

הקביעה שאנשים אינם רשאים להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה, אף שרבים מעוניינים בכך, יש בה משום **אפליה**. הזכות לעבוד היא זכות יסוד בעלת ערך מוסרי, חברתי וכלכלי, ואין למנוע אותה מאדם כלשהו בגין גילו.

⁸⁴ ע"ע 209/10 ליבי וינברג נ' אוניברסיטת בר-אילן.

התועלת לפרט, לחברה ולמשק

חובת הפרישה מעבודה בגין גיל אינה תואמת למציאות. אם יתאפשר לאנשים להמשיך לעבוד, הן החברה והכלכלה והן הם עצמם יפיקו מכך תועלת רבה.

התועלת לפרט: ממחקרים רבים אפשר ללמוד על הקשר בין תעסוקה לבריאות טובה. אנשים שממשיכים לעבוד בריאים מבחינה גופנית ונפשית יותר מבני גילם שאינם עובדים. בעבודה לאחר גיל הפרישה עובדים יכולים להגדיל את **הכנסתם**, להמשיך לחסוך ולהגדיל את הפנסיה העתידית שלהם במקום לכלות את חסכוניותיהם. לעבודה בגיל מבוגר יש יתרונות נוספים, כגון הפגת **הבדידות**, העלאת **ההערכה העצמית** ותחושת סיפוק אישי.

התועלת לחברה ולכלכלה: עבודה לאחר גיל הפרישה מגדילה את כוח האדם במשק בעידן שבו הולך וקטן כוח העבודה בגיל 25–64. אנשים שממשיכים לעבוד ממשיכים לצרוך יותר וממשיכים לשלם מיסים לקופת המדינה. אם לא ימשיכו לעבוד יאבד ערך כלכלי זה למשק ולחברה. כמו כן, אם יעבדו אנשים אחרי גיל הפרישה יקטנו הוצאות המדינה על קצבאות. נוסף על כך, לעובדים הוותיקים יש ידע וניסיון רב שצברו במשך השנים, והם בעלי ערך רב למשק ולחברה.

אל מול הגישה המצביעה על התועלת שבהמשך עבודה של האזרחים הוותיקים והצורך בשינוי החקיקה הקיימת עולים כמה טיעונים. הטיעון הראשון הוא שכושר העבודה של עובדים מבוגרים ירוד, שכן חלה ירידה במצבם הפיזי עקב תהליך ההזדקנות. מצבם הפיזי של מבוגרים אכן טוב פחות משל צעירים, אולם בשוק התעסוקה המודרני נדרשת כיום – ובוודאי יהיה כך גם בעתיד – "עבודת מוח" יותר מעבודה פיזית. לכן, דווקא הוותיקים, אשר צברו ידע וניסיון רב בשנות עבודתם, יכולים לתרום לא פחות מהצעירים, ולעיתים אף יותר. דוגמה בולטת היא הפרופסורים באוניברסיטאות: הם מחויבים לפרוש בגיל הפרישה הרשמי, אולם רבים מהם בשיא הפריחה המחקרית והמדעית שלהם ומעוניינים להמשיך להיות פעילים.

הטענה השנייה היא שהמבוגרים שאינם פורשים חוסמים את התקדמותם התעסוקתית של הצעירים. טענה זו איננה עומדת במבחן המציאות. לפני שנים אחדות הועלה גיל הפרישה מ-60 ל-62 לנשים ומ-65 ל-67 לגברים, ואף על פי כן לא חלה עלייה בשיעור האבטלה בקרב הצעירים בעקבות שינוי זה. דוגמה נוספת היא תעסוקת נשים. תעסוקת נשים בארץ עלתה במידה ניכרת, אך עלייה זו לא הביאה לעלייה בשיעור

האבטלה בקרב הצעירים. במדינות שביטלו את חובת הפרישה מחמת הגיל, כמו ארצות הברית וקנדה, לא עלו שיעורי האבטלה של הצעירים.

על סמך הנתונים הללו עלינו להכריע בשאלה אם יש לשנות את המצב הקיים, ואם כן – כיצד. אפשר לתת שלוש תשובות חלופיות על שאלה זו: האחת – **להשאיר את המצב כפי שהוא**, מנימוקים שנזכרו לעיל; השנייה – **להעלות את גיל הפרישה** בכמה שנים, למשל כפי שהמליצה ועדת נתניהו בשנת 2000: העלאת גיל הפרישה של נשים וגברים כאחד ל-70; השלישית – **לבטל את חובת הפרישה מחמת הגיל** ולקבוע פרישה על פי רצונו ויכולתו של העובד, כפי שהציעו העותרים לבג"ץ בעתירת גביש וחבריו וכפי שהומלץ בוועידת מדריד.

החלופה שלפיה תבוטל **חובת הפרישה מחמת הגיל** נשענת קודם כל על ההיבט המוסרי: הזכות לעבוד היא **זכות בסיסית**, ואין לשלול אותה מאדם רק משום שהוא מבוגר. מה שצריך לקבוע אם אדם ימשיך לעבוד הוא רצונו ויכולתו הפיזית והמנטלית. גישה זו מצאה את ביטוייה בהחלטת **ועידת מדריד** "לאפשר לאנשים זקנים להמשיך לעבוד כל עוד הם מעוניינים ומסוגלים לעבוד". נזכיר לצד ההיבט המוסרי את כל הנימוקים בדבר התועלת שבהמשך עבודה הן לאזרח הוותיק עצמו והן למשק ולחברה. הנימוקים העיקריים נגד גישה זו הם הסכנה שהישארות מבוגרים בשוק העבודה תחסום או תעכב צעירים, היכולת הפיזית והמנטלית הפחותה של האזרחים הוותיקים וכן הקושי שעלול להתעורר אם יהיה צורך לפטר עובדים בגין ירידה בתפקוד. בכנסת ה-20 הגישו חברי הכנסת מרב מיכאלי ודוד ביטן הצעת חוק שלפיה עובדים לא יחויבו לפרוש מעבודתם בגיל 62–67 וייקבע מנגנון פרישה גמיש, כפי שנקבע במדינות אחרות בעולם.⁸⁵ מוצע בה לבטל את חובת הפרישה מחמת הגיל ולאפשר פרישה גמישה, ובכלל זה צמצום הדרגתי של שעות העבודה, על פי רצונו ויכולתו של האזרח הוותיק. עם זאת, יש להביא בחשבון **שבמקצועות שוחקים** במיוחד ייתכן שצריך לקבוע גיל פרישה קשיח.

לעומת חלופה זו מובאת הגישה **שאין צורך לשנות את המצב הקיים**, שכן כל העלאה של גיל הפרישה טומנת בחובה פגיעה בזכויות לפנסיה ולקצבאות שהנשים והגברים זכאים להן בהגיעם לגיל הפנסיה. נגד טיעון זה עומד קודם כל הנימוק הדמוגרפי: אין מקום להשאיר את גיל הפרישה כפי שהוא לנוכח העלייה הניכרת בתוחלת החיים. כמו כן, אין להתעלם מכך שאזרחים ותיקים רבים רוצים להמשיך לעבוד והדבר נמנע

⁸⁵ הצעת חוק גיל הפרישה (תיקון – ביטול גיל פרישת חובה), התשע"ז–2017 (4456/20/פ).

מהם כיום בגלל החסם בחוק, כל שכן שאם ימשיכו לעבוד מצבם הבריאותי ואיכות חייהם יהיו טובים יותר. גם מצבם הכלכלי ישתפר בגין השינוי, ואף תהיה לכך השפעה חיובית על ההוצאה הלאומית על בריאות ורווחה.

בין שתי החלופות הללו עומדת החלופה של **העלאת גיל הפרישה**, ובתוך כך הסוגיה של השוואת גיל הפרישה של הנשים לגיל הפרישה של הגברים והאפשרות של פרישה חלקית ודיפרנציאלית. לעניין גיל הפרישה של גברים ושל נשים, אין ספק שדרוש שינוי של ממש בחוק גיל פרישה. אחת האפשרויות שהועלו בעבר (בוועדת נתניהו) היא להעלות ל-70 את גיל הפרישה לנשים ולגברים כאחד. בהקשר זה גם מוצע להצמיד את גיל הפרישה לעלייה בתוחלת החיים, וכך עם העלייה בתוחלת החיים יעלה גם גיל הפרישה.

לעניין פרישת **נשים**, יש להזכיר שכבר התקבלה החלטה להעלות את גיל הפרישה של נשים ל-64, אולם בשל התנגדות של ארגוני נשים וכמה חברות כנסת הוחלט שלא לאמץ את המלצות הוועדה והושג הסכם פשרה שלפיו גיל הפרישה לנשים יישאר 62 עד שנת 2017 ואחר כך יועלה בהדרגה. על פי הערכה של הביטוח הלאומי, עלייה של שנה בגיל הפרישה של נשים מביאה לחיסכון של 550 מיליון שקל בשנה בקצבאות המוסד לביטוח לאומי. לפיכך, העלאת גיל הפרישה של נשים בחמש שנים והשוואתה לגיל הפרישה של הגברים כיום (67) תביא לחיסכון של 2.7 מיליארד שקל לשנה. חשוב לציין שברוב המדינות המפותחות גיל הפרישה של נשים זהה לגיל הפרישה של גברים. להלן כמה דוגמאות:

	נורבגיה	איסלנד	ארה"ב	אירלנד	פורטוגל	שבדיה	יפן
גברים	67	67	66	66	66	65	65
נשים	67	67	66	66	66	65	65

המשרד לשוויון חברתי גיבש עמדה בנדון ופרסם נייר עמדה שבו נקבע כי יש לאפשר גיל פרישה אופציונלי וגמיש לנשים. המלצתו העיקרית של המשרד: "אישה מועסקת בין הגילים 64–70 תוכל לבחור באם לפרוש או להישאר בעבודתה, וגיל 70 יהיה גיל הפרישה המחייב".

שינוי דיפרנציאלי בגיל הפרישה מעבודה פירושו שבכמה מקצועות שוחקים יישאר גיל הפרישה ללא שינוי.

העלאת גיל הפרישה עומדת על סדר-היום כמעט בכל מדינות העולם. כמה מדינות כבר העלו את גיל הפרישה ואחרות מתכננות לעשות זאת. במקצתן אף בוטלה חובת הפרישה מחמת הגיל.

העלאת גיל הפרישה נתמכת גם בנימוקים כלכליים הקשורים ליכולת של המדינה וחברות הביטוח לעמוד בהתחייבויות הכספיות העתידיות. לפי הערכות אקטואריות, בעוד כ-25 שנה לא יהיה למוסד לביטוח לאומי הכסף הדרוש למימון קצבאות הזקנה, והנטל הכספי ייפול על תקציב המדינה. יש גורמים כלכליים התומכים בהעלאת גיל הפרישה כדי לחסוך בהוצאות עתידיות, אולם אפשר גם להסיר את חסמי החקיקה לתעסוקת מבוגרים ולאפשר לאנשים להמשיך לעבוד לפי יכולתם ורצונם בלי לשנות את הגיל הקובע למתן תשלומי הקצבאות והפנסיה.

הצעות חוק

הסוגיה של שינויים בחוק הפרישה הועלתה בכנסת פעמים אחדות. העלאת גיל הפרישה לנשים נדונה בהרחבה, אך עד כה לא נעשה בו שינוי. הועלו כמה הצעות לתיקוני חקיקה בנושא, ונציג שלוש מהן. בהצעה שהועלו חבר הכנסת אראל מרגלית וקבוצת חברי הכנסת בכנסת ה-19 הוצע כי "מעביד לא יחייב עובד לפרוש מעבודתו בשל גילו, ואולם, אם העובד הגיע כבר לגיל פרישה, וקיימת אי-התאמה תפקודית בעניינו, רשאי מעביד לחייבו לפרוש מעבודתו".⁸⁶ ההצעה הועלתה לדיון במליאה לקריאה טרומית בנובמבר 2013, והוחלט להפוך אותה להצעה לסדר-היום ולהעבירה לדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. בוועדה סוכם שהשר לאזרחים ותיקים אורי אורבך יגיש הצעת חוק ממשלתית, אך הצעה כזאת לא הוגשה עד היום. הצעת חוק דומה הניחו חברי הכנסת טלי פלוסקוב ואראל מרגלית על שולחן הכנסת ה-20, אך היא לא עלתה לדיון.⁸⁷ הצעת חוק נוספת היא ההצעה שהגישו באוגוסט 2017 חברי הכנסת מרב מיכאלי ודוד ביטון, שהוזכרה לעיל. על פי הצעת חוק זו הבחירה אם להמשיך לעבוד לאחר גיל 67 תהיה נתונה לעובד, ובלבד שהוא כשיר מבחינה בריאותית. בהצעת החוק גם הוצע תמריץ למעסיקים לעודד העסקת אזרחים ותיקים – הם יוכלו להפסיק להפריש לפנסיה בעבור עובדים אלו. כמו כן, הוצע להכניס ממד של גמישות לחוק ולאפשר לעובדים לעבור למשרה חלקית.

⁸⁶ הצעת חוק גיל פרישה (תיקון – ביטול גיל פרישת חובה), התשע"ג–2013 (1511/19/פ).

⁸⁷ הצעת חוק גיל פרישה (תיקון – ביטול גיל פרישת חובה), התשע"ו–2016 (2626/20/פ).

המלצות הוועדה

❖ **ביטול חובת הפרישה על פי גיל** – לבטל את חובת הפרישה מחמת גיל הקבועה היום בחוק ולהמירה בפרישה **מחמת תפקוד**, קרי, יהיה אפשר לפטר עובד רק בשל אי-התאמה תפקודית. שר הרווחה יקבע, בהתייעצות עם שר הכלכלה ושר האוצר, תקנות לפרישה מחמת תפקוד.

הסבר: כיום אפשר לפטר עובד בהגיעו לגיל 67 בשל גילו בלבד, גם אם הוא אינו מעוניין לפרוש ומצבו הבריאותי ותפקודו המנטלי והפיזי מאפשרים לו להמשיך לעבוד. אזרחים ותיקים רבים מעוניינים להמשיך לעבוד וכשירים לכך, ואין סיבה למנוע זאת מהם רק מחמת גילם. אפשר לנתק את הפרישה מעבודה מגיל הזכאות לקצבת זקנה ולפנסיה.

בד בבד עם העלייה הניכרת בתוחלת החיים חלה גם עלייה באיכות החיים, ואזרחים ותיקים רבים שומרים על כושר גופני ותפקודם הפיזי והמנטלי תקין. יתר על כן, רבים מהם מעוניינים להמשיך לעבוד. העלאת גיל הפרישה תתרום לצמיחה במשק, תגרום לחיסכון בהוצאות הביטוח הלאומי ותביא להגדלת החיסכון הפנסיוני של העובדים.

❖ **גיל פרישה אופציונלי וגמיש לנשים** – חלופה אפשרית, כפי שהמליץ המשרד לשוויון חברתי.

הסבר: מתן הזכות לבחור אם להמשיך לעבוד לנשים מבוגרות מעצים אותן, מחזק את עצמאותן הכלכלית, מקדם את התעסוקה במשק והולם את הערך של כבוד האדם וחירותו.

תעסוקה לאחר הפרישה

חשוב להדגיש ש**תעסוקת מבוגרים** אינה קשורה בהכרח לסוגיית גיל הפרישה. בין שיהיה שינוי בגיל הפרישה ובין שלא יהיה, יש לפעול להרחבת אפשרויות התעסוקה למבוגרים כבר עתה, ובוודאי במבט לעתיד.

בוועידת מדריד 2002 התקבלה בין השאר ההחלטה הזאת:

לאפשר לאנשים זקנים להמשיך לעבוד כל עוד הם **מעוניינים ומסוגלים** לעבוד... לקדם יוזמות לתעסוקה עצמית לאנשים זקנים... לבטל מגבלות גיל בשוק העבודה הפורמלי... לקדם כנדרש גישה חדשה לפרישה, במיוחד על ידי יישום עקרון הפרישה הגמישה.⁸⁸

החלטה זו יושמה באופן חלקי ומצומצם בלבד במדינת ישראל, אף שממשלת ישראל התחייבה לכך בחתימתה על תוכנית הפעולה של ועידת מדריד.

בישראל **20.4% מכלל בני ה-65+ ממשיכים לעבוד** לאחר גיל הפרישה הרשמי – 28.7% בקרב גברים ו-13.8% בקרב נשים. 51.4% מהמועסקים המבוגרים עובדים במשרה מלאה בדרך כלל (35 שעות בשבוע) ו-48.6% – במשרה חלקית.⁸⁹ שיעור המשתתפים בכוח העבודה יורד עם הגיל: בקבוצת הגיל 65–69 השתתפו בכוח העבודה 36.4%, ואילו מבני ה-70+ השתתפו בכוח העבודה רק 9%. מי שממשיכים לעבוד אחרי גיל הפרישה הרשמי הם בדרך כלל בעלי מקצועות חופשיים, אומנים ועובדים עצמאים, וכן שופטים, אנשי אקדמיה ורבנים, שגיל הפרישה שנקבע להם גבוה יותר. מספר האזרחים הוותיקים שהגיעו לגיל פרישה זינק בשני שלישים בעשור האחרון. בשנת 2007 הגיעו לגיל הפרישה 43,000 נשים וגברים (62–67) ובשנת 2016 היה מספרם 71,000. רבים מהם ממשיכים לעבוד לפחות זמן מה אחרי פרישתם הרשמית, ולעיתים במשרות חלקיות. יש בהם שמצליחים להיחלץ מעוני רק בזכות המשך העבודה.

עד לשינוי בגיל הפרישה בחוק יש לפתח תוכניות ולמצוא דרכים לאפשר תעסוקה למי מהגמלאים שמעוניינים ויכולים להמשיך לעבוד. מאחר שבחוק **אין חובת** פרישה מעבודה, אם יש הסכמה בין העובד למעביד, המעביד יכול לאפשר לאזרחים ותיקים

⁸⁸ תוכנית הפעולה של ועידת מדריד תורגמה לעברית על ידי אשל והאגודה לגרונטולוגיה: העצרת העולמית השנייה על ההזדקנות: הצהרה פוליטית – התכנית הבין-לאומית של מדריד לפעולה בתחום הזקנה, ג'וינט ישראל, אשל והאגודה הישראלית לגרונטולוגיה.

⁸⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הודעה לתקשורת, אוקטובר 2017.

לעבוד לאחר גיל הפרישה הרשמי. יש לפתח את המנגנונים הדרושים כדי ליצור קשר בין המעוניינים לעבוד ובין מעסיקים שמוכנים להעסיק אזרחים ותיקים לאחר גיל פרישה. לדוגמה, אין מניעה להעסיק עובדים לאחר גיל הפרישה הרשמי על בסיס הסכם עבודה אישי.

להמשך עבודה של הפרט לאחר היציאה הרשמית מעולם העבודה יש תועלת רבה: **הכנסה** – הפרישה מעבודה מלווה בדרך כלל בירידה בהכנסות, ולכן במקרים רבים עולה הצורך בהשלמת הכנסה. המשך עבודה לאחר הפרישה הרשמית מאפשר להגדיל את הכנסת המשפחה.

פנסיה – המשך עבודה והמשך הפרשה לקרנות הפנסיה תורמים להגדלת הקצבה לאחר הפרישה מעבודה. בסימולציה שנעשתה בוועדה בנושא התעסוקה של עובדים מבוגרים נמצא שדחיית הפרישה בשלוש שנים מגדילה את הפנסיה החודשית ב-20%. **בריאות ותפקוד** – אנשים שממשיכים לעבוד בגיל מבוגר הם בריאים יותר מבחינה גופנית ונפשית, נוטים לחלות פחות ותוחלת החיים שלהם ארוכה משל אנשים שאינם עובדים.

חברה – יציאה ממעגל העבודה מנתקת את הקשרים החברתיים של האזרח הוותיק עם עמיתיו לעבודה, והמשך עבודה מאפשר את המשך הקשרים החברתיים ומונע בדידות.

הערכה עצמית – הפרישה מעבודה מלווה בדרך כלל בירידה בסטטוס החברתי והמשפחתי של האדם. העבודה מקנה לאנשים תחושה של ערך עצמי וסיפוק אישי. מעבר לתועלת שהאזרח הוותיק מפיק מהמשך עבודה לאחר גיל הפרישה הרשמי, יש בכך גם תועלת רבה **למשק ולחברה**:

ההוצאה הציבורית – מאחר שיש קשר בין המשך עבודה לבין המצב הבריאותי והתפקודי של האזרחים הוותיקים, ייווצר חיסכון ניכר בהוצאה הציבורית על סיעוד ובריאות.

ידע וניסיון – רבים מהאזרחים הוותיקים צברו ידע וניסיון לא מבוטלים בעבודה רבת-שנים. המשך פעילותם בשוק העבודה עשוי לתרום רבות לארגון שבו עבדו, ואם יפרשו הארגון עלול לאבד משאב יקר ערך.

הכנסה ממיסים – אזרחים ותיקים שימשיכו לעבוד ימשיכו לשלם מיסים לקופת המדינה, יגדילו את ההכנסה ממיסים ויתרמו לצמיחה במשק.

ביטחון – בגיוס בשעת חירום הצעירים יוצאים למילואים. ככל שקבוצת המבוגרים הפטורים מגיוס בארגון גדולה יותר כך תישמר טוב יותר יכולתו להמשיך לתפקד בשעת חירום.

בעקבות החלטת הממשלה הקים המשרד לשוויון חברתי (אז המשרד לאזרחים ותיקים), בשיתוף המועצה הלאומית לכלכלה, ועדה מיוחדת שתבחן את נושא התעסוקה של אזרחים ותיקים ותגיש את המלצותיה לממשלה.⁹⁰ ההמלצות העיקריות של הוועדה היו להסיר את החסמים המבניים המקשים להעסיק מבוגרים על ידי קידום יצירת מסלול תעסוקה חלופי במשק, הגדרת מקצועות נדרשים בשירות המדינה ואישור המשך העסקה במקצועות אלו וגיבוש מסלול תעסוקה מותאם לגמלאים בשירות המדינה. הוועדה המליצה בצד זה לפעול להסרת חסמים כלכליים. על סמך המלצות הוועדה התקבלה החלטת ממשלה ליצור מסלולי תעסוקה מיוחדים לאזרחים ותיקים, ובכלל זה בשירות המדינה.

בקרב חברי הוועדה הייתה הסכמה גורפת שיש לאפשר לאוכלוסייה המבוגרת הזדמנויות תעסוקה רבות יותר, וכי לשם כך יש לשנות את התפיסה הקיימת בעניין עובדים מבוגרים, להגמיש יחסי עובד–מעביד לאחר גיל הפרישה ולהסיר את החסמים החוקיים, הכלכליים והחברתיים העומדים בפני העובדים המבוגרים. המלצה כללית זו גם קיבלה גושפנקה רשמית בהחלטת הממשלה לאחר מכן.⁹¹

יש חשיבות מיוחדת לכך שאזרחים ותיקים ימשיכו להיות פעילים ככל שיוכלו, והתעסוקה היא אחד האמצעים העיקריים לכך.

המגיד מדובנוב זכה להגיע לזקנה מופלגת אף על פי שהיה אדם חלש וחולה כל ימיו. שאלוהו תלמידיו במה זכה להאריך חיים. השיב הצדיק: "החיים נפסקים ברגע שהאדם מסיים את תפקידו על אדמות. ואולם אני, בכל פעם שהשלמתי את תפקידי, מיהרתי לקבל עליו תפקידים וייעודים חדשים בעבודת ה' וממילא לא יכלו לקחתני מן העולם".

⁹⁰ המשרד לאזרחים ותיקים בשיתוף המועצה הלאומית לכלכלה (2014), מסקנות הוועדה לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה.

⁹¹ החלטת ממשלה מס' 834 מיום 13 בדצמבר 2015, קידום הסוגיה האסטרטגית "היערכות להזדקנות האוכלוסייה" – שילוב מבוגרים בתעסוקה.

אחת ממטרותיה של ועדה זו היא לקדם את היעד של הרחבת אפשרויות התעסוקה לאזרחים הוותיקים לאחר פרישתם הרשמית מעבודה ולהציע דרכים מעשיות להשגת היעד.

לצורך השגת היעד הזה יש להתמודד עם החסמים הקיימים, ובעיקר – עם דעות קדומות וחסמים בחקיקה.

דעות קדומות

❖ הדעה הרווחת היא שאצל אנשים מבוגרים חלה ירידה ביכולת הפיזית והמנטלית, ולכן פריון העבודה שלהם יורד.

מסתבר שלכוח פיזי אין חשיבות רבה בעולם התעסוקה העכשווי, וצפוי שחשיבותו תפחת עם השינויים במבנה העבודות בעתיד. לעומת זאת, יכולת אנליטית ויכולת תקשורת נעשות חשובות יותר, ואת אלה יש לאזרחים הוותיקים לא פחות מאשר לצעירים. נוסף על כך, מבוגרים הם בעלי מוטיבציה, יכולת התמדה ודבקות במשימה, ויש להם חשיבות רבה בעבור מעסיקים.

❖ נהוג להניח שאנשים מבוגרים אשר ממשיכים לעבוד תופסים את מקומם של הצעירים ואינם מאפשרים להם להתקדם.

ממחקרים רבים אפשר ללמוד שאין קשר בין תעסוקת מבוגרים לאבטלת צעירים. מהשוואה בין שיעורי התעסוקה של צעירים לשיעורי התעסוקה של מבוגרים בישראל במשך השנים אפשר לראות שכאשר עלו שיעורי התעסוקה של מבוגרים עלו גם שיעורי התעסוקה של צעירים. בדומה לכך, כניסתן של נשים לשוק העבודה בשיעורים גבוהים מאוד בעשרות השנים האחרונות לא הביאה לירידה בשיעורי ההשתתפות של גברים.⁹²

⁹² בעניין זה ראו: א' כספי (2013), תעסוקת פורשים שיצאו לגמלאות, גרונטולוגיה וגריאטריה, מ(1), 31–54.

חסמים המעוגנים בחקיקה

חוק גיל פרישה, התשס"ד-2004, מאפשר פיטורי עובדים בשל גילם, ובמקומות שבהם חל הסכם קיבוצי (משרדי הממשלה, חברות ממשלתיות, רשויות מקומיות, אוניברסיטאות ועוד) אף מחייבים עובדים לפרוש בגיל הפרישה הפורמלי.

חסמים כלכליים

יש שני חסמים כלכליים עיקריים ליציאה לעבודה של אזרחים ותיקים. חסם אחד נוגע למקבלי השלמת הכנסה: יחיד המשתכר מעל 2,080 שקלים וזוג המשתכר מעל 2,467 שקלים אינם זכאים להשלמת הכנסה ולכל ההטבות הנלוות לה, הנאמדות ב-1,400 שקלים.

החסם השני נוגע להכנסה של עובדים **בגיל המותנה**:⁹³ לאזרחים ותיקים בגיל המותנה שהכנסתם המרבית היא 5,646–9,228 שקלים ליחיד ו-7,529–13,040 לזוג מופחתים מקצבת הזקנה 60% מסכום ההכנסה שמעל ההכנסה המרבית. מי שהכנסתו המרבית היא מעל סכומים אלו, כלומר 9,228 ליחיד ו-13,040 לזוג, אינו זכאי לקצבת זקנה כלל עד הגיעו לגיל הזכאות המוחלט לקצבה – 70. קיצוץ הקצבה פועל כמיסוי, והוא עשוי להגיע ל-93% מן הקצבה. יתר על כן, אזרח ותיק שעובד משלם מס הכנסה על הכנסה זו בשיעור 14% ותשלומי ביטוח לאומי. מדיניות זו משפיעה על כ-300,000 נשים בנות 62–70 ועל כ-90,000 גברים בני 67–70.

⁹³ "הגיל המותנה" הוא הגיל שבו הזכאות לקצבת הזקנה תלויה במבחן הכנסות, והוא 67–70 לגברים ו-62–68 לנשים. גיל הזכאות המוחלט לנשים יעלה בהדרגה ל-70.

המצב הקיים

על פי החלטת הממשלה מס' 834, הוחל בהפעלת תוכנית להעסקת מבוגרים. המשרד לשוויון חברתי מפעיל, בשיתוף עמותת והדרת ובסיוע עמותת מטב, את התוכנית "דרוש ניסיון" – פורטל תעסוקה לאנשים מבוגרים; אזרחים ותיקים אשר מחפשים עבודה ומעסיקים אשר מעוניינים להעסיקם יכולים להירשם בו, לנסח קורות חיים, לפרסם מודעות דרושים ועוד.⁹⁴ מפעלים וארגונים לא מעטים הכירו בתועלת שבהעסקת מבוגרים ויצרו את ההסדרים הדרושים להעסקתם במשרה מלאה או חלקית. בשנים 2015–2017 נרשמו באתר 12,251 אזרחים ותיקים ו-3,241 מעסיקים. מהניסיון שנצבר בהפעלת "דרוש ניסיון" עולה כי אזרחים ותיקים רבים מבקשים לעבוד לאחר גיל הפרישה הרשמי.

כמו כן, המשרד לשוויון חברתי, בשיתוף ג'וינט-אשל, מפעיל מרכזי תעסוקה המיועדים למבוגרים בני 60+, תוכנית "הפלוס ב-60" ותוכנית "אמצע הדרך 45–75". מרכזי תעסוקה ברשויות המקומיות מסייעים לבני 60+ להשתלב בשוק העבודה. בשנים 2015–2017 הופעלו מרכזים בחמש רשויות מקומיות ונרשמו בהם 2,395 אזרחים ותיקים ו-498 מעסיקים; הושמו בעבודה 608 איש.

בעקבות החלטת הממשלה וביוזמת המשרד לשוויון חברתי הוחל בהפעלת פיילוט של **תקן אזרח ותיק** במשרדי הממשלה – מסלול תעסוקה ייעודי בשירות המדינה לאנשים מעל גיל הפרישה. עד כה הוקצו 60 תקנים למשרות מינהליות ומקצועיות, אולם תהליך האיוש עדיין איטי, שכן מדובר בשינוי הרגלים ונדרשות לכך היערכות והכוונה.

המשרד לשוויון חברתי פועל בדרכים אחרות מול המעסיקים כדי למגר את הגילנות בכל הקשור להעסקת עובדים מבוגרים: תשדירי רדיו שבהם קוראים למעסיקים להעסיק אזרחים ותיקים; שיתוף פעולה עם ארגון "מעלה" בקביעת מדדי אחריות תאגידית חדשים בעבור מעסיקים, ובהם העסקת מבוגרים, הכנה לפרישה וימי מחלה להורים מטפלים. לשם מעקב אחר ביצוע החלטות הממשלה הוקמה **ועדת היגוי** בראשות מנכ"ל המשרד לשוויון חברתי, וחברים בה נציגי המשרדים הנוגעים בדבר. הוועדה עוקבת אחר כל הפעולות הנעשות במישור הממשלתי, הציבורי והפרטי.

ארגון נוסף שעוסק בהשמת אזרחים ותיקים בעבודה הוא תלם, שנוסד בשנת 1973. הארגון מפעיל שתי תוכניות: האחת – הפעלת 15 מועדוני תעסוקה שמועסקים בהם כ-200 אזרחים ותיקים, תוכנית שמקבלת הכרה ותמיכה ממשרד הרווחה; השנייה –

⁹⁴ כתובת האתר: www.darush.nisayon.org.il

מרכז להשמה בעבודה של אזרחים ותיקים, השוכן בנהריה ופועל בעיקר באזור הצפון. המרכז מאתר מקומות תעסוקה למבוגרים ומקשר בינם לבין אזרחים ותיקים המבקשים לעבוד. מאז הקמת המרכז בשנת 2009 פנו אליו 3,973 אזרחים ותיקים המחפשים עבודה, נוצר קשר עם 697 מעסיקים והושמו בעבודה 1,233 מבקשי עבודה. חברת "שיפור" מתמקדת בהכשרת עובדים מבוגרים לתקשר ולשווק את עצמם ובפיתוח מסלולי קריירה לעובדים מבוגרים. לאחרונה היא החלה בהפעלת מרכז השמה לעובדים מבוגרים. עמותת קליק מפעילה ארבעה מרכזי תעסוקה לבני 60+. בג'וינט-אשל נעשו פעולות לעידוד תעסוקה של עובדים מבוגרים.

התמונה המתקבלת מהפעילות של משרדי הממשלה והארגונים הציבוריים בתחום תעסוקת המבוגרים היא של עשייה בכיוון הרצוי, אולם אף שכבר יש תוצאות חיוביות, היקף הפעולה קטן לעומת הביקוש בקרב האזרחים הוותיקים. לפיכך יש לגבש תוכנית מקיפה לשם הסרת החסמים הקיימים מחד גיסא ופיתוח הזדמנויות תעסוקה מאידך גיסא. כמו כן, יש להביא בחשבון את ההעדפות המיוחדות של המבוגרים, שרובם מעוניינים במשרות חלקיות וגמישות.

בשנת 2013 הכין מרכז המחקר והמידע של הכנסת סקירה על הנעשה בתחום זה בכמה מדינות מערביות.⁹⁵ להלן יוצגו כמה תוכניות שעשויות להתאים למציאות בישראל ורצוי לבחון את יישומן בארץ:

- ❖ מתן מענקים למבוגרים העובדים לאחר גיל הפרישה או לאחר הפרישה המוקדמת (הולנד, דנמרק);
- ❖ מתן אפשרות למבוגרים לקבל פנסיה חלקית בלי לפרוש מהעבודה (קנדה, דנמרק, אוסטרליה, בולגריה, אסטוניה, לטביה, סלובקיה);
- ❖ הגדלת קצבת הפנסיה שתשולם בעתיד למי שיעבדו לאחר גיל מסוים (דנמרק, פינלנד, ספרד, קנדה);
- ❖ מתן הקלות במיסים ובתשלומי הביטוח הלאומי למעסיקים המגייסים עובדים מבוגרים (בלגיה, הולנד, איטליה, ספרד);
- ❖ מתן סובסידיות למעסיקים לשם העסקת עובדים מבוגרים (אוסטרליה, אוסטריה, לטביה, בולגריה, בלגיה, דנמרק, אוסטרליה);

⁹⁵ א' טל-ספירו (2013), דרכים להשתלבותם של מבוגרים בשוק העבודה בכמה מדינות מערביות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

- ❖ מתן סובסידיות למעסיקים בגין הכשרה מקצועית של עובדים מבוגרים (גרמניה, בלגיה);
- ❖ מתן הכשרה ושירותי השמה בעבודה לעובדים מבוגרים במסגרת שירותי התעסוקה (פולין, פורטוגל);
- ❖ קביעת שעות עבודה מצומצמות יותר לעובדים מגיל מסוים בלי לפגוע ברמת השכר שלהם (נורבגיה, בלגיה, דנמרק, פינלנד, הולנד, אוסטרליה, דנמרק).

המלצות הוועדה

- ❖ לאמץ את המלצות הוועדה לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה וליישם את החלטת הממשלה מס' 834 בנדון.
- ❖ נציבות שירות המדינה קבעה מקצועות מסוימים **בשירות המדינה** שבהם אפשר להמשיך להעסיק עובדים לאחר גיל הפרישה הרשמי, ואושרו לצורך זה 60 תקנים של **אזרח ותיק**. מוצע להרחיב את התוכנית ולתקצב 1,000 משרות תקניות בשלוש השנים הבאות.
- ❖ לקבוע גם **ברשויות המקומיות** מקצועות מיוחדים ולאשר תקנים שבהם יוכלו אזרחים ותיקים להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה, במשרה מלאה או חלקית.
- ❖ לתת **הקלות במיסים** ובתשלומי הביטוח הלאומי למעסיקים שיעסיקו אזרחים ותיקים.
- ❖ לסייע תקציבית **לארגונים** העוסקים בקידום תעסוקת מבוגרים ופועלים להגדלת מספר המפעלים והארגונים שמוכנים להעסיק אזרחים ותיקים, לגיוס אזרחים ותיקים המעוניינים לעבוד ולקישור ביניהם (כמו והדרת ותלם).

❖ להרחיב את פעולת הפורטל "דרוש ניסיון", המרכז מידע כללי וספציפי על אפשרויות תעסוקה של מבוגרים ומקשר בין מעסיקים שמעוניינים להעסיק אזרחים ותיקים ובין מי שמעוניינים לעבוד.

❖ **להפחית את שיעור הקיזוז של קצבת הזקנה** כנגד הכנסה מעבודה (דיסרגרד) מ-60% ל-30%.

הסבר: בגיל המותנה (62–68 אצל נשים 67–70 אצל גברים) קצבת הזקנה כפופה למבחן הכנסות. אם בשנים אלו הכנסתו של היחיד היא מעל 5,646 ש"ח ליחיד ו-7,529 ש"ח לזוג, מופחתים מקצבת הזקנה שלהם 60% מההכנסה שמעל ההכנסה המרבית (5,646 ליחיד ו-7,529 לזוג). מי שהכנסתו מעל 9,228 ליחיד ו-13,040 לזוג אינו זכאי לקצבת הזקנה עד הגיעו לגיל 70.

❖ להעלות את הסכום שאפשר להשתכר ללא פגיעה **בהשלמת הכנסה ל-3,700 שקלים** (דיסרגרד).

❖ **לפתח קורסים** לאזרחים ותיקים המיועדים להקניית מיומנות וכישורים בחיפוש עבודה.

בני משפחה מטפלים (מטפלים עיקריים)

רקע

המדיניות הכוללת של עידוד הישארות זקנים בביתם גם כאשר מצבם הבריאותי והתפקודי מידרדר – כל עוד הם מעוניינים בכך ויש נכונות ויכולת מצד בני משפחתם לסייע להם – מחייבת התייחסות לבני המשפחה.

מיהם "בני משפחה מטפלים"? ההגדרה המקובלת היא מי שמסייעים לבן משפחה שגר בביתו וזקוק לסיוע בפעולות היום-יום (ADL) ובניהול משק הבית (IADL) ללא תמורה כספית. יש הכוללים בהגדרה זו גם חברים ושכנים, ואז הם מכונים בדרך כלל "מטפלים עיקריים" (Primary Care Givers).

אחת השאלות המרכזיות שביסודו של הדיון בנושא היא **החובה והאחריות**: על מי חלה האחריות לטיפול בזקן הזקוק לסיוע – על המדינה או על המשפחה, ואולי על שתיהן? האם חובתה של המדינה המודרנית להיות מדינת רווחה, שדואגת להבטיח לאזרחיה בהגיעם לגיל זקנה ביטחון סוציאלי, שירותי בריאות, רווחה, חברה, סיעוד וסיוע כלכלי?

הזדקנות האוכלוסייה, קרי ירידה בשיעור הצעירים ועלייה בשיעור הזקנים, היא כיום תופעה גלובלית, ובעקבותיה חלה ירידה במספר בני המשפחה שמטפלים בהורים זקנים הזקוקים לטיפול. אל השינוי באיזון בין הזקנים לצעירים בחברה מתלווה שינוי במאזן בין המשפחות לבין המדינה בכל הקשור במתן טיפול.⁹⁶

מדינות בעולם מציעות פתרונות שונים. ברוב המדינות המפותחות האחריות נחלקת בין המדינה לבין המשפחה, והשאלה היא שאלת האיזון – מה מידת האחריות שהמדינה מקבלת עליה ומה מוטל על המשפחה. ממחקרים רבים אפשר ללמוד שגם במדינות המפותחות חלק גדול מהאחריות מוטל על המשפחה, משום שהן לא נערכו כראוי להזדקנות המואצת של האוכלוסייה ואינן מסוגלות לספק מענים מקיפים לצורכי הזקנים. הדבר משנה את האיזון בין המשפחה למדינה.

⁹⁶ ר' כץ, א' לבנשטיין וי' ובריק (2010), "יחסים בין-דוריים בעידן המודרני: השוואות בין-מדינתיות", בתוך: י' בריק, וא' לבנשטיין (עורכים), הזקן והמשפחה – סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים, אשל, ירושלים, עמ' 53–74.

על פי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2006, שהתמקד בטיפול הבלתי-פורמלי, כרבע מהזקנים בישראל, שהם כ-176,000 איש, מוגבלים בביצוע פעולות יומיומיות (ADL), ומרביתם (87%) גרים בקהילה.⁹⁷ כחמישית מהזקנים מוגבלים בניידות, ובקרב בני ה-75+ יותר משליש מוגבלים בניידות. מספר הזקנים הסובלים מדמנציה, אשר פוגעת ביכולת הקוגניטיבית ובכושר השיפוט וגורמת להפרעות התנהגות, נאמד ב-135,000. השירותים הפורמליים הניתנים לזקנים עשויים לסייע לבני המשפחה לשאת בנטל ולאפשר לרבים מהזקנים להמשיך לגור בבית.

מספר המטפלים ללא תמורה בבן משפחה זקן בישראל מתקרב למיליון. 62% מהמטפלים העיקריים בזקנים המקבלים גמלה לפי חוק הסיעוד הם נשים, 46% הם בני 45–59 וכ-12% מהמטפלים הם בני 75 או יותר. 65% מהמטפלים מטפלים בהורה, 6% – בהורה של בן/בת הזוג ו-20% – בבן/בת הזוג. השאר מטפלים בבן משפחה אחר.

על פי רוב, בני משפחה מטפלים בזקנים שנים אחדות. הטיפול ניתן בתחומים רבים: סיוע בפעולות היום-יום כגון רחצה והלבשה, עזרה בניהול משק הבית כגון הכנת ארוחות וקניות, תיווך בין הזקן ובין נותני שירותים בקהילה, תמיכה כלכלית, נפשית וחברתית ועוד. נוסף על כך, ככל שהמטופלים מבוגרים יותר כך הטיפול הרפואי והסיעודי שעל בני המשפחה לתת מורכב יותר, והוא דורש מהמטפלים הבלתי-פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון רחב של תחומים. ואולם, בדרך כלל אין למטפלים הבלתי-פורמליים הכשרה מתאימה בתחומים אלו, והדבר גורם לעיתים לשחיקה, למעורבות יתר רגשית היוצרת קונפליקטים ופוגעת בהתאמה של הטיפול לצורכי הזקן.

ממצאים של מחקרים רבים שנעשו בארץ ובעולם אפשר ללמוד כי המטפלים משלמים מחירים בריאותיים, כלכליים ואף משפחתיים על הטיפול הבלתי-פורמלי בבן משפחתם הקשיש.⁹⁸ רבים מהם מדווחים על תחושות לחץ ועומס (בין מחצית לשני שלישים, לפי האוכלוסייה הנחקרת), וככל שהזקן מוגבל יותר או חולה יותר כך תחושות אלו חריפות יותר.

המדיניות הננקטת כיום בישראל היא שהאחריות נחלקת בין המדינה לבין המשפחה, אך מושם דגש רב יותר על מחויבות המשפחה, והמדינה נחשבת לגורם מסייע ולא

⁹⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הסקר החברתי 2006](#), מטפלים ללא תמורה כספית.
⁹⁸ M.L. Lewis, J.V. Hobday & K.W. Hepburn (2010), Internet based Program for Dementia Caregivers, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(8), 674-679.

לגורם שיש לו אחריות ומחויבות ראשונית. האחריות לטיפול בזקן שזקוק לטיפול ממושך מוטלת בראש ובראשונה על המשפחה, ותפקידה של המדינה הוא לסייע בידה. בחוק הביטוח הלאומי נקבע במפורש שגמלת הסיעוד נועדה לסייע למשפחה בטיפול בזקן הזקוק לסיוע בפעולות היום-יום שלו, קרי, גמלת הסיעוד נועדה לסייע למשפחה ולא להחליף אותה. חובתה של המשפחה בהקשר זה מעוגנת גם בחוק לתיקון דיני משפחה (מזונות), התשי"ט-1959, שבסעיף 4 בו נקבע כי אדם חייב במזונות שאר בני משפחתו, והם הוריו והורי בן זוגו; ילדיו הבגירים ובני זוגם; נכדיו; הורי הוריו שלו ושל בן זוגו; אחיו ואחיותיו שלו ושל בן זוגו. דהיינו, גם סיוע כלכלי הוא בראש ובראשונה אחריות וחובה של בני המשפחה. ההסתמכות של הצוותים בבתי החולים ובמוסדות סיעוד על הסיוע של בני המשפחה בטיפול בזקן החולה מדגימה זאת.

במקורות היהודיים

היחס הראוי של ילדים להוריהם מעוגן היטב **במקורות היהודיים**, ואפשר להניח שהייתה לכך השפעה על קובעי המדיניות בישראל בנושא זה. המקור הראשון נמצא כבר בעשרת הדיברות, בדיבר החמישי, "כבד את אביך ואת אמך". הסיפה של הדיבר, "למען יאריך ימך", משמעה שמתן יחס ראוי להורים תורם גם למטפל. מקורות רבים מחזקים את הגישה המחייבת דאגה קונקרטית להורים.

הרמב"ם פירש את הציווי "כבד את אביך ואת אמך" פירוש מעשי, וקבע: "איזהו כבוד – מאכיל ומשקה מלביש ומכסה משל האב. ואם אין ממון לאב ויש ממון לבן, כופין אותו וזן אביו ואמו כפי מה שהוא יכול".⁹⁹ כלומר, על פי המקורות, במסורת היהודית חובה על הילדים לסייע להורים הזקוקים לעזרה בכל המובנים.

אם לא תשתנה המדיניות הנהוגה כיום, **הנטל על המשפחות** יוסיף להיות כבד, בייחוד על משפחות שמטפלות בזקנים שזקוקים לטיפול ממושך בבית; למעשה, הנטל יגבר ככל שתוחלת החיים תעלה. המדיניות המקובלת, של הישארות הזקן בביתו כל עוד הוא מעוניין בכך וכל עוד הדבר אפשרי מבחינה כלכלית ומעשית, אף מחמירה את הקושי שהמשפחות חוות. בהקשר זה חשוב לציין שההסדרים להעסקת עובדים זרים אצל הזקן הסיעודי 24 שעות ביממה, שישה ימים בשבוע, אינם פוטרים את המשפחה מהשגחה על התנהלות הטיפול ומטיפול בזקן בימי חופשה והיעדרות של העובדים.

⁹⁹ רמב"ם, הלכות ממרים, פ"ו, ג'.

נשאלת השאלה אם החברה הישראלית נתנה את הדעת די הצורך על מצבן של משפחות שמטפלות בבני משפחה סיעודיים. באוקטובר 2017 פרסם מבקר המדינה דוח על הסיעוד הביתי, ובין השאר ציין שרשויות המדינה לא נתנו את דעתן כנדרש על הצורך לתמוך בבני המשפחה המטפלים בקשישים הסיעודיים, ולמעשה זנחו אותם והותירו להם את ההתמודדות עם הנטל הכבד הכרוך בטיפול בקשישים סיעודיים בביתם.

המשפחות עומדות בפני קשיים ובעיות בכמה תחומים :

❖ **הוצאות ישירות** – ההוצאה על טיפול בזקן הזקוק לטיפול ממושך בבית גבוהה ביותר (אם כי היא נמוכה הרבה יותר מהוצאה על אשפוז סיעודי). למשל, העסקת עובד זר עולה כ-8,000 שקלים לחודש, ועל כך יש להוסיף הוצאות על טיפולים רפואיים, תרופות ועוד.

❖ **הוצאות עקיפות** – רבים מהמטפלים (רובם נשים) נדרשים לייחד לטיפול שעות רבות, ולשם כך הם נאלצים לצמצם את היקף המשרה שלהם ואף לעזוב את מקום העבודה. הדבר פוגע בהכנסתם בטווח המיידי ובסכומי הפנסיה שלהם בטווח הארוך.

❖ **ידע** – למשפחות המטפלות אין הידע המקצועי הנדרש כדי לטפל בזקן סיעודי, והדבר עלול לגרום לפגיעה ברמת הטיפול עד כדי נזק פיזי למטופל.

❖ **מידע** – יש נותני שירותים בקהילה שעשויים לסייע למשפחות בטיפול בזקן הסיעודי, אולם מתברר שמשפחות רבות אינן מודעות לאפשרויות הפתוחות בפניהן או שהמידע שבידיהן חלקי.

❖ **קושי נפשי** – המשפחות חוות עומס נפשי רב בראותן את יקיריהן במצב בריאותי ותפקודי קשה. גם הצורך להתמודד עם בני משפחה אחרים עלול להכביד נפשית.

❖ **שחיקה פיזית** – בטיפול בזקן הסיעודי נדרש לעיתים קרובות מאמץ פיזי, והדבר מקשה מאוד על המשפחות.

חשוב לשים לב שעקב העלייה בתוחלת החיים, פעמים רבות בני המשפחה המטפלים עצמם הם מבוגרים, והם מתקשים במיוחד לטפל בבן המשפחה הסיעודי.

במחקר נרחב שנעשה באירופה מטעם EUROFAMCARE, שהשתתפו בו גרמניה, ווון, איטליה, פולין, שבדיה ובריטניה, אשר התבסס על ראיונות אישיים עם כ-6,000 איש, נמצא כי רוב המרואיינים חשים שמעורבותם בטיפול חשובה להם, אך יש לשלב בטיפול את תמיכתם של שירותים פורמליים שיסייעו במתן טיפול טוב יותר לזקן

ויגנו על בריאותם ורווחתם של המטפלים. לפיכך, **סיוע וטיפול משלים** למשפחה ומתן שירותי תמיכה טובים הם חיוניים, ועליהם להיות חלק מכל מדיניות ציבורית. השירותים העיקריים שצוינו היו שירותי עזרה במסגרת הבית, הן לזקנים והן לבני המשפחה המטפלים.

ממצאים של מחקרים רב-מדינתיים אפשר ללמוד כי השיפור במתן שירותי בריאות ורווחה אינו גורם לנסיגת המשפחה מהטיפול או לפגיעה בסולידריות המשפחתית הבין-דורית. עם זאת, הן בני המשפחה המטפלים והן הזקנים הדגישו את הצורך בשירותים פורמליים רבים יותר כדי לסייע למשפחות להמשיך לטפל בזקנים. לכן, המדיניות המנחה בכל הנוגע לסיוע למשפחות המטפלות בבני משפחתם הזקנים צריכה להיות מבוססת על איזון בין המערכת הפורמלית למערכת הבלתי-פורמלית במתן הסיוע.

נדרשת השקעת משאבים בסיוע למשפחה המטפלת בזקן הנזקק ובחיזוקה. יש לפתח בעבור המשפחות המטפלות תוכניות הכשרה, אפיקים למתן מידע על זכויות ושירותים, קבוצות תמיכה וליווי והדרכה מקצועיים. בהקשר זה יש מקום לציין את יוזמת המוסד לביטוח לאומי בפרויקט ניסיוני שמטרתו לסייע לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים בקהילה. המיזם נועד לסייע לגופים ציבוריים – רשויות ועמותות – להפעיל **קבוצות תמיכה** דינמיות קצרות מועד (STDP) בעבור בני משפחה המטפלים בקשישים ביישובם.

יש לפתח **תוכנית פעולה** מקיפה אשר תיתן מענה הולם על כל הבעיות והצרכים שבני המשפחה המטפלים נתקלים בהם. הסיוע למשפחות המטפלות נועד לא רק לשיפור יכולתן לטפל בזקן, אלא יש לראות בהן אוכלוסיית יעד שזקוקה לסיוע ישיר בגין המעמסה הפיזית, הכלכלית והנפשית המוטלת עליהן.

יש לדון בשאלה העקרונית אם יש מקום לתת סיוע כספי למשפחה המטפלת. יש שתי גישות בסוגיה זו. גישה אחת מצדיקה מתן סיוע כספי למשפחה המטפלת, שכן ההוצאה הנוספת הנופלת על כתפיה כבדה וחובת המדינה לסייע לה. הגישה השנייה מתבססת על ערכי המשפחה, ולפיה הטיפול בקשיש הוא חובה מוסרית של בן משפחה, ולכן יש למלאה ללא תמורה. יש להבחין בין סיוע כספי לבני משפחה מטפלים בגין הנטל הכלכלי לבין תשלום כספי לבן משפחה כמטפל המחליף מטפל פורמלי.

אפשר לסייע לבני משפחה לשאת בנטל הכלכלי והפיזי בדרכים נוספות: האחת – תוספת ימי חופשה מהעבודה לשם טיפול בהורה מבוגר לפחות שבועיים בשנה (תוספת זו היא מענה חלקי בלבד לקשיים של בני משפחה עובדים); השנייה – הקמת מרכזי

יום לזקן במקומות עבודה המעסיקים עובדים רבים (למשל באינטל, באלביט וברפאל), וכך בני המשפחה המטפלים יוכלו להביאם בבוקר ולהחזירם עימם בסוף יום העבודה; השלישית – להרחיב את פעילות מרכזי היום לשעות אחר הצהריים ולסופי שבוע, שבתות וחגים; הרביעית – לאפשר לעובדים המטפלים בבני משפחה זקנים שעות עבודה גמישות, הסדרי חופשות ללא תשלום ועוד. על פי רוב יש למעביד אינטרס לסייע לעובדיו לטפל בבני משפחתם, והדבר נחשב לכלי אסטרטגי לשיפור גיוס עובדים, להעמקת המחויבות לארגון ולהעלאת פריון העבודה. המעבידים רואים בתמיכה בעובד צעד אסטרטגי המיטיב הן עם העובד והן עם מקום העבודה.

מהנעשה בעולם

איך מתמודדים עם האתגר הזה במדינות אחרות בעולם? במדינות מפותחות רבות יש מודעות למרכזיותו ולחשיבותו של הטיפול הלא-פורמלי: חוקים, זכויות והטבות מתמקדים במטפלים הלא-פורמליים ויש הכרה רשמית במעמדם. באוסטריה ובגרמניה, לדוגמה, ניתנת גמלה כספית למטופל סיעודי, והוא רשאי להעביר כסף זה, במלואו או בחלקו, למטפל בן משפחה.

באוסטרליה, שהיא דוגמה למדינה שבה המודעות לסוגיית הטיפול הלא-פורמלי רבה, היו בשנת 2015 2.86 מיליון איש שנתנו טיפול בלתי פורמלי לבני משפחתם, וכל אחד מהם הקצה 13 שעות שבועיות לטיפול זה בממוצע. העלות הכלכלית של הטיפול, על פי ההערכות, הייתה כ-60 מיליארד דולר, שהם 3.8% מהתל"ג. המדינה נותנת גמלה כספית חודשית לבני משפחה המטפלים דרך קבע בקרוביהם. כמו כן, במדינה פועלים נופשונים לזקנים לפרקי זמן קצובים כדי לסייע למשפחה בטיפול בזקן, וכן תוכניות לתמיכה, סיוע והכוונה למטפלים. בחוק חדש יחסית, משנת 2010, ניתנו לאזרחי אוסטרליה עשרה ימי חופשה שנתיים בתשלום לשם טיפול בבן משפחה.¹⁰⁰

גם בבריטניה הפעילות והמדיניות בתחום ההתמודדות עם צורכיהם של בני משפחה מטפלים מפותחות מאוד. בבריטניה 6.5 מיליון מטפלים (10% מכלל האוכלוסייה), ורובם מסייעים לבני משפחתם, משעה אחת ועד 19 שעות בשבוע. כמו במדינות

¹⁰⁰ יי דורון, וא' לזר (2016), תמיכה פורמלית בבני משפחה מטפלים – Caregivers: סקירה בין-לאומית, אוניברסיטת חיפה ו-Caregivers – הארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים.

אחרות, יש בבריטניה מגוון של חוקים וזכויות המתמקדים במטפלים הלא-פורמליים, כגון האפשרות לעבוד בשעות עבודה גמישות, סיוע כספי ישיר למטפל שמסייע לפחות 35 שעות בשבוע והטבות בתשלומי מיסים לרשות המקומית.

במחקר משנת 2008 על הנעשה במדינות ה-OECD בתחום זה נמצא כי רבע מהאוכלוסייה בהן (כ-125 מיליון איש) מטפלת באופן בלתי פורמלי לאחד מבני המשפחה הזקנים. מתוך קבוצה זו, 3% מסייעים לזקנים פעמיים או שלוש פעמים בשבוע, 4% – יום בשבוע ו-8% – פחות מיום בשבוע. הטיפול הבלתי-פורמלי באירופה מסתכם בכ-80% מכלל שעות הטיפול בזקנים.¹⁰¹ רוב מדינות אירופה מודעות לחלקם של בני המשפחה בטיפול בזקנים ולכן פותחה בהן מדיניות סיוע למשפחות אלו. לכל מדינה מדיניות שונה, אבל ברובן יש תוכניות סיוע שעיקרן מתן מידע, תמיכה, העצמה והקלות בקבלת השירותים. ברוב המדינות פותחו גם תוכניות למתן הטבות ותמיכות הקשורות למקום העבודה (שעות עבודה גמישות, חופשות וכד'), ובכמה מהן ניתן סיוע כספי ישיר או עקיף לבני משפחה מטפלים.

כדי לקדם את הסיוע למטפלים הלא-פורמליים בישראל יש לפתח תוכניות בתחומים האלה:

❖ **מידע** – לספק למטפלים מידע יזום מטעם הרשויות בכל הקשור לזכויות ולשירותים, כדי שיוכלו להשתמש בהם לטובת הזקן הזקוק לסיוע. המידע יהיה רחב ככל האפשר וזמין לכל מי שזקוק לו. אפשר למשל להפיץ ידיעון בנושא זה בקופות החולים, במחלקות לשירותים חברתיים, במרכזי היום, בבתי דיור מוגן וכו'. אפשר לספק מידע גם באינטרנט, באתרים מיוחדים העוסקים בסיוע לאזרחים הוותיקים.

❖ **ידע** – להציע קורסים, הרצאות והשתלמויות בנושאים הנוגעים לטיפול בזקן הסיעודי בביתו כדי לתת למטפלים כלים לטיפול בבן משפחתם הזקן שזקוק לסיוע. חשוב להכין מסמך מקצועי, מטעם שירותי הרווחה והבריאות, ובו הנחיות ומידע על דרכי הטיפול בזקן הזקוק לסיוע בתחום הרפואה, הסיעוד והרווחה.

❖ **קבוצות תמיכה** – לארגן קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים בהנחיית מומחים במקומות עבודה, במרכזים קהילתיים ובמסגרות אחרות, כדי להקל על המטפלים ולהפחית את השחיקה והעומס הנפשי.

¹⁰¹ Eurocarers, Carers in Europe – Facesheet.

- ❖ **הפגה** – לפתח מסגרות הפגה לבני המשפחה באמצעות קידום טיפוח הבריאות וטיפול עצמי, ובעיקר – באמצעות ליווי אישי פרואקטיבי המבוסס על תשתית קהילתית.
- ❖ **ייעוץ מקצועי** – להקים מערך של יועצים – גרונטולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים ועובדי סיעוד – אשר ייעצו לבני המשפחה בכל הסוגיות, הבעיות והקשיים שעומדים בפניהם.

המלצות הוועדה

- ❖ לתת **סיוע כספי כללי** לבני משפחה המטפלים באופן קבוע ורציף בזקן סיעודי.
- הסבר:** על המשפחות המטפלות מוטל עומס כלכלי רב בגין הטיפול בבן משפחה הזקוק לסיוע. יש מקום להקל את הנטל הזה על ידי תשלום קבוע לבני משפחה שמטפלים בזקן באופן אינטנסיבי תקופה ארוכה. יש לקבוע את כללי הזכאות והיקף הסיוע, ובתוך כך חשוב להבחין בין תשלום כגון זה לתשלום בעבור טיפול שוטף המחליף תשלום למטפל פורמלי.
- ❖ להקצות לבן משפחה המטפל באופן אינטנסיבי ולאורך זמן באזרח ותיק סיעודי עשרה ימי **חופשה** בשנה לצורך זה.
- הסבר:** בני המשפחה צריכים לסייע בטיפול גם כאשר ניתן לזקן הסיעודי טיפול פורמלי בידי מטפל מקומי או עובד זר, למשל כאשר המטפל נעדר ללא תכנון מראש. כדי להבטיח שהאזרח הוותיק לא יישאר ללא סיוע מוצע לאשר עשרה ימי חופשה בשנה.
- ❖ לאפשר לעובדים לעבוד **שעות עבודה גמישות**.
- הסבר:** במקרים מסוימים בן המשפחה צריך להיות בבית ולטפל באזרח הוותיק הנזקק לסיוע באין מטפל אחר, ומשום כך עליו לעזוב את מקום עבודתו בשעות העבודה. יש מקום לקבוע הסדר פורמלי שיאפשר לעובדים המטפלים בבן משפחה שעות עבודה גמישות (ללא שינוי במספר שעות העבודה שלהם).
- ❖ להרחיב את שעות הפתיחה של **מרכזי היום** בקהילה כך שיפעלו גם בשעות אחר הצהריים ולפתוח מסגרות שהייה זמניות חוץ-ביתיות לזקנים סיעודיים שיסייעו למשפחה בשבתות ובחגים.

הסבר: מרכזי היום פועלים בדרך כלל בשעות 08:00–14:00 ואינם פועלים בשעות אחר הצהריים. חזרתם של הזקנים לביתם באמצע היום עלולה להכביד על המשפחה, שכן עליה לקבל את הזקן בביתו ולטפל בו בשעות שלאחר מכן. שהייה במרכז היום גם בשעות אחר הצהריים עשויה להקל מאוד על בני המשפחה המטפלים, וכך גם בסופי שבוע, שבתות וחגים.

❖ להקים מערך **יועצים** ברשויות המקומיות שיסייעו למי שמטפלים בבן משפחה זקן בכל האתגרים והסוגיות שהם נתקלים בהם במהלך הטיפול.

הסבר: אחת הבעיות של בני המשפחה המטפלים היא שאין להם מידע בדבר האפשרויות והזכויות שלהם והשירותים שאפשר להסתייע בהם. כיום יש מרכזי מידע טלפוניים ואינטרנטיים של המשרד לשוויון חברתי, המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה ואשל-רעות, אולם לדעת הוועדה לא די בכך, שכן רבים מבני המשפחה המטפלים אינם מודעים לקיומם של מרכזי המידע, ורבים מהם מעדיפים ייעוץ והידברות פנים אל פנים. לכן מוצע לפתח מערך יועצים בקהילה. אפשר להטיל משימה זו על עובדים קיימים.

❖ להכין **תדריכים** לסיוע לבני המשפחה ולהפיצם בכל הארגונים והמסגרות שסביר שבני משפחה מטפלים יבקרו בהם – סניפי קופות החולים, סניפי הביטוח הלאומי וכו'.

❖ לארגן **קבוצות תמיכה** לבני משפחה מטפלים במועדונים, מרכזי יום, מתני"סים ומתקני קופות חולים, באחריות הרשויות המקומיות

❖ לארגן **קורסים** קצרי מועד לבני המשפחה על דרכי הטיפול בזקן הסיעודי.

❖ להרחיב את אפשרויות ההשמה של זקנים סיעודיים **בנופשונים** לפרקי זמן קצרים (שבועיים-שלושה).

❖ לפתח תוכנית ניסיונית להקמת **מרכזי יום במפעלים** גדולים. העובדים במפעלים אלו יוכלו להביא למרכזים את בני משפחתם הזקנים הזקוקים לסיוע.

❖ לאפשר מאגר של מחליפים, ישראלים או זרים, לפרקי זמן קצובים (מיום אחד עד חודש) כדי לאפשר לבן משפחה מטפל לצאת לחופשה, להתפנות לעיסוקים אחרים ולאגור כוחות.

התעללות והזנחה

רקע

ארגון הבריאות העולמי הגדיר התעללות והזנחה כפעולות חד-פעמיות או מתמשכות, או אי-נקיטת פעולה הולמת, הקורות במערכת יחסים המושתתת על אמון בין הזקן לבין מטפלו וגורמות לו נזק ומצוקה. ההזנחה עלולה להיות מכוונת או בלתי מכוונת. התנהגויות אלו עשויות להיות בעלות אופי פיזי, פסיכולוגי, רגשי, מיני או כלכלי. לפתרון בעיית ההתעללות וההזנחה של זקנים נדרשים פעולה רחבת היקף להעלאת המודעות לבעיה, שינויי מדיניות והתערבויות בכל המסגרות הנוגעות בדבר ובכל הרמות – הפרט, המשפחה, הקהילה והמדינה. בתוכנית הפעולה שפורסמה בעקבות ועידת מדריד 2002 נכללה הצהרה על הכרה בחשיבות ההתמודדות עם בעיית ההתעללות בזקנים ועל הסכמה של המדינות לקשור סוגיות של הזדקנות עם מסגרות אחרות לפיתוח חברתי ועם זכויות אדם, ולחתור למימוש מלא של כל זכויות האדם והחירויות הבסיסיות לכל האנשים הזקנים, כמו לבני כל הגילים. גם ארגון הבריאות העולמי קרא לקהילה המדעית והמקצועית לפתח אסטרטגיות לאומיות למניעת התעללות בזקנים, ותיאר את הבעיה כמצב בלתי מקובל הנובע מהזדקנות האוכלוסייה בעולם.

בארץ בעיית ההתעללות בזקנים והזנחתם לא הייתה על סדר היום של קובעי המדיניות ושל אנשי המקצוע המטפלים במשך שנים רבות, ולפיכך, לא הייתה הכרה בתופעה כבעיה חברתית ולא נעשתה פעילות מאורגנת לטיפול בה. בעבר לא היה מידע מבוסס על היקף התופעה ומאפייניה. הגישה השיטתית והמאורגנת להתמודדות עם הבעיה החלה עם פרסום הדוח של הוועדה המיוחדת שהקים גיונט-אשל לבחינת הצרכים בתחום המניעה והטיפול בהתעללות בזקנים, ניצולם והזנחתם (2002). אלו המלצותיה העיקריות של הוועדה:

1. לערוך סקר ארצי לבדיקת היקף התופעה בישראל, מאפייניה וממדיה הצפויים עד 2020 ;
2. לפתח מערך הסברה רחב על בעיית ההתעללות בזקנים והזנחתם ;
3. להקים יחידות מיוחדות ברשויות המקומיות שיעסקו בטיפול בהתעללות ובמניעתה ;
4. לפתוח קו חם ארצי לזקנים החשופים להתעללות ולבני משפחותיהם ;

5. לפתח שירות ייעוץ וסיוע משפטי חינם לקורבנות של התעללות;
 6. להקים במערכת הבריאות (קופות החולים, בתי החולים ומוסדות לטיפול ממושך) ועדה פנימית רב-מקצועית לנושא ההתעללות וההזנחה;
 7. לעודד מוסדות הכשרה לשלב את הוראת הנושא בתוכניות הלימודים;
 8. לפתח, באמצעות משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וארגוני שירות, תוכניות להטמעת נהלים ושיטות התערבות למניעת הבעיה ולטיפול בה;
 9. להגביר את המודעות לנושא בקרב כל אנשי המקצוע.
- חשוב לציין שכמה מההמלצות יושמו, כגון ביצוע הסקר המקיף, הכשרת אנשי מקצוע בתחום, הקמת יחידות ברשויות המקומיות לטיפול בהתעללות ומניעתה, הטמעת נהלים והקמת ועדות רב-מקצועיות במערכת הבריאות. ואולם, חלק מההמלצות עדיין לא הוצאו אל פועל או יושמו חלקית, ויש לפעול ליישומן.

היקף הבעיה

בשנת 2005 פורסמו ממצאי הסקר היסודי והמקיף ביותר בנושא שנעשה בארץ. את הסקר ערכו באוניברסיטת חיפה פרופ' צבי איזיקוביץ, פרופ' אריאלה לבנשטיין וגב' טובה וינטרשטיין.¹⁰² מטרת הסקר הייתה לאמוד את היקף התופעה, להבין את טבעה של ההתעללות וההזנחה מנקודת הראות של הקורבן ומנקודת הראות של התוקף, לעמוד על הגורמים המובילים להתעללות והזנחה ולבנות פרופילים של זקנים בסיכון. בסקר נאספו נתונים באמצעות ראיונות אישיים עם 1,045 זקנים בקהילה, יהודים וערבים, בהתבסס על מדגם אקראי מייצג של אוכלוסיית הזקנים העירוניים בישראל. נכללו בו נשים בגיל 60 ומעלה וגברים בגיל 65 ומעלה. הסקר הוא שונה ממחקרים אחרים שנעשו בעולם, שכן רובם אינם מבוססים על מדגמים מייצגים, וגם במחקרים שכללו סקר ארצי, כמו בקנדה, הנתונים נאספו בראיונות טלפוניים.

כמו כן, איסוף הנתונים נעשה מתוך התייחסות להקשר הרחב של המארג המשפחתי ומערכות התמיכה הלא-פורמליות, וכך התאפשרה הבנה מעמיקה של מערכות יחסים זוגיות ובין-דוריות. במחקר הוצגו מיפוי אפידמיולוגי של תופעת ההתעללות וההזנחה על היקפה ומאפייניה, סוגי ההתעללות והתגובות על התעללות. מיפוי זה תורם להבנה מקיפה של התופעה. על פי המחקר, ההתעללות וההזנחה הביאו לשינוי באורח החיים

¹⁰² צ' איזיקוביץ, ט', וינטרשטיין וא' לבנשטיין (2005), סקר התעללות וההזנחה של זקנים בישראל, אוניברסיטת חיפה ואשל.

של האדם שנפגע מהן, גרמו לו סבל ופגעו בשלומו, בבריאותו, בביטחונו ובבטיחותו, ולעיתים אף היוו סכנה לחייו. כלומר, הפגיעה היא בכל תחומי החיים, וגורמת לנוק בריאותי, נפשי, כלכלי וחברתי.

על פי הנתונים, כ-18.4% מכלל בני ה-65+ נפלו קורבן לסוג אחד או יותר של התעללות. 2% מהם סבלו מהתעללות פיזית ומינית, 3% סבלו מהגבלת החופש, 7% סבלו מניצול כלכלי, 8% סבלו מהתעללות מילולית ו-18% סבלו מהזנחה, שמשמעותה אי-סיפוק צורכי חיים בסיסיים בתחומים כמו תזונה ושירותים רפואיים. כלומר, כמעט כל זקן חמישי במדינת ישראל סבל מסוג אחד או יותר של התעללות והזנחה. אשר למאפייני הפוגעים, רובם היו בני זוג ובני משפחה אחרים, בעיקר צאצאים בוגרים. במקרים שהפוגעים היו בני זוגם של הזקנים נמצאה אצל הפוגעים שכיחות גבוהה של בעיות בריאות, נכות פיזית, דמנציה ובעיות נפשיות. במקרים שהפוגעים היו ילדי הקשישים בלטו אצלם תופעות כגון אבטלה, בעיות נפשיות, התמכרויות למיניהן והימצאות בהליכי גירושין או פרידה. כמו כן, לעיתים קרובות הם חיו עם ההורה – הזקן הנפגע.

אפשר ללמוד עוד על התופעה מנתונים שנמסרו מן המשרד לביטחון פנים. בחמש השנים האחרונות נפתחו 19,557 תיקים על אלימות מסוגים שונים כלפי אזרחים ותיקים, ומהם נסגרו בעילות שונות 15,195 תיקים (78%). 7,183 תיקים נסגרו מחוסר עניין לציבור (47% מכלל התיקים שנסגרו) ו-5,419 נסגרו מחוסר ראיות (35% מכלל התיקים שנסגרו). בשנת 2017 נפתחו 3,518 תיקים, ובשנת 2016 נפתחו 3,356 תיקים, כלומר חלה עלייה של 5%. מ-19,557 התיקים שנפתחו, 5,713 מהם עסקו באלימות כלפי אזרח ותיק בידי בן משפחה (29%).

יש להדגיש כי תופעת ההתעללות היא סבוכה ומורכבת וקשה לחקור אותה, בעיקר בגלל הקושי לקבל דיווחי אמת על ההתרחשויות. כמעט כל מקרי ההתעללות מתרחשים מאחורי דלתיים סגורות, אם בבית ואם במוסד, ובדרך כלל הקורבנות אינם מדווחים על האירועים – לעיתים בגלל פחד מפני תגובת המטפלים ולעיתים מפני הבושה. במצב זה קשה לפתח דרכי התערבות למניעת הבעיה ולטיפול בה.

מהנעשה עד כה

נתוני הסקר שנעשה באוניברסיטת חיפה על התעללות בזקנים היו חמורים ביותר וחייבו התייחסות ברמה הארצית. בעקבות הסקר החלה לפעול לפני כעשור תוכנית להתמודדות מקיפה עם הבעיה ברמה הארצית במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות וג'וינט-אשל. יחידות מיוחדות שעיסוקן הבלעדי הוא טיפול במקרים של התעללות והזנחה של אזרחים ותיקים ומניעתם הוקמו ברשויות המקומיות. ואולם, הטיפול בבעיה מתקדם לאט והתוכנית מיושמת חלקית בלבד. עד כה הקימו ג'וינט-אשל, משרד הרווחה והרשויות המקומיות 84 יחידות בתוך 68 רשויות מקומיות, וכ-6,500 אזרחים ותיקים קיבלו בהן סיוע. על פי דיווח של השירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה, בשנת 2017 טופלו במחלקות לשירותים חברתיים 2,182 אזרחים ותיקים על סמך חוקי ההגנה על חסרי ישע, אך רק חלק מהמקרים מגיעים לידיעת אנשי המקצוע המטפלים, וידיעות על התעללות מתפרסמות מדי פעם וחושפות את התופעה במלוא חומרתה. משום כך, חשוב להרחיב את מערך הטיפול והמניעה ולהקים יחידות כאלה בכל הרשויות המקומיות.

לצד היחידות למניעת התעללות הוקמו צוותים רב-מקצועיים של אנשי מקצוע כגון עובדים סוציאליים, רופאים גריאטרים, משפטנים ואנשי סיעוד. הצוותים נועדו לסייע בתהליכי קבלת החלטות ובתכנון דרכי התערבות במצבי התעללות והזנחה מורכבים.

יד ריבה, עמותה לייעוץ משפטי ולהגנה על זקנים בסיכון, הפכה לחלק בלתי נפרד מעבודת היחידות למניעת התעללות. המשפטנים שעובדים בעמותה מיעצים לצוות המקצועי ברשויות, משתתפים דרך קבע בישיבות הצוות הרב-מקצועי ומקיימים הדרכות בנושאי חוק לאנשי מקצוע ולזקנים ברשויות.

בסיס החקיקה בנושא רחב למדי ומאפשר לעובדים הסוציאליים ולמגוון המטפלים לנקוט פעולות להתמודדות עם הבעיה. אחד הצעדים היה תיקון מס' 26 לחוק העונשין, שהתקבל ב-1989, העוסק בפגיעה בחסרי ישע. בתיקון נקבעה חובת דיווח על התעללות והזנחה וכן נקבעה ענישה לתוקפים. כמו כן, בחוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966, נקבעו הכללים להגנה על שלומו של החוסה, והוא מאפשר לעובדים סוציאליים לפנות לבית המשפט בבקשה לתת הוראות לטפל באדם החוסה, וחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, מאפשר מינוי אפוטרופוס לאדם שנפל קורבן להתעללות, הזנחה או ניצול כלכלי ואיננו מסוגל לדאוג לעצמו ולהתמודד עם הבעיה בעצמו.

במשרד הבריאות מונתה רכזת ארצית בשירות לעבודה סוציאלית ורכזות מחוזיות לקידום ההתמודדות עם הבעיה במערכת הבריאות. כבר ב-2003 הכין מנכ"ל המשרד סדרה של הנחיות למוסדות הבריאות.¹⁰³ ההנחיות התמקדו בזיהוי הקורבנות ובהקדמת ראשית תהליך הזיהוי לרגע התערורות החשד ולא מאוחר יותר. מוקדים חשובים לזיהוי הם חדרי המיון בבתי החולים, קופות החולים ומסגרות לטיפול ממושך. ההנחיות מחייבות כל אחד מהשירותים הללו להקים ועדה מיוחדת לזיהוי מצבי התעללות ואלימות ולדיווח עליהם. בראשה תעמוד עובדת סוציאלית וישתתפו בה רופאה ואחות. הוועדה אחראית לקבל דיווחים על התעללות והזנחה או חשד להתעללות והזנחה, לדווח לעובדת סוציאלית או למשטרה, למסור את המידע למשרד הבריאות ולשירותים בקהילה ולוודא שניתן הטיפול המתאים. הוועדה אחראית גם לקיים פעולות הדרכה והסברה להעלאת המודעות לנושא בארגון שבו היא פועלת. בהקשר זה, יש לבחון אם הוראות אלו אכן מתקיימות, אם כן – באיזו מידה, ואם יש צורך – וכיצד אפשר לשפר את עבודת הוועדות. כמו כן יש להבטיח רציפות והמשכיות של הטיפול במעבר מבית החולים לקהילה.

במאי 2016 הוקמה ועדה בין-משרדית לטיפול בתופעת האלימות במשפחה, ובכלל זה התעללות באזרחים ותיקים. הוועדה הגישה את המלצותיה באוקטובר 2016. כמה מן ההמלצות הנוגעות לאזרחים הוותיקים הן להרחיב ולמסד את המודל של היחידות למניעת התעללות בזקן, להכשיר חוקרי אלימות במשפחה לנושא התעללות באזרחים ותיקים, לקדם שיתוף פעולה והעברת ידע בין המשרדים, להשתמש בטכנולוגיה המודרנית לשם שיפור הטיפול וההגנה בתחום האלימות ולהרחיב ולהתאים מסגרות קליטה לאזרחים ותיקים נפגעי אלימות במשפחה.

בעשור האחרון הוכשרו אלפי אנשי מקצוע מטפלים בתוכניות המיועדות לזיהוי מצבי התעללות ולטיפול מתאים בקורבנות ובפוגעים. כמו כן נכתבו והופקו על ידי אשל-גיוינט ספרים בתחום ומדריכים לזיהוי התעללות והזנחה, וכן מדריך להקמת יחידות ברשויות המקומיות לטיפול בהתעללות בזקנים ולמניעתה. הופקו ארבעה סרטי הדרכה והסברה לאנשי מקצוע מטפלים וכן לאזרחים הוותיקים ובני משפחתם.

¹⁰³ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 22/03, [נוהל הטיפול בזקנים נפגעי התעמרות](#).

המלצות הוועדה

הוועדה רואה בדאגה רבה את תופעת ההתעללות באזרחים ותיקים והזנחתם, בין שהמקרים מתרחשים בביתם של הקורבנות ובין שהם מתרחשים במוסדות, אם מידי בן משפחה ואם מידי מטפל מקצועי. נדרשת פעולה נמרצת ודחופה לצמצום התופעה, למניעתה במידת האפשר ולטיפול בנפגעים.

❖ **יחידות טיפול ומניעה** – הוועדה ממליצה להרחיב את התוכנית להקמת היחידות המיוחדות לטיפול בהתעללות והזנחה ומניעתן ולהקים אותן בכל אחת מהרשויות המקומיות בארץ – בסך הכול כ-150 יחידות בשלוש שנים.

הסבר: כיום פועלות בארץ 84 יחידות ב-68 רשויות מקומיות. יחידות אלו עוסקות במישרין בטיפול בהתעללות באזרחים ותיקים בקהילה ובהזנחתם וכן במניעת התופעה. בארץ יש 250 רשויות מקומיות, ומומלץ לפרוס יחידות כאלה בכל הרשויות המקומיות ברחבי הארץ (להוציא רשויות קטנות מאוד). כאמור, מדובר על הקמת כ-150 יחידות בשלוש השנים הבאות.

❖ **כוח אדם** – יש להרחיב ולהשלים את מערך כוח האדם ביחידות הקיימות ובאלו שיוקמו בעתיד.

הסבר: כוח האדם ביחידות אינו מספיק. כמעט כל העובדים מועסקים במשרות חלקיות ולכן אינם מסוגלים לעמוד בעומס העבודה. יש להשלים את משרותיהם למשרות מלאות. כמו כן, יש להבטיח תקנים נוספים לאיוש היחידות החדשות שיוקמו בשנים הקרובות.

❖ **כשירות עובדים** – לאפשר לכל המעסיקים בתחום הזקנה לקבל מידע על כשירותם של העובדים.

הסבר: כיום אי-אפשר לקבל מידע על ההיסטוריה של העובדים, ולעיתים מטפל שהתעלל או עבר עבירה פלילית מפוטר ממקום עבודה אחד אך מתקבל לעבודה במקום אחר בלי שידוע דבר על עברו. לפיכך מוצע לאפשר העברת מידע כזה למעסיקים על פי דרישתם.

❖ **התעללות והזנחה במוסדות** – לפעול למניעת התופעה על ידי התקנת אמצעים אלקטרוניים לגילוי התעללות, הכשרה והדרכה מתאימות לעובדים וענישה מחמירה לפוגעים.

הסבר: בעת האחרונה היו כמה מקרי התעללות בדיירים במוסדות סיעודיים. רוב המקרים התגלו בעזרת מצלמות שהותקנו בחדרי הדיירים. על כן הוועדה תומכת בהתקנת מצלמות בחדרים. מספר העובדים המתעללים קטן מאוד ואין להשליך

מן המקרים שהתגלו על כלל העובדים, הפועלים במסירות ובתנאים קשים. יש להחמיר בענישה של מי שהתגלה שהתעללו בדיירים.

❖ **פיקוח ובקרה** – יש להגביר את הפיקוח והבקרה על המוסדות הסיעודיים, ובין השאר להגדיל את מספר ביקורי הפתע של המפקחים ואת תדירות הבקורות.

הסבר: מטרת הפיקוח והבקרה היא כפולה – מחד גיסא, לגלות ולזהות מקרי התעללות והזנחה, ומאידך גיסא, ליצור הרתעה. לכן יש לשים דגש על הבטחת מערכת פיקוח ובקרה יעילה המבוססת על ביקורים מתוכננים ועל ביקורי פתע, בשעות מקובלות ובשעות בלתי צפויות.

❖ **העלאת מודעות** – הוועדה ממליצה על קמפיין תקשורתי שיכוון להגברת המודעות, של הציבור בכלל ושל אנשי מקצוע בפרט, לתופעת ההתעללות וההזנחה, במטרה לגלות אזרחים ותיקים שנפלו קורבן להתעללות.

הסבר: החשיבות של זיהוי מוקדם ושל הכשרת צוותים למטרה זו במסגרת שירותי הרווחה והבריאות מודגשת במדינות רבות בעולם. אוכלוסיית היעד העיקרית היא רופאי המשפחה, עובדי חדרי המיון ועובדים סוציאליים בשירותי הרווחה. יש לחדד את המודעות בייחוד אצל אנשי המקצוע הללו, ובצד זה להגביר את המודעות בכלל הציבור.

❖ **ייעוץ משפטי** – להסדיר ייעוץ וייצוג משפטי חינם לזקנים ולאנשי המקצוע המטפלים.

הסבר: שילוב נכון של עבודה טיפולית וסיוע משפטי עשויות לצמצם את התופעה, ובעיקר את הנזקים הנגרמים לקורבנות ולפוגעים. ברוב המקרים שבהם כרוך עניין משפטי הנפגעים הם מעוטי יכולת שאין לאל ידם לשלם את הסכומים הנדרשים לייעוץ וייצוג משפטי.

❖ **מסגרת קליטה לנפגעי התעללות** – להקים מסגרת מתאימה לקליטת אזרחים ותיקים נפגעי התעללות בבית.

הסבר: במקרים של התעללות בידי בן משפחה לעיתים הנפגע איננו יכול להמשיך להתגורר בביתו. לפיכך מוצע להקים מסגרת מתאימה שתוכל לקלוט אנשים אלו עד שיימצא להם פתרון, כמו שנעשה במקלטים לנשים מוכות.

❖ **הכשרה והדרכה** – לשלב את נושא ההתעללות וההזנחה בכל מערכות ההדרכה וההשתלמויות של עובדי מקצוע בתחום הזקנה (מטפלות, עובדים סוציאליים, רופאים, אחיות וכדומה). כמו כן, מוצע לקיים גם הדרכות והכשרות לשוטרים, לאנשי מקצוע בפרקליטות ולעובדי בנקים.

הסבר: בחוק נקבעה חובת דיווח אולם במציאות חובה זו איננה ממומשת כראוי. ראשית, יש להבהיר לכל העובדים ולציבור כולו כי חובתם לדווח לפקיד הסעד ברשות המקומית או למשטרה על כל מקרה של התעללות והזנחה במוסד, בבית ובקהילה. הדיווח על התעללות והזנחה הוא תחילתו של כל טיפול בבעיה.

❖ **לבחון את מערכת החוקים הקיימת ולעשות שינויי חקיקה נדרשים.**

הסבר: בחובת הדיווח (על פי חוק העונשין – פגיעה בחסרי ישע) לא נכלל דיווח על ניצול כלכלי. לפיכך, נדרשים שינויי חקיקה להכללת הניצול הכלכלי בחובת הדיווח. כמו כן נדרש שינוי בפקודת הבנקאות שיאפשר לעובדי בנק ומנהלי סניפים להודיע על חשד לניצול כלכלי של זקנים. יש לבחון את הצורך בחקיקה נוספת לשם צמצום התופעה ככל האפשר. יש לפעול לאכיפת חובת הדיווח על ניצול כלכלי (על פי חוק העונשין), כשתיקבע בחוק.

עצמאיים – נכס ולא נטל

רקע

לצד העלייה בתוחלת החיים התארכה תקופת החיים שלאחר הפרישה משוק העבודה. תקופה זו מוערכת בכ-20 שנה. כ-75% מהאנשים הפורשים מעבודה עודם עצמאיים בתפקודם ויכולים לאמץ אורח חיים שיאפשר בריאות טובה ואיכות חיים גבוהה. כ-25% מבני ה-65+ מוגבלים וחיים בעיקר בביתם, וכ-3% מבני ה-65+ חיים במוסדות לטיפול ממושך.

יש לבחון את השנים שלאחר הפרישה מעבודה משני היבטים: רווחתו של האזרח הוותיק עצמו; תרומתו האפשרית של האזרח הוותיק למשק ולחברה לאחר גיל הפרישה הרשמי. בכל הנוגע **לתרומה למשק ולחברה**, יש להביא בחשבון שמדובר באנשים אשר במשך שנות עבודתם צברו ידע וניסיון רב. אסור שמאגר זה ירד לטמיון ולא ינוצל לטובת החברה והכלכלה.

שני נושאים מדגימים את התועלת שאפשר להפיק מאוכלוסייה זו לחברה. הראשון הוא **התנדבות**. רבים מהפורשים משוק העבודה מתנדבים במגוון תחומים. במחקר שנעשה לאחרונה על העמותות המקומיות לזקן בישראל נמצא שעובדים בהן 5,640 מתנדבים, רובם לאחר גיל הפרישה. מתנדבים אלו תורמים בסך הכול 57,000 שעות עבודה בשנה, וערכן כ-18 מיליון שקל.¹⁰⁴ בדיקת היקף ההתנדבות בארגונים אחרים מעלה שבארגון יד שרה מתנדבים כ-6,000 איש ובשירות הייעוץ לקשיש שבמוסד לביטוח לאומי מתנדבים כ-5,000 איש, גם הם רובם אחרי גיל הפרישה. לפי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כ-16% מהאזרחים הוותיקים מתנדבים.¹⁰⁵ התרומה הגלומה בעבודתם של אותם עשרות אלפי המתנדבים היא כפולה: ראשית, הם יוצרים לעצמם עיסוק משמעותי. שנית, הם תורמים לחברה כוח אדם נוסף ומשלים לכוח האדם בשכר.

¹⁰⁴ י' בריק, א' יקוביץ' וס' נעים (2018), "העמותות המקומיות למען הזקן: התרומה לאוכלוסיית האזרחים הוותיקים", גרונטולוגיה וגריאטריה מה(1), עמ' 71–91.

¹⁰⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לקט נתונים מתוך הסקר החברתי 2015 בנושא התנדבות לרגל יום המתנדב הבין-לאומי, החל ב-5 בדצמבר](#).

הדוגמה השנייה היא **המטפלים העיקריים** בזקנים סיעודיים. הטיפול הבלתי-פורמלי בזקן הסיעודי נתון בעיקר בידי בני משפחה, ורבים מהם בני הזוג של הזקנים הסיעודיים, שהם עצמם לאחר גיל הפרישה. טיפול זה מסייע רבות לזקנים הסיעודיים ומהווה חיסכון ניכר לחברה, שכן ללא עזרתם היו נדרשים משאבים רבים למימון הטיפול. בסקירה בין-לאומית שנעשתה ביוזמת הארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים נמצא **שבאוסטרליה**, לדוגמה, בשנת 2015 נתנו 2.86 מיליון איש טיפול בלתי פורמלי לבני משפחתם, ותרומתם זו מוערכת בסכום של 60 מיליארד דולר בשנה. במחקר שנעשה באנגליה בשנת 2011 הוערכה התרומה הכלכלית של זקנים שמטפלים באחרים ללא תמורה ב-41 מיליארד לירות שטרלינג. באותו מחקר גם צוין שבארגון WRVS, העוסק במתן סיוע ושירותים לזקנים בקהילה, פועלים 500 מתנדבים מעל גיל 65, המספקים שירותים בערך של 10 מיליארד לירות שטרלינג בשנה.¹⁰⁶ במחקר שנעשה בשנת 2008 ב-OECD נמצא שרבע מהאוכלוסייה במדינות ה-OECD נותנת טיפול בלתי פורמלי לזקנים הסיעודיים.¹⁰⁷ הרוב הגדול של המטפלים הם בני זוג שגילם יותר מ-65. על פי נתוני הסקר החברתי משנת 2006, בישראל היו כ-164,000 אזרחים ותיקים שטיפלו בזקנים סיעודיים.

נתונים אלו על התנדבות ועל מטפלים עיקריים בזקנים מראים שהאזרחים הוותיקים הם משאב חברתי וכלכלי יקר. מכאן שיש לבחון ביתר העמקה את התועלת שהאזרחים הוותיקים יכולים לביא לחברה ולכלכלה לנוכח הידע וניסיון העבר שלהם, ובהתחשב בכך שיש להם הפנאי הדרוש. מובן שהתועלת המרבית שהאזרחים הוותיקים יכולים להפיק מעבודתם לטובת החברה והכלכלה היא במסגרת שוק העבודה. אם יוסרו החסמים הקיימים ויותר לאזרחים ותיקים להמשיך לעבוד, במשרות חלקיות או מלאות, הם יוכלו להמשיך לתרום למשק מהידע שלהם ומניסיונם, ובה בעת לתרום לעצמם מבחינה כלכלית ומבחינה חברתית ונפשית.

המסקנה המתבקשת היא שיש ליצור אפשרויות והזדמנויות לניצול המשאב החברתי-כלכלי הזה לטובת החברה.

ההיבט השני הוא המשמעות של הפרישה מעולם העבודה בעבור האזרח הוותיק עצמו. הפרישה מעבודה מהווה **שינוי עצום** בחייו של כל אדם, ולעיתים השינוי אפילו

¹⁰⁶ J. Cook (2011), "The Socioeconomic contribution of older people in the UK", *Working with Older People* 15(4), pp. 141–146.

¹⁰⁷ י' דורון, וא' לזר (2016), תמיכה פורמלית בבני משפחה מטפלים – Caregivers : סקירה בין-לאומית, אוניברסיטת חיפה ו-Caregivers – הארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים.

טראומטי. העבודה היא יסוד מרכזי ומשמעותי בחיי בני אדם. ראשית, העבודה היא ערך חברתי בפני עצמו. שנית, היא מספקת תגמולים כלכליים, מאפשרת הזדמנויות חברתיות ומקנה לעובד מעמד, כבוד והערכה. עם הפרישה מעבודה כל היתרונות האלה נמוגים.

פרישה מעבודה היא אחד השינויים בחיי אדם המסמנים מעבר לתקופה חדשה. העלייה בתוחלת החיים, שבעקבותיה מתרבה הזמן הפנוי, מחדדת את הצורך בשינוי הגישה לתקופת חיים זו, הנמשכת בערך 20 שנה. בתקופה זו אין לאדם בהכרח משימות ותפקידים חברתיים מוגדרים, ולכן היא מלווה בתחושת אי-ודאות. אנשים רבים אינם נערכים לקראת תקופה זו ולכן אפשרויות הבחירה שלהם וההזדמנויות שלהם לפעילות משמעותית מוגבלות. זו תקופת חיים שלכמוה לא זכינו בעבר, והיא יכולה להיות תקופה של יצירה והנאה בעלת ערך ומשמעות אם נדע להיערך לקראתה, אך היא יכולה להיות גם תקופה של שעמום, בדידות וייאוש, שיביאו בעקבותיהם ירידה בתפקוד ותחלואה. החוקר ד"ר צבי לניר רואה תקופה זו בהיבט החיובי והאופטימי שלה, ומכנה אותה **תקופת התבונה**. לדבריו, בתקופה זו טמונה אפשרות להתחיל פרק חדש של חיים פעילים, נבונים, מאוזנים ומספקים אף יותר מחייו של אדם לפני פרישתו. לטענתו, את תקופת הזקנה הסיעודית אפשר להרחיק עד לסוף החיים ממש.¹⁰⁸ כמו כן, יש לבחון את ההיערכות לקראת השינוי והמעבר מתקופת החיים של עבודה לתקופת חיים שונה לחלוטין.

העומדים לפני פרישתם מהעבודה שונים זה מזה בגישתם. חלקם מצפים לפרישה בשמחה ובקוצר רוח ורואים בה התחלה של תקופת שחרור והנאה והזדמנות להגשים חלומות שלא הצליחו להגשים קודם לכן. אחרים חוששים וחרדים מפני הבאות. הדאגות העיקריות קשורות לירידה בהכנסה השוטפת, לפגיעה בסטטוס החברתי, לפגיעה במעמד המשפחתי, הקהילתי והחברתי ולחוסר מעש. על אלו נוספות הדאגה מפני הירידה הצפויה בתפקוד הפיזי והמנטלי, המחלות והבדידות בערוב ימיו של האדם.

המאפיין העיקרי במעבר מתקופת העבודה לתקופה שאחרי הפרישה הוא התרבות **הזמן הפנוי**. לאחר הפרישה הזמן הפנוי רב מאוד והאדם מתמודד עם השאלה מה יעשה בזמן שהתפנה. כאמור, חלק מהאנשים רואים זאת בחיוב, אולם לא מעט נמצאים על הרצף שבין שעמום, בטלה וחוסר מעש לבין חשש ודאגה, ולעיתים אף

¹⁰⁸ צבי לניר (2017), עת התבונה: הגיל החדש בחיי האדם, הרצליה, ספרי ניב.

חרדה מפני הבאות. רובם גם אינם נערכים לקראת התקופה החדשה. רוב המשאבים מושקעים כיום בקשישים סיעודיים, ואילו ההשקעה ברוב אוכלוסיית המבוגרים היא מזערית. יש צורך בפיתוח תוכנית מקיפה עבור חלק זה של אוכלוסיית המבוגרים.

אחת הדרכים לשינוי בתחום זה היא לאפשר לאנשים להמשיך לעבוד כל עוד הם יכולים ומעוניינים לעשות זאת. אנשים מבוגרים שימשיכו לעבוד – הכנסתם בהווה תהיה גבוהה יותר וכמוה הפנסיה העתידית שלהם. בשינוי כזה תהיה משום תרומה ניכרת להגדלת הצריכה ולצמיחה במשק. בהקשר זה יש להתחשב בעובדה שתוחלת החיים עלתה במידה רבה אך חובת הפרישה מחמת הגיל לא השתנתה. יש אפוא מקום לשנות את מדיניות הפרישה ולשקול לבטל את חובת הפרישה מחמת גיל ולקבוע פרישה מחמת ירידה בתפקוד.

עד שיעשו השינויים בנוגע לחוק הפרישה יש לפתח תוכניות והסדרים **לתעסוקה** של אזרחים ותיקים המעוניינים בתעסוקה בהיקף מלא או חלקי, מתוך הסכמה ונכונות של המעבידים והסרת החסמים המונעים זאת כיום. צרכי האזרחים הוותיקים ואפשרויות העסקתם נדונו בהרחבה בוועדה לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה;¹⁰⁹ מסקנותיה הובאו לדיון בממשלה והתקבלו. הוועדה קבעה שיש לתת לאוכלוסייה המבוגרת בישראל הזדמנויות תעסוקה רבות יותר, להגמיש את יחסי העובד–מעסיק לאחר גיל הפרישה ולהסיר את החסמים הכלכליים העומדים בפני העובדים המבוגרים. הוועדה המליצה לפעול בשלושה כוונים :

- ❖ מתן גמישות מקסימלית בהעסקה, הן לעובד והן למעסיק, במסגרת חוקי העבודה, כדי להשיג את התועלת המרבית לשני הצדדים ;
- ❖ יצירת כדאיות לתעסוקה על ידי הסרת תמריצים שליליים ;
- ❖ שינוי תודעתי בדבר יכולתו של העובד המבוגר להיות חלק אינטגרלי של שוק העבודה.

הוועדה המליצה על כמה מהלכים :

- ❖ להקים פלטפורמות מקוונות לחיבור בין מבקשי עבודה מבוגרים לבין המעסיקים.

¹⁰⁹ המשרד לאזרחים ותיקים בשיתוף המועצה הלאומית לכלכלה (אוקטובר 2014), מסקנות הוועדה לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה.

- ❖ לשנות את החקיקה בנוגע לשיעור קיצוץ הקצבה כנגד הכנסה מעבודה: הפחתת הקיזוז מ-60% ל-30% לנשים בנות 62–68 ולגברים בני 67–70 (הגיל המותנה) כדי להגביר את כדאיות התעסוקה לעובדים בגילים אלו;
- ❖ לבטל בחקיקה את תוספת דחיית הקצבה;
- ❖ להגמיש את תנאי ההעסקה של עובדים אחרי גיל הפרישה על ידי גיבוש מסלול תעסוקה חלופי במשק;
- ❖ לגבש מסלול תעסוקה חלופי לגמלאים בשירות המדינה.
- ❖ להגדיר מקצועות נדרשים בשירות המדינה ולאשר המשך העסקה רגילה במקצועות אלו בהתאמות הנדרשות.

מאחר שנושא תעסוקת המבוגרים נדון בוועדה בהרחבה ומאחר שהממשלה אישרה את ההמלצות, מוצע לפעול לאימוץ המלצות אלו במסגרת תוכנית-האב הלאומית.

יש לפעול בארבעה תחומים נוסף על תחום התעסוקה: התנדבות, פנאי, תזונה נכונה ופעילות גופנית. טיפוח התחומים הללו כולם מהווה **"זקנה פעילה"** (Active Ageing). ארגון הבריאות העולמי (WHO) מגדירה כך: **"הבטחת איכות חיים ובריאות טובה, כבוד וביטחון, בכל גיל, על ידי פעילות מתמשכת, המתבטאת בעיסוק ובתעסוקה, פעילות התנדבותית והשתתפות בפעילות פנאי, תרבות וחברה"**.¹¹⁰

יש לעודד את **התנדבות** בקרב האוכלוסייה הוותיקה וליצור אפשרויות למעורבות רחבה של האזרחים הוותיקים בפעילויות חברתיות וקהילתיות. ההתנדבות היא ערך עתיק יומין, ומעשה ההתנדבות הוא יסוד חשוב בחיי הפרט וביחסי הגומלין בינו ובין הקהילה שאליה הוא משתייך. ערך הנתינה מושרש במסורת היהודית, ומצוות גמילות חסדים היא אחת המצוות החשובות האמורות להנחות את התנהגותנו. גמלאים רבים מביעים את רצונם להתנדב ולכן יש לפתוח לפנייהם אפשרויות רבות ככל האפשר לפעילות התנדבותית. כיום שיעור המתנדבים בקרב בני 65+ הוא 15% (לעומת 19% באוכלוסייה הכללית) – 17.1% בקרב הגברים ו-13.4% בקרב הנשים. 41% מהמתנדבים בני ה-65+ מתנדבים בתחום הבריאות והעזרה לנזקקים, כגון במגן דוד אדום ובארגון י.ע.ל בבתי חולים, 31% מתנדבים בתוכניות חינוך ותרבות ו-28% מתנדבים בתחומים אחרים, ובהם הגנה על הטבע ופעילויות דת. כמו כן, יש מקום

¹¹⁰ World Health Organization (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*.
141

להרחבת האפשרויות של האזרחים הוותיקים לרכישת השכלה וללימוד, ובכלל זה הכשרה לאוריינות ומיומנויות טכנולוגיות.

נוסף על כך, יש לפתח עבור אוכלוסיית המבוגרים העצמאיים תוכניות רחבות לשמירה על זקנה פעילה, בכלל זה פרויקט לאומי **לתזונה** נבונה בגיל המבוגר, **לפעילות גופנית**, לניצול נאות של **הפנאי ולאורח חיים בריא**. המלצות מפורטות לזקנה פעילה מופיעות בדוח הוועדה לשילוב מבוגרים בתעסוקה ובקהילה, ומומלץ ליישמן, לאחר שהתקבלו בהחלטות הממשלה.

בצד זה יש לפתח תוכניות מניעה בסיסיות בתחום הבריאות, ובהן תוכניות לחיסונים נגד מחלות, לבדיקות תקופתיות ולמאבק בעישון ובצריכה מוגזמת של אלכוהול. תוכניות מניעה לאוכלוסייה זו ישפרו את איכות חייהם של אזרחים ותיקים, יקטינו את התחלואה והתמותה בקרבם ויצמצמו את ההוצאה הציבורית והפרטית על בריאות.

כבר כיום פועלות כמה תוכניות המיועדות לאזרחים הוותיקים העצמאיים, חלקן של המשרד לשוויון חברתי בשיתוף אשל וחלקן מתקיימות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. גישת המשרד לשוויון חברתי היא שתקופת החיים המאוחרת היא הזדמנות להתחדשות וצמיחה, וכדי לקדם מטרה זו פיתח המשרד שורה של תוכניות, והחשובה שבהן היא הקמת מרכזי הכוון לתכנון וניהול של תקופת החיים החדשה ("אפ 60+"). הקמת המרכזים נתונה כעת בשלבי ביצוע בשיתוף אשל, וכמה מרכזים נוספים אמורים להיפתח בקרוב. נוסף על כך פיתח המשרד את "שלישי בשלייקס" – תוכניות פנאי לוותיקים, את "כיתת ותיקים" – תוכנית לשילוב אזרחים ותיקים בכיתות בית ספר, את "קליק לוותיק", אוריינות דיגיטלית – תוכנית לשיפור היכולת בתחום הדיגיטלי, וכן סדנאות הכנה לפרישה.

המלצות הוועדה

(המלצות בנושא תעסוקה ראו בפרק "תעסוקה ופרישה")

❖ להקים פורטל שירוכזו בו כלל אפשרויות **ההתנדבות** בכל הארגונים בארץ וייקלטו כל הפניות של אזרחים ותיקים המעוניינים להתנדב.

הסבר: יש אזרחים ותיקים היוצאים לגמלאות ומעוניינים להיות עסוקים, אך מעדיפים לעבוד בהתנדבות ולא בשכר. לשם כך יש ליצור מנגנון מרכזי של יצירת קשר בין המבקשים להתנדב לבין ארגונים ומוסדות המעוניינים להעסיק מתנדבים.

- ❖ לחייב את משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וארגונים ציבוריים לבחור תפקידים מתאימים **להתנדבות** של אזרחים ותיקים ולשלבם בפעילות המשרדים.
- הסבר:** יש אפשרויות רבות להעסקת מתנדבים בעלי ידע וניסיון במשרדי הממשלה, ברשויות המקומיות ובמגוון ארגונים. מומלץ להסדיר באופן מובנה ומאורגן העסקת מתנדבים מקרב האזרחים הוותיקים.
- ❖ להרחיב את האפשרויות של האזרחים הוותיקים לפעילויות תרבות, חברה ואומנות בשעות **הפנאי** על ידי סבסוד ממשלתי של התשלומים הנגבים מאזרחים ותיקים עבור פעילויות אלו (תיאטרון, קולנוע, קונצרטים, טיולים, הרצאות וחוגים).
- הסבר:** כבר כיום יש מגוון תוכניות מטעם משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וארגונים שונים, אולם רצוי להגדיל את מספר האפשרויות העומדות לפני אזרחים ותיקים, אם על ידי הוספת תוכניות חדשות ואם על ידי הרחבת היקפן של התוכניות הקיימות. אפשר לעגן הסדרים אלו בחוק האזרחים הוותיקים.
- ❖ לפתח תוכניות **לימוד והשכלה** המיועדות ומותאמות לאזרחים ותיקים.
- הסבר:** חלק מהאזרחים הוותיקים מעוניינים למלא את זמנם הפנוי, כולו או בחלקו, בלימוד ורכישת השכלה. גם תוכניות מסוג זה כבר קיימות, אך לנוכח הצפי להזדקנות האוכלוסייה בעתיד יש מקום להרחיבן ולהוסיף להן מסגרות.
- ❖ לפתח תוכניות הדרכה **לתזונה נבונה** שיופצו באמצעי בתקשורת ויופעלו במועדונים, מתנ"סים ומרכזי תרבות.
- הסבר:** תזונה נבונה היא אחד מיסודות אורח החיים הבריא שרצוי שכל אזרח ותיק יאמץ. התועלת שבכך מוכחת וידועה, ולכן יש לעודד את האזרחים הוותיקים להקפיד על תזונה נבונה ובריאה.
- ❖ לפתח תוכניות **ספורט ופעילות גופנית** מותאמות לאזרחים ותיקים שיופעלו על ידי הרשויות המקומיות, כגון יוגה וטאי צ'י בפארקים, משחקי פטאנק, הליכה וריצה בקבוצות וטניס שולחן.
- הסבר:** הקשר בין פעילות גופנית לבריאות בגיל המבוגר מוכר ומוכח. מומלץ לפתח תוכניות בהיקף רחב כדי להגדיל ככל האפשר את מספר האזרחים הוותיקים הפעילים.
- ❖ לפתח **מרכזי הכוון** ברחבי הארץ.

הסבר: משרדי הממשלה החלו בפיתוח מרכזי הכוון עבור האזרחים הוותיקים והם זוכים לביקוש ולהצלחה. לפיכך, מומלץ להרחיב תוכנית זו ולהקים מרכזי הכוון בכל יישוב גדול בארץ.

נושאים לדיון עתידי

הזקנה מזמנת אתגרים רבים. הוועדה עסקה באתגרים העיקריים והגדולים ביותר, אולם יש אתגרים נוספים שהוועדה אומנם לא דנה בהם אך ראוי להביאם בחשבון כאשר תגובש תוכנית הפעולה ליישום תוכנית-האב. אתגרים אלו יוצגו להלן בקיצור לצד האפשרויות לדיון בהם ולהרחבתם בעתיד.

היערכות עירונית כוללנית (מאת חנה מורן)

רוב באוכלוסייה, ובכלל זה האזרחים הוותיקים, מתגוררים בערים. הערים, ובפרט רחובותיהן, אינם ערוכים לשינויים הדמוגרפיים. הסביבה העירונית איננה הולמת את צורכי האזרחים הוותיקים ואינה מקדמת אותם. הרחובות והתנועה בהם מתוכננים לפי אמות מידה המותאמות לכלל האוכלוסייה, בלי שהובאו בחשבון מאפייני האזרחים הוותיקים.

ארגון הבריאות העולמי (WHO) פרסם מודל של "עיר ידידותית לגיל" (age friendly cities), ובשנת 2017 אף פרסם מדריך שבו מוסבר בפירוט כיצד להתאים את הסביבה לצורכי האזרחים הוותיקים. מודל זה עשוי לשמש בסיס לתכנון הסביבה המתאימה לאזרחים הוותיקים.

מוצע להמליץ לפני מינהל התכנון במשרד האוצר לגבש עקרונות מנחים לפיתוח עיר ידידותית לגיל בתחומים הללו:

- 1. דיור ומגורים** – שילוב דירות קטנות בתמהיל הדירות;
- 2. ניידות** – הבטחת דרכים ידידותיות לאזרחים ותיקים הנעים ברגל ובתחבורה במרחב הציבורי;
- 3. המרחב הציבורי** – פיתוח תוכניות לעיצוב מותאם של המרחב הציבורי, ובכלל זה רחובות העיר, הגינות הציבוריות ומבני הציבור;
- 4. מודלים של דיור** – פיתוח מודלים חדשניים של דיור מותאם לאזרחים ותיקים, כגון דיור קואופרטיבי.

מחקר, פיתוח וחינוך לקידום אריכות חיים בריאים ומניעת מחלות זקנה (מאת ד"ר אירה סטמבלר)

מדינת ישראל משקיעה רק כ-0.5% מתקציב המחקר הכולל שלה בחקר הזקנה ומחלות תלויות גיל. בתוכנית העבודה הכללית מס' 13 של ארגון הבריאות העולמי לשנים 2019–2023 נקבע כי "הבטחת הזדקנות בריאה היא משימה דחופה בכל המדינות". התוכנית מגדירה את תוחלת החיים בבריאות טובה כמדד עיקרי ליעילות מערכת הבריאות וקובעת מטרות ברורות להגדלת תוחלת החיים בבריאות טובה. כדי להגשים מטרות אלו יש לקדם את המחקר והפיתוח הרפואי.

עיקרי התוכנית:

1. הגדלת תקציבי מחקר ופיתוח;
2. הגברת המודעות למחלות תלויות גיל וחינוך להזדקנות בריאה;
3. הקמה ושיפור של מערכות ציבוריות לגילוי מוקדם של מחלות זקנה ומניעתן.

פגועי נפש בקהילה (מאת סילביה מזניקוב, פרופ' אלי שמיר ומירי דביר)

לאנשים אשר מגיעים לגיל הזקנה עם היסטוריה של מחלה פסיכיאטרית כרונית ומוגבלות נפשית מתמשכת דרושה התייחסות מיוחדת, שכן צורכיהם של אזרחים ותיקים אלו שונים מצורכי יתר האזרחים הוותיקים. יתר על כן, צפוי שמחלתם של אנשים אלו תידרדר ושילקו במחלות הקשורות לזקנה ביתר שאת.



הכנסת
העשרים