



המוסד לבטיחה לאומי

האגף למחקר ותכנון



שירותים
לטיפול ממושך
לקשישים

פאנגליה, סקוטלנד, נורווגיה והולנד

סקר מס' 36

המוסד לביטוח לאומי
האגף למחקר ותכנון

ש י ר ו ת י ם
ל ט י פ ו ל מ מ ו ש ך
ל ק ש י ש י ם

באנגליה, סקוטלנד, נורווגיה והולנד

מאת:
ברנדה מורגנשטיין
פרלה זרנד

ירושלים, אוגוסט 1982, אלול התשמ"ב

ה ק ד ת ה

האגף למחקר ותכנון שמח להגיש סקירה מפורטת על מגוון השירותים לטיפול ממושך לקשישים באחדות מארצות מערב אירופה. הדו"ח מתבסס על סיור לימודי של גב' ברנדה מורגנשטיין, סגן מנהל המחלקה להערכת לגימלאות ארוכות מועד במוסד לביטוח לאומי, בראשותו של מר שלמה כהן, וכך על ניתוח והערכה של חומר ספרותי רב-היקף בנושא. מטרת הסקירה הינה ללמוד מנסיוןן העשיר של מדינות אחרות, על הישגיהן, לבטיהן וכשלוניהן לקראת גיבוש המלצותיה של הועדה הציבורית שהוקמה לשם הצעת הכללים והמבחנים להנהגת חוק ביטוח סיעוד בישראל.

יצויין מיד שבהשוואת מערכות בין מדינות שונות יש להביא בחשבון את המרכיבים הייחודיים של כל מדינה מבחינת התפיסה החברתית, המסורת, מאפייני האוכלוסיה, השיטות וההגדרות הנהוגות בהן, ומכאן גם הקושי בשימוש מעשי נרחב בממצאים אלה להערכה ולהשוואה עם המערכות בישראל.

תודתנו לגב' ברנדה מורגנשטיין שריכזה את הסקירה ולגב' פרלה ורנר שסייעה לה בניתוח החומר הספרותי.

תודה מיוחדת נתונה לגב' תאה נתן שריכזה חומר רב ואף סייעה בעצה ובהדרכה.

בברכה

נירה שמאי
סמנכ"ל מחקר ותכנון

עמוד

1	מבוא
3	אנגליה
6	<u>שירות הבריאות הלאומי</u>
6	מינהל ואירגון
7	מימון
8	אספקת שירותי בריאות לקשישים
11	הטיפול המוסדי בבית חולים
13	בתי חולים פרטיים, וולונטריים ומוסדות סיעוד
14	טיפול פסיכיאטרי
15	<u>שירותים חברתיים אישיים</u>
15	מינהל ואירגון
15	מימון
18	אספקת שירותים חברתיים אישיים לקשישים
19	עזרה ביתית
21	ארוחות חמות
24	דיוור
25	בתי אבות
27	דיוור מוגן
29	השירותים הוולונטריים
30	הסקטור הפרטי
31	<u>הבטחון הסוציאלי</u>
32	שירותים מיוחדים
33	גימלה לטיפול בנכה
34	<u>תיאום בין שלוש הגופים</u>
35	<u>סיכום</u>
37	<u>ביבליוגרפיה</u>

שירותי הבריאות

מימון

אספקת שירותי בריאות לקשישים

טיפול הקשישים בבתי חולים

בתי חולים יום

שירות היעוץ הסקוטי לבתי חולים

שירותים חברתיים לקשישים

שירותים תוך-ביתיים

שירות העובד הסוציאלי לקשישים

עזרה ביתית

ארוחות חמות בבית

שירות אזעקה

שירותים חוץ-ביתיים

טיפול יום

בתי אבות

דיוור

ארוחות חמות במקומות מפגש

הסקטור הוולונטרי

ביבליוגרפיה

המבנה הכללי

אירגון אספקת שירותים

ביטוח בריאות

חוק הוצאות רפואיות מיוחדות (AWBZ)

השלכות חוק הוצאות רפואיות מיוחדות

טיפול מוסדי לקשישים

בתי אבות

מוסדות סיעוד

עמוד

77	<u>טיפול בקשישים במערכת הלא-מוסדית</u>
77	מרכזי יום
78	עזרה ביתית
79	טיפול סיעודי-רפואי בבית
81	<u>ביבליוגרפיה</u>
83	ג ו ר ו ג י ה
83	<u>המכנה הכללי</u>
85	המסגרת המינהלית
86	<u>שירותי בריאות</u>
87	המערכת האירגונית
88	מימון
88	מוסדות סיעוד
91	בתי אבות
92	מרכזי יום
94	<u>טיפול סיעודי-רפואי בבית</u>
95	עזרה ביתית
96	<u>ביבליוגרפיה</u>
97	סיכום קווי היסוד של המערכות לטיפול ממושך
98	1. חלוקת האחריות בין המישור הממשלתי למישור המקומי
99	2. הזכאות האישית
100	3. מימון
101	4. תיאום בין מערכות הסיעוד השונות
102	5. סידור מוסדי לעומת שירותי קהילה
104	6. עידוד לפיתוח שירותים ספציפיים בקהילה
104	7. שירותי ביניים
105	8. אירגונים ציבוריים זווולונטריים
106	נספח אי - לוחות כלליים

ר ש י מ ת ל ו ח ו ת

עמוד

א ב ג ל י ח

- 7 :1 לוח : ההוצאה ברוטו עבור שירותי בריאות (במחירי 1980)
- 10 :2 לוח : ההוצאה נטו לנפש עבור שירותי אחות בריאות הציבור וטיפול סיעודי-רפואי, 1977/78
- 12 :3 לוח : ההוצאה נטו לנפש עבור טיפול בבית חולים לפי קבוצות גיל - אומדני 1977/78
- 14 :4 לוח : מספר הקבלות בבתי חולים וביחידות פסיכיאטריות לפי גיל לכל 100,000 איש
- 16 :5 לוח : השתתפות מקבלי השירותים בהוצאות עבור שירותים חברתיים
- 19 :6 לוח : ההוצאה נטו לנפש עבור שירותים חברתיים אישיים לפי קבוצות גיל - אומדני 1977/78
- 20 :7 לוח : זמן הקשר הממוצע של מספקי שירותים עם צרכן השירות (1975)
- 21 :8 לוח : השתתפות מקבלי עזרה ביתית בהוצאות השירות
- 22 :9 לוח : מקבלי ארוחות חמות בבית
- 24 :10 לוח : השתתפות מקבלי ארוחות חמות בהוצאות השירות
- 27 :11 לוח : השתתפות הדיירים בהוצאות בתי האבות

ס ק ו ט ל ב ד

- 41 :1 לוח : ההוצאות עבור שירותי בריאות, 1976/77
- 50 :2 לוח : מקבלי עזרה ביתית לפי גיל (31.3.80)
- 51 :3 לוח : מספר מקבלי עזרה ביתית (31.3.80)
- 51 :4 לוח : כוח האדם המועסק בעזרה ביתית לפי חלקיות המשרה, 1980
- 55 :5 לוח : מספר מרכזי יום לקשישים ומספר המבקרים בהם, 1976-1980

הו ל נ ד

- 68 לוח 1: עלות הטיפול הרפואי, 1975
- 71 לוח 2: עלות הוצאות רפואיות מיוחדות (AWBZ), 1978
- 75 לוח 3: מימון ההוצאות במוסדות סיעוד, 1978
- 76 לוח 4: העלות השוטפת של מוסדות הסיעוד 1973-1978

ג ו ר ו ג י ת

- 84 לוח 1: ההוצאות הציבוריות עבור שירותים לקשישים, 1975
- 86 לוח 2: שיעורי הוצאות הבריאות - שירותים מוסדיים ושירותים ראשוניים
- 87 לוח 3: שיעורי הוצאות בריאות עבור בתי חולים ומוסדות
- 90 לוח 4: מספר מיטות לפי סוג המוסד הסיעודי, 1976-1978
- 91 לוח 5: התפלגות סוגי כוח האדם לפי סוג המוסד, 1978
- 93 לוח 6: סוג השירותים הניתנים במרכזי יום

לוחות כלליים

- 106 נתונים השוואתיים של טיפול ממושך לקשישים
- 107 אוכלוסיית אנגליה לפי קבוצות גיל ומין, 1977
- 107 אוכלוסיית סקוטלנד לפי קבוצות גיל ומין, 30.6.78
- 108 אוכלוסיית הולנד לפי קבוצות גיל ומין, 31.12.1975
- 108 אוכלוסיית נורווגיה לפי קבוצות גיל ומין, 1976

מ ב א

דו"ח זה מתאר את אירגון מערכות השירותים לטיפול ממושך לקשישים בארבע מדינות באירופה: אנגליה, סקוטלנד, נורווגיה והולנד. הדו"ח מבוסס על סיור לימודי של ב. מורגנשטיין בארצות אלה, אשר נערך באוגוסט-ספטמבר 1981, וכן על ספרות רבה שנאספה על ידי הגב' ת. נתן.

בבואנו ללמוד על המערכות לטיפול ממושך בארצות הללו, עמדנו בפני הצורך להחליט אלו שירותים לכלול. מערכות השירותים השונות הינן רחבות, אך לצורך סקירה זו הוחלט להתמקד בעיקר בשירותים הבאים:

- א. שירותים המסופקים בתוך הבית (עזרה ביתית, טיפול סיעודי-רפואי).
- ב. שירותים המאורגנים בתוך הקהילה והמיועדים גם לקשישים מוגבלים (מרכזי יום, ארוחות חמות).
- ג. שירותי בריאות המספקים שירותים בעיקר לקשישים מוגבלים (מרכזים גריאטריים בבתי חולים, בתי חולים יום).
- ד. סידור מוסדי ממושך, הן בבתי חולים (אנגליה וסקוטלנד) והן במוסדות סיעוד המיועדים למטרה זו.
- ה. בתי אבות ודיור מוגן.

יתר על כן, בשל העובדה שחלק ניכר משירותים לטיפול ממושך קשורים למערכת הבריאות, הורחב הדיון על מבנה מערכת זו, תוך תיאור כללי של התפתחות שירותי הבריאות והוצאת אות בריאות.

הסיור בסקוטלנד נשא אופי שונה והתמקד בעיקר בבדיקה מקרוב של מודל מקומי לתאום ולאספקת שירותים מקיפים לטיפול ממושך. לפיכך, ובשל הנטייה בבריטניה להציג את סקוטלנד כיחידה נפרדת, מוצגת סקוטלנד בדו"ח זה בנפרד.

כמובן שהיקף וטיב המידע שקיבלנו היה שונה ממדינה למדינה, כפי שמשתקף בדיווח. בסיור הלימודי נעשה נסיון לאסוף מידע הן בדרג הממשלתי והן בדרג המקומי, כולל ביקורים בשירותים ספציפיים. מטרת ביקורים אלה היתה בעיקר לנסות ולהבין טוב יותר את מערכת השירותים שהתפתחה בכל מקום בהתאם למדיניות, להכיר את סוג האוכ-לוסיה הנהנית משירותים, ולבחון בקרב אנשי השדה את הנסיונות לתאום.

לבסוף כדאי לציין, שבאופן כללי יש להזהר בהשוואת הנתונים המוצגים בדו"ח זה למצב בישראל, וכן בהשוואה בין-ארצית של נתונים לגבי היקף השירותים הניתנים,

מספר מגטות תפוסות במסגרות שונות, וגודל ההוצאות בסקטורים השונים. זאת בשל המסורת והמערכות השונות הקיימות בכל מדינה, ההגדרות השונות באשר לסוג מיטה ויעוד שרות מסויים, הרכב שונה של אוכלוסיית הקשישים במדינה (במיוחד מבחינת הגיל) וכד'. עבור כל מדינה הוצגו הנתונים הסטטיסטיים המעודכנים ביותר שפורסמו בספרות שנאספה.

ראוי לשים לב לכך שלעיתים קלילות סתירות מסויימות בנתונים אשר נמצאו במקורות שונים באותה מדינה.

בדרך כלל נעשה נסיון לאמת, באמצעות מסמכים ופירושים רשמיים, את המידע שנמסר על ידי אנשי המקצוע שהואיינו במהלך הסיור הלימודי. עם זאת, יש לציין שחלק מהמידע בדו"ח נמסר באופן אישי, ללא הסתמכות על חומר כתוב, כפי שצויין בדו"ח.

אנגליה*

הקו המנחה את המדיניות כלפי הקשישים באנגליה מבוסס על הרצון והמאמץ לאפשר את המשך תיפקודם בתוך הקהילה עד כמה שאפשר. כמו כן קיימת מודעות לעובדה שתיכנון ופיתוח שירותים תלויים בצרכים המשתנים של האוכלוסיה הקשישה.

לגידול קבוצת הקשישים השלכות רבות לגבי מערכת שירותי הרווחה באנגליה, כיוון שהקשישים הינם אחת הקבוצות החשובות ביותר בין צרכני שירותי הרווחה. בשנת 1977 היו באנגליה 46.4 מיליון תושבים כאשר 6.7 מתוכם היו בני 65+, כלומר 14.5%¹. בין השנים 1971-77 היה אחוז הגידול של קבוצת בני 65+ 9.5%², ולקראת שנת 1986 צפוי גידול נוסף של 4.5%³. בדומה למדינות אחרות, יש לעיין שהגידול המהיר ביותר הוא בקבוצה של בני 75+, כאשר בשנת 1978 היה אדם אחד מכל 104 בגיל 85+, ועל סמך תחזיות ממשלתיות מעריכים כי בשנת 2001 יהיה אדם אחד מכל 65 מעל לגיל זה⁴.

כיום, כשליש מההוצאה הציבורית על תוכניות חברתיות, כולל פנסיות, מיועד לקשישים. לגבי שירותי בריאות ושירותים חברתיים אישיים עלות הטיפול בקשיש בגיל 75+ הינה פי שבע מהעלות לאנשים בגיל עבודה⁵.

חשוב לעיין שאין באנגליה הפרדה מינהלית, אירגונית ותקציבית בין הטיפול הממושך לשאר השירותים הניתנים לאוכלוסיה כולה. כלומר, מערכת השירותים לטיפול ממושך היא חלק אינטגרלי מהמערכות העיקריות לאספקת שירותים ולמימוןם. גם בתור אוכלוסיה אין הקשישים מוגדרים בנפרד מבחינת מבנה השירותים, אלא נחשבים כחלק מהאוכלוסיה הכללית. לפיכך, האחריות לאוכלוסיה הקשישה מתחלקת בין מוסדות הרווחה השונים:

* אם לא צויין אחרת הכוונה היא לאנגליה (England) בלבד. כאשר צויין בריטניה, הכוונה היא לאנגליה, סקוטלנד, וויילס ועפון אירלנד.

¹ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978 (London: Department of Health and Social Security, 1980), Table 1.2, p. 14

² Ibid., p. 14

³ Ibid., p. 14

⁴ A Happier Old Age (London: Department of Health and Social Security, 1978), p. 10.

⁵ Ibid., p. 7

The National Health Service (NHS) שירות הבריאות הלאומי
Personal Social Services (PSS) השירותים החברתיים האישיים
Social Security מערכת הבטחון הסוציאלי

מערכות אלה מאורגנות מבחינה מינהלית תחת משרד ממשלתי אחד: משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי (Department of Health and Social Security - DHSS). שירות הבריאות הלאומי (NHS) מספק שירותים רפואיים לכל התושבים ללא קשר להכנסותיהם. במסגרת ההקצאות עבור שירותים חברתיים אישיים (PSS) מסופקים שירותי רווחה חברתיים לקבוצות אוכלוסיה נזקקות, כגון: קשישים, נכים, חולי נפש ועוד. מערכת הבטחון הסוציאלי מיועדת להבטיח דמת היים בסיסית לקבוצות מוגדרות על ידי מתן קיצבאות למיניהן.

בעוד שלוש המערכות מאורגנות מבחינה מינהלית ב-DHSS, הרי שהאחריות למערכות אלה שונה לגבי כל אחת: המימשל המרכזי אחראי על שירות הבריאות הלאומי ועל מערכת הבטחון הסוציאלי; לעומת זאת, השירותים החברתיים הם תחת אחריותן הבלעדית של הרשויות המקומיות, הן מבחינת התיכנון והן מבחינת הביצוע.

ההוצאה עבור שירותי רווחה במערכות הללו בשנת 1979/80 בבריטניה היתה:

- עבור בריאות, 9,300 מיליון £ (כ-5.5% מהתמ"ג)
- עבור שירותים חברתיים 1,800 מיליון £ (כ-1% מהתמ"ג)
- עבור מערכת הבטחון הסוציאלי, 18,890 מיליון £ (כ-11% מהתמ"ג)¹.

תרשים א' מתאר באופן כללי את שלוש המערכות הללו ומציין סוגי שירותים הקשורים לטיפול ממושך הכלולים בתוך כל מערכת.

¹ Social Welfare in Britain (London: Reference Services, Publications Division, Central Office of Information, 1980), p. 1.

תרשים א': מערכת השירותים לטיפול ממושך באנגליה

משרד הבריאות והבטחון הבריטי
(DHSS)

שירות הבריאות הלאומי

(NHS)

- 1. שירותי בריאות כלליים: רופא כללי ומומחים
- 2. שירותי בריאות בבתי חולים, כולל: טיפול ממושך, טיפול אקוטי, שיקום, בית חולים יום ועוד
- 3. שירותי בריאות קהילתיים:
 - אחות בריאות העיבור (Health Visitor)
 - אחות סיעודית קהילתית (District Health Nurse)

שירותים חברתיים-אישיים

(CSS)

- 1. שירותים תוך-ביתיים: עזרת בית, ארוחות חמות
- 2. סידורי דיור: בתי אבות, דיור מוגן
- 3. מרכזי יום לקשישים המספקים מיגוון של שירותים

בטחון סוציאלי

- גימלאות כספיות המכוונות לטיפול ממושך:
- 1. גימלה לשירותים מיוחדים
- 2. גימלה לטיפול בנכה
- 3. גימלת נידרות

4. איזורים רפואיים

שירות הבריאות הלאומי (NHS)

שני שירותים חשובים לטיפול ממושך - טיפול מוסדי וטיפול סיעודי-רפואי בקהילה - ניתנים במסגרת מערכת שירותי הבריאות.

מינהל ואירגון

שירות הבריאות הלאומי, אשר התחיל פעולתו ב-1946, מורכב משלושה גופים:

א. שירותי הבריאות הכלליים (the general health services), הכוללים את הרופא הכללי (GP), רפואת עיניים, רפואת שיניים, בתי מרקחת ועוד;

ב. שירותי בתי החולים (hospital services), הכוללים אישפוז אקוטי, אישפוז ממושך בבתי חולים ובבתי חולים יום;

ג. הרשות המקומית לשירותי בריאות (the local health authority services), הכוללת שירותי סיעוד של אחיות, אחיות בריאות הציבור ועוד.

בשנת 1974 עבר השירות אירגון-מחדש במטרה לפשט את המערכת האירגונית שלו, ולשפר את מתן השירותים וחלוקת המשאבים על ידי ביזור באספקת שירותים. האירגון מחדש של השירות שם דגש מיוחד על איזוריות, והשירותים אורגנו ברשויות בריאות איזוריות (area health authorities - AHA), כאשר האחראיות על איזורים גיאוגרפיים אינה בהכרח מקבילה לאיזורים המטרופוליטניים של הרשויות המקומיות. בשנת 1980 היו 90 רשויות בריאות איזוריות כאלה בכל אנגליה¹, רשויות הבריאות האיזוריות מחולקות שוב לרשויות מקומיות (districts) המהוות את היחידה האירגונית הבסיסית לאספקת שירותים בהתאם לצרכים המקומיים. כל ה-AHA באנגליה מאוגנות ב-14 רשויות בריאות מחוזיות² (regional health authorities - RHA) האחראיות באופן ישיר כלפי משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי.

חשוב לציין, כי גם היום נמצאת המערכת בתהליך של ררוויזיה ובדיקה, כאשר בתוכנית לבטל את רשויות הבריאות האיזוריות, בעיקר מטעמים של היסכון בכסף ובכוח אדם, ומניעת בירווקרטיה.

¹ Social Welfare in Britain, p. 4

² Ibid.

מימון

רובה של עלות שירותי הבריאות ממומן באמצעות המיסוי הכללי, כאשר השאר ממומן על ידי ההשתתפות של שירות הבריאות הלאומי, המשולמת באמצעות הביטוח הלאומי, ועל ידי התשלומים של הפציינטים עבור שירותים מסויימים, כגון: תרופות, טיפול שיניים ומשקפיים. יש לציין כי חלקם של תשלומי מקבלי השירותים במימון השירות הוא מיזערי - 2.2% מהעלות הכללית בשנת 1976/77, כאשר 54%¹ מהשתתפות זו היה עבור רפואת שיניים ועיניים. החל משנת 1980 מתיר חוק שירותי הבריאות (Health Services Act) לרשויות הבריאות לגייס כספים ממקורות וולונטריים. כ-40 מיליון £ מההכנסות הכלליות של רשויות הבריאות בשנת 1979/80 באו מתרומות, מענקים ומתנות שונות.²

ההוצאות נטו של שירות הבריאות הלאומי בשנת 1980/81 היו 11% מכל ההוצאות הציבוריות (public expenditure), כאשר 2/3 היו הוצאות עבור שירותי בריאות רגילים בבתי חולים ובקהילה.³ הרפואה הפרטית הינה 3% מההוצאה הכללית עבור שירותי הבריאות.⁴ שירותי הבריאות היו בשנת 1979/80 83.4% מס"ה ההוצאות ברוטו הכלליות של שירותי הבריאות והשירותים החברתיים.⁵

לוח 1: ההוצאה ברוטו עבור שירותי בריאות (במחירי 1980)

1979/80		1978/79		
%-ב	במיליוני £	%-ב	במיליוני £	
100.0	7,810	100.0	7,824	ס"ה שירותי בריאות
74.0	5,802	75.0	5,839	שירותי בריאות בב"ח ובקהילה
22.0	1,704	22.0	1,698	שירותי רופא כללי
4.0	304	3.0	287	שירותי בריאות מרכזיים

המקור: Care in Action, Table 1, p. 5

¹ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Tables 2.5 & 2.6, p. 22

² Care in Action (London: Department of Health and Social Security, 1981), p. 16.

³ Ibid., p. 4

⁴ Ibid., p. 8

⁵ Ibid., p. 5

אף כי הנטיה הכללית של הממשלה היא לצמצם את הוצאותיה, התוכניות התקציביות שפורסמו לשנת 1982/83 מניחות גידול של 7%¹ במונחים ריאליים בהוצאות ברוטו של הממשלה עבור שירותי הבריאות.

הממשלה אחראית על קביעת העקרונות לחלוקת המשאבים עבור שירותי הבריאות. העיקרון עליו מבוססת שיטת ההקצבה הוא הבטחת הזדמנויות לטיפול רפואי ברמה שווה לאנשים הנמצאים במצבי סיכון שונים. במשך זמן רב שמה שיטת המימון דגש על הצרכים בכוח אדם ובשירותים, תוך התעלמות מהשינויים הדמוגרפיים והחברתיים המשפיעים על סדר עדיפויות שונה בכל איזור ואיזור. כדי להתגבר על בעיה זו מונה במאי 1975 ה-Resources Allocation Working Party - RAWP לקבוע שיטה אשר תבטיח, עד כמה שאפשר, מודל חלוקה שיענה בצורה אופרטיבית, יעילה ושווה על הצרכים היחסיים של כל אחד מהאיזורים. בדו"ח ההמלצות של ה-RAWP שפורסם ב-1976² הובא המושג של "צורך יחסי" כבסיס להקצבת המשאבים. מדידתו של "הצורך היחסי" הינה מסובכת ומבוססת על נתונים דמוגרפיים (גודל והרכב האוכלוסייה לפי גיל, מין ועוד) מצד אחד, ועל מידע לגבי שיעורי המחלות השונות באיזור ועלות השירותים השונים מצד שני. כיום, הקצאת הכספים לשירותי הבריאות עדיין מבוססת בעיקר על הגודל וההתפלגות הגילית של האוכלוסייה בכלל איזור ואיזור.

אספקת שירותי בריאות לקשישים

שירותי בריאות לאוכלוסייה הקשישה באנגליה מסופקים על ידי שירות הבריאות הלאומי באותה דרך בה הם מסופקים לכלל האוכלוסייה. עם זאת, קבוצת הקשישים היא אחת הקבוצות לה נותנת הממשלה עדיפות - עובדה הנובעת מכך שבני 65+ הינם בין הצרכנים העיקריים של שירותי הבריאות.

על פי הסטטיסטיקות של המשרד למיפקדי אוכלוסין (OPCS) לשנת 1978, קיימת הערכה כי 13% מאוכלוסיית הקשישים מוגבלים בצורה קשה בתיפקוד היומיומי שלהם. למעלה ממחצית הקשישים סובלים מנכות כלשהי, וקצת למעלה מ-4% מכלל הקשישים הגרים בביתם מרותקים למיטה או לבית.³

¹Care in Action, p. 4

²Sharing Resources for Health in England (London: Department of Health and Social Security, 1976).

³A Happier Old Age, pp. 7-8.

שירותי הבריאות לקשישים מושפעים מהמסורת האנגלית המבקשת לספק טיפול, עד כמה שניתן, בתוך הקהילה, וזאת בעיקר עקב מחוייבות מוסרית להשאיר אנשים בביתם, ומתוך הנחה שהקשישים מאושרים יותר בביתם ובקהילה שלהם. בעיית חוסר המיטות בבתי חולים, וההערכה כי הטיפול הביתי זול יותר מהטיפול הרפואי (אם כי הערכה זו טרם נבדקה לעומקה), תורמות אף הן לגישה זו.

חשוב לציין, שבאנגליה מוקד התיאום בין שירותי הבריאות הרגילים, שירותי סיעוד רפואיים, ושירותים חברתיים אישיים, הינו באמצעות הרופא הכללי, המהווה את הקשר הראשוני של הקשיש עם שירותי הבריאות. בהיותו הגורם המפנה העיקרי להשגת שירותים, תפקידו של הרופא הכללי מכריע בהחלטה לאפשר לקשישים להמשיך להתגורר באופן עצמאי בקהילה. תופעה זו, המיוחדת לאנגליה, מבוססת על ראיית הגורם המאבחן - כלומר הגורם הרפואי - כשלב הראשון בהשגת כל השירותים הדרושים לאדם, כולל שירותים לטיפול הממושך.

הרופא הכללי באנגליה הינו עובד עצמאי המקבל חולים במרפאה בקהילה, לעיתים בשיתוף עם רופאים אחרים. כמו כל תושבי אנגליה, גם הקשישים זכאים לפנות לרופא לפי בחירתם, והרופא מקבל תשלום משירות הבריאות הלאומי לפי נפש בטיפול (capitation fee). התשלום המתקבל עבור פציינטים בגיל +65 גבוה יותר עקב העובדה שכ-20% מכל הביקורים שעורך הרופא הכללי הם עבור קשישים. כאשר מדובר בפציינטים בני 65-74, שליש מהביקורים הם בביתו של החולה, וכשני-שליש מהביקורים נערכים בבית כאשר מדובר בפציינטים בגיל +75¹. קשישים בני +65 זכאים לקבלת תרופות ללא תשלום.

חשוב לציין, שקיים קשר ישיר בין הרפואה הכללית והרפואה המונעת באמצעות אחות בריאות הציבור (health visitor) הפועלת בתוך מרפאת הרופא למרות שהיא מועסקת על ידי רשות הבריאות האיזורית. תפקידה של אחות בריאות הציבור אינו טיפול סיעודי מעשי, אלא מתן יעוץ לחולה ולמשפחתו בנושאים הקשורים בגריאות, בטיפול אישי ובהבנת בעיות הזיקנה ומניעתן. לאחות בריאות הציבור תפקיד מרכזי בהערכת צרכיו של הקשיש בביתו, ביצירת קשר עם הרשות המקומית המספקת את השירותים החברתיים, ובהשגת טיפול סיעודי בקהילה במידת הצורך. יש לציין שהאחריות לקשישים מוגבלים הינה רק חלק מעבודתן של אחיות. אלו, ובשנת 1976 היו הקשישים רק 15%² מס"ה המקרים שבטיפול אחיות בריאות הציבור.

¹A Happier Old Age, p. 32

²Ibid., p. 33

בין השירותים הרפואיים הניתנים לקשישים בקהילה באמצעות שירות הבריאות הלאומי יש לציין במיוחד את הטיפול הרפואי-סיעודי הניתן באמצעות לשכות הבריאות המקומיות. שירות סיעודי זה ניתן בדרך כלל בביתו של המוגבל על ידי אחות מעשית או על ידי עוזרת לאחות, ורק על פי המלצתו של הרופא הכללי ובתיאום איתו. האחות המעשית אחראית למתן זריקות, רחיצת החולה, החלפת תחבושות, וטיפול אישי בתחומי הטיפול היומי. שירות זה הינו חשוב מאד במערכת השירותים לטיפול ממושך לקשישים, כפי שמשתקף מן העובדה שבשנת 1976, 50%¹ מס"ח המקרים שהיו בטיפול של האחות המעשית היו קשישים.

מאומדני משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי לשנת 1977/78 ניתן לראות כי ההוצאה נטו לנפש עבור טיפול רפואי-סיעודי בקהילה לגילאי 75+ גבוהה בהרבה מהמוצע (ראה לוח 2). בהשוואה, ההוצאה נטו לנפש עבור שירותי אחות בריאות הציבור בקהילה לגילאי 65-74 נמוכה מהמוצע לכל הגילים (לגילאי 75+ היא גבוהה במקצת מהמוצע), כאשר ההוצאה הגבוהה ביותר לנפש היא עבור גילאי 0-4.

לוח 2: ההוצאה נטו לנפש עבור שירותי אחות בריאות הציבור וטיפול סיעודי-רפואי 1977/78 (ב-£ במחירי נובמבר 1978)

75+	75-65	64-16	15-5	4-0	כל הגילים	
1.87	0.40	0.12	0.85	11.67	1.24	שירותי אחות בריאות הציבור (Health Visitor)
14.62	4.56	0.75	0.26	8.15	2.21	טיפול סיעודי-רפואי (District Health Nurse)

המקור: Distribution of HPSS Expenditure by Age and the Calculation of Demography on Expenditure, Table A3.

נוסף לשירותים שתוארו לעיל, נהנים הקשישים (כמו יתר האוכלוסיה) מטיפול שיניים ומטיפול עיניים, אשר לפעמים הם מקבלים בביתם. עבור טיפולים אלה על הקשישים לשלם תשלום נמוך, אך הם ניתנים ללא תשלום לקשישים בעלי הכנסות נמוכות או חסרי אמצעים, המקבלים הטבה סוציאלית, ולקשישים המאושפזים בבתי

¹ A Happier Old Age, p. 33

חולים. בשנים האחרונות ניתנת חשיבות רבה לטיפול הפיזיותרפי והשיקומי לקשישים. כמו כן גוברת המודעות להשפעה המטיבה והחשובה של שירותי הכירופודיה לבריאות הקשישים.

הטיפול המוסדי בבית חולים

כאשר מדברים על הטיפול המוסדי הממושך באנגליה, הנטיה היא לראות את המגורים בבתי אבות (residential homes) והאישפוז הממושך בבית חולים, כשני מרכיבים משלימים של המערכת המוסדית. אך לעומת מדינות אחרות באירופה, המבדילות בין אישפוז אקוטי וסידור מוסדי ממושך, מאופיין האישפוז בבתי חולים באנגליה בחוסר הפרדה ברורה בין טיפול אקוטי לכרוני, גם מבחינת דיווח סטטיסטי לגבי סוג ותפוסת המיטות. לפיכך, קשה לאמוד את היקף הטיפול הממושך ומספר המיטות המיועדות למטרה זו במסגרת בתי החולים באנגליה.

כמו במדינות אחרות, מתקבלים הקשישים לבתי חולים לעיתים קרובות יותר מיתר האוכלוסיה ונשארים בהם לתקופות ארוכות יותר. לפיכך, כמעט כל המחלקות בבתי החולים מושפעות מן הלחץ ההולך וגובר של האוכלוסיה הקשישה. כמו כן, הוצאות הבריאות עבור טיפול בקשישים בבתי חולים גבוהות פי כמה מההוצאות עבור טיפול בקבוצות גיל אחרות באוכלוסיה (ראה לוח 3). הקשישים תופסים כמחצית¹ המיטות בבתי החולים של שירות הבריאות הלאומי. בבתי חולים לחולי נפש תפוסות כרבע² מן המיטות על ידי חולים בני 75+, כאשר רובם סובלים ממחלה הקשורה לגילם הגבוה.

היום, לרמדת הממשלה דרכים לשיפור השירותים הניתנים לקשישים בבתי החולים, וכמו כן מחפשת היא אפשרויות לפיתוח תהליכי קבלה ושיחרור שיאפשרו החזרתו המהירה של הקשיש אל הקהילה. הנסיון לשפר את תהליכי השיחרור במטרה להוריד מהלחץ על בתי החולים הביא להתפתחות הקשר בין בית החולים לקהילה, במיוחד באמצעות היחידות הגריאטריות בבתי החולים, הרואות את תפקידן - נוסף למתן טיפול רפואי ושיקומי - בקירוב בית החולים לגורמים הקהילתיים, בעיקר על ידי פיתוח תהליכי הערכה משותפים ומקיפים.

¹ A Happier Old Age, p. 36

² Ibid.

לוח 3: ההוצאה נטר לנפש עבור טיפול בבית חולים לפי קבוצות גיל - אומדני 1977/78

(ב-Ε במחירי נובמבר 1978)

75+	74-65	64-16	15-5	4-0	כל הגילים	
138.36	81.44	28.73	11.12	37.15	36.84	חולים אקוטיים מאושפדים *
11.20	11.67	10.79	6.26	7.42	9.89	חולים אקוטיים אמבולטוריים *
97.31	15.22	0.47	-	-	6.85	חולים גריאטריים מאושפדים
46.21	23.54	7.85	0.38	-	9.53	חולי נפש מאושפדים
2.32	1.17	0.39	0.02	-	0.47	חולי נפש אמבולטוריים
8.31	3.88	1.51	0.54	1.24	2.04	טיפולים אחרים בבית חולים

(* כולל תוספת עבור שירותי לימוד.)

Distribution of HPSS Expenditure by Age and Calculation of Effect of Demography on Expenditure, Table A3. המקור :

כתוצאה מהתפתחות זו, הופך בית החולים להיות אחד מרשת השירותים הקיימים בקהילה, כאשר לו מספר תפקידים חשובים, נוסף לתפקידו הרפואי כשלעצמו:

א. פיתוח שיטות הערכה ואיבחון (שאינן רפואיות בלבד) של השירותים הדרושים לקשיש ולמשפחתו, עם החזרת החולה לקהילה.

ב. שיתוף פעולה עם הרשות המקומית במטרה לקבוע תוכניות טיפוליות בקהילה. הרשות המקומית, באמצעות המחלקה הסוציאלית, מספקת עובד סוציאלי לבית החולים המשתתף בקביעת מועד שיחרורו של הקשיש, בקביעת השירותים להם יהיה זקוק בקהילה, ובמעקב אחר תיפקודו של האדם בביתו.

ג. נסיון ליצור קשר הדוק עם המשפחה המטפלת בקשיש במטרה להקל עליה. לצורך זה מוקצות בבית החולים מספר מיטות על בסיס לא קבוע (rotation), המיועדות לאישפוז קצר בתקופות בהן אין המשפחה מסוגלת לטפל בקשיש או זקוקה לחופש ומנוחה.

ד. פתיחת בתי חולים לאישפוז יום (day hospitals) כחלק מהמחלקות הגריאטריות. בית חולים יום נחשב כגשר חשוב בין שיחרור מבית החולים לשהות בקהילה, העשוי אף להיות גורם מכריע בדחיית או מניעת אישפוז חוזר בבית חולים. בתי חולים יום אלה מופעלים בדרך כלל בשיתוף עם הרשויות המקומיות ומעניקים טיפול סיעודי ושיקומי על בסיס אמבולטורי, וגם שירותים נוספים, כגון: רחיצה, ארוחות, כירופודיה, טיפול שיניים, חוגים חברתיים.

דוגמא לבית חולים יום נמצא ב-Southwestern Hospital בלונדון, בו שליש מהתקציב ממומן על ידי הרשות המקומית Lambeth. כשני שלישים מהמבקרים בו הינם מהקהילה (כולל אנשים שזה עתה השתחררו מבית החולים), וכשליש מהמבקרים באים ישירות מהמחלקות הגריאטריות של בית החולים.

יש לציין, כי מספר הביקורים בבתי חולים יום נמצא בעליה באנגליה (מפחות מ-600,000 בשנת 1971 לכ-1,200,000 בשנת 1976¹). יחד עם זאת, לאור עלותן הגבוהה של מסגרות אלו, חוקרת הממשלה בעיות מסוימות בהפעלתן, כגון: הפיפה בין השירותים הניתנים על ידי בתי חולים יום לאלו המסופקים במרכזי יום, עידוד-יתר לביקורים בבתי חולים יום למטרות חברתיות בלבד ללא צורך רפואי-שיקומי או צורך סיעודי-אישי, ועוד.

בתי חולים פרטיים וולונטריים ומוסדות סיעוד

כאמור, נוסף לבתי האבות, ניתן הסידור המוסדי הממושך באנגליה בתוך בית חולים כללי. קיימים בתי חולים ומוסדות סיעוד המנוהלים על ידי אירגונים וולונטריים, וכך מספר מוסדות פרטיים, המהווים תיגבורת רצינית למערך מתן הטיפול הממושך. באנגליה ובוויילס יש בערך 30,000² מיטות בבתי חולים וולונטריים ופרטיים, כאשר רובן תפוסות על ידי חולים קשישים. שירות הבריאות הלאומי אחראי על רישום ופיקוח בתי החולים הפרטיים.

נטייתה של הממשלה הנוכחית היא לחזק ולהרחיב את שיתוף הפעולה עם מוסדות אלה, למרות שהיום הרשויות המקומיות אינן מעוניינות במיוחד לשלם עבור סידור מוסדי פרטי. השתתפות הרשות המקומית במימון הוצאות שהיה ממושכת במקום פרטי או ציבורי זהה לעלות מיטה בבית אבות השייך לרשות מקומית.

¹ A Happier Old Age, p. 37.

² Growing Older, p. 52.

טיפול פסיכיאטרי

טיפול פסיכיאטרי לקשישים הזקוקים לטיפול בבתי חולים ניתן ביחידות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ובבתי חולים פסיכיאטריים, או בבתי חולים יום. מעניין במיוחד המימצא כי הקשישים הינם הקבוצה עם השיעור הגבוה ביותר של מאושפזים ביחידות ובבתי החולים לטיפול פסיכיאטרי (לוח 4).

לוח 4: מספר הקבלות בבתי חולים וביחידות פסיכיאטריות לפי גיל לכל 100,000 איש

הקבלות ל-100,000 איש				קבוצת גיל
1976	1974	1972	1970	
385	368	378	374	כל הגילים
11	12	12	11	מתחת לגיל 10
35	36	38	38	14-10
204	220	246	240	19-15
432	443	461	427	24-20
534	520	534	523	34-25
564	528	540	535	44-35
519	495	519	509	54-45
442	422	433	429	64-55
489	467	490	494	74-65
769	702	724	748	75+

המקור: Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 9.4, p. 171.

שירותים חברתיים אישיים (PSS)

ניתן לחלק את השירותים החברתיים האישיים לשלוש קטגוריות: השירותים הניתנים בתוך ביתו של הנזקק (domiciliary services), כגון: ארוחות חומות, עזרה ביתית ועוד; השירותים הניתנים מחוץ לבית (out-of-home services), הכוללים בין היתר טיפול יום (day care), מועדונים למיניהם, תוכניות נופש ובידור ועוד; ושירותי דיור, כולל בתי אבות ודיור מוגן.

מינהל ואירגון

האחריות הסטטוטורית על השירותים החברתיים האישיים הינה בידי הרשויות המקומיות בהתאם לחוק השירותים החברתיים של הרשויות המקומיות (The Local Authority Social Services Act) משנת 1970.

הממשלה אחראית על התוויית קווי מדיניות כלליים, קווי הנחיה כלליים, וקביעת סטנדרטים לאספקת שירותים. כמו כן, היא ממליצה באופן עקרוני על סדר העדיפויות בשירותים הניתנים ובאוכלוסיה הזכאית, אך סדר זה מושפע מהאיפיונים ומהצרכים של כל איזור ואיזור. יש להדגיש שהמלצותיה של הממשלה אינן מחייבות כלל ואינן דרכי מעקב או פיקוח על סדר העדיפויות בהקצאת הכספים הנהוג בכל רשות ורשות.

ראוי לציין שקיים שיתוף פעולה הדוק בין המערכת הסטטוטורית האחראית על מתן שירותים חברתיים אישיים לבין המערכת הוולונטרית וקבוצות עזרה למיניהן המספקות שירותים לאוכלוסיות ספציפיות. הממשלה מעודדת שיתוף פעולה זה, בעיקר בזמן של קיצוצים וצימצומים.

מימון

בשנת 1979/80 היתה ההוצאה נטו עבור שירותים חברתיים אישיים ¹16.6% מההוצאה הכללית עבור שירותי בריאות ושירותים חברתיים. אמנם, לפי הנחיות הממשלה בתקופה האחרונה, היו הרשויות המקומיות אמורות לצמצם את הוצאותיהן עבור שירותים חברתיים, אך לפי נתונים של הרשויות המקומיות, הוצאות אלה, אחרי ניכוי השתתפות מקבלי השירותים, גדלו ב-194.4% משנת 1972/3 עד לשנת 1976/77 (גידול נומינלי)².

¹Care in Action, p. 5.

²Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 2.10, p. 26.

על פי הנתונים של הרשויות המקומיות, חלקם של מקבלי השירותים בהשתתפות בהוצאות אלו הולך וקטן במשך השנים, והוא ירד מ-13.5% מכלל ההוצאות עבור שירותים חברתיים בשנת 1972/73 ל-10.8% בשנת 1976/77¹ (ראה לוח 5).

לוח 5: השתתפות מקבלי השירותים בהוצאות עבור שירותים חברתיים (באלפי £)

1976/77	1975/76	1974/75	1973/74	1972/73	
1,014,624	867,781	644,445	447,362	355,157	ס"ה ההוצאות
109,947	92,675	68,491	52,613	47,843	השתתפות מקבלי השירותים

המקור: Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Tables 2.10-2.11, pp. 26-27.

הממשלה משתתפת בהוצאות של הרשויות המקומיות על ידי הקצאת כספים כוללת (bloc grant) עבור כל השירותים. אמנם, כפי שהוזכר לעיל, הממשלה ממליצה באופן עקרוני על סדר עדיפויות לחלוקת הכספים המועברים לרשויות המקומיות, אך סדר זה אינו מחייב, והכספים אינם מוגדרים מלכתחילה לשירות זה או אחר. יש מקרים בהם הרשויות המקומיות רואות סדר עדיפויות שונה מהסדר המוגדר על ידי הממשלה ומוציאות כספים רבים יותר בתחומים אשר אינם נמצאים בסדר עדיפות ממשלתי גבוה.

מטרתה של שיטת ההקצאה הכוללת הפועלת באנגליה והנקראית - rate support grant system, היא להשלים את הוצאותיהן של הרשויות המקומיות כדי שתהיינה מסוגלות לספק שירותים ברמה סטנדרטית, תוך גביית שיעור מס דומה מכל משלמי המיסים. במילים אחרות, שיטת ההקצאה הכוללת מפצה את הרשויות המקומיות עבור הבדלים הנוצרים בין צרכיהן לשירותים לבין המקורות המצויים בידיהן מגביית מיסים, כאשר 60% מהתקציב מקורו בהקצאת כספים ממשלתית ו-40% מגביית מיסים מקומיים.

בנסיון להגיע להשוואה איזורית חל שינוי בצורת הישוב ה- rate support grant system. עד לתקופה האחרונה היתה הקצאת הכספים מושתתת על הערכה כוללת של ההוצאות הדרושות לאספקת כלל השירותים עבור כל רשות ורשות. כאשר השאיפה היתה להגיע למצב בו כל רשות מקומית תקבל אותו סכום לנפש עבור אספקת שירותים. שיטה זו היתה מבוססת על ניתוח הוצאותיהן הקיימות של הרשויות

¹ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Tables 2.10 & 2.11, pp. 26-27.

עבור כל השירותים גם יחד.

בשיטה החדשה נקבעת עלות סטנדרטית עבור כל שירות, כאשר הרשות המקומית נדרשת לגבות מיסים שיכסו אחוז מסויים מעלות זו (כ-40%). חשוב לציין כי סכום השתתפות הממשלה (grant related expenditure - GRE) בכיסוי עלות השירותים לוקח בחשבון גורמים מקומיים היכולים להשפיע על העלות בפועל של אספקת השירותים, כגון: נתונים דמוגרפיים וחברתיים, הפיזור הגיאוגרפי של התושבים ועוד. בדרך זו מכירה הממשלה בכך שלשירות מסויים יכולה להיות עלות שונה ברשויות שונות, והיא מנסה להגיע להשוואת מתן שירותים בכל רשות ורשות. נוסף להקצאת הכספים עבור הוצאות שוטפות, כפי שתואר לעיל, ישנו תקציב נוסף עבור פיתוח ומחקר המחושב על בסיס שונה.

חשוב לציין, שהן בשיטת ההערכה הקודמת והן בזו החדשה, מגדירה הממשלה כל שנה יעד תקציבי לאספקת שירותים (הן שירותי בריאות והן שירותים חברתיים). עם זאת, רשאית כל רשות לגבות יותר מיסים לכיסוי הוצאות אספקת השירותים, אם כי הממשלה אינה מעודדת צעד זה, במיוחד בתקופה של קיצוצים.

אנשי מקצוע רואים בשיטה הפועלת באנגליה מספר יתרונות:

1. השירותים ניתנים במסגרת תקציב סגור - דבר הטונע בזבוז.
2. כירון שאין כללים הקובעים מראש את חלוקת הכספים, אנשי מקצוע מקומיים הינם האחראים הבלעדיים לחלוקת המשאבים על סמך הכרותם את צרכי המקום, ועל פי שיקול דעת מקצועי.
3. שיטה זו מאפשרת להוציא כספים רבים יותר ולספק יותר שירותים לקבוצות הזקוקות ביותר ובמקרים דחופים על פי שיקול דעת - דבר שאינו ניתן לביצוע בשיטה המבוססת על כללי חלוקת כספים קבועים ומחייבים ועל פי כללי זכאות מוגדרים בחוק.

מצד שני, ניתן להצביע על מספר חסרונות הכרוכים בשיטה זו:

1. כירון שאין פיקוח על השימוש בכספיהם וכל רשות מקומית רשאית להוציא כספים לפי סדר עדיפויות משלה, אין אפשרות להבטיח שהכספים יחולקו בצורה שווה באיזורים גיאוגרפיים שונים. כלומר, יכול להיות אדם שיהא זכאי לשירות באיזור מסויים ואשר לא יהיה זכאי לשירות דומה באיזור אחר.

2. הקשישים הינם קבוצה מקופחת יחסית בתביעת שירותים, קבוצה החייבת להתחרות בקבוצות אוכלוסיה אחרות המוגנות על ידי הגדרות סטטוטוריות המבטיחות להן משאבים למימון שירותים. כך למשל, חוק הילדים (Children's Act) משנת 1948 מגדיר את מחוייבות הרשויות המקומיות לספק שירותים לילדים, ואף ניתן לתבוע בבית משפט את מילויה של מחוייבות זו. אספקת שירותים לקשישים אמנם מושרשת במסורת הבריטית, ויש מידה רבה של מחוייבות פוליטית של נבחרי רשויות לבוחריהם; יתר על כן, קיים חוק לחולים כרוניים ונכים (1970) המגדיר את סוגי השירותים שעל הרשות לפתח עבור החולה הכרוני, אך מחוייבות הרשויות המקומיות אינה מתבצעת בפועל. אנשי מקצוע טוענים, לפיכך, שקשישים מקבלים פחות מהדרוש להם על פי חלקם באוכלוסיה והיקף צרכיהם, בעיקר עקב חוסר מחוייבות זו.

אספקת שירותים חברתיים אישיים לקשישים

95% מהקשישים באנגליה מתגוררים בקהילה. כאמור, אוכלוסיה זו מהווה אחת הקבוצות להן נותנת הממשלה עדיפות במתן שירותים חברתיים אישיים, מתוך מטרה לסייע להם להשאר ולחיות בביתם עד כמה שאפשר. למרות שאין הכספים המוקצים לשירותים חברתיים אישיים מיועדים מלכתחילה לקבוצות אוכלוסיה מוגדרות, מראים הנתונים כי הקשישים הינם הצרכנים העיקריים והיקרים של שירותים אלה. כך למשל, בשנת 1977 היו 88% מכלל המקבלים עזרת בית בני 65¹.

מלוח 6, המראה את אומדני משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי לגבי הוצאות עבור השירותים החברתיים האישיים לנפש, לפי קבוצות גיל, ניתן לראות כי ההוצאות לנפש גבוהות בהרבה בקבוצת הגיל 65-74, ועוד יותר כאשר מדובר בבני 75+, בהשוואה ליתר קבוצות הגיל.

הרשויות המקומיות מספקות מיגוון של שירותים לקשישים, כולל עזרה ביתית, ארוחות חמות בבית ובמועדונים לאכילה בצוותא, מועדונים, מרכזי יום, דיור מוגן, בתי אבות, השגחה לא-רפואית בלילה, ועד לעזרה בהתקנת טלפונים ומנגנוני אזעקה. אנו נתייחס לשלושה השירותים העיקריים מבחינת טיפול ממושך: עזרה ביתית וארוחות חמות שהן השירותים התור-ביתיים העיקריים, ובתי אבות.

¹Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,

Table 7.7, p. 158.

לוח 6: ההוצאה נטו לנפש עבור שירותים חברתיים אישיים נבחרים לפי קבוצות גיל - אומדני 1977/78 (ב-2 E במחירי נובמבר 1978)

75+	74-65	64-16	15-5	4-0	כל הגילים	
30.33	8.91	0.46	0.05	0.14	2.76	עזרת בית
5.43	1.01	0.01	-	-	0.39	ארוחות חמות
1.14	1.01	0.25	-	-	0.31	עזרה בשיפוצים, נופש, טלפון
12.85	3.55	0.84	4.51	5.25	2.73	עובדים סוציאליים

Distribution of HPSS Expenditure by Age and Calculation of Effect of Demography on Expenditure, Table B3. המקור:

עזרה ביתית

כאמור, רוב הקשישים באנגליה מתגוררים, ומעדיפים להמשיך להתגורר, בקהילה, בבית בבעלותם או בדיור מושכר. העזרה הביתית המיועדת לסייע לקשיש בעיקר בניהול משק ביתו ובמידה מסוימת בטיפול האישי הכללי, נחשבת כמפתח להשאת הקשיש בקהילה, לדחיית או מניעת אישפוזו במוסד.

חשוב לציין כי בשנת 1977, קרוב ל-9%¹ מכלל האוכלוסיה הקשישה קיבלו עזרה ביתית. אם כי אין קריטריונים ברורים המגדירים זכאות לשירות זה, מראה סקר לאומי שנערך בשנת 1967, כי 69% מהקשישים המקבלים שירות זה היו בני 75+. 71% מכלל המקבלים היו קשישים בודדים, ורק 2% התגוררו עם ילדיהם². לכן ניתן להניח כי הקריטריון האופרטיבי הקובע במתן שירות זה הוא עדיפותו לקשישים בגילים גבוהים המתגוררים בגפם. עובדה חשובה נוספת היא ששיעור הקשישים המקבלים עזרה ביתית משתנה מאיזור לאיזור, וזאת כתוצאה מכך

¹Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 7.7, p. 158.

²Profiles of the Elderly and Their Use for Social Services (Oxford: Age Concern Research Publication, 1981), p. 16.

ששירות זה תלוי במידה רבה ברמת הפיתוח של השירותים הקהילתיים בכל מקום ובהרכב הדמוגרפי של הקהילה הנדונה.

העזרה הביתית מסופקת בהתאם להמלצה של רופא כללי או של הלשכה הסוציאלית, וניתנת על ידי עוזרת בית, שהיא בדרך כלל אשה נשואה בגיל העמידה. ברוב המקרים אין לה כל הכשרה מקצועית, והסקרים מראים שבדרך כלל היא מחזיקה במשרה חלקית בלבד.

תפקידה העיקרי של עוזרת הבית הוא ביצוע עבודות הבית: נקיון, כביסה וגיהוץ, ולפעמים טיפול אישי כללי בקשיש, אך כיום הולכת וגוברת ההכרה בחשיבות תפקידה החברתי, בהיותה במקרים רבים הקשר החברתי היחיד של הקשיש. לכן, לעיתים קרובות מתפתח יחס חברותי חשוב בין השניים. במקרים של קשישים עריריים, עוזרת הבית היא האדם היחיד הנמצא עמם בקשר, והיחיד המסוגל לפקח ולדווח על מצב בריאותו של הקשיש. על חשיבותה של עוזרת הבית כאיש קשר בין הקשיש לקהילה ניתן ללמוד מסקר שנערך בקהילה באנגליה אשר מצא כי עוזרת הבית היא ספק השירותים החברתיים המלווה את הקשיש במשך הזמן הארוך ביותר, יחסית לספקי שירותים אחרים (לוח 7).

לוח 7: זמן הקשר הממוצע של מספקי שירותים עם צרכן השירות (1975)

שעות לשבוע	שעות לשנה	
3.5	182	עזרה ביתית
0.2	10	ארוחות חמות
0.2	9	עובדים סוציאליים
0.05	2.3	טיפול בעיסוק

המקור: Profiles of the Elderly, Table B.3, p. 17

ההוצאות עבור עזרה ביתית עלו ב-180% משנת 1972/73 עד לשנת 1976/77¹. קרוב ל-5% מההוצאות לשנת 1976/77 כוסו על ידי השתתפותם של מקבלי השירותים², הנקבעת בצורה שונה על ידי הרשויות המקומיות השונות על פי אמצעיו הכספיים של צרכן השירות.

¹Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 2.10, p. 26.

²Ibid., Table 2.11, p. 27.

לוח 8: השתתפות מקבלי עזרה ביתית בהוצאות השירות (באלפי £)

1976/77	1975/76	1974/75	1973/74	1972/73	
104,322	90,868	70,253	48,330	37,320	ס"ה הוצאות עבור עזרה ביתית
4,796	4,071	3,005	2,790	2,390	השתתפות מקבלי השירות

המקור: Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Tables 2.10-2.11, pp. 26-27.

ארוחות חמות

מתן ארוחות חמות המסופקות הן בבית והן במועדונים הינו שירות נוסף גשרשרת השירותים המאפשרים המשך מגוריו של הקשיש בקהילה. השירות נועד לספק ארוחות חמות לבתייהם של אנשים שאינם מסוגלים להכין אותן בעצמם.

במשך שנים רבות היו האירגונים הוולונטריים האחראים הבלעדיים להכנת ולאספקת ארוחות חמות. בשנת 1948 הסמך חוק הסעד הלאומי (National Assistance Act) את הרשויות המקומיות לספק שירות זה, נוסף לשירותים חברתיים אישיים אחרים לקשישים. חשוב לציין כי עזרתם של האירגונים הוולונטריים במתן שירות זה גדולה וחשובה עד היום¹ וכי הם הגורם העיקרי בהכנת ובהעברת הארוחות, כאשר הרשות המקומית אחראית למימון.

אין קווים ברורים לקביעת זכאות לארוחות חמות בבית, אך סקרים² שנערכו ברשויות מקומיות שונות מצביעים על כך שרוב המקבלים הם גברים בני 75+, עריהיים ומוגבלים. חשיבותו של שירות זה גדלה בשנים האחרונות ומספר הארוחות החמות המסופקות לאנשים בביתם בין השנים 1968 ל-1977 גדל ב-106%³. גידול זה נובע בעיקר מגידול במספר הארוחות הממוצע שסופק לכל אדם, ולא מגידול במספר המקבלים, אשר גדל רק ב-43.5% בין השנים 1971 ל-1976.⁴

¹ ראה פרק נפרד על אירגונים וולונטריים

² Profiles of the Elderly, p. 22

³ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Table 7.8, p. 158.

⁴ Ibid., Table 7.9, p. 158.

לעובדת הגידול במספר הארוחות ניתנת חשיבות רבה על ידי מחקרים העוסקים בערכן התזונתי של הארוחות והקובעים כי אם לא ניתנות לאדם לפחות ארבע ארוחות בשבוע ערכן התזונתי מועט. ניתן לציין כי מספר האנשים המקבלים ארבע ארוחות ויותר גדל מ-23% בשנת 1971 ל-31% בשנת 1976 (לוח 9)¹. כמו כן, איכות הארוחות מוכרת כאחת הבעיות עמן יש להתמודד בעת קביעת מדיניות למתן הארוחות החמות. חשוב לציין כי מעבר לחשיבות הבריאותית יש לשירות זה תפקיד חברתי הנובע בעיקר מן הקשר הנוצר בין מספק הארוחה למקבל - בעיקר כאשר מדובר בקשישים בודדים. למקומות האכילה בצוותא יש חשיבות חברתית רבה בכך שקיימת גם אפשרות למיפגש ולבילוי חברתי.

המקבלים ארוחות חמות במקומות האכילה בצוותא צריכים להשתתף במימון החוצאות על ידי תשלום אחיד, כלומר, ללא התחשבות ברמת ההכנסה. תשלום זה גמוך (10 פני לארוחה) וסקר שנערך בשנת 1976² מצא כי רוב הקשישים המקבלים ארוחות חמות במקומות מפגש יעדיפו להמשיך ולקבל שירות זה, אפילו אם ידרשו תשלום גבוה יותר. יש אנשי מקצוע הסבורים שכיוון ששירות זה אינו מיועד לאנשים מעוטי יכולת בלבד יש לבקש תשלומים גבוהים יותר.

¹ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Table 7.9, p. 158.

² Profiles of the Elderly, p. 21.

לוח 10: השתתפות מקבלי ארוחות חמות בהוצאות השירות (באלפי £)

1976/77	1975/76	1974/75	1973/74	1972/73	
4,393	3,779	3,074	1,742	1,402	ס"ה ההוצאות עבור ארוחות חמות במקומות מפגש
1,564	1,053	761	552	432	השתתפות המקבלים
11,060	9,480	7,103	4,283	3,242	ס"ה ההוצאות עבור ארוחות חמות בבית
2,978	2,075	1,335	916	759	השתתפות המקבלים

המקור: Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Tables 2.10-2.11, pp. 26-27.

דיור

האפשרות להמשיך להתגורר בקהילה תלויה במידה רבה בטיב הדיור בו מתגוררים הקשישים, במקורות העזרה בניהול משק הבית, ובמידת העזרה שהם מקבלים למימון הוצאות הדיור, אשר מהוות באנגליה 18%¹ בממוצע מההכנסה נטו של הקשיש.

הרשויות המקומיות מספקות פתרונות לבעיות הדיור של קשישים, הן על ידי מתן עזרה כספית והן על ידי הסדרתם במבני דיור מותאמים לצרכי קשישים. העזרה הכספית ניתנת בצורה של הנחה בשכר דירה, השתתפות בהוצאות דיור, עזרה בתשלום משכנתא, ועוד. במרץ 1981 שני שלישים² מבעלי הבית הקשישים קבלו עזרה כספית כלשהי מהרשויות המקומיות. קשישים חסרי אמצעים יכולים לקבל עזרה כספית בדיור גם באמצעות מערכת הבטחון הסוציאלי כמקבלי הטבה סוציאלית.

¹ Growing Older, p. 28

² Ibid., p. 29.

כפי שצויין, הרשויות המקומיות מספקות פתרונות דיור במספר דרכים, נוסף לעזרה הכספית. הנ'תנת על ידן. פתרונות אלה כוללים: סידור בתי אבות, דיור מוגן, בניה וחיפוש יחידות דיור המתאימות לצרכים של הקשישים, ועוד.

בתי אבות

הטיפול בבתי אבות הוא המרכזי בין השירותים החוץ-ביתיים הניתנים לקשישים ונחשב באנגליה לחלק בלתי נפרד ממערכת הסידור המוסדי הממושך. סידור זה נחשב כפתרון המתאים ביותר לקשישים חלשים מכדי להמשיך להתגורר בביתם, או לקשישים חסרי משפחה היכולה להיות אחראית לטיפולם, אך אשר אינם זקוקים לאישפוז בבית חולים לצורך טיפול סיעודי-רפואי.

הרשויות המקומיות אחראיות על הסידור בבתי אבות. אחריות זו מוטלה עליהן על סמך חוק הסעד הלאומי משנת 1948. חוק זה הטיל על הרשויות המקומיות גם את האחריות לאישור, רישום ופיקוח בתי האבות של גופים פרטיים וולונטריים¹.

מספר האנשים בני 65+ המסודרים בבתי אבות השייכים לרשויות מקומיות היה כ- 102,000 בשנת 1977, כלומר קרוב ל-2% מהאוכלוסייה בגיל זה. מספר זה מהווה גידול של כ-17% בהשוואה לשנת 1970².

חוק הסעד הלאומי אינו קובע קריטריונים מנחים לקבלת אנשים לבתי אבות, אך משרד הבריאות, בתזכיר משנת 1965, מתאר שתי קטגוריות של אנשים אשר יתקבלו לבתי אבות:

א. אנשים הזקוקים לעזרה בלבוש, היגיינה אישית וארוחות, אך ניידים.

ב. אנשים עם ירידה שכלית, זמנית או תמידית, אך אשר אינם זקוקים לטיפול פסיכיאטרי סיעודי.

בתזכיר נוסף משנת 1977 הוסיף משרד הבריאות קריטריון חדש, אשר על פיו יתקבלו לבתי אבות אנשים אשר אינם מסוגלים לבצע את פעולות הבית הבסיסיות למרות העזרה המסופקת על ידי השירותים התוך-ביתיים.

¹ ראה פרק נפרד על אירגונים וולונטריים ופרטיים

² Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Table 7.1, p. 155.

מכאן, שבתאי האבות היו מיועדים במקורם ובאופן רשמי לקשישים תשושים אך עצמאיים, אשר אינם זקוקים למתן טיפול רפואי-סיעודי, מעבר לטיפול של הרופא הכללי ואחיות הקהילה, בדומה לקשישים הממשיכים להתגורר בביתם. אך בשנים האחרונות מסתמן שינוי באופיים של בתי האבות כתוצאה משינויים באוכלוסיית הדיירים. שינויים אלה - המקרבים את בתי האבות למוסדות סיעוד - נובעים בעיקר משתי סיבות:

א. הזדקנות טבעית והדרדרות במצב בריאות הקשישים שנכנסו לבתי אבות במצב תיפקודי טוב. באנגליה אין מוסדות סיעוד נפרדים וקיימת רגיעה מאישפוז קשישים אלה לצמיתות בבתי חולים. כך למשל, נתוני משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי מראים כי בין השנים 1970 ל-1975 עלה אחוז הדיירים בבתי אבות שלהם ירידה שכלית מ-14% ל-17%¹.

ב. קבלת דיירים חדשים במצב תיפקודי ירוד במטרה להקל על הלחץ הקיים בבתי החולים. גם הגיל הממוצע של המתקבלים לבתי אבות עלה בשנים האחרונות: בשנת 1978 כ-80% מהמתקבלים לבתי אבות היו בני 75+, וכ-35% היו בני 85+².

התפתחותו של בית האבות לקראת דפוס של מוסד סיעודי מקשה הן על כוח האדם, אשר בדרך כלל אינו מקצועי, ואינו מסוגל לטפל בקשישים נכים ומוגבלים, והן על הרשויות המקומיות עצמן החייבות להוציא כספים רבים יותר עבור כוח אדם לטיפול בדיירים.

על מנת להתמודד עם בעיות אלו קיים ניסיון להביא חלק משירותי הבריאות הניתנים באמצעות שירות הבריאות הלאומי - כגון עזרה רפואית ושיקומית - למסגרת בתי האבות. ניסיון זה הוא צד נוסף בהתפתחות הקיימת באנגליה לקראת אינטגרציה בין בתי החולים לשירותים בקהילה.³

בשנת 1976/77 היו ההוצאות עבור בתי אבות לקשישים כ-20%⁴ מההוצאות הכלליות של הרשויות המקומיות עבור שירותים חברתיים-אישיים, לאחר ניכוי השתתפותם הכספית של מקבלי השירותים. כעיקף זה היה הגבוה ביותר בין כל סעיפי ההוצאות.

השתתפותם הכספית של דיירי בתי האבות כיסתה בשנה זו כ-31%⁵ מההוצאות הכלליות של הרשויות המקומיות עבור בתי אבות. השתתפות זו נקבעת על ידי הרשות המקומית

¹ Profiles of the Elderly, p. 31.

² A Happier Old Age, p. 29.

³ ראה פרק על בתי חולים

⁴ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 2.10, p. 26.

⁵ Ibid., Table 2.11, p. 27.

על סמך האמצעים הכלכליים של הקשיש ותוך התחשבות בשני קריטריונים מנחים:

- א. על הרשות המקומית לקבוע השתתפות מינימלית שעל כל הדיירים לשלם.
- ב. אחוז מוגדר מקצבת הזיקנה אשר מיועד לצרכיו האישיים של הדייר חייב להשאר בידי הקשיש.

לוח 11: השתתפות הדיירים בהוצאות בתי אבות (באלפי £)

1976/77	1975/76	1974/75	1973/74	1972/73	
					ס"ה ההוצאות עבור בתי אבות
184,905	162,008	120,758	85,712	67,162	
					השתתפות הדיירים
82,444	70,660	52,404	38,488	35,592	

המקור: Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Tables 2.10-2.11, pp. 26-27.

דיוור מוגן

דיוור מוגן נחשב באנגליה כפתרון חשוב לקשישים חלשים ובודדים אשר אינם מסוגלים לתפקד בבית ללא תמיכה וסיוע של אדם אחר, אך אינם נזקקים עדיין לסידור בנתיב-אבות. המטרה העיקרית של הדיוור המוגן היא לאפשר לקשישים חיים עצמאיים, תוך מתן בטחון ונוחיות שלא היו יכולים להשיג בדיוור פרטי. בדרך כלל ממוקם הדיוור המוגן בבנינים שהותאמו במיוחד לצורך זה, ובמקרים רבים הם מצוידים בחדר אוכל, חנות מכולת, ועוד.

הדיוור המוגן התפתח מאד בשנים האחרונות באנגליה, ובשנת 1977 סיפקו הרשויות המקומיות והאירגונים הוולונטריים באנגליה וברויילס כ-450,000 מקומות המיועדים לדיוור מוגן עבור קשישים, כאשר מחציתם מנוהלים על ידי אס בית (warden)¹. תפקידה של אס הבית לספק עזרה בקניות, בפעולות הבית, עזרה במקרים דחופים, ופיקוח כללי על הבנין. אס הבית היא גם המקשרת בין הדיירים לבין הגופים בקהילה המספקים את השירותים השונים.

¹Growing Older, p. 33.

מחקר שנערך בשנת 1973 ב-727 יחידות לדיור מוגן בארבע רשויות מקומיות מצא כי הגיל הממוצע של הדיירים בדיור משותף גבוה בשנתיים מהגיל הממוצע של האוכלוסיה הקשישה בכללה, אך נמוך ב-8 שנים מהגיל הממוצע של קבוצת הקשישים הנמצאת בבתי אבות. 29% מהדיירים היו גברים ו-6 מתוך כל 10 גר בגפו, כאשר רוב הדיירים הבודדים היו נשים. הסיבה העיקרית לעזיבת סידור זה היתה מוות או אישפוז בבית חולים לצורך טיפול ממושך.¹

נוסף לדיור המוגן, עוזרות הרשויות המקומיות לקשישים בפתרון בעיות הדיור שלהם, הן על ידי בניית דירות המתאימות לצרכיהם והן על ידי שיפוץ דירות קיימות. בשנת 1978 קרוב ל-30%² מתוכניות הבנייה של הרשויות המקומיות היו מיועדים לבניית דווק עבוד קשישים. חברות הבנייה הפרטיות והאירגונים הוולונטריים, גם הם תורמים את חלקם לתוכניות הללו. הקריטריון המנחה בבניית דיור עבור קשישים הוא בניית יחידות דיור קטנות המצויידות במכשירים לעזרת הקשיש, כגון מנגנון אזעקה.

אמנם, רוב האוכלוסיה הקשישה גר בקהילה בבתיים הנמצאים בבעלות פרטית או בשכירות, אך סקר שנערך באנגליה בשנת 1976 מצא כי כ-37% מיחידות הדיור המוגן שבראשן עומד בן 65+ זקוקות לשיפוצים ולשיקום, וכ-44%³ חסרות לפחות אחד מהשירותים הבסיסיים, כגון: בתי שימוש, מים חמים, ועוד.

הממשלה הכירה בחשיבות שיש לשיפוץ ולהתאמת הדירה להמשך תיפקודו התקין של הקשיש, ובחוק הדיור (Housing Act) משנת 1980 העניקה לרשויות המקומיות אפשרות להגדיל את המענקים והעזרה עבור שירות זה, והקלה על כללי הזכאות - אך שירות זה עדיין אינו מפותח. השירות לשיפוץ והתאמה כולל שיפוץ והתאמה של הבניין עצמו, וכן התקנת מכשירים וכלי עזר, כגון: טלפון, מערכת אזעקה, כלים סניטריים, ועוד.

¹Robert L. Kane, Rosalie A. Kane, Long-Term Care in Six Countries (U.S. Department of Health and Human Services, 1976), p. 25

²A Happier Old Age, p. 26.

³Growing Older, p. 28.

השירותים הוולונטריים

מסורת השירותים הוולונטריים באנגליה עמוקה מאד, ואף חלק מהשירותים הסטטוטוריים הקיימים כיום התפתחו על סמך עקרונות שנקבעו על ידי אירגונים וולונטריים. כיום השירותים הוולונטריים משלימים, מגבירים, ומפתחים את השירותים הסטטוטוריים, ולפעמים מהווים גורם לחץ לשיפור רמת השירותים הללו. בתקופה האחרונה קיימת נטיה לחזק עוד יותר את שיתוף הפעולה הקיים בין הגורמים הסטטוטוריים לבין האירגונים הוולונטריים. הממשלה והרשויות המקומיות נותנות מענקים לאירגונים הוולונטריים ואחריות לפיקוח על תיפקודם. ס"ה המענקים ששלמו לאירגונים הוולונטריים על ידי מחלקת השירותים החברתיים ב-DHSS עלה ב-8% במונחים ריאליים משנת 1978/79 לשנת 1979/80.¹

השתתפותם של הגורמים הוולונטריים בעבודה עם קשישים מורגשת הן במערכת שירותי הבריאות והן במערכת השירותים החברתיים. במערכת שירותי הבריאות הם נותנים עזרה ותמיכה לכוח האדם בבתי החולים: בטיפולם בקשישים, בעיקר על ידי עזרה בטיפול לא מקצועי, כגון: רחיצת החולה, החלפתו, האכלתו, שיחות עם החולה.

יתר על כן, בתי החולים הוולונטריים מהווים תגבורת רצינית לבתי החולים במתן טיפול ממושך. כאמור, ישנן בערך 30,000² מיטות במוסדות אלה באנגליה ובוויילס, כאשר רובן תפוסות על ידי קשישים. כדי לקדם את שיתוף הפעולה וליעל את פעילותם של האירגונים הוולונטריים מודגש הצורך בתיאום בין הרשויות המקומיות לבין הגופים הוולונטריים. למטרה זו הוקם גוף משותף של הרשויות המקומיות והמועצה הלאומית לאירגונים וולונטריים (National Council for Voluntary Organisations), המיועד להתוות קווים להנחיית יחסי העבודה בין הלשכות המקומיות לשירותים חברתיים לבין האירגונים הוולונטריים.

כאמור, חלקם של האירגונים הוולונטריים בולט מאד בתחום של הכנת ואספקת ארוחות חמות. בשנת 1975, למשל, למעלה מ-13 מיליון (56.9%) מתוך 23.5 מיליון הארוחות שסופקו לבתיים של קשישים באנגליה סופקו על ידי האירגונים הוולונטריים.³ השתתפות האירגונים הוולונטריים בשירות הארוחות החמות במקומות האכילה בצוותא קטנה יותר, ורק 42.5% מתוך 14 מיליון הארוחות שסופקו במקומות אלה סופקו על

¹Care in Action, p. 17.

²Growing Older, p. 52.

³Profiles of the Elderly, p. 20.

ידי האירגונים הוולונטריים¹. חשוב לציין כי חלקם של האירגונים הוולונטריים במתן שירות זה משתנה מאיזור לאיזור בהתאם לצרכים ולאפשרויות בכל איזור.

גם בהתפתחותם של בתי האבות מורגשת מאד תרומתם של האירגונים הוולונטריים. מספר הקשישים בני 65+. הנמצאים בבתי אבות וולונטריים הרשומים גדל מ-23,262 בשנת 1970 ל-23,788 בשנת 1976². אחזקתם של מספר גדול של קשישים המסודרים בבתי אבות אלה ממומנת על ידי הרשויות המקומיות, אשר גם אחראיות, על סמך חוק הסעד הלאומי משנת 1948, על רישום, פיקוח ותמיכה בבתי אבות של האירגונים הוולונטריים. איך קורים ברורים המגדירים את הקריטריונים לרישום ופיקוח בתי האבות הללו, והם משתנים מאיזור לאיזור. ישנן רשויות מקומיות המכירות בבית אבות אם מסודרים בו לפחות שני קשישים, ויש רשויות מקומיות הדורשות מינימום של ששה או שבעה דיירים; יש רשויות המפקחות על בתי האבות פעם בשנה, ואחרות, רק פעם ב-2-3 שנים.

בין האירגונים הוולונטריים החשובים ביותר ניתן למנות את הקבוצה Age Concern, אשר קמה בשנות השבעים המוקדמות והאחראית למתן יעוץ והדרכה לקשישים, ומעורבת גם במתן ישיר של שירותים רבים. גוף אחר הפעיל מאד במתן שירותים לקשישים הוא ה-WRVS (Women's Royal Voluntary Service), שתרומתו חשובה במיוחד בשירות הארוחות החמות לקשישים ובסידור קשישים בדירות הבנויות על ידי חברת בניין הנמצאת בבעלותו.

הסקטור הפרטי

תרומתו של הסקטור הפרטי להתפתחות שירותי הבריאות והשירותים החברתיים גדולה אף היא. הרפואה הפרטית, הכוללת טיפול על ידי רופאים כלליים, מוסדות סיעוד לטיפול ממושך, ועוד, מהווה כ-3% מההוצאה הכללית עבור טיפול רפואי³. כ-31,500 מיטות לחולים באנגליה הן מיטות בבתי חולים ובמוסדות פרטיים, ומתוכן 22,500⁴ (71%) מיועדות לטיפול ממושך, במיוחד לקשישים. חשוב לדעת כי המקבלים שירותים מהסקטור הפרטי מקבלים גם שירותים אחרים באמצעות שירות הבריאות הלאומי, וחלק מן הרופאים עובד בשני הסקטורים יחד.

¹ Profiles of the Elderly, p. 20.

² Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, Table 7.3, p. 156.

³ Care in Action, p. 8.

⁴ Ibid., pp. 8-9.

רשויות הבריאות אחראיות להבטיח שבבתי החולים הפרטיים תסופק רמת שירותים סטנדרטית. הגידול שחל בבתי החולים הפרטיים בתקופה האחרונה מראה שיש דרישה גדולה מצד החולים, וזה בולט במיוחד באיזורים בהם השירות הניתן על ידי שירות הבריאות הלאומי איננו יעיל. קיימת מודעות באנגליה לכך שהגברת התיאום ושיתוף הפעולה בין הרפואה הפרטית לבין שירות הבריאות הלאומי יכולה לשפר את סוג ואיכות השירותים הבריאותיים. באיזורים מסוימים ישנם הסכמים הממסדים שימוש בחלק מהמיטות הנמצאות בבתי חולים פרטיים על ידי שירות הבריאות הלאומי.

באשר לבתי אבות פרטיים, כמו עם האירגונים הוולונטריים, הרשויות המקומיות אחראיות על רישום ופיקוח של אלו המנוהלים על ידי אירגונים פרטיים. בשנת 1968 היו 16,618 קשישים בבתי אבות פרטיים, ומספרם עלה ל-18,759 בשנת 1975.¹

הבטחון הסוציאלי

מערכת הבטחון הסוציאלי מיועדת להבטיח רמת חיים מינימלית לכל האוכלוסייה, כאשר המרכיב הבסיסי בהבטחת הכנסתם של הקשישים היא קיצבת הזיקנה הבסיסית (basic pension) המשולמת על ידי הממשלה. אמנם, בשנים האחרונות הולך וגדל מספר הקשישים המקבלים פנסיה מעבודה, אך ישנו עדיין מספר גדול של קשישים אשר הקיצבה הממשלתית היא הכנסתם היחידה, על כן חשוב מאד להבטיח שרמת הקיצבה תאפשר רמת חיים בסיסית.

בשנת 1978 הונהגה מערכת ממשלתית חדשה (נוסף לקיצבה הבסיסית) המבטיחה קיצבה יחסית להכנסות האמורה להבטיח הכנסה נוספת לאנשים אשר עבדו ערב פרישתם. פנסיה זו תבטיח עליה ברמת ההכנסות של הקשישים. התוכנית הונהגה בצורה הדרגתית, כך שאדם אשר ביטח עצמו עם החלת התוכנית ב-1978, יהיה זכאי ל-100% הפנסיה המשלימה עם פרישתו בשנת 1998.

אנשים שהגיעו לגיל פרישה ואשר הכנסתם (כולל הכנסת מקיצבת הזיקנה הבסיסית) אינה עולה על הסכום הקובע לפי החוק, זכאים לקבל הטבה סוציאלית. קרוב ל-2 מיליון פנסיונרים מקבלים הטבה סוציאלית, אך קיימת הערכה כי כ-600,000 נוספים זכאים לקבלה אך אינם מממשים את זכאותם מסיבה כלשהי. כדי להגדיל את מספר הפונים לקבלת הטבה סוציאלית הוכנסו בנובמבר 1980 הסדרים אשר כוונתם לעשות את המערכת יותר פשוטה ורציונלית, על מנת שתהיה מובנת יותר לאוכלוסייה הקשישה.

¹ Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978,
Table 7.4, p. 156.

נוסף לסכום הבסיסי של ההטבה הסוציאלית ישנן מספר תוספות, כגון:

- תוספת הניתנת לבני 80+, או לזכאי שיש לו ילדים התלויים בו והגרים איתו, או לעיוורים.

- תוספת חימום.

- תוספת עבור כביסה לאנשים שאינם מסוגלים לטפל בכביסה.

- תוספת עבור עזרה ביתית.

- תוספת עבור תשלום שכר דירה. (אדם הזכאי לתוספת זו לא יקבל הנחה בשכר דירה מן הרשות המקומית).

יש לציין שכאשר אדם מאושפז בבית חולים, מכוסים צרכיו באמצעות שירות הבריאות הלאומי וישנו ניכוי או הפסקה בתשלום קיצבת הזיקנה. ניכוי הקיצבה הוא מינדי כאשר מדובר בכניסה לבית אבות של הרשויות המקומיות, או כאשר מדובר באדם שכבר נמצא בבית אבות ומגיע לגיל קיצבת זיקנה. כאשר מדובר באישפוז בבית חולים מופחתת קיצבת הזיקנה אחרי 8 שבועות של אישפוז, כאשר הניכוי גבוה יותר עבור מבוטח שאין לו תלויים. אחרי שנתיים של אישפוז בבית חולים יש ניכוי. נוסף בקיצבת הזיקנה. ניכוי זה הינו בשיעורים שונים לסוגים שונים של מבוטחים (עם או בלי תלויים, אשה נשואה המקבלת קיצבת זיקנה, ועוד). אחרי תקופת אישפוז ממושכת בבית חולים משולמת לאדם עם שיחרורו גימלה שבועית המיועדת לסייע לו לחזור לחיים רגילים בקהילה (resettlement benefit). גימלה זו משולמת מכספים שנאספו בשנה השניה לאישפוז ואינה ניתנת לאנשים העוברים להתגורר בסידור כלשהו המסופק באמצעות הרשויות המקומיות. ההטבה הסוציאלית המשולמת לאנשים חסרי אמצעים מופסקת מיד עם אישפוזו של הזכאי בבית חולים. גם התוספות השונות הניתנות למקבלי הטבה סוציאלית עבור חימום, דיאטה מיוחדת ועוד, מופסקות מיד.

שירותים מיוחדים (Attendance Allowance)

הגימלה עבור שירותים מיוחדים משולמת לנכים קשים מעל גיל שנתיים, הגרים בביתם והזקוקים לעזרת הזולת ולהשגחה ברוב שעות היום, במשך תקופה שמעל לששה חודשים, ואשר יש להם הוצאות נוספות הנובעות מהנכות שלהם. הגימלה אינה תלויה במבחן הכנסות ואינה ביטוחית (non-contributory). היא אינה נחשבת כהכנסה יועל כן אין משלמים בגינה מס הכנסה. הגימלה משולמת בשני שיעורים, בהתאם לדרגת הנכות.

זכאים לקבל גימלה לשירותים מיוחדים רק אנשים הגרים בבריטניה (אנגליה, סקוטלנד, וויילס וצפון אירלנד) בזמן הגשת התביעה, ואשר היו תושבי בריטניה לפחות במשך 6 חודשים בשנה שלפני הגשת התביעה. התביעה לגימלה לשירותים מיוחדים מוגשת לאחד מספיני משרד הבריאות והבטחון הסוציאלי, השולח רופא מוסמך לבקר בביתו של התובע. הרופא מגיש דו"ח על מצבו של התובע, וזה, יחד עם התביעה, מועברת למועצה לשירותים מיוחדים (Attendance Allowance Board). המועצה לשירותים מיוחדים מורכבת מרופאים ומאנשים אשר אינם עוסקים בתחום הרפואי אך מעורבים בצרכי נכים. אם המועצה מחליטה שאכן זכאי התובע מבחינת נזקקותו לטיפול ולהשגחה לקבלת גימלה, מועברת התביעה בחזרה למשרד הבריאות והבטחון הסוציאלי לאישורה על סמך תנאי הזכאות האחרים (תושב בריטניה; וכו'). בשנת 1979 היו יותר מ-50% ממקבלי הגימלה לשירותים מיוחדים בני 65¹, כאשר חלקם היה גבוה יותר בין מקבלי הגימלה בשיעורה הגבוה.

כפי שהוזכר לעיל, הגימלה לשירותים מיוחדים משולמת לנכים קשים הנמצאים בביתם, אך אם האדם נמצא בבית חולים או בבית אבות הממומן על ידי הממשלה, מופסק תשלום הגימלה אחרי שהות של ארבעה שבועות. במקרה בו הנכה או משפחתו מכסים את הוצאות האישפוז, הגימלה אינה מופסקת.

אמנם, כעיקרון, מוגדרת הגימלה לשירותים מיוחדים כחטבה המיועדת לכסות את הצרכים הנובעים מנכות קשה, ואיננה מוגדרת באופן רשמי כחלק ממערכת הבטחת הכנסה, אך בפועל היא מהווה תוספת הכנסה לנכים. זאת, בשל חוסר תיאום בין זכאות לגימלה זו וקבלתם בפועל של טיפול אישי או השגחה בקהילה. מצב זה נובע בעיקר מן העובדה שאדם המקבל גימלה לשירותים מיוחדים יכול, נוסף עליה, ועל סמך תנאי זכאות שונים, לקבל שירותים שונים בקהילה - שחלקם אמור היה לרכוש באמצעות הגימלה שלו.

גימלה לטיפול בנכה (Invalid Care Allowance)

הגימלה לטיפול בנכה משולמת לאנשים מתחת לגיל קיצבת זיקנה, אשר אינם משתכרים כתוצאה מהיותם חייבים להשאר בבית כדי לטפל בנכה המקבל גימלה לשירותים מיוחדים. זכאים לקבל גימלה לא-ביטוחית זו אנשים מגיל 16 ועד לגיל 65 (גבר) ו-60 (אשה) המוכיחים שמטפלים בנכה קשה לפחות 35 שעות שבועיות. מעל לגיל זה ניתן לקבל גימלה זו רק עם הזכאות התחילה לפני גיל זה. ביוני 1981 בוטל תנאי הזכאות לפיו חייב היה האדם המטפל להיות קרוב משפחה של הנכה כדי להיות זכאי לגימלה.

¹ Social Security Statistics, Table 14.30, pp. 87-88.

אשה הגרה עם גבר כאשתו אינה זכאית לגימלה. כמו כן, מי שבעצמו מקבל גימלה אחרת ממערכת הבטחון הסוציאלית בסכום שווה או גבוה מן הגימלה לטיפול בנכה, אף הוא אינו זכאי לה. אפשר לתבוע גימלה רטרואקטיבית עבור תקופה קודמת, עד לשלושה חודשים, בה מילא התובע אחר כל תנאי הזכאות. אם הזכאי לגימלה, או הנכה המטופל על ידו, מאושפזים בבית חולים הגימלה מופסקת.

תיאום בין שלושת הגופים

באופן רשמי קיים פיצול וחוסר תיאום בין שלושת הגופים המרכיבים את מערכת הרווחה באנגליה: שירות הבריאות הלאומי, השירותים החברתיים-אישיים ומערכת הבטחון הסוציאלית. חוסר תיאום זה מתבטא הן במתן שירותים והן במימונם. כיוון שאין גוף מקומי סטטוטורי המיועד לתאם בין המשרדים השונים, נשארה עבודת התיאום ומציאת פתרון לאדם הזקוק לשירותים בידי אנשי המקצוע המקומיים. נידתן לצידן שהחל משנת 1976 נעשים ניסיונות שונים למימון משותף של שלושת הגורמים.

הגורם הרשמי היחיד הדואג לתיאום בין שלושה גופים אלה הוא הוועדה המשותפת לתיכנון שירותים (Joint Committee for Planning Services) המנוהלת על ידי שירות הבריאות הלאומי, והמנסה להגיע לשיתוף פעולה בדרג המקומי בין גורמי הבריאות לבין שירותי הרווחה בפרויקטים מסויימים. עיקר פעולותיה של הוועדה מכוונות לאנשים עם ירידה שכלית. כמו כן, הגברת הצורך באספקת שירותים לקשישים הביאה להתפתחות דפוסי תיאום שונים, אשר חלק מהם הוזכרו לעיל: מתן שירותים סיעודיים-רפואיים בבתי אבות על ידי אחות ומכספי שירות הבריאות הלאומי; השתתפות כספית של הרשויות המקומיות בבתי חולים יום; עובד סוציאלי הממומן על ידי הרשות המקומית והיושב בצוותי הערכה, איבחון ותיכנון במחלקות גריאטריות בבתי חולים, ועוד. כאמור, מעמד מיוחד בהתפתחות דפוסי התיאום יש לרופא הכללי באנגליה, שכן הוא מהווה את מוקד התיאום הראשוני.

ראוי לציון גם התיאום הבלתי רשמי הקיים בין בתי האבות לבין בתי החולים. בין גופים אלה קיימים הסכמים בלתי רשמיים ל"החלפת חולים", כאשר בתי האבות מעבירים לבתי החולים אנשים המגיעים לירידה רצינית ביכולתם הטיפקודית והזקוקים לטיפול ממושך, רפואי וסיעודי, ומצד שני, בתי החולים מעבירים לבתי האבות אנשים המשתחררים מאישפוז, אך אינם עצמאיים דיים כדי לחזור לטיפקוד מלא בביתם.

על אף ניסיונות תיאום אלה, הודגש הצורך בקרב אנשי המקצוע באנגליה בכללים ובהנחיות יותר מחייבים ליתר תיאום שבין מערכת הבריאות ומערכת השירותים החברתיים, במיוחד בתחום הקצאת המשאבים ואספקת השירותים.

סיכום

בניסיון לסכם את מערכת השירותים לטיפול ממושך באנגליה ראוי לחזור ולציין מספר איפיונים מיוחדים לארץ זו:

1. קיימת מסורת עמוקה של אחריות מקומית מצד הרשויות המקומיות לפיתוח ולאספקת שירותים. מסורת זו מבוססת על אופיו היציב של מערך השירותים במישור המקומי, על היותה של האוכלוסייה בדרך כלל ותיקה והומוגנית, ועל מחוייבות פוליטית של הרשות המקומית לאוכלוסייתה. על פי מסורת ושיטות המימון שהתפתחו, הוקמו רשתות מקיפות של שירותים מקומיים אשר עלותם הלכה וגדלה. בשנים האחרונות יש ניסיון לצמצם ולחסוך בהוצאות מקומיות אלה, בעיקר על ידי קיצוץ בהקצאות הכספיות הניתנות לרשויות על ידי הממשלה.

2. לצד הפיתוח בשירותים, קיימת מסורת עמוקה של דאגה ואחריות המשפחה לטיפול בקשיש, וכך דפוסים שונים של עזרה הדדית על ידי שכנים. דפוסים אלה מהווים שיקול חשוב בתיכנון שירותים ובהקצאת משאבים בתוך הקהילה.

3. השירותים הקהילתיים לטיפול ממושך המפותחים ביותר הם העזרה הביתית והארוחות החמות. שירותים אלה הפכו עם הזמן לשירותים לאוכלוסייה הקשישה בכללותה, ולא דווקא לקשישים ברמות הכנסה נמוכות.

4. באנגליה אין הפרדה חד-משמעית. בין הטיפול האקוטי לטיפול הממושך. עובדה זו השפיעה הן על פיתוח השירותים לקשישים ועל צורת אספקתם, והן על דפוסי הטיפול הממושך, כגון: סידור לתקופות ארוכות, ואף לצמיתות, של חולים סיעודיים קשים בבתי חולים כלליים או בבתי חולים גריאטריים. חוץ ממספר מוסדות וולונטריים פרטיים ומספר בתי חולים גריאטריים הפועלים כמוסדות סיעוד, הדגם של מוסד סיעודי לקשישים סיעודיים בלבד אינו מפותח באנגליה.

5. מורגשת מאד באנגליה נחישותם של אנשי מקצוע לנסות להחזיר את האדם הקשיש לביתו ולאפשר המשך מגוריו בקהילה, עד כמה שאפשר. מכאן החשיבות הרבה הניתנת להתפתחות אספקת שירותים תומכים בקהילה ולפיתוח מסגרות ביניים לאנשים שאינם זקוקים לבית חולים. שירותים אלה, כמו בתי חולים יום, מאפשרים לאדם לקבל

טיפול אישי במשך שעות היום ודוחים את הצורך בסידור מוסדי.

6. אין לרשות הממשלתית יכולת לתכנן או לפקח על השימוש בפועל בכספים במישור המקומי. כתוצאה מצורת המימון והמבנה האירגוני של השירותים החברתיים-האישיים, אין באנגליה כללי זכאות ברורים ומוגדרים לאוכלוסייה הניזקת לשירותים אלה. כללי הזכאות שונים בכל מקום ותלויים בעיקר באנשי המקצוע המקומיים. מבחינת צורת אספקת השירותים, הם מסופקים בעין ומוקצים בכל מקום לניצרכים ביותר. עבור כל השירותים הניתנים בקהילה יש השתתפות עצמית של המקבלים. מקבלי הטבה סוציאלית ממערכת הבטחון הסוציאלי אינם משתתפים בהוצאות השירותים.
7. למעט הועדה המשותפת לתיכנון השירותים, אין גוף סטטוטורי לתיאום השירותים. חשוב לציין שמוקד התיאום וההפניה במישור המקומי הוא הרופא הכללי, אף כי אין גוף רשמי בקהילה לתיאום שירותים עבור הפרט. בתקופה האחרונה התפתחו דפוסים שונים של שיתוף פעולה ותיאום בתיכנון ובאספקת השירותים בקהילה, אך לא בצורה רשמית ומחייבת.

דורון, אברהם. שירותי רווחה לאוכלוסיה הקשישה בשמונה ארצות, סקירה משוואה.
ירושלים: ג'וינט ישראל, 1970.

Age Concern. Age Concern at Work. London: 1980.

- Community Health Council Information Pack. London: 1977.
- New Age. The Journal for Those Who Work with Elderly People.
London: 1981.
- Profiles of the Elderly and Their Use of Social Services.
Oxford: Age Concern Research Unit, 1981.
- Services for the Over Sixties. London: Lambeth Old People's
Welfare Association, 1980.

British Information Services. Social Welfare in Britain. London:
Central Office of Information, 1980.

Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. Personal and
Social Services Statistics, 1979-80 Estimates. London: Statis-
tical Information Service, 1979.

Department of Health and Social Security. Aids for the Disabled. Leaflet
HB.2. London: HMSO, 1980.

- Attendance Allowance. Leaflet NI.205. London: HMSO, 1980.
- Care in Action. London: HMSO, 1981.
- Cash Help. Leaflet SB.9. London: HMSO, 1980.
- Distribution of HPSS Expenditure by Age and the Calculation of
Effect of Demography on Expenditure. Internal Report. London,
1980.
- Going into Hospital? Leaflet NI.19. London: HMSO, 1980.
- Growing Older. London: HMSO, 1980.
- A Happier Old Age. London: HMSO, 1978.

- Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978.
London: HMSO, 1980.
- Help for Handicapped People. Leaflet HB.1. London: HMSO, 1981.
- Invalid Care Allowance. Leaflet NI.212. London: HMSO, 1981.
- Invalidity Benefit. Leaflet NI.16A. London: HMSO, 1980.
- Method for Estimating Expenditures by Client Groups. Internal Report, 1980.
- Minutes of Evidence Taken Before the Social Services Committee. Internal Report, 1981.
- Mobility Allowance. Leaflet NI.211. London: HMSO, 1980.
- National Insurance Contribution Rates. Leaflet NI.208. London: 1981.
- Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party. London: HMSO, 1976.
- Sickness Benefit. Leaflet NI.16. London: HMSO, 1980.
- Social Security Benefit Rates. Leaflet NI.196. London: HMSO, 1980.
- Social Security Statistics. London: HMSO, 1980.
- Supplementary Benefits Handbook. A Guide to Claimants' Rights. London: HMSO, 1980.
- Which Benefit? 60 Ways to Get Cash Help. Leaflet FB.2. London: HMSO, 1979.
- Your Retirement Pension. Leaflet NP.32. London: HMSO, 1980.

Her Majesty's Stationery Office. Social Security Provision for Chronically Sick and Disabled People. London: 1974.

Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane. Long-Term Care in Six Countries
Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1976.

סקוטלנד

הבסיס החוקי עליו מושתתת מערכת הרווחה בסקוטלנד, ובתוכה השירותים לקשישים, כמעט זהה לבסיס באנגליה, כאשר ההבדלים הינם בעיקר פונקציה של המבנה ההיסטורי והתרבותי בכל אחת מהמדינות.

בדומה לאנגליה, מערכת הרווחה החברתית בסקוטלנד מורכבת משירות הבריאות הלאומי האחראי למתן שירותי בריאות לאוכלוסיה כולה; השירותים החברתיים-אישיים המספקים עזרה לקבוצות אוכלוסיה נזקקות; ומערכת הבטחון הסוציאלי המקנה קיצבאות וגימלאות, כפי שתואר בפרק על אנגליה.

עם זאת, במישור המקומי בסקוטלנד, שיתוף הפעולה בין שלושת הגופים הללו מודגש יותר מאשר באנגליה. אף כי מבחינה חוקית ומינהלית אין מסגרות תיאום סטטוטורי-ריות, הסקוטס שואפים לשיתוף פעולה הדוק ברמה הביצועית.

השינויים המתרחשים בעשורים האחרונים בגודל ובמבנה האוכלוסיה הקשישה גורמים לכך שהקשישים הינם אחת הקבוצות המרכזיות במערכת הרווחה בסקוטלנד, ומחווים גורם חשוב בתיכנון השירותים בעתיד. בשנת 1978 היה שיעור הקשישים 13.7% מתוך אוכלוסיה של כ-5.2 מיליון תושבים¹. בעוד שתחזית האוכלוסיה בסקוטלנד מראה כי מספר הקשישים בני 65+ יגדל ב-4% בשנים 1976-91, שיעורם באוכלוסיה לא יגדל בצורה משמעותית. עם זאת, בדומה למדינות מערביות אחרות, יהיה גידול משמעותי בקרב קבוצת בני 75+. במספרים מוחלטים מספר האנשים בגילים 75-84 יגדל מ-200,500 בשנת 1976 ל-243,000 בשנת 1986, ומספר האנשים בני 85+ יגדל מ-41,200 ל-54,000 באותן השנים. זה מהווה גידול של 21% ו-31% בהתאמה².

התרשים הבא מתאר בצורה סכמטית את חלוקת הסמכויות והאחריות מהמימשל המרכזי למישור המקומי, ומציין את השירותים השונים לקשישים (לא כולל את מערכת הבטחון הסוציאלי).

¹Health in Brief. NHS Statistics (Scotland), 1978.(Edinburgh: Information Services Division, 1979), Table 1.1, pp. 6-7.

²Changing Patterns of Care.(Edinburgh: Scottish Home and Health Department, 1980), pp. 10-11.

(Secretary of State for
Scotland)

מזכיר המדינה עבור סקוטלנד
בממשלה

תת-שר לבריאות	תת-שר לדיור	תת-שר לחינוך ושירותי רווחה
(Parliament Under-Secretary of State for Home and Health)	(Parliament Under-Secretary of State for Housing)	(Parliament Under-Secretary of State for Education and Social Work Services)

המשרד הסקוטי לבריאות	המשרד הסקוטי לפיתוח	המשרד הסקוטי לחינוך
(Scottish Home and Health Department)	(Scottish Development Department)	(Scottish Education Department)
Health Boards (15)	District Councils (53)	Regional Councils (9)

שירותי בריאות ראשוניים	דיור רגיל	<u>שירותי רווחה</u>	
רופאים כלליים	דיור מוגן	עבודה סוציאלית	אירגונים וולונטריים
טיפול סיעודי-רפואי בבתים		עזרה ביתית	אשר מספקים אותם
אחיות בריאות הציבור		בתי אבות	השירותים
רפואת שיניים		מרכזי יום	
רופאים מומחים		מועדונים	
הערכה לאישור כניסה לבית אבות ובית חולים		ארוחות חמות	
שיקום		שירותי תחבורה	
שירותי בית אקוטיים		שירותי כניסה	
טיפול ממושך בבית		שירותי ספרייה	
פיזיותרפיה			
טיפול בעיסוק			
טיפול בדיבור			
כירופודיה			

שירותי הבריאות

שירות הבריאות הלאומי החל פעילותו בסקוטלנד בשנת 1948, כאשר מטרתו היתה להבטיח שירותי בריאות לאוכלוסיה כולה. כפי שארע באנגליה, אורגנה מערכת שירותי הבריאות בסקוטלנד מחדש בשנת 1974. הוקמו 15 צוותי בריאות (health boards) איזוריים; כאשר מספר רשויות הבריאות המקומיות (districts) שונה בכל אחד. גודל האוכלוסיה באחריות צוותי הבריאות משתנה, מ-17,000 ועד יותר ממיליון איש¹.

חשוב לציין כי במערכת שירותי הבריאות בסקוטלנד חלוקת האיזורים אינה מוחלטת וסופית, וקיים שיתוף פעולה רב בין צוותי הבריאות השונים, ולפעמים הם מספקים שירותים לאוכלוסיה השייכת לאיזור אחר.

מימון

כפי שניתן לראות בלוח 1, ההוצאות עבור שירותי הבריאות בסקוטלנד הגיעו בסוף שנת התקציב 1976/77 ל-679.4 מיליון £, כאשר 68.9% היו הוצאות עבור שירותי בתי חולים.

לוח 1: ההוצאות עבור שירותי הבריאות 1976/77 (במיליוני £)

שירותים	במספרים	באחוזים
שירותי בתי חולים	467.9	68.9
שירותי בריאות בקהילה	39.7	5.8
שירותים רפואיים כלליים	39.8	5.9
שירותי רפואת שיניים כלליים	22.1	3.2
שירותי בתי מרקחת	60.3	8.9
שירותי רפואת עיניים	7.2	1.1
שירותים אחרים	42.4	6.2
ס"ה	679.4	100.0

המקור: The National Health Service in Scotland, 1948-1978, Table 2, p.19

¹Care of the Elderly. (Edinburgh: Department of Health and Social Security, 1980), p. 3.

בשנת 1971/72 הוצאות היו 263.0 מיליון £ (גידול ריאלי של 14% במשך תקופה של 5 שנים). הוצאות שירותי הבריאות ממומנות ב-90.2% באמצעות המיסוי הכללי, 8.0% על ידי השתתפותו של השירות הלאומי לבריאות ו-1.8% על ידי תשלומיהם של המקבלים עבור שירותים מסוימים ותרופות.¹

אספקת שירותי בריאות לקשישים

בשנת 1980 היו כ-2,830 רופאים כלליים בסקוטלנד, כאשר לכל אחד מהם היו בממוצע כ-2,000 חולים.² בתקופה האחרונה נפוצה בסקוטלנד הקמתם של מרכזי בריאות הכוללים מספר רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים. יש לציין שניתן עידוד כספי לרופאים כלליים במרכזים אלה להרכיב רשימות לקוחות לפי גיל ומין, במטרה מיוחדת לאתר את אוכלוסיית הקשישים בסיכון.

טיפול הקשישים בבתי החולים

הקשישים בסקוטלנד מקבלים טיפול במחלקות שונות בבתי חולים, ביחידות גריאט-ריות בבתי חולים כלליים, או בבתי חולים גריאטריים מיוחדים. בשנת 1975 היו 38.7% מהמיטות לטיפול אקוטי בבתי חולים של שירות הבריאות הלאומי בסקוטלנד ממוסות על ידי בני 65+,³ ובשנת 1976 היו 9,000 (15%) מתוך 60,000 המיטות שהיו ב-352 בתי החולים של שירות הבריאות הלאומי מיטות פסיכיאטריות לטיפול לא-אקוטי.⁴ הטיפול הסייעודי הרפואי ניתן באמצעות מיטות לטיפול ממושך במחלקות גריאטריות. במחקר שנערך בשנת 1972⁵ נמצא כי החולים המאושפזים ביחידות גריאטריות בבתי חולים כלליים, מבוגרים יותר מהחולים הקשישים המופנים למחלקות אחרות בבית החולים; כמו כן, אחוז גבוה יותר מביניהם מתגורר לבדו, בתנאי דיור בלתי הולמים, והם בעלי הכנסות נמוכות או חסרי אמצעים.

בתקופה האחרונה גברה בסקוטלנד המודעות לחשיבותה וליעילותה של הקמת יחידות גריאטריות מיוחדות לטיפול בקשישים בבתי חולים כלליים, או הקמת בתי חולים גריאטריים. כיום יש יחידה גריאטרית בכל בית חולים כללי איזורי, עם 30-60 מיטות בכל יחידה. מודעות זו נובעת מההבנה כי בטיפול הרפואי בקשישים יש לקחת בחשבון את האספקטים הפיסיולוגיים, הפסיכולוגיים והסוציולוגיים של המחלה כאחד.

¹The National Health Service in Scotland, 1948-1978. (Edinburgh: HMSO, 1978), Table 2. p. 19.

²Care of the Elderly, 1980, p. 5.

³Changing Patterns of Care. (Edinburgh: Scottish Home and Health Department, 1980), Table 8, p. 98.

⁴The National Health Service in Scotland, 1948-1978, p. 23.

⁵Robert L. Kane and Rosalie A. Kane. Long-Term Care in Six Countries (Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1976) p. 34.

היחידות הגריאטריות או בתי החולים הגריאטריים מטפלים לא רק באיבחון וטיפול מחלות אקוטיות הדורשות טיפול ממושך, אלא גם באספקטים השיקומיים של המחלה ובהחזרתו של החולה לקהילה.

עבודתן של המחלקות הגריאטריות מבוססת על ההנחה כי המסגרת הרצויה לקשיש הינה ביתו, ושיש לראות את הטיפול הרפואי בקשיש כטיפול מתואם עם הקהילה המכוון להחזרתו המהירה לקהילתו ולביתו.

בעיר אדינבורג היתה הזדמנות מיוחדת לראות מקרוב את תיפקודה של מחלקה גריאטרית¹ ומקומה במערכת השירותים לטיפול ממושך. התהליכים לאספקת שירותים שפותחו בקהילה זו הושפעו מאד מפרופ' פ. וויליאמס, אשר ניסה במשך שנים ליישם בפועל מודל של איזון בפיתוח ובאספקת שירותים (balance of care model), המבוסס בעיקר על קשת של צרכים ושירותים דרושים. ההנחה בפיתוח מודל זה היא שחוסר איזון או מחסור בחלק מהמערכת יגרום ללחץ ועומס בחלקים אחרים. דוגמא טובה לכך בחברה מודרנית היא הלחץ והעומס על הטיפול האקוטי, בעקבות מחסורים בשירותים אחרים. בשל החשיבות החברתית הניתנת לרפואה אקוטית, מושקעים בסקטור זה היום משאבים רבים ואנשים רבים נכנסים למערכת השירותים הכללית דרך סקטור יקר זה - ולעיתים נשארים שם ללא צורך.

המודל לאספקת שירותים בקהילה זו מבוסס על מספר עקרונות:

א. שיתוף פעולה הדוק בין היחידה הגריאטרית לבין הרופאים המטפלים בקהילה, אשר מפנים אנשים ליחידה לצורך אבחנה וטיפול. כלומר, לגבי הרופא הכללי היחידה מהווה מעין שירות שהוא יכול להעזר בו לצורך הערכה ואבחנת צרכים. מדיניות היחידה היא לעודד הפניות על ידי הרופא. יש לציין שמדיניות זו לא גרמה להצפת היחידות, כפי שפחדו חלק מהרופאים ביחידה. משיחה עם רופא כללי אחד התברר שכ-10% מהחולים שלו מופנים ליחידה הגריאטרית לצורך אבחנה.

ב. יש ניסיון לשחרר את בית החולים מהתדמית הרפואית בלבד, ולהדגיש יותר את תפקידו כשירות המציע מומחיות בהערכה ובאיבחון צרכים קליניים וחברתיים של קשישים בשיתוף עם גורמים אחרים בקהילה, נוסף לתפקידו הרפואי. כתוצאה מגישה זו, קיימים למעשה בקהילה שני מוקדים להערכה ולאיבחון, ולקביעת תוכנית טיפול ושירותים דרושים:

¹ הביקור נערך במחלקה הגריאטרית ב-City Hospital באדינבורג

1. היחידה הגריאטרית בבית חולים - יחידה זו פועלת כצוות להערכת ולאיבחון צרכים עבור חולים המשתחררים, גם לאחר תקופה קצרה של אישפוז שהיה לצורך אבחנה והערכת צרכים בלבד. צוות בין-מקצועי בבית החולים, כולל נציגים של השירותים הקהילתיים ורופא כללי, מחליט על תוכנית טיפולית מקיפה הדרושה לאדם. לכל חבר צוות תחום מומחיות משלו, והרופא אינו הקובע היחיד. ההחלטות המשותפות המתקבלות במסגרת צוות זה כוללות את עצם ההחלטה והמועד לשיחרור בהתאם ליכולת הקהילה לקלוט את האדם באותה תקופה, וכך תוכנית טיפולית להמשך טיפול, כולל: טיפול רפואי בבית, בית חולים יום, בית אבות, מוסד סיעודי, טיפול אחות בבית, וכו'.

2. המחלקה הסוציאלית - עובד סוציאלי פועל כגורם מאבחן ומתכנן תוכניות טיפוליות ושירותים דרושים, שלא בשיתוף עם הרופא הכללי ואחות בריאות הציבור בקהילה, עבור קשישים שלא הגיעו ליחידה הגריאטרית.

ג. יחידה הגריאטרית מודגשת במיוחד החשיבות והכדאיות הכלכלית של ביקור הבית לשם הערכה ואיבחון. במחקר שנערך¹ מתברר שמתוך כלל ביקורי הבית שהתבצעו ביוזמת היחידה הגריאטרית בתקופה מסוימת, ב-10% היתה הבעיה רפואית בלבד, ולפיכך לא היה צורך בביקור הבית נוסף לבדיקה בבית החולים. ביתר המקרים היתה בעיית הקשיש מורכבת והיה צורך לכלול בהערכה ובאיבחון גורמים משפחתיים-חברתיים כדי להציע פתרון טיפולי-רפואי מתאים בעת אישפוז הקשיש ביחידה ולאחר שיחרורו. צויין, שבאנגליה ובוויילס יורד שיעור ביקורי הבית כיוון שמטרתם העיקרית לקבוע סדר עדיפות לאישפוז ולא להעריך צרכים ולקבוע תוכנית טיפולית. ביקור בית של אחות בריאות הציבור ושל הרופא הכללי מהווים אף הם חלק חשוב משירותי הבריאות בקהילה. לדוגמא, בחודש אחד, מתוך 118 ביקורי בית של רופא אחד בקהילה, 64% היו ביקורים לקשישים, מתוכם 40% ביוזמת הרופא עצמו.²

ד. דגש מיוחד הושם על הערכה קודמת לטיפול ממושך. באופן כללי, אין מכניסים אדם לבית אבות או למחלקה לטיפול ממושך בבית חולים ללא הערכה ואיבחון מלא של האדם ומשפחתו על ידי היחידה הגריאטרית.

¹ נתונים שלא פורסמו

² מידע אישי מבוסס על תיקים במרפאת דר' מטוסון, רופא כללי באדלנבורג

מעניין לציין שמתוך סך הכל ההפניות של רופאים כלליים ליחידה, מתקבלים 42.3% ליחידה לצורך טיפול רפואי כלשהו, ו-2.1% מועברים למחלקות אחרות בבית החולים לצורך טיפול בגלל שאין מיטות ביחידה. היתר (55.6%) משוחררים לאחר קבלת איבחון והערכה בלבד. רק 4.7% מתוך המתקבלים לטיפול זקוקים לטיפול ממושך בבית החולים¹.

ה. לפי דעת הרופאים ביחידה, יש מחיר לאחוז הגבוה של שיחרורים (55.6% מתוך הפונים), כיוון שקשישים משתחררים גם במצב תפקודי רפואי רופף. יש שיעור גבוה של אישפוז מחדש (אפילו לתקופות קצרות של טיפול או עזרה למשפחה), עקב שינויים במצב האדם ומשפחתו. תופעה זו מתקבלת כחיובית מאד ביחידה, השואפת ליחסי אימון הדדיים בין היחידה לבין הקהילה והמשפחה, כי היא מעידה מצד אחד על העובדה שהמשפחה מוכנה לקבל את הקשיש גם במצב של מוגבלות, ומצד שני קיימת תגובת נכונות ביחידה להמשיך להיות אחראיים לקשיש.

מודגשת העובדה שרוב הקשישים המופנים מתקבלים ביום הפניה ליחידה. מדיניות זו חשובה מאד למשפחה, כי לקליטה המהירה תפקיד עיקרי בבניית אותו יחס של אימון בין היחידה לבין הקהילה והמשפחה. יצויין כי בעקבות גישה זו מוכנים יותר הקהילה והמשפחה לקבל חולה בחזרה לאחר שיחרור מבית החולים.

ו. בעיקר מטעמי חסכון בהוצאות ישנו שימוש מועט של ה-out-patient clinic לצורך מעקב רפואי-סיעודי לגבי משתחררים מבית החולים. תפקיד זה מועבר עד כמה שאפשר לאחות בריאות הציבור ולרופא המשפחה. מדיניות זו היא חלק מהקשר עם הקהילה והמשכיות הטיפול והמעקב לאחר השיחרור מבית החולים.

הקמתן של היחידות ושל בתי החולים הגריאטריים לא היתה אפשרית לפני האירגון מחדש של שירותי הבריאות בשנת 1974. השינויים המינהליים איפשרו אינטגרציה של שירותי הבריאות בבית החולים ובקהילה, תוך ניסיון להבטיח המשכיות הטיפול מהבית, דרך בית החולים, ובחזרה לקהילה.

¹Williamson, J. Referrals to Geriatric Unit, City Hospital, 1982.

ביחידות ובבתי החולים הגריאטריים קיימות כ-14 מיטות ל-1000 קשישים בני 65+, כאשר חלק מהן מיועד לטיפול אקוטי-גריאטרי, לשיקום, ולטיפול ממושך. עבור אוכלוסיה של 697,772 קשישים מעל גיל 65 בשנת 1976, היתה חלוקת המיטות בבתי חולים כדלקמן¹:

ס"ה מיטות	מיטות להערכה, איבחון וטיפול אקוטי	מיטות לטיפול ממושך ושיקום
9771	24%	76%

בתי חולים יום

בתי חולים אלה מיועדים לתת טיפול רפואי ושיקום לחולים בעלי דרגת נכות שאינה מצדיקה אישפוז, אך הזקוקים למעקב רפואי מסויים, במיוחד במשך היום.

להבדיל ממרכזי היום המטפלים בעיקר באספקטים חברתיים, בית חולים יום מעורב בעיקר באספקטים רפואיים שיקומיים. ניתן לראות בבתי חולים יום הרחבה או המשכיות של היחידה הגריאטרית, אם כי חשוב לציין את השפעתו במניעת אישפוז.

מספר בתי החולים יום בסקוטלנד נמצא בעליה, ובשנת 1979 היה בית חולים יום אחד או יותר בקרוב למחצית המחוזות בשירות הבריאות הלאומי בסקוטלנד². מדיניות הממשלה היא לספק שני מקומות בבתי חולים יום לרפואה גריאטרית ל-1000 קשישים, ושלושה מקומות לגריאטריה פסיכיאטרית ל-1000 קשישים. בשנת 1976 היו 650 ו-210 מקומות, בהתאמה³, לאוכלוסיה בת 697,772 נפש.

בהתאם לגישת המדיניות בסקוטלנד המדגישה את הצורך בתיכנון ובמחקרי הערכה, הוגשו בשנת 1971 קווים מנחים המתארים את המבנה הרצוי לבית חולים יום⁴, אשר יהווה חלק חשוב במערכת המשולבת של שירותים לקשיש. על פי המלצות אלו, בית חולים יום גריאטרי צריך לספק מקום ל-60 חולים במוצע, בהתאם לצרכים ולביקוש בכל איזור ואיזור. 20 מהמקומות הללו יהיו מיועדים להשגחה רפואית וטיפול חברתי

¹Care of the Elderly, 1980, Table 2, p. 11.

²Changing Patterns of Care, 1980, p. 66.

³Care of the Elderly, 1980, p. 15.

⁴T.C. Picton Williams. A Geriatric Care Unit and a Psycho-Geriatric Acute Assessment Unit. (Edinburgh: St. Thomas Hospital, 1971).

בלבד, ויממונו על ידי הרשויות המקומיות. כוח האדם שיהיה אחראי לתיפקוד בית החולים יום יהיה מורכב מרופא, פיסיותרפיסט, כוח עזר, אחות, עובד סוציאלי וצוות מינהלי ופקידותי. מספר אנשי הצוות יקבע על פי מספר החולים והצרכים שלהם. כמו כן, לפי תיכנון זה, בית חולים יום גריאטרי רצוי שיהיה מצויד בחדר אוכל, איזורי מנוחה, חדר טלוויזיה, חדר ספורט, איזור לעיסוק פיסיותרפי, מרפאה, מרפאת שיניים וכירופודיה, מספרה, שירותי אחות, נוחיות ומקלחות. הועלו המלצות להאריך את פעילותו של בית החולים יום מחמישה לשבעה ימים בשבוע. הודגשה חשיבותם המיוחדת של שירותי הסעה, דבר המייקר מאד את בית החולים יום.

אף כי יעילותם והשפעתם של בתי חולים יום גריאטריים על רווחתם של קשישים לא הוכחו עדיין באופן מובהק, מוחגשת בדרך כלל שביעות רצונם של צוותי בתי חולים לגבי התקדמות ויעילות העבודה.

שירות היעוץ הסקוטי לבתי חולים (Scottish Hospital Advisory Service)

הדאגה לפיתוח ולהבטחת איכות הטיפול הינה מרכזית בסקוטלנד. למטרה זו הוקם שירות היעוץ הסקוטי לבתי חולים בשנת 1969 על ידי המשרד הסקוטי לבריאות. שירות זה אחראי על בדיקת התנאים בכ-160 בתי חולים המספקים טיפול ממושך לקשישים, חולי נפש, חולים כרוניים אחרים ומפגרים. שירות היעוץ הסקוטי מבוסס על צוות בין-מקצועי המורכב מרופא, אחות, עובד סוציאלי ואדמיניסטרטור. הצוות מבקר בבתי חולים ומדווח ישירות למזכיר המשרד הסקוטי לבריאות, כשהעתקים של הדו"ח מועברים לבתי החולים וללשכת הבריאות המקומית. כוח האדם המועסק בשירות (להוציא עובדים סוציאליים יועצים) מועסק במסגרת המשרד הסקוטי לבריאות. העובדים הסוציאליים מועסקים ביחידת השירותים הסוציאליים (Social Work Services Group), השייכת למחלקת החינוך של סקוטלנד, ועובדים במשרה חלקית בשירות.

השירות הוקם במטרה לספק מידע ולהגיש המלצות לממשלה ולועדות הבריאות על רמת השירותים בבתי חולים. כמו כן, מטרתו לעזור בתיכנון שירותים וביעוץ בנושאי מחקר, חינוך והכשרה מקצועית. תפקידו מתרכז ביעוץ בלבד, כאשר תפקיד הפיקוח הינו בידי ועדות הבריאות. שירות היעוץ מהווה קשר חשוב המעודד שיתוף פעולה בין בתי החולים לבין הגופים השונים המעורבים במערכת הרולחה.

יש להדגיש שהמלצות שירות היעוץ אינן מחייבות, אך עקב היותו גוף ציבורי אשר מימצאיו פתוחים לציבור, מהות המלצותיו מוקד לחץ לשינויים.

עבודתו של השירות מבוססת על מספר עקרונות:

א. הודעה לבית החולים שלושה חודשים מראש לקראת הביקור המתוכנן.

ב. משלוח שאלון ראשוני לבית החולים.

ג. ביום הראשון של הביקור, הנמשך בהרך כלל כשבוע, מתקיימת פגישה כללית עם הצוות כדי לדון על בעיות, שינויים ותוכניות שהתפתחו מאז הביקור האחרון.

ד. ביקור בכל מחלקות בית החולים.

ה. שיחות עם העובדים בכל הדרגים, ועם החולים.

הערכת מצב בית החולים והגשת ההמלצות הסופיות מבוססות על שתי גישות מקצועיות עקרוניות:

1. קביעת יעדים מציאותיים ומעשיים לכל בית חולים בנפרד, תוך הנחה כי יעדים אשר אינם ניתנים להשגה לא יביאו לשינוי כלשהו. כלומר, היעדים אינם נקבעים לפי נורמה מסויימת, אלא מתייחסים לכל בית חולים בנפרד בהתאם לאילוצים המיוחדים הקיימים בו.

2. גישה כוללת הרואה את בית החולים כחלק מכלל השירותים הניתנים בקהילה. כדי לפעול בהתאם לגישה זו מקבל הצוות הבין-מקצועי של השירות מידע רב ומפורט על מיגוון השירותים הקיימים בקהילה, כולל: דיוור מוגן ובתי אבות, ומעריך את מידת כיסוי הצרכים על ידי מסגרות אלה. הצוות משוחח עם אנשי מקצוע בתחומי בריאות, חינוך, חברה ושיכון כדי לבדוק מה הם הצרכים בקהילה, ומה מקומו של בית החולים במילוי צרכים אלה.

לדברי אנשי השירות, בדרך כלל מתקבלת פעילותו בעין יפה על ידי צוותי בתי החולים וקיימים שיתוף פעולה, שיחות משותפות ודיון מעמיק בין צוות בית החולים לבין צוות השירות, במטרה להגיע להמלצות על בסיס מידע רחב.

בחמש השנים הראשונות לפעילותו, דיווח השירות על 485 נושאים הדורשים טיפול. מתוכם, 265 (55%) טופלו בלי בירור נוסף, ו-142 (29%) נפתרו חלקית. ב-78 הנושאים הנותרים לא הושגה התקדמות, בעיקר בגלל חוסר אמצעים או כוח אדם.¹

שירותים חברתיים לקשישים

חוק העבודה הסוציאלית משנת 1968 (Social Work (Scotland) Act) הכין את הדרך לאספקת שירותים חברתיים מקצועיים רחבים על ידי כך שהוא הסמיך את הרשויות המקומיות לתת שירותים. בפעם הראשונה, פונקציות השירותים החברתיים נפרדו באופן ברור מפונקציות הרווחה (כגון: בריאות וחינוך), ורוכזו תחת גג אחד, במשרד לשירותים חברתיים. משרד זה מחולק למחלקות איזוריות, שבכל אחת יש מספר צוותי עבודה מקומיים (area teams). באדינבורג, למשל, מופעלים היום 10 צוותי עבודה מקומיים המספקים שירותים חברתיים, כמו שירותים לילדים, טיפול קהילתי, טיפול בחולים ובנכים, טיפול במשפחות מרובות ילדים וחסרות דיור ושירותים חברתיים לקשישים. חשוב לציין כי בדומה לאנגליה, אין אוכלוסיית הקשישים מקבלת שירותים כאוכלוסייה נפרדת, אלא כחלק מכלל האוכלוסייה הנזקקת.

שירותים חוץ-ביתיים

שירות העובד הסוציאלי לקשישים

אף כי השירותים הניתנים על ידי העובדים הסוציאליים מאורגנים לכל האוכלוסייה, ואין מחלקה או עובד סוציאלי מיוחד המטפל רק בקשישים, הבעיות המיוחדות הקשורות בזיקנה מגבירות את חשיבותו של העובד הסוציאלי לגבי אוכלוסייה זו המהווה אחד הצרכנים העיקריים לטיפולן של הלשכות הסוציאליות. כך למשל, בחודש מרץ 1979 20% מהמקרים בטיפול של עובד סוציאלי היו מעל גיל 60.²

אך עיקר עבודתו של העובד הסוציאלי עם קשישים אינו מתרכז בזמן המוקדש לטיפול ישיר, אלא בהערכת הצרכים וסוג העזרה הדרושה, וביצירת הקשר בין הקשיש למספק השירות (עזרה ביתית, ארוחות חמות, ריפוי בעיסוק, דיור מוגן, בתי אבות ועוד), כאשר מטרתו המרכזית של העובד הסוציאלי היא לעודד את השארות הקשים בביתו או

¹ Scottish Hospital Advisory Service. (Edinburgh: HMSO, 1979).

² Specific Services for the Elderly. Internal Report, pp. 4-5.

בקהילה, עד כמה שאפשר. בדרך כלל מופנים הקשישים אל העובד הסוציאלי על ידי רופא המשפחה, ויש להניח כי הגידול הצפוי באוכלוסיה הקשישה (ובמיוחד בקבוצת הגילאים הגבוהים יותר), יביא לעליה במספר הקשישים שבטיפולו של העובד הסוציאלי. מגמה זו הגבירה את המודעות לחשיבות מתן הכשרה מיוחדת בעבודה סוציאלית עם קשישים, תחום אשר הוזנח יחסית בעבר בהכשרת עובדים סוציאליים.

עזרה ביתית

כמו באנגליה, גם בסקוטלנד מודגשת חשיבותה של העזרה הביתית, אשר אספקתה בעת הנכונה וברמה הדרושה יכולה למנוע או לדחות את הסידור המוסדי. הודגשה בסקוטלנד חשיבותה של העזרה הביתית במיוחד לאנשים המשתחררים מאישפוז בבית חולים והמסוגלים, עם מעט עזרה בעבודות הבית ובשיהוף עם שירותים רפואיים בקהילה, להשתחרר מוקדם יותר ולהשאר בביתם.

אמנם, עזרה ביתית ניתנת גם למשפחות מרובות ילדים, לנכים וכו', אך ב-31.3.80 כ-91% ממקבלי שירות זה היו מעל גיל 65 (ראה לוח 2). באותו תאריך, מתוך כל 1,000 איש בגיל 65+, 77 קבלו עזרה ביתית¹.

לוח 2: מקבלי עזרה ביתית לפי גיל (31.3.80)

ג י ל	אדינבורג		ס"ה סקוטלנד	
	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים
מתחת לגיל 65	1,167	11.6	5,638	9.3
מעל גיל 65	8,905	88.4	55,065	90.7

המקור: Home Care Services 1980. Social Work Services Group
Statistical Bulletin, Table 3, p. 7.

ס"ה מספר המקבלים (קשישים ולא קשישים) עזרה ביתית גדל ב-23% בין השנים 1976 ו-1980. 91% מהמקבלים בשנת 1980 קבלו עזרה רק בימי חול, ופחות מ-1% קבלו עזרה בלילה (ראה לוח 3).

¹Home Care Services. Day Care Establishments. Day Services 1980, Scotland. (Edinburgh: Social Work Services Group, 1981), Table 3, p. 7.

לוח 3: מספר המקבלים עזרה ביתית (31.3.80)

ס"ה	בלילה	במשך כל השבוע	בסוף שבוע בלבד	בימי חול בלבד	
49,548	55	15,829	101	33,563	1976
47,829	29	4,247	8	43,545	1977
51,778	115	5,115	1	46,547	1978
57,852	125	5,834	2	51,891	1979
60,703	78	5,247	84	55,294	1980

המקור: Home Care Services, 1980. Social Work Services Group Statistical Bulletin, Table 2, p. 7.

גידול זה מצביע על הניקוש הגובר והולך לשירות העזרה הביתית, אך גידול הצורך אינו מלווה בגידול הולם בכוח האדם הדרוש לאספקתה. משנת 1976 לשנת 1980 גדל מספר האנשים הנותנים עזרה ביתית רק ב-0.7%¹. אם גם לוקחים בחשבון את העובדה שרוב האנשים המספקים שירות זה מועסקים במשרה חלקית בלבד (לוח 4), לדעת אנשי מקצוע מקומיים הצריכה לעזרה ביתית גדלה במימדים העולים על האפשרויות לספק שירות זה באיכות טובה מבחינת מספר השעות הדרושות.

לוח 4: כוח האדם המועסק בעזרה ביתית לפי חלקיות המשרה, 1980.

בחוזים	במספרים	חלקיות המשרה
7	1,441	מועסקים במשרה מלאה
93	18,706	מועסקים במשרה חלקית

המקור: Home Care Services, 1980. Social Work Services Group Statistical Bulletin, Table 1, p. 6

¹Home and Care Services, Day Care Establishments, Day Services, 1980. Scotland. (Edinburgh: Social Work Services Group, 1981), Table 1, p. 6.

עד שנת 1968 היה השירות לעזרה ביתית בסקוטלנד קשור קשר מינהלי לשירותי הבריאות המקומיים, ומשנה זו הוא מסופק באמצעות הצוותים המקומיים של המחלקה לשירותים חברתיים. בתקופה האחרונה עבר שירות העזרה הביתית באדינבורג אירגון מחדש, והיום הוא מחולק לשלוש מחלקות המנוהלות כל אחת על ידי מארגנת (home care organiser). כל מחלקה אחראית על האוכלוסיה המטופלת על ידי שלושה או ארבעה צוותים מקומיים של הלשכה הסוציאלית ומטפלת ב-150 מקרים בממוצע. לשירות העזרה הביתית משרד נפרד והוא מנוהל כיחידה ניפרדת (home care section). ההפנייה לשירות זה היא בידי רופאי המשפחה ו/או העובד הסוציאלי של הקהילה, או של בית החולים, כאשר מדובר באדם שהיה מאושפז. אמנם, הזכאות הבסיסית לעזרה ביתית נקבעת על ידי הלשכות הסוציאליות, אך תפקידם של מארגני השירות הוא להעריך את הצרכים ולקבוע את מספר שעות העזרה הדרושות, ולפקח על טיב השירות הניתן ועל מצבו של מקבל השירות. הערכת וקביעת מספר השעות הדרושות מתבצעת בביתו של הקשיש ומתבססת על יכולתו הטיפקודית ועל מיצת העזרה הניתנת על ידי בני משפחה וחברים. יש לציין שקביעת מספר השעות הדרושות נעשית גם על פי שיקולים של כוח אדם והגבלות תקציביות, ולעיתים בשל הגבלות אלה מפחיתים שעות ממקבל אחד כדי לספק יותר שעות לאחר במצב דחוף יותר. באדינבורג ישנו ניסיון לבצע את הערכת הצרכים מיד אחרי קבלת הפניה. בדרך כלל מארגנת השירות מבקרת בביתו של הנזקק בתוך 24 שעות מקבלת הפניה. המעקב והפיקוח מתבצעים דרך ביקורי בית כל ששה שבועות.

מקבלי השירות 'משתתפים במימון על פי מבחן הכנסות (מקבלי הטבה סוציאלית מקבלים שירות זה בחינם), כאשר השאר מכוסה על ידי הרשות המקומית. התשלום המקסימלי למקבל שונה ממקום למקום ונקבע לעיתים על פי שיקולים פוליטיים של הרשות המקומית. למשל, בעוד שבגלזגו התשלום המקסימלי למקבל שירות הוא £ 2 לשעה, הרי באדינבורג התשלום המקסימלי הוא £ 50 ק, כאשר העלות לשעת עזרה הינה גבוהה בהרבה (השכר בלבד £ 1.66 לשעה ללא הוצאות מינהל ועוד). בשנת 1980 ההוצאות עבור עזרה ביתית באדינבורג, כולל הוצאות שכר היו £ 5,617,129, כאשר רק 5.2% כוסו על ידי השתתפותם של המקבלים¹.

כחלק מהנטיה להרחיב את תחום פעילותו של השירות לעזרה ביתית, בבוא המארגנת לביתו של הקשיש היא קובעת גם את זכאותו לארוחות חמות. כמו כן קובעת המארגנת

¹ Specific Services for the Elderly, p. 4.13.

את הזכאות לשירות כביסה המופעל בתשעה מתוך שנים עשר¹ איזורים בסקוטלנד והמיועד לאנשים אשר אינם שולטים על הסוגרים.

השירות מופעל בשיתוף עם משרד הבריאות ומתוקצב מכספים של שירות הבריאות בצורה של Joint Finance Project.

ארוחות חמות בבית

שירות זה נועד לספק ארוחה חמה לאנשים שאינם מסוגלים להכין אותה בעצמם. לאחר ירידה במספר הארוחות המסופקות בין השנים 1976 ו-1979, עקב צימצומים, גדל סך הכל הארוחות שסופקו ב-7% משנת 1979 לשנת 1980, ומספר האנשים המקבלים ארוחות חמות בביתם גדל באותה תקופה ב-13%.² בסוף מרץ 1980 קיבלו 14,894³ אנשים ארוחות חמות. רוב האנשים (כ-56%)⁴ מקבלים שתי ארוחות לשבוע, כאשר מקסימום הארוחות המסופקות על ידי שירות זה הינו חמש ארוחות לשבוע, אם כי יש מקרים מעטים המקבלים יותר מזה. חלוקת הארוחות לביתם של המקבלים נעשית על ידי אירגונים וולונטריים (בעיקר WRSV), אשר דואגים גם לאיסוף התשלום ולהעברתו ללשכה הסוציאלית המקומית. היחידה לעזרה ביתית אחראית, כפי שצויין, על קביעת תנאי הזכאות לשירות זה וכמו כן לפיקוח ולקביעת זכאות חוזרת.

שירות אזעקה

שירות ניסיוני זה מיועד לעזור לאנשים מרותקים לביתם הגרים בגפם ללא משפחה, חברים או שכנים המסוגלים לעזור להם בשעת חירום. אם כי אין הגבלת גיל לקבלת שירות זה, רוב המקבלים הם קשישים והגיל הממוצע הינו 80.⁵ מערכת האזעקה מחוברת למחלקות ניידות ומופעלת במשך 24 שעות בביתם של הקשישים במטרה לתת להם הרגשת בטחון ואפשרות להמשיך ולהתגורר בביתם. ישנם ביקורים תכופים לבדיקת תקינותה של המערכת.

¹Home Care Services, 1980. (Edinburgh: Social Work Services Group, 1981), p.5.

²Ibid., Table 4, p. 8.

³Ibid.

⁴Ibid.

⁵Specific Services for the Elderly, p. 4.19.

שירות זה מוגבל היום לאדינבורג וממומן על ידי לשכת הבריאות המקומית. אין השתתפות כספית מצד המקבלים, פרט להשתתפות סמלית בהוצאות החשמל הכרוכות בהפעלת המנגנון. האנשים מופנים לשירות באמצעות הצוותים המקומיים של המחלקה לשירותים חברתיים. יעילותו של השירות נבדקה על ידי פרויקט ניסיוני שנערך במשך חמישה חודשים ב-1980. מתוך 92 אנשים שבביתם הורכבה מערכת אזעקה במשך 12 שבועות רצופים, 41% השתמשו בשירות לפחות פעם אחת. הקריאות היו גם ביום וגם בלילה, עובדה המצביעה על הצורך בהפעלת השירות במשך 24 שעות ביממה. מחצית המקרים בהם הוזעקה עזרה הוגדרו כמקרי חירום, ובשליש מהמקרים היה צורך להזעיק רופא כללי¹. לפי דעת אנשי מקצוע מקומיים, מוכיח הניסוי את יעילותו של השירות אשר, יחד עם שירותים ביתיים אחרים, יכול לעזור לקשיש בסיכון להשאר בביתו ולמנוע או לדחות את הצורך בסידוק מוסדי.

שירותים חוץ-ביתיים

טיפול יום

טיפול יום ניתן במרכזי יום או במחלקות מיוחדות בבתי אבות, ומטרתו העיקרית לגשר בין השירותים האישיים לבין הפתרון המוסדי. בעיקרו, מיועד טיפול היום להקל על המשפחה המטפלת בקשיש ולעודד את המשך החזקתו בבית על ידי הענקת טיפול אישי-סיעודי יחד עם תמיכה רגשית וחברתית. הטיפול ניתן רק בימי חול, ובדרך כלל מובטחת הסעה למקומות בהם ניתן השירות, אשר ניתן בחינם וממומן על ידי הלשכות הסוציאליות המקומיות.

בשנת 1980 היו 36 מרכזי יום אשר סיפקו טיפול יום בניהול הרשויות המקומיות, ו-10 מרכזים רשומים השייכים לאיירגונים וולונטריים².

¹ Specific Services for the Elderly, p. 4:20.

² Home Care Services, 1980, Table 12, p. 22.

לוח 5: מספר מרכזי יום לקשישים ומספר המבקרים בהם, 1976-1980.

שנה	רשויות מקומיות		אירגונים וולונטריים	
	מרכזים	מבקרים	מרכזים	מבקרים
1976	25	971	9	1,524
1977	27	1,079	8	1,564
1978	28	1,082	9	2,064
1979	39	1,355	10	2,168
1980	36	1,510	10	2,155

Home Care Services, 1980, Table 12, p. 22.

המקור:

מעניין לציין, שרוב מרכזי היום פועלים בבתי אבות, והיעד הוא שבעתיד יהיו בכל בתי האבות לפחות 10 מקומות שמורים לטיפול יום.

בתי אבות

בדומה לאנגליה, בתי האבות בסקוטלנד מיועדים לספק סידור הולם לקשישים אשר אינם מסוגלים, אפילו עם עזרה, לדאוג לצרכיהם בבית. באופן כללי, הכוונה היא לא לספק טיפול אישי-סיעודי ברמה גבוהה מזו של הטיפול הניתן על ידי המשפחה בבית.

בשנת 1979 היו 420 בתי אבות עם 14,552 מיטות. שיעור המיטות לאוכלוסייה הקשישה (2%) נשאר יציב בין השנים 1971 ל-1979. כ-64% מהמיטות נמצאים בבתי אבות של הרשויות המקומיות, והיתר בבתי אבות וולונטריים מוסמכים (registered homes)¹. ביותר מ-80% מבתי האבות היה מספר המיטות בין 11 ל-50.²

קרוב לשני-שליש מהדיירים בבתי האבות בשנת 1979 היו נשים, 74%³ מכלל הדיירים היו מעל גיל 75, וכ-32%⁴ מהאנשים שהתקבלו לבתי אבות היו מעל גיל 85.

אם כי תנאי הקבלה אשר הוגדרו על ידי המחלקה לעבודה סוציאלית קובעים כי אנשים המרותקים למיטה, אנשים אשר אינם שולטים בסוגרים, ואנשים בעלי דרגת נכות גבוהה מאד אינם זכאים להתקבל בבתי אבות, בשנת 1979 49% מהדיירים בבתי אבות של הרשויות המקומיות סבלו מנכות כלשהי (רובם מנכות פיזית ומירידה שכלית) לעומת כ-34% בבתי אבות אחרים.⁵

¹Residential Accomodation for the Elderly and Certain Other Adults, Scotland, 1979. (Edinburgh: Social Work Services Group, 1980), Table 3, p. 7.

²Ibid., Table 7, p. 10.

³Ibid.

⁴Ibid., Table 8, p. 11.

⁵Ibid., Table 9, p. 12.

בדיקה לא-רשמית של הפניית חולים המשתחררים מיחידה גריאטרית לבתי אבות מראה שבאופן מעשי יוחלט לשלוח אדם לבית אבות על אף בעייה של חוסר שליטה חלקית בסוגרים. עובדה זו משפיעה על עצם תפקידו של בית האבות בטיפול הממושך ועל הרכב הצוות הדרוש כדי לטפל באוכלוסיה יותר ויותר מוגבלת. בשנת 1979 היו כ- 61% מכוח האדם אשר עבד בבתי האבות של פרשויות המקומיות, מיועדים למתן טיפול אישי (care staff) ו-39% היו מעורבים בעבודות פקידותיות, נהגות, אחזקה ועוד.¹ בשנת 1979 היה היחס בין כוח האדם לדיירים בבתי האבות של הרשויות המקומיות 1.6, ו-2.3 באחרים.²

יש לציין שבדומה לאנגליה, קשיש החי בבית אבות רשאי לקבל עזרה ביתית באמצעות הרשות המקומית, וכך טיפול אישי-רפואי (district nursing) משירותי הבריאות.

הגידול הדמוגרפי באוכלוסיה הקשישה יגביר את הלחץ על בתי האבות הקיימים היום, ועל כן ממליצה תוכנית התקציב לעשור 1980/90 לבנות בתקופה זו עוד 18 בתי אבות, כאשר בכל אחד מהם יוקצו 10 מיטות לטיפול יום.³

ההפנייה לבתי אבות באה בדרך כלל מהרופא הכללי אל הלשכה הסוציאלית המקומית, ולעיתים דרושה גם הערכה של היחידה הגריאטרית בבית החולים. עקב המחסור במיטות לעומת מספר ההפניות ללשכה הסוציאלית, הונהגה דרל לסינון ולקביעת סדר עדיפות, כאשר ההחלטה הסופית לגבי קבלה היא בידי ועדת קבלה מיוחדת (Part IV Panel). כל צוות מקומי של הלשכה הסוציאלית רשאי להפנות מספר מוגדר בלבד - כ-10 מקרים - לועדה זו. מספר זה נקבע על פי ריכוז הקשישים בשכונה בה עובד הצוות, ומספר המיטות הפנויות. בדרך זו, מפנים הצוותים רק את המקרים הקשים ביותר, כך שהסינון נעשה עוד לפני שהועדה דנה במקרים. לקשישים הנזקקים האחרים מנסים למצוא פתרון בקהילה, וכך לא מתווספים שמות רבים לרשימת ההמתנה.

בניית בתי אבות חדשים ממומנת על ידי כספים ממשלתיים. הרשויות המקומיות אחראיות למימון שוטף של בתי האבות שבידיהן, אם כי נדרש תשלום מצד הדיירים לפי מבחן הכנסות המביא בחשבון את הכנסות הזכאי, כולל הכנסות מקיצבאות שונות ורכוש, אפילו אם הרכוש הועבר לאדם אחר במשך השנתיים שלפני הכניסה לבית אבות. כאשר מדובר בזוג, לוקחים בחשבון את הכנסות שניהם, אך אם רק אחד מהם נמצא בבית אבות, מבוססת ההערכה רק על הכנסותיו של הקשיש הממשיך להתגורר בביתו. ישנה

¹ Residential Accomodation for the Elderly and Certain Other Adults, Scotland, 1979, Table 10, p. 13.

² Ibid.

³ Specific Services for the Elderly, p. 4.26.

בדיקת אמצעים חוזרת (בדרך כלל כל 6 חודשים) כדי לקבוע את מהימנות ההערכה, וכדי לשנות במידת הצורך את רמת ההשתתפות הכספית של הדייר.

נוסף למימון בתי האבות שלהן, הרשויות המקומיות גם משתתפות, ברמה שווה לעלות במקום ציבורי, במימון שהיית חלק מהדליריים הנמצאים בבתי אבות וולונטריים מאושרים. ב-31.3.79, 46%¹ מהדליריים בבתי אבות וולונטריים שהו בהם על פי הסדר כזה. קיים פיקוח על בתי אבות מוסמכים אלה, מבחינת איכות השירותים וגובה התשלום הנדרש מהדליריים. עד היום לא עודדו בניית בתי אבות פרטיים, אך גישה זו משתנה בימים אלה של כהונת הממשלה השמרנית.

דיוור

אחת הבעיות המרכזיות של האוכלוסיה הקשישה בסקוטלנד היא בעיית הדיוור. חלק ניכר מהקשישים גרים בבתיים שניבנו לפני שנת 1919 והחסרים שירותים כמו בתי שימוש או אמבטיות.

הגידול המהיר של האוכלוסיה הקשישה מגביר את הצורך לטפל בבעיה זו. כדי לענות על בעיות אלו הוקם בדצמבר 1975 גוף משותף של המשרד הסקוטי לפיתוח (Scottish Development Department) והמחלקה לשירותים חברתיים (Social Work Services Group) כדי לקבוע קווים שידריכו את רשויות הדיוור המקומיות ואת חברות הבנין בפתרון בעיית דיוור הקשישים.

הדיוור המוגן נחשב בסקוטלנד כאחת הדרכים המקובלות והטובות ביותר לפתרון בעיית דיוור הקשישים. מדובר בדיוור עצמאי לכל קשיש, תחת השגחה של אם בית. שירותי הבריאות והשירותים החברתיים מהם נהנים דיירי הדיוור המוגן זהים לשירותים הניתנים לכלל האוכלוסיה.

הדיוור המוגן נכלל באחריות חברה ממשלתית לדיוור (Housing Corporation) הפועלת באמצעות לשכות הדיוור המחוזיות (District Authority Housing Department). חברה זו מפנה משאבים גם לאירגונים הוולונטריים עבור הקמת דיוור מוגן. המחלקה לעבודה סוציאלית אחראית לספק את אם הבית, ממנת את משכורתה, ומספקת את ההכשרה הדרושה לאנשים שיעבדו בתפקיד זה. המחלקה אינה מכסה את דמי השכירות הנקבעים על ידי הממשלה והמכוסים באמצעות ההטבה הסוציאלית לבעלי הכנסה נמוכה.

¹ Residential Accomodation for the Elderly and Certain Other Adults, Scotland, 1979, p. 14.

איזן מדיניות ממשלתית הקובעת את הקריטריונים לקבלת דיירים לדיור מוגן, ובדרך כלל קבלתם נקבעת על פי שיקול דעת ועל סמך הערכה כללית של הצרכים והיקף הביקוש. האחראיות לקבלת הדיירים הינה בידי לשכת הדיור המחוזית, אך מקובל לקחת בחשבון המלצה מקצועית של רופא בקשר למצב בריאותו של המועמד.

בדומה לבית חולים ולבית אבות, גם לגבי הדיור המוגן נשאלת השאלה לאיזו רמה של מוגבלות תיפקודית ותלות מיועדת מסגרת זו, ובמקביל, איזה כוח אדם דרוש כדי להתמודד אס האוכלוסיה בדיור מוגן, המזדקנת והזקוקה יותר ויותר לטיפול ממושך. אס ב-1972 העריכו כי דרושים 25 מקומות בדיור מוגן לכל 1,000 איש מעל גיל 65, מראים האומדנים החדשים כי דרושים 50 מקומות ל-1,000 איש מעל לגיל זה. בשנת 1978 היו 3,565 בתים לדיור מוגן ובהם 6,297 מקומות. נוסף לכך, היו בבניה ב-30.4.78 818 בתים לדיור מוגן עם 1,564 מקומות - בסך הכל, כ-2.6 מיטות ל-100 קשישים בגילאים ¹65+.

ארוחות חמות במקומות מפגש

ארוחות חמות המסופקות במקומות מפגש כגון מועדונים, כנסיות ומרכזי יום, מיועדות להוות מסגרת חברתית לקשישים, תוך הבטחה שיקבלו לפחות ארוחה חמה אחת בעלת ערך תזונתי ביום. הפונקציה והמימדים של שירות זה משתנים ממקום למקום. חלק מהמקומות מספק אך ורק ארוחה, וחלקם מאורגן כדי לספק גם פעילויות חברתיות שונות ומגוונות.

המחלקה לעבודה סוציאלית מממנת את רוב ההוצאות הכרוכות במתן ארוחות חמות במקומות מפגש (כמו הוצאות חשמל, חימום ועוד), כולל עלות הארוחות עצמן. ישנה השתתפות כספית סמלית ואחידה מצד מקבלי השירות. בשנת 1980 סופקו 2,699,884 ארוחות חמות במקומות מפגש, מספר המהווה גידול של 12%² בהשוואה למספר הארוחות שסופקו בשנת 1976. כמו הארוחות המסופקות לבתים, מאורגן השירות בדרך כלל על ידי אירגונים וולונטריים.

¹Changing Patterns of Care, p. 104.

²Home Care Services, 1980, Table 20, p. 25.

הסקטור הוולונטרי

תרומתם של האירגונים הוולונטריים במתן שירותים לקשישים בסקוטלנד גדולה מאד. מימדיהם ואיפיוניהם של אירגונים אלה מגוונים, והם יכולים להיות מקבוצות קטנות ומקומיות ועד לאירגוני צדקה לאומיים. היתרון העיקרי של האירגונים הוולונטריים הוא בכך שהם חופשיים לשנות פעילותם ולאתר על פי הצרכים והדרישות, בלי להיות תלויים באסמכתא חוקית.

בדומה לאנגליה, מספר שירותים הניתנים היום על ידי גורמים סטטוטוריים מקורם ביוזמה של אירגונים וולונטריים. אין לראות בעבודת האירגונים הוולונטריים עבודה שולית או משלימה לעבודת האירגונים הסטטוטוריים, אלא עבודה מרכזית הקובעת עדיפויות כתשובה לצרכים של האוכלוסייה. חלקם של האירגונים הוולונטריים חשוב מאד בשירותים מסויימים, כגון: ארוחות חמות, בתי אבות, מרכזים קהילתיים ומרכזי יום.

כאמור, בשנת 1979 היו 176 (42%) מ-420 בתי האבות שהיו בסקוטלנד בתי אבות וולונטריים, כאשר היו בהם 5,188 מיטות, שהן 36% מכלל המיטות בכל בתי האבות¹. בדרך כלל, בתי האבות הוולונטריים קטנים במקצת מבתי האבות של הרשויות המקומיות.

יתרונם של בתי האבות הוולונטריים הוא בכך שהם יכולים לפתח חידושים בצורה חופשית יותר כדי לענות על צרכים חדשים. כמו כן, גמישותם בקביעת קריטריונים לקבלת דיירים, ברמת ואיכות השירות הניתן, גדולה יותר. ההשתתפות במימון על ידי הרשות המקומית נעשית על פי קריטריונים של הלשכה הסוציאלית, אשר אחראית גם למתן אישור הפעלה, לפיקוח ולמתן מענקים כדי לעזור לבתי אבות אלה בפעילותם.

עזרה כספית זו נקבעת לפי מספר קריטריונים:

- רמת הפגיעות (vulnerability) של האוכלוסייה הנמצאת בבית האבות. כאשר מדובר בבית אבות המאוכלס בעיקר בקשישים תשושים או נכים, המחלקה הסוציאלית תתן עדיפות ראשונה למתן עזרה כספית.

- ניהול יעיל של בית האבות. ככל שבית האבות הוכיח את עצמו כמוסד המאורגן היטב, כך תהיה העזרה שיקבל גבוהה יותר. בין האספקטים הקובעים לעניין

¹Residential Accommodation for the Elderly and Certain Other Adults, Scotland, 1979, 1980, Table 3, p. 7.

זה ניתן למנות: מיגרון השירותים הניתנים במוסד, נוכחותו של צוות מקצועי שכיר, שימוש נכון בתקציב ועוד.

- שיתוף הפעולה עם הרשויות המקומיות.

- דאגת האירגון לתיכנון לעתיד, כולל הכרתם של צרכים חדשים ושמירת משאבים לתיכנון לטווח ארוך.

נוסף למענקים המתקבלים מהרשויות המקומיות, מכסים בתי האבות הוולונטריים את הוצאותיהם באמצעות השתתפותם הכספית של הדיירים, לאו דווקא לפי אותם כללי השתתפות החלים על בתי האבות הציבוריים.

גם בהתפתחות הדיור המוגן לקשישים מורגשת מאד עזרתם של האירגונים הוולונטריים. מתוך 12,597 המקומות בשנת 1978, כ-33% היו בידי אירגוני הדיור של האירגונים הוולונטריים.

בזמן האחרון גוברת המודעות לכך שניתן להגביר את יעילותם של האירגונים הוולונטריים על ידי הגברת שיתוף הפעולה בינם לביין הגופים הסטטוטוריים. שיתוף פעולה כזה יכול להתבטא במספר דרכים: עזרתו של כוח אדם מתנדב בשירותים הניתנים על ידי הרשויות המקומיות, תיגבור והשלמת השירותים הסטטוטוריים, ועוד.

- Arcand, Marcel and James Williamson. An Evaluation of Home Visiting of Patients by Physicians in Geriatric Medicine. Edinburgh: University Department of Geriatric Medicine, City Hospital, 1981.
- Burley, Lindsay E., C.T. Currie, R.G. Smith and J. Williamson. "Contribution from Geriatric Medicine Within Acute Medical Wards", British Medical Journal (1979-2), pp. 90-92.
- Department of Health and Social Security (Scottish Office). Care of the Elderly (Internal Publication). Edinburgh, 1980.
- Help for Handicapped People in Scotland. Edinburgh, 1980.
- Her Majesty's Stationary Office. The National Health Services in Scotland 1948-1978. Edinburgh, 1978.
- Scottish Hospital Advisory Service. Leaflet. Edinburgh, 1979.
- Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane. Long-Term Care in Six Countries. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1976.
- Lothian Regional Council Department of Social Work. Community Laundry (leaflet).
- Criteria Guidelines for Assessing Grant Aid to Voluntary Organisations.
- Financial Assessment Procedure. (Internal Publication). Edinburgh, 1979.
- Residential Accommodation for the Elderly - Criteria for Admission. (Internal Guidelines). Edinburgh.
- National Health Service Statistics (Scotland). Health in Brief. Edinburgh: Information Service Division, 1978.
- Scottish Home and Health Department. Changing Patterns of Care. Report on Services for the Elderly in Scotland. Edinburgh: Scottish Education Department, 1980.

- Report of the Working Party on Revenue Resource Allocation.
Edinburgh: HMSO, 1977.
- Scottish Hospital Advisory Service. Circular No. 1975 (GEN) 97.
Edinburgh: NHS, 1975.
- Services for the Elderly with Mental Disability in Scotland.
Edinburgh: HMSO, 1979.
- Structure and Management of the NHS in Scotland. Edinburgh: HMSO,
1979.

- Scottish Information Office. Population Census. Factsheet 26, 1981.
- The Scottish Office. Factsheet 20, 1981.

- Social Work Services Group. Home Care Services, Day Care Establishments,
Day Services, 1980, Scotland. Statistical Bulletin. Edinburgh, 1981.
- Residential Accommodation for the Elderly and Certain Other Adults,
Scotland, 1979. Statistical Bulletin. Edinburgh, 1980.

- Williams, T.C.P. "The Future of Geriatric Medicine". Journal of Royal College
of Physicians, 15(1): 45-47, 1981.
- A Geriatric Day Care Unit and a Psycho-Geriatric Acute Assessment
Unit. Edinburgh: St. Thomas Hospital, 1971.
- Old for New. Paper read at the 10th International Congress of
Gerontology, Jerusalem, 1975.
- Operational Policy Local Authority/Hospital Joint Venture in Day
Care. Edinburgh: St. Thomas Hospital.
- Psycho-Geriatric Assessment. Paper presented at the 12th Inter-
national Congress of Gerontology, Hamburg, 1981.

- Williamson, James. "Geriatric Medicine: Whose Specialty?" Annals of Internal
Medicine, 91(5): 774-777, 1979.
- Referrals to Geriatric Unit, City Hospital. Internal Summary of
Statistics. Edinburgh: City Hospital, 1980.

הו ל נ ד

המבנה הכללי

את מבנה השירותים לטיפול ממושך לקשישים, נכים וחולים כרוניים בהולנד יש לבחון באמצעות המערכות החוקיות-מינהליות השונות המספקות גימלאות ושירותים, ושיטות המימון לאספקת שירותים אלה. קיימות שתי מערכות עיקריות לאספקת שירותים:

א. מערכת הביטוח הסוציאלי המספקת שירותי בריאות במסגרת חוקים לביטוח בריאות, והממומנת מגבייה ביטוחית.

ב. מערכת רווחה המספקת שירותי רווחה בצורה בלתי-ישירה מהמיסוי הכללי, הן על ידי סיבסוד שירותים כדי להוריד את מחירם (כגון עזרה ביתית), והן באמצעות תמיכות סעד לנצרכים לפי מבחן הכנסה (בתי אבות, אביזרים מיוחדים).

נוסף לשלוש שיטות המימון שהוזכרו - גבייה, סיבסוד ותמיכות - קיימת דרך רביעית למימון: על ידי פעולות פיסקליות מיוחדות, כמו הנחות במיסים והיטלים שונים.

ניתן לתאר באופן כללי את מקומם של שירותי הטיפול הממושך בהולנד, לפי החלוקה הבאה:

ביטוח סוציאלי

שירותי רווחה

<u>קיצבאות</u>	<u>ביטוח בריאות</u>		<u>תמיכות סעד (ABW)</u>		<u>סיבסוד של עזרה ביתית</u>
-החלפת הכנסה	חוקי ביטוח בריאות	חוק הוצאות רפואיות מיוחדות (AWBZ)	הוצאות, מיוחדות, אביזרים	תמיכות לסידור בתי אבות	
-גימלאות להוצאות מיוחדות			רפואיים, לקשישים, וכו'.		
-שיקום נכים.	-טיפול רפואי אקוטי	-מוסדות סיעודי-טיפול			
	-אישפוז במשך שנה	סיעודי-רפואי בבית			
	-טיפול שיניים וכו'.	-שיקום מרכזי יום וכו'			

על הניסיון לתאר את המבנה האירגוני של אספקת ומימון גימלאות ושירותים מקשה במיוחד החפיפה הקיימת בין מערכת הביטוח הסוציאלית לבין מערכת הרווחה.

החפיפות קיימות במיוחד לגבי כיסוי הוצאות מיוחדות לשיקום, הוצאות מיוחדות הנובעות מנכות, ומהעזרה הביתית. ניתן לקבל הטבות בתחומים אלה באמצעות מספר חוקים, כמו חוק ביטוח נכות כללית (AAW), חוק ביטוח נכות לשכירים (WAO), חוק הוצאות בריאות מיוחדות (AWBZ), תמיכות סעד (ABW), או על ידי קבלת שירות מסובסד לעזרה הביתית.

נקודה נוספת הראויה לציון לפני תיאור מערכת השירותים בהולנד, היא ששירותים אלה, כולל השירותים הניתנים באמצעות חוקי הביטוח הסוציאלית, פועלים במודל של צימצום, לפי תוכנון יעדים ממלכתיים לזכאות ולאספקת שירותים, אשר מתורגמים לשיעורי הגבייה שנקבעים. כל שנה יש חישוב מחדש של שיעור הגבייה כדי לשקף את היקף השירותים שיסופקו לפי היעדים השונים. כללי הזכאות אינם אבסולוטיים ויכולים להשתנות בהתאם לשינויים במדיניות וביעדים הממלכתיים. כך למשל, חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות, שהוא חשוב ביותר מבחינת הטיפול הממושך, אינו מגדיר זכאות אישית, אלא קובע באופן כללי את אחריות המדינה לספק שירותים. כיום, ברוח המדיניות הכללית של צימצום בהוצאות, יש ניסיון לצמצם את מספר הזכאים. דבר זה יעשה בעיקר על ידי הגבלת בניית מוסדות סיעוד וניסיון לקבוע כללי זכאות נוקשים.

אירגון אספקת השירותים

ההבדל הבולט ביותר בין הולנד לבין מדינות אחרות הוא שהאחריות לאספקת השירותים הינה כמעט כולה בידי מספר רב של אירגונים וולונטריים. אירגונים אלה הם אירגונים דתיים, אידאולוגיים או אחרים, הפועלים ללא מטרת רווח. שיתוף הפעולה ביניהם מתבטא בעיקר באמצעות מספר אירגוני-גג המיצגים את האינטרסים של האירגונים הוולונטריים כלפי הממשלה והרשויות השונות. תפקידה העיקרי של הממשלה הוא לעודד ולהגביר את היוזמה הפרטית הזאת, ולאפשר לאירגונים הוולונטריים ולמספר אירגונים פרטיים לפתח שירותים ברמה גבוהה על ידי חקיקת חוקים להפעלה ולפיקוח.

פיצול אחריות זה - בין הממשלה לאירגונים - גורם להווצרותו של מבנה דואליסטי, כאשר בידי הממשל והרשויות המחוזיות והמקומיות תפקיד החקיקה, המימון, התיאום, העידוד, היעוץ והפיקוח, ובידי האירגונים תפקיד האספקה בפועל של שירותי רווחה לאוכלוסייה.

תפקידים אלה מחולקים לשלושה מישרים עיקריים:

א. המישור הממשלתי - מדיניות כללית, חקיקה, תיכנון כללי.

ב. המישור המחוזי (province) - תיכנון מעשי של פיתוח שירותים.

ג. המישור המקומי - אספקת שירותים על ידי האירגונים הוולונטריים והפרטיים.

חלקה ההולכי וגדל של האוכלוסייה הקשישה באוכלוסייה הכללית (11.3%¹ מכלל האוכלוסייה בשנת 1979) מגביר את פעילות הממשל בטיפול בבעיות הקשישים, והחל משנות ה-60 טיפול זה הינו בין הדאגות המרכזיות של הגורמים הרישמיים. ההוצאות הספציפיות עבור טיפול בקשישים היו בשנת 1975 18.6% מכלל ההוצאות הלאומיות, לא כולל הוצאות עבור מחקר והוצאות עבור תוכניות פנסיה פרטיות². כיוון שקיומם הכלכלי של הקשישים מובטח באמצעות מערכת הבטחון הסוציאלי, בעיקר באמצעות קיצבת הזיקנה, מכרונים עיקר מאמצי המדיניות לגישור על הפער שבין הסטטוס הכלכלי לסטטוס החברתי-רווחתי של הקשישים.

בעיות הקשישים מופקדות בידי ארבעה משרדי ממשלה:

- משרד הבריאות ואיכות הסביבה (Department of Health and Environmental Hygiene)

- משרד השיכון (Department of Housing)

- משרד הרווחה (Department of Social Affairs)

- משרד התרבות והרווחה החברתית (Department of Culture, Recreation

and Social Welfare).

כדי להתגבר על הבעיות הנובעות מחלוקת האחריות בין משרדים אלה, וכדי ליצור מוקד מינהלי לדאגה לקשיש בהולנד, הקימה הממשלה בשנת 1967 את ועדת ההיגוי הבין-משרדית למדיניות הקשישים (Interministerial Steering Committee on Policy for the Aged - I.S.B.). ועדה זו, הפועלת כגוף מייעץ ומתכנן, מורכבת מנציגיהם של ארבעת משרדי הממשלה ומתכנסת פעם בחודשיים כדי לדון ולתכנן את

¹ Facts and Figures About the Netherlands. (The Hague: Ministry of Social Affairs, 1980), p. 1.

² Pieter J. Blommesteijn. Research Project on Open Care for the Elderly in 8 European Countries. (The Hague: European Centre for Social Welfare Training and Research, 1978), p. 22.

קורי המדיניות הממשלתית לגבי האוכלוסיה הקשישה. אחד מתפקידיה המרכזיים של הועדה הוא ליצור דרכים לשיתוף פעולה עם האירגונים הוולונטריים. כהישג חשוב של ועדה זו ניתן להזכיר את קביעת תוכניות החומש אשר הגדירו באופן רשמי את היעדים לפיתוח ולצימצום שירותים לקשישים (1970, 1975).

נוסף לוועדה זו, הפועלת במישור הממשלתי, קיימים מספר מוקדים נוספים של תיאום. במישור המחוזי, קיימות מספר מועצות למדיניות לקשישים (Councils for Policy for the Aged) המורכבות מנציגים של הרשויות והמוסדות השונים המטפלים בקשישים. תפקידם המרכזי של מוסדות אלה הוא יעוץ ותיכנון כללי. במישור המקומי, קיימים מספר פרויקטים לצרכי תיאום והבטחת אספקת רצף של שירותים לקשיש, אשר פועלים בשיתוף עם בתי האבות המקומיים. בשנת 1977 היו כ-400 פרויקטים שבמסגרתם טופלו כ-500,000 קשישים (כ-30% מהקשישים באותה שנה)¹. במסגרת פרויקטים אלה, הדומים מאד לפעולת האגודות למען הקשיש של אש"ל², מוקמים מרכזי יום מקומיים² (service centres). פרויקטים אלה הפועלים במסגרת תקנה סטטוטורית משנת 1967, ממומנים על ידי משרד התרבות והרווחה. בשנת 1977 היה התקציב לפרויקטים 60 מיליון גילדר, כאשר השתתפות הממשלה היתה 80% מההוצאות השוטפות³.

ביטוח בריאות

מערכות ביטוח הבריאות הסטטוטוריות בהולנד הינן חלק מהביטוח הסוציאלי, והן פועלות על סמך חוק ביטוח הבריאות (Health Insurance Fund Act) משנת 1966, אשר בא להבטיח טיפול רפואי מתאים למבוטחים. כ-70%⁴ מהאוכלוסיה בהולנד מבוטחת נגד הוצאות רפואיות על סמך חוק זה. עלות הטיפול הרפואי עלתה מ-6.8% מהתל"ג בשנת 1971 ל-8.2%⁵ בשנת 1977. כפי שמראה לוח 1, בשנת 1975 55% מכלל העלות עבור טיפול רפואי היו עבור טיפול מוסדי⁶.

האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל*

¹ Pieter J. Blommesteijn. Research Project on Open Care for the Elderly in 8 European Countries (The Hague: European Centre for Social Welfare Training and Research, 1978), p. 13.

² ראה פרק נפרד על מרכזי יום

³ Ibid., p. 13

⁴ Place and Functions in Public Health Care (Amstelveen: Ministry of Health and Environmental Protection, 1980), p. 5.

⁵ Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1973-1983 (The Hague: Ministry of Health and Environmental Protection, 1979), p. 7.

⁶ Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1972-1981. (The Hague: Ministry of Health and Environmental Protection, 1977), p. 6.

לוח 1: עלות הטיפול הרפואי, 1975 (במיליוני גילדר)

במספרים	באחוזים	
17,875	100.0	ס"ה העלות
9,758	55.0	טיפול מוסדי
1,890	11.0	עזרת מומחים
1,890	11.0	תרופות
2,662	15.0	טיפול בלתי-מוסדי
908	5.0	בריאות הציבור וטיפול רפואי אחר
767	4.0	מדיניות ומינהל

המקור: Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1972-1981, Table 1.1, p. 6.

מערכות ביטוח הבריאות כוללות ביטוח בריאות חובה, ביטוח בריאות לקשישים וביטוח בריאות ברשות, וכך את חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות (AWBZ).

בביטוח בריאות חובה מבוטחים כל השכירים עד גיל 65 אשר הכנסתם אינה עולה על תקרה מסויימת. גם מקבלי גימלאות מסויימות (כגון קיצבת נכות וביטוח אבטלה) מבוטחים בביטוח בריאות חובה. מחצית דמי הביטוח משולמת על ידי העובד ומחצית על ידי המעסיק. נשים נשואות וילדים מתחת לגיל 16 אינם משלמים דמי ביטוח. השירותים ניתנים ומנוהלים על ידי קופות החולים, אשר בדרך כלל הן גופים פרטיים. המבוטח רשאי לבחור את קופת החולים בה יבקר, מתוך כ-80 קופות החולים הקיימות בהולנד.

בביטוח בריאות לקשישים מבוטחים כל תושבי הולנד מעל גיל 65, אשר הכנסתם אינה עולה על תקרה מסויימת. דמי הביטוח לתוכנית זו נקבעים בהתאם להכנסתו של המבוטח. בדומה לתוכנית החובה, אשת המבוטח וילדיו מתחת לגיל 16 מכוסים בלי לשלם דמי ביטוח.

מספר המבוטחים בתוכנית זו עלה ב-6,200 במשך שנת 1979. סך הכל המבוטחים בסוף שנת 1979 הגיע ל-1,074,399 (כ-68% מכלל הקשישים בהולנד באותה שנה)¹. דמי הביטוח המשולמים על ידי הקשישים אינם מכסים את הוצאות הביטוח, והגרעון הנוצר מכוסה על ידי השתתפות הממשלה והשתתפות תוכנית ביטוח החובה. מההכנסה הכללית שהיתה לתוכנית זו בשנת 1980, 40% היו השתתפות הממשלה, 33% מתוכנית ביטוח בריאות חובה, ו-21% השתתפותם של הקשישים המבוטחים².

לבסוף, ישנה תוכנית ביטוח בריאות ברשות המיועדת לבטח אנשים שאינם מכוסים על ידי ביטוח הבריאות חובה או על ידי ביטוח הבריאות לקשישים, כמו למשל עצמאיים. תוכנית זו מיועדת גם לאנשים שהכנסתם היא מעל לתקרה מסויימת.

המבוטחים באחת משלוש המערכות הללו זכאים לקבל: טיפול אצל רופא כללי, טיפול אצל רופא מומחה על סמך הפניית הרופא הכללי, תרופות, טיפול שיניים, אישפוז עד למקסימום של 365 יום, פיזיותרפיה ועוד. האוכלוסייה המבוטחת בתוכניות ביטוח אלה, כולל ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות המיועד לטיפול רפואי ממושך, משלמת דמי ביטוח לקופות החולים המעבירות את הכספים לקרנות הבריאות הממשלתיות השונות.

כאמור, שירותי הבריאות ניתנים ומנוהלים באמצעות כ-80 קופות חולים, אשר בדרך כלל הן גופים פרטיים. שר הבריאות קובע אלו שירותים ינתגו באמצעות קופות אלה, הן לגבי ביטוח הבריאות הרגיל, והן לגבי ביטוח ההוצאות הרפואיות המיוחדות. יחד עם שר הרווחה הוא קובע גם את שיעור דמי הביטוח.

חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות (AWBZ)

כאמור, מעבר לביטוח ההוצאות הרפואיות הרגילות, קיימת גם תוכנית לביטוח עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בה מבוטחים כל תושבי הולנד, שכירים ועצמאיים כאחד. חוק זה נחקק בשנת 1968 כדי לבטח את כל האוכלוסייה עבור הוצאות רפואיות שאינן מכוסות במסגרת ביטוח הבריאות הרגיל. ראוי לציין, שעם חקיקת החוק הועברו לקרן חוק זה הכספים הממשלתיים מהמיסוי הכללי אשר שימשו בעבר לאספקת שירותים אלה באמצעות תמיכות סעד. כיום ממשיכה לזרום לקרן השתתפות קבועה של כספים מהמיסוי הכללי, בגובה הצמוד אמנם לאינדקס, אך בכל זאת אינו משקף את הגידול באספקת השירותי

¹Condensed Annual Report for 1979 of the "Ziekenfondsraad" (Health Fund Board), (Amstelveen: Ministry of Health and Environmental Protection, 1980).

²Place and Functions in Public Health Care, p. 7.

דמי הביטוח לחוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות הם אחוז מההכנסה עד לתקרה מסוימת, ונקבעים פעם בשנה על ידי משרד הרווחה. חייבים בתשלום דמי ביטוח כל תושבי הולנד מגיל 18 עד גיל 65. השכירים פטורים מתשלום דמי ביטוח זה המשולמים על ידי המעסיקים. גביית דמי הביטוח הינה בידי שלטונות המס. ראוי לציין כי אחוז דמי הביטוח הורד מ-3.2% ביולי 1980 ל-3.05% ביולי 1981¹, וזה על אף ההוצאות הגדלות של ביטוח זה.

אף כי לא נדרשת תקופת אכשרה במסגרת חוק זה, כיסוי הוצאות האישפוז בבתי חולים כלליים מתחיל אחרי 365 יום, ובמוסדות הסיעוד מהיום הראשון. תביעה מוגשת לקופת החולים שבמסגרתה מבוטח התובע.

כפי שהוזכר לעיל, דמי הביטוח ניגבים על ידי מחלקת המס הממשלתית ונכנסים לקרן של חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות. קרן זו מנוהלת על ידי המועצה לביטוח בריאות (Health Insurance Fund Council) המייעצת לשר לגבי שינויים בחוק, קובעת מחירים לשירותים רפואיים וכו'. כמו כן, המועצה אחראית על פיקוח קופות החולים השונות האחראיות לאספקת השירותים, ומאשרת הסכמי עבודה בין הרופאים והעובדים האחרים לבין קופות החולים. מועצה זו מורכבת מנציגים של אירגוני הבריאות, קופות החולים, נציגים של המעסיקים והשכירים, ומנציגי הממשלה.

סך הכל עלות הביטוח עבור הוצאות רפואיות מיוחדות היה בשנת 1980 - 7,462 מיליון גילדר, כאשר 70% כוסו על ידי תשלום דמי הביטוח, 23% על ידי השתתפות כספית של הממשלה ו-7% על ידי תשלום מקבלי השירותים².

כאמור, חוק זה הינו חוק ביטוח רפואי, ולכן נקודת המוצא שלו, מבחינת כיסוי הוצאות, הינה רפואית. מטרתו ההיסטורית של חוק זה הייתה לכסות הוצאות טיפול רפואי ממושך במוסדות סיעוד ובבתי חולים, אך בשנים האחרונות הורחבו בהדרגה סעיפי הכיסוי לטיפול רפואי ממושך חוץ-מוסדי, אם כי ההוצאות עבור טיפול רפואי במוסדות הינו עדיין חלק הארי בהוצאות.

נתונים עבור שנת 1978 מראים כי מתוך סך כל העלות עבור הוצאות רפואיות מיוחדות בשנה זו, כ-40% היו עבור מוסדות סיעוד (ראה לוח 2).

¹ Social Security in the Netherlands. A Short Survey (The Hague: Ministry of Social Affairs), July 1980 and July 1981

² Place and Functions in Public Health Care, p. 7.

לוח 2: עלות ההוצאות הרפואיות המיוחדות (AWBZ), 1978, (במיליוני גילדר)

במספרים	באחוזים	
5,801.5	100.0	ס"ה העלות
1,359.9	23.4	מוסדות לחולי נפש
2,312.0	39.8	מוסדות סיעוד
920.2	15.9	בתי חולים פסיכיאטריים
445.1	7.7	מוסדות ובתי חולים אחרים
8.7	0.1	טיפול יום במוסדות סיעוד
79.3	1.4	חולים בבתי סוהר
191.3	3.3	מרכזי יום לנכים
195.6	3.4	משפחות אומנות לנכים
199.9	3.4	תשלומים שונים
27.3	0.5	השתתפות ל-Prevention Fund
62.2	1.1	עלות מינהלית

המקור: Condensed Annual Report for 1979 of the "Ziekenfondsraad" (Health Fund Board).

כיום מכסה החוק הוצאות טיפול במסגרות הבאות: מוסדות לטיפול ממושך לחולים כרוניים, חולי נפש ומוגבלים בשכלם; מוסדות לשיקום עוורים וחרשים; מרכזי יום; מרכזי שיקום; מספר מרכזים לבריאות הנפש בקהילה; והחל משנת 1979 הוא מכסה גם טיפול סיעודי-רפואי בבית. יתר על כן, החוק מממן חיסונים לילדים. לגבי סוגי השירותים המכוסים במוסדות אלה, החוק מכסה את כל ההוצאות הרפואיות החל מבדיקה רפואית, איבחון תרופות וכו', לפי תעריפים סטנדרטיים ובמוסדות מוכרים. האוכלוסיות העיקריות הנהנות מחוק זה היום הינן: חולים כרוניים, חולי נפש, אנשים עם פיגור שכלי, קשישים, ונכים הזקוקים לשיקום או לטיפול רפואי אינטנסיבי לתקופה ממושכת. יש לציין שבשנת 1975 טופלו במסגרת חוק זה 33,000 קשישים¹.

¹Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, p. 21.

השלכות חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות

כאמור, הבעיה העיקרית לגבי חוק זה היא שהחוק התחיל בכיסוי הוצאות הסידור המוסדי, וגם כיום עיקר הכספים מיועד לתחום זה (ראה לוח 2). לדגש על המוסדות היו השלכות חברתיות חמורות, בעיקר בעידוד המשפחה ואנשי המקצוע להכניס אנשים למוסדות, לא כפתרון הטוב ביותר בכל מקרה, אלא כתגובה כלכלית למערכת מימון קיימת. בדיעבד, מעריכים היום אנשי מקצוע שהיה עדיף לחוקק חוק כולל ומקיף, שיכלול כיסוי שירותים בקהילה בשלב ראשון, וכסה הוצאות במוסדות ברובד השני רק באופן הדרגתי, כדי לאפשר התפתחות ראשונית ורציונלית יותר של מערכת השירותים החוץ-מוסדיים בהתאם לצרכי האוכלוסייה. באותו הקשר הוזכרה בהולנד מגרעת נוספת - הדגש הרפואי של החוק המכסה הוצאות רפואיות גרידא. עובדה זו, יחד עם הגברת השימוש בפתרון המוסדי, ייקרה מאד את השירותים הרפואיים שפותחו בעקבות החוק. היום פועלת הממשלה כדי להגיע לאיזון נכון בין הטיפול המוסדי לבין הטיפול החוץ-מוסדי, בעיקר על בסיס קביעת תהליכי הערכת צרכים ותנאים מוגדרים, ברורים ואחידים של קבלה למוסדות.

מגרעת נוספת נעוצה בעובדה שהשתתפות הזכאי בסידורו בבית חולים או במוסד סיעודי, נקבעת כתשלום אחיד נמוך (כפי שיפורט בהמשך), בהתאם לעקרון הביטוח. דבר זה מאפשר לזכאי ולמשפחתו לשמור על הכנסה ורכוש, אך מייקר מאד את המערכת. קיימות מחשבות כיום להשתמש במבחן הכנסות, אך לכך יש התנגדות בשל העקרון הביטוחי עליו מבוסס החוק.

לבסוף, הודגש על ידי אנשי מקצוע שהפעלת החוק הינה מסובכת ומסורבלת ביותר. באופן מעשי, נעשה התיכנון תחת חוק בתי החולים, המימון והגבייה מהחולים הינם באחריות 80 קופות החולים, אישור בניית מוסדות והפעלתם הינה באחריות השר, קביעת התשלומים הינה תפקיד של גוף אחר, והערכת וקביעת הזכאות הינן תפקיד של קופות החולים והמוסדות, לפי הנחיות שנקבעו על ידי השר.

טיפול מוסדי לקשישים

הטיפול המוסדי בהולנד מבוסס על שני חוקים: חוק בתי האבות וחוק בתי החולים. כיום 13.7%¹ מכלל הקשישים מתגוררים בבתי אבות או במוסדות סיעוד, שיעור שהוא הגבוה ביותר באירופה.

¹Pieter J. Blommesteijn. Research Project on Open Care, pp. 10-12.

בתי אבות

ככלל, ניתן לומר כי בתי האבות בהולנד מיועדים לקשישים עצמאיים המסוגלים לטפל בעצמם, אם כי באופן חלקי, ועל כן אינם זקוקים לטיפול אישי רב או להשגחה רפואית.

בשנת 1978 היו בהולנד 1,850 בתי אבות ובהם 140,000 קשישים, 9.7% מהאוכלוסייה הקשישה, כאשר היעד הממשלתי בתחום זה היה 7%. 75% מבתי האבות מנוהלים על ידי אירגונים וולונטריים הפועלים על בסיס הומניטרי וללא כוונת רווח. 25% הם בתי אבות פרטיים (אשר בהם היו כ-5% מכלל המיטות בבתי אבות)¹.

יחד עם מגבלות רציניות על בניית בתי אבות חדשים, ותוך מאמץ להוריד את מספר הקשישים הנכנסים לבתי אבות, הנהיגה הממשלה בשנת 1977 שיטת הערכה לצורך קבלת קשישים לבתי אבות. שיטה זו כלולה בחוק בתי האבות (Home for the Aged Act) משנת 1963 (תוקן בשנת 1972 - WBO) שהוא המנגנון החוקי להפעלת בתי האבות ולקביעת כללים לתיכנון, פיקוח וקביעת כללי זכאות. על סמך שיטת הערכה זו, ממליצות ועדות מקומיות המורכבות מרופא ועובד סוציאלי על הצורך בטיפול מוסדי. ההמלצה מבוססת על ארבעה מדכיינים: היכולת הפיזית, המצב השכלי, היכולת לנהל משק בית והתנאים הסוציאליים-סביבתיים.

התרומה העיקרית של ועדות אלה היא בכך שהן פועלות במסגרת הקהילה ובתיאום עם שירותים אחרים. כיוון שרק כ-30%² מכלל הפונים מתקבלים לבתי האבות, מהוות הועדות גורם המקשר בין הקשיש לשירותים אחרים בקהילה, בעיקר באמצעות הפרוייקטים המיוחדים שהוזכרו לעיל. פעולת ועדות אלו מהווה דוגמא טובה לניסיונות הנעשים בהולנד לתאם בין תהליך קבלת קשישים לבתי אבות לבין אספקת שירותים לאלה שעדיין אינם זקוקים לסידור מעין זה.

הגופים הממשלתיים האחראים על בתי האבות הם: משרד התרבות והרווחה החברתית (מבחינת תיכנון ופיקוח), ומשרד השיכון (מבחינת הבנייה). קיים סיבסוד בבנייה של כ-90%³ מבתי האבות. מימון ההוצאות של בתי האבות הינו בידי הקשישים עצמם. הקשישים שאינם מסוגלים להתמודד עם תשלום זה מקבלים עזרה כספית באמצעות חוק הסעד הלאומי. בשנת 1977 היתה עלות הפעלת בתי האבות 2,500 מיליון גילדר, כאשר 40% כוסו באמצעות השתתפות הקשישים ו-60% על ידי תמיכות סעד⁴.

¹Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, pp. 10-12.

²Ibid., p. 11.

³Ibid.

⁴Ibid.

כאמור, בשל העלות הגבוהה היה מאמץ בשנים האחרונות לצמצם את מספר המיטות בבתי האבות יחסית לאוכלוסייה הקשישה, כדי שלא יותר מאשר 7%¹ מהקשישים יהיו בבתי אבות. יתר על כן, קיים חוסר שביעות רצון לגבי מימנם הנוכחי של בתי האבות, לפיו משלם הקשיש בעצמו ומקבל תמיכת סעד במקרה של הכנסה נמוכה. כדי להלחם במחירים הגבוהים והבלתי מוצדקים (לדעת אנשי מקצוע) של בתי האבות, קיימות מחשבות לגבי שיטת מימון חדשה על עקרון הסיבסוד, אשר יכלול פיקוח על המחירים.

מוסדות סיעוד

המוסד הסיעודי בהולנד מוגדר כמוסד שבו ניתן לקבל טיפול אישי-אחזקתי, סיעוד רפואי, בדיקות רפואיות, וטיפול רפואי עבור אנשים שאינם זקוקים לטיפול היומיומי של מומחה רפואי, אבל אינם יכולים לקבל טיפול בבית, כולל חולים כרוניים וקשישים הסובלים מירידה שכלית.

כיום מתגוררים במוסדות סיעוד כ-2.4% מהאוכלוסייה הקשישה, ו-2% נוספים נמצאים במוסדות אחרים, כמו בתי חולים². שיעור זה מתאים פחות או יותר לעדדים הממשלתיים, כפי שהוגשו לממשלה בתזכיר על מדיניות לקשישים של שנת 1975³:

א. מוסדות סיעוד רגילים עבור 1.2-1.4% מהאוכלוסייה הקשישה, בהתאם להבדלים איזוריים.

ב. מוסדות סיעוד פסיכיאטריים עבור 1.25% מהאוכלוסייה הקשישה.

מעניין לציין כי עבר בשנים הראשונות להפעלת חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות, עלה מספר המיטות הסיעודיות מעבר למתוכנן, כך שבשנת 1974 היו 34,977 מיטות, עליה של 13,524 בתוך חמש שנים, לעומת תוספת מתוכננת של 10,000 בלבד⁴. מדיניות הממשלה היא לשמור על גודל מינימלי של מוסדות אלה לפי תקן של לפחות 100 מיטות, כאשר 200-250 מיטות נחשב כמספר אידיאלי מבחינת גמישות ואספקת שירותים באיכות טובה. אם כי רוב מוסדות הסיעוד בהולנד מנוהלים על ידי אירגונים וולונטריים ללא מטרת רווח, הייבנים כולם לפעול תחת אישורו ופיקוחו של משרד הבריאות

¹Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, p. 27.

²Ibid., p. 12.

³Growing Old Unawares, 1975. Memorandum on Policy Relating to the Care of the Aged.

⁴Ibid.

והרווחה. משרד הבריאות קבע מספר תקנות שעל כל מוסד סיעודי בהולנד למלא, כמו נוכחות של רופא במשך כל שעות היממה, שירותי ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה, נוכחות כוח אדם סיעודי ועוד. מועמדים המבקשים להתקבל למוסד סיעודי נבדקים על ידי נציג ממשלתי מוסמך היכול להזות רופא. או אחות בריאות הציבור.

למעשה קיימים הסדרים בין קופות החולים למוסדות הסיעוד אשר קובעים את מחוייבותם של המוסדות הללו לקבל מספר מסויים של חולים הממלאים את תנאי הזכאות. לפי התהליך המקובל היום, האדם עצמו פונה למוסד הסיעודי הבוחן את הזדקקותו למוסד לפי כללי הזכאות הממשלתיים. כאשר האדם מתקבל, מועברת הודעה על כך לקופת החולים שבמסגרתה הוא מבוטח. התשלום עבור האדם יועבר ישירות מקרן חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות. למוסד הסיעודי, ולא באמצעות קופת החולים. תפקיד קופת החולים הוא מינהלי יותר - היא קובעת למשל את השתתפותו של החולה בהוצאות. כללית, מבוטחים המאושפזים במוסדות למעלה מחצי שנה חייבים לשלם סכום קבוע ואחיד כהשתתפות בהוצאות, אם הכנסתם היא עד סכום מסויים השווה לקיצבת הזיקנה. כאשר מדובר בזוג נשוי הם נדרשים להשתתף בהוצאות רק אם שניהם שוהים במוסד. רמת השתתפות זו היא נמוכה למדי (בשנת 1980 היא היתה 38% משכר המינימום ו-71% מקיצבת הזיקנה¹), ומשרדי הממשלה האחראיים על חוק זה שוקלים עתה את האפשרות לקבוע את השתתפות המבוטחים על סמך מבחן הכנסות מחמיר יותר.

לוח 3: מימון ההוצאות במוסדות סיעוד, 1978 (במיליוני גילדר)

הגורם המממן	אחוז
ס"ה	100.0
חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות	98.0
השתתפות עצמית	0.1
רשויות מקומיות	0.8
מקורות אחרים	1.1

המקור: Health Care in the Netherlands, Financial Analysis 1973-1983, p. 34.

¹ Social Security in the Netherlands. A Short Survey (The Hague: Ministry of Social Affairs, 1980).

כאמור, הוצאות האישפוז במוסד סיעודי מכוסות ברובן על ידי חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות (ראה לוח 3). יש לציין שבחישוב מחיר האישפוז של המוסד כוללים בהוצאות השוטפות חלק מההשקעה לבנייתו. מחיר האישפוז במוסד סיעודי שונה עבור סוגים שונים של מוסדות, כאשר, קיים סטנדרט מינימלי עבור כל סוג. אדם המבקש סידור במוסד יקר יותר משלם בעצמו עבור ההפרש. המחירים נקבעים על ידי גוף ממשלתי (National Tariff Board for Hospitals) לאחר משא ומתן עם נציגי המוסדות לגבי הוצאות האחזקה. התקציב נקבע לפי חישוב סכום חודשי למיטה, כאשר יש דיווח תפוסה חודשי. תקציב חדש נקבע כל ארבע שנים אם המוסד מבקש להעלות את המחיר מעבר לעליית האינדקס.

העלות השוטפת של מוסדות הסיעוד עלתה ב-126% משנת 1973 עד לשנת 1978, אף כי עליה זו היא מאד משמעותית, יש לציין שהגידול היחסי משנה לשנה נמצא בירידה, כפי שמראים נתוני לוח 4.

לוח 4: העלות השוטפת של מוסדות הסיעוד, 1973-1978.

השנה	במיליוני גילדר	אחוז הגידול
1973	1,048	
1974	1,316	25.6
1975	1,646	25.1
1976	1,916	16.4
1977	2,144	11.9
1978	2,369	10.5

המקור: Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1973-1983, Table 2.1, p. 13.

ראוי לציין, שבדומה לאנגליה וסקוטלנד, קיימת בהולנד נטיה לראות את בית החולים, בית האבות והמוסד הסיעודי כשייכים לקשת אחת של סידורים חוץ-ביתיים. מצד אחד, הודגשה החשיבות של הגדרת והפרדת המטרות השונות של סידורים אלה, ומאידך קביעת כללי הזכאות ותהליכי קבלה מתואמים לכל אחד. בניסיון להגביר את היעילות והחסכון בתחום זה, הוקמה ועדה מיוחדת כדי לדרוך באשפרות הצעת כללים למערכת מתואמת של הערכה וקבלת קשישים לבתי אבות ולמוסדות סיעוד, וכך לקבלת שירותים בקהילה.

יתר על כן, בתיכנון הנוכחי של הטיפול הסייעודי, הושם דגש על הצורך בצימצום השימוש במוסדות סיעוד על ידי הצעדים הבאים:

א. פיתוח מרכזי בריאות (health centres) כלליים בהם יוכל הקשיש לקבל טיפול סיעודי-רפואי יומי.

ב. הרחבת הטיפול הסייעודי-רפואי (home nursing).

ג. הרחבת טיפול סיעודי יום במוסדות הסיעוד עבור אנשים היכולים לחזור לביתם בסוף היום.

ד. הרחבת מספר המחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים והכשרת רופאים גריאטריים.

ה. הרחבת הפיתוח והשימוש במרכזי יום (service centres) לאספקת שירותים.

טיפול בקשישים במערכת חלא-מוסדית

בשנת 1975 86.3% מהאוכלוסיה הקשישה בהולנד גרו בבתיים בקהילה, מהם 83.8% בדירות רגילות ו-16.2% בדירות מיוחדות המותאמות לצרכיהם¹.

הטיפול בקשישים הגרים בבתיים מבוסס בעיקר על שיתוף פעולה ואספקת שירותים על ידי גופים וולונטריים, בכיסוי של הרשויות המקומיות, או בסיבסוד ממשלתי.

בין השירותים העיקריים הניתנים לקשישים בקהילה ניתן להזכיר במיוחד מרכזי יום, עזרה ביתית, וטיפול סיעודי-רפואי בבית.

מרכזי יום

כאמור, מרכזי יום הינם אירגונים המספקים לקשישים מיגוון של שירותים הדרושים להם כדי להמשיך להתגורר בביתם, כגון עזרה ביתית, ארוחות חמות, טיפול רפואי, שירותי תרבות ובידור, ועוד. מרכזי יום אלה מופעלים במסגרת הפרוייקטים המיוחדים לתיאום, ומספקים שירותים בממוצע ל-700 עד 1,000 קשישים בכל מרכז, אם כי הם מיועדים לאוכלוסיה של 2,000 איש לפחות². מרכזי היום מנוהלים על ידי אירגונים

¹Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, p. 3.

²Ibid., p. 13.

וולונטריים לא רווחיים, כגון: אירגון לעבודה סוציאלית, אירגון לעזרה ביתית, ואירגון לאספקת טיפול סיעודי-רפואי. אירגונים אלה ממומנים על ידי משרד התרבות והרווחה החברתית, בהשתתפותן של הרשויות המקומיות, והם חלק מניסיון של הפרוייקטים השונים לתאם את השירותים הניתנים לקשישים באיזור מסויים. יש לציין, כי עם כל החיוב שבמרכזים ובפרוייקטים הללו, מראה הניסיון שבאופן מעשי קיימים קשיים מינהליים רבים בהפעלה לפי מדיניות מוסכמת, במיוחד כאשר יש צורך בתיאום בין מספר רב של גופים.

עזרה ביתית

העזרה הביתית לקשישים התפתחה כחלק מהשירותים המקומיים לעזרה ביתית הניתנים באמצעות אירגונים וולונטריים ופרטיים. לפיכך, קיימים הבדלים איזוריים רבים באירגון ובצורת אספקת השירות. שירות זה מסובסד על ידי הממשלה, כאשר המשפחות משתתפות בתשלום בהתאם לרמת הכנסתן. קשישים אשר הכנסתם היחידה היא בגובה קיצבת הזיקנה פטורים מהשתתפות בהוצאות השירות. באופן מעשי, משפחה הזקוקה לעזרה ביתית פונה ישירות לאירגון המספק בקהילה. אם אין לאירגון אפשרות לספק את העזרה הדרושה רשאת המשפחה למצוא בעצמה עזרה. במספר מקומות יש אפשרות של סידור לפיו העזרה הביתית תסופק על ידי בן משפחה של הנזקק.

התשלום עבור עזרה ביתית מועבר ישירות לעוזרת ולא למשפחה. יש לציין שהסיבסוד הממשלתי לשירות זה נעשה על פי הקצאה כוללת (bloc grant) איזורית, בהתחשב בגודל האוכלוסיה ובהתפלגות הגילית.

הקשישים מהווים כ-50% מהמקרים המקבלים עזרה ביתית. לפי נתונים לשנת 1976, ניתנה עזרה ביתית בכ-100,000 בתים של קשישים, כלומר כ-10% מכלל בתי הקשישים. במוצע, ניתנו 5-6 שעות עזרה בשבוע (בסך הכל 30 מיליון שעות לשנה). התקציב הממשלתי עבור קשישים היה כ-47% מהתקציב עבור שירות זה ב-1976 (1,075 מיליון גילדר¹).

כמו במדינות אחרות, מכירים ההולנדים בחשיבות הרבה של שירות זה כגורם היכול לאפשר המשך מגוריו של הקשיש בקהילה ודחיית הצורך בבית אבות במקרים רבים. קיימת מודעות רבה לכך שהגידול בצורך בעזרה ביתית משמעותו צורך מקביל בתיכנון ובתיאום יעיל יותר על פי היצע וביקוש, על מנת להגיע לחשוראה איזורית של

¹Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, p. 15.

שירותים בהתאם לשיעורי הקשישים במקומות השונים. מדיניות הממשלה בתחום זה מקבלת ביטוי בתזכיר על הטיפול בקשישים משנת 1975, הכולל את הנקודות הבאות:

1. פיזור והקצאת משאבים אשר ישקפו טוב יותר את פיזור האוכלוסיה בכל איזור.
2. פיתוח מערכת ממלכתית ואחידה לקביעת כללי זכאות לעזרת בית, עם התחשבות בהבדלים איזוריים מסויימים.
3. פיתוח שיטה אחידה לקביעת גובה ההשתתפות של מקבל השירות, בהתאם לרמת ההכנסה, ללא צורך להעזר בתמיכות סעד.
4. הכשרת כוח אדם מתאים, והרחבת התפקידים של עוזרת הבית בהתאם לצרכים החברתיים והאישיים של הקשיש.
5. תיאום בין שירות זה לבין שירותים אחרים.
6. יתר ביזור באספקת עזרה ביתית.

לבסוף, ראוי לציין ששירות זה הינו דוגמא טובה לסירבול ולחפיפה הקיימים בחקיקה ההולנדית¹. למשל, יכול אדם להיות זכאי לגימלה כספית לעזרה ביתית באמצעות שני חוקים לביטוח נכות (כ-12,800² אנשים מקבלים גימלאות כספיות לעזרה ביתית באמצעות חוק ביטוח נכות כללית) המספקים הטבה זו כחלק מהבטחת הכנסה. אין תיאום בין אספקת גימלאות כספיות אלה לקבלת שירותים בעין לעזרה ביתית, כולל עזרה מסויימת הניתנת על ידי קופות החולים.

טיפול סיעודי-רפואי בבית (ambulatory home nursing)

הטיפול הסיעודי בבית ניתן בעיקר באמצעות שלושה אירגונים וולונטריים (אירגוני הצלב בהולנד - Cross Organizations), והוא מיועד לספק טיפול אישי-סיעודי בבית

¹ כפילויות אלה קיימות במיוחד לגבי כיסוי הוצאות מיוחדות של נכים כמו תרופות, דיאטות, התאמת דיור, הוצאות תחבורה, תוספת לחימום דירה ובזגוד. הטבות אלה ניתנות לאנשים באמצעות חוקים שונים, ולקשישים מעל גיל 65 רק אם החלו לקבל את העזרה לפני הגיעם לגיל זה. במקרים אחרים ניתן חלק מהעזרה לקשישים באמצעות תמיכות סעד (ABW).

²מידע אישי.

במקרה של מחלה או נכות, גם בתקופה שלאחר שיחרור מבית חולים. העלות של הטיפול הסיעודי-רפואי בבית עלתה ב-56.8% משנת 1973 לשנת 1977¹. למרות שאין נתונים מדויקים, ישנה הערכה כי בשנת 1979 15% מהאנשים שקבלו טיפול סיעודי בבית היו קשישים, וכ-10% מכלל ההוצאה עבור שירות זה היו עבור קשישים².

עד שנת 1974 היה השירות מסובסד ב-55% על ידי משרד הבריאות, והשאר כוסה על ידי השתתפות מקבלי השירות והרשויות המקומיות. כיום השירות ממומן כולו על ידי חוק ההוצאות הרפואיות המיוחדות במסגרת הביטוח הסוציאלי. החוק מממן את הוצאות האירגונים הוולונטריים על ידי הקצאה כוללת לכל אירגון. הכספים מועברים לפי שיטה המקצה אחת לכל 3,000 תושבים. ישנם כללים מחייבים לגבי סוג השירותים שמותר לספק (כגון: רחיצה, תחבושות, זריקות וכו'), אך למעשה אין כללי זכאות ואחידים ומחייבים לגבי האוכלוסיה הנזקקת.

התקציב לשירות זה הוא שנתי, כאשר כל שנה מועברות הצעות תקציב של האירגונים לוועדת עלויות (tariff board), הבודקת את ההוצאות, את מספר האחיות, את גובה המשכורות וכו'. הכסף מועבר כל שנה מראש, וכל אירגון רשאי להקצות את התקציב שלו בין האוכלוסיה הנזקקת בהתאם לשיקוליו המקצועיים.

מקור מימון נוסף לשירות זה הינו מהמקבלים עצמם. בשנת 1979 מומנו 25%¹ מההוצאות על ידי השתתפות המקבלים, כאשר השתתפות זו הינה בעצם דמי חבר קבועים המשולמים כל שנה לאירגונים הוולונטריים. רוב תושבי הולנד משלמים דמי חבר לאחד האירגונים וכך מבטיחים לעצמם קבלת שירות סיעודי-רפואי בעת הצורך.

¹Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1973-1983, Table 5.2, p. 68.

²Pieter J. Blommestijn. Research Project on Open Care, p. 16.

³מידע אישי

Biesta, H. and A.O. Houtzager. Structure of the Health Care in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health and Environmental Protection, 1977.

Blommestijn, Pieter J. The Cash or Financial Provisions for the Disabled in the Netherlands. The Netherlands Contribution to the York Conference on the Financial Provisions for the Handicapped. The Hague: Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, 1976.

— Definitions of Rehabilitation in Legislation - Significance - Realization - Formulation - Implementation. Tel Aviv: The First International Convention on Medico-Legal Aspects of Disability, 1981.

— Outline of the Present Situation With Regard to Rehabilitation Policy. Chapter IV. The Hague: Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, 1978.

— Participation of Handicapped People in the Planning and Implementation of Rehabilitation Services. The Hague: Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, 1980.

— Research Project on Open Care for the Elderly in 8 European Countries (East-West Composition). The Hague: European Centre for Social Welfare Training and Research, 1978.

— Some Schemes on the Care System and the Governmental Policy Concerning the Handicapped and the Elderly in the Netherlands. The Hague: Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, 1980.

Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane. Long-Term Care in Six Countries. Washington; U.S. Department of Health and Human Services, 1976.

Kramer, Ralph M. Governmental-Voluntary Agency Relationships in the Netherlands. Paper based on selected findings of the author from case studies and interviews conducted during 1974-1975.

Menken, Martien W.J. The Possibilities and Limitations of Disabled People in Society and in the Family. The Hague: Ministry of Health and Environmental Protection (no date).

Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare. Growing Old Unawares. Memorandum on Policy Relating to the Care of the Aged. The Hague, 1975.

Ministry of Health and Environmental Protection. Condensed Annual Report for 1979 of the Ziekenfondsraad (Health Fund Board). The Hague: External Relations Department of the Ziekenfondsraad, 1980.

— Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1972-1981. The Hague: Insurance and Health Care Costs Department, 1977.

— Health Care in the Netherlands. Financial Analysis 1973-1983. The Hague: Insurance and Health Care Costs Department, 1979.

— Health Insurance Funds. Statutory Provisions. Internal Report. The Hague (no date).

— Legislation on Behalf of the Mentally Handicapped. The Hague, 1979.

— Ziekenfondsraad. Place and Functions in Long-Term Care. Amstelveen: External Relations Department of the Ziekenfondsraad, 1980.

Ministry of Social Affairs. Facts and Figures About Netherlands. Internal Report. The Hague, 1981.

— Social Security in the Netherlands. A Short Survey. The Hague, 1980.

— Summary of the Social Insurance in the Netherlands. In outline form. The Hague, 1981.

נ ו ר ו ג י ה

המבנה הכללי

אירגון מערכת השירותים לטיפול ממושך בגרורוגיה מושפע מאד מהגיאוגרפיה של מדינה זו: נורווגיה הינה מדינה עם כ-12 איש לק"מ רבוע¹, כאשר כיום, בעקבות הפיכתה לחברה תעשייתית במאה הקודמת, מתגוררים כשני-שלישים מן האוכלוסין באיזורים עירוניים², והיתר מפוזרים מאד באיזורים הכפריים. בשל הפיזור הגיאוגרפי והאחריות ההיסטורית לתושבי האיזורים המרוחקים כל כך אחד מהשני, התפתחה בנורווגיה מערכת ממשלתית המחולקת לשלושה רבדים:

א. הממשל המרכזי

ב. הממשל המחוזי - county (ב-1978 היו 18 במספר)

ג. הרשות המקומית - municipality (ב-1978 היו 454 במספר)³

כל רובד מנוהל על ידי גוף נבחר הרשאי להטיל מיסים על האוכלוסיה ולחקצות משאבים באופן עצמאי. במערכת זו קיים ביזור רב. בידי שני הרבדים המקומיים האחריות לתיכנון ולהפעלת שירותי הבריאות והרווחה בהתאם לחוקים ממשלתיים. למרות הביזור בתיכנון ובביצוע, באופן מעשי יש לממשל המרכזי השפעה רבה עקב שיטת התמיכות לפיתוח שירותים ושיטת ההחזרים עבור אספקת שירותים. יתר על כן, קיימים נהלים מחייבים לפיקוח ולאישור ממשלתי, הן לגבי תוכניות פיתוח, והן לגבי הקצאת כספים במישור המקומי. כדי להפעיל את מנגנון הפיקוח פועלת הממשלה באמצעות נציגים מקומיים המוסמכים על ידה והחייבים לדווח לה.

כיתר הארצות שנסקרו, מסתמן בנורווגיה גידול ניכר באוכלוסיית הקשישים. בשנת 1978 היו 588,000 תושבים בני 65+, מספר המהווה 14.5% מכלל האוכלוסייה. תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעריכות כי בשנת 1990 יגיע חלקם של הקשישים ל-16%, כאשר הגידול המשמעותי ביותר הוא בקבוצה של התושבים בני 80+⁴. ראוי לציין כי חלקם של הקשישים באוכלוסייה משתנה מאד מאיזור לאיזור בנורווגיה,

¹Health for All by the Year 2000. Geneva, 1980, p. 3.

²Kaare Salvesen. Socio-Economic Policies for the Elderly in Norway, 1977, p. 1.

³Health for All by the Year 2000, p. 6.

⁴Elderly Norwegians. (Oslo: Norwegian Institute of Gerontology, 1979), p.4.

ובשנת 1974 הוא נע בין 4.5% ל-21% מהאוכלוסיה במחוזות ובעיריות השונים¹. שינויים דמוגרפיים אלה משפיעים כמובן על היקף הפעילויות והשירותים הגיתנים לקשישים, ועל חלוקת המשאבים המופנים לאיזורים השונים.

בשל גידולה המהיר של אוכלוסיית בני 65+, רואה הממשלה בטיפול בקשישים אחריות מרכזית, ובשנת 1977 הורו ההוצאות עבור שירותים לקשישים 6% מהתל"ג².

בשנת 1975 הוצאו 11,971 מיליון קרונר עבור שירותים לקשישים לפי החלוקה הבאה:

לוח 1: ההוצאות הציבוריות עבור שירותים לקשישים, 1975.

באחוזים	במיליוני קרונר	
100.0	11,971	ס"ה
58.7	7,029	קיציבאות וגימלאות כספיות
(83.5)	(5,873)	מהם: קיציבאות ביטוח לאומי
33.4	3,997	שירותי בריאות
(47.2)	(1,885)	מהם: בתי חולים
(33.1)	(1,323)	מוסדות סיעוד רגילים
(3.0)	(118)	מוסדות סיעוד פסיכיאטריים
(16.7)	(671)	שירותי בריאות לא-מוסדיים
2.4	285	עזרה ביתית
3.6	436	בתי אבות
0.9	109	השתתפות בדמי שכירות
1.0	115	דיוור מוגן

Elderly Norwegians, 1979, p. 10.

המקור:

¹Kaare Salvesen. Socio-Economic Policies for the Elderly in Norway, 1977, p. 16.

²Ibid., p. 21.

במסגרת הפעילויות לטיפול בקשישים מינה משרד הרווחה (Ministry of Social Affairs) בשנת 1964 את הועדה לטיפול בקשישים (Committee on the Care of the Elderly) אשר תפקידה היה לחקור את מצבם של הקשישים. הועדה הצביעה על ארבע נקודות מרכזיות המהוות לדעתה את מוקדי העדיפות לטיפול בקשישים: עזרה ביתית, מוסדות, דיור, ובריאות.

המסגרת המינהלית

מערכת השירותים לטיפול ממושך בנורווגיה מאופיינת בעיקר על ידי איזון עדין בין המימשל המרכזי לבין המימשל המקומי, כאשר האחרון אחראי על התיכנון בפועל ועל הפעלת השירותים, אם כי תחת פיקוחו ואישורו של המימשל המרכזי. תפקיד הממשלה מתרכז בעיקר בחקיקה, בתיכנון כללי ובתיאום. המינהלה לבריאות (Health Directorate) במשרד הרווחה אחראית על ניהול, תיכנון ואישור בתי החולים, מוסדות הסיעוד, וטיפול סיעודי-רפואי בבית. האגף לטיפול בקשישים במחלקת הרווחה אחראי על עזרה ביתית ועל פיקוח בתי אבות. כגוף מייעץ ומתאם בין המחוזות, הרשויות והאירגונים הוולונטריים קיימת רשות לטיפול בקשישים (National Council for Care for the Aged). באופן כללי, אפשר לתאר את אירגון מערכת השירותים לטיפול ממושך לפי התרשים הבא:

משרד הרווחה

Ministry of Social Affairs

<u>המינהלה לבריאות</u> Health Directorate		<u>מחלקת הרווחה החברתית</u> Social Welfare Dep't	
חוק בתי חולים, 1969		חוק הטיפול הסוציאלי	
רמה מקומית	רמה מחוזית	רמה מקומית	
טיפול סיעודי-רפואי בבית	בתי חולים-מוסדות סיעוד	בתי אבות	עזרה ביתית
מימון:	מימון:	מימון:	מימון:
25% המחוז	50% המחוז	מיסים עירוניים	50% מקומי
75% הביטוח הלאומי	50% הביטוח הלאומי		50% המשרד לענייני צריכה

יש להדגיש שמערכת הביטוח הלאומי בנורווגיה, אשר אורגנה בשנת 1911, הינה מערכת רחבה ביותר, וכוללת היום את האספקטים של ביטוח בריאות, רוב האספקטים של שירותי רווחה, וכמובן כל האספקטים של קיצבאות וגימלאות להבטחת הכנסה. מערכת זו נוצלה בנורווגיה במיוחד כדי להביא לשניוניים בשירותים הניתנים לקשישים. ההטבה החשובה הראשונה למען הקשישים הייתה קביעת החזר, בשיעור של

35%, עבור שירותי עזרה ביתית בשנת 1969, שיעור שהועלה לאחר מכן ל-50%. שיטת ההחזרים איפשרה גידול מהיר בהיקף שירות זה במישור המקומי¹. לגבי טיפול סיעודי-רפואי בביתו של הקשיש הועלה שיעור ההחזר מ-50% ל-75% בשנת 1972. כתוצאה מכך הורחב היקף שירות זה: מספר העיריות המספקות טיפול סיעודי-רפואי גדל מ-189 בשנת 1972 ל-375 בשנת 1975. היתה השפעה גדולה של שיטת ההחזרים גם על היקף מוסדות הסיעוד: קביעת שיעור ההחזרים ל-75% בשנת 1969, בעקבות חוק בתי החולים, הביאה להכפלת מספר המיטות הסיעודיות בנוורוגיה³.

שירותי בריאות

כתוצאה ממגמת ההרחבה של שירותי הבריאות לכל האוכלוסייה, גדל סקטור הבריאות בנוורוגיה פי 4-5 משנת 1950⁴. בשנת 1979 היו הוצאות הבריאות 7.4% מהתל"ג⁴ ולפי אומדנים הן מהוות היום 8% ממנו⁵.

הקו המנחה את מדיניות הבריאות בנוורוגיה היה מאז ומתמיד לחזק את שירותי הבריאות הראשוניים (primary health services) לעומת שירותי הבריאות המוסדיים, אם כי ללא הצלחה ניכרת. מתוך סך הכל ההוצאות הציבוריות על בריאות, עלה שיעור ההוצאות עבור שירותים מוסדיים מ-73.8% בשנת 1972 ל-78.6% בשנת 1979, כאשר הגידול נבע רק מהגידול בשירותים במוסדות הסיעוד: מ-14.1% ל-19.9%. באותה תקופה, ירדו ההוצאות עבור שירותי בריאות ראשוניים מ-26.2% ל-21.4% (ראה לוח 2).

לוח 2: שיעורי הוצאות הבריאות - שירותים מוסדיים ושירותים ראשוניים (במחירים קבועים)

1979	1975	1972	סוג השירות
100.0%	100.0%	100.0%	ס"ה
78.6	75.5	73.8	שירותים מוסדיים
(58.7)	(59.4)	(59.7)	בתי חולים ומוסדות לא-סיעודיים
(19.9)	(16.1)	(14.1)	מוסדות סיעוד (סומטיים ופסיכיאטריים)
21.4	24.5	26.2	שירותי בריאות ראשוניים

Ressursbruken I Helsevesenet 1972-1980, pp. 6-7

המקור:

¹ Kaare Salvesen. Socio-Economic Policies for the Elderly in Norway, 1977, p. 9.

² The Home Nursing Service, 1976, p.4.

³ Health for All by the Year 2000, p. 15.

⁴ Ressursbruken I Helsevesenet 1972-1980. (Oslo: Ministry of Social Affairs, 1981) p.2.

⁵ Health for All by the Year 2000, p. 15.

על מגמה זו ניתן ללמוד מדו"ח נורווגי שהוגש לכנס הבינלאומי על בריאות בארצות מתועשות (1980), המראה כי בעוד שבריטניה הוציאה בשנת 1976 29.4% מההוצאה הציבורית הכללית עבור שירותי בריאות, נורווגיה הוציאה על שירותים אלה רק 20.9%. 43% מכלל הרופאים בבריטניה עבדו באותה שנה בשירותים ראשוניים, בהשוואה ל-26% בנורווגיה. השימוש במיטות בבתי חולים הוא פי שניים בנורווגיה מאשר בבריטניה: בשנת 1976 היו בנורווגיה 20.1 מיטות בבתי חולים (כולל מוסדות סיעוד) לכל 1,000 תושבים, לעומת 11.6 בבריטניה¹.

מתוך סך כל הוצאות הבריאות עבור בתי חולים ומוסדות, שיעור ההוצאות עבור מוסדות סיעוד סומטיים גדל מ-15.8% בשנת 1972 ל-22.1% בשנת 1979, ושיעור ההוצאות עבור מוסדות סיעוד פסיכיאטריים נשאר כמעט קבוע במשך שנים אלה (לוח 3).

לוח 3: שיעורי הוצאות בריאות עבור בתי חולים ומוסדות (במחירים קבועים)

1979	1975	1972	סוג המוסד
100.0%	100.0%	100.0%	ס"ה
74.7	78.7	80.9	בתי חולים ומוסדות לא-סיעודיים
22.1	18.0	15.8	מוסדות סיעוד סומטיים
3.2	3.3	3.3	פסיכיאטריים " "

Ressursbruken I Helsevesenet, 1972-1980, p. 11.

המקור:

המערכת האירגונית

הבסיס החוקי המתאם את כל מוסדות הרפואה בנורווגיה הוא חוק בתי החולים שנכנס לתוקף בשנת 1970, והקובע דרך לתיכנון חלוקת משאבים באופן פרופורציונלי לכל מחוז ומחוז, תוך שמירה על רמת טיפול תקנית. חוק זה מגדיר את המחוז כיחידה הממשלתית האחראית על תיכנון, בנייה והפעלת כל מוסדות הרפואה האיזוריים.

¹Health for All by the Year 2000, p. 20.

כדי להבטיח תיאום ברמה הלאומית ולמנוע חלוקה לא-שיוויונית של שירותי הבריאות, חייבות כל תוכניות הפיתוח והתיכנון של מוסדות הרפואה המחוזיים לקבל את אישור גורמי הבריאות הממשלתיים (Health Directorate). אישור זה חשוב במיוחד על מנת לקבוע את רמת העזרה הכספית שיקבל כל מחוז.

מימון

ההוצאה הציבורית עבור שירותי הבריאות במחירים קבועים גדלה מ-5,918 ביליון קרונר בשנת 1972 ל-7,948 ביליון קרונר בשנת 1979, כלומר גידול של 34.3%. באותן השנים גדלו הוצאות הבריאות כשיעור מהתל"ג מ-6.0% ל-7.4%, במחירים שוטפים¹. (גידול של 23%). יש לציין כי 37% מתקציב הבריאות בשנת 1975 הוצאו עבור בני 67+. כאמור, חלק הארי של הוצאות הבריאות הוא עבור שירותי בריאות מוסדיים לעומת שירותי בריאות ראשוניים.

חוק בתי החולים משנת 1969, המהווה, כפי שהוזכר, את הבסיס החוקי לבניית ולהפעלת מערכת מוסדות הבריאות בנורווגיה, קובע כי הוצאות התיכנון והבנייה ימומנו על ידי בעלי המוסדות הרפואיים, אשר יכולים לקבל לשם כך הלוואה מקרן מיוחדת לבניית מוסדות. באשר להוצאות אחרות, 75% מההוצאות השוטפות מוחזרות על ידי הביטוח הלאומי, והשאר ממומן על ידי מקבלי השירותים.

מוסדות סיעוד

בדומה לבתי החולים, האחריות לבניית ולהפעלת מוסדות הסיעוד הינה בידי המחוזות, בהתאם לחוק בתי החולים. מוסד סיעודי בנורווגיה מוגדר רשמית כמוסד רפואי המספק שירותי אחזקה וסיעוד רפואי אשר אינם דורשים שהות בבית חולים. קיימים סוגים שונים של מוסדות סיעוד: מתוך 603 מוסדות בשנת 1978, היו 46% מוסדות סיעוד כלליים או פסיכיאטריים, 48% מחלקות סיעודיות בתוך בתי אבות, ו-6% מוסדות סיעוד לנכים או לאנשים עם מחלות מיוחדות². רוב האנשים הנמצאים במוסדות אלה הם מעל גיל 70, ולכן כל המוסדות הללו נחשבים כמוסדות סיעוד לקשישים. לפי נתונים לשנת 1979 קיימות 6 מיטות סיעודיות לכל 100 קשישים בני 70+³, בהשוואה ל-6.2 מיטות סיעודיות לכל 1,000 איש באוכלוסייה כולה⁴.

¹ Ressursbruken i Helsevesenet, 1972-1980, p. 2.

² Hospital Statistics, 1978, Table 1, p. 12.

³ Elderly Norwegians, 1979, p. 11.

⁴ Hospital Statistics, 1978, Table 6, p. 22.

מתוך סך כל ההוצאות הציבוריות עבור שירותי בריאות לקשישים בשנת 1975, 36% הוצאו על טיפול במוסדות סיעוד: 33.1% במוסדות סיעוד סומטיים ו-2.9% במוסדות סיעוד פסיכיאטריים¹.

ההוצאות השוטפות של מוסדות הסיעוד מוחזרות למחוז על ידי הביטוח הלאומי, בשיעור של 50%. אין הרשות המקומית משתתפת כלל במימון זה. כדי לקבל החזר הוצאות מהביטוח הלאומי חייב המוסד לקבל אישור מהמינהלה לבריאות על פי התקן הקובע שבכל מוסד סיעודי חייבת להיות לפחות אחת מוסמכת אחת (שלוש אחיות לפחות אם יש יותר מ-25 מיטות) ורופא כללי אחד המבקר באופן קבוע. כמו כן חייב המוסד לספק שירותי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.

בניית מוסדות סיעוד נעשית על פי תוכנית ארצית המבוססת על מספר המיטות הדרושות לאוכלוסיית בני 70+. כל מחוז מגיש תוכנית החייבות לקבל אישור ממינהלת הבריאות. התיכנון נעשה על פי הגדרת תקציב מוגבל לתיכנון ולפיתוח הנקבע על ידי הממשל המרכזי. אין מוסד רשאי להוסיף מיטות ללא אישור.

המחוז יכול לקבל הלוואה לבנייה מקרן בנייה מיוחדת. כמו כן, קיימת שיטת החזרים הכוללת שיעור מסויים (37.8%) של הוצאות הפיתוח בתוך ההוצאות השוטפות. אך כדי לזכות בהחזרים עבור בנייה, קיימים תנאים המגבילים את הוצאותיה עד תקרה מסוימת, המחושבת לפי מספר מטרים רבועים למיטה. כמו כן, החזר ההוצאות השוטפות משתנה בהתאם לדירוג המוסד. מאז 1980 קיימת שיטה של הקצאה כוללת למחוזות עבור בניית מוסדות.

חלקם של הקשישים במימון ההוצאות שווה לחלקו של המחוז (50%). לאחר ארבעה חודשי שהיה במוסד יש קיצוץ של 75% בכל הקיצבאות שמקבל הקשיש מהממשלה. אין כללים אחידים להשתתפות הקשיש, והדבר תלוי במחוז המסויים, אך באופן כללי, גובה ההשתתפות נקבע על פי מבחן הכנסות הלוקח בחשבון הכנסות נזילות (לא כולל דירה), עד לתקרה הנקבעת בדרך כלל כ-25% מההוצאות השוטפות למיטה².

מאז 1970 הוכפל מספר המיטות הסיעודיות בנורווגיה, מ-13,480 ל-25,522 בשנת 1978. מיטות הסיעוד מהוות 52% מכלל המיטות בבתי החולים ובמוסדות הסיעוד גם יחד³.

¹ Elderly Norwegians, 1979, p. 10.

² מידע אישי

לוח 4: מספר המיטות לפי סוג המוסד הסיעודי, 1976-1978

1978	1977	1976	סוג המוסד
25,522	23,973	22,708	ס"ה המיטות
15,466	14,093	13,219	מוסד סיעודי כללי נפרד
9,125	8,919	8,524	מחלקה סיעודית בבית אבות
931	961	965	מוסדות אחרים

Hospital Statistics, 1978.

המקור:

מלוח 4 ניתן לראות כי 60.5% מהמיטות הסיעודיות נמצאים במוסדות סיעוד כלליים נפרדים ו-37.5% נוספים נמצאים במחלקות בבתי אבות. הגידול העיקרי במספר המיטות נבע מהגידול בסקטור המוסדות הנפרדים. יש לציין שלגבי מחלקות סיעודיות בבתי אבות, עקב העובדה שרשויות שונות אחראיות לבתי האבות (הרשויות המקומיות) ולמוסדות הסיעוד (המתוז), קיימות בעיות רבות בניהול ובמימון.

אין כללי זכאות מוגדרים ואחידים הקובעים את קבלתו של קשיש למוסד או דחייתו. הבקשה לסידור מוסדי מועברת בדרך כלל לאחות הראשית (nursing director) המקומית, והחלטה מתקבלת על ידי צוות המורכב בדרך כלל מאחות זו, רופא כללי, אם הבית של המוסד ונציג מוסמך של משרד הרווחה.

מנתונים על תחלופה ניתן לראות שחלק מאוכלוסיית המאושפזים במוסדות הסיעוד חוזר לקהילה לאחר שהיה של מספר חודשים. ב-1978 היו 25,522 מיטות סיעוד, אך טופלו באותה שנה 48,846 חולים, ממוצע של שני חולים למיטה בשנה (לעומת 27 חולים למיטה בבית חולים כללי). באותה שנה שוחררו ממוסדות הסיעוד 16,097 חולים ונפטרו 8,587 נוספים. המספר הממוצע של חולים (in patients) היה 24,040.¹

באשר לכוח אדם, יש לציין שבשנת 1978 היה מספר כוח האדם ל-1,000 מיטות 513 במוסדות סיעוד לעומת 1,506 בבתי חולים כלליים.² במונחים של משרות היה ממוצע של 863 משרות מלאות ל-1,000 מיטות במוסדות הסיעוד, לעומת 1,020 משרות בבתי חולים כלליים.³ יתר על כן, כמחצית כוח האדם במוסדות הסיעוד עוסקים בעבודתם כמקצוע שני לעומת כשליש בבתי החולים.⁴ לוח 5 מראה את התפלגות סוגי כוח האדם במוסדות סיעוד

¹ Hospital Statistics, Table 6, p. 22.

² Ibid., Table 15, pp. 40-41.

³ Ibid., Table 17, pp. 44 and Table 19, p. 46.

⁴ Ibid., Table 14, pp. 38-39.

בהשוואה לבתי חולים. בולט במיוחד המשקל הרב יותר במוסדות של אחיות עזר וכוח עזר, והשיעור הקטן במיוחד של עובדים סוציאליים ופסיכולוגים.

לוח 5: התפלגות סוגי כוח אדם, לפי סוג המוסד, 1978

מוסדות סיעוד	בתי חולים כלליים	סוג כוח האדם
16,928	42,077	ס"ה כוח האדם
(100%)	(100%)	
1.7	8.3	רופאים
17.1	30.3	אחיות מוסמכות
24.7	17.6	אחיות עזר מוסמכות
26.7	5.4	כוח עזר אחר
1.4	1.2	פיזיותרפיסטים
1.8	0.2	מרפאים בעיסוק
0.1	0.2	פסיכולוגים
	0.5	עובדים סוציאליים
0.1	3.7	עובדי מעבדה
2.7	9.4	הנהלה
23.7	23.2	אחר

Hospital Statistics, 1978, Table 14, pp. 38-39.

המקור:

בתי אבות

בתי אבות בנורווגיה מיועדים בעיקרם לקשישים עצמאיים הזקוקים או המעדיפים מסיבה כלשהי להתגורר במסגרת משותפת. קיימים שני סוגים של בתי אבות: בתי אבות רגילים, ובתי אבות הכוללים מחלקה סיעודית. בשנת 1979 היו בנורווגיה 299 בתי אבות עם מחלקה סיעודית לעומת 375 בתי אבות רגילים.¹ כיום קיימות 3.9 מיטות בבתי אבות לכל 100 קשישים מעל גיל 70.²

¹ Social Statistics, 1979, Table 6.3.1., p. 81.

² Elderly Norwegians, p. 11.

חוק הטיפול הסוציאלי קובע כי העיריות הן האחראיות לשימוש במיטות בבתי האבות הפרטיים. המועצה לרווחה חברתית (Social Welfare Board) ממנה צוותים האחראיים לפיקוח בתי האבות, הן אלה השליכים לעיריות והן הפרטיים. צוותי הפיקוח בודקים את רמת הטיפול בדיירים ומדווחים למועצה.

בתי האבות ממומנים בעקרון על ידי תשלומי הדיירים, כאשר שאר ההוצאות ממומנות על ידי העיריה ללא כל החזר מצד הממשלה. הדיירים משלמים את חלקם בדרך כלל מקיצבת הזיקנה, כאשר החוק קובע שיש להשאיר בידי הדייר 25% מהקיצבה הבסיסית, ו-10% מההטבה הסוציאלית לצורך הוצאות אישיות. אנשי מקצוע סבורים כי שיטת מימון זו המשאירה לעיריה את רוב עול המימון, בניגוד למוסדות הסיעוד הממומנים על ידי הממשלה, מהווה תמריץ לסידור המוסדי. ואמנם, קיימת מגמת ירידה במספר בתי האבות במשך השנים. כך למשל, בשנת 1970 היו בנורווגיה 776 בתי אבות לעומת 674 בשנת 1979. במקביל, ירד מספר המיטות בבתי אבות מ-18,085 בשנת 1970 ל-14,249 בשנת 1979.¹

מרכזי יום

מרכזי יום לקשישים החלו להתפתח בנורווגיה בשנת 1952 באמצעות האירגונים הוולונטריים. מטרתם העיקרית לספק שירותים ופעילויות שונות לקשישים הגרים באיזור מסויים. מספר מרכזי היום עלה מ-85 בשנת 1974 ל-127 בשנת 1979.² יש מרכזי יום המנוהלים על ידי העיריות, אך חלקם הגדול (70%³) מנוהלים על ידי אירגונים וולונטריים, עם עזרה כספית דבה של הרשות המקומית. קיימים הבדלים רבים בין המרכזים לגבי סוגי השירותים הניתנים, ואין הנחיות אחידות לבניית המרכזים ולהפעלתם.

בדיקת התפלגות השירותים הניתנים מצביעה על כך שעיקר השירותים הינם חברתיים, ואינם מיועדים לטיפול אישי. כמו כן, יש להניח שרוב הקשישים המבקרים במרכזי יום הם ניידים, כי למספר קטן בלבד של מרכזים ישנם שירותי הסעה.

¹ Social Statistics, 1979, Table 6.3.1., p. 81.

² Ibid., Table 6.1.1., p. 79.

³ חומר שנמסר בעל פה ב-Norwegian Gerontological Institute

לוח 6: סוג השירותים הניתנים במרכזי יום

סוג השירות	אחוז המרכזים המספקים את השירות
כירופודיה	84
טיולים	83
קורסים למיניהם	80
ארוחות מוזלות	78
ארוחות חמות לבית	43
מספרה	76
התעמלות	76
שירותי עובד סוציאלי לבית	37
ביקורי בית	36
פעילויות חברתיות	68
שירותי רופא	8
שירותי אחות	11
פיזיותרפיה	7
עזרה ביתית	1-2

המקור: חומר שנמסר אישית ב-Norwegian Gerontological Institute.

קיימת חפיפה מסוימת בין תפקידיהם של מרכזי היום לבין תפקידיה של הרשות המקומית. למשל, קיים ויכוח בין אנשי מקצוע לגבי תפקיד מרכזי היום, ובעיקר לגבי היותם מוקד נוסף להערכה ולאיבחון צרכים של קשישים והפנייה לשירותים. מבחינת תפקיד ההערכה קיימת חפיפה עם עובדים מקצועיים בעיריות (עובד סוציאלי, אחות). הגישה כיום היא לצמצם את תפקידו של המרכז כשותף להערכה ולאיבחון, ולראות את המרכז כשירות בקהילה. את תפקידי ההערכה והאיבחון, וכך ההפנייה לשירותים הדרושים, מבקשים חלק מאנשי המקצוע להשאיר בידי עובדים מקצועיים בעיריה.

טיפול סיעודי רפואי בבית (home nursing)

טיפול סיעודי-רפואי בבית מיועד לספק עזרה סיעודית בביתו של הנזקק, בעיקר טיפול בפצעים, החלפת תחבושות, רחיצה וכו'. אם כי השירות אינו בלעדי לקשישים, 71.5% ממקבלי השירות בשנת 1979 היו מעל גיל 67. שיעור הקשישים שקבלו שירות זה באותה שנה הינו 6.2% לעומת 1.1% בלבד בקרב כלל האוכלוסיה¹.

השירות ניתן רק על סמך אישורו של רופא כללי, והוא מנוהל על ידי אחות מוסמכת המתאמת את עבודתה עם הלשכה הסוציאלית המקומית. הפיקוח הרפואי הוא בידי פקיד מוסמך של שירות בריאות הציבור המקומי (public health officer). באופן מעשי,

במקרים רבים מחליטה האחות האחראית על היקף העזרה הנדרשת ומקבלת את אישור הרופא להמלצתה בדיעבד.

למעשה, שירותי סיעוד רפואי בבית הינם חלק ממערכת השירותים שהתפתחו באמצעות מימון של הביטוח הלאומי, אך האחראיות להקמה, אירגון והפעלה היא בידי הרשות המקומית. השירות ניתן בחינם, כאשר הרשות המקומית מקבלת החזר עבור הוצאות שוטפות בשיעור של 75% מהביטוח הלאומי ו-25% מהמחוז.

¹Social Statistics, 1979, Table 5.14, p. 77.

עזרה ביתית

עזרה ביתית הניתנת במסגרת חוק הטיפול הסוציאלי מיועדת לספק עזרה בביצוע פעולות יומיומיות (נקיון, כביסה, בישול וקניות) לאנשים אשר אינם מסוגלים להמשיך להתגורר בקהילה ללא עזרה זו. הקשישים מהווים את קבוצת הצרכנים העיקרית לשירות זה. מתוך כלל הבתים שקיבלו עזרה ביתית בשנת 1979, 87.2% היו בתים של אנשים מעל גיל 67.¹

שירות זה נחשב כאחד השירותים החשובים והמקיפים ביותר בנוורווגיה, למרות שההוצאות עבורו קטנות יחסית: ב-1975 הוא היווה 2.4% בלבד מכלל ההוצאות הציבוריות עבור קיצבאות ושירותים לקשישים.²

בדרך כלל אירגון שירות העזרה הביתית בקהילה הוא ציבורי, ונעשה על ידי הרשות המקומית, אך הרשויות רשאיות לספק את השירות גם באמצעות גורמים פרטיים. למעשה, אין היום עיריה אשר אינה מפעילה שירות לעזרה ביתית. מספר הבתים המקבלים עזרה ביתית עלה מ-43,787 בשנת 1970 ל-92,102 בשנת 1979, כלומר: גידול של 110%.³ גידול זה הביא איתו גידול מקביל (114%) במספר האנשים המספקים עזרה ביתית: מ-20,597 עובדות בשנת 1970 ל-44,102 עובדות בשנת 1979.⁴ יש לציין, כי 97.9% מהעובדים הללו עובדים היום במשרה חלקית. לעומת הגידול במספר העוסקות בעזרה ביתית, גדל מספר שעות העבודה (man hours) באותה תקופה ב-166%, מימצא המעיד שחל גידול לא רק במספר העובדים אלא גם במספר השעות הניתנות.⁵

¹ Social Statistics, 1979, Table 5.5, p. 68.

² Elderly Norwegians

³ Social Statistics, 1979, Table 5.4, p. 67.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

Central Bureau of Statistics. Hospital Statistics, 1978. Oslo, 1979.

— Social Home Help Services, 1977. Summary in English.

Government of Norway. Guidelines for Establishment and Operation of Home Nursing. Oslo: Health Directorate, 1971.

— Hospitals Act of 19 June 1969. Oslo, 1969.

— Norwegian Social Security Law from the 17th of June 1966.

— Social Care Act from the 5th June 1964.

Kane Robert L. and Rosalie A. Kane. Long-Term Care in Six Countries.
Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1976.

Ministry of Social Affairs. Ressursbruken I Helsevesenet 1972-1980. Internal
Document of Health Expenditure Data. Oslo: Health Directorate,
1981 (in Norwegian).

— Health for All by the Year 2000. Norwegian Contribution to an
Ad Hoc Meeting on Health for All in Industrialized Countries.
Geneva, May 1-2, 1980.

— Socio-Economic Policies for the Elderly. Reply from the Govern-
ment of Norway to OECD Questionnaire. Oslo, 1979.

Norwegian Institute of Gerontology. Elderly Norwegians. Oslo, 1979.

— Research Guidance, Information, Education and Training Report
for the Years 1973-1975. Oslo, 1977.

— Service Centres for the Elderly in Norway 1974-1977. Oslo, 1980.

Salvesen, Kaare. Socio-Economic Policies for the Elderly in Norway.
Document Submitted to the OECD. August, 1977

Slagsvold, Britt. The Relationship between Size and Quality in Nursing Homes.
Oslo: Norwegian Institute of Gerontology, 1981.

Tjontvedt, B. The Home Nursing Service, Especially in Relation to Elderly
People. Paper Submitted to WHO Working Group on Nursing Aspects
in the Care of the Elderly. West Berlin, 1976.

סיכום קווי היסוד של המערכות לטיפול ממושך

אף כי מדובר בארבעה מקומות השונים זה מזה מבחינת הגודל, המבנה החברתי וצורת השלטון והמערכות המינהליות והמצב הכלכלי, ארבע המדינות שתוארו מתנסות בתהליך גידול האוכלוסיה הקשישה. השיעורים הגבוהים של אוכלוסיה זו משפיעים מאד על תכנון ופיתוח שירותים בסקטור הציבורי והוולונטרי, כך שכל המדינות מתמודדות עם בעיית מציאת פתרונות הולמים לאספקת הצרכים של אוכלוסיית הקשישים.

באופן כללי, למרות שהקשישים הינם קבוצת הצרכנים העיקרית, ניתן לציין שהשירותים לטיפול ממושך לקשישים אינם מהווים מערך מינהלי נפרד בפני עצמו, לא מבחינת האספקה ולא מבחינת המימון. חוץ משירותים המיועדים אך ורק לקשישים (כמו בתי אבות) רוב השירותים הינם חלק ממערכות הבריאות והרווחה במדינה, המיועדות לכלל האוכלוסיה. מבחינת מקומם התחיקתי והמינהלי של השירותים, קיים קשר הדוק בין שירותים לטיפול ממושך והמערכת הבריאותית הכללית בכל מדינה, ביחוד כאשר מדובר בסידור מוסדי ובטיפול סיעודי-רפואי בבית. שירותים אחרים בקהילה, כמו עזרה ביתית ומרכזי יום, שייכים בדרך כלל למערכת של שירותי הרווחה, אך ניתנים לרוב בתיאום כלשהו עם שירותי הבריאות האישיים, בעיקר באמצעות הרופא הכללי. באותו הקשר, ראוי לציין שראיית מערכת השירותים לטיפול ממושך הינה ראייה רחבה מאד, הכוללת למשל בתי אבות ודיור מוגן, בטענה שקיימים קשרי גומלין בין סידורי דיור מיוחדים, שירותים תומכים בקהילה (כמו עזרה ביתית, טיפול אישי-סיעודי ומרכזי יום), שירותי בריאות כמו אישפוז במחלקות גריאטריות, והסידור המוסדי הממושך.

יש לציין שבאופן כללי, כל המדינות, על מערכותיהן השונות, התנסו בשנים האחרונות בגידול ניכר בהוצאותיהן עבור שירותי בריאות כלליים ושירותים לטיפול ממושך (בקהילה ובמוסדות), והן רואות בצימצום הוצאות (cost containment) אחת הנקודות המרכזיות והמכריעות בהערכת ובהתפתחות תוכניותיהן. חשוב מאד להדגיש עובדה זו, במיוחד לאלה בישראל הגורסים מערכת תקציבית לחוק ביטוח סיעוד, בטענה שרק במערכת כזו אפשר למנוע גידול מופרז ובלתי מבוקר בהוצאות, ובאותו זמן לענות על צרכי הסיעוד בקרב האוכלוסיה. דווקא במערכות תקציביות אין כמעט אפשרות לקבוע כללי זכאות אחידים ומחייבים, ורוב השירותים ניתנים על פי שיקול דעת וסדר עדיפויות מקומי. נראה, שהמטרה הראשונית בפיתוח מערכת סיעוד בישראל היא למצוא דרך לאפשר גמישות מקומית באספקת שירותים בתוך מערכת הקובעת סדרי עדיפויות וכללי זכאות אחידים, המבטיחים לכל אזרח זכות שווה במצב דומה. כל זאת, כמובן, בהתאם לתקציבים הקיימים והמוזרמים כיום בתחום זה.

כאמור, קיים לחץ בכל מדינה להרחיב את מערכת השירותים ולהגדיל את התקציבים המיועדים לכך. הפתרונות בהם מתנסות או מתכננות המדינות השונות בהתמודדותן בבעיית הגידול בהוצאות, אינן אחידות, אך מכוונות בדרך כלל ליעול המערכות הקיימות. באופן כללי, ניתן לציין גישות הגורסות אספקת שירותים בקהילה לעומת הסידור המוסדי היקר; הגדרת כללי זכאות אחידים ומחייבים יותר; ביזור במערכת על מנת למנוע ביזבוז ביורוקרטי; הנחיות מחייבות יותר לחלוקת משאבים; והגברת הפיקוח.

העובדה שהמערכות בכל אחת מהמדינות נמצאות חיוס בתהליך של אירגון מחדש, אמנם מקשה על הניסיון לסכם את ניסיונותן, אך נותנת אפשרות ללמוד מהבעיות והספקות המתעוררים בארצות השונות, ומדרכי ההתמודדות השונות עם הבעיות הללו.

1. חלוקת האחריות בין המישור הממשלתי למישור המקומי

באופן כללי מאופיינות הארצות על ידי ביזור רב של כל הפונקציות הכרוכות בקביעת הזכאות ואספקת השירותים, ואף בשימוש במשאבים. אפילו במדינות כמו נורווגיה והולנד בהן קיימים יותר פזקות ושליטה על תכנון ומימון השירותים, תפקיד הממשלה הינו בעיקר לתכנן ולממן שירותים לפי כללי זכאות כלליים.

כלומר, בעוד שהתכנון לפיתוח שירותים (במיוחד לבניית מוסדות סיעוד) טעון בדרך כלל אישור ממשלתי כלשהו בהתאם לתוכנית כללית, האחריות לאספקת שירותים היא מקומית בלבד. אספקת השירותים נעשית, באופן תיאורטי, לפי הנחיות של הדרג הממשלתי המגדירות גם את האוכלוסיה הנצרכת ואת סדרי העדיפויות בפיתוח ובאספקת שירותים, אך באופן מעשי יש לדרג המקומי חופש רב באספקת השירותים (במיוחד באנגליה ובסקוטלנד) וקיימים פערים בין תוכניות ממשלתיות לבין השימוש בכספים שהוקצו. החיסרון הבולט הוא שאין כלל אחידות איזורית בכיסוי הצרכים של האוכלוסיה הניזקקת.

כמוכך, המערכות המבוזרות שהתפתחו במדינות אלו נובעות בעיקר מהמסורת של אחריות מקומית כלפי האוכלוסיה, מהפיזור הגיאוגרפי (במיוחד בנורווגיה), ומההטרוגניות של האוכלוסיות החיות באיזורים שונים. הביקורת לגבי חלוקת האחריות בין הדרג הממשלתי לבין הדרג המקומי מציגת בעיקר ביזבוז, חוסר יעילות וחוסר אחידות באספקת שירותים. מעניין לציין שדווקא למטרות צימצום בהוצאות הולכות וגדלות, ישנה נטייה להעמקת הביזור במערכות השירותים לטיפול ממושך, וזאת על ידי העברת אחריות גדולה יותר לרשויות המקומיות לתיכנון ולהקצאת משאבים בהתאם לצרכים המקומיים.

הרחבת תחומי האחריות של הגורמים המקומיים נובעת בעיקר מהתחושה שבידיהם האפשרות להכיר טוב יותר את הצרכים של האוכלוסייה. העברת האחריות לקבלת החלטות ולהקצאת משאבים (במסגרת תקציב מוגבל) תגביר לדעת אנשי מקצוע את האחריות המקומית להוצאות כספיות, ותעודד חשיבה יצירתית לגבי פיתוח שירותים שונים בהתאם לצרכי המקום. יתר על כן, קיימת תחושה שיתר ביזור יצמצם את הסירבול הביורוקרטי הקיים וההוצאות המיותרות הנובעות ממנו.

באותו הקשר של צימצום בהוצאות ויעול המערכת, קיימת גישה נוספת הסותרת במקצת את הנטייה לביזור. עקב הרצון לצמצם בהוצאות הודגש בכל מדינה הצורך בפיקוח טוב יותר על המערכות המקומיות ובצורך להבטיח השוואה איזורית (regional equity). אחת הדרכים המוצעות לכך היא הגדרה מחייבת יותר של אוכלוסיית היעד וכללי זכאות אחידים. כמו כן, צויין הצורך בהנחיות מחייבות יותר לחלוקת משאבים אשר יבטיחו שאמנם הכספים יוצאו לאותם שירותים להם היו מיועדים. מכל מקום, ראוי לציין שללא חקיקת חוקים מיוחדים אין כיום למדינות אפשרויות לחולל שינויים דרסטיים במערכותיהן, וכל אחת מהן כבולה בדפוסים ובהרגלים קיימים.

2. הזכאות האישית

הזכאות לשירותים אינה מבוססת על עקרון הזכאות האישית (personal entitlement), וכאמור אין כללי זכאות מפורטים וקבועים למתן שירות זה או אחר. ישנם חוקים הקובעים את האחריות הכללית של המדינה וחרשויות המקומיות לספק שירותים, אך באופן מעשי, כאשר אין תקציב לאספקת השירות, כאשר חסר כוח אדם, או שאין מקום במוסד סיעודי אין האדם יכול מבחינה חוקית לתבוע שירות, אלא עליו להמתין עד אשר תהיה אפשרות לאספקת השירות.

בהולנד, אשר חקקה את חוק ה-AWBZ במסגרת הביטוח הסוציאלי, עקרון הביטוח אינו מוצא ביטוי בצורה של זכאות אישית אבסולוטית, אלא מבוסס על גבייה ביטוחית של כספים המיועדים למטרות מוגדרות (earmarked funds), ואשר מוקעים כאמור לפי כללים והנחיות ממשלתיים. באנגליה, לעומת זאת, כלל לא קיימים כללי זכאות מחייבים, וכל רשות מקומית קובעת כללים משלה, על פי רוב לפי שיקול דעת אנשי המקצוע המקומיים ובמסגרת המיגבלות התקציביות ומגבלות כוח האדם הקיימות.

כמו כן, בכל מדינה קיימים נהלים להערכת צרכים ולקבלת החלטות לגבי אספקת שירותים. ישנם כללים מפורטים לסינון ולקבלת אנשים למוסדות סיעוד, במיוחד בהולנד. עם זאת יש לציין שאין כללים אלה מבטיחים לאדם סידור מוסדי, אפילו אם הוא ממלא אחר כל הקריטריונים.

3. מימון

באופן כללי, קיימת הפרדה ברוב השירותים בין המערכת המממנת לבין המערכת המבצעת. ישנם דפוסים שונים למימון שירותים לטיפול ממושך. כפי שתואר בנפרד עבור כל מדינה שסקרנו. ישנם שירותים הממומנים על ידי משאבים ממשלתיים בלבד (ממסוי כללי או מגבייה ביטוחית), ושירותים אחרים הממומנים על ידי משאבים ממשלתיים ומקומיים גם יחד.

המימון הממשלתי מועבר לרשות המקומית בשתי שיטות עיקריות:

א. שיטת ההקצאה הכוללת (bloc grant) בבריטניה

לפי שיטה זו, מקצה הממשלה כספים עבור מיכלול של שירותים. באופן כללי מיועדת ההקצאה לסוגים מסויימים של שירותים (למשל: שירותים חברתיים אישיים ולא שירותי בריאות), אך הרשות המקומית אינה חייבת להוציא או לדרווח על כספים לשירותים ספציפיים לפי שיעורים מוגדרים על ידי הממשלה.

ההקצאה, אשר גודלה נקבע בדרך כלל לפי הישוב דמוגרפי של האוכלוסיה בכל איזור, אינה מיועדת לפרט או לכיסוי הוצאות הפרט, אלא היא מיועדת לאיזור מסויים. השיטה מבוזרת מאד ומשאירה לרשות המקומית שיקול דעת מלא לגבי השימוש בכספים. כל רשות רשאית להקצות את כלל הכספים שקיבלה לשירותים שונים ובהיקפים שונים.

שיטה זו הינה בעצם שיטה לסיבסוד, או לתמיכה ממשלתית כללית בשירותים, כדי לאפשר לרשות המקומית לספקם במחיר נמוך או בחינם.

ב. שיטת ההחזרים (בנורווגיה ובהולנד)

שיטה זו הינה שיטה להחזר הוצאות (reimbursement). ההבדל העיקרי בין שיטה זו לשיטת ההקצאה הכוללת הוא שבשיטת ההחזרים מכסה הממשלה את ההוצאות של שירותים מוגדרים ובשיעורי כיסוי מוגדרים. באופן מעשי, מחזירה הממשלה לרשות המקומית אחוז מוגדר של כל ההוצאות השוטפות לשירות מסויים. בדרך כלל מתבצע ההחזר לפי הצעת תקציב, עם דיווח לגבי הוצאות בפועל.

אמנם, קיים בשיטה זו קשר ישיר יותר בין המימון לשירות, אך יש לציין ששיטת ההחזרים באירופה אינה זהה לשיטה האמריקאית המחזירה כספים לפי דיווח על הוצאות בפועל עבור הפרט (למשל: לפי יום אישפוז, עלות יומית

של שירות או עלות השירות). באירופה מוחזרות אותן ההוצאות השוטפות המאושרות בתקציב של המוסד או האירגון המספק שירות מסויים.

בנורווגיה מחזירה הממשלה אחוז מסויים מכלל ההוצאות השוטפות לעזרה ביתית ולטיפול סיעודי-רפואי בקהילה, וכן לסידור מוסדי. בהולנד מחזירה הממשלה את מלוא ההוצאות השוטפות לסידור מוסדי ולטיפול סיעודי-רפואי עבור מבוטחים במסגרת חוק ה-AWBZ.

במילים אחרות, בשיטת ההקצאה הכוללת אין ההקצאות מתבצעות על בסיס תחשיב של הוצאות בפועל עבור שירות ספציפי, אלא על פי תחשיב של כלל ההוצאות לשירותים. לכן, היא פחות מחייבת מבחינת אספקת שירותים ספציפיים לפרט, ומגדירה תקנות להחזרים, בשיעורים קבועים, עבור שירותים אלו. תקנות אלה מגדירות את סוגי ההוצאות בפועל שיוחזרו, ומבדילות בין הוצאות שוטפות מאושרות (operating costs) להוצאות קבועות (capital investment) אשר בדרך כלל אינן מכוסות באותו הסדר.

יש לציין שכחלק מהמגמה ליתר ביזור במערכות יש סימנים לביזור גם בשיטת ההחזרים. בנורווגיה, למשל, נמסר לנו שהמימון של טיפול סיעודי-רפואי בבית, אשר פעל כעשר שנים לפי שיטת ההחזרים וללא הגבלה תקציבית, עבר בשנה האחרונה להקצאה כוללת במסגרת של תקציב מוגבל. קיימת מחשבה לעבור לשיטה זו גם לגבי עזרה ביתית. חשוב להדגיש שאין מדובר כאן בשיטה האנגלית הכוללת, כד ההקצאה בנורווגיה תמשיך להינתן עבור שירות ספציפי, אך עם הגבלה תקציבית ופחות דרישות לדיווח מפורט על ההוצאות בפועל. לרשות המקומית ינתן חופש רב יותר להקצאת משאבים לשירות זה. המעבר לשיטה זו הינו חדש¹ ובא בעיקר כדי לצמצם בהוצאות, אך חשוב לציין שהשינוי חל רק לאחר עשור של החזרים ללא מגבלה תקציבית, בה יכולה היתה תשתית השירותים המקומיים והחיוניים להתפתח מאד.

4. תיאום בין מערכות הסיעוד השונות

קיים פיצול מינהלי ותקציבי בין המערכות השונות (רפואה אקוטית, שירותים סיעודיים בקהילה, מוסדות סיעוד, שירותים חברתיים וכו'), וכמו בישראל קיימת תופעה של העברת אחריות ממערכת אחת לשנייה. הצורך בשילוב מערכות אלה הודגש בכל מקום, ובעיקר לגבי המישור המקומי בו מקבל האדם שירותים.

¹ גם במימון של בניית מוסדות עברה נורווגיה בשנה האחרונה לשיטת ההקצאה הכוללת. במהלך הסיור לא קיבלנו הסבר מדויק לשינויים שחלו, אך הובטח שלוח לנו חומר מתאים.

שילוב זה חייב לקבל ביטוי הן לגבי תיכנון מתואם של תשתית השירותים הדרושים לקהילה מסוימת והשימוש במשאבים לפיתוח שירותים אלה, והן לגבי תהליך מתואם לנזקק, להערכת צרכים ולהחלטה על מערכת השירותים והתוכנית הטיפולית הדרושים.

אמנם, קיימות מספר מסגרות (באנגליה ובהולנד) לתיאום כללי מנקודת ראות של תיכנון ופיתוח שירותים או מפעלים משותפים לשירותים חברתיים ולשירותי בריאות, אך באף מדינה לא הונהגה מסגרת סטטוטורית מקומית אשר תדאג ליצירת תהליך מתואם לגבי הפרט הנזקק, לתיאום בהערכת צרכים, קביעת זכאות, הפנייה, אספקת שירותים, פיקוח, מעקב וכו'.

קיימים דפוסי תיאום לא רשמיים, כפי שתואר באנגליה ובסקוטלנד, כאשר מוקד התיאום הוא בדרך כלל הרופא הכללי והאחות, או באמצעות המחלקות הגריאטריות המהוות כיום, בבריטניה למשל, מקור למחשבה מתפתחת בתחום הרגיאטריה והגרונטולוגיה. דפוס זה הינו תוצאה של דגש הולך וגדל על גריאטריה כמקצוע המתאם את הפונקציות של איבחון, טיפול ואספקת שירותים בין מערכת הרפואה האקוטית בקהילה, לאישפוז האקוטי בבית החולים, לשירותי השיקום, לשירותים לטיפול ממושך בקהילה לבין האישפוז הממושך.

5. סידור מוסדי לעומת שירותים בקהילה

בשל הפיצול במערכות התיכנון, המימון והביצוע, סובלת כל מערכת מהשפעות בלתי-רצויות ומחוסר איזון באספקת השירותים.

באנגליה, למשל, הודגשה במיוחד הבעיה של אישפוז-יתר של אנשים בבתי חולים בשל המחסור בשירותים בקהילה. יתר על כן, בגלל שהסידור המוסדי הוא בעצם אישפוז ממושך בבית החולים - מצב בלתי רצוי לרוב - הופכת מערכת של בתי אבות לקשישים עצמאיים למעשה למערכת לסידור מוסדי, מבלי להערך לכך מבחינת מבנים מתאימים, כוח האדם הדרוש, תקציבים וכו'. בהולנד ישנו שימוש יתר במוסדות: סיעוד בשל התקציבים הממשלתיים הגבוהים המופנים לסידור המוסדי לעומת התקציבים הנמוכים המיועדים לטיפול במסגרת הקהילה. לפיכך, אנשים המסודרים במוסדות סיעוד בהולנד (ובמידה מסוימת גם בנורווגיה) הינם בעלי רמת תיפקוד טובה בהרבה בהשוואה לאנגליה והרושם של אנשי בריאות הוא שחלק ניכר מהם יכול היה להיות בבית, בדיור מוגן או בבית אבות, כאשר ההוצאות לכך נמוכות יותר. נשאלת השאלה אם הגידול בתקציב המוסדי, אשר מאפיין שתי מדינות אלו, הינו תוצאה בלבד של גידול באוכלוסייה הסיעודית, או גם תוצאה של הרחבת הסידור המוסדי לסוגי האוכלוסייה ה"פחות מוגבלת" המקבלת שירותים מוסדיים יקרים כתחליפים לסידור זול יותר בקהילה, אשר אינו קיים בהיקף מספיק.

ההדגשה בקרב אנשי מקצוע היא שהשימוש במוסד סיעודי כפתרון לאדם המוגבל בתיפקוד היומיומי אינו מספיק. סלקטיבי ויש ביזבוז רב של כספים לסידור מוסדי. הסיבות לכך נובעות מחוסר ברירות העומדות בפני המשפחה והקהילה, כי חסרים מקורות תקציביים למציאת פתרונות בקהילה. לפיכך, קיים דגש גדל והולך בכל המדינות למציאת פתרונות חליפיים למוגבלים במסגרת הקהילה, במגמה להוריד את הלחץ על מוסדות הסיעוד. דגש זה מתבטא ביצירת תמריצים כספיים לקהילה לפיתוח שירותים (כמו בנורווגיה למשל, אשר הנהיגה את שיטת ההחזרים עבור עזרה ביתית וטיפול סיעודי-רפואי בקהילה), ובניסיון לתאם בין מערכת הבריאות למערכת השירותים הקהילתיים (כמו בבריטניה) על מנת להקל על המשפחה והקהילה הקולטות אדם המשתחרר מבית החולים.

מגמה זאת של דגש יתר על שירותים בקהילה מתפתחת הן בראייה של טובת הניזקק והניסיון להשאיר אנשים בביתם עד כמה שאפשר, והן בשל הצורך לצמצם בהוצאות הגזברות של הסידור המוסדי. הניסיון השלילי, בעיקר בהולנד, של שימוש יתר בפתרון המוסדי הראה שמימון ממשלתי רחב של מוסדות סיעוד על חשבון שירותים בקהילה מגביר את שימוש היתר בפתרון הממומן על ידי תקציב ממשלתי, גם כאשר האדם יכול היה להמשיך להתגורר בביתו.

יש לציין, שמעבר לעובדה שהסידור המוסדי קיבל תמריץ מבחינת התיכנון הבלתי-מאוזן, אשר אינו שם דגש מספיק על שירותים בקהילה, לפי דעתנו, שימוש היתר בפתרון זה נובע גם מעצם המימון הממשלתי של מוסדות הסיעוד במערכת תקציבית נפרדת, אשר באופן טבעי גדלה עם הלחץ על ניצול תקציב זה. יתכן שהכללת המימון לסידור מוסדי, והמימון לאספקת שירותים בקהילה, בתקציב מתואם אחד היה מאפשר שימוש מאוזן יותר בכספים הקיימים. סידור זה היה מעורר פיתוח שירותים בקהילה ושמירת הפתרון המוסדי לניזקקים ביותר. יש להיות מודעים לכך שגם ההחלטות המקצועיות לגבי סוגי השירותים הדרושים מושפעות ממסגרות המימון, כאשר בכל המדינות מורגש חוסר הרצף בין שירותים בקהילה וסידור מוסדי. חוסר הרצף נובע באופן חלקי לפחות מההפרדה במסגרות המימון. יתכן שהגדרת גימלת סיעוד בחוק, אשר תכלול ברצף גם כיסוי לסידור המוסדי, תעודד במישור המקומי את מציאת הפתרון המתאים ביותר לניזקק¹.

¹ ראה פירוט להצעה זו בדיון על המסגרת המינהלית-אירגונית. לא מדובר בתקציב כולל לשירותים בקהילה ובמוסדות, אלא בגימלת סיעוד אחת לזכאי, במסגרת חוק ביטוח סיעוד, אשר יוכל לשמש הן לרכישת שירותים בבית והן להשתתפות בסידור המוסדי, בהתאם לתקנות.

6. עידוד לפיתוח שירותים ספציפיים בקהילה

מול הטיעון שיש למנוע יצירת תמריצים לאספקת שירות אחד לעומת השני, תמריצים הנובעים לעיתים מהגדרת מקורות מימון נפרדים ולא מתואמים לשירות אחד על חשבון השני, עומדות מספר סכנות. כמובן שהסכנה הגדולה ביותר היא של פיתוח שירותים סלקטיביים, ואולי שוליים, בקהילה. יתר על כן, לצד הבעיות של יצירת תמריצים בלתי רצויים בפיתוח שירותים, מלמד הנדסיון בנורווגיה את החשיבות בעידוד מכוון של שירותים מסוימים בקהילה, על מנת לפתחם במהירות המירבית. לפיכך, התפתחו מאד השירותים של עזרה ביתית וטיפול סיעודי-רפואי בעשר השנים האחרונות, בעיקבות המדיניות להחזיר כספים לרשות המקומית בשיעורים גבוהים למדי עבור אספקת שירותים אלה.

פתרון אחד לבעיה זו יכול להימצא בתקציב פיתוח שירותים ספציפיים, כמו מטפלות בית למשל. אך חשוב מאד לשמור על מודעות להשלכות המסגרת התקציבית, וסוג הגימלה שהוגדר בחוק ביטוח סיעוד, על הפיתוח והשימוש בשירותים. מכל מקום, יש לדון ביתרונות לגבי האוכלוסיה הניזקקת, בהגדרת גימלה כוללת אחת המיועדת לכסות קשת של שירותים בקהילה.

7. שירותי ביניים

המודעות הגוברת לחשיבות הפיתוח והבטחת רצף של שירותים, החל משירותים לבית וכלה בסידור מוסדי, מגבירה באירופה את ההתעניינות ב"שירותי ביניים" (transitional or intermediate services), אשר יהיו מעבר בין בית החולים לקהילה, או בין הקהילה למוסד הסיעודי. מסגרות אלו כוללות בעיקר מרכזי יום ובתי חולים יום המיועדים לאנשים המוגבלים בטיפקודם והזקוקים לעזרה בטיפולם האישי, ואף לטיפול רפואי מתלווה. מסגרות אלו יכולות להיות בתוך בתי החולים או מחוץ להם.

שירותים אלה עונים גם על הצורך שיש ביצירת אווירה של הענות השירותים בקהילה לגבי אדם החוזר אליה לאחר אישפוז בבית חולים והזקוק לשירותים אינטנסיביים לתקופה קצרה. לאחר תקופת החלמה והסתגלות אפשר להוריד את כמות השירותים. לדעת אנשי מקצוע, כאשר הקהילה והמוסדות מצליחים ליצור אווירה ואפשרויות של עזרה מהירה, פוחת הלחץ על המוסדות ובתי החולים. יש לציין שמסגרות ביניים אלה הן יקרות מאד, בעיקר בשל כוח האדם הדרוש ובשל עלות התחבורה הדרושה. לפיכך, יש להיזהר מהפיכת שירותים יקרים אלה למסגרות חברתיות, ויש לשמור על האלמנט הסיעודי-רפואי המאפיין את צרכי האוכלוסיה המשתמשת במרכזים אלה.

התפתחותם של "שירותי ביניים" הינה אחד הפתרוגות לעזרה לקבוצות המיוחדות של אנשים שאינם יכולים להסתדר יום שלם בבית לבדם, אך אינם זקוקים עדיין לסידור קבוע במוסד, והיא נחשבת כדרך טובה במיוחד לעזור ולעודד את המשפחה המטפלת.

דרך אחרת לעידוד ולעזרה למשפחה המטפלת מתבטאת בנטייה לא לראות במוסד סיעודי פתרון סופי בלבד, אלא לאפשר לחלק מהאנשים לשהות במוסד לתקופות קצרות במיטות לא קבועות (rotating beds) ולחזור לקהילה ולמשפחה.

גישה זו רואה במוסד הסיעודי חלק מקשת השירותים הקיימים בקהילה היכולים לבוא לעזרת האדם ומשפחתו. בסקוטלנד במיוחד פיתחו שירות זה בחלק מהמוסדות בהם מחזיקים מספר מיטות לצורך שהיה זמנית, והדגישו במיוחד את תרומתה של גישה מוסדית זו בהגברת הקשר עם המשפחה המטפלת והחשיבות ביצירת אווירה של אימוץ הדדי בין שירותי הבריאות, בית החולים, הקהילה והמשפחה. אימוץ זה מושתת בעיקר על תחושת המשפחה שמובטח לחולה סידור חוזר במוסד או בבית חולים, כאשר הצורך לכך יתעורר שוב, וזאת בתיאום עם הקהילה. בצורה זו מוכנות יותר משפחות להמשיך לטפל במקרים הקשים, ולהמשיך ולקבל על עצמן את האחריות, כאשר הן יודעות שהן נמצאות במעקב ובפיקוח, ואמנם יהיה פתרון מוסדי במידת הצורך.

8. אירגונים ציבוריים ווולונטריים

לבסוף, ראוי להדגיש ולו בקצרה את התפקיד החשוב והמפותח במדינות אירופה של האירגונים הציבוריים והוולונטריים ביזום, פיתוח, ובאספקת שירותים לטיפול ממושך בקהילה (כמו שירותי ההזנה באנגליה), ובבניית והפעלת מוסדות סיעוד (כמו בהולנד). בדרך כלל פועלים מוסדות אלה על פי רישיון וקיים פיקוח כלשהו של הממשלה על הפעלתם. השירותים משתלבים במערכת המימון הרגיל ופועלים בהתאם לאותם הכללים וההנחיות לתיאום ולפיקוח.

נספח א' - לוחות כלליים

נתונים השוואתיים על טיפול ממושך לקשישים*

נורווגיה	הולנד	סקוטלנד	אנגליה	
14.5 (ל-1978)	11.3 (ל-1979)	13.7 (ל-1978)	14.5 (ל-1977)	שיעור הקשישים באוכלוסיה
7.4 מהתל"ג (ל-1979)	8.0 מהתל"ג (ל-1977)	—	5.5 מהתמ"ג (ל-1972)	שיעור הוצאות הבריאות
6.0 מהתל"ג (ל-1977)	—	—	33.0 מההוצאות הציבוריות (ל-1980)	שיעור הוצאות שירותי בריאות וחברה לקשישים
3.9 (ל-1979)	9.7 (ל-1978)	2 (ל-1979)	2 (ל-1977)	מספר המיטות בבתי חולים ל-100 קשישים
6.0 מיטות לבני 70+ (ל-1979)	2.4 מיטות במוסדות סיעוד ועוד לשהיה ממד-שכת בבתי חולים (ל-1978)	1.4 מיטות ¹ בבתי חולים (ל-1976)	—	מספר המיטות לשהיה ממושכת במוסדות סיעוד ל-100 קשישים
—	10.0 מס"ה בת קשישים (ל-1976)	7.7 (ל-1980)	9.0 (ל-1977)	שיעור הקשישים המקבלים עזרה ביתית
—	—	2.6 (ל-1978)	6.0 ² (ל-1977)	שיעור הקשישים בדיוור מוגן
6.2 (ל-1979)	—	12.9 (ל-1976)	17.7 (ל-1977)	שיעור הקשישים המקבלים טיפול סיעודי-רפואי בבית

* אם לא צויין אחרת מתייחסים הנתונים לקשישים בגילאים +65.

¹ הכוונה למיטות גריאטריות לשיקום, טיפול אקוטי ושהיה ממושכת. לפי הערכה היו ב-1976 76% מתוך מיטות אלה מיועדים לשיקום ולטיפול ממושך.

² שיעור זה הינו אומדן - אין נתונים מדויקים.

ארכולוסיית אנגליה לפי קבוצות גיל ומין - 1977 (באלפים)

נשים		גברים		ס"ה		
באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	
100.0	23,770	100.0	22,581	100.0	46,351	כל הגילים
5.9	1,407	6.6	1,489	6.3	2,896	0-4
15.1	3,597	16.8	3,795	15.9	7,392	5-14
38.5	9,159	41.9	9,456	40.2	18,615	15-44
23.4	5,501	23.1	5,215	23.1	10,716	45-64
17.3	4,106	11.6	2,626	14.5	6,733	65+

Health and Personal Social Services Statistics for England, 1978, המקור:
Table 1.2, p. 14

ארכולוסיית סקוטלנד לפי קבוצות גיל ומין - 30.6.78 (באלפים)

נשים		גברים		ס"ה		
באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	
100.0	2,685.0	100.0	2,494.4	100.0	5,179.4	כל הגילים
5.9	158.2	6.7	166.9	6.3	325.1	0-4
15.6	419.2	17.7	442.4	16.6	861.6	5-14
39.4	1,058.3	42.9	1,070.7	41.1	2,129.0	15-44
22.6	607.1	21.8	544.5	22.2	1,151.5	45-64
9.9	266.2	7.8	191.8	8.9	458.0	65-74
6.6	176.0	3.1	78.2	4.9	254.2	75+

Health in Brief. NHS Statistics (Scotland), 1978. המקור:
Edinburgh: Information Services Division, 1979, Table 1.1, pp. 6-7.

אוכלוסיית הולנד לפי קבוצות גיל ומין - 31.12.1975

נשים		גברים		ס"ה		
באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	
100.0	6,896,703	100.0	6,836,875	100.0	13,733,578	כל הגילים
7.1	488,742	7.5	511,769	7.3	1,000,511	0-4
17.3	1,193,346	18.3	1,248,875	17.8	2,442,221	5-14
42.8	2,948,934	45.7	3,127,849	44.2	6,076,783	15-44
20.4	1,405,984	19.3	1,317,923	19.8	2,723,907	45-64
7.6	525,686	6.0	409,891	6.8	935,577	65-74
4.8	334,011	3.2	220,568	4.1	554,579	75+

Research Project on Open Care, p. 43.

המקור:

אוכלוסיית נורווגיה לפי קבוצות גיל ומין - 1976 (באלפים)

נשים		גברים		ס"ה		
באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים	במספרים	
100.0	2,032	100.0	2,003	100.0	4,035	כל הגילים
24.1	490	25.8	516	24.9	1,006	0-15
42.4	861	45.0	902	43.7	1,763	16-49
22.7	461	21.6	433	22.2	894	50-69
10.8	220	7.6	152	9.2	372	70+

Socio-Economic Policies for the Elderly, p. 2.

המקור:

