



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

**בתי אבות במימון המדינה במדינות שונות –
האחריות למתן השירות ואופן אספקתו**

ח' תשרי תשע"ז
28 ספטמבר 2017

כתיבה: רוני בלנק
אישור: שלי לוי, ראשת צוות בכירה
גרסה לפני עריכה לשונית

הכנסת, מרכז המחקר והמידע
קריית בן-גוריון, ירושלים 91950
טל': 02 - 6408240/1
פקס: 02 - 6496103
www.knesset.gov.il/mmm

תוכן	
מבוא	
2	
5	1. עיקרי הממצאים מהמדינות שנסקרו במסמך
8	2. אוסטרליה
15	3. אנגליה
21	4. הולנד
25	5. גרמניה
29	6. פינלנד
31	7. פרובינציית אונטריו, קנדה



מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת מרב מיכאלי, ובו סקירה של האחריות למתן השירותים לטיפול ארוך-טווח, תוך התמקדות בבתי אבות במימון המדינה, ואופן אספקתם של שירותים אלה באוסטרליה, באנגליה, בהולנד, בגרמניה, בפינלנד ובאונטריו שבקנדה. לשם הנוחות במסמך זה נשתמש במונח בתי-אבות ציבוריים, כאשר הכוונה אינה לבעלות על המוסד, אלא לכך שהקשיש מתגורר בבית האבות במימון המדינה.

ראשית נציג מבוא קצר ובו רקע על הסוגיה כמו גם הסבר באשר לתוכנו של המסמך. לאחר מכן נציג את עיקרי הממצאים שעלו מסקירת שש מדינות אלה ולאחר מכן נקדיש פרק לכל מדינה ובה פירוט של ההסדר הקיים בה.

מבוא

הזדקנות האוכלוסייה, כלומר העלייה במספר הקשישים מעל גיל 65 ובשיעורם באוכלוסייה,¹ מהווה אתגר מרכזי העומד בפני מדינות שונות, עם השלכות על תחומים רבים כגון: שוק העבודה, מערכת הבריאות, הרווחה, התחבורה, הסביבה הבנויה ותרבות הפנאי. לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעור הקשישים מעל גיל 65 באוכלוסיית ישראל עלה בין שנת 2000 לשנת 2015 מכ-9.8% לכ-11%, והוא צפוי להגיע ל-14.6% בשנת 2035.² נכון לשנת 2013, שיעור הקשישים מעל גיל 65 באיחוד האירופי עמד על כ-18.4%, והוא צפוי להגיע לכ-25.8% בשנת 2035.³

העלייה במספר הקשישים עשויה להוביל לגידול במספר הקשישים הזקוקים לטיפול סיעודי כמו גם להתארכות תקופת הסיעוד הנדרשת ומכאן לגידול מתמיד בעלויות הפעלת שירותי הבריאות והרווחה לקשישים.⁴ במקביל, צמצום שיעור כוח העבודה באוכלוסייה מביא לשחיקת הבסיס הכלכלי למימון שירותים אלו במדינות המסתמכות על גביית מסים מכוח העבודה.⁵ לפי נציבות האיחוד האירופי (להלן: הנציבות האירופית), ההוצאה הציבורית הממוצעת בשנת 2013 במדינות האיחוד האירופי על שירותים לטיפול ארוך-טווח, כלומר על שירותים למשך פרק זמן ארוך שאליהם נזקקים אנשים בעלי יכולת תפקודית (פיזית או קוגניטיבית) מוגבלת כדי שיוכלו להתמודד עם פעילויות היום-יום, עמדה על כ-1.6% מהתמ"ג, וההוצאה החציונית עמדה על כ-1.1% מהתמ"ג.⁶ בהינתן שתוחלת החיים הממוצעת באיחוד האירופי, נכון לשנת 2013 עמדה על 83.1 שנים לנשים ו-77.6 לגברים,⁷ ובישראל, נכון לשנת 2015 על 84.1 שנים לנשים ו-80.1 לגברים,⁸ צפוי כי הצרכים ימשיכו לגדול ובהתאמה גם ההוצאה הציבורית בגין שירותים אלה.

¹ ניר בריל ועדי בויקו, המועצה הלאומית לכלכלה, משרד ראש הממשלה, [היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד](#), עמ' 5, אוקטובר 2015.

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לתקשורת](#), 26 בספטמבר 2016.

³ European Commission, [The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States \(2013-2060\)](#), March 2015, p. 385.

⁴ פלורה קוך דבידוביץ', [סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 21 במאי 2015.

⁵ European Commission, [The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States \(2013-2060\)](#), March 2015, p. 116.

⁶ European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and the Economic Policy Committee (henceforth European Commission DGEF-EPC), [Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability](#), October 2016, p. 166.

⁷ שם, עמ' 15.

⁸ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [תמותה ותוחלת חיים](#), כניסה לאתר: 15 באוגוסט 2017.



לפי הערכת בנק ישראל, נכון לסוף שנת 2015 עמד מספר החולים הסיעודיים בגילאי 60 ומעלה בישראל על כ-225,000 איש, כלומר כ-17.5% מאוכלוסיית הקשישים מעל גיל 60 בישראל.⁹ יש קושי לאמוד את ההוצאה הציבורית על שירותים לטיפול ארוך-טווח בישראל. לפי סקירה של משרד ראש הממשלה, בשנת 2013 עמדה ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי על גמלאות סיעוד המשולמות לקשישים בקהילה על כ-5.3 מיליארד ש"ח, ובשנת 2012 עמדו ההוצאות של משרדי הבריאות והרווחה על סיעוד על כ-1.5 מיליארד ש"ח.¹⁰ כלומר, בהנחה ולא היו הבדלים מהותיים בין שנים אלו, ההוצאה הציבורית על סיעוד בהן עמדה על כ-6.8 מיליארד ש"ח, אך אין בידנו הערכה מעודכנת יותר. **נעיר כי בין השנים 2000-2015 עלה שיעור הקשישים מעל גיל 80 באוכלוסיית ישראל מכ-2.15% לכ-2.8%,¹¹ ולפי רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון, ההסתברות של קשיש שהגיע לגיל 80 להפוך לסיעודי בחמש השנים הקרובות הינה כ-20%.¹²**

על רקע תהליכים אלו פועלות מדינות שונות לפתח ולהתאים את השירותים הקיימים לצרכים הדינמיים של אוכלוסיית הקשישים. **המסמך הנוכחי מתמקד בעיקר בבתי-אבות ציבוריים, ובתוך כך באחריות למתן השירות, לאופן הארגון, למימון ולתוכן השירותים ככל שיתאפשר על בסיס המידע שבידנו. שירות זה נחשב כאמור לאחד מהשירותים לטיפול ארוך-טווח ולצד התמקדות בו נציג בקצרה גם שירותים אחרים לטיפול ארוך-טווח.** נעיר כי מדינות רבות וביניהן ישראל מקדמות מדיניות של אל-מיסוד, שעיקרה העברת מרכז הכובד מטיפול במוסדות לטיפול בקהילה, אך לפי הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD, the Organization for Economic Co-operation and Development), יש אוכלוסיות שהמענה המיטבי לצרכיהן הוא טיפול במוסדות ולכן לצד הרחבת השירותים בקהילה יש לשמר את היכולת לספק שירותים אלו.¹³

המסמך סוקר את האחריות ואופן מתן השירותים בבתי אבות ציבוריים לצד שירותים אחרים לטיפול ארוך-טווח בקשישים בשש מדינות: באוסטרליה, באנגליה, בהולנד, בגרמניה, בפינלנד ובפרובינציית אונטריו בקנדה. המדינות שנבחרו מספקות תמונה מגוונת על המבנה הארגוני של השירותים לטיפול ארוך-טווח, כמו גם על אופן מימנם ואספקתם. נעיר כי בין המדינות שסקרנו היו מדינות במהלך רפורמה (אנגליה), או מיד לאחר רפורמה (גרמניה, אוסטרליה, הולנד, אונטריו), או ערב רפורמה (פינלנד). מצב זה מעיד על הדינמיות של התחום והניסיונות של מדינות לפתח מענים לאתגרי הזדקנות האוכלוסייה ומאפשר לנו להציג מנעד רחב של הסדרים קיימים.

בישראל, האחריות על שירותים לטיפול ארוך-טווח בקשישים אינה כלולה בשירותי הבריאות שקופות החולים מחויבות לספק למבוטחיהן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 והיא מפוצלת בין ארבעה גופים עיקריים: המוסד לביטוח לאומי, האחראי על תחום הטיפול הסיעודי בקהילה; משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, האחראי על הטיפול בקשישים עצמאיים וכן בקשישים תשושים, כלומר קשישים הזקוקים לעזרה חלקית בפעולות היום-יום; משרד הבריאות, האחראי על הטיפול הסיעודי הרגיל, כלומר, אנשים הסובלים מירידה בתפקוד וזקוקים למעקב מתמשך במסגרת אשפוז

⁹ נתון זה כולל כ-160,000 חולים סיעודיים בקהילה, 35,000 חולים שסביר שלא יעמדו במבחני הכנסה, 21,000 מיטות לטיפול ממושך שבאחריות משרד הבריאות ו-8,000 מיטות לתשושים שבאחריות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. פלורה קוד דבידוביץ', מיפוי הנתונים של רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון על תביעות מבוטחים במסגרת ביטוחי הסיעוד, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 17 בספטמבר 2017.

¹⁰ ניר בריל ועדי בויקו, המועצה הלאומית לכלכלה, משרד ראש הממשלה, היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד, אוקטובר 2015, עמ' 19.

¹¹ חישוב לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.1.8. אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל, שנת 2001; לוח 2.3. אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל, תאריך פרסום: 1 בספטמבר 2016; הודעה לתקשורת, 26 בספטמבר 2016.

¹² רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון, חשוב לדעת בביטוח סיעודי, כניסה לאתר: 18 בספטמבר 2017.

¹³ Organization for Economic Co-operation and Development, Long-term care beds in institutions and hospitals, in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, 2015.



רפואית סיעודית, ועל הטיפול בתשושי-נפש (לדוגמה, אנשים שאובחנו עם דמנציה) וקופות החולים, האחראיות על טיפול סיעודי מורכב, כלומר טיפול בחולים סיעודיים הסובלים גם ממחלות קשות.¹⁴ מזה מספר שנים פועל משרד הבריאות כדי לקדם רפורמה שתביא להכללת הביטוח הסיעודי בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים. לפי תשובת משרד הבריאות מה-9 במאי 2017 לפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, שר הבריאות ושר האוצר פועלים כיום במשותף להקמת צוות שיקדם רפורמה זו,¹⁵ אך לא ידוע לנו מהו תאריך היעד להקמת הצוות או לסיום פעולתו.

בטרם נציג את הסקירה שערכנו נציין כי יש לתת את הדעת להבדלים בין המדינות בנוגע למבנה מערכות הבריאות והרווחה, הזיקה ביניהן, היקף ותוכן השירותים המוצעים וחלוקת הסמכויות בין הגופים המעורבים. נדגיש כי השירותים לטיפול ארוך-טווח נמצאים במיקום ביניים, בין תחום הבריאות לבין תחום הרווחה, ומצב זה יוצר לעיתים עמימות באשר לאחריות למתן השירות כמו גם לתוכן השירות. לדוגמה, אופן חישוב ההוצאה הציבורית על שירותים אלו אינו תמיד זהה ולא תמיד ברור האם טיפולים רפואיים הניתנים בבתי האבות הם חלק מהשירותים לטיפול ארוך-טווח או חלק מהשירותים הניתנים במסגרת מערכת הבריאות. כמו כן, אין בידנו מידע על יישום ההסדרים בפועל, על יעילותם וכן על שביעות הרצון של מקבלי השירותים במדינות השונות.

בפרק הבא נציג כאמור את עיקרי הממצאים ולאחריו נקדיש לכל מדינה פרק נפרד. אולם על מנת להבטיח אחידות בשימוש במונחים בין המדינות השונות, להלן מספר הגדרות שבהן נעשה שימוש במסמך:

טיפולים אישיים: כוללים עזרה בפעילויות היום-יום כגון רחצה, שמירה על היגיינה אישית, לבוש, אכילה ועשיית צרכים. במקומות שבהם מושג זה מתייחס גם לפעילות אחרות ציינו זאת במפורש.

בתי אבות: הם מוסדות המיועדים לקשישים הזקוקים לטיפול סיעודי ולהשגחה מתמדת לטווח ארוך. נזכיר שוב, כאשר אנו משתמשים במושג "בית אבות ציבורי", הכוונה אינה לבעלות על המוסד, אלא לכך שהקשיש מתגורר בבית האבות במימון המדינה.

הוצאה על שירותים לטיפול ארוך-טווח: היא הוצאה על שירותים שאליהם נזקקים אנשים בעלי יכולת תפקודית (פיזית או קוגניטיבית) מוגבלת, כדי שיוכלו להתמודד עם פעילויות היום-יום לתקופה ארוכה. הגדרה זו מוצעת בידי הנציבות האירופית והיא מקובלת על ארגונים אחרים, כגון ה-OECD. ישנם מספר קשיים עם הגדרה זו. ראשית, היא אינה מתייחסת לקשישים בלבד אלא לכלל מקבלי השירותים לטיפול ארוך-טווח ובתוכם מטופלים שאינם קשישים. עם זאת, הזדקנות האוכלוסייה מהווה את המרכיב העיקרי בעליית ההוצאה על שירותים אלו. שנית, כאמור, לא ניתן לעיתים להפריד בין השירותים הכלולים בהגדרה זו לבין שירותים אחרים, ובמיוחד שירותים רפואיים. שלישית, שירותים הניתנים בבית המטופל נכללים לרוב תחת הקטגוריה של שירותים בקהילה, אך קטגוריה זו יכולה לכלול גם שירותים נוספים כגון הפעלת מרכז יום, שאינם נכללים בהגדרה זו.¹⁶

המסמך אינו עוסק בדיוור מוגן, וזאת מאחר ובמדינות שסקרנו שירות זה סופק על פי רוב בשוק הפרטי והוא מיועד על פי רוב לקשישים עצמאיים באופן יחסי הנושאים במלוא עלות שירות זה. בפרק הבא נציג את עיקרי הממצאים.

¹⁴ משרד הבריאות, בחירת מוסד האשפוז המתאים לקשיש, כניסה לאתר: 18 בספטמבר, 2017.

¹⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, דוא"ל, 9 במאי 2017.

¹⁶ European Commission, The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), March 2015, pp. 141-144; OECD, Health at a Glance 2015, 2015, p. 208.



1. עיקרי הממצאים מהמדינות שנסקרו במסמך

מהמסמך עולה כי מדינות רבות פועלות לפתח ולהתאים את מערך שירותי הבריאות והרווחה לקשישים בניסיון להתמודד עם הזדקנות האוכלוסייה. המסמך התמקד ב**בתי אבות**, שהוגדרו כמוסדות המיועדים לקשישים הדורשים השגחה מתמדת או טיפול סיעודי ארוך-טווח. ככלל, מפרסומי המדינות השונות עולה כי הן הציבו כיעד את הגברת מעורבות מקבלי השירותים בתהליך ההערכה ובבחירת ספק השירותים, וכי שירותים אלו מסופקים באמצעות תמהיל של גופים למטרות רווח, שלא למטרות רווח או גופים ציבוריים. לצד זאת יש הבדלים מהותיים במתן השירותים המבטאים הבדלים במבנה מערכות הבריאות והרווחה של כל מדינה, כמו גם הבדלים ארגוניים, כלכליים ואף תרבותיים.

שירותים לטיפול ארוך טווח לקשישים, ובהם בתי אבות, ממוקמים בין תחום הבריאות לתחום הרווחה, ומיקום ביניים זה גורם לעיתים לקשיים. מיקום זה עשוי להוביל לחוסר בהירות בנוגע לחלוקת האחריות על שירותים מסוימים, לדוגמה חפיפה בין השירותים הניתנים לקשישים בקהילה בידי קופות החולים והשירותים הניתנים בידי השלטון המקומי (לדוגמה בהולנד) כמו גם לשאלות באשר לגורם שעליו לשאת בעלות הטיפול לעומת עלות המחיה בבית אבות (לדוגמה באנגליה). קשיים אלה נוגעים לא רק לשאלה האם יש לכלול את השירותים לטיפול ארוך-טווח במערכת הבריאות הציבורית או לספקם במסגרת תכנית נפרדת, אלא גם מה תהיה הזיקה בין תכנית זו למערכת הבריאות הציבורית כמו גם לשירותי הרווחה ומי יתכלל שירותים אלה.

כמה מדינות בחרו ליצור גוף או גופים ייעודיים שיעסקו במתן שירותים לטיפול ארוך-טווח או בהיבטים מסוימים של שירותים אלו (בגרמניה, בהולנד ובאוסטרליה). בגרמניה יש קופות חולים לטיפול ארוך-טווח הנותנות שירותים בבתי אבות ובקהילה ופועלות לצד קופות החולים הנותנות שירותי בריאות. נעיר כי תושבי גרמניה מחויבים לרכוש ביטוח לטיפול ארוך-טווח וביטוח בריאות מקופות אלו (בהתאמה), וכי הקופות יכולות להיות פרטיות או ציבוריות. בהולנד יש מערך של גופים ייעודיים הפועלים מטעם הממשלה המרכזית לארגון השירותים לקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, שיכולים להינתן בבתי אבות או בקהילה, כולל הערכת הצרכים וניהול משא ומתן מול הספקים. קשישים שאינם זקוקים להשגחה מתמדת מטופלים על-ידי קופות החולים. באנגליה ניתנים מרכיבי הרווחה של הטיפול ארוך-הטווח בידי הרשויות המקומיות, בעוד המרכיבים הרפואיים ניתנים בידי שירות הבריאות הלאומי.

חלק מהמדינות הסדירו את נושא הטיפול ארוך-הטווח בחוק ייעודי (גרמניה, אנגליה) בעוד במדינות אחרות השירותים מסופקים מתוקף מספר חוקים העוסקים במרכיבים שונים (פינלנד, אוסטריה). בהולנד התמונה מורכבת יותר: יש חוק ייעודי לטיפול בקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, בעוד מרכיבים אחרים של השירותים לקשישים ניתנים מסמכות חוקים אחרים.

כל המדינות שסקרנו בחרו לממן את השירותים לטיפול ארוך-טווח באמצעות שילוב של גביית מסים מהתושבים ודמי השתתפות עצמית ממקבלי השירות, ובכל המקרים הממשלה המרכזית מעבירה תקציבים נוספים למימון השירותים. חלק מהמדינות קבעו מס ייעודי לטיפול ארוך-טווח, שהוטל ברמה הפדרלית (גרמניה) או ברמת המדינה (הולנד). נעיר כי בהולנד יש מס לאומי ייעודי לטיפול בקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, בעוד הטיפול בקשישים אחרים ממומן באמצעות מסים שאינם ייעודיים. בכל המקרים שירותים בבתי אבות דרשו גביית דמי השתתפות עצמית ממקבלי השירות, בניגוד לשירותים מסוימים בקהילה הניתנים למקבלי השירות בחינם.

ככלל, הזכאות לקבלת שירותים בבתי אבות הוגדרה כתלויה בעמידה במבחני צרכים רפואיים. היוצאת מהכלל היא אוסטרליה, שבה ניתן לקבל שירותים גם על בסיס סיבות כגון אבלות, מוגבלות, או קושי להתמודד בבית. אין בידנו מידע על תוכנם של מבחני הצרכים בכל המקרים, אך מהמידע שבידינו עולה כי



מבחני הצרכים יכולים לכלול גם היבטים המזוהים עם תחום הרווחה, לדוגמה יכולת מבקש השירות להסתמך על שכנים, חברים ומשפחה לעזרה (הולנד). בהמשך לכך, המבחנים נערכים על-ידי עובדים סוציאליים או עובדי הרשות המקומית ולא בהכרח בידי רופאים (אנגליה). במקרה אחד קיימת הבחנה בין המרכיב הבריאותי של המבחן, המועבר על ידי רופא או אחות, והמרכיב התפקודי, המועבר בידי אחות, עובד סוציאלי או אחרים שהכשרתם אינה ידועה (אונטריו). גם הבדלים אלו מעידים על מיקום הביניים של השירותים לטיפול ארוך טווח בין תחומי הבריאות והרווחה ועל העמידות המסוימת המאפיינת את הגדרת הצרכים הסיעודיים.

להגדרת מבחני הצרכים על ידי המדינה יש השפעה ישירה על גודל האוכלוסייה שתהיה זכאית לשירותים אלה (אוסטרליה, גרמניה). לדוגמה, בגרמניה הגדילה הממשלה את מספר הקטגוריות של זכאות לצרכים מ-3 ל-5, בין השאר במטרה להגדיל את אוכלוסיית הזכאים ברמות נמוכות יותר. נעיר כי תוכנם של מבחני הצרכים יכול להיקבע ברמה המקומית או ברמה הלאומית. באנגליה פעלה הממשלה להאחדת מבחני הצרכים ברמה הלאומית, בין השאר במטרה לייצר שקיפות בתהליך ההערכה. המדינה גם עשויה להשפיע על תמהיל גובה הסבסוד שתעבייר לספקים בגין קשישים שנמצאו זכאים לקבלת השירות באמצעות קביעת מבחנים לעניין זה. באוסטרליה, קשישים שנמצאו זכאים לקבלת שירותים בבתי אבות עוברים מבחן צרכים נוסף, המתבצע בידי הספקים, שמטרתו לקבוע את רמת הסבסוד שיקבלו הספקים מהממשלה. הממשלה פועלת להקשחת אמות המידה שבהן נעשה שימוש במבחן זה, כך שבקביעת מספר הזכאים שבגינם על המדינה לשלם לספקים את רמות הסבסוד הגבוהות ביותר ידם של הספקים לא תהיה "קלה על ההדק".

חלק מהמדינות נקטו צעדים להגברת העצמאות של הגוף המבצע את מבחני הצרכים הרפואיים על מנת למנוע שיקולים זרים (אוסטרליה, הולנד). באוסטרליה, הערכת הצרכים מתבצעת בידי שירות פדרלי ייעודי, ולא בידי הספקים, במטרה למנוע מצב שבו הערכת הצרכים תותאם לשירותים שיש בידי הספק ולא לצרכי מבקש השירות. כאמור, ספקי שירותים בבתי אבות מבצעים מבחן צרכים נוסף ונפרד, המיועד לקביעת הסבסוד שיקבלו מהמדינה ואינו קשור למבחן הצרכים לצורך קביעת זכאות שמבצע השירות הפדרלי. בהולנד, הערכת הצרכים מתבצעת בידי סוכנויות ייעודיות. אמנם סוכנויות אלו פועלות כחברות-בת של קופות החולים, אך תהליך ההערכה מנותק משיקולי התקציב של קופות החולים. לעומת זאת, באנגליה ובפינלנד הערכת הצרכים היא בידי השלטון המקומי, שהוא הגוף שמממן ולעיתים אף מספק את השירותים. בגרמניה מתבצעת הערכת הצרכים בידי גוף המופעל במשותף בידי קופות החולים והקופות לטיפול ארוך-טווח, כלומר שהוא מופעל בידי הגופים המבטחים. נציין כי מעמדו של גוף זה אינו ברור לחלוטין; יש חוק המשפיע על התנהלותו, אך לא ידוע לנו כיצד. בהמשך לכך ניתן לשאול אילו גורמים מעורבים בקביעת מבחן הצרכים ולפי אלו אמות מידה מתבצעת ההערכה.

כל המדינות מאפשרות לערער על תוצאת מבחן הצרכים, אך במקרה אחד ניתן לערער אך ורק בפני הגוף שביצע את ההערכה (הולנד), ובמקרים אחרים ניתן לערער גם בפני המשרד הממשלתי האחראי (אוסטרליה) או גופים חיצוניים לו, כולל נציב תלונות הציבור בשלטון המקומי (אנגליה) או ערכאות משפטיות (אנגליה, גרמניה, אונטריו, אוסטרליה). נציין כי בגרמניה קיים מערך של בתי משפט העוסק אך ורק בסוגיות הנוגעות לביטוח הלאומי. אוסטרליה מממנת ארגון חברה אזרחית הפועל לסייע למקבלי השירות בהתנהלותם מול המערכת הציבורית, כולל הגשת תלונות בעניין זה.

לאחר עמידה במבחן הצרכים, המדינות מפעילות מנגנונים שונים לקביעת חלוקת הנטל הכלכלי בין המדינה לבין מקבל השירות, כלומר לקביעת דמי ההשתתפות העצמית שיגבו ממקבל השירות. היוצאת מהכלל היא אנגליה, שבה אנשים בעלי אמצעים מעל תקרה מסוימת אינם זכאים למימון מהמדינה. בשני מקרים מצאנו כי רמת ההשתתפות העצמית היא קבועה ואינה תלויה במבחן אמצעים (אונטריו,



גרמניה). בשאר המקרים רמת ההשתתפות העצמית תלויה במבחני אמצעים הבוחנים הכנסה ו/או נכסים. אופן חישוב רמת ההשתתפות העצמית, כולל האופן שבו מוגדרים "הכנסה" או "נכסים", משתנה בין שירותים ובין מדינות. נדגיש כי מדובר בחישוב מורכב, ובמקרים מסוימים אף הוקמו גופים ייעודיים לצורך ביצוע חישוב זה (הולנד). במקרה אחד החישוב מתייחס להכנסה בלבד, כולל חלק מהגמלות ולנכסים כגון דירה ונכסים פיננסיים (אנגליה, אוסטרליה, הולנד). נדגיש כי אופן חישוב שווי הנכסים כגון ערכה של דירה משתנה בין המדינות. הכללת הנכסים במבחן האמצעים מציעה במובלע כי על מקבלי השירות למכור את נכסיהם כדי לממן את השירותים. עם זאת, במקרה אחד נוצר הסדר המאפשר לבעלי הנכסים לקבל מימון לשירותים על סמך מכירה עתידית של הנכס, כולל לאחר מות מקבל השירות (אנגליה).

מצאנו כי בשני מקרים ניתן לערער רק בפני הגוף שביצע את מבחן האמצעים (הולנד, פינלנד) ובמקרה אחד ניתן לערער גם בפני ערכאות משפטיות (גרמניה). אין בידנו מידע על הזכאות לערער על מבחן האמצעים במקרים האחרים. נעיר כי במקרים מסוימים יש הסדרים לצמצום או ביטול דמי ההשתתפות העצמית על בסיס אי-יכולת לעמוד בהשתתפות העצמית שנקבעה (אונטריו, אוסטרליה). באוסטרליה הממשלה מפעילה סנקציות כלכליות כלפי בתי אבות הנמנעים ממתן שירות לדיירים מחוסרי אמצעים.

חלק מהמדינות אפשרו להחליף את השירותים בעין או חלק מהם בתקציב ישיר המועבר למבקש השירות לשם רכישת שירותים לטיפול ארוך טווח (הולנד, אנגליה, גרמניה). במקרה אחד מצאנו כי גובה הסבסוד בגין שירותים בעין הוא בערך פי שניים משווי התקציב הישיר (גרמניה); אין בידנו מידע על היחס בין שווי השירותים בעין לתקציב הישיר במקרים האחרים. נציין כי חלק מהמדינות מגבילות את האופן שבו ניתן לנצל תקציב זה (אנגליה, הולנד). באנגליה ובהולנד שימוש זה מוגבל לרכישת שירותים שנועדו לספק מענה לקשיים שזוהו במבחן הצרכים. בתחילת הרפורמה בהולנד יכלו בעלי התקציב הישיר להוציא אותו כרצונם, אך הסדר זה הופסק עקב חשש להונאות.

חלק מהמדינות יצרו מנגנונים שמטרתם למנוע מצב שבו העול הכלכלי המוטל על מקבלי השירות ו/או משפחותיהם בגין ההשתתפות העצמית יהפוך להיות כבד מדי. מנגנונים אלו כוללים תקרות שנתיות ותקרות לכל החיים על תשלום מרכיבים מסוימים מדמי ההשתתפות העצמית (אנגליה, אוסטרליה). בגרמניה נקבע לאחרונה כי רמת התשלום של אדם השוהה בבית אבות או בית אבות סיעודי (הממומן ציבורית) תישאר זהה גם כאשר מצבו מחמיר והוא יזדקק לרמת שירות גבוהה יותר, מלבד במעבר מהרמה הראשונה לשנייה. כלומר, אדם ברמת צרכים 2 ימשיך לשלם את אותה השתתפות עצמית גם כאשר מצבו יחמיר והוא יזדקק לרמת צרכים 3, 4 או 5.

הפיקוח על השירותים לטיפול ארוך-טווח מתבצע בידי גופים שונים, שחלקם ייעודיים לנושא בתי האבות או השירות לקשישים (אונטריו) וחלקם כלליים (אנגליה, הולנד, פינלנד). הסנקציות שיכולים להטיל גופים אלה כוללות לדוגמה אזהרות, דרישות לתיקון ליקויים מסוימים, שינוי תנאי הרישיון או השעייתו, תביעת המוסד בבית משפט ולקיחת אחריות של הרגולטור או הממשלה על מתן השירותים תוך חיוב בית האבות בתשלום על השירות. נציין כי בכמה מדינות פועלות סוכנויות הפיקוח להנגיש את תוצאות הפיקוח לציבור במטרה לאפשר בחירה מושכלת. דוגמאות בולטות הן אוסטרליה, שבה מפורסמות התוצאות בפורטל אינטרנטי לאומי לגישה לשירותים לטיפול ארוך-טווח, ואנגליה, שבה מוצג המידע בצורה ברורה וידידותית. מהמידע הקיים לא ניתן לקבוע מהי יעילות האכיפה והפיקוח של גופים אלה.

יש לציין כי קביעת שיעור המס שיגבה מהתושבים לשם אספקת שירותים לטיפול ארוך טווח כמו גם גובה ההשתתפות העצמית שיגבו ממקבל השירות אינן סוגיות טכניות גרידא, אלא מושפעות בין השאר מתפיסות תרבותיות כגון תפקיד המשפחה. כך, בגרמניה אנשים בעלי ילדים נדרשים לשלם מס נמוך יותר



מאשר אנשים חסרי ילדים, וזאת מתוך הנחה כי לכשיזדקנו הם יסתמכו על ילדיהם לטיפול לעומת חסרי ילדים שייטו להסתמך יותר על המדינה. גישה זו עולה בקנה אחד עם תפיסת מדינת הרווחה בגרמניה המתבססת על המשפחה כיחידת הבסיס החברתית. לעומת זאת, אנגליה היא המדינה היחידה שסקרנו שבה לשם חישוב גובה ההשתתפות העצמית אסור לקחת בחשבון את הנכסים או ההכנסה של משפחת מקבל השירות, כולל בן/בת הזוג, גישה העולה בקנה אחד עם תפיסת תפקיד המשפחה במדינה.¹⁷ לשם השוואה, בהולנד מבחן האמצעים כולל את ההכנסות והנכסים של מקבל השירות ובן זוגו ובפינלנד הוא כולל את ההכנסות של בני המשפחה מעל גיל 18 המתגוררים במשק הבית.

לסיכום, מהמסמך עולה כי מדינות שונות פועלות כיום להתאים את השירותים לטיפול ארוך-טווח בכלל והשירותים בבתי אבות ציבוריים בפרט להתמודדות עם הצרכים הקיימים בהינתן הזדקנות האוכלוסייה. **התאמה זו דורשת איזון בין מתן שירות איכותי לבין הימנעות מעלויות כבדות למדינה כמו גם למקבל השירות.** מהמסמך עולה כי מבחני הצרכים ומבחני האמצעים מהווים כלי מרכזי בקביעת מאפייני קבוצת הזכאות ועלות השירותים למדינה כמו גם למקבלי השירות. ניתן לשאול האם וכיצד מוודאת המדינה שתוכנם של מבחנים אלו לא רק משקף את המדיניות, אלא גם עולה בקנה אחד עם צרכי האוכלוסייה. בהמשך לכך, מהמסמך עולה הצורך לתכלל את השירותים לטיפול ארוך-טווח, אם באמצעות ארגונים בגופים ייעודיים ואם באמצעות הגדרה ברורה של חלוקת האחריות ושיתוף הפעולה בין הגורמים המעורבים, וזאת במטרה לספק שירות יעיל, רציף ואיכותי.

2. אוסטרליה

טבלה 1: שירותים לטיפול ארוך-טווח בקשישים באוסטרליה, שנת 2016/2015, לפי ממשלת אוסטרליה¹⁸

אחוז מהאוכלוסייה המקבל טיפול ארוך טווח	24.38% מתוכם, מעל גיל 65: כ-15% מעל גיל 85: כ-2% ¹⁹	אחוז מהאוכלוסייה המקבל טיפול ארוך טווח	5.12% מתוכם, כ-19% קיבלו שירותים במוסדות, וכ-81% קיבלו שירותים בבית
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	84.5 נשים 80.4 גברים ²⁰	אחוז הוצאה מהתמ"ג	3.8% ²¹

אוסטרליה היא פדרציה המורכבת מ-6 מדינות ו-10 טריטוריות.²² נכון לשנת התקציב 2016/2015 עמדה ההוצאה הציבורית על טיפול ארוך טווח בקשישים על כ-16.2 מיליארד דולר אוסטרלי, שמתוכה הוקדשו כ-70% לטיפול בבתי אבות, כ-25% לשירותים שניתנו בבית ובקהילה וכ-5% לטיפולים קצרי-טווח במוסדות ולמינהלה.²³ נדגיש כי מדובר בטיפול בקשישים בלבד.

¹⁷ Gosta Esping Andersen, "The three political economics of welfare states", *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie* 26, 1, 1989.

¹⁸ הנתונים נלקחו מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה של אוסטרליה, מפרסומי משרד הבריאות ומאתר ממשלת אוסטרליה.

¹⁹ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 6.

²⁰ Australian Bureau of Statistics, [Life expectancy at birth](#), Updated: October 27, 2016, Accessed: July 25, 2017.

²¹ לפי חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת: 16.2 מיליארד כאחוז מתוך כלל ההוצאה הציבורית לשנת 2016/2015, שעמדה על כ-428.7 מיליארד דולר אוסטרלי. ראו:

Australian Government, [Final Budget Outcome 2015-2016](#), September 2016, pp. 9-10.

²² Australian Government, [How Government Works](#), Accessed: July 25, 2017.

²³ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, pp. 9-10.



באוסטרליה מונהג ביטוח בריאות ציבורי (Medicare) הממומן בין השאר על-ידי גביית מס בריאות.²⁴ מערכת השירותים לטיפול ארוך-טווח היא תכנית נפרדת ממערכת הבריאות הציבורית, אך שתיהן תחת אחריותה של הממשלה הפדרלית.²⁵ האחריות לשירותים לטיפול ארוך טווח לקשישים מוטלת על משרד הבריאות הפדרלי, כאשר האחריות על הטיפול בבתי אבות ועל הטיפול בבית מוטלת עליו מתוקף החוק לטיפול בקשישים משנת 1997 (The Aged Care Act) והאחריות על תמיכה בבית מתוקף חוק אחר. כל השירותים ממומנים מתקציב הממשלה הפדרלית ובאמצעות גביית דמי השתתפות עצמית תלויה מבחן אמצעים ממקבלי השירות. לא ידוע לנו האם באוסטרליה נגבה מהתושבים מס ייעודי לשם מימון השירותים לטיפול ארוך-טווח. נציין כי המדיניות הפדרלית עברה רפורמה בשנים האחרונות; אנו נציג להלן את המצב בפניו עומד קשיש כיום, כאשר מדינה אחת (אוסטרליה המערבית) טרם השלימה את המעבר למדיניות הפדרלית אך היא בעיצומו של התהליך.²⁶

סוגי השירותים לטיפול ארוך טווח המוצעים באוסטרליה

שירותים בבתי אבות כוללים מגורים, עזרה במטלות היום-יום, לדוגמה בישול או עשיית כביסה; טיפולים אישיים (כלומר, עזרה בפעילויות כגון רחצה, שמירה על היגיינה אישית, לבוש, אכילה ועשיית צרכים); שירותי תמיכה, לדוגמה עזרה בניקיונות, כביסה והכנת ארוחות; טיפול סיעודי וגישה לשירותים כגון פיזיותרפיה.²⁷

טיפול בבית המיועד לאנשים ברמת תפקוד נמוכה, וכולל טיפולים אישיים, שירותי תמיכה ושירותים קליניים.

תמיכה בבית (home support) המיועדת לאנשים ברמת תפקוד גבוהה יותר, וכוללת טיפול סיעודי, טיפולים אישיים, טיפול רפואי, עזרה במטלות משק הבית, תמיכה חברתית, התאמת הבית ואספקת ארוחות. מתנדבים לוקחים חלק מרכזי באספקת שירותים אלו.²⁸

כמו כן הממשלה הפדרלית מפעילה שירותים ייעודיים לפי שיקול דעתה, לדוגמה תכניות ייעודיות לאזורי פרפריה ולקבוצות חברתיות שונות (לדוגמה קהילות ילידות, חברי קהילת הלהט"ב).²⁹

האחריות על מתן השירותים לטיפול ארוך טווח

כאמור, האחריות על טיפול בבתי אבות, טיפול בבית ותמיכה בבית מוטלת על משרד הבריאות הפדרלי. השירותים מסופקים על-ידי ארגונים שלא למטרות רווח, כולל ארגונים דתיים, ארגוני צדקה וארגונים קהילתיים, ועל ידי חברות פרטיות וגופים ציבוריים. רוב בתי האבות וספקי השירותים בבית הם ארגונים

²⁴ Department of Human Services, [About Medicare](#), Updated: June 26, 2017, Accessed: July 24, 2017.

²⁵ מסמך של מרכז המחקר של הפרלמנט האוסטרלי מבחין בין האחריות שבידי מערכת הבריאות הציבורית, Medicare, האחריות על גישה לשירותי בריאות רפואיים ואבחנות רפואיות, לבין השירותים לטיפול ארוך טווח. ראו: Amanda Biggs, [Health In Australia: a quick guide](#), November 6, 2013.

²⁶ Department of Health, [WA HACC transition](#), Updated: July 31, 2017, Accessed: September 13, 2017.

²⁷ Australian Government, [Five steps to entry into an aged care home](#), May 1, 2016, p. 7.

²⁸ נעיר כי תכנית התמיכה בבית כוללת מסלול המספק שירותים בעצמות גבוהה יותר לטווח קצר. Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, pp. 24-25; My Aged Care, [Your guide to home care package services](#), February 27, 2017, p. 3.

²⁹ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 64.



שלא למטרות רווח - מעל מחצית מבתי האבות (56.2%), מעל 80% משירותי הטיפול בבית ורוב שירותי התמיכה בבית.³⁰

קביעת זכאות לבתי אבות

הזכאות לקבלת שירותים לטיפול ארוך-טווח, **הן במוסדות והן בקהילה**, תלויה במבחן **צרכים** ורמת ההשתתפות העצמית של מקבל השירות תלויה במבחן **אמצעים**.

השלב הראשון בקביעת הזכאות נעשה על-ידי שירות My Aged Care, גוף ייעודי ממשלתי ועצמאי המפעיל אתר אינטרנט ומרכז טלפוני. מקבלי השירות או נציגיהם פונים למרכז השירות ולאחר שיחה טלפונית הם מופנים לאחד משני מסלולי הערכה: מסלול הערכה מקיפה, שבה נקבעת זכאות הקשיש לשהות בבתי אבות או לקבלת טיפול בבית, או מסלול הערכה ייעודית לקביעת זכאותם לשירותי תמיכה בבית. במקרים מסוימים יופנו מקבלי השירות ישירות לשירותי תמיכה בבית.³¹ לפי משרד הבריאות הפדרלי, **הקמת שירות הערכה זה נועדה ליצור נתק בין תהליך ההערכה לבין אספקת השירותים, וזאת מאחר והערכה המתבצעת על ידי גוף עצמאי תתמקד בצרכי הלקוח והעדפותיו, בעוד הערכה המבוצעת בידי ספקי השירותים, עשויה להוביל לכך ששיקוליהם יוגבלו לשירותים שהם מספקים.**³²

כאמור, לשם השמה בבית אבות או לקבלת שירותי טיפול בבית יופנה מבקש השירות למסלול הערכה מקיפה בידי צוותי הערכת טיפול לקשישים (Aged Care Assessment Team).³³ צוותים אלו ממונים על-ידי הממשלה הפדרלית ומנוהלים על-ידי המדינות והטריטוריות. הם נמצאים בבתי חולים מקומיים.³⁴ הצוות כולל אחיות, עובדים סוציאליים או אנשי מקצוע אחרים מתחום הבריאות. חבר הצוות יגיע לבית מבקש השירות או לבית החולים (אם שם נמצא מבקש השירות) ויבצע **מבחן צרכים** שיבדוק מצב בריאותי ורמת תפקוד, כפי שהיא מתבטאת בביצוע מטלות היום-יום. חבר הצוות יבדוק באילו שירותים מעוניין מבקש השירות וידע אותו על השירותים הקיימים באזור. תוצאת ההערכה תישלח בכתב למבקש השירות.³⁵ ההערכה אינה דורשת תשלום דמי השתתפות עצמית של מבקש השירות. **הזכאות לבתי אבות יכולה להיות ממגוון סיבות, כולל מחלה, מוגבלות, אבלות, מקרי חירום, שינוי בצרכים של המטפל הקיים או קושי להתמודד בבית, ובלשון הפרסום של שירות My Aged Care:**

"Residential aged care is for older people who for a variety of reasons can no longer live at home. Those reasons can include illness, disability, bereavement, an emergency, the changing needs of their carer, family or friends, or because it is no longer possible to manage at home without help"³⁶

³⁰ Alex Grove, Parliament of Australia, Department of Parliamentary Services, [Aged Care: a quick guide](#), October 24, 2016, p. 1.

³¹ My Aged Care, [Getting started](#), Updated: July 2, 2017; Accessed: July 25, 2017; [Help at home](#), Updated December 19, 2016, Accessed: July 27, 2017. [Assessment of Aged Care Needs](#), Updated: February 27, 2017, Accessed: August 10, 2017.

³² Department of Health, [My Aged Care- Frequently Asked Questions](#), Updated: February 27, 2017, Accessed: September 14, 2017.

³³ Australian Government, My Aged Care, [Aged Care Assessment Team \(ACAT\)](#), Updated: June 30, 2015, Accessed: July 24, 2017.

³⁴ Australian Government, [Five steps to entry into an aged care home](#), May 1, 2016, p. 11, 13.

³⁵ Australian Government, My Aged Care, [Aged Care Assessment Team \(ACAT\)](#), Updated: June 30, 2015, Accessed: July 24, 2017.

³⁶ Australian Government, [Five steps to entry into an aged care home](#), May 1, 2016, p. 6.



מקבל השירות או נציגו יכולים לערער על תוצאת מבחן הזכאות באמצעות שיחה עם חברי הצוות שביצעו את ההערכה או ראש הצוות, לפנות למשרד הבריאות של המדינה או הטריטוריה או לפנות למשרד הבריאות הפדרלי. לא ידוע לנו האם יש חובה למצות את התהליכים כדי לערער לערכאה גבוהה יותר. ניתן גם לערער על החלטת הצוות בפני גוף נוסף (Administrative Appeals Tribunal). הליך זה דורש תשלום. בהגשת התלונה ניתן להיעזר בשירותי הסנגור לטיפול לקשישים (Aged care advocacy services), המופעלים ברמת המדינה או הטריטוריה.³⁷

רמת הסבסוד למפעילי בתי האבות

הסבסוד הממשלתי לבתי האבות בגין מקבלי השירות שנמצאו זכאים, נקבע לפי מבחן צרכים שמבצעים ספקי השירות לקשיש. המבחן מבוצע על-ידי כלי ייעודי לחישוב הסבסוד במקרה של שהות ארוכת-טווח בבתי אבות (the Aged Care Funding Instrument, או ACFI). נבהיר כי מבחן זה הוא נפרד ממבחן הצרכים שמבצע שירות My Aged Care לקביעת הזכאות, והוא מבוצע רק במקרה של הפנייה לבית אבות, ולא במקרה של טיפול בקהילה. ה-ACFI בוחן שלושה ממדים:³⁸

- **ביצוע פעילויות יום-יומיות**, כולל תזונה, תנועה, היגיינה אישית, רחצה ושליטה בסוגרים.
- **התנהגות**, כולל יכולות קוגניטיביות, התנהגות מילולית, התנהגות פיזית ודכאון. האבחנה החמורה ביותר על ממד זה כוללת דמנציה והפרעות פסיכיאטריות.
- **בעיות רפואיות מורכבות**.

נציין כי היו מספר ניסיונות מצד הממשלה להקשיח את אמות המידה לשימוש ב-ACFI בניסיון לצמצם עלויות.³⁹

נכון ל-1 ביולי 2016, רמת הסבסוד שמעבירה הממשלה לספקי השירות על טיפול באדם בעל צרכים חמורים בכל אחד מהממדים, כלומר אדם במצב החמור ביותר, עמדה על כ-215 דולר אוסטרלי ליום. נוסף על הסכום הבסיסי הנקבע על בסיס ה-ACFI, הממשלה הפדרלית מתקצבת גם שירותים נוספים כגון צורך בטיפול חמצן או עזרה בדוור, כאשר התקצוב לחלק משירותים אלו תלוי במבחן אמצעים.⁴⁰

השתתפות עצמית של מקבל השירות במימון שהותו בבית-אבות

השהות בבתי האבות ממומנת בין השאר באמצעות גביית דמי השתתפות עצמית ממקבל השירות, המחושבים על בסיס מספר מרכיבים, שלא כולם צריכים להתקיים תמיד. להלן המרכיבים:

³⁷ Australian Government, My Aged Care, [Concerns about ACAT assessments](#), Updated: June 30, 2015, Accessed: July 24, 2017.

³⁸ Department of Health, [Aged Care Funding Instrument \(ACFI\) – User Guide, 2016](#), Accessed: August 10, 2017, p. 3, pp. 11-12.

³⁹ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 14 ; Alex Grove and Anna Dunkley, [Aged Care, Budget Review 2016-2017 Index](#), May 2016, Accessed: July 26, 2017.

⁴⁰ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, pp. 47-48.



- **מרכיב בגין הוצאות מחייה יומיות**, לדוגמה שירותי תחזוקה, ניקיון וכביסה.⁴¹ תשלום זה מחושב כעד 85% מקצבת הזקנה הבסיסית ליחיד. כלומר, מדובר בסכום מקסימום והספקים יכולים לבחור לגבות תשלום נמוך יותר. נכון ל-20 במרס 2017, סכום זה עמד על תשלום יומי של כ-50 דולר אוסטרלי.⁴²
 - **מרכיב בגין טיפול**. רמת ההשתתפות העצמית מותנית במבחן אמצעים הבוחן הכנסה ונכסים. המבחן מועבר על-ידי המשרד הפדרלי לשירותים חברתיים. לצרכי שהות בבית אבות, הכנסה כוללת בין השאר קצבות, רווחים משכר דירה ודיווידנדים ממניות. נכסים כוללים דירה הנמצאת בבעלות האדם, ששוויה יחושב עד תקרה מסוימת, נכסים פיננסיים כגון חשבונות בנק, כסף מזומן ומתכות יקרות, ונכסים אחרים כגון אוסף בולים או קרנות משפחתיות.⁴³ יש תקרה על הסכום השנתי שניתן לשלם לטיפול בבתי אבות, כמו גם תקרה על התשלום לכל החיים (lifetime cap). נכון ל-20 במרס 2017 עמדה התקרה השנתית על כ-26,500 דולר אוסטרלי והתקרה לתשלום לכל החיים עמדה על כ-63,500 דולר אוסטרלי.⁴⁴ יש מבחן נפרד לחיילים משוחררים הנקבע על-ידי המשרד לחיילים משוחררים. באשר לטיפולים המסופקים על ידי מערכת הבריאות הציבורית, ככלל, מקבל השירות צריך לשלם על שירותים אלו באופן נפרד. בית האבות יכול לדרוש מאדם לשלם על צרכים רפואיים מורכבים. עם זאת, החל מרמת חומרה מסוימת, הנקבעת באמצעות שימוש בכלי האבחון ACFI, בית האבות אינו יכול לדרוש מהאדם לשלם על טיפולים בצרכים אלו.⁴⁵ (לא ידוע לנו האם בית האבות מכסה תשלום זה או הממשלה הפדרלית).
 - **מרכיב בגין דיור**. תשלום זה נקבע באמצעות מבחן אמצעים הבוחן הכנסה ונכסים, שתוכנו נקבע בידי המשרד לשירותים חברתיים. לא ידוע לנו כיצד נקבעת רמת ההשתתפות העצמית. נכון לשנת 2016, מקבלי שירות בבתי אבות שהכנסתם נמוכה מכ-25,000 דולר אוסטרלי ושווי נכסיהם נמוך מ-46,000 דולר לא השתתפו במימון מרכיב זה, שכוסה במלואו על-ידי הממשלה הפדרלית. **אנשים בעלי רמות גבוהות של הכנסה או נכסים אינם זכאים לסבסוד של מרכיב זה**,⁴⁶ אולם אין בידנו מידע מהי ההגדרה להכנסה גבוהה.
 - **מרכיב בגין שירותים נוספים**. תשלומים אלו משתנים בין ספקים.
- לשם המחשה, נעיר כי השכר השבועי הממוצע לאדם המועסק במשרה מלאה באוסטרליה, נכון למאי 2017, עמד על כ-1,550 דולר אוסטרלי.⁴⁷ מכאן עולה כי השכר השנתי הממוצע הוא בערך 80,000 דולר אוסטרלי.**
- ממשלת אוסטרליה הפעילה בשנים האחרונות שני מנגנונים להבטיח את הגישה של מחוסרי אמצעים לשירותים לטיפול ארוך-טווח. ראשית, קבלת הרישוי להפעלת המוסד מחייבת שיעור מינימלי של דיירים נתמכים. שיעור זה משתנה לפי אזור גאוגרפי. שנית, נוצר מנגנון המוכר בתור חוק ארבעים האחוזים,**

⁴¹ שם, עמ' 50.

⁴² My Aged Care, [Basic daily fee for aged care homes](#), Updated: April 12, 2017, Accessed: July 27, 2017.

⁴³ Australian Government, [Residential Care Fee Estimator](#), Accessed: July 24, 2017.

⁴⁴ My Aged Care, [Changes to aged care fees, annual and lifetime caps](#), Updated: April 12, 2017, Accessed: July 27, 2017.

⁴⁵ My Aged Care, [Care and services in aged care homes](#), Updated: June 30, 2015, Accessed: July 27, 2017.

⁴⁶ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 49.

⁴⁷ Australian Bureau of Statistics, [November Key Figures](#), Updated: August 17, 2017, Accessed: September 27, 2017.



הקובע כי יצומצם הסבסוד לספקי שירות שרק 40% או פחות מכך מימי הטיפול שלהם מוקדשים לדיירים נתמכים. מדובר על צמצום הסבסוד ב-25% ממרכיב הדיור המועבר למוסד בגין כל דייר נתמך. בדוח של הרשות למימון טיפול בקשישים (Aged Care Funding Authority), שפורסם בינואר 2017, תמכה הרשות בביטול המנגנון הראשון המחייב שיעור מינימאלי של דיירים נתמכים לשם קבלת רישיון, שהוערך כבלתי אפקטיבי, ובהשארת חוק ארבעים האחוזים, שהוערך כאפקטיבי. הבחירה בשיעור של 40% נבעה מכך ששיעור הדיירים הנתמכים בכל אוסטרליה עומד על כ-47%. הוועדה העירה כי מוטב לחשב 40% אלו על בסיס חודשי ולא שנתי כדי להקל על הספקים, במיוחד ספקים קטנים, שיכולים להפוך לבלתי זכאים עקב תקופת הביניים שנוצרת בין עזיבה של דייר לכניסה של דייר אחר.⁴⁸

שירותים לטיפול ארוך טווח שלא במסגרת בתי-אבות

לשם קביעת הזכאות לשירותי טיפול בבית תבוצע הערכה מקיפה כפי שתוארה למעלה. על בסיס הערכה זו ישוּך מקבל השירות לאחת מ-4 רמות צרכים.⁴⁹ נכון לאוקטובר 2016, רמת הסבסוד היומי שמעבירה הממשלה לספקי השירותים לטיפול בבית נעה בין כ-20 לכ-135 דולר אוסטרלי (רמות 1 ו-4, בהתאמה).⁵⁰ לא ידוע לנו כיצד מחושב התשלום החודשי, לדוגמה האם הוא כולל סופי שבוע.

ההשתתפות העצמית הנגבית ממקבל השירות בתכניות לטיפול בבית כוללת אותם מרכיבים שצוינו לגבי ההשתתפות העצמית בתכניות לטיפול בבית אבות, אם כי אופן החישוב משתנה. **מרכיב התשלום הבסיסי היומי** עומד על 17.5% מקצבת הזקנה הבסיסית ליחיד.⁵¹ אופן חישוב זה נשאר זהה גם אם מקבל השירות בזוגיות. **מרכיב התשלום על טיפול** נקבע על בסיס מבחן אמצעים הבוחן הכנסה ונכסים פיננסיים, כפי שהוגדרו בסעיף שעסק בתשלום על טיפול בבית אבות, אך אינו כולל בעלות על נכסים כגון דירה. יש תקרה שנתית ותקרה לתשלומים לכל החיים על מרכיב זה. נכון ל-20 במרס 2017, התקרה לתשלום השנתי על מרכיב זה עמדה על כ-5,300 דולר אוסטרלי לאנשים עם הכנסה הנמוכה מ-50,000 דולר אוסטרלי, ועל כ-10,500 דולר אוסטרלי לאנשים עם הכנסה גבוהה יותר. התקרה לכל החיים עמדה על כ-63,000 דולר אוסטרלי, ללא הבחנה בין רמות הכנסה.⁵² בנוסף, ישנו **מרכיב תשלום על שירותים נוספים** המשתנה בין ספק לספק.

החל מה-27 בפברואר 2017 תכניות הטיפול בבית יהיו ניידות, כלומר שמקבל השירות לא יצטרך לעבור שוב את תהליך ההערכה אם הוא מעוניין להחליף ספק ואו לשנות את מקום מגוריו.⁵³ נכון לספטמבר 2017 זמן ההמתנה הממוצע לקבלת טיפול בבית באוסטרליה עמד על יותר משנה.⁵⁴

באשר לשירותי תמיכה בבית, לאחר הפנייה הראשונית לשירות My Aged Care, יגיע מעריך (assessor) לבקר בביתו של מקבל השירות. לא ידוע לנו מהי ההכשרה הנדרשת לתפקיד זה. שירותים אלו מופעלים

⁴⁸ Aged Care Financing Authority, [Report on access to care for supported residents](#), January 2017.

⁴⁹ Department of Health, [About the Home Care Packages Program](#), Updated: April 21, 2017, Accessed: September 14, 2017.

⁵⁰ Alex Grove, Parliament of Australia, Department of Parliamentary Services, [Aged Care: a quick guide](#), October 24, 2016, p. 2.

⁵¹ My Aged Care, [Basic daily fee for home care packages](#), Updated: April 12, 2017, Accessed: July 27, 2017.

⁵² My Aged Care, [Changes to aged care fees, annual and lifetime caps](#), Updated: April 12, 2017, Accessed: July 27, 2017.

⁵³ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 13.

⁵⁴ My Aged Care, [Receive the outcome of your assessment](#), Updated: September 13, 2017, Accessed: September 14, 2017.



על-ידי שירותי ההערכה האזוריים (regional assessment services),⁵⁵ הממומנים על-ידי הממשלה הפדרלית. המעריך יבצע מבחן צרכים דומה לזה שעליו פירטנו בתיאור ההערכה המקיפה, שיכלול גם תצפית על האופן שבו מקבל השירות מתנהל בבית. חבר הצוות ומקבל השירות יגבשו במשותף תכנית טיפול. המעריך יכול להפנות את מקבל השירות להערכה מקיפה אם להערכתו צרכיו דורשים רמה גבוהה יותר של תמיכה.⁵⁶ נעיר כי הממשלה האוסטרלית שוקלת לשלב את שירותי התמיכה בבית ושירותי הטיפול בבית יחדיו כך שישופקו על-ידי גורם אחד.⁵⁷

פיקוח על השירותים לטיפול ארוך-טווח הניתנים בבתי אבות ובמסגרות אחרות

ניתן להפנות תלונות על איכות השירות שניתן במסגרת תמיכה בבית, טיפול בבית, או טיפול בבתי אבות למפקח על תלונות בנושא טיפול בקשישים (Aged Care Complaints Commissioner). המפקח יכול לסייע למתלונן להגיע להסכם עם הספק או להפנות אותו להגשת תלונה במשרד הבריאות. משרד המפקח מוגדר כגוף עצמאי הנפרד ממשרד הבריאות, אם כי ראש המשרד, קרי המפקח, ממונה בידי השר לענייני בריאות וטיפול בקשישים.⁵⁸

האחריות על וידוא איכות השירות הניתן בתמיכה בבית ובטיפול בבית, כמו גם על הסמכת בתי האבות, היא בידי הסוכנות האוסטרלית לאיכות בטיפול ארוך-טווח (The Australian Aged Care Quality Agency), שיוסדה בשנת 2013 ופועלת תחת משרד הבריאות (part of the portfolio of the Department of Health). הסוכנות מבצעת בדיקות ומיידעת את משרד הבריאות על חריגות,⁵⁹ אולם אין בידנו מידע על מידת עצמאותה כמו גם על סמכויותיה.

משרד הבריאות יכול להטיל סנקציות אם הוא מוצא כי קיים סיכון חמור ומיידי לבריאות, לבריאות, או לאיכות החיים (well being) של מקבלי שירותים, או כי ספק השירות אינו מתקן ליקויים שזוהו בעבר. לא ידועות לנו כל הסנקציות האפשריות, אך הן כוללות אזהרות, שלילה זמנית של סובסידיות מהממשלה הפדרלית ושלילת רישיון המוסד.⁶⁰ על ספק השירות ליידע את מקבלי השירותים על הליקויים שנמצאו ועל הצעדים שנדרשים לתיקון הבעיות. סנקציות והודעות על אי-עמידה בסטנדרטים מפורסמים באתר של My Aged Care, כלומר שער הכניסה (פורטל) למערכת השירותים. יצוין כי גם לאחר תיקון ליקוי מסוים המידע לא יימחק, אלא יעבור לקטגוריה של "מידע ארכיוני",⁶¹ כלומר שהוא יהיה זמין למשתמשי האתר.

⁵⁵ Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 7.

⁵⁶ Australian Government, My Aged Care, [Home Support Assessment](#), Updated: June 30, 2015, Accessed: July 24, 2017.

⁵⁷ Kate Roberts, Parliament of Australia, [Aged Care – Budget Review 2017-2018 Index](#), Updated: May 2017, Accessed: July 26, 2017.

⁵⁸ Aged Care Complaints Commissioner, [Aged Care Complaints Commissioner Annual Report 1 July 2015 – 30 June 2016](#).

⁵⁹ Australian Aged Care Quality Agency, [Our Organisation](#), Accessed: July 26, 2017.

⁶⁰ שם, עמ' 77; כמו כן ראו:

My Aged Care, [Garrawarra Centre](#), Updated: May 27, 2017, Accessed: July 26, 2017.

⁶¹ Department of Health, [Aged Care- Sanctions and Notices of Non-Compliance](#), Updated: April 6, 2017, Accessed: July 26, 2017.



הממשלה מממנת ארגון סנגור (advocacy) לאומי לנושא הטיפול בקשישים, המספק מידע למקבלי השירות ומשפחותיהם, מסייע להם לעשות שימוש יעיל במערכת השירותים ומסייע במיצוי זכויות מול ספקי השירות. שירות זה ניתן בחינם.⁶²

3. אנגליה

בטבלה 2 מוצגים נתונים בסיסיים לגבי מערכת השירותים לטיפול ארוך-טווח בבריטניה ובצפון אירלנד. המסמך מתמקד באנגליה, שהיא היחידה המדינית הגדולה ביותר בבריטניה וצפון אירלנד (כ-84% מהאוכלוסייה).⁶³ הנתונים מתייחסים לכלל מקבלי השירותים לטיפול ארוך טווח ולא רק לקשישים.

טבלה 2: שירותים לטיפול ארוך-טווח בבריטניה ובצפון אירלנד, 2013, לפי הנציבות האירופית⁶⁴

אוכלוסייה במיליונים (2013)	63.7. מתוכם, גיל 65 ומעלה: כ-17.3% גיל 80 ומעלה: כ-4.7% באנגליה – 53.8 מיליון	אוכלוסייה מהאוכלוסייה המקבל טיפול ארוך טווח	4.3% מתוכם, כ-9% קיבלו שירותים במוסדות, כ-37% קיבלו טיפול בבית, כ-54% קיבלו קצבות בכסף
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	82.9 נשים 79.2 גברים	אחוז הוצאה מהתמ"ג	1.2%

באנגליה שירותי הבריאות ניתנים במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי, והם באחריות שירות הבריאות הלאומי (National Health Service, להלן NHS).⁶⁵ שירותי רווחה (social services) הם באחריות השלטון המקומי, ובתוך כך שירותים לטיפול ארוך-טווח הניתנים במוסדות (להלן: בתי אבות) או בבית מקבל השירות. שירותים לטיפול ארוך טווח דורשים השתתפות עצמית של מקבל השירות.⁶⁶ עם זאת, אנשים במצב סיעודי מורכב (כפי שיוסבר בהמשך) יכולים בתנאים מסוימים לקבל שירותי רווחה באמצעות ה-NHS ולא באמצעות השלטון המקומי, ובמקרים מסוימים ה-NHS יתרום למימון הטיפול הסיעודי הניתן בבתי אבות לקשישים שעמדו במבחנים מסוימים.⁶⁷

סוגי השירותים לטיפול ארוך טווח

באנגליה מוצעים לבני 65 ומעלה סוגים שונים של בתי אבות: בתי אבות לעצמאיים (residential care homes), שבהם ניתן לקבל טיפולים אישיים (personal care), כלומר עזרה בפעילויות יום-יומיות כגון רחצה, לבוש, אכילה ועשיית צרכים, ובתי אבות סיעודיים (nursing care) המציעים לצד הטיפולים האישיים גם השגחה מתמדת של אח סיעודי.⁶⁸

ניתן לקבל טיפולים אישיים וכן שירותים סיעודיים גם בבית. כמו כן ניתן לקבל שירותים נוספים בבית, כגון התאמה של הבית (לדוגמה, התקנת מעקות) ואספקת ציוד רפואי (לדוגמה, כיסא גלגלים).

⁶²Older Persons Advocacy Network, [What is Advocacy](#), 2017, Accessed: August 10, 2017; Department of Health, [2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997](#), 2016, p. 11.

⁶³ הממלכה המאוחדת (United Kingdom) מורכבת מצפון אירלנד ובריטניה. בריטניה כוללת את אנגליה, ויילס (Wales) וסקוטלנד. ראו:

Office of National Statistics, [What is the UK? What about Great Britain?](#), Accessed: July 19, 2017.

⁶⁴ European Commission DGEF-EPC, [The United Kingdom: Health Care and Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 470, 475; European Commission, [The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies](#), August 2014, p. 379

⁶⁵ שם, עמ' 266.

⁶⁶Department of Health, [Factsheet 5: Charging and financial assessments](#), Updated: April 19, 2016, Accessed: June 25, 2017.

⁶⁷ Ibid, section 15.29-15.36.

⁶⁸ Care Quality Commission, [Care homes](#), 2017, Accessed: June 25, 2017.



האחריות על מתן השירותים לטיפול ארוך-טווח

השלטון המקומי, ובאופן ספציפי המועצות המחוזיות,⁶⁹ אחראי על מתן שירותי רווחה בבית מקבל השירות, בקהילה ובבתי אבות או במסגרות חוץ-ביתיות אחרות. המועצות המחוזיות יכולות לספק שירותים אלו בעצמן או באמצעות ספקים חיצוניים. לפי הנציבות האירופית, רוב השירותים, כולל רוב בתי האבות, ניתנים על-ידי ספקים פרטיים,⁷⁰ אך אין בידנו נתון מדויק.

הרשויות המקומיות מממנות את השירותים לטיפול ארוך טווח באמצעות תקציבים המועברים אליהן מהממשלה המרכזית, מגביית מסים מקומיים וכן על-ידי השתתפות עצמית של מקבלי השירות. לא ידוע לנו איזה אחוז מתקציבי הממשלה המרכזית מיועד לשירותי רווחה ולפי הנציבות האירופית, תקציבים אלו לרוב אינם צבועים (earmarked), כלומר יש לרשויות המקומיות שיקול דעת באופן הקצאתם. באזורים רבים הרשויות המקומיות הן הגוף העיקרי הרוכש את השירותים לטיפול ארוך טווח המסופקים במוסדות או בבית, ולפי הנציבות האירופית מעמד זה מקנה להן כוח מיקוח המאפשר להן לרכוש את השירותים במחירים נמוכים יותר.⁷¹ הרשות המקומית גובה ממקבל השירות את ההשתתפות העצמית ובאחריותה לשלם לספק בגין השירות.⁷²

קביעת הזכאות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

הזכאות לקבלת שירותים לטיפול ארוך טווח נקבעת על-ידי עמידה במבחן צרכים ובמבחן אמצעים, כאשר מי שאינו עומד במבחן האמצעים לא יהיה זכאי לקבל שירות במימון המדינה גם אם עמד במבחן הצרכים.⁷³ הרשות המקומית אחראית על ביצוע מבחן הצרכים ומבחן האמצעים והיא מחויבת לבצע הערכת צרכים הן לבקשת זכאים פוטנציאליים והן ביוזמתה.⁷⁴

מבחן הצרכים. החל מאפריל 2015⁷⁵ מחויבות הרשויות המקומיות לעשות שימוש באמות מידה לאומיות אחידות, הכוללות שלושה תנאים מצטברים (1) האדם נזקק לסיוע בשל מצבו הפיזי, המנטלי או בשל מחלה; (2) הוא אינו יכול לבצע לפחות 2 פעילויות של חיי היום-יום ("מטרות מוסכמות"); (ו-3) לחוסר היכולת לבצע פעילויות אלו יש השפעה משמעותית על איכות החיים (well-being) של האדם.⁷⁶ לפי

⁶⁹ המושג "רשות מקומית" באנגליה מתייחס בין השאר למועצות מחוזיות, מועצות רובע, מועצות עירוניות, ורשויות עירוניות מאוחדות. לפי אתר ממשלת אנגליה, המועצות המחוזיות אחראיות על אספקת שירותים חברתיים (social care). ראו: UK Government, [Understand how your council works, Types of council](#), Accessed: June 19, 2017.

⁷⁰ European Commission DGEF-EPC, [The United Kingdom: Health Care and Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 471.

⁷¹ שם, עמ' 471-472.

⁷² Department of Health, [Care and Support Statutory Guidance. Charging and financial assessment](#), section 8.33, Updated: June 28, 2017; Accessed: July 20, 2017

⁷³ "Currently, local authorities won't contribute to the cost of your care if you have more than £23,250 in savings and property". NHS, [Local authority funding for care](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 19, 2017.

⁷⁴ NHS, [Assessing your care and support needs](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 6, 2017.

⁷⁵ European Commission DGEF-EPC, [The United Kingdom: Health Care and Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 472.

⁷⁶ מטרות מוסכמות כולל: תזונה והכנת מזון; היגיינה אישית; עשיית צרכים; לבוש, שמירה על רמת ניקיון ובטחון בבית; יכולת לפיתוח קשרים; עיסוק בעבודה, פעילות פיזית, חברתית, התנדבותית, חינוכית או הכשרתית; יכולת להשתמש בשירותים הקיימים בקהילה, כולל תחבורה ופנאי; מסוגלות לדאוג לאחרים. ראו: NHS, [Assessing your care and support needs](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 6, 2017.



ממשלת אנגליה, ההערכה תתבצע על-ידי אדם שעבר הכשרה מתאימה, כגון עובד סוציאלי,⁷⁷ אך אין בידינו מידע על הכשרה זו. מטרת האחדת אמות המידה היא הגברת השקיפות.⁷⁸

לפי ה-NHS, צרכיו ושאיפותיו של מקבל השירות נלקחים בחשבון בתהליך קביעת הזכויות הרפואיות, אם כי לא ידוע מהו המשקל הניתן לכך. צוות ההערכה מחויב לתת למקבל השירות עותק של הערכת הצרכים שביצע ומקבל השירות יכול לפנות בעתיד בבקשה לבצע לו הערכת צרכים מחודשת.⁷⁹ מקבל השירות או מי שמטפל בו יכולים לערער על תוצאת ההערכה לרשות המקומית ואף לערער על תוצאת הערעור בפני נציב פניות הציבור בשלטון המקומי או בפני ערכאות משפטיות.⁸⁰

מבחן האמצעים נועד על מנת לקבוע האם על הרשויות המקומיות להשתתף במימון השמתו של מקבל השירות במוסד וכן על מנת לקבוע את גובה ההשתתפות העצמית של המטופל בגין השירותים שניתנים לו. נדגיש כי אסור לרשויות המקומיות לממן את השתתפות בבית האבות אם האדם לא עמד במבחן האמצעים (כלומר, הכנסתו או שווי נכסיו גבוהים מדי).⁸¹

מבחן האמצעים כולל בחינה של הכנסותיו של מבקש השירות - כולל גמלות מסוימות כגון גמלת נכות, וכן את נכסיו - כולל כסף ורכוש.⁸² אופן חישוב ההכנסה הוא מורכב ולוקח בחשבון משתנים רבים, בין השאר את סוג הקצבות שלהן זכאי מבקש השירות.⁸³ הערכת נכסי מקבל השירות לא יכולה לכלול את נכסי בת/בן הזוג, ילדים או קרובי משפחה אחרים.⁸⁴

קביעת גובה דמי ההשתתפות העצמית לשהות ארוכת-טווח בבתי אבות

לשם קביעת גובה ההשתתפות העצמית בבתי אבות, שווי הנכסים של מבקש השירות נבחן על-פי ערכו ביחס לסכומי רצפה ולסכומי תקרה הקבועים בחוק. הרשויות המקומיות אינן יכולות לשנות את סכומי הרצפה והתקרה. לפי משרד הבריאות, בינואר 2017 סכום הרצפה של שווי הנכסים עמד על 14,250 פאונד וסכום התקרה עמד על 23,250 פאונד.⁸⁵ אם שווי הנכסים עולה על סכום התקרה מבקש השירות אינו זכאי למימון הרשות המקומית לשהייה בבית האבות. נציין כי החל מאפריל 2020 יעלו סכומי התקרה והרצפה לקביעת שווי הנכסים, אם כי לא ידוע לנו לאיזו רמה. לפי משרד הבריאות, העלאה זו נועדה להרחיב את מעגל הזכאים לקבלת תמיכות מהמדינה.⁸⁶

⁷⁷ Department of Health, [Factsheet 3: Assessing needs and determining eligibility](#), Updated: April 19, 2016, Accessed: June 25, 2017.

⁷⁸ Department of Health, [Care and Support Statutory Guidance. Assessment and eligibility](#), section 6.101, Updated: June 28, 2017; Accessed: July 20, 2017

⁷⁹ NHS, [Your right to social care and support](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 25, 2017.

⁸⁰ NHS, [Making a complaint](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 22, 2017.

⁸¹ Department of Health, [Care and Support Statutory Guidance. Charging and financial assessment](#), section 8.7, Updated: June 28, 2017; Accessed: July 20, 2017.

⁸² NHS, [Local authority funding for care](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 19, 2017; Department of Health, [Factsheet 5: Charging and financial assessments](#), Updated: April 19, 2016, Accessed: June 25, 2017.

⁸³ Department of Health, [Annex C: Treatment of income](#), Updated: June 28, 2017, Accessed: July 20, 2017.

⁸⁴ European Commission DGEF-EPC, [The United Kingdom: Health Care and Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 471.

⁸⁵ Department of Health, [Local authority circular. Social care- charging for care and support](#), January 2017, Accessed June 25, 2017.

⁸⁶ Department of Health, [Factsheet 6: Reforming how people pay for their care and support](#), Updated: April 19, 2016, Accessed: July 20, 2017.



מבקש שירות ששווי נכסיו נמוך מהתקרה שנקבעה יהיה זכאי לקבלת מימון מהרשות המקומית לשהות בבית אבות וגובה ההשתתפות העצמית שייגבה ממנו ייקבע כדלקמן:⁸⁷

1) אם שווי הנכסים נמוך מסכום הרצפה, מקבל השירות ישלם דמי השתתפות שיחושבו על בסיס הכנסתו בלבד. כאמור, אופן חישוב התשלום על בסיס ההכנסה הוא מורכב.

2) אם שווי הנכסים הוא בין סכום הרצפה לבין סכום התקרה, מקבל השירות ישלם דמי השתתפות עצמית שיחושבו על בסיס הכנסתו בשילוב נכסיו. נוסחת התשלום נקבעה כך: בגין שווי הנכסים שמעל לרצפה ומתחת לתקרה יחויב מבקש השירות בפאונד אחד לשבוע על כל 250 פאונד. כלומר, אם שווי נכסיו של האדם הוא 15,000 פאונד – 750 פאונד מעל סכום הרצפה הקבוע בחוק – אזי ההשתתפות העצמית שלו בגין נכסיו תעמוד על 12 פאונד (3 פאונד לכל שבוע) זאת בנוסף למרכיב שיחושב על בסיס ההכנסה.

החל מאפריל 2020 תיקבע תקרה לכל החיים לסך דמי ההשתתפות העצמית שניתן לגבות ממבקש השירות על טיפולים, שמעליה לא תוכל הרשות המקומית לגבות ממבקש השירות כספים נוספים. לא ידוע לנו באיזה סכום מדובר וכיצד הוא ייקבע. לפי משרד הבריאות, אחד מכל שמונה אנשים צפוי לשלם עלויות גבוהות מאוד (highest costs) על טיפול ארוך-טווח. קביעת התקרה נועדה למנוע מצב שבו בשל גובה דמי ההשתתפות העצמית מבקש השירות ירד מנכסיו והכנסותיו ועל כן לא יוכל לממן עוד את שהותו בבית אבות ויזדקק למימון מלא מצד הרשות המקומית. נדגיש כי **תקרה זו לא מתייחסת לתשלום על דיוור ומזון, אלא לטיפולים**. עקב הקושי להפריד לעיתים בצורה חדה בין עלויות הטיפול לבין עלויות המחיה, הרפורמה תכלול גם סכום נורמטיבי (notional amount) לעלויות מחיה.⁸⁸

במקרה שבעלותו של אדם ישנה דירה אך אין לו כסף נזיל המאפשר לו לשלם על השהות במוסד, הוא יכול לפנות לרשות המקומית לשם קבלת הסדר של תשלום דחוי (deferred payment). הרשות המקומית תחתום עם מבקש השירות על הסכם במסגרתו הרשות תשלם את עלויות השהות במוסד ולאחר שמקבל השירות ימכור את ביתו, או עם מכירת הבית לאחר מותו, היא תגבה את הסכום שהיה עליו לשלם בתוספת ריבית.⁸⁹ ישנן אמות מידה לאומיות לרמת הריבית המקסימלית שניתן לגבות מאנשים הנמצאים בהסדר דחיית תשלום. הרשות המקומית יכולה לגבות השתתפות עצמית מאדם שנמצא בהסכם דחיית תשלום על בסיס הכנסתו בלבד, וזאת כל זמן שגבייה זו מותירה בידי הכנסה מינימלית, שנכון לינואר 2017 עמדה על 144 פאונד לשבוע.⁹⁰ נעיר כי במקרה שבו או בת הזוג של מקבל השירות עדיין מתגוררים בבית לא ניתן לבצע הסדר דחיית תשלום, והנכס לא ייחשב לצרכי חישוב ההשתתפות העצמית.⁹¹

אופן מימוש הזכאות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

בהתאם למבחני הזכאות (מבחן צרכים ומבחן אמצעים) נקבע מהו סך התקציב שתקצה הרשות המקומית לצורך מתן שירות לאותו זכאי. הרשות המקומית חייבת להציע למקבל השירות את האפשרויות הבאות:

- הרשות המקומית תספק למבקש השירות שירותים בעין, כלומר תרכוש עבורו את השירות.
- הרשות המקומית יכולה להעביר את התקציב לזכאי כתקציב ישיר (direct payment), שמקבל השירות או נציגו ירכשו בתקציב זה שירותים בצורה עצמאית, אך תחת הגבלות מסוימות: הם

⁸⁷ ש.ם.

⁸⁸ ש.ם.

⁸⁹ NHS, [Paying for your own care and support](#), Updated: July 29, 2015; Accessed: June 19, 2017.

⁹⁰ Department of Health, [Local authority circular, Social care- charging for care and support](#), January 2017, Accessed June 25, 2017.

⁹¹ NHS, [Local Authority Funding for Care](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: July 5, 2017.



מחויבים לרכוש שירותים בהתאם לצרכים שזוהו במבחן שערכה הרשות המקומית. על פי רוב, במקרה זה המטופל לא יידרש לתשלום דמי השתתפות עצמית, וסך דמי ההשתתפות שהיה עליו לשלם אם השירותים היו ניתנים לו בעין יופחתו מהתקציב שיועבר אליו.⁹² נעיר כי הרשות המקומית מחויבת להציע למקבל השירות עזרה בניחול התקציב שיועבר אליו, לדוגמה באמצעות יצירת מערכת מידע אלקטרונית לסקירת הספקים האפשריים.⁹³ שירות זה יכול להיות מסופק על-ידי השלטון המקומי או באמצעות ספק חיצוני.

- הרשות המקומית, לבקשת מבקש השירות, יכולה להעביר את התשלום לארגון ייעודי (Individual service fund) שינהל עבורו את התקציב וירכוש עבורו את השירות. ארגונים אלו הינם חיצוניים לרשות המקומית, ולפחות חלקם מופעלים בידי ספקי השירותים.⁹⁴

- מקבל השירות יכול לבחור שילוב של אפשרויות אלו, לדוגמה קבלת חלק מהכסף כתקציב ישיר וקבלת שירותים שיאורגנו על-ידי השלטון המקומי.⁹⁵

ככלל, נאסר על מקבל השירות לרכוש שירותים במחיר גבוה יותר מהסכום שהוקצה לו (top-up), לדוגמה לבחור בית אבות שעלותו יקרה יותר. עם זאת, מטפל כגון בן משפחה או גוף שלישי כגון ארגון צדקה יכולים להוסיף כסף על התקציב הישיר כדי לרכוש שירותים. באפריל 2020 תוסר ההגבלה על מקבל השירות, כך שיוכל להוסיף כסף לרכישת שירותים.⁹⁶

כאמור, נוסף על המסלול המאפשר זכאות לטיפול סיעודי באמצעות הרשות המקומית, מקבלי שירות במצב סיעודי מורכב זכאים לטיפול סיעודי באמצעות ה-NHS. זכאות למסלול זה דורשת אבחון ראשוני על-ידי צוות של אנשי מקצוע בתחום הבריאות.⁹⁷ הצוות בוחן את מורכבות וחומרת צרכיו של מקבל השירות, כולל הקושי לצפות את הצרכים והסיכונים העולים מהם. צרכי מבקש השירות ייבחנו על בסיס מספר ממדים,⁹⁸ ובמידת הצורך, מבקש השירות יופנה לאבחון מלא. יש מסלול לקיצור תהליך ההערכה, המיועד לאנשים בעלי צרכים דחופים, אך לא ידוע לנו כיצד פועל מסלול זה.

יש שתי אפשרויות לקבלת תמיכה. ראשית, אנשים שיימצאו במצב מורכב או חמור מאוד⁹⁹ יופנו לתכנית מסוימת (NHS Continuing Healthcare) שבמסגרתה יכוסו כל הוצאותיהם, כולל טיפול סיעודי, דיוור ומזון, על ידי ה-NHS. כלומר, הרשות המקומית לא תממן שום מרכיב בהוצאותיהם.

שנית, במקרים פחות חמורים, יתכן והאדם יהיה זכאי לטיפול סיעודי הממומן על ידי ה-NHS (NHS-funded nursing care) בביתו או במוסד שבו הוא מתגורר. לא ידועים לנו הקריטריונים המדויקים לזכאות לתכנית זו. במקרה זה ה-NHS ישלם ישירות למוסד סכום קבוע, שעמד בשנת 2017/2016 על כ-155 פאונד בשבוע.¹⁰⁰ נבחר כי במסלול זה הרשות המקומית ממשיכה לשלם על מרכיב הרווחה בטיפול.

⁹² NHS, [Direct payments and personal budgets](#), Updated: January 15, 2015; Accessed: June 25, 2017.

⁹³ Department of Health, [Care and Support Statutory Guidance, General Responsibilities and universal services](#), section 4.47, Updated: June 28, 2017; Accessed: July 20, 2017.

⁹⁴ Department of Health, [Care and Support Statutory Guide, Personal Budgets](#), Section 11, Updated: June 28, 2017; Accessed: July 20, 2017.

⁹⁵ NHS, [Personalised Care](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: July 19, 2017.

⁹⁶ NHS, [Local authority funding for care](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 19, 2017.

⁹⁷ NHS, [NHS continuing healthcare](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 5, 2017

⁹⁸ התנהגות, קוגניציה (הבנה), תקשורת, צרכים פסיכולוגיים ורגשיים, ניעות (מוביליות), תזונה, שליטה בצרכים (continence), עור (כולל פצעים וכיבים), נשימה, שליטה בסימפטומים באמצעות טיפולים תרופתיים, מצב מודעות, וצרכים אחרים. שם. ⁹⁹ להלן הסולם: צורך הדורש עדיפות, צורך חמור, צורך גבוה, צורך בינוני (moderate), צורך נמוך, אין צרכים. הזכאות תלויה בכך שיימצא צורך חמור מאוד (רמה 6) בממד אחד לפחות או צרכים חמורים (רמה 5) בשני ממדים לפחות. שם.

¹⁰⁰ NHS, [What is NHS-funded nursing care?](#), Updated: April 29, 2015.



פיקוח על השירותים לטיפול ארוך-טווח הניתנים בבתי אבות

הסוכנות לאיכות הטיפול (care quality commission), הפועלת תחת חסותו (sponsored) של משרד הבריאות, פועלת כרגולטור של שירותי הבריאות והרווחה באנגליה.¹⁰¹ כל ספקי השירותים, פרטיים וציבוריים כאחד, חייבים להירשם בסוכנות זו.¹⁰² הסוכנות מפקחת בין השאר על בתי אבות ומוסדות סיעודיים וקובעת לכל מוסד ציון על פי הממדים הבאים: בטיחות, יעילות, רמת הטיפול, תגובתיות לצרכים והובלה.¹⁰³ הדוחות המלאים והציונים מתפרסמים באתר הסוכנות, באופן המוצג בתמונה 1.

תמונה 1: צילום מסך מתוך אתר הסוכנות לאיכות הטיפול, קטגוריית בתי אבות, 5 באוגוסט 2017

The screenshot displays two care home profiles. The first, Parkbourn, is rated 'Good' and lists five 'CQC inspection area ratings' (Safe, Effective, Caring, Responsive, Well-led) all as 'Good'. The second, Abbey Care Home, is rated 'Requires improvement' and lists five 'CQC inspection area ratings' (Safe, Effective, Caring, Responsive, Well-led) all as 'Requires improvement'. Both profiles include contact information, provider names, and lists of specialisms/services.

Inspection Area	Rating
Safe	Good
Effective	Good
Caring	Good
Responsive	Good
Well-led	Good

Inspection Area	Rating
Safe	Requires improvement
Effective	Requires improvement
Caring	Good
Responsive	Requires improvement
Well-led	Requires improvement

מתמונה 1 עולה כי הצגת המידע מאפשרת להעריך את איכות המוסדות בצורה ידידותית למשתמש: בית האבות העליון קיבל ציון טוב, ובית האבות התחתון דורש שיפור במספר נקודות. לחיצה על הקישור "פרטים מלאים" מאפשרת גישה לדוחות הסוכנות על המוסד, כולל דוחות נוכחיים ודוחות היסטוריים. נעיר כי נכון לזמן כתיבת המסמך הנוכחי, היו באתר הוועדה דירוגים רק לחלק מהמוסדות.

ניתן להגיש תלונות ישירות לסוכנות לאיכות הטיפול.¹⁰⁴ הסוכנות היא בעלת סמכות להטיל סנקציות, כולל אזהרות, קנסות, פרסום הכשלים של המוסדות בדוחות הסוכנות, שינוי תנאי הרישיון, תביעת המוסד בבית משפט וסגירתו. נכון לשנת 2017/2016 בוצעו כ-1,500 פעילויות אכיפה, שמתוכן כ-70% היו אזהרות, כ-25% כללו ביטול, השעיה או שינוי של תנאי הרישיון, ובכ-5% מהמקרים ניתן קנס או הוגשה תביעה.¹⁰⁵ נוסף על כך, בתקופה זו הושמו כ-575 מספקי שירותי הרווחה לבוגרים תחת "אמצעים מיוחדים", כלומר פיקוח מתמשך על המוסד ואף מינוי של מנהל (director) האחראי על שיפור

¹⁰¹ UK Government, [Care Quality Commission](#), Accessed: July 3, 2017.

¹⁰² National Health Service, [Care Homes](#), Updated: January 1, 2015, Accessed: June 19, 2017.

¹⁰³ Care Quality Commission, [The five key questions we ask](#), Updated June 20, 2017; Accessed: July 4, 2017.

¹⁰⁴ NHS, [Making a complaint](#), Updated: January 15, 2015, Accessed: June 22, 2017.

¹⁰⁵ Care Quality Commission, [Annual Report and Accounts 2016/17](#), p. 45-46.



הביצועים.¹⁰⁶ במקביל, 519 ספקי שירותי רווחה לבוגרים שהושמו בעבר תחת אמצעים מיוחדים יצאו מקטגוריה זו, כאשר מתוכם כ-72% עברו שיפור מספק וכ-28% ויתרו על הרישיון או שהרישיון נשלל מהם.¹⁰⁷ נדגיש כי אין ביכולתנו להעריך את יעילות פעילות הסוכנות: לא ידוע לנו כמה בתי אבות נבדקו בתקופה המדוברת, האם כל פעילות אכיפה מתייחסת לבית אבות אחד (כלומר, יתכן שמוסד אחד עבר כמה פעילויות אכיפה). כמו כן, נעיר כי סמכויות האכיפה של הסוכנות הורחבו באפריל 2015 וכי לפי הדוח השנתי של הסוכנות סמכויות האכיפה שלה הורחבו באפריל 2015 והיא עדיין בתהליך של בניית יכולות.¹⁰⁸

נוסף על כך, חוק הטיפול לשנת 2014 קבע כי הרשויות המקומיות יקימו ועדות להגנת מבוגרים (Safeguarding adult boards) שיעסקו במקרים של הזנחה והתעללות במוסדות ציבוריים או פרטיים. גופים אלו יכללו לפחות את הרשות המקומית, ה-NHS והמשטרה. הוועדות מחויבות לחקור מקרים של סיכון בעצמן או באמצעות גופים אחרים.¹⁰⁹

4. הולנד

טבלה 3: שירותים לטיפול ארוך-טווח בהולנד, 2013, לפי הנציבות האירופית¹¹⁰

אוכלוסייה במיליונים (2013)	16.8. מתוכם, גיל 65 ומעלה: כ-17.1% גיל 80 ומעלה: כ-4.2%	אחוז מהאוכלוסייה המקבל טיפול ארוך טווח	5.5% מתוכם, כ-41% קיבלו שירותים במוסדות כ-59% קיבלו שירותים בבית
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	83.2 נשים 79.5 גברים	אחוז מהתמ"ג	הוצאה 114.2%

בהולנד מונהג ביטוח בריאות ציבורי, הניתן באמצעות 24 גופים מבטחים,¹¹² להלן: **קופות החולים**, האחראיים על אספקת רובד בסיסי של שירותי בריאות מכוח חוק ביטוח הבריאות (Health Insurance Act). בשנים האחרונות הורחב הרובד הבסיסי כך שיכלול גם שירותים הניתנים בקהילה ומיועדים לקשישים **שאינם זקוקים להשגחה מתמדת**, והוא כולל טיפולים אישיים ושירותי סיעוד. עם זאת ישנם שירותים בקהילה כגון אספקת ציוד רפואי, עזרה בבית ודיור מוגן לאנשים בעלי בעיות פסיכולוגיות שהם באחריות השלטון המקומי. לשם מתן השירותים שבאחריות קופות החולים, הקופות מנהלות משא ומתן מול ספקים חיצוניים, וקבלת השירות אינה דורשת השתתפות עצמית של מקבלי השירות.

בשנת 2015 התווסף רובד נוסף של שירותים סיעודיים הניתנים במוסדות או בקהילה ומיועדים לקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת. רובד זה נמצא באחריות הממשלה המרכזית, והוא מופעל באמצעות מספר

¹⁰⁶ Care Quality Commission, [Special measures: one year on](#), Updated: May 29, 2017, Accessed: July 20, 2017.

¹⁰⁷ Care Quality Commission, [Annual Report and Accounts 2016/17](#), p. 45-46.

¹⁰⁸ שם.

¹⁰⁹ Department of Health, [Factsheet 7: Protecting adults from abuse and neglect](#), Accessed: July 4, 2017.

¹¹⁰ European Commission DGEF-EPC, [The Netherlands: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 413; European Commission, [The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies](#), August 2014, p. 352.

¹¹¹ הערכת ההוצאה הציבורית בהולנד בדוח הנציבות האירופית בוצעה בשיטה אחרת משאר המדינות, עקב הניסיון להתחשב ברפורמה שבוצעה במדינה בתקופה שבה נערך הדוח.

European Commission, [The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies](#), August 2014, p. 143.

¹¹² בדוח של המשרד לבריאות הציבור, רווחה וספורט נכתב כי הגופים המבטחים הם חברות פרטיות, אך רובם או כולם (virtually all) הם קואופרטיבים הפועלים שלא למטרות רווח. ראו:

Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p.15.



גופים ממשלתיים עצמאיים ייעודיים: **סוכנויות להערכת צרכים (CIZ)** המבצעות את ההערכה, **משרדי טיפול אזוריים** המנהלים משא ומתן מול הספקים על מחיר השירותים, **ומשרד המנהל המרכזי (CAK)** המעביר את התשלום לספקים. במסמך זה נתמקד בשירותים סיעודיים לקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, הנמצאים תחת אחריות הממשלה המרכזית מכוח החוק לטיפול כרוני (Chronic Care Act).

סוגי השירותים לטיפול ארוך טווח

קשישים הזקוקים להשגחה מתמדת זכאים לקבלת מקום בבית אבות או מוסד סיעודי או לטיפולים אישיים וטיפול סיעודי בבית, טיפולים רפואיים ומכשירים רפואיים רלוונטיים ותחבורה לשם קבלת טיפול או לשם הגעה למרכזי יום. **הזכאות לשירותים אלו, כלומר שירותים הניתנים מתוקף החוק לטיפול כרוני, שוללת זכאות לתמיכה מהרשות המקומית.**¹¹³

קשישים שאינם זקוקים להשגחה מתמדת זכאים כאמור לקבלת טיפולים אישיים או סיעודיים בבית באחריות קופות החולים, כמו גם לשירותים מסוימים מהשלטון המקומי. ההבחנה בין השירותים המסופקים על-ידי הקופות לבין השלטון המקומי אינה חד-חד. שירותים הניתנים על-ידי הרשות המקומית יכולים לדרוש השתתפות עצמית, הנקבעת על בסיס מבחן צרכים ומבחן אמצעים. מבחן האמצעים כולל את ההכנסה והנכסים של מקבל השירות ושל בן זוגו.¹¹⁴ לא ידוע לנו מה נכלל תחת נכסים והכנסה במקרה זה.

האחריות על אספקת השירותים לטווח ארוך לקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, כולל בבתי אבות

תקצוב השירותים לקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת, בקהילה ובמוסדות, שהם כאמור באחריות המדינה, מנוהל על-ידי קרן ממשלתית לטיפול ארוך-טווח (long-term care fund). מקורות התקציב הם גביית דמי ביטוח לטיפול ארוך-טווח מכלל התושבים וכן גביית דמי השתתפות עצמית ממקבלי השירות. דמי הביטוח הנגבים מהשכר עומדים על 9.65% מהשכר הקובע למס בהולנד, לשכירים ולעצמאיים, אם כי קיימת תקרה לרמת השכר שמתוכה מחושב אחוז זה. נכון לשנת 2015 עמדה תקרה זו על 33,589 אירו לשנה, כלומר שניתן לשלם לכל היותר 3,241 אירו לשנה לצורך מס זה. במידת הצורך מעבירה הממשלה לקרן גם תקציבים מתקציב המדינה.¹¹⁵

ניתן לקבל את השירותים בעין או בכסף. מתן שירות בעין נעשה באמצעות **משרדי הטיפול האזוריים**, הפועלים כחברות-בת ללא מטרות רווח של הגופים המבטחים והם האמונים על רכישת השירותים עבור המבוטחים. תקציבם של משרדים אלה נפרד מתקציב קופות החולים. להלן אופן העברת התשלום לספק השירות:

1) אם מקבל השירות בחר לקבל שירותים בעין: **משרדי הטיפול האזוריים** ינהלו משא ומתן מול הספקים לשם חתימת חוזה. משרדי הטיפול האזוריים מיידעים את הקרן לטיפול ארוך-טווח בדבר החוזה שנקבע, הקרן מעבירה את הסכום הנדרש לגוף ממשלתי נפרד בשם **משרד המנהל המרכזי (CAK)**, וזה משלם לספקי השירות.¹¹⁶

¹¹³ Government of the Netherlands, [What care can I get under the Chronic Care Act \(WLZ\)?](#), Accessed: June 15, 2017.

¹¹⁴ Government of the Netherlands, [Do I have to pay towards the cost of social support under the WMO?](#), Accessed: July 19, 2017.

¹¹⁵ Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 178; Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p.15.

¹¹⁶ Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p.15.



2) אם מקבל השירות בחר לקבל שירותים בכסף: הקרן לטיפול ארוך-טווח תעביר אל מקבל השירות את הסכום שהוא זכאי לו. תקציב זה ינוהל בבנק הביטוח הלאומי (social insurance bank), שהוא גוף ממשלתי,¹¹⁷ האמון על התשלום לספקים עמם בחר מקבל השירות להתקשר וזאת על בסיס הצגת קבלות. בתחילת הרפורמה יכלו מקבלי השירות לנהל את התקציב בצורה עצמאית, אך על רקע החשש מהונאות נקבע ההסדר הנוכחי.¹¹⁸ לא ניתן להשתמש בסכום שהועבר כדי לשלם על שהות בבתי אבות או על שירותים רפואיים, אלא רק לשם רכישת שירותים בבית וזאת כל עוד הם לא יעלו על עלויות השהות במוסד.¹¹⁹ לא ידוע לנו האם יש הבדל בין שווי השירותים בעין לבין התמיכה הכספית.

קביעת הזכאות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

נציג בתחילה כיצד נקבעת זכאות לקבלת שירותים הכוללים השגחה מתמדת, בבית או במוסדות, ולאחר מכן נסקור בקצרה את אופן קביעת הזכאות לקבלת שירותים אחרים.

א. הזכאות לקבלת שירותים הכוללים השגחה מתמדת וניתנים בבתי אבות או בבית:

ראשית נקבעת הזכאות על בסיס מבחן צרכים, ולאחר מכן נקבע היקף המימון מצד המדינה על בסיס מבחן אמצעים שנועד למבקש השירות. על מבקש השירות להגיש בקשה לסוכנות להערכת צרכים (Care Assessment Agency, או CIZ),¹²⁰ שהינה גוף עצמאי¹²¹ הממונה בידי הממשלה,¹²² והיא תזמן אותו לראיון. מבחן הצרכים הוא מבחן ארצי אחיד הבודק בין השאר את הצורך בטיפול והשגחה מתמדת, יכולת תפקוד ומידת העזרה שהאדם מקבל מסביבתו, כלומר בני משפחה, חברים ושכנים.¹²³ לא ידוע לנו מהי ההכשרה הנדרשת מעובדי ה-CIZ.

החלטת ה-CIZ מבוססת על מבחן צרכים ובמסגרתו נקבע גם מהם הטיפולים הדרושים.¹²⁴ ה-CIZ יתאים למקבל השירות תכנית טיפול (care intensity package), כאשר בתחום זה יש 10 תכניות המיועדות לספק מענה לרמות שונות של צרכים.¹²⁵ מקבל השירות זכאי לבקש הערכה מחודשת והוא גם יכול להביע העדפה לספק מסוים,¹²⁶ אך לא ידוע לנו האם יש חובה לקבל העדפה זו. נכון לשנת 2015 שווי התכניות נע בין 325-70 אירו לערך ליום. סכום זה נועד לכסות את עלויות כלל השירותים בתכנית ובתוך כך עלויות כוח האדם והדיור.¹²⁷ התכנית יכולה להינתן למבקש שירות שבחר בתמיכה בכסף או בעין. שירותים בבתי אבות יכול להינתן רק כשירות בעין.¹²⁸

¹¹⁷ Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 74.

¹¹⁸ Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p.15.

¹¹⁹ Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 67; Government of the Netherlands, [Where can I apply for a personal budget?](#), Accessed: June 25, 2017.

¹²⁰ Government of the Netherlands, [How can I apply for a WLZ care needs assessment?](#), Accessed: June 25, 2017.

¹²¹ European Commission DGEF-EPC, [The Netherlands: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 409.

¹²² Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 153.

¹²³ Ibid; Government of the Netherlands, [Chronic Care Act \(WLZ\)](#), Accessed: April 26, 2017.

¹²⁴ European Commission DGEF-EPC, [The Netherlands: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 409.

¹²⁵ לפי פרסום של ארגון הבריאות העולמי משנת 2016, יש 10 תוכניות בסקטור הטיפול והטיפול (nursing and caring),¹⁴ ותוכניות בבריאות הנפש (mental care) ו-30 תוכניות לאנשים בעלי מוגבלויות.

¹²⁶ Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p.14.

¹²⁷ Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 96.

¹²⁸ שם, עמ' 67.



אם ה-CIZ מחליט שהאדם אינו עומד במבחן הצרכים, הוא יופנה לקבל שירות בשלטון המקומי. ניתן לערער על החלטה זו בפני ה-CIZ.¹²⁹ לא ידוע לנו האם ניתן לערער לערכאות נוספות והאם ניתן לערער על רמת הזכאות או רק על עצם שלילת הזכאות.

מבקש שירות שעמד במבחן הצרכים מופנה למבחן האמצעים לצורך קביעת גובה ההשתתפות העצמית שתגבה ממנו בגין שירותים הניתנים תחת החוק לטיפול כרוני. מבחן האמצעים נערך על-ידי משרד המנהל המרכזי שהוא כאמור גוף ממשלתי. בהתאם למבחן מבקש השירות עשוי לשלם דמי השתתפות עצמית שיחושבו בהתאם לקביעה האם הוא משתייך לרמת הכנסה ונכסים נמוכה או גבוהה.

ברמה הנמוכה, ההשתתפות העצמית יכולה להגיע עד 12.5% מהכנסתו של מקבל השירות, ושאר עלות התכנית תמומן על-ידי הקרן לטיפול ארוך-טווח. נכון לשנת 2016, הרמה הנמוכה נעה בין כ-160 ל-840 אירו בחודש. ברמה הגבוהה, התשלום מחושב על בסיס כלל ההכנסה החייבת במס של מקבל השירות ועוד 8% מנכסיו. לא ידוע לנו כיצד מוגדרים "נכסים" או "הכנסה" לצרכי חישוב זה. יש תקרה לתשלום החודשי, שנכון לשנת 2016 עמדה על כ-2,300 אירו.¹³⁰ כמו כן, יש לוודא כי בידי מבקש השירות נותר סכום שיאפשר לו לספק צרכים אישיים וביגוד; נכון לשנת 2015, סכום זה עמד על כ-3,500 אירו בשנה לאדם יחיד וכ-5,500 אירו בשנה לזוג.¹³¹ **נעיר כי בינואר 2017 שכר המינימום החודשי בהולנד לעובדים מעל גיל 23 עמד על כ-1,550 אירו,¹³² כלומר כ-18,500 אירו לשנה.**

בחצי השנה הראשונה לשהות במוסד כל מקבלי השירות נדרשים לשלם דמי השתתפות עצמית על-פי הרמה הנמוכה, ולאחריה מקבלי שירות שיש להם נתמכים המתגוררים בבית (בני זוג או ילדים) ימשיכו לשלם לפי הרמה הנמוכה, בעוד האחרים ידרשו לשלם לפי הרמה הגבוהה. אם מקבל השירות לא מסכים עם רמת ההשתתפות העצמית שנקבעה לו, עליו לערער בפני ה-CAK בתוך 6 שבועות מיום קבלת ההודעה על רמת ההשתתפות העצמית.¹³³

ג. הזכאות לשירותים הניתנים בבית לקשישים שאינם דורשים השגחה מתמדת

הזכאות לקבל מקופות החולים שירותים אישיים או סיעודיים בבית שאינם דורשים השגחה מתמדת נקבעת על-ידי אחיות הרובע (district nurses). גם הזכאות לקבלת תמיכה בבית מהשלטון המקומי תלויה במבחן צרכים ובמבחן אמצעים, שעל ביצועם אחראי השלטון המקומי. על מקבל השירות להגיש לשלטון המקומי בקשה לתמיכה. מבחן הצרכים עוסק ביכולת התפקוד של האדם, יכולתו להיעזר בסביבתו והתאמתו לתכניות אחרות (לדוגמה מטעם קופות החולים). העירייה מחויבת לבצע את ההערכה תוך 6 שבועות לכל היותר מתאריך הגשת הבקשה.¹³⁴ מבחן האמצעים משמש לקביעת רמת ההשתתפות העצמית, ויש לשלטון המקומי אפשרות לבקש מה-CAK לערוך עבורו מבחן זה.¹³⁵

¹²⁹ Government of the Netherlands, [How can I apply for a WLZ care needs assessment?](#), Accessed: June 15, 2017.

¹³⁰ Government of the Netherlands, [I have a WLZ care needs assessment. Do I have to pay towards the costs of my care?](#), Accessed: May 28, 2017; Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 89.

¹³¹ Madelon Kroneman et al., [Netherlands: Health System Review](#), 2016, p. 89.

¹³² Government of the Netherlands, [Amount of the minimum wage](#), Accessed: September 14, 2017.

¹³³ Government of the Netherlands, [How can I object to the amount of my own contribution towards the costs of long-term care or social support?](#), Accessed: July 4, 2017.

¹³⁴ Government of the Netherlands, [How do I get social support from my municipality under the Wmo?](#), Accessed: August 13, 2017.

¹³⁵ Government of the Netherlands, [Can the municipality refuse to provide social support under the WMO if my income is too high?](#), Accessed: August 13, 2017.



פיקוח על שירותים לטיפול ארוך-טווח

מספר סוכנויות מדינתיות עוסקות בפיקוח על שירותים הניתנים לקשישים תחת אחריות הממשלה המרכזית או תחת אחריות קופות החולים:

- הרשות לצרכנים ושווקים (the Authority for Consumers and Markets) אחראית על הבטחת התחרות בשוק.
- הרשות המפקחת על שירותי הבריאות (the Dutch Healthcare Inspectorate) מפקחת ואוכפת את האיכות והבטיחות של הטיפול שניתן תחת החוק לטיפול כרוני. הממשלה המרכזית קובעת את אמות המידה לאיכות בשירותי הבריאות ובשירותים הסיעודיים.¹³⁶ אין בידינו מידע על אופן פעילותם של גופים אלה.
- הרשות לשירותי בריאות (the Dutch Healthcare Authority), הפועלת תחת משרד הבריאות, הרווחה והספורט, קובעת על אילו שירותים יכולים ספקי שירותי הבריאות לגבות כסף ממקבלי השירות ואת תעריפי המקסימום שניתן לגבות, תוך התייעצות עם קופות החולים וספקי השירות. רשות זו מפקחת גם על ההתנהלות החוקית של ספקי השירות וקופות חולים. **הרשות מייצעת למשרד הבריאות, הרווחה והספורט לפי בקשתו אך גם לפי יוזמתה.**¹³⁷

5. גרמניה

טבלה 4: שירותים לטיפול ארוך-טווח בגרמניה, 2013, לפי הנציבות האירופית¹³⁸

אוכלוסייה במיליונים (2013)	80.8 מתוכם גיל 65 ומעלה: כ-21% גיל 80 ומעלה: כ-5.5%	אחוז מהאוכלוסייה מעל גיל 15 המקבל טיפול ארוך טווח	3.6% מתוכם, כ-30% קיבלו שירות במוסד
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	83.2 נשים 78.6 גברים	אחוז מהתמ"ג	כ-14% קיבלו שירותים בבית
		הוצאה	כ-56% קיבלו קצבת סיעוד
		לא ידוע	

גרמניה היא פדרציה המורכבת מ-16 מדינות. תושבי גרמניה מחויבים לרכוש ביטוח בריאות מקופות חולים (Sickness funds) ציבוריות או פרטיות, המציעות רובד בסיסי זהה.¹³⁹ נוסף על כך, תושבי גרמניה מחויבים לרכוש גם ביטוח לטיפול ארוך-טווח, מקופות לטיפול ארוך-טווח (Long Term Care Insurance) ציבוריות או פרטיות, אשר מעניקות גם הן רובד ביטוחי בסיסי זהה.¹⁴⁰ יש זיקה מסוימת בין קופות החולים לקופות לטיפול ארוך-טווח, אך מאחר והאחרונות ממומנות מכוח חוק נפרד נתייחס אליהן כנפרדות מקופות החולים.¹⁴¹ הטיפול ארוך-הטווח כולל שירותים במוסדות, בבית ובקהילה. נכון לשנת

¹³⁶ Ministry of Public Health, Welfare and Sport, [Healthcare in the Netherlands](#), January 2016, p. 11, p. 15.

¹³⁷ The Dutch Healthcare Authority, [The Dutch Healthcare Authority](#), Accessed: September 17, 2017.

¹³⁸ European Commission DGEF-EPC, [The Netherlands: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 413; European Commission, [The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies](#), August 2014, p. 310

¹³⁹ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 96.

¹⁴⁰ "All members of the social health insurance are covered by the public and members of the private health insurance (PHI) are covered by the private LTC insurance. Both parties are entitled to the same benefits, which is basically covering a portion of long-term nursing care costs". European Commission DGEF-EPC, [Germany: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 350.

¹⁴¹ לפי דוח שפרסם ארגון הבריאות העולמי בשנת 2014, קופות החולים לטיפול ארוך-טווח הם תאגידים ציבוריים-למחצה העומדים בפני עצמם, אך הם אורגנו בידי קופות החולים ופועלים בזיקה אליהן (directly affiliated). נכון לשנת 2014, חלוקת



2013, כ-87% מהאוכלוסייה היו בעלי ביטוח ארוך-טווח באמצעות המערכת הציבורית, וכ-11.5% היו בעלי ביטוח ארוך-טווח פרטי.¹⁴² לא ידוע לנו מה מעמדם של האזרחים והתושבים הנוותרים (כ-1.5% מהאוכלוסייה).

האחריות על מתן השירותים לטיפול ארוך-טווח והשירותים המוצעים

השירותים הניתנים במוסדות הם באחריות משותפת של המדינות (Länder) ושל הקופות לטיפול ארוך-טווח: המדינות אחראיות על השקעה בתשתיות (investment expenditure) והקופות אחראיות על התפעול השוטף (recurrent costs).¹⁴³ לא ידוע לנו האם המדינות אחראיות על השקעה חד-פעמית או מתמשכת בתשתיות, ולא ידוע לנו האם השקעה זו כוללת, לדוגמה, ציוד רפואי.

השירותים האישיים הניתנים בקהילה (out-patient services), כולל טיפול סיעודי הניתן בבית, הם באחריות הקופות לטיפול ארוך-טווח. הזכאות לקבלת תמיכה מהקופות לטיפול ארוך-טווח תלויה בקביעה לפיה הטיפול יימשך יותר מחצי שנה; טיפולים שמוערך שיימשכו מתחת לחצי שנה ממומנים על-ידי קופות החולים ועל-ידי מבטחים פרטיים, אם שירותים אלו נכללים בחבילה שנרכשה.¹⁴⁴

הרשויות המקומיות יכולות, אך אינן מחויבות, לספק שירותים נוספים בקהילה, כגון פעילויות חברתיות ותרבותיות.

הקופות לטיפול ארוך-טווח אינן מפעילות שירותים, אלא רוכשות אותם מספקים חיצוניים.¹⁴⁵ הספקים יכולים להיות למטרות רווח, לא למטרות רווח או ציבוריים. נכון לשנת 2011, מבין ספקי השירותים במוסדות (כולל מרכזי אשפוז יום), מעט יותר מחצי (54%) היו ארגונים שלא למטרות רווח, 40% היו חברות פרטיות למטרות רווח, ומיעוט קטן (6%) היו גופים ציבוריים, שהופעלו לרוב על-ידי השלטון המקומי. מחירי השירותים בהם ירכשו הקופות את השירותים הסיעודיים נקבעים במשא ומתן ברמת המדינה בין הקופות לטיפול ארוך-טווח לבין ארגוני ספקי השירותים הסיעודיים בבית ובקהילה.¹⁴⁶

מקורות המימון של הקופות לטיפול ארוך טווח

הקופות לטיפול ארוך-טווח ממומנות על-ידי גביית דמי ביטוח, כלומר מס ייעודי נפרד, המחושב כאחוז קבוע מהכנסה מעבודה של המבוטח. נכון ל-1 בינואר 2017 עמד מס זה על 2.55% מההכנסה על עבודה למבוטחים עם ילדים, כאשר שיעור המס מתחלק שווה בשווה בין המבוטח למעסיק (1.275% לכל צד). גימלאים משלמים את המס המלא, מתוך קצבת הפנסיה שלהם.¹⁴⁷ מבוטחים מעל גיל 23 שהם חסרי ילדים

תחומי האחריות בין גופים אלו עדיין הייתה שנויה במחלוקת; לדוגמה, בית המשפט הפדרלי הכריע כי עזרים רפואיים לשוהים במוסדות לטיפול ארוך-טווח ימומנו בידי קופות החולים. ראו:

Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 48, p. 76.

¹⁴² Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 223.

¹⁴³ Federal Ministry of Health, [The main player in the area of the Long-term care insurance in Germany](#), Updated: May 2, 2016, Accessed: July 13, 2017; Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 226.

¹⁴⁴ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 223.

¹⁴⁵ Federal Ministry of Health, [The main player in the area of the Long-term care insurance in Germany](#), Updated: May 2, 2016, Accessed: July 13, 2017.

¹⁴⁶ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 226.

¹⁴⁷ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 223; US Social Security Administration, [Germany](#), 2016, p.122.



צריכים לשלם 0.25% נוספים, כך שרמת התשלומים שלהם עמדה על 2.8% מההכנסה מעבודה.¹⁴⁸ לא ידוע לנו האם ה-0.25% הנוספים מוטלים על המבוטח או מתחלקים באופן שווה בינו לבין המעסיק. **הבחירה להטיל מס נמוך יותר על מבוטחים בעלי ילדים מבטאת את התפיסה כי אנשים בעלי ילדים יטו להעדיף קבלת גמלה בכסף, שמטרתה לתגמל את בני המשפחה המטפלים בקשיש. הוצאות המדינה על גמלה זו נמוכות יותר מעלויות מתן שירותים בבית או במוסד,¹⁴⁹ כלומר, מבוטחים בעלי ילדים יעלו למדינה פחות ממבוטחים חסרי ילדים. ילדים ובני זוג שאין להם הכנסה משמעותית, כגון עקרות בית, מבוטחים (co-insured) באמצעות המבוטח העיקרי. קיימת תקרה להכנסה הנכללת באופן חישוב המס, שעמדה נכון לשנת 2015 על 50,080 אירו לשנה.¹⁵⁰ נעיר כי שיעור המס הועלה מספר פעמים בעשרים השנים האחרונות, וזאת כחלק מניסיון להתמודד עם העלייה בהוצאות על השירותים.¹⁵¹ שיעור המס הנוכחי אמור להישאר קבוע עד שנת 2022.¹⁵² הממשלה היא הנושאת במס זה בגין מובטלים וקבוצות ייעודיות (לדוגמה איכרים בגיל פרישה).¹⁵³**

השירותים ממומנים גם על ידי גביית השתתפות עצמית ממקבלי השירות. לא ידוע לנו האם דמי ההשתתפות העצמית נגבים על-ידי הקופה המשלמת לספקים או משולמים ישירות לספק השירות. במקרה שבו דמי הביטוח והשתתפות העצמית אינם מספקים לכיסוי עלות השירותים, ישנה קרן ייעודית, המנוהלת ברמה הפדרלית, המקבלת חלק מהכספים המיועדים לטיפול ארוך טווח ומשתמשת בהם כדי לפצות קופות לטיפול ארוך-טווח הנמצאות בגרעון.¹⁵⁴

גובה הסבסוד בגין מבקש שירות לפי סוגי השירותים לטיפול ארוך טווח

המבוטחים בביטוח טיפול ארוך טווח, בין אם בקופה ציבורית או פרטית, זכאים לאותם שירותים. התמיכה יכולה להינתן בכסף, בשירותים בבית או בשירותים במוסדות, בהתאם לבחירת מקבל השירות. בכל אחד משירותים אלה יש חמש רמות תמיכה הנקבעות לפי מידת הניידות, יכולת קוגניטיבית ותקשורתית, בעיות התנהגותיות ופסיכולוגיות, הסתמכות עצמית (self-reliance), התמודדות עם הקשיים שנוצרו עקב המחלה וארגון חיי היום-יום.¹⁵⁵ אדם הבוחר לקבל כסף, יכול להשתמש בו לרכישת שירותים בבית.¹⁵⁶ לא ידוע לנו האם יש מנגנוני פיקוח על השימוש בכסף זה, בדומה למה שנהוג באנגליה ובהולנד. כמו כן, אין בידנו מידע האם מקבל שירותים בעין רשאי לבחור את ספק השירות.

¹⁴⁸ European Commission DGEF-EPC, [Germany: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 350; Federal Ministry of Health, [Größe: More assistance for persons in need of long-term care and their relatives](#), Updated: August 12, 2015; Accessed: July 18, 2017.

¹⁴⁹ Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier and Frits Tjadens, [Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care](#), 2011, p. 285; Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel, "The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and recent developments", The Gerontologist, 2017.

¹⁵⁰ US Social Security Administration, [Germany](#), 2016, p.122.

¹⁵¹ Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel, "The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and recent developments", The Gerontologist, 2017.

¹⁵² Federal Ministry of Health, [Größe: More assistance for persons in need of long-term care and their relatives](#), Updated: August 12, 2015; Accessed: July 18, 2017.

¹⁵³ US Social Security Administration, [Germany](#), 2016, p.122

¹⁵⁴ The German Federal Insurance Office, [Responsibilities of the Federal German Insurance Office](#), Accessed: July 17, 2017.

¹⁵⁵ Federal Ministry of Health, [Größe: More assistance for persons in need of long-term care and their relatives](#), Updated: August 12, 2015; Accessed: July 18, 2017.

¹⁵⁶ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 224.



בטבלה 5 מוצג גובה התמיכה המסופקת לזכאים, לפי אתר משרד הבריאות הפדרלי, החל משנת 2017, לפי סוג השירות ורמת הצורך. נכון לשנת 2015 ההכנסה החודשית הממוצעת נטו למשק בית בגרמניה עמדה על 3,218 אירו.¹⁵⁷

טבלה 5: גובה התמיכה לזכאים לשירותי טיפול ארוך-טווח, שנת 2017, לפי משרד הבריאות הפדרלי¹⁵⁸

רמה 5	רמה 4	רמה 3	רמה 2	רמה 1	
€ 901	€ 728	€ 545	€ 316	€ 125	גמלה (cash benefit)
€ 1,995	€ 1,612	€ 1,298	€ 689		שירותים בבית
€ 2,005	€ 1,775	€ 1,262	€ 770	€ 125	שירותים במוסדות

מטבלה 5 עולה כי החל מרמה 2 שווי הגמלה הוא נמוך משמעותית משווי השירותים הניתנים במוסדות או בבית. הגמלות בכסף מיועדות למימון הטיפול הניתן על-ידי בני משפחה, שזכאים גם לעבור הכשרה לטיפול בחינם. לא ידוע לנו מי מעביר הכשרה זו. אדם הבוחר לקבל גמלות בכסף יקבל גם סכום נוסף שנועד לשכירת מחליף מקצועי (professional substitute) לתקופת החגים.¹⁵⁹ נעיר כי לפי מאמר שפורסם בכתב העת The Gerontologist בשנת 2017, מטרת הגמלות היא להכיר בתפקידם של בני משפחה באספקת הטיפול בבית ולתגמל אותם, אך לא להחליפם בספקי שירות מקצועיים.¹⁶⁰

קביעת הזכאות של מבקש השירות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

לא מצאנו התייחסות למבחן אמצעים בהקשר של שירותי טיפול ארוך-טווח. לפי מאמר שפורסם בכתב העת The Gerontologist בשנת 2017 הזכאות לקבלת שירותים לטיפול ארוך-טווח נקבעת על בסיס מבחן צרכים בלבד.¹⁶¹ מקבל השירות חייב להגיש בקשה לקבלת שירותי טיפול ארוך-טווח. הקופות הציבוריות לטיפול ארוך-טווח מתנות את הבקשה בהחלטת המועצה להערכה רפואית (ה-Medical Review Board), גוף המופעל במשותף על-ידי קופות החולים והקופות לטיפול ארוך-טווח ומפעיל ועדות רפואיות. לפי דוח שפורסם בשנת 2014 על-ידי ארגון הבריאות העולמי, גם רוב הקופות הפרטיות לטיפול ארוך-טווח עושות שימוש ב Medical Review Board כדי לקבוע זכאות. אופן פעולתו של גוף זה נקבע בחקיקה,¹⁶² אך לא ידוע לנו האם וכיצד מתבצע עליו פיקוח. כ-69% ממגשי הבקשות במהלך שנת 2010 קיבלו תמיכה כלשהי.¹⁶³

במסגרת מבחן הצרכים ניתן כאמור לקבוע חמש רמות של צרכים. נציין כי עד שנת 2015 היו 3 רמות צורך: טיפול של לפחות 90 דקות ביום, טיפול של לפחות 3 שעות ביום, וטיפול הדורש השגחה מתמדת, כולל

¹⁵⁷ Statistisches Bundesamt, [Income, receipts and expenditure of households. Net household income in 2015](#), Accessed: September 24, 2017.

¹⁵⁸ Federal Ministry of Health, [Größe: More assistance for persons in need of long-term care and their relatives](#), Updated: August 12, 2015; Accessed: July 18, 2017.

¹⁵⁹ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 224.

¹⁶⁰ Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel, "The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and recent developments", The Gerontologist, 2017.

¹⁶¹ שם.

¹⁶² Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 58.

¹⁶³ European Commission DGEF-EPC, [Germany: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 350.



לילות, העומד בממוצע על לפחות 5 שעות ביום.¹⁶⁴ לפי משרד הבריאות הפדרלי, **אופן קביעת הזכאות השנתה בשנת 2015 במטרה לפשט את התהליך. מספר רמות הצרכים עלה מ-3 ל-5, ונקבעו אמות מידה חדשות המתמקדות ביכולת התפקוד ולא במספר שעות הטיפול.** לפי משרד הבריאות הפדרלי, שינוי זה צפוי להרחיב את מספר הזכאים לתמיכה, בעיקר ברמות התמיכה הנמוכות. נוסף על כך, בעבר אדם ששהה במוסד וצרכיו גדלו נדרש לשלם דמי השתתפות עצמית גבוהים יותר אם הוגדר כזקוק לרמת תמיכה גבוהה יותר. החל משנת 2015, גובה דמי ההשתתפות העצמית יישאר זהה במעבר בין רמות 2-5. עם זאת, גובה התשלום יכול להשתנות בין מוסדות.

ניתן לערער על החלטת הקופות לטיפול ארוך-טווח בפני בתי משפט ייעודיים העוסקים בסוגיות הקשורות למערכות הביטוח הציבוריות (social insurance).¹⁶⁵

פיקוח על שירותים לטיפול ארוך-טווח

הקופות לטיפול ארוך-טווח נתונות לפיקוח על-ידי המדינות או הממשלה המרכזית באמצעות משרד הביטוח הפדרלי. קופות לטיפול ארוך-טווח הפועלות ביותר משלוש מדינות מפקחות על-ידי משרד הביטוח הפדרלי, ושאר הקופות מפקחות על-ידי המדינות. משרד הביטוח הפדרלי מחויב לבצע ביקורת (audit) על הקופות לטיפול ארוך-טווח הנמצאות תחת פיקוחו אחת לחמש שנים לכל הפחות. לא ידוע לנו האם משרד הביטוח הפדרלי יכול להטיל סנקציות על הקופות לטיפול ארוך-טווח.¹⁶⁶

6. פינלנד

טבלה 6: שירותים לטיפול ארוך-טווח בפינלנד, 2013, לפי הנציבות האירופית¹⁶⁷

אוכלוסייה במיליונים (2013)	5.4 מתוכם, גיל 65 ומעלה: כ-19.1% גיל 80 ומעלה: כ-5%	אחוז מהאוכלוסייה מעל גיל 15 המקבל טיפול ארוך טווח	9.5% מתוכם, כ-10% קיבלו שירות במוסד כ-31% קיבלו שירותים בבית כ-59% קיבלו קצבת סיעוד
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	84.1 נשים 78 גברים	אחוז מהתמ"ג הוצאה	2.3%

בפינלנד מונהג ביטוח בריאות ציבורי. האחריות על שירותי הבריאות, כולל השירותים לטיפול ארוך-טווח, נתונה בידי השלטון המקומי, כלומר כ-300 עיריות (municipalities). העיריות מחויבות להיות חברות על בסיס גאוגרפי ב-18 מועצות אזוריות (regional councils), האחראיות על פיתוח האזור.¹⁶⁸ נכון לזמן כתיבת המסמך החליטה ממשלת פינלנד על ביצוע רפורמה שתעביר סמכויות מהמועצות האזוריות למחוזות (counties). גופים אלו יהיו אחראיים גם על נושא בריאות ורווחה במקום העיריות.¹⁶⁹ הרפורמה, שעיקרה שינוי מבני במבנה השלטון במדינה, שאינו נוגע רק לתחום הבריאות והרווחה, אמורה לצאת

¹⁶⁴ Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, pp. 223-224.

¹⁶⁵ בתי משפט אלו מהווים מערכת נפרדת מבתי המשפט האחרים. נכון לשנת 2014 היו 69 בתי משפט כאלו ברמה המקומית, 14 ברמת המדינות, ו-1 ברמה הפדרלית. ראו:

Reinhard Busse and Miriam Blümel, [Germany: Health system review](#), 2014, p. 49.

¹⁶⁶ Federal Ministry of Health, [The main player in the area of the Long-term care insurance in Germany](#), Updated: May 2, 2016, Accessed: July 13, 2017.

¹⁶⁷ European Commission DGEF-EPC, [Finland: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 335, p. 341; European Commission, [The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies](#), August 2014, p. 373.

¹⁶⁸ Helsinki-Uusimaa Regional Council, [Regional Councils in Finland](#), Updated: September 1, 2017, Accessed: September 24, 2017.

¹⁶⁹ Ministry of Social Affairs and Health, [Reform of regional government](#), Accessed: September 24, 2017.



לפועל ב-1 בינואר 2020. לפי המשרד לשירותים חברתיים ובריאות, המחוזות יהיו בעלי יכולת ארגונית עדיפה על העיריות ויכללו לצמצם את הטיפול במוסדות, את עלויות השירותים ואת אי השוויון שנוצר באספקת השירותים בין עיריות חזקות לחלשות.¹⁷⁰

האחריות על מתן השירותים לטיפול ארוך-טווח

המשרד לשירותים חברתיים ובריאות (Ministry of Social Affairs and Health) מגדיר בחקיקה את אופן אספקת השירותים לטיפול ארוך טווח.¹⁷¹ האחריות על ארגון השירותים במוסדות ובקהילה מוטלת על השלטון המקומי המממן את השירותים על-ידי שילוב של גביית מיסים עירוניים, תקציבים ממשלתיים ודמי השתתפות עצמית של מקבלי השירות.¹⁷² העיריות יכולות לספק את השירותים בעצמן, לרכוש אותם מספקים פרטיים או ציבוריים, או לספק למבקשי השירות שוברים שימשו אותם לרכישת שירותים בעצמם. לא ידוע לנו כיצד מוסדר נושא השוברים. העיריות יכולות לשתף פעולה ביניהן ביישום צעדים אלו. כמעט כל השירותים במוסדות (almost all institutional care) הופעלו ישירות על-ידי העיריות.

סוגי השירותים לטיפול ארוך טווח

השירותים בבית ובמוסדות הינם שירותים בעין, והם יכולים להיות מסופקים בבית, בקהילה, בדור מוגן, במסגרות מוסדיות וביחידות אשפוזיות בבתי חולים או מרכזים רפואיים. נציין כי בפילנד מונהגת קצבת סיעוד לקשישים (care allowance for pensioners) שאינה תלויה במבחן אמצעים, המשולמת על-ידי הביטוח הלאומי, שמטרתה היא לסייע לקשיש להישאר להתגורר בביתו. עם זאת, בניגוד לישראל, שבה נשללת קצבת הסיעוד מקשיש העובר להתגורר במוסד סיעודי או מוסד הממומן ברובו בידי כספים ציבוריים,¹⁷³ בפילנד ממשיך תשלום הקצבה גם לאחר מעבר למוסד.¹⁷⁴

קביעת הזכאות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

הזכאות לקבלת שירותי רווחה, כולל שירותים בבית ושירותים במוסדות, היא על בסיס צורך ולא על בסיס גיל. אנשים מעל גיל 75 וגמלאים שהוערכו על ידי המוסד לביטוח לאומי כבעלי רמת תפקוד נמוכה זכאים לקבלת הערכה תוך 7 ימים או באופן מְיָדִי למקרים דחופים.¹⁷⁵ לאחר זיהוי הצרכים מגובשת תכנית שירותים יחד עם מקבל השירות ו/או נציגו.

קבלת שירות לטיפול ארוך-טווח במוסד או בבית נקבעת על בסיס מבחן צרכים. לפי המשרד לשירותים חברתיים ובריאות, העירייה אחראית על מבחן הצרכים המתבצע על-ידי מומחים. לא ידוע לנו מה כולל המבחן ואיזו הכשרה יש לעבור כדי לבצע אותו. לפי עיריית הלסינקי, יש צורך באדם בעל ניסיון והכשרה בתחום הרווחה והבריאות.¹⁷⁶ לא ידוע לנו האם ניתן לערער על תוצאות מבחן הצרכים. גביית דמי

השתתפות עצמית ממקבל השירות

¹⁷⁰ Ministry of Social Affairs and Health, [Frequently asked questions about the health and social services reform](#), Accessed: September 17, 2017.

¹⁷¹ Ministry of Social Affairs and Health, [Older people services](#), Accessed: July 10, 2017.

¹⁷² European Commission DGEF-EPC, [Finland: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, pp. 336-337.

¹⁷³ המוסד לביטוח לאומי, [סיעוד- שאלות ותשובות](#), כניסה לאתר: 18 בספטמבר, 2017.

¹⁷⁴ US Social Security Administration, [Finland](#), 2016, p. 99.

¹⁷⁵ Ministry of Social Affairs and Health, [Legislation safeguards the services and benefits](#), Accessed: July 10, 2017.

¹⁷⁶ Population Register Centre, [Assessing service needs, services for the elderly](#), Accessed: July 18, 2017.



נדרשת השתתפות עצמית במימון השירותים הניתנים במוסדות ובמימון חלק מהשירותים הניתנים בבית. הממשלה קובעת את תעריפי המקסימום שניתן לגבות כדמי השתתפות עצמית, ומותר לעיריות לגבות דמי השתתפות נמוכים יותר או לא לגבות דמי השתתפות. כמו כן יש תקרה שנתית על דמי ההשתתפות העצמית שניתן לגבות ממקבלי שירותים לטיפול ארוך-טווח (אין בידנו את הסכום הנקבע בתקרה זו). **ניתן לקבל הנחה בהשתתפות העצמית הנגבית על שירותים שניתנים בבית או במוסדות על בסיס מבחן אמצעים.**¹⁷⁷ לפי לוח התשלומים המופיע באתר בירת פינלנד, הלסינקי, מבחן האמצעים לשירותים הניתנים בבית כולל את ההכנסה של מקבל השירות ושל בני משפחתו מעל גיל 18 החיים אתו. מבחן האמצעים לשירותים הניתנים במוסדות כולל את ההכנסה של מקבל השירות ובן/בת זוגו. ההשתתפות העצמית הנגבית למימון השירותים הניתנים במוסדות עומדת על 85% מההכנסה לאחר מס (net income) של מקבל השירות, כל עוד נשאר בידו סכום חודשי של לפחות 107 אירו. נעיר כי אופן חישוב ההשתתפות העצמית משתנה לפי הכנסת בן/בת הזוג.¹⁷⁸ לא ידוע לנו האם הסדר זה קיים בכל פינלנד. כמו כן, פרסום זה אינו מתייחס לבעלות של מקבל השירות על נכסים, ולא ברור מה נכלל בהגדרה של הכנסה. ניתן לערער על רמת ההשתתפות העצמית שנקבעה. לא ידוע לנו כיצד מתבצע הערעור. החל משנת 2011, מקבלי שירות שקיבלו שירותים יותר משנה אחת יכולים לעבור לקבל את אותם שירותים ברשות מקומית אחרת, כאשר הרשות שעזבו מחויבת להמשיך לשלם על שירותים אלה.¹⁷⁹

פיקוח על שירותים לטיפול ארוך-טווח

הרשות הלאומית לפיקוח על רווחה חברתית ובריאות (the National Supervisory authority for Welfare and Health, או Valvira), הפועלת תחת המשרד לנושאים חברתיים ובריאות, מפקחת על מתן השירותים בשיתוף פעולה עם 6 סוכנויות אזוריות. הרשות מנחה את פעולת הסוכנויות האזוריות במטרה ליצור אחידות. כמו כן, הרשות הלאומית מספקת ייעוץ בידי מומחים כדי להכריע במקרים הנמצאים תחת שיפוטן של הסוכנויות האזוריות.¹⁸⁰

7. פרובינציית אונטריו, קנדה

טבלה 7: שירותים לטיפול ארוך-טווח בפרובינציית אונטריו, קנדה, שנת 2016¹⁸¹

אוכלוסייה במיליונים	14. מתוכם, גיל 65 ומעלה: כ-16.3% גיל 80 ומעלה: כ-2.2% ¹⁸²	אחוז מהאוכלוסייה המקבל טיפול ארוך טווח	4.85% מתוכם, כ-12% קיבלו שירות במוסד ¹⁸³ כ-88% קיבלו שירותים בבית. ¹⁸⁴
תוחלת חיים ממוצעת (שנים)	84.1 נשים 78 גברים	אחוז אחוז מהתמ"ג	לא ידוע

¹⁷⁷ Ministry of Social Affairs and Health, [Social and health care client fees](#), Accessed: July 10, 2017.

¹⁷⁸ Helsinki City, [Health care. Patient fees](#), Updated: February 1, 2016.

¹⁷⁹ European Commission DGEF-EPC, [Finland: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 336.

¹⁸⁰ Valvira, [Social Welfare](#), 2017, Accessed: July 10, 2017.

¹⁸¹ European Commission DGEF-EPC, [Finland: Health Care & Long-Term Care systems](#), October 2016, p. 335, p. 341.

¹⁸² Statistics Canada, [Table 2.1-7: Annual population estimates by age group and sex at July 1, provincial perspective — Ontario](#), Updated: September 28, 2016, Accessed: July 31, 2017.

¹⁸³ Ministry of Health and Long-Term Care, [Ontario Ensuring Quality Care at Long-Term Care Homes](#), Updated: August 12, 2016, Accessed: August 1, 2017.

¹⁸⁴ Ministry of Health and Long-Term Care, [Patients First: A Roadmap to Strengthen Home and Community Care](#), May 2015, p. 5.



בקנדה מונהג ביטוח בריאות ציבורי, הניתן באמצעות ממשלות הפרובינציות והטריטוריות. ממשלות אלו מפעילות תכניות ביטוח הזכות למימון פדרלי אם הן עומדות בהנחיות שנקבעו ברמה הפדרלית.¹⁸⁵ תכנית ביטוח הבריאות הפדרלית אינה כוללת טיפול ארוך-טווח. באונטריו, המשרד לבריאות ולטיפול ארוך-טווח (Ministry of Health and Long-Term Care) אחראי גם על ביטוח הבריאות הציבורי וגם על השירותים לטיפול ארוך טווח.¹⁸⁶ השירותים לטיפול ארוך טווח ניתנים באמצעות 14 רשויות בריאות מקומיות (Local Health Integration Networks) וכוללים טיפול בבית, בקהילה ובמוסדות סיעודיים. שירותי הבריאות הניתנים על-ידי רשויות בריאות אלה, הם רק שירותים הניתנים כחלק מהשירותים לטיפול ארוך-טווח. ממשלת אונטריו מבחינה בין מוסדות סיעודיים (Long-term care homes) לבין הסדרי דיור מוגן ובתי אבות לקשישים עצמאיים, המקובצים תחת הקטגוריה של Retirement homes. קטגוריה זו אינה זוכה לסבסוד ממשלתי.¹⁸⁷

האחריות על מתן שירותים לטיפול ארוך-טווח

האחריות על שירותים הניתנים במוסדות סיעודיים, כמו גם שירותים הניתנים בבית ובקהילה, נתונה כאמור בידי המשרד לבריאות ולטיפול ארוך-טווח והם ניתנים באמצעות רשויות הבריאות המקומיות. רשויות אלו מוגדרות כסוכנויות שאינן למטרות רווח. הן ממומנות על-ידי המשרד ומספקות את השירותים באמצעות חברות פרטיות, ארגונים שאינם למטרות רווח וגופים ציבוריים.¹⁸⁸ התקציב המועבר לרשויות הבריאות מקורו בתקציב הממשלה ובגביית דמי השתתפות עצמית ממקבלי השירות.¹⁸⁹ לא ידוע האם תקציב הממשלה מקורו בגביית מס ייעודי לנושא זה או ממקורות אחרים. הממשלה אינה מסבסדת הסדרי דיור מוגן ובתי אבות לקשישים עצמאיים, אך מפקחת על פעילותם. אין הגדרה אחידה לשירותים המסופקים בדיור מוגן או בתי אבות לעצמאיים.¹⁹⁰

סוגי שירותים לטיפול ארוך טווח

מוסדות סיעודיים מספקים דיור, ריהוט, עזרה במטלות היום-יום, טיפולים סיעודיים וטיפולים אישיים הדורשים השגחה מתמדת (24/7), סדינים וכביסה, אביזרי היגיינה, אביזרים רפואיים כגון הליכוניס או כסאות גלגליים, שירותי משק בית, שירותים רוחניים, תכניות חברתיות לזמן הפנאי וארוחות, כולל התחשבות בתזונה הנדרשת למקבלי השירות. לכל מקבל שירות נקבעת תכנית טיפול אישית הנבחנת מחדש כל 3 חודשים.¹⁹¹

לפי ממשלת אונטריו, המוסד הסיעודי חייב לספק גישה לשירותים רפואיים (medical services).¹⁹² אין בידינו רשימה ממצה של שירותים אלו, אך לפי מדריך לחוק שפורסם על-ידי המשרד לבריאות ולטיפול

¹⁸⁵ Government of Canada, [Canada's health care system](#), Updated: August 22, 2016, Accessed: August 2, 2017.

¹⁸⁶ Ministry of Health and Long-Term Care, [Understanding Health Care in Ontario](#), Updated: July 13, 2017, Accessed: July 31, 2017.

¹⁸⁷ Government of Ontario, [Find a retirement home](#), Updated: June 22, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁸⁸ Ministry of Health and Long-Term Care, [Facts about Local Health Integration Network Home and Community Care Services](#), Updated: July 14, 2017, Accessed: August 13, 2017.

¹⁸⁹ Ministry of Health and Long-Term Care, [Understanding Health Care in Ontario](#), Updated: July 13, 2017, Accessed: July 31, 2017; Ministry of Health and Long-Term Care, [Who pays for home care services](#), Updated: July 13, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁹⁰ Government of Ontario, [Find a retirement home](#), Updated: June 22, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁹¹ Government of Ontario, [Find a long-term care home](#), Updated: June 22, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁹² ש.ם.



ארוך-טווח בשנת 2011 הכוונה היא לאביזרים רפואיים וגישה לרופא שיהיה נוכח באופן קבוע בבית האבות.¹⁹³ במקביל, מערכת הבריאות הציבורית מממנת ביקורי רופא במוסדות סיעודיים והתייעצויות בין רופאים על אופן הטיפול במקבל שירות מסוים.¹⁹⁴ כלומר, חלק מהשירותים הרפואיים יסופק על-ידי מערכת הבריאות הציבורית.

שירותים בבית (home care) כוללים:¹⁹⁵

- שירותים הניתנים על-ידי אנשי מקצוע, כולל טיפול סיעודי, פיזיותרפיה, תרפיה תעסוקתית, תרפיית דיבור (speech-language therapy), תזונה, עבודה סוציאלית (המיועדת לעזור למשפחות ולמטפלים). שירותים אלו כוללים גם אספקת אביזרי בריאות כגון תחבושות, כריות ועזרי הליכה.
- טיפולים אישיים, כפי שהוגדרו למעלה וכולל עזרה בתנועה בבית (לדוגמה, לקום מהמיטה).
- ניהול משק הבית (homemaking), לדוגמה תשלום חשבונות, ניהול חשבון בנק, תכנון וביצוע ארוחות, קניות, כביסה וטיפול בילדים.
- ניהול תכניות לסיום החיים בבית (end-of-life care), כולל טיפול סיעודי ואישי, אביזרים רפואיים, תחבורה ועזרה בניהול כאב.

קביעת הזכאות לשירותים לטיפול ארוך-טווח

תושבי אונטריו מעל גיל 18 זכאים לקבלת שירותים במוסד סיעודי במימון המדינה בהתאם למבחן צרכים,¹⁹⁶ וזאת לאחר שהגישו בקשה לרשות הבריאות המקומית.¹⁹⁷ מבחן הצרכים כולל מרכיב הבוחן מצב נפשי ובריאותי, והוא מבוצע על-ידי רופא או אחות, ומרכיב הבוחן יכולת תפקוד והתנהגות, שיכולים לבצע אחות, עובד סוציאלי או אדם אחר שהוסמך לצורך כך. נאסר על אותו אדם לבצע את שני מרכיבי מבחן הצרכים.¹⁹⁸ כלומר, **יש הפרדה ברורה בין המרכיב הבריאותי והמרכיב התפקודי אך שניהם נכללים במבחן הצרכים**. כדי להיות זכאי, על האדם למלא אחד מהתנאים הבאים:¹⁹⁹

- בעל צורך בהשגחה מתמדת.
 - זקוק לעיתים קרובות במהלך היום לעזרה במטלות היום-יום.
 - זקוק לעיתים קרובות במהלך היום לפיקוח וניטור כדי להבטיח את בטיחותו ורווחתו (well being).
- כמו כן, על המבחן להראות כי צרכי האדם אינם יכולים להיות מסופקים על ידי שירותים בקהילה וכי הם יכולים לקבל מענה במוסד הסיעודי.
- אדם שבקשתו נדחתה יקבל הסבר בכתב, והוא יכול לפנות לוועדת ערעורים (appeal board). לא ידוע לנו תחת איזה גוף פועלת ועדה זו. על ועדת הערעורים לדון בערעור תוך 21 הימים מיום קבלתו. אם מקבל

¹⁹³ Ministry of Health and Long-Term Care, [A Guide to the Long-Term Care Homes Act, 2007 and Regulation 79/10](#), 2011, ch.2 pp. 52-53.

¹⁹⁴ Ministry of Health and Long-Term Care, [Visits to Long-Term Care Facilities](#), Updated: October 2, 2015, Accessed: August 1, 2017.

¹⁹⁵ Government of Ontario, [Home and community care](#), Updated: July 18, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁹⁶ Government of Ontario, [Find a long-term care home](#), Updated: June 22, 2017, Accessed: July 30, 2017.

¹⁹⁷ Ministry of Health and Long-Term Care, [Facts about Local Health Integration Network Home and Community Care Services](#), Updated: July 14, 2017, Accessed: July 31, 2017.

¹⁹⁸ Government of Ontario, [Long-Term Care Homes Act, 2007](#), Updated: June 1, 2017, Part III.

¹⁹⁹ Government of Ontario, [Regulation 79/10](#), section 155, Updated: March 29, 2010, Accessed: August 8, 2017.



השירות הפוטנציאלי או מתאם השירות אינם מסכימים עם החלטת ועדת הערעורים הם יכולים לפנות לבית משפט לערעורים (divisional court).²⁰⁰

קבלת השירות במוסד כרוכה בהשתתפות עצמית של מקבל השירות התלויה בסוג השירות. **בניגוד למקרים אחרים שסקרנו במסמך זה מי שהכנסתו גבוהה יותר לא נדרש לשלם דמי השתתפות עצמית גבוהה יותר.** עם זאת, מקבלי השירות יכולים להגיש בקשה לעזרה במימון ההשתתפות העצמית על סמך מבחן אמצעים הבוחן הכנסה בלבד. אופן חישוב הכנסה זו הוא מורכב ומפורט באתר ממשלת אונטריו. יצוין כי הכנסה זו אינה כוללת חלק מהקצבות המתקבלות מהמדינה.²⁰¹

ההשתתפות העצמית של מקבל השירות נועדה לכיסוי הוצאות שיכון (accommodation) ובהן: דיור, שירותי משק בית (housekeeping), תחזוקה, שירותי תזונה, כביסה, החלפת מצעים ושירותים מנהליים.²⁰² בטבלה 8 הצגנו את סוגי החדרים ומחירי המקסימום לדמי ההשתתפות העצמית על שיכון הקבועים בחוק, נכון ליולי 2017. **ההכנסה (income) השנתית פר קפיטה למשק בית באונטריו, נכון ליולי 2016, עמדה על כ-38,000 דולר.**²⁰³

טבלה 8: השתתפות עצמית לפי סוגי חדרים במוסדות סיעודיים ומחירי מקסימום (בדולר קנדי), נכון

ליולי 2017²⁰⁴

שם החדר	פירוט	השתתפות עצמית ליום	השתתפות עצמית לחודש
חדר בסיסי	שתי מיטות, מיועד לשני דיירים	59.82	1,819.53
חדר פרטי-למחצה	חדר עם מיטה אחת, שירותים ומקלחת משותפים עם חדר נוסף	72.12	2,193.65
חדר פרטי	מיטה אחת, שירותים ומקלחת	85.45	2,599.11

אנשים שאינם יכולים לעמוד בדמי ההשתתפות המנויים בטבלה 8 יקבלו שירות בשווי של עד חדר בסיסי ללא השתתפות עצמית. לא ניתן לקבל הנחה או פטור מהשתתפות עצמית לשהות בחדר פרטי או פרטי-למחצה.²⁰⁵

אדם המעוניין לקבל שירותים בבית ובקהילה מגיש בקשה לרשות הבריאות המקומית, וזו קובעת את זכאותו, אולם אין בידנו מידע באשר למבחנים הנדרשים במקרה זה. **כל השירותים בבית ובקהילה המסופקים באמצעות רשות הבריאות המקומית מסופקים ללא השתתפות עצמית.**²⁰⁶

²⁰⁰ Government of Ontario, [Long-Term Care Homes Act, 2007](#), Updated: June 1, 2017, Part III
לסקירה קצרה של בית המשפט לערעורים, ראו:

Superior Court of Justice, [About the Divisional Court](#), Accessed: August 1, 2017.

²⁰¹ Government of Ontario, [Get help paying for long-term care](#), Updated: July 18, 2017; Accessed: July 30, 2017.

²⁰² Government of Ontario, [Regulation 79/10](#), Part I.3., Updated: March 29, 2010, Accessed: August 8, 2017

²⁰³ Ministry of Finance, [Ontario Fact Sheet July 2017](#), Updated: July 19, 2017, Accessed: August 8, 2017.

²⁰⁴ Government of Ontario, [Find a long-term care home](#), Updated: September 6, 2017; Accessed: September 17, 2017; Ministry of Health and Long-Term Care, [Long-Term Care Home Design Manual 2015](#), February 2015, p. 13.

²⁰⁵ Government of Ontario, [Find a long-term care home](#), Updated: September 6, 2017; Accessed: September 17, 2017.

²⁰⁶ Ministry of Health and Long-Term Care, [Local Health Integration Network](#), Updated: July 14, 2017, Accessed: July 30, 2017.



פיקוח על שירותים הניתנים בבתי אבות סיעודיים ובתי אבות לעצמאיים

המשרד לבריאות וטיפול ארוך-טווח מפקח על מוסדות סיעודיים וקובע את הסכום המקסימלי שהם יכולים לגבות כדמי השתתפות עצמית על דיור.²⁰⁷ המשרד מקבל תלונות, בודק אותן ומוודא שכל המוסדות עוברים בקרה לפחות פעם אחת בשנה.²⁰⁸ ככלל, הביקורות הן ביקורות פתע.²⁰⁹

קיימים פרוטוקולים סטנדרטיים המנחים את בחינת המוסדות הסיעודיים, העוסקים בין השאר במחלות מדבקות ובניהול נושא התרופות. בכל מוסד סיעודי נבחר מדגם מקרי של דיירים העוברים ראיונות, ומתבצעים גם ראיונות עם בני משפחה. נוסף על כך המפקחים מבצעים תצפיות במוסדות ובוחנים את תיקי המוסד. ישנו פרוטוקול המנחה את אופן בירור המקרים בהם נמצאו כשלים. אין בידינו רשימה ממצה של ההיבטים הנבחנים בפרוטוקול זה, אך הם כוללים נושאים כמו מניעת נפילות, השימוש בקשירות, פעילויות פנאי, תזונה, טיפול בפצעים ועוד.

הסנקציות על חריגות כוללות בין השאר אזהרה כתובה, בקשה לתיקון המצב בצורה וולונטרית, דרישה לתיקון המצב (במקרה זה על המוסד להגיש תכנית בכתב למשרד), והעברת הסמכות על מתן שירותים המופעלים בידי בית האבות לידי המשרד, כולל מתן שירותים באמצעות עובדי המשרד או סוכניו. במקרה כזה יש למשרד את הסמכות לדרוש מבית האבות שיממן את השירות שניתן בידי המשרד.²¹⁰

אמות המידה לאיכות השירותים לטיפול ארוך טווח ולתחום הבריאות בכלל נקבעות על-ידי Health Quality Ontario, גוף הפועל מתוקף החוק לטיפול מצוין לכל (Excellent Care for All Act) משנת 2010.²¹¹ גוף זה אוסף ומפרסם מידע על השירותים²¹² אך לא ידוע לנו האם יש בסמכותו להטיל סנקציות.

כאמור, הממשלה אינה מסבסדת הסדרי דיור מוגן ובתי אבות לקשישים עצמאיים, אך מפקחת על פעילותם. הפיקוח על דיור מוגן ובתי אבות לעצמאיים מתבצע באמצעות רשות ייעודית הפועלת תחת המשרד לענייני קשישים (Ministry of Senior Affairs) מתוקף חוק (Retirement Homes Act 2010). הרשות מספקת רישיונות ומבצעת בדיקות, כאשר כל מוסד צריך להיבדק אחת לשלוש שנים לפחות. הבדיקות כוללות תצפיות, ראיונות עם מקבלי השירות ואנשי הצוות וסקירה של תיקי המוסד. המפקחים עוסקים בסוגיות כגון תכנית לגבי נפילות, הכשרת הצוות, אחסון התרופות, תהליך הגשת תלונות כלפי העובדים או מדיניות בית האבות ועוד.²¹³ נעיר כי בניגוד לפיקוח על המוסדות הסיעודיים, עובדי הרשות נוהגים להודיע לבתי האבות מראש על ביצוע הביקורת, למרות שאינם מחויבים לכך.²¹⁴

²⁰⁷ Government of Ontario, [Find a long-term care home](#), Updated: June 22, 2017, Accessed: July 30, 2017.

²⁰⁸ Ministry of Health and Long-Term Care, [New Long-Term Care Home Quality Inspection Program](#), Updated: March 29, 2017, Accessed: July 30, 2017.

²⁰⁹ באתר המשרד לבריאות לטיפול ארוך-טווח נכתב כי יש יוצאים מהכלל נדירים (very minor and narrow exceptions).

²¹⁰ Ministry of Health and Long-Term Care, [New Long-Term Care Home Quality Inspection Program](#), Updated: August 8, 2017; Accessed: September 17, 2017.

²¹¹ Health Quality Ontario, [Our Mandate, Vision, and Mission](#), Accessed: July 30, 2017.

²¹² Health Quality Ontario, [How We Measure Health Quality](#), Accessed: July 30, 2017.

²¹³ Retirement Homes Regulatory Authority, [Fact Sheet: Routine Inspections](#), Accessed: August 13, 2017.

²¹⁴ Retirement Homes Regulatory Authority, [Frequently Asked Questions: Inspections](#), July 2015.

