

היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי

תקציר

על פי נתוני קופות החולים, באמצע 2005 היו בישראל יותר מ-710,000 איש בני 65 ומעלה (להלן - קשישים¹). להערכת משרד הבריאות (להלן - המשרד) כשישה אחוזים מהם חולים סיעודיים². מרבית הקשישים, ובכלל זה המוגבלים, חיים בקהילה. מערך הטיפול בקשיש הסיעודי הוא נרחב, ובו מערכת של שירותים רפואיים קהילתיים, לרבות טיפולי בית ואשפוז בית, אשפוז גריאטרי, טיפול שיקומי במסגרת אשפוז, מרכזי שיקום וטיפול שיקומי בבית. הטיפול בקשיש הסיעודי מפוצל בין מספר גופים: קופות החולים אחראיות לשירותים הקהילתיים, לאשפוז קשישים שמצבם מוגדר סיעודי מורכב³ ולטיפול בקשישים הזקוקים לשיקום ובחולים הזקוקים לאשפוז; משרד הבריאות אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ותשושי נפש לפי קריטריונים ובכפוף לתקציב. כן אחראי המשרד על רישוי מוסדות שמיועדים לאשפוז קשישים, קביעת סטנדרטים למחלקות הגריאטריות לסוגיהן, ועריכת בקרה ופיקוח; משרד הבריאות ומשרד הרווחה אחראיים לפיקוח ולרישוי של מעונות לקשישים בהם מחלקות לחולים סיעודיים ולחולים תשושי נפש.

הטיפול בקשישים הסיעודיים בקופות החולים

1. הטיפול בקהילה: המדיניות של משרד הבריאות וקופות החולים היא לפתח שירותים לטיפול בקשישים בקהילה - במרפאות ובבית - ולהעדיףם מאשפוז מוסדי, כל עוד מצבו הבריאותי והתפקודי של הקשיש מאפשר זאת. ב-2004 החלו שירותי בריאות כללית (להלן - כללית) ומכבי שירותי בריאות ליישם באחדים מהמחוזות תכניות אב ארוכות טווח לטיפול כוללני בקשישים בקהילה. מן הפעולות שנקטה הכללית עולה כי הטיפול באוכלוסיית הקשישים בקהילה איכותי יותר מטיפול מוסדי, והוא גם מביא לחיסכון ניכר בהוצאות של הקופה. לעומת זאת, קופות החולים מאוחדת ולאומית לא גיבשו תכניות אב לקידום הבריאות ולמניעת התחלואה בקרב הקשישים. הן החלו לקדם את הנושא, אם כי בהיקף מצומצם.

2. טיפולי בית: בשנים האחרונות קופות החולים מפתחות את השירות של טיפולי בית רפואיים וסיעודיים לאוכלוסיית הקשישים. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לא נקבע סל שירותים לטיפול בית, לפיכך כל קופה

1 למילה "קשיש" אין הגדרה בחוק. להלן נגדיר אדם שגילו 65 ומעלה בתור קשיש.

2 לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים) התשכ"ו-1966 "חולים סיעודיים" הם חולים גריאטריים, סופניים או תשושי נפש, לרבות חולים שמצב בריאותם ותפקודם ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, הדורש מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, במשך 24 שעות ביממה לתקופה ממושכת ושהם סובלים מבעיות, כגון מגבלות בניידות ובביצוע פעולות יום-יומיות.

3 לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, "אשפוז סיעודי מורכב" הוא "אשפוז של חולים סיעודיים שנתקיים בהם גם אחד או יותר מאלה: (1) הם סובלים מפצעי לחץ משמעותיים; (2) הם סובלים ממחלת סרטן מתפשטת המחייבת טיפול שוטף בסם מסוכן כהגדרתו בפקודת הסמים [נוסח חדש], התשל"ג-1973; (3) הם נזקקים לעירוים תוך ורידיים ממושכים; (4) הם נזקקים לטיפול בדיאליזה; (5) הוחדר לגופם צינור דרך הושט לקיבה (זונדה)".

הגדירה לעצמה את המסגרת של טיפולי הבית - קבוצות החולים הזכאים לטיפול, סוגי השירותים והיקף הטיפול. יש שוני בין הקופות בהגדרת אוכלוסיית היעד לטיפול ביחידות לטיפול בית ובמאפייני המטופלים. המשרד החל אמנם בתהליך של גיבוש קריטריונים לטיפול בית. אך עד למועד סיכום הביקורת נובמבר 2005 טרם קבע המשרד מדיניות ברורה בנושא שתבטיח הספקה הולמת של שירותים אלה. המשרד טרם קבע מהם השירותים הרפואיים שהקופות מחויבות לתת במסגרת טיפולי הבית, מי הזכאים לקבל שירותים בביתם ומהם תנאי זכאותם - המצבים הרפואיים והתפקודיים. זאת ועוד, 5 מיליון ש"ח שהוקצו במרס 2003, מתקציב המדינה, לקופות החולים לרכישת ציוד לשם פיתוח פתרונות אשפוז בית, טרם הועברו להן, בשל אי-גיבוש קריטריונים לחלוקת הכסף בין הקופות ולייעודו.

3. ש י ק ו ם : בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבע סל שירותים לשיקום בקהילה של חולה שעבר אירוע מוחי, שבר צוואר הירך, החלפת מפרקים או שברים אחרים - סוג הטיפול, תדירותו, היקפו והתנאים לקבלתו. כל הקופות נותנות טיפולי שיקום בבית, עם זאת יש שוני מהותי ביניהן בהיקף טיפולי הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק שחולה זכאי להם לאחר השיקום באשפוז המוסדי. המשרד לא הגדיר סל שירותים לטיפול שיקומי כתחליף לאשפוז, כדי להבטיח רמה בסיסית אחידה של השירותים שעל הקופות לספק. עוד הועלה שהמשרד לא בנה מערכת של מדדי איכות שיהיה אפשר להשוות על פיה את איכות הטיפול השיקומי בבית עם הטיפול במוסדות האשפוז.

אשפוז סיעודי

1. פ י צ ו ל ה א ח ר י ו ת : האחריות לאשפוז הסיעודי מפוצלת בין כמה גורמים. קופות החולים אחראיות לאשפוז קשישים שמצבם מוגדר סיעודי מורכב ומשרד הבריאות אחראי לאשפוז סיעודי של קשישים סיעודיים ותשושי נפש. לפיצול האחריות השלכות משמעותיות ביותר על הטיפול הרפואי בקשיש, על הקשיים העומדים בפני משפחתו של הקשיש ועל העלויות הכרוכות בכך. אף שחלפו 15 שנה מאז התייחסה ועדת נתניהו⁴ לנושא, הבעייתיות שבפיצול האחריות למתן השירותים לקשיש, על כל מורכבותה, טרם באה על פתרונה.

זאת ועוד, ב-2000 אימצו שרי הבריאות והרווחה את המלצות הוועדה הבין-משרדית, שהם מינו, שנועדו להקל על המשפחות במעבר בין הגורמים שעוסקים באשפוז הסיעודי. הועלה, שהמלצות אלה, ובהן שימוש בטפסים אחידים ושיתוף פעולה ארגוני בין השירותים המקומיים בכל עיר או מחוז, מולאו רק בחלקן.

2. מ צ ב ת ה מ י ט ו ת : בשנים האחרונות הקימו יזמים מוסדות סיעודיים רבים, ולכן בעת הביקורת הנוכחית היה היצע המיטות לאשפוז סיעודי גדול בהרבה מהדרוש. אולם לדברי האגף לגריאטריה שבמשרד הבריאות (להלן - האגף), בסוגים האחרים של המיטות, ובהם מיטות לקשישים סיעודיים מורכבים, יש מחסור חמור, והוא בולט ביותר במחוז הצפון. מדובר במחסור מתמשך, והוא עלה גם בביקורת קודמת, שנעשתה בשנת 1997⁵. על פי תחזיות האגף, המחסור אף ילך ויגדל.

4 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.
5 ראו גם בדוח שנתי 48 של מבקר המדינה (1998) עמ' 170.

3. תמונת מצב: למרות עודף ההיצע של מיטות סיעודיות, על פי נתוני האגף, ביוני 2005 המתינו 1,683 קשישים, שהצורך באשפוזם הוכר ואושר בידי המשרד, לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד. מהם 918 המתינו לאשפוז בביתם, רבים מהם בתנאים קשים, באיכות חיים ירודה ובסבל רב, ואחרים שהו בינתיים במסגרות שלא התאימו למצבם הרפואי ושעלולים אף להרע אותו. לדברי המשרד, כל הסידורים המינהליים הדרושים לצורך אשפוזם של 349 מהממתינים הושלמו, וההמתנה שלהם נבעה ממחסור בקודים⁶.

4. מוסדות הפועלים בלי רישוי: מוסדות סיעודיים רבים עדיין פועלים בלי רישוי ובלי פיקוח של המשרד, בתנאים ש"לא עונים לתנאי המחיה המינימליים הנדרשים". הועלה שמספר ניכר של קשישים ששהו בהם אושפזו בתדירות גבוהה בבתי חולים בגלל החמרה במצבם הרפואי. כמו כן עולה שאף שבעקבות ביקורת קודמת שנעשתה בשנת 1997 תכנן המשרד לשנות את התקנות, הוא טרם העביר למשרד המשפטים את ההצעה לשינוין. גם פעולות האגף לגיבוש נוהל שיגדיר את דרכי העבודה ואת הליכי הסגירה של המוסדות טרם הסתיימו.

5. ביקורות: אף שלעתים מתגלים ליקויים חמורים ביותר במוסדות, תדירות הביקורות הממוצעת של האגף בהם נמוכה מאוד.

6. הכשרת כוח אדם: תחום הגריאטריה הוא ייחודי ודורש הכשרה מתאימה. הועלה שהמשרד לא נערך כראוי להכשרת רופאים מומחים בגריאטריה ואחיות מוסמכות בתחום זה, ובפועל חסרים כ-500 רופאים מומחים בגריאטריה וכן אחיות מוסמכות בתחום.



על פי נתוני קופות החולים, באמצע 2005 היו בישראל יותר מ-710,000 איש בני 65 ומעלה (להלן - קשישים⁷). להערכת משרד הבריאות, כשישה אחוזים מהם חולים סיעודיים. מרבית הקשישים, ובכלל זה המוגבלים, חיים בקהילה.

לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 (להלן - תקנות בריאות העם), חולים סיעודיים הם חולים גריאטריים, סופניים או תשושי נפש, לרבות חולים שמצב בריאותם ותפקודם ירודים בשל מחלה כרונית או ליקוי קבוע הדורשים מעקב של צוות רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, במשך 24 שעות ביממה במשך תקופה ממושכת, וסובלים מבעיות, כגון מגבלות בניידות ובביצוע פעולות יום-יומיות. בתקנות הוגדר "אשפוז סיעודי מורכב" בתור אשפוז חולים סיעודיים הסובלים מבעיות מסוימות המציינות בתקנות⁸.

מערך הטיפול בקשיש הסיעודי הוא נרחב, ובו שירותים רפואיים קהילתיים, לרבות טיפולי בית ואשפוז בית, אשפוז גריאטרי, טיפול שיקומי במסגרת אשפוז, מרכזי שיקום וטיפול שיקומי בבית. מערך זה צריך לתת מענה לצרכים הייחודיים ולבעיות של הקשישים.

6 מקום אשפוז שהמשרד מקצה מכונה "קוד". עלות קוד לשנה מסתכמת בכ-108,000 ש"ח.
7 למילה "קשיש" אין הגדרה בחוק. להלן נגדיר אדם שגילו 65 ומעלה בתור קשיש.
8 לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, "אשפוז סיעודי מורכב" הוא "אשפוז של חולים סיעודיים שנתקיים בהם אחד או יותר מאלה: (1) הם סובלים מפצעי לחץ משמעותיים; (2) הם סובלים ממחלת סרטן מתפשטת המחייבת טיפול שוטף בסם מסוכן כהגדרתו בפקודת הסמים [נוסח חדש], התשל"ג-1973; (3) הם נזקקים לעירוויים תוך ורידיים ממושכים; (4) הם נזקקים לטיפול דיאליזה; (5) הוחדר לגופם צינור דרך הושט לקיבה (זונדה)".

משרד הבריאות (להלן - המשרד) פועל בתחום הגריאטריה על פי פקודת בריאות העם, 1940, על פי התקנות שהותקנו לפיה, ועל פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות ממלכתי). המשרד, באמצעות האגף לגריאטריה (להלן - האגף), אחראי על המערך הגריאטרי במדינה, דהיינו על שירותי הבריאות לקשישים באשפוז ובקהילה. בין היתר, המשרד אחראי לרישוי של מוסדות המיועדים לאשפוז קשישים, קובע סטנדרטים למחלקות הגריאטריות לסוגיהן, לרבות הגדרת צורכי כוח אדם (תקינה), עורך בקורות ומפקח. האגף מספק הדרכה וליווי מקצועי לכל המחלקות הגריאטריות. נוסף לאלו, המשרד אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ותשושי נפש, לפי קריטריונים ובכפוף לתקציב. משרד הרווחה אחראי לפיקוח ולרישוי⁹ של מעונות שקשישים עצמאיים ותשושים חוסים בהם. יש מעונות שיש בהם מחלקות לחולים סיעודיים ולחולים תשושי נפש, נוסף על המחלקות לעצמאיים ולתשושים. מעונות אלה נתונים לפיקוח ולרישוי מטעם משרדי הבריאות והרווחה. קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות, בין היתר, לאשפוז של קשישים שמצבם מוגדר סיעודי מורכב ולטיפול בקשישים הזקוקים לשיקום ובקשישים הזקוקים לאשפוז בבתי חולים.

בחודשים אפריל-אוגוסט 2005 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים של הטיפול בקשישים הסיעודיים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: סדרי השירותים הגריאטריים שקופות החולים נותנות לקשישים הסיעודיים, בעיקר בטיפול הבית, והפעולות שעשה משרד הבריאות לקידום תחום טיפולי הבית בקופות. כן נבדקו כמה היבטים של סדרי האשפוז הסיעודי. ממצאיה של ביקורת קודמת בנושא האשפוז הסיעודי, שנעשתה ב-1997, הובאו בדוח שנתי 48 (להלן - הביקורת הקודמת)¹⁰. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות ובקופות החולים.

הטיפול בקשישים הסיעודיים בקופות החולים

תכניות הקופות לטיפול בקשישים

הטיפול באוכלוסיית הקשישים נועד לסייע לשימור ואף לשיפור תפקודם של הקשישים - מניעת תחלואה וקידום בריאותם. בשנים האחרונות המדיניות של המשרד ושל קופות החולים בתחום הגריאטריה היא לפתח שירותים לטיפול בקשישים בקהילה - במרפאות ובבית - ולהעדיףם מאשפוז מוסדי, כל עוד מצבו הבריאותי והתפקודי של הקשיש מאפשר זאת. הטיפול בקהילה נועד להיטיב עם הקשיש ועם משפחתו, והוא חוסך משאבים לאוצר המדינה. לשם כך יש לפתח את מערך השירותים בקהילה, וללוות אותו בתכנית לטיפול ארוך טווח למניעת תחלואה ולקידום הבריאות בקרב אוכלוסיית הקשישים.

1. שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות : בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה הועלה כי בשנים האחרונות גיבשו שירותי בריאות כללית (להלן - כללית) ומכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), שמבוטחים בהן כ-615,000 קשישים, תכניות אב לטיפול כוללני באוכלוסיית הקשישים. התכניות נועדו להביא לשיפור איכות הטיפול ולאיוון כלכלי של הקופות, על ידי מניעת אשפוזים מיותרים בבתי החולים הכלליים, הגברת הטיפול בקהילה - דהיינו, מרפאות ראשוניות וטיפול בית - וניצול של חלופות אשפוז במוסדות גריאטריים ייעודיים, שעלות האשפוז בהם נמוכה בהרבה מעלות האשפוז בבתי החולים הכלליים. במסגרת התכנית הקימה כל קופה בכל אחד מהמחוזות שלה מרפאה גריאטרית לטיפול רפואי כוללני באוכלוסיית הקשישים, ובה צוות

9 בהתאם לחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1966 ולתקנות הפיקוח על מעונות (החזקת זקנים עצמאיים ותשושים במכון) התשמ"ו-1986.

10 על הנושא "המערך הגריאטרי" ראו בדוח שנתי 48 של מבקר המדינה (1998), עמ' 170.

רב-מקצועי, המורכב מרופא מומחה בגריאטריה, אחות ועובד סוציאלי. על המרפאה להעריך את מצבו של הקשיש, לספק ייעוץ למרפאה הראשונית ולסייע לה להתאים לו מסגרת טיפול, ולתמוך בצוות המרפאה הראשונית שהקשיש מטופל בה. במרפאה גם מרוכזות הפעילות הקשורה בטיפול בית בקשישים.

ב-2004 החלו כללית ומכבי להפעיל באחדים מהמחוזות גם תכניות ייחודיות לקידום הבריאות ולמניעת תחלואה בקרב קשישים במרפאות הראשוניות, ובהן: איתור קשישים הנתונים בסיכון להידרדרות במצבם הרפואי, מתן חיסונים נגד שפעת ודלקת ריאות, בדיקות ראייה ושמיעה, שמירה על איזון תרופתי והדרכות בנושאים כמו מניעת נפילות. על פי נתוני כללית ומכבי ליולי 2005, בתכניות אלה טופלו בסך הכל כ-3,700 קשישים.

כללית ומכבי קיימו הדרכות והשתלמויות לרופאים ולאחיות בתחום הגריאטריה וטיפול הבית. כללית הוציאה עלוני הדרכה לקשישים, ובהם מידע על פעילות גופנית, שימוש נכון ובטוח בתרופות, מניעת נפילות ותאונות בבית, כולסטרול ואוסטאופורוזיס ועצות לאורח חיים בריא. מכבי הוציאה חוברת ובה מידע על השירותים הניתנים לאוכלוסייה הקשישה, עצות לשמירה על הבריאות - פעילות גופנית, תזונה נכונה, תרופות וחיסונים ומניעת מחלות - ומידע על גופים ועמותות לבני הגיל השלישי.

על פי דיווחי המחוזות של כללית, בעקבות הפעלת התכנית חלה ירידה ניכרת במספר הפניות של קשישים לחדרי מיון, במספר ימי האשפוז החוזרים ובהוצאה על תרופות.

2. **קופת חולים מאוחדת:** על פי נתוני קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), במאי 2005 היו מבוטחים בה כ-41,300 קשישים.

המדיניות שגיבשה הקופה בתחום הגריאטריה כוללת ייעוץ גריאטרי, הן לאוכלוסיית הקשישים והן לרופאי הקופה בקהילה; עדכון הידע הבסיסי של רופאי הקופה בגריאטריה ובחידושיה; וקידום בריאות הקשישים על ידי רפואה מונעת והסברה בנושאי בריאות, המותאמת לקשישים. לקופה אין מרפאות גריאטריות אזוריות לטיפול כוללני בקשיש, אם כי בכל אזור יש יועץ לגריאטריה מטעמה, הפועל בכפוף לרופא המינהלי באזור.

מהבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עולה כי עיקר הפעילות של הקופה לקידום בריאות הקשישים התמקד במתן חיסונים לבני 65 ומעלה, בפעילות למניעה ולצמצום של נפילות, ובהסברה בנושא זהירות מחום הקיץ. כן נערך מבצע לאיתור קשישים הצורכים מספר רב של תרופות באזורים שיש בהם ריכוז של קשישים. הקופה גם הוציאה חוברת לאוכלוסייה המבוגרת, ובה מידע כללי בדבר זכויותיהם והשירותים הניתנים להם, והעבירה לרופאי המשפחה קורסי הדרכה והשתלמויות בתחום הגריאטריה.

הועלה שמאוחדת לא פיתחה תכנית אב לטיפול כוללני בקשישים. הקופה אמנם החלה בפעולות לטיפול כוללני בקשישים, אך בהיקף מצומצם.

בתשובתה של מאוחדת למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2005 מציינת הקופה כי "לאור העובדה שחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי הקופות אחראיות לאשפוז סיעודי מורכב, והלכה למעשה, גם אם כי לא באופן מפורש, עליהן לתת מענה לצרכים הייחודיים של הקשישים, נראה לנו כי ראוי להתחיל במלאכת הכנת תכנית אב לטיפול כוללני בקשישים, בדומה לנעשה בקופ"ח כללית ומכבי. נראה כי תוכנית כזו יכולה להועיל לקופה, שכן היא עשויה להביא לחיסכון משמעותי במשאבים המוקצים כיום לטיפול בקשישים".

3. **קופת חולים לאומית:** על פי נתוני קופת חולים לאומית (להלן - לאומית), במאי 2005 היו מבוטחים בה כ-54,500 קשישים בני 65 ומעלה.

הטיפול בקשישים נעשה במסגרת רפואת הקהילה. בקופה אין מרפאות גריאטריות מחוזיות רב-מקצועיות לטיפול כוללני בקשיש, ואין פונקציה של גריאטר מחוזי. בקופה פועלים 24 רופאים מומחים בגריאטריה, המשמשים כעין מרפאה גריאטרית מייעצת אזורית או מרחבית לטיפול בקשישים במצבים רפואיים מורכבים וביחידות לטיפול בית. הקופה שלחה עוד 14 רופאים שאינם מומחים בגריאטריה לקורסי הדרכה והשתלמויות בתחום הגריאטריה.

מהביקורת עולה כי הקופה לא פיתחה תכנית אב לקידום הבריאות של האוכלוסייה המבוגרת. הקופה לא הוציאה חוברת מידע או עלוני הסברה בנושאים כמו תזונה נכונה, פעילות גופנית, מניעת נפילות ושימוש בתרופות, לקידום הבריאות ולשימור התפקוד בקרב הקשישים, ואף לא הוציאה לקשישים חוברת עם מידע כללי בדבר זכויותיהם והשירותים הניתנים להם.

לאומית ציינה בתשובתה מנובמבר 2005 כי אין חובה להתנהל על פי תכנית אב כוללת או מגזרית. לדבריה, אין לה תכנית ייחודית המיועדת לקשישים, אלא השירות לקשישים ניתן על פי תכנית אב כללית של "רפואה בקהילה", והוא מקיף ומקצועי.

אוכלוסיית הקשישים הסיעודיים החיים בקהילה וזקוקים לטיפול רפואי וסיעודי הולכת וגדלה, ועמם גדל הצורך במשאבים המיועדים לטיפול בהם. לכן, לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהקופה תשקול להכין תכנית אב לטיפול כוללני בקשישים בקהילה. מן הפעולות שנקטה כללית בנדון עולה כי הדבר יביא לטיפול איכותי יותר בקשישים ולחיסכון ניכר במשאבים.



פיתוח שירותים רפואיים לאוכלוסיית הקשישים בקהילה מועיל לקשישים, ובה בעת יש בו גם משום חיסכון למשק המדינה בכלל ולקופות החולים עצמן - אם בהפחתת היקף האשפוז ואם במניעת התחלואה וקידום הבריאות. קופות החולים כללית ומכבי הכינו תכניות ארוכות טווח לקידום הבריאות ולמניעת התחלואה בקרב הקשישים, והחלו ליישמן בשנת 2004. גם קופות החולים מאוחדת ולאומית החלו לקדם את הנושא, אם כי בהיקף מצומצם. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות ועל הקופות, ובייחוד מאוחדת ולאומית, לפעול לקידום הפעילות בתחום בריאות הקשישים.

בפועל, מספר הקשישים העוברים מקופה לקופה קטן מאד¹¹. כלומר, הקשישים עשויים להיות "אוכלוסייה שבויה" בידי הקופות. נוכח זאת גוברת עוד יותר חובתו של המשרד לדאוג לפיתוח רמה מיטבית של שירותים בשבילם. על המשרד גם לשקול לקבוע רף תחתון למתן השירותים, כדי להבטיח רמה בסיסית אחידה של השירותים שעל הקופות לספק לקשישים.

11 ראו בדו"ח זה בפרק על "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 499.

מערך טיפולי הבית שמפעילות הקופות

1. קשישים המרותקים לביתם בשל מצב רפואי, בשל מצב תפקודי או בשל תנאים מגבילים שאינם מאפשרים להם להגיע למרפאה הקהילתית בלי סיוע, או משום שאין בנמצא מי שיכול להביאם למרפאה, עשויים להידרש לשירות של טיפולי בית. הקופות מספקות טיפולי בית רפואיים, סיעודיים ושיקומיים לקשישים המרותקים לביתם. הטיפולים משמשים תחליף לטיפולים הניתנים במרפאות הראשוניות, ולאשפוז (כללי, גריאטרי, גריאטרי שיקומי, סיעודי מורכב וטיפול תומך בהוספיס). השירותים ניתנים בעיקר לקשישים הזקוקים לטיפול סיעודי, להשגחה ממושכת ואינטנסיבית ולביקור קבוע של צוות סיעודי. על פי נתוני הקופות, במחצית שנת 2005 טופלו כ-28,300 קשישים בטיפולי בית.

הקופות מספקות שירותי טיפולי בית כבר יותר משלושים שנה. בשנים האחרונות המגמה בארץ, כמו בעולם כולו, היא לפתח את השירותים האלה. למגמה זו תורמים, בין השאר, הארכת תוחלת החיים והגידול באוכלוסיית הקשישים, שבעקבותיהם גדלה אוכלוסיית החולים הכרוניים והמוגבלים הזקוקים לטיפול רפואי וסיעודי, ועמה מתרחבים גם השירותים לסוגיהם; כמו כן קיימת שאיפה לחיסכון בעלויות של שירותי הבריאות, ובעיקר בעלות האשפוז; הנטייה של החולים ושל בני משפחותיהם להעדיף טיפול רפואי וסיעודי הניתן בבית מאשפוז במוסד; חידושים טכנולוגיים המאפשרים מתן טיפולים מיוחדים בבית; ושיפור תנאי הדיר, המאפשר שימוש בטכנולוגיות מפותחות.

(א) חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי קופות החולים מחויבות לספק לכל מבטחיהן את שירותי הבריאות בתחומים המצוינים בו, והם יינתנו על פי סל שירותי הבריאות, וביניהם טיפול רפואי אמבולטורי בבית. אולם החוק אינו מגדיר באופן מפורט מהם השירותים הרפואיים שהקופות מחויבות לתת במסגרת טיפולי הבית. החוק אינו מגדיר גם מי זכאים לקבל שירותים בביתם, ומהם תנאי זכאותם - המצבים הרפואיים והתפקודיים; מהו סל השירותים שהמטופלים בבית זכאים לו - סוגי הטיפולים והיקפם, אנשי המקצוע המספקים את השירות, תדירות הטיפולים ומשך הזמן שהם יינתנו; ומהי חלוקת האחריות לטיפול בחולה המרותק לביתו בין מערך שירותי הטיפול בבית ובין מערך הטיפולים הניתנים במרפאה הקהילתית.

מכיוון שבמצב החוקי הקיים אין סל שירותים מוגדר לטיפול בית, כל קופה פיתחה את השירותים בהתאם למבנה הארגוני ולתהליכי העבודה שלה. כל אחת מהקופות הגדירה לעצמה את המסגרת של טיפולי הבית - קבוצות החולים הזכאים לטיפול, סוגי השירותים והיקף הטיפול. יש שוני בין הקופות בהגדרת אוכלוסיית היעד לטיפול ביחידות לטיפול בית ובמאפייני המטופלים.

(ב) (1) משרד הבריאות אחראי להתוות מדיניות בריאות, ובכלל זה מדיניות בכל הנוגע לטיפול בקשישים ובבעיותיהם. אולם רק בשנים האחרונות החל המשרד ליוזם תהליך של פיתוח סטנדרטים וגיבוש קריטריונים לטיפול רפואי בבית.

ביוני 2003 מינה יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה¹² ועדה "שתגדיר קריטריונים לזכאות לטיפול בית רפואי - כרוני ואקוטי, צרכי האוכלוסייה הקשישה המרותקת לביתה, סוגי השירותים והיקף הטיפול" - הוועדה לטיפול בית רפואי ואשפוז בית (להלן - הוועדה לטיפול בית). באפריל 2005 הפסיקה הוועדה לפעול, בעקבות חילוקי דעות שהתגלעו בין המשרד ובין הקופות.

12 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים בתחומי הבריאות. תפקידן לסייע למנכ"ל המשרד - בין היתר, בהתוויית מדיניות בריאות ובאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות. על כך ראו גם ברוך שנתי 49 של מבקר המדינה (1999), עמ' 130.

הועלה כי עד סיכום הביקורת, בנובמבר 2005, כשנתיים וחצי מאז הוקמה הוועדה לטיפול בית, המשרד טרם גיבש קריטריונים. המשרד טרם קבע מהם השירותים הרפואיים שהקופות מחויבות לתת במסגרת טיפולי הבית, מי הזכאים לקבל שירותים בביתם ומהם תנאי זכאותם - המצבים הרפואיים והתפקודיים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2005 מציין המשרד כי הוא אכן החל בגיבוש קריטריונים לטיפול רפואי בבית. כן הוא מציין כי לאור מורכבות הנושא התהליך יהיה ארוך, ובהמשך הוא ידרוש עיגון בתקנות או בחקיקה.

(2) בהחלטת ממשלה מ-25.3.03 בדבר הקפאת הפיתוח של מיטות אשפוז והעידוד של תחליפי בית הוחלט "להקצות תמיכה חד-פעמית בסך 5 מיליון ש"ח לקופות החולים לרכישת ציוד לשם פיתוח פתרונות אשפוז בית. חלוקת הכספים בין קופות החולים תיעשה בהתחשב במידת הפיתוח של פתרונות אשפוז בית בקופות השונות. בהתאם למבחנים לתמיכה שיקבעו שר הבריאות ושר האוצר לפי הוראות סעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985". גיבוש הצעה לתוכנית לפיתוח אשפוז בית, שבה ייקבעו הקריטריונים לחלוקת הכסף בין הקופות, הוטל על הוועדה לטיפול בית.

הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה כי עד סיום הביקורת, באוגוסט 2005, כשנתיים וחצי לאחר שהוקצו הכספים, המשרד טרם גיבש קריטריונים לחלוקת הכסף בין הקופות וליעודו, וממילא הכספים לא הועברו לקופות החולים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2005 ציין המשרד כי הקריטריונים לחלוקת הכסף נוסחו, והם יועברו לאישור משרד המשפטים.

2. עלות-תועלת של שירותי אשפוז בית נבחנה במחקרים¹³ וכן בבדיקות שעשו כללית ומכבי. הועלה כי טיפול בית זול ב-40% עד 70% מטיפול מוסדי ממושך בכל רמת תפקוד, וכי חלה ירידה ניכרת, של 50% עד 70%, באשפוזים חוזרים של חולים הסובלים מאי ספיקת לב ושל חולים אונקולוגיים המטופלים באשפוז בית. עם זאת, שירות זה מצריך מיומנות והירתמות של המשפחה, והוא כרוך בהוצאות נלוות של המשפחה.

יוצא אפוא כי טיפול בבית מועיל יותר לקשיש וחוסך משאבים לקופות, והדבר מדגיש עוד יותר את החשיבות של פיתוח מדיניות טיפולי הבית.

3. ש י ק ו ם : (א) בסעיף 23 לתוספת השנייה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי אשפוז של חולה שיקומי (לפי נוהלי הקופות, הכוונה לשיקום חולה שעבר אירוע מוחי, שבר צוואר הירך, החלפת מפרקים ושברים אחרים), יינתן עד שלושה חודשים (ועדה מקצועית של קופת החולים תוכל לאשר את הארכת התקופה). בחוק לא נקבעו מסגרת הטיפול השיקומי שמחליפה את הטיפול באשפוז - בבית, או במרפאות הקהילתיות - סוג הטיפול, תדירותו, היקפו והתנאים לקבלתו.

13 קבוצה של 15 מחקרים על כמה היבטים של עלות-תועלת של טיפולי בית ואשפוז בית של חולים קשישים, שנעשו בתקציב ייעודי של ממשלת קנדה בשנים 1998-2000.

Chappell N. Hollander M. *Final report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care services*, The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (Canada), April 2001.

מכיוון שהחוק לא קבע סל שירותים לטיפול שיקומי אמבולטורי, כל קופה קבעה לעצמה את היקף טיפולי הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק שחולה זכאי לקבל בבית לאחר השיקום באשפוז מוסדי. יש שוני מהותי בין הקופות בעניין זה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד, בשיתוף הקופות, לשקול לקבוע במסגרת הקריטריונים לטיפול רפואי בבית, סל שירותים לטיפול שיקומי, כדי להבטיח רמה בסיסית אחידה של השירותים שעל הקופות לספק.

(ב) בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2003 בתחום שיקום חולים גריאטריים שעברו שבר צוואר הירך¹⁴ הועלה כי בכנס הסכמה¹⁵ שהתקיים ב-1999 הומלץ להגדיר "חבילת טיפול ושיקום", שתכיל את כל רכיבי הטיפול בחולה קשיש שלקה בשבר צוואר הירך, ובכלל זה דרכי שיקום וטיפולים מקצועיים. כמו כן הומלץ ליצור מערך קישור בין המחלקות לאורתופדיה ולשיקום בבתי החולים ובין המרפאות בקהילה, כדי להבטיח קליטה נאותה של החולה בקהילה.

למרות זאת, בביקורת משנת 2003 הועלה כי המשרד לא הגדיר "חבילת טיפול ושיקום" לטיפול של קשישים שעברו שבר צוואר הירך בקהילה, ברוח המלצות כנס ההסכמה. גם הביקורת הנוכחית העלתה כי המשרד טרם הגדיר חבילת שיקום, וכי רק בינואר 2005, לבקשת המשרד, הוקמה ועדה משותפת מטעם המועצה הלאומית לגריאטריה והמועצה הלאומית לשיקום - "ועדה לשיקום קשישים לאחר שבר צוואר הירך". הוועדה התבקשה לגבש הנחיות לתהליכי הטיפול השיקומי הרצוי לקשישים שעברו שבר צוואר הירך.

באוגוסט 2005 הגישה הוועדה את המלצותיה. היא אימצה את מסקנותיהם של משתתפי כנס ההסכמה מ-1999, ובהן: לקבוע אמות מידה ותקינה בתחום השיקום בקהילה, וליצור מאגר מידע ארצי שירוכזו בו נתונים על התחלואה, הטיפול בשבר צוואר הירך ודרכי השיקום של הקשישים לאחר השבר. צעדים אלה נועדו לסייע למערכת הבריאות לקבל החלטות נכונות - הן בדבר הטיפול, והן בדבר השיקום של קשישים שעברו שבר צוואר הירך.

המשרד ציין בתשובתו מדצמבר 2005 כי הוא בוחן את יישום המלצות הוועדה, לרבות גיבוש סל שיקום, וכי מדובר בתהליך מורכב, התלוי גם בסמכות החוקית שתוקנה למשרד לביצוע.

לדעת משרד מבקר המדינה, מאגר מידע ארצי על קשישים שעברו שבר צוואר הירך ועל דרכי הטיפול בהם ומידת הצלחתם, עשוי לסייע למשרד בגיבוש סל שיקום.

(ג) בבדיקה הנוכחית הועלה כי תכנית מסגרת לבדיקת הטיפול בחולים המיועדים לשיקום, שהוגשה להנהלת המשרד בנובמבר 2003 בידי ועדה שהוא מינה, לא הופעלה. בתחילת 2005 מינה המשרד פיזיותרפיסטית לאחראית לבקרה על מתן טיפול שיקומי בארץ. באפריל 2005 החלה הבקרה בעיר חיפה, ובמועד סיכום הביקורת, נובמבר 2005, היא טרם הסתיימה. לדברי המשנה למנכ"ל המשרד וראש מינהל רפואה, על סמך ממצאי בדיקתה של האחראית לבקרה יוחלט על המשך הפעלת מנגנון הבקרה.

14 על הנושא "שברי צוואר הירך אצל קשישים" ראו בדו"ח שנתי 54 ב של מבקר המדינה (2004), עמ' 424.

15 כנס הסכמה הוא כינוס של מומחים ממקצועות הרפואה לסוגיהם, נציגי איגודים מקצועיים, נציגי ציבור ונציגים של רשויות ממלכתיות, והוא משמש כלי חשוב לקבלת החלטות האמורות להוביל לגיבוש מדיניות הבריאות הלאומית.

(ד) איכות הטיפול השיקומי הניתן בבית לקשיש שעבר אירוע מוחי, שבר צוואר הירך, החלפת מפרקים או שברים אחרים, תלויה במידת המורכבות של מצבו הרפואי של החולה, בתפקודו, ביציבותו, בניסיונם ובמיומנותם המקצועית של הצוותים הרפואיים המטפלים בחולה, בידע הטיפולי של החולה ושל בני משפחתו, בהיענותם לתוכנית הטיפול, ובתנאים השוררים בבית החולה.

הביקורת העלתה כי המשרד לא בנה מערכת של סטנדרטים מוסכמים של מדדי איכות, שעל פיה אפשר יהיה להשוות את איכות הטיפול באשפוז בית עם הטיפול במוסדות אשפוז. לדוגמה, יהיה אפשר לבחון בעזרתה את תהליך השיקום במוסדות האשפוז של חולה שעבר שבר צוואר הירך או אירוע מוחי לעומת השיקום בבית, ואת התוצאה של תהליך זה.

האשפוז הסיעודי

מגמות, מדיניות ודרכי פעולה

1. שהייה של קשישים במוסדות ואשפוזם בבתי חולים בישראל נתונים לאחריותם של כמה גופים: קופות החולים אחראיות לאשפוז בבתי חולים, לטיפול השיקומי ולאשפוז הסיעודי המורכב; משרד הבריאות אחראי לאשפוז הסיעודי של קשישים סיעודיים ושל תשושי הנפש; ומשרד הרווחה אחראי על השהות של קשישים עצמאיים ותשושים במוסדות המתאימים למצבם.

בביקורת הקודמת הועלה כי כל אימת שהקשישים נזקקים לטיפול או לעזרה של הרשויות, הם ניצבים מול קשת רחבה של גופים ובהם, משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים, ולא תמיד הם יודעים למי לפנות. יש שהם מתרוצצים בין המשרדים והארגונים בחיפושם אחר הכתובת המתאימה, התהליך ארוך ומתיש. לא אחת קורה שמשפחה נדרשת להעביר קשיש ממסגרת אחת לאחרת, והדבר כרוך בעמל רב. מכאן הצורך להקל על המשפחה במידת האפשר.

פיצול האחריות למתן השירותים לקשיש מעלה, בין היתר, את השאלות האלה: האם הקשיש מקבל את הטיפול הרפואי המיטבי במצבים אלה, ובייחוד בעת שינוי הסטטוס שלו ממצב אחד למצב אחר, ואף למצב שלישי?; האם בני המשפחה שמעבירים את הקשיש ממסגרת אחת לאחרת מסוגלים להתמודד כראוי מול כל אחד מהגופים האחראים לטיפול (דהיינו, להמציא להם את הטפסים המתאימים, לנהל את ההתחשבות הכספית, שבכל אחת מן המסגרות היא אחרת)?; האם בחשבון הלאומי המערכת יוצאת נשכרת או נפסדת מפיצול זה? לדוגמה, קשיש סיעודי שמעוניין להישאר בביתו, אך מאחר שלא קיבל את העזרה הרפואית והסיעודית משפחתו נאלצת לאשפוז על חשבון המדינה במיטה סיעודית בעלות גבוהה בהרבה מעלות המימון של שהייתו בביתו; או קשיש שהפך לסיעודי משום שלא קיבל טיפול שיקומי בקופה שהוא חבר בה, ואז המשך הטיפול, האחריות והמימון עוברים למדינה - כמו למשל אחרי ניתוח שבר צוואר הירך¹⁶; כיצד אפשר

לצמצם את ההוצאות הכספיות הכרוכות בהפעלת מערכות מקבילות בתחומי הבקרה והפיקוח, הכספים, הדיווח וכדומה, שלכל אחת מהן יש גם הוצאות הנהלה, הוצאות כלליות וכו'.

2. בכמה פורומים והזדמנויות הועלו רעיונות והושמעו דעות אשר לצורך בהעברת האחריות לאשפוז הסיעודי מידי משרד הבריאות לקופות החולים. בכולם הודגש שהחלופה הטובה ביותר היא להעביר את האחריות לקופות החולים, אך העמדה נקבעה בהתאם להערכת היכולת הכספית להתמודד עם הצעד הזה, כמפורט להלן:

(א) בשנת 1990 קבעה ועדת נתניהו¹⁷, בין היתר, שהמצב של "חלוקת האחריות התקציבית בין רשויות שונות אינו הגיוני, כאשר האבחנה בין סיעוד מורכב לבין סיעוד רגיל אינה ברורה, דבר המקשה עד מאד על תפקוד המערכת... לעתים כאשר לא ניתן להעביר חולה סיעודי למסגרת המטפלת בחולה סיעודי מורכב, הוא נשלח לבית חולים כללי... ובכך נתפסת מיטה יקרה...". הוועדה המליצה "לכלול בשירותי הבריאות הציבוריים את מכלול שירותי הבריאות לקשישים, כולל... אשפוז של חולים תשושים וחולים סיעודיים. הקופות תהיינה חייבות לספק שירותים אלה ומימון לכך ייכלל בחוק".

(ב) בשנים 1994-1996 התקיימו בהנהלת המשרד דיונים בנושא. תוכנן שהאגף יהפוך לאגף מטה, וכי תפקידיו העיקריים יהיו: קביעת מדיניות בתחום הגריאטריה, הפעלת בקרה ופיקוח מקצועי על המערך הגריאטרי, יצירת סטנדרדים ובניית כלים ליישומם.

(ג) בשנת 1997 הוצע להקים רשות מיוחדת למען הקשיש. מנכ"ל משרד הבריאות התנגד לכך, והציע להקים ועדה מתאמת של מנכ"לים כדי ליישב את חילוקי הדעות בנקודות הבעייתיות.

(ד) באוקטובר 1999 מינו שרי הבריאות והרווחה ועדה בין-משרדית (להלן - הוועדה), בראשותו של מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי דאז, פרופ' יוחנן שטסמן, "לבחינת רה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים". הוועדה הגישה את המלצותיה ביוני 2000, וביוני אותה שנה אימצו שרי הבריאות והרווחה את המלצותיה. הוועדה הגיעה למסקנה ש"עיגון הזכויות לאישפוז סיעודי... בחקיקה עשוי להרחיב את פוטנציאל הביקושים לשירות ואתו את ההוצאה הכספית הכרוכה בכך...". לכן היא המליצה בשנת 2000 "שלא לאמץ אפשרות זו", אלא "לבחור בחלופה... של איגום משאבי הטיפול בחולה הקשיש במסגרת ארגונית אחת, תוך עבודה משותפת של כל הגורמים בתחום הסיעודי". אך עד דצמבר 2005 הפיילוט שהוועדה המליצה לעשות בשלושה מקומות טרם נעשה, והוא מתוכנן להיעשות במהלך 2006, וגם זאת רק במקום אחד. גם ההמלצות המינהליות של הוועדה, שנועדו להקל על המשפחות במעבר בין הרשויות שמטפלות בנושא (משרד הבריאות, משרד הרווחה וקופות החולים), ובהן שימוש בטפסים אחידים ושיתוף פעולה ארגוני בין השירותים המקומיים בכל עיר או מחוז, מולאו רק בחלקן.

(ה) גם בכנסים המלח¹⁸, שהתקיים במאי 2002, נאמר שמבחינה מקצועית, אין ספק שהחלופה הטובה ביותר היא העברת האחריות לקופות החולים, אך מאחר שהקופות פועלות בהתאם לסל שירותים מחייב, הן יתקשו לרסן את הביקוש לאשפוז סיעודי אם תועבר אליהן האחריות בתחום זה. כמו כן נאמר בכנס שהיות ואין ביכולתן של הקופות לברר לאשורן מהן ההכנסות של הקשיש ושל בני משפחתו, והן לא יוכלו לגבות מהם השתתפות עצמית ביעילות, צפוי שגירעוןן אך יגדל עקב צעד כזה. לכן נקבע בכנס שבסופו של דבר, החלופה המועדפת היא שיפור המצב הקיים.

17 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.
18 בשנים האחרונות מתקיים מדי שנה כנס כזה, העוסק בנושאים בריאותיים וחברתיים שעל סדר היום, ומשתתפים בו בכירים מהאקדמיה ומהמערכת הציבורית.

(1) בפנייתו של יו"ר הדירקטוריון של כללית¹⁹ מאפריל 2003 לשר הבריאות ולשר דאז במשרד האוצר, הוא צידד ביישום ההעברה לקופות וטען שצדד זה יביא, בין היתר, לחיסכון בהוצאה הלאומית לבריאות.

(2) בינואר 2005 המליץ צוות בדיקה פנים-משרדי לשר הבריאות להעביר את האחריות לאשפוז הסיעודי לידי קופות החולים. הצוות הכין הצעה להחלטת הממשלה, והציג נתונים כספיים והערכה של העלויות הכרוכות ביישום הצעד, והן היו נמוכות מההערכות שהוצגו בעבר. ואולם עד דצמבר 2005 לא היה המשך לפעילות זו.

3. בתשובתו של משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2005 נמסר כי "צוות בדיקה פנים משרדי הגיש את המלצותיו וככל הידוע לנו הנושא ממתין לדיון עם האוצר. דיון עם הקופות יוכל להיעשות רק בשלב לאחר מכן".

משרד האוצר מתנגד להעברת האחריות לקופות. בתשובתו מנובמבר 2005 מסר משרד האוצר למשרד מבקר המדינה, בין היתר, שאי אפשר להעריך במדויק את תוספת העלות למערכת הבריאות הכרוכה בצעד זה.

יוצא אפוא שבסוף שנת 2005, 15 שנה מאז התייחסה ועדת נתניהו לנושא, הבעייתיות שבפיצול האחריות למתן השירותים לקשיש, על כל מורכבותה, טרם באה על פתרונה.

מיטות לאשפוז סיעודי

על פי נתוני האגף, בנובמבר 2005 היו במוסדות האשפוז הגריאטרי במדינה, ובעיקר במוסדות פרטיים וציבוריים שקיבלו רישוי מהמשרד, כ-21,800 מיטות, ובהן: כ-15,500 מיטות סיעודיות, כ-3,500 מיטות לתשושי נפש, כ-900 מיטות שיקומיות וכ-1,400 מיטות סיעודיות מורכבות, וכן כ-500 מיטות ייעודיות לקשישים במחלקות פנימיות. ההתפלגות של המיטות הסיעודיות (ובכלל זה לתשושי נפש) היא כדלקמן: כ-12,250 (כ-56%) במגזר הפרטי; כ-7,700 (כ-35%) במגזר הציבורי; כ-650 (כשלושה אחוזים) בבתי חולים ממשלתיים; וכ-1,300 (כששה אחוזים) בקיבוצים. כ-12,000 קשישים סיעודיים מאושפדים באמצעות המשרד (ראו להלן), והיתר מאושפדים באופן פרטי.

מנתוני האגף עולה שבעת הביקורת הנוכחית היה היצע המיטות לאשפוז סיעודי גדול בהרבה מהדרוש, עקב הקמתם של מוסדות סיעודיים בידי יזמים. בסוגים האחרים של המיטות, ובהם מיטות לקשישים סיעודיים מורכבים, יש לדברי האגף מחסור חמור. המחסור בולט במידה ניכרת במחוז הצפון, שם יש מעט מיטות סיעודיות מורכבות, ולדעת האגף אין באזור זה מענה הולם לקשישים סיעודיים מורכבים. מדובר במחסור מתמשך, שהועלה גם בביקורת הקודמת, ולדברי האגף הוא אף ילך ויגדל בשנים הבאות.

קשישים הממתינים לאשפוז סיעודי: כשהמערך הקהילתי אינו נותן מענה שמתאים לצורכי הקשיש הסיעודי, אפשר להיעזר במערך האשפוז הסיעודי - באופן פרטי או באמצעות המשרד. המשרד מפנה קשיש לאשפוז סיעודי לאחר שצוות של לשכת הבריאות שהקשיש מתגורר בתחומה (רופא, עובד סוציאלי, אחות ופקידת זכאות) בודק נתונים עליו ועל משפחתו

19 יו"ר הדירקטוריון של כללית היה חבר בוועדת שטסמן.

וקובע שהוא זקוק לאשפוז סיעודי. המשרד מסייע במציאת מוסדות אשפוז, והבחירה נעשית בידי הקשישים ומשפחותיהם. המשרד מממן את האשפוז, והקשישים ומשפחותיהם (בני הזוג והילדים) משתתפים בעלות האשפוז, בהתאם ליכולתם הכספית, על פי קריטריונים שנקבעו מראש. רבים מהם נמנים עם השכבות החלשות באוכלוסייה (שליש מאוכלוסיית הקשישים חיים מתחת לקו העוני). אשפוז במוסד סיעודי באמצעות המשרד זול בהרבה מאשפוז פרטי באותו מוסד, ולדברי האגף הוא נעשה רק במוסד שקיבל רישוי מהמשרד. מספר הקשישים הסיעודיים שניתן לאשפוז בכל שנה באמצעות המשרד נקבע לפי התקציב שהוקצה למטרה זו. מקום אשפוז סיעודי באמצעות המשרד מכונה "קוד"²⁰. בדרך כלל, קוד מתפנה עקב פטירתו של קשיש שאושפז באמצעות המשרד, או בגלל שינוי בסטטוס של קשיש (מסיעודי לסיעודי מורכב או לתשום), שבעקבותיו עובר הטיפול בו לאחריות מימונית אחרת (של קופת חולים או של משרד הרווחה). כשניתנת עוד הקצאה תקציבית מתווספים קודים, המאפשרים לאשפוז עוד קשישים סיעודיים.

1. למרות עורך ההיצע של מיטות סיעודיות, הביקורת העלתה שכמו בשנים קודמות, על פי נתוני האגף ביוני 2005 המתונו לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד 1,683 קשישים שהצורך באשפוזם הוכר ואושר, ומהם: (בעת הפנייה ללשכת הבריאות) 918 המתונו בביתם, 81 בבתי חולים כלליים, 90 בבתי חולים שיקומיים ו-594 במעונות ובמקומות אחרים. לדברי המשרד, כל הסידורים המינהליים הדרושים לצורך אשפוזם של 349 מהמתונוים הושלמו, וההמתנה שלהם נבעה ממחסור בקודים. יצוין שלעיתים עלות ההמתנה עשויה להיות גבוהה מעלות הקוד עצמו (עקב אשפוז הקשיש בבית חולים או הפיכתו לסיעודי מורכב).

(א) רבים מהקשישים הסיעודיים הממתנים לאשפוז בביתם חיים בתנאים קשים, באיכות חיים ירודה ובסבל רב. יש קשישים סיעודיים שמשפחותיהם מתקשות לטפל בהם, ולעיתים הן מאשפוזות אותם במוסדות סיעודיים הפועלים בלי רישוי ובלי פיקוח (ראו להלן). יש קשישים המאושפזים במוסדות המרוחקים ממקום מגוריהן של משפחותיהם, ואלה מתקשות לשמור על קשר עמם. יש וחולים סיעודיים נפטרים במהלך ההמתנה.

(ב) הן בביקורת הקודמת והן בביקורת הנוכחית הועלה כי במשרד אין מידע עדכני על הממתנים לאשפוז סיעודי, כגון: מי מהמתנים נפטרו, מי אושפזו באופן פרטי, ובאילו תנאים שוהים הממתנים בביתם.

2. יותר מ-110,000 קשישים מקבלים שירותי סיעוד בביתם בהתאם לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, פרק "ביטוח סיעוד". מצבם התפקודי של כמה אלפים מהם דומה למצב התפקודי של חולים המאושפזים במיטות סיעודיות. מכאן שהם "עתודה" שעלולה להזדקק למיטות סיעודיות ולהגדיל במידה ניכרת את מספר הממתנים. עתודה אחרת היא של כ-1,400 חולים סיעודיים המאושפזים במוסדות סיעודיים בלא רישוי (ראו להלן).

בביקורת הקודמת, שנעשתה לפני כשבע שנים, הועלה שההמתנה לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד הייתה ממושכת - עד שנה, ולעיתים יותר. מבקרת המדינה קבעה אז כי נוכח הסבל הקשה ואיכות החיים הירודה שקשישים סיעודיים רבים שהמתונו לאשפוז באמצעות המשרד היו נתונים בהם, ונוכח רמתם הירודה של כמה מהמוסדות שהמשפחות בחרו בתור פתרונות ביניים חלופיים עד לאשפוז, שומה על משרד האוצר ומשרד הבריאות לפעול כדי לקצר עד כמה שאפשר את ההמתנה לאשפוז סיעודי.

בתשובתו מדצמבר 2005 הסביר המשרד למבקר המדינה כי בתחילת שנת 2004 שונתה הנוסחה להקצאת הקודים ושונה המנגנון להקצאת הקודים, וכי השיטה החדשה "אכן הצליחה

באופן הדרגתי להביא לאחדות משך זמן ההמתנה בכל האגף ולפי הדווחים מלשכות הבריאות אין המתנה של יותר מ-8 שבועות לקבלת הקור לאחר סיום חישוב הזכאות והתחייבות המשפחה". המשרד הדגיש בתשובתו כי רק תוספת תקציב בהתאם לצרכים ולגידול באוכלוסיית הקשישים הזקוקה למענה הסיעודי תוכל להבטיח משך המתנה סביר לאשפוז סיעודי.

תוספות הקודים השנתיות - תמונת מצב: מנתוני האגף עולה כי ברוב השנים, למעט 2004, חל גידול במספר הקודים שהוקצו; בינואר 2004 חלה תפנית שלילית, ומספרם של הקודים אף קטן לעומת ינואר 2003. בינואר 2005 שוב עלה מספר הקודים, אך בשיעור קטן במידה ניכרת משיעורי העלייה של השנים הקודמות. התברר שרק לאחר 18 חודשים חזר מספר הקודים לזה שהוקצה שנתיים קודם לכן. ביוני 2005 גדל שוב מספר הקודים, לכ-11,800.

1. הועלה שבספטמבר 2003 הורה חשב משרד הבריאות להפסיק את הקצאת הקודים, למעט מקרים חריגים שיש בהם סכנת חיים. ההקפאה נמשכה בין 1.10.03 ל-15.12.03. במהלך תקופת ההקפאה נדונו 250 מקרים דחופים, ומתוכם ל-77 קשישים אושרו קודים ו-113 קשישים הופנו למיטות מתקצבות בבתי חולים גריאטריים ממשלתיים. חשב המשרד דאז הסביר לנציגי משרד מבקר המדינה כי המשרד הפנה קשישים רבים מדי לאשפוז סיעודי, ועקב כך היה הגירעון החזוי באותו מועד כ-45 מיליון ש"ח. כדי לצמצם את הגירעון החליט החשב להקפיא לאלתר את הקצאת הקודים. ואכן, בסופו של דבר, למרות ההקפאה, התקציב נוצל במלואו, ואף נוצר גירעון של כ-4 מיליון ש"ח.

2. על פי נתוני האגף, ב-2003 המתונו 2,463 קשישים לאשפוז סיעודי (ומתוכם 973 היו מוכנים לאשפוז, לאחר שהשלימו את כל ההליכים המינהליים הדרושים לאשפוזם), ואולם עקב ההקפאה של הקצאת הקודים חל גידול של כ-20% במספר הממתנים, ובדצמבר 2004 המתונו 2,979 קשישים לאשפוז (1,370 מתוכם היו מוכנים לאשפוז). לדברי האגף, "הקפאת הקודים... אכן גורמת לסבל רב לזקנים ולמשפחותיהם, מסכנת את בריאות הזקנים, ומעמיסה עומסים לא סבירים על יתר מערכת הבריאות".

3. עקב הגידול במספר הקודים שחל במחצית הראשונה של שנת 2005 קטן תור ההמתנה באותה עת במידה ניכרת, לכ-300 ממתנים בלבד. אולם מדובר באירוע חד-פעמי ואם ההקפאה המוגדלת שניתנה לקודים ב-2005 לא תיכנס לבסיס התקציב, מתוך התחשבות בפרמטרים אחרים, עלולה תקופת ההמתנה, שבשנים האחרונות הגיעה לשנה ואף ליותר במקומות מסוימים, להתחדש, ואולי אף להתארך.

אשפוז במסגרת לא מתאימה

1. בקובץ הנהלים של האגף נקבע באילו מסגרות יש לאשפוז חולים סיעודיים, חולים תשושי נפש וחולים סיעודיים מורכבים. הן בביקורת הקודמת והן בביקורת הנוכחית הועלה שקשישים סיעודיים רבים (כ-1,600) שהו (בדצמבר 1997 ובנובמבר 2004) במסגרות שאינן מתאימות למצבם הרפואי בהמתנה לאשפוז סיעודי: כ-900 מהם שהו במעונות ובמוסדות אחרים, וכ-140 מהם שהו בבתי חולים כלליים. בכל אחת מהתקופות השלימו כמחצית מהממתנים את כל ההליכים המינהליים הנדרשים לאשפוז סיעודי, ואפשר היה להעבירם מיד לאשפוז סיעודי.

לדעת אנשי מקצוע, שהייה במסגרות לא מתאימות עלולה להחמיר את מצבם של החולים, ולעתים המשמעות של האמירה כי "חולה לא נכון במיטה לא נכונה עם טיפול לא נכון", היא "שאנשים

משלמים בחייהם על המצב בשטח²¹. נוסף לכך, חולה השווה במסגרת שאינה מתאימה לו עלול להפריע לחולים אחרים, שהמסגרת מתאימה למצבם.

לדעת משרד מבקר המדינה, לבעיה זו גם היבט כלכלי. לדוגמה: אשפוז במיטה סיעודית זול יותר מאשפוז בבי"ח כללי ויקר יותר משהייה במיטה רגילה בבית אבות, וככל שהעלות של אשפוז מתאים גבוהה יותר, כן עלול הגורם המשלם בעבור האשפוז להעדיף שלא להעביר קשישים למיטות המתאימות להם. לפיכך יש לעשות ככל האפשר כדי למזער את התופעה.

בתשובתו מדצמבר 2005 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי "עיקר הממתינים במסגרות שאינן מתאימות הם אלה שבמוסדות לתשומים שצריכים לעבור למוסדות סיעודיים".

2. השיקום נועד לשחזר את היכולת הפיזית, המנטלית והחברתית המרבית של החולה. חשיבותו גדולה מאוד, הן מבחינת איכות החיים של הקשיש והן מבחינת התועלת הכלכלית. רוב הקשישים שעברו אירוע מוחי או ניתוח אורתופדי (לדוגמה, בצוואר הירך או באגן) זקוקים לטיפול שיקומי כדי לשפר את תפקודם. כבר בביקורת הקודמת טען האגף כי לא תמיד חולים אלה מקבלים טיפול כזה, והם הופכים לסייעדיים.

לדברי האגף ולשכות הבריאות, גם היום (2005) לא כל החולים שאפשר לשקמם נשלחים לשיקום מתאים, ולעתים רק בעקבות דרישה של האגף או הלשכות קשיש מועבר לטיפול שיקומי. משעה שהקשיש משוקם מתבטלת הבקשה להגדירו סיעודי, וכך נחסכים כספים שמיועדים לאשפוז סיעודי.



אשפוז במסגרת לא מתאימה מנוגד להוראות האגף, והוא עלול להרע את מצבם של הקשישים. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לעשות את הדרוש כדי להקטין את הנזק שעלול להיגרם לקשישים עקב כך. למצב זה גם תוצאות כלכליות מובהקות, שכן מחירו של יום אשפוז בכל אחת מהמסגרות שונה.

מחשוב וחובות

מחשוב: בביקורת הקודמת הועלו ליקויים בניהול המידע הממוחשב בתחומים שהאגף לגריאטריה והלשכות מטפלים בהם. בין היתר הועלה אז כי ברוב הלשכות היו הממתינים והמאושפזים רשומים במחברות, בכתב יד, ולכן לא היה אפשר לקבל "בזמן אמת" נתונים כמו משך ההמתנה לאשפוז סיעודי. בהיעדר נתונים אלה קשה היה להבטיח חלוקה צודקת של קודים בין לשכות הבריאות המחוזיות ובכל לשכה מחוזית. עוד הועלה כי לא נעשתה חלוקה של הממתינים לאשפוז מזה ושל המאושפזים מזה, לפי אבחנות רפואיות, והדבר השפיע לרעה על יכולת התכנון בהתאם לצרכים. עוד הועלה כי לא היה אפשר לקבל בכל רגע נתונים על הפעולות הכספיות. כמו

21 ציטוט מתוך ישיבת המועצה הלאומית לגריאטריה מיום 7.9.04 - תדפיס מ-12.9.04.

כן, לא היה מידע שוטף ועדכני על החובות ועל עיקולים בגין חובות. בביקורת הנוכחית הועלה שנעשו פעולות כדי לשנות את המצב, כמו שיפורט להלן.

תשלומים בעבור האשפוז הסיעודי: לפי החוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות), התשי"ט-1959, בתנאים מסוימים, ילדיו של אדם, וכן כלותיו וחתניו, חייבים במזונותיו. הקשיש ומשפחתו (בן הזוג והילדים) נדרשים למסור ללשכת הבריאות מידע על מצבם הכספי (הכנסה ורכוש), כדי שהלשכה תקבע את גובה סכום ההשתתפות שלהם בהוצאה הכרוכה באשפוז. לאחר קביעה זו והשלמת הליכי הרישום יכלול הקשיש שהוגדר חולה סיעודי ברשימת הממתינים לאשפוז. אשפוזו מותנה בקיומם של מקום פנוי במוסד המבוקש וקוד לאשפוז.

בביקורת הקודמת הועלו ליקויים בתהליך קביעת ההכנסה של הקשיש ושל משפחתו. בין היתר נמצא שהפעולות שנקטו הלשכות לא אפשרו לאתר את כל מקורות ההכנסה של הקשיש, ושל נעשו ביקורות לאיתור הצהרות כוזבות. כבר אז העיר משרד מבקר המדינה למשרד שעליו לבחון את הצורך בשינוי ההוראות שסכומי ההשתתפות של הקשיש ושל משפחתו נקבעים על פיהן, וכן את הצורך בקיום השתלמויות לעובדי הלשכות הבריאות בנושא.

הועלה שרק ביוני 2005, כלומר כשבע שנים מאז הביקורת הקודמת, נכנס לתוקף נוהל חדש של המשרד, ובו נושאים רבים שלא היו בהוראות הקודמות. בנוהל נכללו, בין היתר, הוראה להביא בחשבון את ההכנסות של הקשיש מביטוח סיעוד פרטי, דרישה לעדכן באופן יזום את גובה דמי ההשתתפות, וכן כללים לגבייה ולאכיפה (ראו גם להלן).

גביית חובות בגין אשפוז סיעודי: התשלומים שנקבעים בתור ההשתתפות של הקשישים ובני המשפחה במימון האשפוז הסיעודי הם מקור כספי שעשוי לסייע לאשפוז עוד קשישים.

בביקורת הקודמת הועלו ליקויים בתחום גביית חובות בגין אשפוז סיעודי, ובהם: נכסים שעוקלו בשל חובות לא נמכרו; הפרטים על החובות שבגינם התבקשה הלשכה בתל-אביב לבצע עיקולים נרשמו בכתב יד, ולא היה מידע שוטף על החוב הכולל העדכני; ישנה אי התאמה בין ההיקף הכולל של החובות שבגינם עוקלו נכסים ובין ההיקף הכולל שלשכות הבריאות הודיעו עליו למשרד מבקר המדינה; לא היה אפשר לקבל נתונים על הפעולות הכספיות; לא היה מידע שוטף ועדכני על החובות ועל העיקולים שבגין החובות. משרד מבקר המדינה דרש ממשרד הבריאות לבדוק את העניין ולעמוד על ההיקף הנכון של החובות.

הבדיקה הנוכחית העלתה כי בשנת 2003, כשש שנים לאחר שסוכמה הביקורת הקודמת, החל המשרד לפעול בנושא. עם כניסתו של חשב חדש לתפקיד הוא יזם בדיקה מקיפה לאיתור הליקויים בתחום ההשתתפות של הקשישים ובני המשפחה במימון האשפוז הסיעודי, באמצעות בודק חיצוני ששכר. בפברואר 2004 הניח הבודק את סיכום הבדיקה בפני חשב המשרד. להלן עיקרי הליקויים שהעלה הבודק:

כ-14,000 גורמים היו חייבים ללשכות הבריאות כ-110 מיליון ש"ח בגין האשפוז הסיעודי; עד לבדיקה הגישו הלשכות תביעות משפטיות בסכום כולל של כ-15 מיליון ש"ח; לא היו כללים ברורים של הצמדה, תוספות ריבית וכיו"ב, שעלולות לגרום הפסד כספי גדול יותר; ללשכות לא הייתה משנה סדורה לביצוע הגבייה, האכיפה והבקרה; לכל לשכה הייתה מערכת גבייה ממוחשבת משלה, כך שלא ניתן מענה אחיד, מלא ושלם לכל תהליך הגבייה, הבקרה והאכיפה; לאגף לא הייתה גישה למערכת המחשוב של הלשכות, ולא היה בידיו מידע על ההכנסות, החובות וכיו"ב; גם במשרד לא היה מוקד שבו רוכזו הנתונים המלאים בדבר הגבייה.

חשב המשרד הסביר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי בחינה של החובות העלתה שביולי 2005 הם הסתכמו בכ-70 מיליון ש"ח - כ-32 מיליון ש"ח מהם חובות לא פעילים ("חוב צפוי/מדומה/אבודים"), וכ-8.5 מיליון ש"ח מהם "חובות שבטיפול". עוד הסביר החשב כי הותקנה מערכת ממוחשבת חדשה שאמורה להכיל את כל שלבי האשפוז הסיעודי, מהפניית הקשישים ללשכות הבריאות ועד לגביית כל התשלומים והחובות.

פעולות האגף

מוסדות הפועלים בלי רישוי

1. על פי פקודת בריאות העם והתקנות שהותקנו לפיה, משרד הבריאות אחראי לרישוי של מוסדות סיעודיים שקשישים המוגדרים סיעודיים או תשושי נפש מאושפזים בהם, ולפיקוח עליהם. האגף פרסם קובץ נהלים, ובו הוראות למוסדות בדבר התנאים שצריכים להתקיים בהם. בביקורת הקודמת הועלה כי מוסדות רבים פעלו בלי רישוי ובלי פיקוח של המשרד.

גם בעת הביקורת הנוכחית פעלו מוסדות סיעודיים רבים בלי רישוי ובלי פיקוח של המשרד, בעיקר במחוזות תל אביב, מרכז ואשקלון. צוות בין-משרדי של האגף ומשרד הרווחה קבע כי בכמחצית מהמוסדות שבמחוז המרכז תנאי המבנה והתחזוקה "לא עונים לתנאי המחיה המינימליים הנדרשים", ותנאי הטיפול "אינם עומדים בסטנדרטים הבסיסיים ומעלים את הסיכון לשלומם של הקשישים ויש צורך לפינוי וסגירה מהירים". הצוות קבע כי במחוז אשקלון הועברו קשישים רבים ממוסדות אלה לאשפוז בבתי חולים כלליים ובתדירות גבוהה, או לאשפוז סיעודי מורכב, "עקב תנאים תברואתיים חמורים ומציאות קשישים קשורים בחלק מהבתים", וכי במקצת מהמוסדות שבמחוז אשקלון היה צורך לאשפוז קשישים רבים בגלל החמרה במצבם הרפואי. לדברי מנהל מחלקה בבית חולים שכמה מהקשישים הופנו אליה, עשרות מקרים כאלה אירעו עקב הזנחה מתמשכת, ואחדים מהקשישים נפטרו. לדבריו, מדובר ב"קצה הקרחון, אנחנו רואים את אלה שמגיעים, שעוברים את המיון, שעוברים את המערכת המסננת ומגיעים בחיים... הם מגיעים אלינו כמפלט אחרון, אבל זה מאוחר מדי לחלק".

משנת 2001 ואילך המשרד אמנם פועל בעניין, בשיתוף עם משרד הרווחה, אך התופעה לא מוגרה, אלא להפך; לפי נתוני האגף, ביוני 2005 היו בארץ כ-70 מוסדות בלא רישוי - גידול של כ-40% לעומת מספרם בשנת 1999 (כ-50). במוסדות אלה היו כ-1,400 מיטות. בכ-80% מהן היו קשישים סיעודיים (לעומת 60% ב-1999), וככעשרה אחוזים מהן היו קשישים סיעודיים מורכבים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שמדובר באוכלוסייה חלשה ותלותית שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה, יש חשיבות מרבית לפיקוח ולבקרה של המשרד. פעמים רבות גם המשפחה אינה יכולה לעמוד על זכויותיה, או שהיא כלל אינה מעורבת, או שמדובר בקשישים עזריים שאין להם משפחה. לפיכך שומה על כל הנוגעים בדבר לפעול ככל הדרוש כדי להגן על האוכלוסייה חסרת הישע הזאת ולסייע לה.

2. הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שמתחילת 2002 ועד נובמבר 2005 נסגרו רק 20 מוסדות שפעלו בלי רישוי. עוד בביקורת הקודמת הצביעה מבקרת המדינה על שאמצעי האכיפה שנוקט המשרד כלפי בעלי המוסדות כדי שהוראותיו יקוימו, לרבות ההוראות שפורסמו בקובץ

הנהלים של האגף, אינם יעילים דיים, ועל שללשכות הבריאות המחוזיות אין אמצעים מספיקים לשיפור יכולת האכיפה. משרד מבקר המדינה העיר אז למשרד כי מוסד בלא רישוי ובלא פיקוח טומן בחובו סיכונים למאושפז, וכי על המשרד לבחון דרכים נוספות על הדרכים הקיימות, כדי לסייע ללשכות לפקח על המוסדות המאושפזים ולהבטיח כי יפעלו באופן תקין וברישוי. בתשובת המשרד למשרד מבקר המדינה נאמר אז כי "הלשכה המשפטית מודעת ומטפלת בהכנת תקנות לנושא קנסות מנהליים למוסדות ללא רישיון ו/או למוסדות ברישוי העוברים על הוראות החוק והנהלים, וכן לעיגון נוהלי האגף לגריאטריה בתקנות".

בביקורת הנוכחית התברר שאף שחלפו מאז כשבע שנים, ביוני 2005 טרם העביר המשרד למשרד המשפטים הצעה לשינוי התקנות. גם פעולות האגף לגיבוש נוהל שיגדיר את דרכי העבודה ואת הליכי הסגירה של המוסדות טרם הסתיימו.



לדעת משרד מבקר המדינה, הסכנה שהקשישים השוהים במוסדות ובמיטות הפועלים בלא רישוי נתונים בה מחייבת נקיטת צעדים מידיים לצמצום התופעה, ואף למיגורה, ועל כל הנוגעים בדבר, ובהם משרד הבריאות ומשרד הרווחה, לעשות בדחיפות ובנחישות את הדרוש לשם כך.

ביקורות ופיקוח

האגף ולשכות הבריאות המחוזיות עושים ביקורות כדי לוודא כי המוסדות המאושפזים קשישים פועלים בהתאם לחוק, להוראות המשרד ולקובץ הנהלים של האגף.

1. בבתי חולים כלליים וגריאטריים ובמוסדות סיעודיים יש מחלקות לאשפוז קשישים הסובלים מבעיות רפואיות. הביקורת שעשה משרד מבקר המדינה העלתה כי האגף לא עושה ביקורות במחלקות לשיקום (למעט תקינה), וכי הלשכות עושות ביקורות רק במוסדות שיש בהם מיטות סיעודיות ומיטות לתשושי נפש. עם צוות הביקורת של האגף נמנים יותר נציגים מקצועיים מאלה שבצוות הביקורת של הלשכות. בקרות האגף מעמיקות יותר מבקרות הלשכה, והן מקיפות את כלל מקצועות הטיפול.

2. כמו בביקורת הקודמת של משרד מבקר המדינה, גם בביקורת הנוכחית עלה כי אף שלעיתים מתגלים ליקויים חמורים ביותר במוסדות, תדירות הביקורות הממוצעת של האגף בהם נמוכה מאוד - אחת לשנתיים-שלוש לערך. יש אף מוסדות שתדירות הביקורות בהם נמוכה הרבה יותר. גם תדירות הביקורות שעושות הלשכות נמוכה - הן נעשות פעם בשנה לערך, ובעיקר לצורך המלצה בדבר רישוי למוסד הסיעודי²². עוד העלתה הביקורת כי האגף גם לא נוהג להסתייע באמצעי בקרה אחרים, כגון שירותי בקרת חוץ, בקרת דואר שמתנהלת באמצעות שאלונים²³, ובקרה ממוחשבת. הועלה גם שתדירות הביקורות החוזרות שהאגף עשה נמוכה ביותר, אף במוסדות שהועלו בהם ליקויים חמורים.

22 במוסד שקיבל רישוי לתקופה הפחותה מ-12 חודשים ייעשו ביקורות יותר מפעם בשנה.
23 למעט בקרה חד-פעמית, שנועדה לברר מידע בדבר כוח אדם שהמוסדות מעסיקים במחלקות לחולים סיעודיים מורכבים.

להלן דוגמאות לליקויים שהעלה האגף בכמה מוסדות שנעשו בהם ביקורות במהלך שנת 2005, והם מוכיחים את הנחיצות של ניהול ביקורות בתדירות גבוהה:

נמצאו רישומים על מתן תרופות ותוספי מזון אף שהם טרם ניתנו לקשישים, ומנגד, חסרו רישומים על תרופות שכבר ניתנו; לא דווח ללשכת הבריאות על חולה עם פצע לחץ בדרגה חמורה, ואילו על חולה אחר, שסבל מפצע לחץ, היו כמה דיווחים סותרים; קשישים נפלו, לעתים כמה פעמים, ולא הוסקו מסקנות ולא נקבעו אסטרטגיות כדי למנוע את הישנות הנפילות; בכמה מוסדות הועסקו פחות אחיות מהדרוש; לא דווח לרופא על שמשקלה של אחת הקשישות ירד בארבעה קילוגרמים בחודש אחד; לקשישים מעל גיל 75 נעשתה דיאטה שלא לצורך; טיפולי ריפוי בעיסוק לא ניתנו לקשישים סיעודיים בגלל המיקום של חדר הטיפולים - "הגישה אליו עם הדיירים הסיעודיים קשה", או מפני שבמוסד לא הועסקה מרפאה בעיסוק; רישומים כגון רשומה רפואית ופרטים של טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ותזונה לקו בחסר; חלק מהציוד היה ישן ולא בטיחותי; בכמה דוחות צוין שאחדים מהליקויים כבר הועלו בביקורות קודמות.

בתשובתו מדצמבר 2005 מסר המשרד למשרד מבקר המדינה כי הוא מסכים "שיש מקום להעלאה בתדירות הבקורות", ואף להסתייע גם בטכניקות בקרה אחרות, אך בהיעדר תוספת תקציב וכוח אדם לא יהיה אפשר, לדבריו, להגדיל את תדירות הבקורות ולעקוב אחר כל התחומים הנדרשים.

3. יצוין שמבקר המדינה כבר קבע שרכישת שירותים חברתיים²⁴ נועדה, בין היתר, לחסוך בכספים, ולפיכך ראוי להפנות חלק מכספי החיסכון למימון הפיקוח, שהוא חלק בלתי נפרד מתהליך רכישת השירותים. לדעת משרד מבקר המדינה, אפשר ליישם את ההמלצה גם בתקצוב הפיקוח על המוסדות הסיעודיים.

יצוין כי בעניין חובת הפיקוח של המדינה על מוסדות רפואיים ניתן לאחרונה פסק דין בבית המשפט העליון²⁵. פסק הדין קבע שהפרת חובת הפיקוח המוטלת על המדינה עלולה להקים כנגדה עילת תביעה בנוזקין בגין רשלנות. באותו מקרה חייב בית המשפט העליון את המדינה, יחד עם אחרים, בפיצויים.

4. מחשב האגף נרשמים פרטים מועטים בדבר הביקורות שעושה האגף - מועדי הביקורות וציונים שניתנו למוסד בכל אחת הנקודות שנבדקו בביקורת. המחשב אינו מקושר עם הלשכות ואין בו מידע על הבקורות שעשו.

5. פרסום ליקויים ומדדי איכות: המשרד מפרסם באתר האינטרנט שלו את רשימת המוסדות הסיעודיים שקיבלו רישוי מהמשרד. הפרסום מיועד להיות לבני המשפחה של הקשיש הסיעודי לעזר לצורך ההחלטה היכן לאשפזו, אך אין בו מידע על ליקויים שהועלו בביקורות שעשו האגף והלשכות. לדעת משרד מבקר המדינה, מידע זמין ונגיש על ליקויים יכול לסייע למשפחות. פרסום הליקויים עשוי אף להביא את המוסדות להחיש את תיקונם, מאחר שיידעו כי המידע זמין לציבור.

המשרד הבהיר כי הוא פועל להרחיב את מדדי האיכות ולהוסיף בהם פרמטרים. לדעת משרד מבקר המדינה, יש להביא בחשבון את הליקויים המתגלים בביקורות הנעשות במוסדות הסיעודיים כדי שישמשו רכיב בקביעת מדדי האיכות בתחום הסיעודי.

24 ראו ברוך שנתי 55ב' של מבקר המדינה (2005), עמ' 721.

25 ע"א 8526/96 מדינת ישראל נ' פלוני ואח'. לא פורסם.

קשישים סיעודיים שמצבם השתנה (שינוי סטטוס)

1. מצבו של קשיש סיעודי עשוי להשתנות לסיעודי מורכב, או לתשוש. מאחר שלכל אחד מהמצבים האלה אחראי גורם אחר, שגם מממן את האשפוז, יש צורך לדעת על שינוי שחל במצבו של הקשיש הסיעודי. הביקורת שעשה משרד מבקר המדינה בכל לשכות הבריאות העלתה שלפני הקצאת הקוד לא נעשה ביקור בית אצל הקשיש.

2. משעה שמצבו של קשיש שאושפז בתור סיעודי השתנה, ואין הוא סיעודי עוד (בדרך כלל הוא הופך לסיעודי מורכב), הוא שוהה במקום שאינו מתאים עוד למצבו, והוא אינו מקבל את הטיפול הרפואי המתאים לו; למשרד ולמשפחה נגרם הפסד כספי בשל התשלום בעבור האשפוז הסיעודי, ונמנעת האפשרות לעשות שימוש בקוד לצורך אשפוז של קשיש סיעודי אחר.

בבירורים שעשה משרד מבקר המדינה הועלה שהאגף ולשכות הבריאות לא עושים בדיקה תקופתית קבועה, למשל פעם בשנה, כדי לאתר קשישים המאושפזים בקוד של המשרד והם כבר אינם סיעודיים - מצב שמחייב להוציאם ממסגרת האשפוז הסיעודי.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי לעשות בדיקה תקופתית קבועה, בין היתר, כדי לבדוק אם חלו שינויים במצבם של קשישים סיעודיים.

הכשרת כוח אדם

1. רופאים: תחום הגריאטריה הוא ייחודי והוא דורש הכשרה מתאימה. ועדת נתניהו קבעה כי "בעייתו המרכזית של המקצוע היא הקושי בגיוס רופאים להתמחות בו, נוכח תדמיתו הנמוכה.... ללא מומחים ברפואה גריאטרית, לא תוכל ישראל להתמודד עם הצרכים הגדלים של אוכלוסיית הקשישים". הוועדה המליצה "לעודד רופאים להתמחות ברפואה גריאטרית". גם ועדת שטסמן המליצה לשר הבריאות "לפעול לטיפול ועידוד הרפואה הגריאטרית בישראל ולהגדלת מספר הרופאים הגריאטריים במדינה, ע"י הכתבת מספר המתמחים במקצוע חשוב זה".

הביקורת של משרד מבקר המדינה העלתה שהמשרד לא נערך כראוי להכשרת רופאים מומחים בגריאטריה ואחיות מוסמכות בתחום הגריאטריה.

בדצמבר 2005 העריך האגף כי דרושים לפחות 500 רופאים מומחים בגריאטריה, נוסף ל-150 שהיו באותה עת. האגף הסביר כי חישוב זה אינו מביא בחשבון את הגידול הצפוי באוכלוסיית הקשישים ואת התחלופה של רופאים מומחים שפורשים. האגף הדגיש את החסר במומחים בגריאטריה במגזר הערבי.

לדעת האגף, בקהילה נדרשים כ-130 רופאים מומחים בגריאטריה, שישמשו יועצים לרופאים הראשוניים בקהילה ויעניקו שירותים גריאטריים ייחודיים: הערכה גריאטרית, טיפול בית ואשפוז בית, וגריאטריה שיקומית בקהילה. לדברי האגף "הקשישים בקהילה מטופלים ע"י רופאים ראשוניים, שלרובם אין הכשרה וידע ספציפי בתחום הזיקנה, וגם אין להם נגישות לייעוץ מצד מומחים בקהילה... [לכן] הזקנים לעתים קרובות אינם מקבלים את הטיפול האופטימלי".

2. אחיות: המחסור באחיות מוסמכות בתחום הגריאטריה נמשך כבר שנים רבות. בבקשתו לסיוע כספי למימון קורסי הסמכת אחיות מעשיות בגריאטריה כתב מנכ"ל המשרד בדצמבר 2003 לאגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל (אש"ל), בין היתר, ש"העדרן של אחיות

מוסמכות בהיקפים הרצויים מונע מן המוסדות הגריאטריים את האפשרות לעמוד בדרישות משרד הבריאות... עובדה זו גורעת מיכולת המוסד לשפר את איכות הטיפול במטופלים".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לפעול יותר כדי לעודד רופאים להתמחות במקצוע זה, ולעודד אחיות ללמוד להסמכה בתחום.

הזנה מלאכותית

חולה שאינו יכול לאכול בדרך הרגילה, מוזן באופן מלאכותי. יש שתי שיטות של הזנה מלאכותית: הזנת זונדה, שבה המזון מועבר לחולה באמצעות צינורית דרך אפו, ו"הזנת פג"²⁶, שבה המזון מוחדר לגוף החולה באמצעות צינורית שקובעה לדופן הבטן בפעולה כירורגית. חולה שמקבל את מזונו דרך זונדה אינו יכול לשתות או לאכול באמצעות פיו. הוא גם מוגבל בדיבור, ולעתים יש צורך לקשור את ידיו. לעומת זאת, לחולה המקבל הזנת פג יש יכולת לאכול ולשתות בדרך הרגילה, אין כלל הגבלה על הדיבור, ורק במקרים מועטים יש צורך לקשור את ידיו. בקרב הקהילה הרפואית שוררת תמימות דעים כי הזנת פג עדיפה מהזנת זונדה.

על פי תקנות בריאות העם, אחד המצבים שבו אשפוז חולה סיעודי מוגדר אשפוז סיעודי מורכב, הוא כשהחולה מקבל את מזונו בהזנת זונדה. כאמור, הטיפול בחולה סיעודי מורכב נתון לאחריותה של קופת החולים שהוא שייך אליה, וההשתתפות של החולה ושל משפחתו במימון נמוכה לעומת ההשתתפות במימון אשפוז סיעודי באמצעות קוד. לעומת זאת, חולה שמקבל מזון בהזנת פג מוגדר סיעודי, האחריות לאשפוזו נתונה אפוא בידי המשרד, והחולה ומשפחתו משתתפים במימון לפי יכולתם הכלכלית, בהתאם למבחן ההכנסה.

למשרד ידוע שמאות קשישים הוגדרו סיעודיים מורכבים רק משום שהזנו באמצעות זונדה, בלא שסבלו ממחלות אחרות. קשישים אלה לא הואכלו בהזנת פג, על אף שמצבם הרפואי אפשר זאת - לדברי ראש האגף ולדברי שירותי בריאות כללית, בין היתר, עקב לחצים של חלק ממשפחותיהם שרצו להימנע מלהשתתף בתשלום בעבור האשפוז הסיעודי. גם למוסדות עם מחלקות סיעודיות מורכבות יש אינטרס בהאכלת הקשיש באמצעות זונדה במקום לעבור להזנת פג, שכן שינוי בשיטת ההזנה של קשיש מהזנת זונדה להזנת פג יביא להעברתו למוסד סיעודי. הדבר נוגד הן את הרפואה הנכונה והן את האתיקה הרפואית.

משרד מבקר המדינה מעיר כי, לנוכח הטענות דלעיל על המשרד לבדוק את התופעה וממדיה, ולוודא שהשיקול לסוג ההזנה יהיה מקצועי וענייני בלבד.

בעניין זה פנתה כללית למנכ"ל המשרד כבר ביולי 2004, והציעה להעביר את "כל החולים הסיעודיים עם זונדה, שאין להם בעיה רפואית אחרת העושה אותם סיעודיים מורכבים, מאחריות הקופות לאחריות משרד הבריאות עם תקציב קבוע רב שנתי שיווד מעלות סל הקופות". הנושא עלה גם בישיבה רבת משתתפים שהתקיימה בנובמבר 2004, ובה השתתפו חברי הנהלת האגף, נציגי משרד האוצר ונציגי כל קופות החולים. במאי 2005 פנתה כללית שנית למנכ"ל המשרד, על דעת קופות החולים האחרות, וחזרה על הצעתה.

בתשובת המשרד מדצמבר 2005 נמסר, בין היתר, כי בימים אלה המשרד מתכנן את "צעדי היישום" של הנושא.

תזונה

לתזונה תפקיד חשוב בשמירה על בריאות טובה ואיכות חיים. בקרב אוכלוסיית הקשישים שכיח חסר של רכיבי ויטמינים ומינרלים, בעקבות ירידה בצריכת האנרגיה. קשישים הסובלים מחסר תזונתי נתונים בסיכון גבוה יותר למחלות חריפות - בין השאר, למחלות לב ולכלי דם, לאנמיה, לשינויים נוירולוגיים ולמחלות אלצהיימר. טיפול בקשיש שמצבו התזונתי ירוד עלול להיות כרוך בהוצאות כספיות מיוחדות, למשל: אשפוז הקשיש ושיקומו עקב שברים שנגרמו בגלל נפילות; התארכות משך האשפוז והגדלת מספר התרופות עקב זיהומים שנגרמו בניתוחים לאיחוי השברים.

בנובמבר 2004 הוצגו בפני חברי המועצה הלאומית לגריאטריה נתונים שאספו לשכות הבריאות על תזונה בקרב קשישים סיעודיים שהיו מאושפזים במוסדות סיעודיים. הנתונים הצביעו על חסרים של 30%-40% ברכיבי תזונה בקרב קשישים המאושפזים במוסדות סיעודיים.

בפברואר 1998 מינה ראש שירותי בריאות הציבור במשרד "ועדה בנושא תוספי תזונה (ויטמינים ומינרלים) לזקנים" (להלן - הוועדה). הוועדה, שעם חבריה נמנו בכירים מהאקדמיה וממערכת הבריאות, התבקשה, בין היתר, "לסקור את המידע המדעי העדכני בנושא תוספי תזונה לזקנים; להגדיר הנחיות לתוספי תזונה לזקנים המוסדיים בישראל, ולתת המלצות לאוכלוסיית הזקנים".

באוקטובר 1999 הגישה הוועדה את סיכום עבודתה לראש שירותי בריאות הציבור. היא התריעה על המחסור במידע עובדתי מוצק בדבר הרגלי התזונה ובדבר שכיחות החסרים התזונתיים בקרב אוכלוסיית הקשישים, במוסדות ובקהילה, והמליצה להקים פורום ייעודי במרכז הלאומי לבקרת מחלות, ולפתח בו מערכת ניטור והערכה.

הועלה כי רק ביוני 2005 החל המרכז הלאומי לבקרת מחלות לנהל סקר²⁷ ארצי בקהילה בקרב בני 65 ומעלה, בשיתוף האגף. הסקר מתבסס על מדגם של כ-1,800 משתתפים מכל המגזרים ברחבי הארץ.

הוועדה מסרה כי לאחר שסקרה המלצות של מוסדות בריאות בעולם ולאחר שבחינת רכיבי המזון הניתן לקשישים העלתה כי במזון חסרים רכיבים חשובים, היא המליצה להשלים את החסר באמצעות כמסה²⁸.

בתשובתו מדצמבר 2005 מסר המשרד ש"השימוש בכמסה מעין זו שהומלצה אמור להיכנס כהמלצה לשימוש, בנוהל התזונה החדש הקרוב, המיועד למחלקות הסיעודיות".

27 שם הסקר מב"ת זהב (מב"ת - מצב בריאות ותזונה).

28 לדברי ראש שירותי בריאות הציבור, מחיר הכמסה לפני מע"מ הוא 65 אגורות.

התעללות בקשישים

1. ממסמכי המועצה הלאומית לגריאטריה משנת 2002 עולה שהתעללות בקשישים היא תופעה נפוצה יחסית, אף שאין עליה נתונים רבים. אנשי מקצוע מעריכים שבישראל 20-50 אלף קשישים חשופים להתעללות.

בפברואר 2005 פורסם סקר ראשון מסוגו בנושא התעללות והזנחה של זקנים בישראל²⁹, שהתבסס על מדגם של 1,045 נבדקים המתגוררים בקהילות עירוניות בארץ³⁰. להלן עיקרי הממצאים שהעלה הסקר:

18.4% מהמשתתפים בסקר היו חשופים לסוג אחד או יותר של פגיעה (אלימות פיזית ומינית, התעללות מילולית, הגבלת חופש וניצול כלכלי) במהלך 12 החודשים שקדמו לביצוע הסקר. 25% מהקשישים דיווחו על הזנחה כללית, שפירושה כי צורכי חיים בסיסיים בכמה תחומים, ובהם תזונה, היגיינה ושירותים רפואיים, לא סופקו להם לפחות פעם או פעמיים בשלושת החודשים שקדמו לביצוע הסקר.

עורכי הסקר המליצו לעשות עוד מחקר כדי לפתח מודל של ניבוי מסוכנות להתעללות. לדעתם, יש להשקיע בהקניית מיומנויות באיתור ובזיהוי של האוכלוסייה הסובלת מהתעללות, בעיקר בקרב עובדי השירותים הרפואיים ושירותי הרווחה ובקרב מטפלים חוץ-משפחתיים. בעניין ההזנחה המליצו עורכי הסקר להשקיע באיתור ובזיהוי של גורמי הסיכון ובמשאבים לצמצומה. הם סוברים כי הגידול באוכלוסיית הקשישים בארץ מחייב חשיבה כוללנית בין-מוסדית ובין-דיסציפלינארית כדי להתמודד עם הבעיה.

2. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עלה שעוד באפריל 2002 פנה יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה למנכ"ל המשרד וביקש להפעיל תכנית פעולה כוללנית, רחבה וחוצה מגזרים בחברה ובמוסדותיה להגברת המודעות לקשיש ולמקומו בחברה, ולחנך להכרת הזקנה ולכיבוד בציבור הרחב בכלל ובקרב המטפלים בפרט. יו"ר המועצה המליץ למנכ"ל לפנות למשרד החינוך והתרבות כדי לבנות תכנית חינוכית שתעסוק בכיבוד הזקן. מטרת התכנית, שתיקרא "והדרת פני זקן", תהיה ליצור אווירה חברתית המעודדת התייחסות חיובית לאדם הזקן באשר הוא אדם.

3. הביקורת העלתה כי בשנת 2004 הכין המשרד תכנית ארצית לאיתור ולמניעה של התעללות בקשישים במערכת הבריאות. עד מועד סיום הבדיקה, ספטמבר 2005, היא טרם הופעלה.

בתשובתו מדצמבר 2005 מסר המשרד למשרד מבקר המדינה כי בימים אלה נחתם חוזה בין המשרד לאש"ל, אך "לא ניתן יהיה לקדם את הנושא בלא תוספת תקנים ותקציב".



משרד הבריאות וקופות החולים אחראים לטיפול בקשישים הסיעודיים. מערך הטיפול בקשיש הסיעודי צריך להיות מותאם לצרכים הייחודיים של הקשישים.

29 הסקר נעשה במרכז לחקר ולימוד הזקנה בפקולטה ללימודי רווחה ובריאות בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה, בשיתוף המוסד לביטוח לאומי ואש"ל.

30 לדברי עורכת הסקר, לפני כעשר שנים היא עשתה סקר דומה, שבדק פלח אוכלוסייה קטן בעיר חיפה.

פיתוח שירותים רפואיים לאוכלוסיית הקשישים בקהילה והעדפתם מאשפוז מוסדי, כל עוד מצבם הבריאותי והתפקודי מאפשר זאת, מועיל לקשישים, ובה בעת יש בו גם משום חיסכון למשק המדינה, אם בדרך של הפחתת היקף האשפוז ואם בדרך של מניעת התחלואה וקידום הבריאות. על המשרד והקופות, ובייחוד קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית, לפעול לקידום הפעילות בתחום בריאות הקשישים. על המשרד להבטיח רמה בסיסית אחידה של השירותים שיספקו הקופות.

בנושא טיפולי בית רפואיים וסיעודיים שהקופות נותנות, על המשרד להמשיך לפעול, בשיתוף הקופות, לקבוע מדיניות שתבטיח הספקה הולמת של שירותי בריאות לחולים המרותקים לביתם. עליו לגבש קריטריונים לזכאות לטיפול ביתי, ולקבוע את סוגי השירותים שעל הקופות לספק ואת היקפם.

על המשרד, בשיתוף הקופות, לקבוע סל שירותים לטיפול שיקומי בקהילה - להגדיר את מסגרות הטיפול השיקומי, את סוגי הטיפול, את תדירותו, את היקפו ואת התנאים לקבלתו. על המשרד גם לשקול בניית מערכת מדדי איכות לטיפול שיקומי בבית.

פורומים שעסקו בהעברת האחריות לאשפוז הסיעודי מהמשרד לקופות החולים קבעו כי הדבר ישפר את הטיפול הרפואי שיקבל הקשיש הסיעודי. על משרד הבריאות, על משרד האוצר וקופות החולים ליישב את המחלוקת שיש ביניהם בנושא זה כ-15 שנה.

על משרד הבריאות לפעול להמשך המגמה שנוצרה בשנת 2005, לראשונה זה שנים רבות - קיצור זמן ההמתנה לאשפוז סיעודי לכחודשיים, לאחר סיום חישוב הזכאות והתחייבות המשפחה.

אשפוז במסגרת לא מתאימה מנוגד להוראות האגף, והוא עלול להרע את מצבם של הקשישים. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לעשות את הדרוש כדי לצמצם ככל האפשר את התופעה של אשפוז זקנים במסגרות שאינן מתאימות למצבם, שבמקרים רבים מחמירה את מצבם הרפואי, וגם עלולה ליצור הפרעה לקשישים אחרים, שהמסגרת מתאימה למצבם. למצב זה גם תוצאות כלכליות מובהקות, שכן מחירו של יום אשפוז בכל אחת מהמסגרות שונה.

חובה על משרד הבריאות למגר, בשיתוף משרד הרווחה, את תופעת המוסדות הפועלים בלא רישוי, ועליו להפעיל דרכים נוספות לאלה הקיימות כדי להבטיח שהמוסדות המאשפזים יפעלו באופן תקין וברישוי.

על המשרד להגביר את תדירות הביקורות במוסדות הסיעודיים ולשקול להיעזר לשם כך גם בשיטות בקרה אחרות.

בתחום השיקום הגריאטרי על המשרד לוודא, בשיתוף קופות החולים, שכל החולים הזקוקים לשיקום יקבלו את הטיפול השיקומי המתאים להם.

על המשרד לפעול יותר כדי לעודד רופאים להתמחות במקצוע הגריאטריה, ולעודד אחיות ללמוד להסמכה לתחום.

על המשרד לוודא שהפעולות שנקט בתחום גביית החובות והמחשוב - הוצאת הוראות חדשות והפעלת מערכת מחשוב חדשה - מביאות לתוצאות הראויות.