



האוניברסיטה העברית
בית הספר למדיניות ציבורית
תכנית המצטיינים ללימודי תואר שני

נייר מדיניות בנושא :

שירותי שיקום גריאטרי

מוגש למנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' אבי ישראלי

מטלה סופית במסגרת הקורס : "סדנה מתקדמת בניתוח מדיניות"
מוגשת לפרופ' ערן פייטלסון, ד"ר ענת גופן ולגב' גיני אושר

מגיש :

הרצל בהרב, ת.ז. : 03307801-5

מספר מילים : 4,992

תמוז תשס"ט – 7/2009

תוכן

- א. תקציר מנהלים-----ע' 3
- ב. רקע-----ע' 4
- ג. התופעה בלתי רצויה-----ע' 9
- ד. הגדרת הבעיה-----ע' 9
- ה. הצגת החלופות-----ע' 10
- ו. הערכת החלופות-----ע' 14
- ז. המלצות-----ע' 16
- ח. נספח אסטרטגי-----ע' 17
- ט. ביבליוגרפיה-----ע' 23
- י. נספח ניתוח שחקנים-----ע' 25
- יא. נספח עלות תקציבית-----ע' 27

א. תקציר מנהלים

שירותי השיקום הגריאטרי לקשישים מצויים תחת אחריות קופות החולים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השירותים מיועדים לקשישים אשר עברו אירוע חריף כמו שבץ מוחי או שבר בצוואר הירך, ורמת תפקודם התדרדרה. מטרת הטיפול השיקומי הינה להשיב לקשיש את מירב התפקוד ולהפחית את הנכות והמוגבלות המתפתחים בעקבות האירוע. קשיש אשר לא יקבל את הטיפול, עלול להפוך לסיעודי ותלותי. הטיפול בקשישים סיעודיים מצוי הן באחריות משרד הבריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, במסגרות אשפוז, והן באחריות המוסד לביטוח לאומי מתוקף חוק ביטוח סיעוד, בבית הקשיש בקהילה.

חלוקת האחריות הביטוחית על הטיפול בקשישים, מייצרת מערכת תמריצים שלילית, וגורמת לקופות החולים שלא להשקיע בשיקום הקשיש, מאחר ואי מתן הטיפול יעביר את הקשיש לאחריות ביטוחית של משרד הבריאות או של המוסד לביטוח לאומי. כך יוצא שקשישים הזכאים לטיפול שיקומי אינם מקבלים אותו, רמת תפקודם מתדרדרת והם הופכים סיעודיים.

הפתרון המוצע בנייר זה הוא הקמת מערכת תמריצים אשר תתגמל או תקנוס את קופות החולים בהתאם למספר מבוטחיהן הקשישים אשר הופכים סיעודיים. הפחתה של מספר המבוטחים ההופכים סיעודיים תזכה בתמריץ כלכלי חיובי, ואילו גידול במספר המבוטחים ההופכים סיעודיים יחייב את קופת החולים בקנס כספי.

ב. רקע:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד) מגדיר את סל השירותים לו זכאים אזרחי מדינת ישראל בתחום הבריאות. על פי החוק, האחריות הביטוחית על מירב השירותים להם זכאים אזרחי המדינה, מוטלת על קופות החולים. טיפול שיקומי לקשישים לאחר אירועים שונים הינו אחד מן השירותים הללו. נייר זה עוסק במידת מיצוי הזכאות לטיפול זה, ומבקש להציע חלופות לשיפור המצב הקיים בתחום.

מהו שיקום לקשישים ומהי חשיבותו?

המצבים השכיחים בהם נדרש קשיש לטיפול שיקומי הינם: שיקום נוירולוגי לאחר אירוע מוחי, שיקום אורתופדי לאחר שבר בצוואר הירך ובעיות אורתופדיות נוספות ושיקום כללי עקב ירידה חדה בתפקוד לאחר ריתוק למיטה או מצבי חולי ממושכים.

משימתה העיקרית של מערכת שירותי השיקום היא להשיב לקשיש את מרב התפקוד, באמצעות כלים ושיטות טיפול יעילות, ובתהליך קצר ככל האפשר. ביחוד, נועד תהליך השיקום לשפר את הליקויים שהתפתחו בעקבות האירוע, ולהפחית את הנכות והמוגבלות המתפתחים בעקבותיהם. בספרות המחקרית התקיים דיון ממושך, שהוכרע במידה רבה, לגבי תרומתו הפוטנציאלית של טיפול שיקומי אינטנסיבי, במיוחד בתקופה הקרובה לאירוע. מחקרים רבים הדגימו את התועלת שבמתן טיפול שיקומי קרוב ככל האפשר לאירוע, מיד לאחר התייצבות המצב הרפואי וכן את החשיבות והיעילות של תכנית שיקום ועבודת צוות רב-מקצועי להשגת רמת עצמאות גבוהה יותר.¹

לשירות זה חשיבות מכרעת, המשפיעה על כל עולמו של הקשיש, ועל מצבו הבריאותי, הן הפיזי והן הנפשי.

קשיש הנזקק לשיקום, פונה אל קופת החולים בה הינו מבוטח וזו שוקלת האם לאשר לו את הטיפול או לא. כאשר קשיש הנזקק לשיקום אינו מופנה לקבלת השירות, מתדרדרת רמת התפקוד שלו והוא עלול להפוך לסיעודי. "סיעודי"-משמע אינו יכול לבצע באופן עצמאי אחת או יותר מן הפעילויות היומיומיות כגון, ניידות, אכילה, רחצה ושליטה בהפרשות. מידת התלות נבדקת על ידי מבחן הקרוי מבחן ADL. בפני קשיש סיעודי עומדות האפשרויות של מיסוד- מעבר לבית אבות סיעודי, או הישארות בקהילה- מגורים בבית עם מטפל צמוד.

¹ Kwakkel, 1997

האחריות על אספקת שירותי שיקום

האחריות הביטוחית על אספקת השירות מוטלת, כאמור לעיל, על קופות החולים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התוספת השנייה)². השיקום יכול להינתן במסגרת אשפוז, מחלקת שיקום בבית חולים גריאטרי או כללי, ולחילופין יכול שיינתן בקהילה במסגרת מרפאה, מכון שיקומי, או בבית הקשיש.

מי מטפל בקשישים?

התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מטילה את האחריות על מרבית תחומי הטיפול הרפואי באזרחי מדינת ישראל על קופות החולים. יוצאים מן הכלל הם השירותים המפורטים בתוספת השלישית לחוק: שירותים בתחום האשפוז הסיעודי לקשישים, שירותי בריאות הנפש, שירותי רפואה מונעת ואספקת מכשירי שיקום וניידות.

מי מטפל בקשיש המצוי במצב של התדרדרות תפקודית?

עם הידרדרותו של הקשיש בתפקוד הגופני, הנפשי והקוגניטיבי, האחריות למימון והספקת הטיפול הרפואי סיעודי בו מתפצלת בין ארבעה גורמים שונים: משרד הבריאות, משרד הרווחה, קופות החולים והמוסד לביטוח לאומי. חלוקת האחריות בין הגורמים נעשית על בסיס רמת המוגבלות של הקשיש מחד וסוג השירות הניתן, מאידך.

1. קופות החולים – אחראיות על מתן הטיפול הרפואי לקשישים, בין שירותים אלו נמצא הטיפול השיקומי.
2. משרד הבריאות- אחראי על האשפוז הסיעודי של הקשישים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
3. המוסד לביטוח לאומי- אחראי על מתן גמלת סיעוד לקשישים השוהים בקהילה הפונים בבקשה לקבלת סיוע על ידי מטפל בביתם, מתוקף חוק ביטוח סיעוד, 1988.
4. משרד הרווחה – אחראי על קשישים המוגדרים כתשושים- מצב תפקודי טוב יותר מסיעודי.

פיצול זה של האחריות הטיפולית מתורגם בשטח למצוקה אובייקטיבית קשה של הקשיש, התרוצצות של הקשיש ומשפחתו בסבך הברוקראטי של הגורמים המטפלים השונים. פתרון כולל למצוקה זו נדון במסגרת ועדות שונות³, והצעת פתרון לבעיה חורגת מתחמו של נייר זה, המבקש

² חוזר מינהל רפואה 4/2009

³ ועדת שטסמן, 2000 היא איחת הוועדות המרכזיות שעסקו בנושא.

מיצוי הזכות לשיקום

מן הנתונים הקיימים, הערכות של רופאים גריאטריים המומחים לנושא⁴, וקבילות של קשישים ובני משפחתם למשרד הבריאות בנושא אי-מתן אישור קופת החולים להפניה לקבלת טיפול שיקומי עולה כי **מיצוי הזכות לשיקום בקרב הקשישים מצויה בחסר**.

הנתונים הקיימים מלמדים כי הביקוש לשירותי שיקום עולה משנה לשנה ואילו ההיצע נשאר קבוע, רמתו ואיכותו של השירות מוצע אינם מצויים במגמת שיפור, ולהיפך.

צד הביקוש: **מספר הקשישים הסיעודיים** במדינת ישראל עולה משנה לשנה. **שיעור המוגבלות** - מספר הקשישים הסיעודיים מקרב כלל הקשישים עולה משנה לשנה. **מספר האירועים האקוטיים** אשר מצריכים מתן טיפול שיקומי לאחריהם עולה

צד ההיצע: **שיקום בקהילה**-קופות החולים אינן מדווחות כלל על השירותים הניתנים במסגרת שאינה באשפוז. **שיקום באשפוז** - מספר מיטות האשפוז הגריאטרי יציב ואיננו עולה בהתאמה לביקושים. שיעור המיטות לאלף קשישים מצוי במגמת ירידה על פני זמן.

משך הטיפול הניתן: משך הזמן בו ניתן השירות התקצר מלמעלה מכ- 40 יום לכ- 30 ימים⁵. אינדיקטור נוסף: מספר הקבילות המגיעות למשרד הבריאות, אשר בהן נטען כי קופות החולים אינן מאשרות הפניות לטיפול שיקומי עולה משנה לשנה.

אינדיקציות לאי מיצוי הזכות לקבלת טיפול שיקומי:

שיעור המוגבלות: מספר הקשישים, אשר נגדיר אותם לצורך נושא זה כ-בני 65 ומעלה, במדינת ישראל, עולה מדי שנה, בדומה לשיעור הגידול הדמוגרפי הכללי. בשנת 1998 מספר בני 65 ומעלה עמד על 593,000 איש, ובשנת 2008 עמד על 723,000 איש, גידול של 22%. מספר הקשישים המאושפזים באשפוז סיעודי באמצעות משרד הבריאות עלה בשנים אלו בשיעור של 70%, מ7,900 ל-13,500 ומספר הקשישים המקבלים גמלת סיעוד מביטוח לאומי עלה ב63%, מ80,000 לכ-131,000⁶.

⁴ ד"ר יצהל ברנר, ראש איגוד הרופאים הגריאטריים.

⁵ מקור הנתונים: תחום מידע, משרד הבריאות.

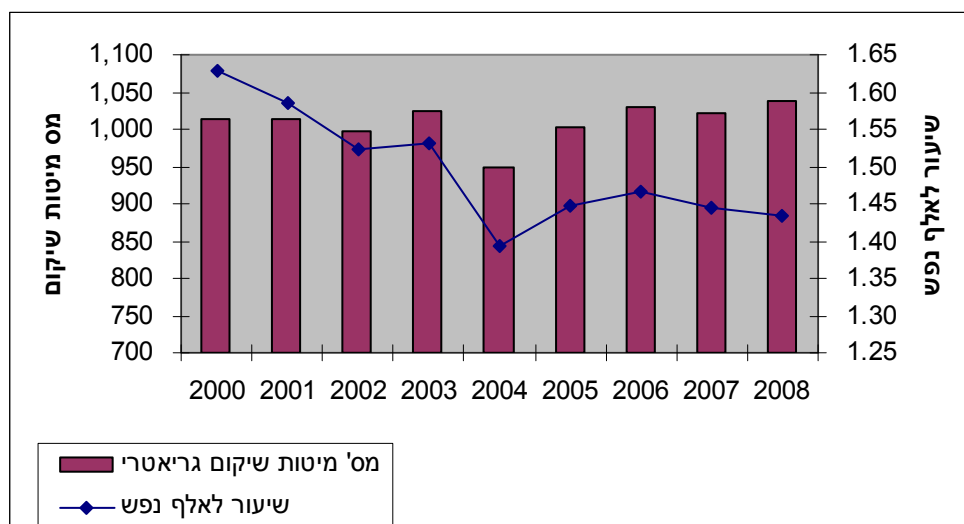
⁶ הנתונים הכמותיים המוצגים עובדו מנתוני הלמ"ס, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות.

שיעור המוגבלות, הנמדד על חלוקה של מס' הקשישים הסיעודיים במספר הקשישים הכולל במדינת ישראל עלה מ-15% בשנת 1998 ל-20% בשנת 2008.

מספר האירועים האקוטיים המצריכים שיקום: מספר הקשישים אשר שוחררו מבתי החולים לאחר אירוע של שבץ מוחי עלה מ 10,664 בשנת 2000 ל-12,187 בשנת 2006. מספר הקשישים אשר שוחררו מבתי החולים לאחר אירוע של שבר בצוואר הירך עלה מ-5,152 בשנת 2000 ל-5,801 בשנת 2006.⁷

ניתן להסיק כי,מחד,הצרכים גדלים אך, מאידך, אספקת השירותים, אשר אמורה לגדול בהתאמה אינה גדלה.

מספר מיטות האשפוז הגריאטרי נשאר ללא שינוי- מספר המיטות לאשפוז הוא כ-1000 מיטות ולא גדל בשנים 2000-2008. שיעור המיטות לאלף נפש מצוי במגמת ירידה, משיעור של כ- 1.6 בשנת 2000 לשיעור של כ- 1.4 בשנת 2008:



מספר ימי האשפוז- מספר ימי האשפוז במיטות אלו גדל בשיעור קטן לעומת הצרכים, 390,000 ימי אשפוז בשנת 2008 מול 408,000 בשנת 2008, עלייה של כ- 5% בלבד.

משך האשפוז – משך הזמן בו מטופל הקשיש במחלקה מתקצר. משך השהייה הממוצעת בשנת 2000 עמד על כ- 40 ימים ואילו בשנת 2008 עמד משך השהייה הממוצעת על כ-30 יום. ניתן לומר, כי מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותי השיקום אינם ניתנים באופן מלא.

⁷ נתונים ללא נפטרים- מקור הנתונים- תחום מידע משרד הבריאות, 2009.

בשנת 1998 נערך "כנס הסכמה" של מומחי שיקום בנושא שיקום לאחר שבר בצוואר הירך. בכנס זה נקבעו אמות מידה לטיפול שיקומי ותוכנית כיצד לשפר את שירות השיקום.⁸

מחקר של מכון ברוקדייל, משנת 2002, אשר בדק את שיעור השיקום לאחר אירוע CVA, שבץ מוחי, עולה כי שיעור השיקום נמוך מהצפוי.⁹

מהו היקף התופעה הנדונה בנייר?

משרד הבריאות, בדומה למצב במדינות המפותחות בעולם, איננו מודד, נכון להיום את מספר הקשישים הזכאים לשיקום ומהו השיעור מבין אלו אשר אכן מקבל שירותי שיקום. קיימת הבחנה בין שיקום באשפוז, אותו ניתן לבדוק מאחר ונתון זה מדווח על ידי משרד הבריאות, לבין שיקום בקהילה, מכוני שיקום או שיקום ביתי, נתון אשר איננו נבדק כלל. אין בנמצא, אם כן, נתונים על היקפה המדויק של התופעה הנדונה, אך מצב זה אינו חריג בהשוואה לעולם.

משרד הבריאות עורך בימים אלו סקר המבקש למדוד את היקף התופעה.

על פי הערכה, ועל פי נתונים שיובאו להלן בעת הצגת החלופות, נזקקים מדי שנה כ- 15,000 קשישים לשיקום. מספר מיטות האשפוז מאפשר טיפול בכ- 12,000 בלבד. ניתן לערוך אומדן של 3,000 קשישים אשר אינם מקבלים את הטיפול השיקומי.

השוואה בינלאומית

מאחר וכל מדינה מודדת באופן שונה את שיעור המוגבלות ואת שיעור הקשישים המקבלים שיקום, ההשוואה למדינות העולם הינה בעייתית. בדיקה באתר ה-OECD מעלה כי ישנן מדינות אשר מזהות כל קשיש ששחרר לביתו לאחר אירוע חריף כ"משוקם" ואילו מדינה אחרת בודקת מי קיבל בפועל. במדינות מסוימות סופרים את מיטות הדיור המוגן, של קשישים עצמאיים, כמיטות סיעודית ובמדינות אחרות לא. מסיבה זו קיימת שונות גבוהה בין נתוני המדינות. כל השוואה בין המצב בישראל למצב בעולם טעון בדיקה קפדנית.

⁸ כנס ההסכמה", 1999
⁹ בנטור, 2002

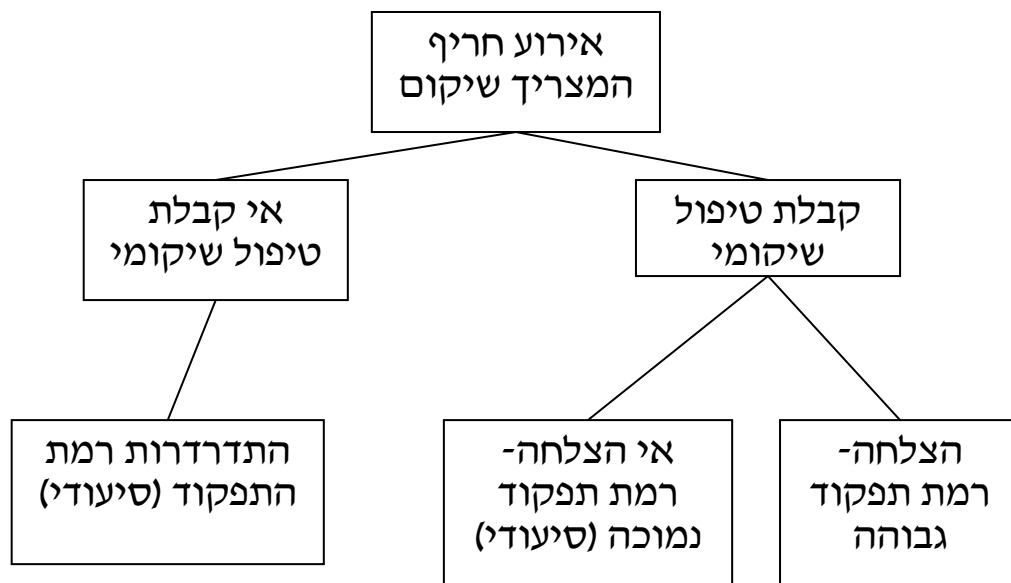
ג. התופעה הבלתי הרצויה

קשישים הנזקקים לשירותי שיקום גריאטרי, לאחר אירוע אקוטי, אינם מקבלים מקופות החולים את השירותי המיטבי לו הם זכאים ורמתם התפקודית מתדרדרת.

ד. הגדרת הבעיה

קופות החולים אינן נושאות בהשלכות הנובעות מרמת הטיפול הרפואי אותן הן מעניקות למבוטחיהן הנזקקים לשיקום. האחריות לטיפול בקשיש אשר רמתו התפקודית מתדרדרת תועבר לידי גורם אחר, משרד הבריאות או המוסד לביטוח לאומי. מסיבה זו, האינטרס של קופת החולים להשקיע בשיקום הקשיש ומניעת התדרדרותו, מתנגש עם מערכת התמריצים הקיימת. תהליך אשר יביא להפנמת ההשלכות על נתינת או אי-נתינת שירותי שיקום הוא המנוף לשיפור. זיהוי הבעיה כמחסור במסגרות שיקום אינו נכון מאחר והתחום הדורש פתרון הוא צד הביקוש-קופות החולים, ולא צד ההיצע. אם יגדלו הביקושים מצד הקופות, צד ההיצע יותאם למגמה זו.

תרשים סכמאטי – הקשר בין שיקום לסיעוד¹⁰:



¹⁰ מטרת התרשים הינה להבהיר את הקשר בין שיקום לסיעוד. כמובן שמורכבות הנושא איננה יכולה לבוא לידי ביטוי בתרשים.

ה. הצגת החלופות

פרק זה יציג את שלוש החלופות המוצעות להגברת שיעור הקשישים המקבלים את שירותי השיקום הגריאטרי לו הם זכאים על פי חוק. כאמור לעיל, הבעיה איתה יש להתמודד היא מערכת התמריצים של קופות החולים. מערכת זו איננה מתגמלת עבור מתן טיפול שיקומי טוב, ולהיפך. בשלוש החלופות מוצעות דרכים להגברת אחריותן של קופות החולים למתן טיפול שיקומי טוב יותר, בדרך של הטלת האחריות על תוצאות הטיפול לידי קופות החולים, בדרך של שינוי באחריות הביטוחית, תמריצים כלכליים או בדרך של הידוק הפיקוח והבקרה. ניתוח החלופות יבוצע על פי קריטריונים של אפקטיביות, היתכנות ועלות תקציבית, היתכנות, הן במובן של ישימות פוליטית והן במובן של התאמה למשאבים הקיימים בידי הלקוח-מנכ"ל משרד הבריאות.

חלופה א': העברת האחריות על אשפוז סיעודי לידי קופות החולים.

עיקרי התוכנית :

חוק ביטוח ממלכתי הוא החוק המסדיר את אספקת שירותי הבריאות לאזרחי מדינת ישראל. החוק נחקק ב-1994 וקבע אלו שירותים על יסופקו על ידי קופות החולים ואלו שירותים יסופקו על ידי משרד הבריאות. החקיקה עוצבה על פי מסקנות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, "ועדת נתניהו", 1990, בראשות השופטת שושנה נתניהו. ועדה זו המליצה להעביר גם שירותים אשר סופקו על ידי משרד הבריאות כגון, האשפוז הסיעודי ושירותי בריאות הנפש לידי קופות החולים. עם זאת, כאשר נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע למעשה "צילום מצב" של אספקת השירותים ביום העברת החוק, המועד הקובע, כך נותרה האחריות הביטוחית על אשפוז חולים סיעודיים- כרוניים, מוטלת על משרד הבריאות, מתוקף התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בחוק נקבע כי תוך ארבע שנים תועבר האחריות הביטוחית על האשפוז הסיעודי לידי קופות החולים. ממועד חקיקת החוק ועד ליום זה מגמת הנהלת משרד הבריאות היא להעביר את האחריות הביטוחית על האשפוז הסיעודי לידי קופות החולים.

לשם ביצוע חלופה זו יש לשנות את חוק ביטוח בריאות ממלכתי בחקיקה ראשית, ולהעלות את מס ביטוח הבריאות מ-5.0% ל-5.3% על מנת לממן את עלות הרפורמה.

רציונאל ומפרט החלופה :

משרד הבריאות משלם כיום על אשפוז של כ- 14,000 קשישים סיעודיים (ותשושי נפש) - אשפוז קשיש נקרא "קוד". תקציב זה של רכש אשפוז סיעודי, תקציב הקודים, הוא תקציב הרכש הגדול ביותר של המשרד¹¹, ועומד, בשנת 2009 ע"ס 1.5 מיליארד ₪. כאשר תועבר האחריות על תקציב זה לידי קופות החולים. יהיה בכך משום פתרון מלא לבעיה שהוצגה לעיל. קשיש המבקש להתאשפז באשפוז סיעודי, יפנה בבקשה אל קופות החולים ולא כפי המצב כיום - פניה אל לשכות הבריאות של משרד הבריאות. קופות החולים ירצו לחסוך את ההוצאות הגדולות על אשפוז הקשישים הסיעודיים ויספקו שירות שיקומי מיטבי. אם טרם העברת האחריות הביטוחית לא היה אינטרס כלכלי להשקיע בשיקום ומאחר ועלויות האשפוז הן של גורם אחר - משרד הבריאות, או לחילופין, המוסד לביטוח לאומי, כעת עלויות האשפוז ישולמו על ידי קופות החולים. בחלופה זו לכאורה יש מענה רק לקשישים המבקשים להתאשפז באמצעות משרד הבריאות, ולא לקשישים הפונים למוסד לביטוח לאומי לקבלת גמלת סיעוד. אך השינוי של העברת האחריות הביטוחית הוא גדול מספיק על מנת שקופות החולים יפתחו את שירותי השיקום במידה מספקת לכלל הנזקקים לשירותי שיקום. יש לציין שיישום חלופה זו חורג מן הפתרון הספציפי של שירותי השיקום אלא מהווה מטרה ראשונה במעלה של משרד הבריאות ויהווה שיפור ניכר ברווחה עבור אוכלוסיית הקשישים במדינת ישראל.

עלות תקציבית: **הוצאה של 430 מיליון ₪**, אשר תמומן מהעלאת מס הביטוח הבריאות (הסבר מפורט על עלות החלופות מצוי בנספח התקציבי).
החיסכון הנובע מן התוכנית - **116 מיליון ₪** לשנה (כנ"ל).
סה"כ עלות נטו: **314 מיליון ₪** לשנה.

¹¹ אתר משרד האוצר, כניסה בתאריך 01/07/2009.

חלופה ב': מתן תמריץ לקופות החולים בגין שיקום וחיסכון בתקציבי

האשפוז הסיעודי וגמלת הסיעוד

עיקרי התוכנית:

הבעיה הוגדרה, כאמור לעיל כבעיה של תמריצים כלכליים המתנגשים עם שיקולים רפואיים של הענקת טיפול שיקומי לקשישים הזכאים לשירותי שיקום. התדרדרות הקשיש כתוצאה מאי קבלת טיפול שיקומי יעיל נופלת למעמסה תקציבית על כתפי משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי – התשלומים בגין אשפוז סיעודי וגמלת סיעוד.

חלופה זו מציעה לקבוע מערכת תמריצים בה תתוגמל או תיקנס קופת החולים בהתאם למספר מבוטחיה אשר פונים לקבלת אשפוז סיעודי או גמלת סיעוד. לשם ביצוע חלופה זו יש לקדם החלטת ממשלה בנושא.

רציונאל ומפרט-

מס' המאושפזים הסיעודיים (מאושפזים ב"קוד") באמצעות משרד הבריאות עומד על, נכון להיום על כ 14,000 מאושפזים¹². מספר מקבלי גמלת הסיעוד מביטוח לאומי עומד על כ-130,000 איש¹³. בכל שנה גדל מס' המאושפזים בכ- 400 איש ומס' מקבלי הגימלה בכ- 5,000. מעבר לכך ישנה גם תחלופה בתוך המספר הקיים מאחר וחלק מן המאושפזים ומקבלי הגמלה עוברים לקטגורית תפקוד אחרת ונזקקים לטיפול אחר, לא סיעודי, וחלקם נפטרים.

בחלופה זו, קופת חולים אשר תצליח למנוע את הגידול במספר מבוטחיה הפונים בבקשה לאשפוז סיעודי או לקבלת גמלה, או אף להוריד את מספר המאושפזים ומקבלי הגמלה, ביחס לשנה קודמת, תקבל מחצית מן החיסכון הנובע ממספר הקודים או הגמלאות הנחסכים. מאידך, קופת חולים אשר מספר מבוטחיה הפונים לאשפוז או גמלת סיעוד, גדל מעבר לשיעור גידול נורמטיבי, תיקנס ותשלם חלק מן הוצאות האשפוז והגמלאות.

מערכת תמריצים זו תשקף לקופה את ה"מחיר" של נתינת או אי-נתינת טיפול שיקומי לקשישים הנזקקים לשיקום. על מנת לקבל את התגמול הכספי, כמו גם להימנע מתשלום הקנס, תשקיע קופת החולים בשיקום קשישים ומניעת התדרדרותם מבחינה תפקודית.

עלות תקציבית: החיסכון הנובע מן התוכנית- **93 מיליון** ₪ לשנה.

תשלומי תמריץ לקופות החולים- 50% : **46 מיליון** ₪ לשנה.

סה"כ חיסכון תקציבי נטו : **46 מיליון** ₪ לשנה.

¹² נתוני האגף לגריאטריה במשרד הבריאות

¹³ נתוני המוסד לביטוח לאומי, אתר המוסד, כניסה בתאריך 28/06/2009.

חלופה ג': רגולציה-הידוק הבקרה והאכיפה על שירותי השיקום

הגריאטרי הניתנים על ידי קופות החולים.

עיקרי התוכנית:

קופת החולים אינן מספקות את הטיפול השיקומי המיטבי למבוטחיהן הזכאים לשירות זה. הבעיה הוגדרה לעיל בכך שקופות החולים אינן נושאות בהשלכות הנובעות מנתינת או אי נתינת טיפול שיקומי מיטבי. חלופה זו מציעה את הידוק הבקרה והאכיפה על נושא השיקום הגריאטרי המסופק על ידי קופות החולים.

אין צורך בחקיקה או החלטת ממשלה על מנת ליישם את החלופה.

רציונאל ומפרט-

קופות החולים אינן נושאות בנטל הנובע מאי מתן שירותי השיקום. למעשה, אין היום מנגנון אשר דורש מן הקופה לבצע את מחויבותה או מתמרץ אותה לבצע את מחויבותה זו. חלופה זו מציעה להדק את הפיקוח, הבקרה והאכיפה על אספקת שירותי השיקום על ידי קופות החולים. לא בדרך של מתן פרס או קנס כספיים אלא בדרך של בדיקה בפועל של השירות הניתן לקשישים הזכאים לשירותי שיקום גריאטרי. בדרך זו תפנים הנהלת הקופה כי לא תוכל לקבל החלטות ללא בקרה, או יותר מכך, ביקורת של משרד הבריאות המשמש כרגולטור לנושא זה. אם אכן יתברר כי הקופה אינה מבצעת את הנדרש ממנה בתחום השיקום, ייאלצו האחראים על הנושא לתת את הדין על כך בפני הגורמים המתאימים במשרד הבריאות.

עלות תקציבית: על מנת לבצע את הבקרה נדרשת תוספת של 30 תקני כוח אדם, ממקצועות

הרפואה, הפרא רפואה והסיעוד. עלות העסקתם עומדת על **5 מיליון** ₪ לשנה.

החיסכון הנובע מן התוכנית- **58 מיליון** ₪.

סה"כ חיסכון נטו- **53 מיליון** ₪.

מה נעשה עד היום?

עד ליום זה התמודד המשרד עם הבעיה האמורה בנייר זה באמצעות העלאת הנושא על סדר היום, ודרישות חוזרות ונשנות ממשרד האוצר, שלא צלחו, לקדם את העברת האחריות הביטוחית על האשפוז הסיעודי לידי קופות החולים.

בשנת 2008 יושם חלק מן החלופה של תמריצים לקופות בגין חיסכון בתקציב הסיעוד. התמריץ ניתן רק עבור חיסכון בתקציבי האשפוז הסיעודי של משרד הבריאות ולא בחיסכון מתקציב חוק ביטח סיעוד של המוסד לביטוח לאומי.

1. הערכת החלופות

על מנת להכריע בין שלושת החלופות, נעזר בקריטריונים הבאים: אפקטיביות-צמצום התופעה בלתי רצויה, היתכנותה ושימותה הפוליטית של החלופה ועלותה התקציבית. בנוסף, אם שתי חלופות אינן מוציאות זו את זו, ניתן להמליץ על יישום של שתי חלופות במקביל, אם הדבר ישים פוליטית ותקציבית.

אפקטיביות-צמצום התופעה הבלתי רצויה

העברת האחריות על אשפוז סיעודי לידי הקופות היא החלופה אשר תצמצם את התופעה הבלתי רצויה באופן הטוב ביותר. בהגדרת הבעיה דיברנו על תמריץ כלכלי שלילי לאי מתן שירותי שיקום על ידי קופות החולים. אם נבחר בחלופה של הכללת האשפוז הסיעודי בסל הניתן על ידי הקופות יתבטל התמריץ הכלכלי ולמעשה יתהפך. כעת, לקופות החולים יהיה תמריץ להשקיע בשירותי שיקום, כלומר, במניעת התדרדרות הקשיש לרמת תפקוד סיעודי, וכתוצאה מכך גרימת נטל כלכלי כבד של טיפול בקשיש סיעודי על חשבון תקציב הקופה.

חלופת התמריצים לקופות החולים בגין חיסכון בתקציבי הסיעוד במשרד הבריאות ובמוסד לביטוח לאומי אפקטיבית פחות, מאחר והתמריץ הכלכלי השלילי הבסיסי לא מתבטל כליל, אך כנגדו מועמד תמריץ חיובי. קופות החולים יתנו טיפול שיקומי יותר טוב, אך ישקיעו במידה בה זה ישתלם להן.

חלופת הרגולציה והבקרה היא הכי פחות אפקטיבית מאחר ומערכת התמריצים הבסיסית לא משתנית. כמובן שאכיפה ובקרה יכולים וצריכים לשפר את רמת השירות הניתן למבוטחי קופות החולים, אך כוחה של אכיפה בדרך כלל מוגבל כאשר לגוף הנאכף אינטרס מובהק שלא לבצע את המוטל עליו.

בכדי לכמת את הקריטריון נמדוד את האפקטיביות לפי גובה החיסכון בתקציבי הסיעוד.

היתכנות- ישימות פוליטית

העברת האחריות על האשפוז הסייעודי לידי קופות החולים היא מטרה של משרד הבריאות לטווח הארוך. בטווח הקצר קשה לראות כיצד ניתן להעביר את הרפורמה הזו. בפרט שיש לה מתנגדים רבים, ובראשם אנשי אגף התקציבים באוצר. יישום החלופה כרוך בשינוי בחקיקה ראשית בכנסת ובהעלאת שיעור מס הבריאות אותו מפריש כל אזרח משכרו למוסד לביטוח לאומי! שתי החלופות האחרות בעלות היתכנות גבוה יותר. חלופת התמריצים מצריכה הגעה להסכמה עם קופות החולים, אנשי אגף התקציבים באוצר, וקידום החלטת ממשלה. כל אלה ניתן להשיג- הרחבה על כך בנספח האסטרטגי. חלופת הרגולציה מצריכה תוספת תקנים. תוספת זו מותנית בהסכמת משרד האוצר. זו משימה לא קלה אך ניתנת ליישום.

העלות התקציבית

ההוצאה בגין העברת האשפוז הסייעודי לקופות היא בסדר גודל של מאות מיליוני ₪. שתי החלופות האחרות מניבות חיסכון שנתי של כמה עשרות מיליוני ₪, כל אחת.

הערכת החלופות- טבלה מסכמת

חלופה/	העברת האחריות על	תוכנית	רגולציה- בקרה
אפקטיביות	גבוהה ביותר- חיסכון של 116 מיליון ₪	גבוהה- חיסכון של 93 מיליון ₪	גבוהה- חיסכון של 98 מיליון ₪
היתכנות	נמוכה	גבוהה	גבוהה
עלות תקציבית (ללא חיסכון)	430 מיליון ₪	46 מיליון ₪ (הנובעים מחיסכון)	5 מיליון ₪
עלות נטו	314 מיליון ₪ - הוצאה נטו	46 מיליון ₪	חיסכון- 53 מיליון ₪

ז. המלצות

חלופת התמריצים לקופות בגין חיסכון בתקציב הסיעוד היא החלופה המומלצת. החלופה הראשונה – העברת האחריות על אשפוז סיעודי לקופות החולים איננה ישימה ועלותה גבוהה למרות שהינה אפקטיבית ביותר.

חלופת התמריצים אפקטיבית יותר מחלופת הרגולציה ושתייהן ישימות במידה שווה. אמנם החיסכון בחלופת הרגולציה גדול יותר, אך ראשית, ההבדל בגובה החיסכון הינו זניח, ושנית, כל ההוצאה התקציבית בחלופת התמריצים נובעת מחיסכון (50% מן החיסכון בתקציבי הסיעוד, מה שאין כן בחלופת הרגולציה, שם ההוצאה היא "חדשה").

לסיכום, חלופת התמריצים הינה החלופה מומלצת, הרחבה על כך תינתן בנספח האסטרטגי. מאחר והחלופות אינן מוציאות ניתן גם ליישם באופן חלקי את חלופת הרגולציה במידה וקיימת היתכנות לבצע יותר מחלופה שלמה אחת.

יש לציין, כי ללא קשר לחלופה הנבחרת. על משרד הבריאות להקים מסד נתונים על נושא השיקום ולשפר את הרגולציה, האכיפה והבקרה, על מנת לזהות מגמות, ליצור מוכנות לפתרון בעיות ולשיפור רווחת הקשישים אזרחי מדינת ישראל.

ח. נספח אסטרטגי

נספח זה מצביע על עיקרי האסטרטגיה שיש לאמץ לשם יישום החלופה הנבחרת. מטרתו של הנספח הינו לעזור בהוצאת החלופה מן הנייר אל הפועל ויישומה המוצלח בטווח זמן נראה לעין. עובדה ידועה היא, כי מרבית התוכניות אשר מועלות חדשות לבקרים במערכת הבריאות בפרט, ובמערכת הממשלתית בכלל, מוצאות את דרכן, בסופו של יום, אל עומקה של המגירה. נספח זה יתרום להגברת מידת יישומה של החלופה ולשיפור רווחת אזרחי מדינת ישראל המבוגרים.

הנספח יחולק לששה חלקים:

1. תיאור זירת המדיניות
2. נהנים ומפסידים מן המצב הנוכחי.
3. שחקנים משמעותיים במהלך היישום.
4. סקירת החלופה הנבחרת מול החלופות האחרות.
5. קווי פעולה ליישום החלופה הנבחרת.
6. סיכום ההמלצות וחבילת המדיניות

1. תיאור זירת המדיניות:

סל השירותים המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע על בסיס סל השירותים שסיפקה קופת החולים הכללית והשירותים שנתנה המדינה לפרט, ערב הפעלתו של החוק (1994). החוק הגדיר תקופת ביניים של שלוש שנים (שהוארכה לארבע) ואשר לאחריה - קופות החולים היו אמורות להתאים את מסגרת השירותים שלהן, לזאת הקבועה בחוק. הכוונה הייתה, כי בתוך תקופה זאת ניתן יהיה להיערך גם להעברת כל השירותים שבאחריות המדינה, לאחריותן של קופות החולים.

בבסיס המגמה להעביר את השירותים שבתפעול משרד הבריאות לאחריותן של קופות החולים, ניצבת הגישה, לפיה יש לרכז תחת קורת גג אחת (קרי קופות החולים) את האחריות הכוללת לאספקת רוב שירותי הבריאות ובכך להבטיח את רצף הטיפול הרפואי, שיפור השירות לחולה הקשיש ושיפור יעילות הטיפול הרפואי על כל שלביו.

עד היום, לא הוגשמה מגמה זאת ושירותי האשפוז הסיעודי עודם מצויים תחת אחריותה הישירה של המדינה, כמו כל יתר השירותים שהיו נתונים לאחריותה עם כניסת החוק לתוקף (שירותי בריאות הנפש, שירותי רפואה מונעת אישית, ומכשירי שיקום וניידות).

פיצול האחריות בין הגופים האחראים לטיפול בקשיש הוא הגורם לבעיה המוגדרת בנייר מדיניות זה. מאחר וקופות החולים אחראיות על השיקום הגריאטרי, המהווה מקטע אחד בלבד מן הרצף הטיפולי, ואינן אחראיות על הטיפול הסיעודי, הן עלולות שלא למנוע את התדרדרות הקשיש על ידי מתן טיפול שיקומי. אם לא יתנו את הטיפול, תעבור האחריות על הטיפול בקשיש לידי גוף אחר- משרד הבריאות או המוסד לביטוח לאומי.

2. נהנים ומפסידים מן המצב הנוכחי:

"הנהנות" העיקריות מן המצב הן **קופות החולים**. קופות החולים אינן מוציאות את כל התקציב אותו הן אמורות להוציא על שירוי שיקום גריאטרי. כאשר חיסכון זה בתקציבי הקופות, מייצר עלויות, אשר יכולות להיות גבוהות הרבה יותר, משולמות עלויות אלו על ידי גופים אחרים, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי.

המפסידים העיקריים מן המצב, ופה ההגדרה "מפסידים" קולעת, הם **הקשישים** הזקוקים לשיקום ובני משפחותיהם. עבור הקשיש אשר רמת תפקודו מתדרדרת, השינוי של כל עולמו הינו דרסטי. גם עבור בני משפחתו הקרובים אליו ומטפלים בו.

נהנים נוספים מן המצב הן **חברות הסיעוד** אשר אחראיות על השמת המטפלים בבתי הקשישים הנזקקים לסיעוד, ו**בעלי המוסדות הסיעודיים**. האינטרס של שתי קבוצות אלה הוא השארת המצב כפי שהוא כיום, מאחר ומספר רב יותר של קשישים נזקקים לשירותיהם.

מפסידים נוספים מן המצב הם הגורמים המקצועיים, **האגף לגריאטריה** במשרד הבריאות אשר אינם יכולים לממש את מדיניותם בשל מערכת תמריצים בעייתית. עוד ניתן למנות את **משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, משרד האוצר וכלל אזרחי מדינת ישראל**, אשר נאלצים לממן עלויות גבוהות של טיפול בקשישים סיעודיים. עלויות אשר ניתן היה למנעם על ידי טיפול שיקומי מבעוד מועד.

3. שחקנים משמעותיים במהלך היישום

השחקנים המשמעותיים ביותר בתהליך היישום של שינוי בשירותי השיקום הגריאטרי הם קופות החולים ומשרד האוצר. שחקנים משמעותיים פחות הם ספקי השירות- חברות הסיעוד- השמה

קופות החולים - קופות החולים מהוות גורם משמעותי ובעל כוח רב במערכת הבריאות. ישימותו של המהלך מותנית במידה רבה בהסכמתן למהלך וברתימתן אליו כשותף פעיל בעיצובו. השינוי אשר אמור להתבצע נמצא באחריות הקופות ולכן הן הגורם הראשון אותו יש לגייס. מבין ארבעת קופות החולים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים מאוחדת, כוחה של שירותי בריאות כללית רב יחסית. בעבודה מול הקופות יש להקדיש זמן ומחשבה להתנהלות מול שירותי בריאות כללית, המבטחת של מרבית הקשישים.

משרד האוצר - ובאופן מדויק יותר, אגף התקציבים במשרד האוצר, הוא הגורם בעל הכוח הרב ביותר במערכת הממשלתית. מטבע הדברים, על מנת לבצע כל מהלך הדורש שינוי תקציבי, תוספות תקציביות, או אף שינויים מבניים אחרים אשר אינם דורשים שינוי תקציבי, נדרשת קבלת "אור ירוק" מן אגף התקציבים במשרד האוצר. מידת כוחו של אגף התקציבים רבה, ושליטתו בתקציבי המשרדים מאופיינית בריכוזיות. משרד האוצר נוטה לייחס משקל רב לעמדות קופות החולים מאחר ובשל כפל התפקידים של משרד הבריאות – הן רגולטור והן רוכש שירותים, נחשד משרד הבריאות בניגוד עניינים בהתנהלותו מול הקופות.

ספקי שירותי סיעוד - חברות הסיעוד ובעלי מוסדות סיעודיים מרוויחים את לחמם מקשישים סיעודיים הנזקקים לשירותיהם. אם בפניה לקבל גמלת סיעוד, איתור והשמה של מטפל בביתם ואם באשפוז באמצעות משרד הבריאות במוסדות אשפוז סיעודיים. יש להניח שספקים אלו יבקשו להתנגד למהלך המוצע ולכן יש לרכז את התנגדותם. מידת כוחם, לפחות בנושא השיקום, אינה רבה. כוחם של ספקים אלו עשוי להיות רב כאשר השינוי הינו בליבת העיסוק שלהם.

התומכים הטבעיים - משרד הבריאות, אם כי יש להבחין בין אגפים שונים ופונקציות שונות במשרד, המוסד לביטוח לאומי והמשרד לענייני גמלאים. **מנכ"ל משרד הבריאות**, הלקוח של נייר זה, הוא המניע של המהלך כולו.

4. סקירת החלופה הנבחרת מול החלופות האחרות.

החלופה הנבחרת היא מתן תמריצים לקופות החולים בגין חיסכון בתקציבי האשפוז הסיעודי במשרד הבריאות ותשלומי גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי. חלופה זו עדיפה על החלופות האחרות. העברת האחריות על האשפוז הסיעודי איננה ישימה פוליטית ועלותה גבוהה אף כי הינה אפקטיבית, ואילו הגברת הרגולציה איננה אפקטיבית דייה אף כי הינה ישימה ולא יקרה.

מאפייני החלופה :

מתן תמריץ לקופות החולים על השקעה בשיקום :

- השקעה בשיקום תביא להפחתת מספר הקשישים אשר רמת תפקודם מתדרדרת לסייעודי.
- מספר הקשישים הפונים בבקשה לאשפוז סיעודי או קבלת גמלת סיעוד יפחת
- ההוצאה בגין אשפוז סיעודי וגמלת סיעוד תפחת
- מחצית החיסכון בתקציבי משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי תועבר לקופות.

5. קווי פעולה ליישום החלופה הנבחרת.

גיוס תמיכה למהלך

קופות החולים, ובייחוד שירותי בריאות כללית, הן השחקן החשוב ביותר. יש לגייס את תמיכתם כבר מן השלב הראשוני. בכדי להבטיח את הצלחת המהלך, יש לשתף את הקופות כבר מתחילת התהליך. עליהן להיות שותפות בחשיבה, בתכנון ובעיצוב השינוי. שיתוף הפעולה יפיג את חששות הקופות מן המהלך ויפחית את עוצמת התנגדותן. יודגש כי שיתוף פעולה מסוג זה עשוי לחייב את משרד הבריאות להגעה לפשרות בנושאים מסוימים, אך ייתכן כי פשרות כאלה הן בלתי נמנעות.

דגשים לעבודה מול הקופות :

הקופות אינן רוצות בשינוי המצב כיום וחוששות ממצב בו ההשקעה לה יידרשו במתן הטיפול השיקומי תעלה על התמריץ אותו יקבלו- 50% מן החיסכון בתקציבי הסיעוד במשרד הבריאות ובמוסד לביטוח לאומי.

מה להגיד : המסר לקופות צריך להיות בראש ובראשונה המסר המקצועי. קופות החולים הן המבטחות הרפואיות של אזרחי ישראל. בודאי שנושא הטיפול המקצועי חשוב להם. הן גם דואגות לשווק עצמן כדואגות לבריאותם ורווחתם של מבוטחיהן. יש להעמיד מסר זה כמסר עליון במו"מ עם הקופות. יש להעביר את המסר בצורה שתדבר הן אל אנשי המקצוע הרפואיים בקופות והן אל ההנהלה ואנשי הכספים. יש להדגיש את הרצון הכן של המשרד בשיתוף פעולה הדוק ובשילוב ידיים עם קופות החולים ביציאה למהלך.

מה לעשות ומה להציע : להציע עבודה משותפת ועיצוב משותף של המהלך.

על מה ניתן לוותר : במקרה של התנגדות עיקשת (אשר איננה צפויה), יש להציע להגדיל את התמריץ מ-50% מן החיסכון התקציבי לאחוז גבוה יותר.

ניתן להציע "גזר" נוסף- השתתפות חד פעמית בבניית ופיתוח תשתיות למתן שירותי שיקום על ידי הקופות. הקופות יגלו עניין רב בפיתוח שירותים של כל קופה וקופה ומתן תמרוץ כספי נוסף יגביר את הסיכוי למהלך משותף וכולל עם הקופות.

דגשים לעבודה מול אגף התקציבים במשרד האוצר:

האינטרס העיקרי של משרד האוצר הוא שימור כוחו כגורם מוביל בקביעת מדיניות הבריאות וצמצום ההוצאה הממשלתית. לכן האוצר אינו צפוי להתנגד לעצם יישום החלופה, אך עשוי להערים קשיים ולהציב דרישות בכל הנוגע לאופן יישומה.

מה להגיד: צורת העבודה עם נציגי האוצר צריכה להיות השארתם בסוד העניינים וגיוסם כ"שוט" מאיים במקרה הצורך. יש לשכנע את אגף התקציבים בחשיבותו של מתן התמריץ לקופות החולים. ייתכן ותישמע טענה כי אין לתת תמריץ כה גדול כי הרי הקופה, בסופו של יום, מחויבת לספק שירותי שיקום מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יש להבהיר כי ללא מתן תמריץ ופתרון בעיית התמריצים השליליים לשיקום לא ניתן לצמצם את התופעה. יש להדגיש כי התמריץ יינתן מתוך החיסכון העתידי שיווצר ואיננו מהווה תוספת תקציב חדשה.

על מה ניתן לוותר: משרד הבריאות פועל מול משרד האוצר בשורה ארוכה של נושאים. למעשה, מעורב משרד האוצר כמעט בכל הנושאים בהם עוסק משרד הבריאות. יש להעמיד את הנושא במדרג גבוה בסדר העדיפויות של המשרד ולהתגמש בנושאים אחרים.

דגשים לעבודה מול ספקי השירותים לקשישים סיעודיים:

האינטרס העיקרי של ספקים אלו הוא שימור המצב הקיים. כוחם בדרך כלל הינו רב, כאשר יש ניסיון של הממשלה לשנות את צורת ההתקשרות מולם אם בדרך של מכרז או של קביעת תעריף אחיד, כאשר השינוי הוא בליבת ההתקשרות עימם. במקרה זה כוחם אינו רב אך יש לנטרל את ההתנגדות.

מה להגיד: להבהיר כי מטרת הממשלה – משרדי האוצר והבריאות, והמוסד לביטוח לאומי הינה קידום בריאות הקשישים וכי הממשלה תבצע את המהלך. אם יש התנגדות מצד ספקים אלו- דעתם תישמע וניתן להגיע להבנות מסוימות, אך הממשלה נחושה להוציא מהלך זה אל הפועל.

מה לעשות: להוביל מהלך הסברתי בתקשורת של חשיבות השינוי שנעשה ובכך לנטרל את התנגדות הארגונים.

מה להציע: שיתוף פעולה עם בעלי מוסדות האשפוז- הפיכת מחלקות סיעוד למחלקות שיקום. מהלך זה נכון רק מול בעלי המוסדות ולא מול חברות ההשמה של מטפלים לקשישים.

ריכוד עמדה נוסף: בדומה לקופות, מתן תמיכה חד פעמית לפיתוח והקמה של תשתיות למחלקות שיקום, תמריץ להסבה של מחלקות סיעודיות למחלקות שיקומיות.

דגשים לעבודה מול הגורמים המקצועיים- האגף לגריאטריה במשרד הבריאות:

האגף לגריאטריה מבקש כבר מעל ל-14 שנה, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, להעביר את האחריות על האשפוז הסיעודי לידי קופות החולים. זו הייתה חלופה אי בנייר זה. החלופה מאד אפקטיבית אך נפסלה בשל עלות גבוהה וחוסר היתכנות.

מה להגיד: "תפסת מרובה לא תפסת"- אם האגף לא יירתם למהלך זה ולא ישלים עימו, שירותי השיקום יישארו ברמתם הלא- מספקת בטווח הנראה לעין. האגף צפוי להסכים. ראשית- כוחו לא רב ואין לו ברירות רבות. שנית, אנשי האגף ישכילו להבין את המסר.

דגשים לעבודה מול סגן שר הבריאות:

יש להדגיש בפני סגן השר את חשיבות הנושא ולרתום אותו למהלך. על השר להעמיד נושא זה במדרג גבוה בסדר העדיפויות.

דגשים לעבודה מול משרד הגמלאים:

משרד הגמלאים מעוניין להוכיח את חשיבות קיומו כמשרד נפרד וייעתר לבקשה. זהו כוח פוליטי נוסף שאין לזלזל בו.

דגשים לעבודה מול ארגוני הקשישים:

יש להידבר עימם אך מידת השפעתם לא גדולה ואין בכוחם לסכל את המהלך.

6. סיכום ההמלצות וחבילת המדיניות.

מהניתוח שלעיל עולה כי יש לרתום את הקופות ואת אגף התקציבים במשרד האוצר לתמיכה בתהליך. לצורך הבטחת גיוס התמיכה ייתכן ויש לשדרג את החלופה על ידי מתן תמריצים נוספים. חבילת המדיניות תכלול:

- **רתימת אגף התקציבים לתהליך**
- **שיתוף הקופות כבר מתחילת המהלך**
- **קמפיין הסברה בתקשורת לנטרול התנגדות קבוצות אינטרס**
- **מתן תמריצים נוספים לקופות.**
- **מתן מענקים חד פעמיים לפיתוח תשתיות למחלקות שיקום גריאטרי בקופות החולים ובסקטור הפרטי.**

ט. ביבליוגרפיה

בנטור, נ., דייוויס, מ., ברודסקי, ג., גינדין, י., חקלאי, צ., ליבוביץ, א., פיקו, ד., קמינר, ה., רוזניצקי, ש., רסולי, א., שמש, ע. (2002), טיפול בחולי שבץ מוח ושיקומם במהלך שנה לאחר האירוע, מאיירס גוינט מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברודסקי, ג'., שנור, י., באר, ש., (2008), קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2007, מאיירס גוינט מכון ברוקדייל, ירושלים.

דוח מבקר המדינה לשנת 2007, 58ב'. בתוך אתר מבקר המדינה: <http://www.mevaker.gov.il>.

כנס הסכמה: דרכי הטיפול בקשישים הלוקים בשבר בצוואר הירך ותהליך שיקומם, 1999, המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדינות בריאות, רמת גן.

מצגת משרד הבריאות (2007), "יוזמה לקידום איכות הטיפול השיקומי וזמינותו לקשיש, ברחבי הארץ" הוגשה ע"י האגף לגריאטריה, משרד הבריאות – בשיתוף עם משרד הגמלאים, לועדת היגוי בתאריך 12/11/07, בתוך אתר משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/download/pages/geriatric201107.pdf>. כניסה אחרונה, יולי 09.

משרד הבריאות, הוראות התקציב לשנת 2008, ירושלים, 2008.

Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members, (2007), **Trends un severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future**, OECD health working papers NO. 26

Lynelle Moon, Pierre Moise, Stéphane Jacobzone and the ARD-Stroke Experts Group, (2003), **Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries**, OECD health working papers NO. 5.

Kwakkel, G.; Wagenaar, R.C, Koelman, T., Lankhorst, G., Koetsier, J. (1997), **Effects of Intensity of Rehabilitation after Stroke - A Research Synthesis**. Stroke 28:1550-1556.

דו"חות:

"ועדת שטסמן" - ועדת מומחים בינמשרדית לבחינת רה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים, מוגשת לשר העבודה והרווחה, ירושלים, 2000.
"ועדת נתניהו", ועדת החקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, ירושלים, 1990.

מסמכים:

החלטת מס. 3398 של הממשלה מיום 24.08.2008, שיפור איכות הטיפול בקשישים ופיתוח פתרונות קהילתיים.
חוזר מינהל רפואה 4/2009, משרד הבריאות, אמות מידה למתן טיפול שיקומי בקשישים.
רסולי א., בן נון ג., כהן א. העברת האשפוז הסעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים, 2007.

אתרי אינטרנט:

אתר משרד האוצר, אגף התקציבים - www.mof.gov.il

אתר משרד הבריאות - www.health.gov.il

אתר כנסת ישראל - www.knesset.gov.il

אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - www.cbs.gov.il

אתר המוסד לביטוח לאומי - www.btl.gov.il

ראיונות:

רות רלב"ג, סמנכ"ל אגף תכנון, תקצוב ותמחור (לשעבר), משרד הבריאות, שיחה בתאריך 10/05/2009.

ד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים, אגף הגריאטריה משרד הבריאות, שיחה בתאריך 15/06/2009.

ד"ר שי בריל, מנהל המרכז השיקומי, "בית רבקה", שירותי בריאות כללית, שיחה בתאריך 15/06/2009.

ד"ר יהושע בן ישראל, מנהל המרכז הגריאטרי "שהם", משרד הבריאות, שיחה בתאריך 01/06/2009.

י. נספח א' - ניתוח השחקנים

הלקוח: מנכ"ל משרד הבריאות אבי ישראלי

פרופ' ישראלי הוא פרופסור לרפואה וכלכלת בריאות בעל ניסיון רפואי- מקצועי וניהולי עשיר פרופ' ישראלי ניהל בעבר את בית החולים "הדסה" ובשש השנים האחרונות משמש כמנכ"ל משרד הבריאות כמנכ"ל, הוא מקדם יוזמות ורפורמות לרווחת אזרחי המדינה ובהם לדוג' ברפורמה בשירותי בריאות הנפש והפחתת ההשתתפויות העצמיות של תושבי המדינה בשירותי בריאות מנכ"ל משרד הבריאות אמון על הבטחת השירות הרפואי המיטבי לאזרחי מדינת ישראל ולכן יבקש לקדם את נושא שירותי השיקום הגריאטרי לקשישים. בידי המשאבים לקדם את החלופה הנבחרת- מתן תמריצים לקופות עבור שירותי שיקום גריאטרי. לשם כך הוא נדרש להגיע להסכמות עם משרד האוצר ועם קופות החולים. אין צורך בחקיקה ראשית אלא בהחלטת ממשלה בלבד.

תמיכה /התנגדות	שחקן	אינטרסים	אמונות	משאבים
יושבים על הגדר	קופות החולים	שמירה על המצב הקיים השיקום. חוסן כלכלי	קידום בריאות המבוטחים	בעלות כוח רב במערכת הבריאות. אחריות על השיקום.
האגף לגריאטריה	קידום מהלך לשיפור שירותי השיקום	קשישים	קידום בריאות הקשישים	רגולציה על שיקום הקשישים. אחריות ביטוחית על האשפוז הסייעודי
ארגוני הקשישים	איחוד שירותים לקשיש תחת גג אחד	קשישים	שיפור רווחת הקשישים	לובי תקשורתי (מוגבל)
סגן שר הבריאות	הישג פוליטי	קידום הבריאות	כוח פוליטי בממשלה ובכנסת.	

תמיכה /התנגדות	שחקן	אינטרסים	אמונות	משאבים
תומכים טבעיים	משרד האוצר	חיסכון הקצאה הקטנת הציבורי	הקצאה תקציבית אופטימלית	המשרד הממשלתי בעל העוצמה הרבה ביותר. "יושב על הברז"
	משרד הבריאות	שיפור השירות לקשיש. חיסכון תקציבי	אחריות הבטחת בריאות האזרחים	בעל התקציב השלישי בגודלו בין המשרדים.
	המוסד לביטוח לאומי	שיפור המבוטח. חיסכון תקציב	קידום מדינת הרווחה. שיפור רווחת האזרחים	תקציב גדול משל כל משרד אחר.
	משרד הגימלאים	שיפור הקשיש. רצון להוכיח את חשיבות המשרד.	שיפור רווחת הקשיש	משרד עם תקציב קטן.
תומכים בכל חלופה לשיפור	הקשישים ובני משפחותיהם	קבלת שירותי שיקום גריאטרי	קבלת שירות מיטבי בהתאם לזכאות	קולם אינו נשמע
מתנגדים	חברות ההשמה של מטפלים	מניעת פגיעה בשוק ההשמה של מטפלים	השאת רווח לבעלי החברה	לובי בכנסת ובתקשורת
מתנגדים	בעלי מוסדות אשפוז סיעודיים	מניעת פגיעה בשוק האשפוז הסיעודי.	השאת רווח לבעלי המוסד	לובי בכנסת ובתקשורת

יא. נספח ב' – העלות התקציבית של החלופות

חישוב העלות התקציבית לכל חלופה:

חלופה א':

חיסכון חלופה א' (ש)

סה"כ חיסכון	עלות שנתית למקרה	מס' מקרים בהם נמנע סיעוד	חיסכון תקציבי
44,000,000	110,000	400	הפחתת מס' המאושפזים
72,000,000	36,000	2,000	הפחתת מס' מקבלי גימלה
116,000,000			סה"כ

הוצאה חלופה א'
(מלש"ח)

1600	מקורות התקציב כיום	מצב נוכחי
150	תוספת ביקושים בשל עיגון הזכאות בחוק	שינוי עתידי
300	תוספת ביקושים- אנשים שהתאשפזו באופן פרטי וכעת יתאשפזו באמצעות הקופה	שינוי עתידי
-50	הפחתת מחירים	שינוי עתידי
30	הפחתה בגביה בשל מנגנון חדש	שינוי עתידי
2030	מקורות נדרשים	סה"כ מצב עתידי
430		פער עתידי- היום

סה"כ חיסכון- 116 מלש"ח

סה"כ עלות נוספת- 430 מלש"ח

סה"כ הוצאה תקציבית על החלופה- 314 מלש"ח.

חלופה ב':

חיסכון = 80% * חלופה א' = 93 מלש"ח

הוצאה- 50% החזר לקופות החולים כתמריץ- 46 מלש"ח

סה"כ חיסכון תקציבי חלופה ב'- 46 מלש"ח

חלופה ג':

חיסכון = 50% * חלופה א' = 58 מלש"ח

הוצאה : 150,000 לתקן מפקח על השיקום בקופות החולים * 33 תקנים (30 מפקחים + 3 מטה) = 5

מלש"ח

סה"כ חיסכון תקציבי חלופה ג' : 53 מלש"ח.