

פרוטוקול מס' 81

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים  
יום א', י"ב באדר תשל"ה - 23.2.75, שעה 11.00

נכחו:

חברי הוועדה:  
ח. שמעוני - מ"מ היו"ר  
ל. דיציאן  
מ. דרובלס  
א. ורדיגר  
ה. זיידל

מוזמנים:  
ד"ר זילברשטיין - משרד הבריאות

י. שיף - משרד הסעד  
ה. כהן - משרד הסעד  
ד. בלטמן - המוסד לביטוח לאומי  
י. ערד - המוסד לביטוח לאומי  
מ. כהן - חבר-הכנסת

מזכירת הוועדה: ר. זודקביץ

רשמה: צ. ספרן

א. בעיות הקשישים בחברה הישראלית - הצעה לסדר היום של חבר-הכנסת מאיר כהן.

ב. שאילהוח.

1159.

(מקום קיום 3.3.75)

אני פותח את הישיבה.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

נתבקשתי על ידי יושבת-ראש הוועדה, שאיננה מרגישה בטוב, לנהל ישיבה זו ואני שולח לה בשמכם איחולי החלטה מהירה.

על דעת הוועדה אני רוצה לשלוח תנחומים לחברת-הכנסת אורה נמיר, שבעלה נפטר אתמול ויובא היום למנוחות. נשלח מברק השתתפות בצער.

בעיות הקשישים בחברה הישראלית - הצעה לסדר היום של חבר-הכנסת מ. כהן

מ. כהן: אני חייב התנצלות בפני הוועדה על שלא נכחתי באף אחת מהישיבות בנושא זה, למרות שאני הוא שהגשתי את ההצעה לסדר היום. ב-21 בינואר הייתי חולה ולשאר הישיבות לא קיבלתי הזמנה.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני: הערתך נרשמה.

לנציגי משרד הסעד: נתבקשתי להפנות תשומת לבכם לכך שנתבקשתם להגיש לוועדה חומר בכתב. החומר עדיין לא הוגש, למרות שביקשנו פעם אחר פעם. אני מקווה שלישיבה הבאה תגישו את החומר.

י. שיף: סיכמנו עם יושבת-ראש הוועדה שאחרי הדיונים נגיש את כל התשובות.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני: אינני רואה טעם שאחרי כל הדיונים יוגשו הנתונים לוועדה.

י. שיף: הסיכום היה שנגיש את הנתונים אחרי שמיעת נציגי "משען" ו"מלב"ן והבינונו שהיום הם היו צריכים להופיע.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני: אבקש שהחומר יוטצא לישיבה הבאה עוד לפני הישיבה.

מ. כהן: קראתי את החומר ואם כי הנושא מוצה היטב על ידי חברי הכנסת בישיבות הוועדה הקודמות, נראה לי שמכמה נושאים התעלמו, אם מחוסר זמן או אם מחוסר ידיעה בעיות מסויימות של גיל ההזדקנות.

יש אוכלוסיה גדולה של זקנים שאיננה רוצה בכל מחיר להיכנס לבית-אבות, כמו יוצאי עדות המזרח, שיש להם מנטאליות מסויימת. גם אם תשלח אותם לבית אבות מפואר תהיה להם הרגשה כאילו זרקת אותם לכלבים.

אשר לבתי-חולים לקשישים: ביקרתי אתמול בבית-חולים אשה זקנה, שאין לה סודע, רק אחיות זקנות כמותה, והיא אלמנה ללא ילדים. אשה זו שברה את רגלה, נתנו את הרגל בגבס ושלחו אותה לבית-חולים מסויים, בסביבות חיפה. כשהגעתי לסביבות הסקום ושאלתי איך להגיע לבית-החולים, אמרו לי: לך לפי הריח, ובאמת אפשר להגיע לבית-חולים זה לפי הריח. אם יבקרו בו חברי הוועדה, בוודאי יזדעזעו. לגבי מסעדות דורשים פיקוח ממשלתי, כן לגבי מזוננים ולגבי מקומות אחריים, אבל במקומות כמו בתי-חולים אלה, שבהם נמצאים אנשים חסרי ישע, בהם אין פיקוח ממשלתי מבחינה תברואתית-סניטארית. אנשים בגיל זה אינם יודעים לזעוק, אין להם פה ולא יודעים את בעיותיהם, ולכן חייבים לחוקק חוק, שבכל מוסד כזה - אם זה בית-אבות, אם זה סנטוריום, שקיבל רשיון מן העירייה והממשלה, יהיה פיקוח יעיל.

יש סוג מסויים של זקנים שמתעלמים מהם בכלל. זקנים אלה נדימים מבחינה פיזית, אבל סובלים מרגעים של שכחה, ורבים מהם הורים שכולים. אנשים אלה אינם זקוקים לתמיכה פיזית או כלכלית אלא זקוקים לסעד נפשי. משרד הבטחון אינו עושה למענם דבר. 25 שנה לא דפקו על דלתות המשפחות האלה לשאול מה שלומן, לדבר איתן.

ס. כהן:

מדובר באנשים שאינם הולכים לבתי-קפה, אינם הולכים לקולנוע. אמנם ילדיהם באים לבקר אותם פעמיים-שלוש בשבוע, אבל הם נמצאים מבוזר עד ערב לבד בין הכתלים עם יגונם סבלי שמישהו יפתח את דלתם וישאל לשלומם. יש כל כך הרבה חיילות היושבות במשרדים, האם אי אפשר להקים מהן איזה שהוא צוות שיעבוד בין המשפחות האלה? אני בטוח שכניסתן של חיילות אלו לבתים היתה משפרת את הרגשתם של הקשישים האלה, שהנה יש עדיין מי שמתעניין בהם ובגורלם.

אומרים שיש הרבה עולים מבריט-  
המועצות ללא תעסוקה. מדוע לא תעשה להם הסבה לטיפול בגיל ההזדקנות?  
אומרים שיש רווייה ברופאים בארץ. מדוע לא לעשות לרופאים הסבה למקצוע זה?

טוענים שקיים מחסור במיטות בבתי-  
החולים לקשישים, ואפשר להקיש על חוסר התודעה של משרד הבריאות לגבי אנשים הזקוקים לאישפוז בנושא אחר: בכל צפון הארץ יש רק שתי מיטות לטיפול בנרקוטומים. על משרד הבריאות להיות ערוך לקליטת חולים מזדקנים, ואינני יודע אם המשרד ערוך לכך, אם יש לו תחזית לעוד עשר שנים, מה גם שאוכלוסייה זו תגדל עם הארכת תוחלת החיים.

ג. זינדל:

האם משרד הסעד ערוך מבחינת התוכניות לטווח הקצר ולטווח הארוך בנושא הקשישים בישראל בשלושת התחומים - הרפואי, החברתי והכלכלי?

מה הקשר בין משרד הבריאות ומשרד הסעד בנושא של בתי-חולים לקשישים?

בתי האבות מפוצלים כיום בין חברות פרטיות, מוסדות ציבור, מוסדות חצי-ציבוריים; ישנם מחירים מופרזים ומחירים נמוכים. מי מפקח על כך? מי מתאם ומדריך? האם משרד הסעד נותן בעניין זה סמכות בלעדית לגופים המנהלים את בתי-האבות או שהוא ממלא תפקיד בעניין זה?

אשר להבטחת הכנסת מינימום: שמענו שהמוסד לביטוח לאומי מתכוון להקים שירות לקשיש. האם יש שילוב ותיאום פעולה בין משרד הסעד והמוסד לביטוח לאומי?

האם קיים מוסד משותף של משרד הבריאות, משרד הסעד ומשרד העבודה לנושא זה של קשישים?

גם הנושא של מועדוני הקשישים פרוץ מאד. מועצות פועלים, עיריות, "משען" מקיימים מועדונים, אבל מביקורי במועדונים אלה ראיתי שיש מקומות בהם המועדונים ריקים, לעומת זאת יש מקומות בהם המועדונים מלאים מאד. האם ישנה איזו שהיא הכרונה?

ט"ו היו"ר ח. שמעוני:

מכיוון שבישיבות הקודמות שמענו כבר דיווח ממשרד הסעד ומהמוסד לביטוח לאומי, הייתי מציע שתחילה ישיב ו"ר זילברשטיין לשאלות שנשאלו גם בסוגיות אחרות שעלו בדיון.

ד"ר זילברשטיין:

אני שמח על שוועדת השירותים של הכנסת מעונינת בנושא הקשישים ורוצה לתת לו דחיפה משמעותית בכיוון פיתוח השירותים. שמחתי גם על כך שהוועדה אינה מתייחסת לנושא מאספקט צר, אלא בצורה רחבה מאד, היות ואין כמעט פעולות חברתיות במדינה כלשהי שאינן קשורות בבעיות הקשישים.

ושוב הייתי רוצה להזכיר: בשנת 1966 נתבקשנו על ידי המנהלים הכלליים של השירותים הסוציאליים דאז לדון על בעיית הקשישים באופן רחב והוצאנו על כך דו"ח בשנת 1967. כאשר עוברים כיום על הדו"ח רואים שהמלצות רבות כבר מצאו את ביצוען, אבל בשטחים רבים אנחנו עדיין מפגרים מאד.

ד"ר זילברשטיין:

נאמר: "הזיקנה קופצת" וזה אמנם מה שקרה לנו במדינה, כשם שקרה למדינות אחרות. בעיות הזיקנה קופצות על הסדינות שלא התכוננו להן ואיננו מכיר מדינה שלא הזניחה את פיתוח השירותים לזקנים. אפילו באנגליה, שבה קיימים שירותים למופת זה עשרים וחמש שנה, מספרים לנו אלה שצנזרו אותם עד כמה מרה היתה המלחמה שלהם כדי לשכנע את המדינה ששירותים אלה נחוצים. גם בארץ היתה הזנחה רבה של שנים רבות. הארץ היתה צעירה, לפני קום המדינה באו אליה אך ורק אנשים בריאים, חלוצים, המסוגלים לעמוד בכל האתגרים. לאחר מכן הגיעו אמנם הרבה קשישים מהמחנות, סרוסיה, אבל הם היו עולים חדשים ונכללו במסגרת הטיפול של מל"ן שדאג להם והוציא אותם מן הסירקולציה. לא רק משרד הבריאות לא פיתח שירותים גריאטריים עד תחילת שנות השבעים - אז התחיל הפיתוח - אלא כך נהגו גם קופת-חולים, גם "הדסה" בירושלים. עד היום אין מחלקה גריאטרית ב"הדסה" בירושלים ומחלקה כזאת קיימת ב"שערי צדק".

בתחילת שנות השבעים התחיל משרד הבריאות בתכנון תוכנית עניפה מאד של בניית שירותים גריאטריים. ביצוע התוכנית יארך זמן, אבל אני בטוח שכבר בעוד שנתיים המצב יהיה הרבה יותר טוב מאשר היום אם נטיים את כל הפרוייקטים הנמצאים כיום בבניה.

איננו רוצה שייווצר הרושם שאין כיום בעיות. ישנן בעיות חמורות מאד בכל המקומות בארץ. בירושלים, לדוגמה, אין מוסדות, אפילו לא אותם מוסדות פרטיים, שבצדק הצביעו עליהם שאינם מביעי רצון. יש בירושלים הרבה חולים כרוניים קשישים שאינם מסוגלים לעזוב את העיר לשם אישפוז ולעבור למקום אחר. גם בתל-אביב, שבה יש ריכוז גדול של קשישים - אם בכל הארץ מהווים הקשישים כ-8%, הרי בתל-אביב הם מהווים כ-12% - קיים פיגור רב בפיתוח השירותים הגריאטריים.

מה יש לנו כיום? - יש לנו סוגי מיטות המוקמות לאישפוז הקשיש לטווח קצר במחלקות הנקראות מחלקות גריאטריות חריפות. בסוג זה של מיטות אנחנו מכסים כ-45% בלבד מן הצרכים. ישנה בניה של מיטות ואני מקווה שתוך שנה-שנה וחצי נוכל לכסות 65% מן הצרכים. סוג שני של מיטות הן מיטות לטווח יותר ארוך, לשלושה-ארבעה חודשים. בסוג זה אנחנו מכסים כ-54% של הצרכים ותוך שנה-שנה וחצי נגיע לכיסוי 71%-75% של הצרכים.

מכיוון שאין לנו כיסוי לכל הצרכים אנחנו נאלצים לשלוח חולים למוסדות פרטיים. יש ביניהם יותר טובים, פחות טובים וכאלה שכלל אינם טובים. בתחום זה אנחנו סובלים מהזנחה שהיתה בעבר.

ל. דיציאן:

האם יש חלוקה בין מוסדות לגריאטריה ובין מוסדות לחולים כרוניים, או שנתון אותו מוסד מחזיקים גם את אלה וגם את אלה?

ד"ר זילברשטיין:

כרוב המקרים החולים הקשישים הם גם החולים הכרוניים. אנחנו יודעים היטב שחולים כרוניים יכולים להיות צעירים, אבל בין 80% ל-85% מאלה הנמצאים במחלקות למחלות כרוניים הם אנשים מעל גיל 65. לכן אנחנו מדברים על מחלקות גריאטריות ולא על מחלקות למחלות ממושכות, כי דבר זה מתאר את המצב האמיתי.

מכיוון שהיתה הזנחה בפיתוח שירותים לקשישים, וגם מצד קופת-חולים ו"הדסה", פתחו אנשים מוסדות פרטיים. קיים אמנם חוק - שהוא חוק מנדטורי עם הרבה ליקויים, שאנחנו מכינים לו תיקונים - אבל אדם שמנהל בית-חולים שמספר החולים בו אינו עולה על 12, אינו זקוק לרשיון. יש אנשים הקוראים למוסד שלהם בית-החלמה ואז הם מקבלים את הרשיון לא משרד הבריאות אלא משרד המסחר והתעשייה.

ה. זינדל:

האם בית-החלמה אינו זקוק לרשיון?

ד"ר זילברשטיין:

לא לרשיון של משרד הבריאות.

מ"ם היו"ר ח. שמעוני:

ידוע לי שבאותם מקומות שאתה קורא להם בתי-החלמה משתתף משרד הבריאות

באחזקת מיטות.

ד"ר זילברשטיין:

משרד הבריאות אינו מאשפז חולים במוסדות שהם בתי-החלמה.

לפי הנתונים שיש לי יש כיום 35

מוסדות שאפשר לקרוא להם בתי-חולים פרטיים לחולים כרוניים, שבהם כ-2,000 מיטות. משרד הבריאות מבצל מתוך מספר זה 850 מיטות בלבד ומשתדל לשלוח את החולים למוסדות מוכרים. אני מוכרח להודות שגם המוסדות שאליהם אנחנו שולחים אינם עומדים על אותו סטנדרט שבו היינו רוצים. יש לנו שלושה סוגי מחירים - סוג א', סוג ב', סוג ג', ומחירים אלה נקבעו לפני מספר חודשים במשא ומתן בין ארגון המוסדות הפרטיים לבין משרד הבריאות, משרד הסעד ומשרד האוצר. משרד הבריאות שולח את החולים הזקוקים לאישפוז, מתחייב בפני המוסד בכל מחיר האישפוז ומקבל השתתפות מן המשפחה. לדעתי זה אחד הדברים שחשובים שעשינו: הוצאנו את המשפחה מאותו מגע עם בעל המוסד, הרוצה לנצל אותה בשעת מצוקה. אנחנו נותנים למשפחה לבחור את המוסד - אם כי הבחירה אינה רבה - קובעים את השתתפות המשפחה בתשלום שאנחנו משלמים למוסד, לפי טבלת זכאות הנקבעת באמצעות משרד האוצר ומשרד הסעד, טבלה שאו ליבראליזם. אנחנו שולחים את ההתחייבות על המחיר לבעל המוסד ואין לו אפשרות לדרוש יותר מן המשפחה. קופת-חולים גם היא שולחת למוסדות מסויימים ומשתתפת באחזקה ויש עוד מוסדות שמשלמים.

נראה לי שעם כל השיפור והפיקוח

שאנחנו עושים באמצעות הצוות שלנו - יש לנו דופא ואחות - התרופה הרדיקאלית היא אחת ויחידה: הכנסת מיטות של תחליפים ציבוריים. כאשר אני מקבל היום מיטה ציבורית במשרד הבריאות או בקופת-חולים, אני יכול לסגור מיטה פרטית. על ידי תחליפים ציבוריים אנחנו מסוגלים להביא לסגירת מוסדות פרטיים או להעלות את רמתם של אותם מוסדות פרטיים שיש להם זכות קיום ושיכולים לשפר את רמתם. כל זמן שאין תחליפים ציבוריים קשה יהיה להשתלט על ענין זה.

ל. ריצ'יאן:

מה דעת משרד הבריאות על חירב בתי אבות באחזקת מספר מיטות לצורך

אישפוז בתוך בית-האבות?

ד"ר זילברשטיין:

למעשה זוהי הסדיניות: כל בית-אבות חדש חייב לפתוח ולנהל מחלקה לזקנים תשושים. אנחנו עושים מאמצים לשכנע ולעזור לבתי-אבות קיימים לפתח גם אצלם מחלקות כאלה. הרבד אינו כל כך קל, כי הוא כרוך בכוח אדם.

מ"ם היו"ר ח. שמעוני:

בדרך כלל משלמים לבית-האבות תעריף מסויים, לפעמים לצמיתות. אם בית-האבות מכניס קשיש לאותה מחלקה, אני מבין שהוא זכאי לתשלום נוסף ממשרד הבריאות.

י. שיף:

הגדלנו את הסכומים למחלקות האלה.

ה. כהן:

יש שני תעריפים.

מ"ם היו"ר ח. שמעוני:

יכול לקרות שבית-אבות יעדיף להכניס קשישים, גם כשלא נחוץ, לאותה מחלקה כדי לזכות בתשלום נוסף.

ה. כהן:

זה עובר בחינה מדוקדקת.

ד"ר זילברשטיין:

בענין זה אנחנו יכולים לפקח טוב מאד, כי מדובר - ולכן גם התייחסתי - בבתי-אבות ציבוריים ולא בבתי-אבות פרטיים. אפילו "משען" שעד לפני זמן מה לא החזיקו אנשים תשושים קיבלו מדיניות זו וכיום הם מחזיקים הרבה קשישים כאלה ומקבלים תמיכה ממשרד הבריאות. ארגון עולי מרכז

ד"ר זילברשטיין:

אירופה מנהל מחלקות סיעודיות בבתי-האבות שלו ואף מקבל תמיכה ממשרד הבריאות. עיריית תל-אביב, המנהלת את בית-האבות שלה כגבעת-השלושה, מקבלת גם כן תמיכה ממשרד הבריאות והוא הדין לגבי עיריית באר-שבע. בית-האבות החדש בעפולה, שהוקם על ידי האגודה המשותפת של משרד הבריאות, משרד הסעד והג'וינט גם הוא מקיים מחלקה מסוג זה. אם הייתי נשאל אם התמיכה מספקת, הייתי אומר שהיא יכולה להיות גדולה יותר, כדי לעודד בניית מחלקות כאלה, הקשורות בהוצאות יותר גדולות, משום שאחזקת קשיש שאינו יכול לדאוג לעצמו עולה יותר מאחזקת קשיש המסוגל לדאוג לעצמו.

מ. זרובלס:

באיזה קצב מטפלים בהקמת מיטות לקשישים ותוך כמה זמן נוכל להרביק

את הפיגור שנוצר? האם יש לכך תוכנית?

ביקרנו בכמה מוסדות פרטיים וראינו

שפיקוח ופואי כמעט לא קיים. נותנים לזקן מיטה, מספקים לו מזון - שגם כן אינו באיכות הראויה לזקן - הרופא מבקר אחת לשבוע, בעוד שאדם כזה זקוק לפיקוח ופואי יומיומי; האחות אינה מוסמכת והיחס הוא יחס של זלזול באותה אוכלוסייה. מי האחראי על כך שאדם שהתקבל למומץ כזה יקבל את השירות המגיע לו? מה עושים כדי להרחיב את פעולות הפיקוח על אותם המוסדות?

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

נציגי אגודת הסטודנטים של בית-הספר לרפואה אמרו, שהטיפול בחולי

כרוניים אינו צריך להיעשות כולו בצורה מוסדית, אלא גם על ידי פיתוח שירותים קהילתיים תוך כדי מתן שירות בבית. מה דעת משרד הבריאות על הצעה זו?

ד"ר זילברשטיין:

מאז 1971 יש לנו תוכנית לפיתוח מיטות גריאטריות בכל הארץ ואם

לא תהיה קטסטרופה בטחונות, אני בטוח שתוך שנתיים המצב יהיה הרבה יותר טוב ותוך חמש שנים נוכל אנחנו וקופת-חולים לסיים את מה שאנחנו בונים ומתכננים. אף על פי כן אינני יכול להגיד שנהיה במצב אידיאלי, אולם הטיפול הרפואי שיעשה במוסדות הרפואיים בוודאי לא יהווה נושא שיצטרכו לדון בו בכנסת או בכל פורום ציבורי אחר. בצפת התחלנו לבנות מהלכה גריאטרית של 60 מיטות בבית-החולים הישן, אבל עם המלחמה הכניסו למקום חולים ששהו בו עד שישה חודשים אחרי המלחמה ולכן לא יכולנו להתחיל אפילו בשיפוץ המחלקה. כאמור, אם לא נהיה צפויים לעוד קטסטרופה בטחונות, יוכלו אותן 60 מיטות בצפת לשרת את הגליל וחלק גדול מצפון אישפוז קשישים בגליל יבוא על פתרוננו. בחיפה בונים עכשיו עוד שתי קומות בבית-החולים על שם פלימן הסנוח. אם לא תהיה הפרעה רצינית מבחינה בטחונות, יהיו בסוף השנה הזאת באותו בית-חולים עוד 124 מיטות גריאטריות.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

אמרת שמתוך 2,000 מיטות במוסדות הפרטיים אתם מנצלים רק 850.

זאת אומרת שבאותם מוסדות אין קיבולת מלאה.

י. שיף:

היתר פרטיים.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

איך זה קורה שיש פרטיים כאשר האישפוז צריך להיות על חשבון

הממשלה? אם מדובר בחולים פרטיים בנוסף לאחזקה של משרד הבריאות, אני מבין מדוע יעדיף המוסד חולים כאלה, כי אז הוא מקבל את חלקו ממשרד הבריאות, מקבל תוספת מן המשפחה וכתוצאה מכך קורה שמתוך 2,000 מיטות רק 850 מוחזקות על ידי משרד הבריאות, כאשר למעשה כל חולה כרוני צריך להיות מוחזק על חשבון משרד הבריאות.

ד"ר זילברשטיין:

לא כל חולה כרוני. שתי עיריות, חיפה ותל-אביב, לא השתתפו בהסכם

שהזכרתי קודם ושנכנס לתוקפו בנובמבר 1972. חיפה תצטרף להסכם ב-1 באפריל. גם תל-אביב היתה רוצה להיכנס להסכם - כי ראתה שהדבר טוב - אבל בגלל מגבלות תקציביות היא לא יכולה לעשות זאת. בשתי עיריות אלה אנחנו מגיעים למספר של 400 חולים כרוניים. גם קופת-חולים מאשפוז

ד"ר זילברשטיין:

במוסדות פרטיים, ולא רק במוסד על שם הרצפלד או בבית רבקה. אם מוסיפים את המספרים האלה מגיעים כמעט ל-2,000 מיטות.

המוסד ש"משען" בונה ברעננה כמעט גמור - הוא היה צריך להיפתח לפני מספר חודשים - ותהיה בו תוספת של 420 מיטות. יוצא איפוא שיש לנו בצפון מאות של מיטות טובות שייפתחו במשך השנה הזאת, כמובן אם לא יקרה משהו בתחום הבטחון, ואינני מדבר על דברים שעדיין לא התחילו לבנות.

הפיקוח על בתי-אבות: בתי-אבות אינם בפיקוח משרד הבריאות. קיים חוק המעונות והרשות המוסמכת לפקח לפי חוק זה היא משרד הסעד. אני מסכים שבכל מעון צריך להיות שירות רפואי ופיקוח רפואי מתאים.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:  
בתי האבות נתונים לפיקוח משרד הסעד, אבל מי מפקח על המיטות לחולים כרוניים שנמצאות באותם בתי אבות?

ד"ר זילברשטיין:  
אנחנו נכנסים למקומות אלה, אבל לא בצורה פורמלית. למעשה צריך היה להיות רישוי כפול, אבל באופן בלתי פורמלי אנחנו קשורים ונכנסים.

טיפול קהילתי: בגלל אותם 2%-3% קשישים הזקוקים למוסדות איננו צריכים לשכוח - ועמו על כך ד"ר כץ - אותם 95% מהקשישים שאינם נמצאים במוסדות, אינם רוצים להיות במוסדות וגם אינם זקוקים להם. איננו מעוניינים שאנשים ייכנסו למוסדות בטווח עת ואנחנו משתמשים בצורות שונות של טיפול. לפני כשבע שנים התחיל משרד הבריאות להפעיל את התוכנית לפיה אחיות בריאות הציבור, שעסקו בדרך כלל באשה ההרה, בתינוק ובילד, ידאגו גם לזקן הנמצא בקהילה, יבקרו בביתו, יראו למה הוא זקוק, יבואו בדברים עם שכנים. בגלל הגבלות תקציביות לא יכולנו לפתח שירות זה באותו קצב שהיינו רוצים לפתח אותו, אבל זהו שירות קיים ומתפתח.

מ. כהן:  
אני נמצא בחיפה באזור המאוכלס באוכלוסייה מזדקנת, נרחבת השומר. יש שם זקנים, הרבה מהם הורים שכולים, שמיום קום המדינה לא דפקו על דלת ביתם פעם אחת.

ד"ר זילברשטיין:  
אם אתה רוצה לראות מה עושים, פנה ללשכת הבריאות ותבקש מהאחות רחל סגן, המארגנת פעולה זו, שתערוך לך סיור. אני בטוח שתהיה לך נחת רוח.

לפני שבע שנים התחלנו בתוכנית של טיפול ביתי בירושלים. פרופ' מנצ'ל היה הראשון שהתחיל בכך: חולה קשיש המשתחרר מבית-החולים ממשיך גם אחרי כן להימצא בפיקוחו של צוות בית-החולים עז שהוא מועבר לטיפולו של הרופא המטפל בו. יש לנו כיום כ-9 מקומות בהם קיים טיפול ביתי כזה ונפתח אותו גם בשנה התקציבית הבאה, למרות הקיצוצים במשאבי משרד הבריאות, משום שהנהלת המשרד מגלה הבנה לנושא זה. גם בלשכות הבריאות מקבלים כל שנה אלפי חולים טיפול מעשי מאד, כדי למנוע את אישפוזם או לפחות לצמצם את זמן האישפוז אם לא ניתן למנוע אותו לגמרי.

קופת-חולים מתכוונת לארגן תחום זה של טיפול גריאטרי ותוך שנתיים-שלוש תהיה גם שם התקדמות.

הטיפול שלנו כולו תלוי בדבר אחד: באחיות, לא כל כך ברופאים. ללא אחיות לא יהיה פיתוח. את המחלקה השנייה בבית-החולים על שם פלימן לא יכולנו לפתוח במשך שישה חודשים בגלל מחסור באחיות. הטיפול הגריאטרי בולע אחיות, כי במוסד הראוי לשמו מוכרחה להיות אחות על כל שני חולים, היות והטיפול הוא אישי. יוצא איפוא שמספר האחיות הנדרש למחלקת גריאטריות הוא עצום.

שמעתי על תוכנית להפוך את כל הצריפים  
בבית-החולים שיבא למחלקת שיקום ולמחלקה

ל דיציאון:

גריאטריה.

יש תוכנית כזאת. אינני יודע אם מדובר  
על כל הצריפים, אבל יתוספו כמה מאות  
מיטות. גם בבית-החולים דונולו נ' ביפו נקבל 200 מיטות.

ד"ר זילברשטיין:

אתייחס לשתי נקודות: פיקוח על בתי-  
אבות וטיפול פתוח בלשכות.

י. שיף:

גם להלכה וגם למעשה קיים פיקוח לפי  
חוק על הסעונות וכל מעון לזקנים חייב לפי חוק לקבל רשיון כדי  
לנהל אותו.

מאיזו רשות הוא צריך לקבל רשיון?

מ. כהן:

ממשרד הסעד.

י. שיף:

האם יש כאלה שפועלים ללא רשיון?

מ. כהן:

יש.

י. שיף:

כמה כרוך מתן הרשיון?

מ"מ הי"ר ח. שמעוני:

י. שיף:

יש הנראות ברורות על סטנדרטים  
מסויימים שהמעון צריך לעמוד בהם  
כדי שיקבל רשיון. כאשר פונה אלי משהו הרוצה לבנות מעון חדש, אני  
יכול לדרוש ממנו את כל מה שניתן לדרוש לפי אותם סטנדרטים, ומדובר  
בעיקר באותם מוסדות שמרכז ההשקעות מאשר להם את הבניה. יש לנו הסדר  
עם מרכז ההשקעות, שאיננו מאשר בניה, קודם שקיבל אישור מטעם משרד  
הסעד. כאשר מדובר במוסדות קיימים, אנחנו עומדים בפני בעיה: אם  
איננו נוחצים רשיון, מביאים את האיש לבית-משפט וקונסים אותו על כך  
שהוא פועל ללא רשיון. במידה ונלחץ, נביא אותו לכך שהוא יהיה חייב  
לסגור את המקום, ואז נשאלת השאלה מה הפתרון האלטרנטיבי שאנחנו  
יכולים להציע לאותם זקנים הנמצאים במעון לפעמים זה עשרים שנה.

חשבנו פעם ואנחנו חושבים היום שעל

הממשלה להקים קרן הלוואות לזמן ארוך, כדי לאפשר לאותם מוסדות  
לקבל הלוואה, לשפץ את המקום, לשפר את התנאים. על ידי כך הוא יכול  
למשוך כוח אדם נוסף לשירותים השונים הניתנים במוסד, הוא יכול  
לשפר את רמת השירותים על ידי העלאת המחיר וגם אנחנו יכולים לדרוש  
ממנו יותר. כיום איננו יכולים לעזור למוסדות הפרטיים - להוציא  
כמובן משען ומלבן - אפילו בדברים אלמנטריים שאנחנו חושבים  
שראוי לעזור להם, בגלל מגבלות הקציביות.

למעשה עדיין לא סגרנו מוסדות פרטיים,

למעט מוסדות בודדים, כי לא היה לנו פתרון אלטרנטיבי. אם סגרנו,  
היה זה הודות לעובדה שנחפנו מקומות בבית-אבות של מלבן. גם כיום,  
כשאין פתרון אלא בסידור מוסדי, אנחנו נוהגים לשאול קודם כל אם יש  
מקום פנוי במלבן. כאשר הכל מלא, אנחנו מחפשים מקום במוסדות  
פרטיים, למרות שאנחנו יודעים במפורש שעצם קיומם של מוסדות כאלה  
זו בושה למדינה. אינני רואה פתרון לבעיית המוסדות הקיימים אם לא  
נעזור להם להשתפר. יש להם רצון, אבל בלי עידוד רציני מצידנו הם  
אינם מסוגלים לעשות יותר, כי האחזקה במוסדות, אפילו בתנאים הקיימים,  
קשה.

יש מוסדות המקבלים אנשים פרטיים, שמהם

הם יכולים לדרוש מחיר גבוה יותר, ומקבלים גם אנשים שהופנו על ידי  
שירותי הסעד, שהתשלום עבורם נמוך יותר. בסופו של דבר קיים איזון  
מסויים, המחיר בממוצע הוא קצת יותר גבוה ומוסדות אלה מסוגלים לשמור  
על סטנדרטים מסויימים יותר ממוסדות המקבלים רק אנשים המתקבלים  
במחיר נמוך. אבל גם בין מוסדות אלה אין כמעט מוסדות שיש להם רופא  
משלהם בעיסוק מלא, חוץ מאשר במקומות בודדים. אם שמענו מהם  
הסטנדרטים שקובע משרד הבריאות או משרד הסעד לחולים מסוג זה, הרי  
שמוסדות אלה רחוקים מלענות על הסטנדרטים. גם לנו יש צוות של רופא  
ואחות, והיה לנו בתקן צוות רפואי שביקר ודיווח, אבל ביוזם לחדר  
ופתרון לבעיה לחדר.

י. שיף:

נקודה שניה: בדרך כלל אנחנו משתדלים לא להגדיל את מספר הפניות למוסדות ואולי אף ישנה ירידה, משום שהוצאנו מסמך לרשויות המקומיות על הצעדים לפיתוח השירותים הקהילתיים ואנחנו פועלים זה שנתיים לפיתוח השירות הקהילתי במסגרת הרשויות. פיתוח השירות צריך להיעשות עם אנשי הקהילה והוא תלוי בתודעה של ראש המועצה המקומית וחבריה לנושא זה. גם בענין זה, כמו בהרבה שירותים, אנחנו עומדים בפני הבעיה של איכות מול כמות, ובסופו של דבר ההכרעה היא חמיד לטובת הכמות על חשבון האיכות. לדוגמה: אנחנו מקבלים נתונים על מספר הזקנים הבודדים, הזקנים לארוחה חמה, על מספר הזקנים הזקוקים למועדונים, הזקוקים לחסוקה, הזקוקים לעזרה ביחית. במסגרת החקציב העומד לרשותנו ובמסגרת כוח האדם שיש לנו עלינו להחליט אם ניחן במקום מסויים את כל השירותים ואילו במקום אחר לא ניחן דבר, או שנחלק את החקציב בהתאם לבעיות הנוצרות בכל מקום. אם במקום מסויים הבעיה הנוצרת היא ארוחה ביחית, ניחן יותר ארוחות חמות ופחות עזרה ביחית. או להיפך: אם הבעיה הנוצרת היא עזרה ביחית, ניחן יותר עזרה ביחית. רק במקומות בודדים הגענו לכך שאנחנו יכולים לתת את השירותים גם מבחינה איכותית ולא רק מבחינה כמותית.

אשר לכוח אדם וחקציב: כאשר הגשנו לפני שלוש שנים חוכנית לפיתוח השירותים לשלוש שנים עם הסכומים הדרושים לביצוע, מובן שהיה פער עצום בין ההצעה לבין מה שאושר, וההוצאה - שאיננו יכולים להכשיר את כוח האדם הדרוש. חסרים לנו גם חקציבים לביצוע השירותים ומימונם, כי גם כאשר הרשות המקומית מגייסת כסף, אנחנו צריכים לממן 75%, כאשר המכסימום שצריכה לתת רשות מקומית הוא 25%. כאשר משרד הסעד צריך להחליט אם לתת פתרון ל-1,500 מפגרים, שמחכים זמן רב להיכנס למוסד, או לזקנים ולבעיות אחרות, הוא נותן עדיפות בשנים האחרונות - בחקציב הפיתוח שלו - לבעיית המפגר. כארבעים וכמה אחוזים מתקציב הפיתוח שאושר לנו הולכים לפתרון בעיית המפגרים, כאשר אנחנו יודעים מראש שעם כל העדיפות לא נדביק עדיין את הפיגור בפיתוח המקומות.

בדרך כלל הבדיקות והקביעה אם להוציא זקן מן הבית נעשים בשיחוף פעולה עם רופאים ואחיות של משרד הבריאות או קופת-חולים, אבל, שוב, זו בעיה רצינית ביותר, ההולכת וגדלה. אינני רוצה להיות אופטימי ולומר שגם אם יעמידו לרשותנו את כל המשאבים בחמש השנים הבאות נוכל להדביק את הפיגור של כל אותן שנים שלא פיתחנו שירותים קהילתיים, גם משום כך שלא הייתה תודעה של פיתוח שירותים אלה לזקן.

נשמח אם תוך כדי הדיונים בוועדה תתגבש חוכנית ארצית. והוועדה תעשה שירות מצויין אם תמנע התחרות בין השירותים ותביא לכך שיהיה ביניהם חיאות מראש. למשל, שהמוסד לביטוח לאומי לא יפתח שירותים מבלי שנדע על כך.

ה. זיידל:

זה הדבר החשוב ביותר.

י. שיף:

אם לא יהיה חיאות אנחנו יכולים להגיע למצב שבמקום שבו יפתח המוסד לביטוח לאומי שירותים יגיעו דווקא עשירים ולא עניים, ואילו לשירותים שיפתח מוסד אחר תבוא קבוצה אחת, ואז לא יהיו השירותים מחוככנים לפי סדר עדיפויות בכל מקום לאוכלוסיה הנזקקת ביותר.

מ. כהן:

אני נדהם מדבריו של נציג משרד הסעד. אני יודע שכאשר פותחים מסעדה צריכים, כדבר ראשון, לקבל רשיון מן המפקח על החברות במשרד הבריאות. אינני מבין מדוע משרד הסעד הוא שצריך לתת רשיון לבתי אבות.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

אבל זה כרוף בבטחונות נוספים.

מ. כהן:

משרד הבריאות הוא שצריך לבדוק קודם כל. וכאשר אדם מקבל רשיון לפתוח מוסד, מי בודק ועורך ביקורת אחרי כן? משרד הסעד אינו יכול לעשות זאת, אלא משרד הבריאות, שצריך להיכנס למוסד אחת לחודש.

אני לא מאמין בהלוואות שיינתנו, כי מי שיש המחיר מגיע ל-3,000 לירות, ואדם עשיר יכול להיות בהם. אבל לאלה שאינן להם כסף צריכה המדינה להקים מוסדות. והיא חייבת להקפיד שהם יהיו במצב טוב וחקיין.

מ. כהן:

אני מציע לוועדה לערוך ביקור במפתיע, מבלי להודיע מראש, במוסדו, כדי לעמוד על המצב לאשורו.

מ. דרובלס:

שמענו שבעוד שנתיים עלול המצב בחומוס סידונג קשישים במוסדו להיות טוב יותר. שמענו כמו כן, עוד בישיבה הקודמת, שנבנו מוסדות עבור קשישים חושבי חוץ, העומדים כיום ריקים. מה האפשרות להגיע להסדר עם אותם אנשים שבנו את המוסדות, להכניס בהם מיטות כדי לפתור עכשיו חלק מן הבעיות?

י. שיף:

האם אתה מתכוון למיטות של משרד הבריאות? למיטות של משרד הסעד, שיהיו פתוחות בינתיים, עד שחגמו הבניה.

מ. דרובלס:

ה. כהן:

ב-1965 נחקבל בכנסת חוק הפיקוח על מעונות, ולמעשה הרבה מן הבעיות נובעות מכך שהחוק איננו מכסה את כל החחומים ואיננו מספק מבחינת דרישותיו. אחת הבעיות הקשות ביותר, שלחוק אין שיניים. למעשה אין לנו אפשרות, לפי החוק, לסגור מעון.

המשרד התייחס לבעיה זו בזמנו מינה המנהל הכללי ועדת מומחים, שהשתתף בה גם ד"ר זילברשטיין, שהציעה הצעות חוק לחוק. היות והוועדה היתה ועדה מקצועית היא לא התייחסה לצד המשפטי - כיצד לתת לחוק יותר שיניים; כיצד להכניס לחוק שמירת יתרו של זכויות האדם הנמצא במעון; כיצד להבטיח נקודות בסיסיות בחוזה בין בעל המעון והאדם הנכנס למעון, דבר שקיים בכל העולם הנאור. על כל פנים אנחנו מאד ערים לענין זה ועובדים על שינוי חקנות החוק.

בענין הפיקוח: במשך שלוש שנים הוטב המצב בהרבה והוא איננו כפי שצוייר פה. יש לנו צוות של ארבעה אנשי מקצוע: רופא, אחות, דיאטטיקנית, עובד סוציאלי, המבקר באופן שיטתי - אולי לא בתדירות הדרושה - במעון. צוות זה מבקר במעון גם כשיש צורך בחידוש הושיין ואז מתנים את חידושו בשיפור המצב. הצוות מוסר דיווח מפורט על המצב במעון, כאמור, חל שיפור, אמנם לא הגענו לכל המקומות - וזו טוב בעיה של כמות מול איכות, אבל הגענו לבעייתיים ביותר. מחוסר חוק מחייב בענין סגירת מעון אנחנו פועלים לקראת קבלת החלטה עצמית של בעל המעון לסגור את המעון. כלומר, אנחנו משכנעים אותו שלעולם לא יוכל לחתום את השירות הנדרש ממנו ועל ידי כך מציבים אותו לאט לאט להכרה עצמית שלא כדאי לו להמשיך. מעט מעונות נסגרו, והם נסגרו בעיקרם על ידי פעולה זו.

מאז שנפתחו בפנינו דלתות מלב"ן ויש לנו קצת תחליפים, אנחנו מתחילים להעביר לשם אנשים ממקומות שנראים לנו בעייתיים. על ידי כך נבצר מבעלי המקומות האלה להמשיך לנהל את המוסד. מוסדות מלב"ן הם מוסדות ממשלתיים, הנוחנים לאותם קשישים תחליף טוב יותר, שיש בו כל התחנות. גם אם משחנה מצבם התפקודי הם יכולים להישאר.

ישנה עוד בעיה: החוק אינו מחייב לתת יותר טיפול רפואי משנוחנים, ואין לנו על מה לבסס את דרישותינו. הפעולות שלנו מבוססות על רצון טוב ועל שכנוע, אבל אם מישהו מתעקש לנהוג לפי הכתוב, הוא אינו חייב למלא את דרישותינו.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:

אבקש שתגישו לנו נחונים בכחב לישיבה הבאה.

הצ'לחה כאן השאלה של תיאום בין המוסדות לגבי פיתוח השירותים לקשיש, לרבות המוסד לביטוח לאומי. האם למוסד לביטוח לאומי יש באמת כוונות לפתוח שירותים כאלה?

י. ערד:

בשלב זה המוסד לביטוח לאומי איננו מקים שירותים ואיננו מחחרה עם משרד הסעד, ומשום כך אין פה בעיה של תיאום.

ב. שאילתות

ה. זיידל:

החקיימה שביחה של העובדים הסוציאליים והיחה הודעה של שר הסעד שהוא מזדהה עם השביחה ומתכוון לפעול להסדר טוב יותר לגבי היחסים של הציבור כלפי העובדים הסוציאליים. האם ליושב-ראש הוועדה יש פוטנס בקושא זה? אם לא, כדאי שנשמע פוטנס והצעות ישירות מפי שר הסעד באחת הישיבות הקרובות.

מ"מ היו"ר ח. שמעוני:  
יכולה להצטרף לשאילתה ששאלתי ששר הסעד יופיע בהקדם בוועדה.  
לי לא ידועים, פנסים, אבל אני מניח שהם ידועים ליושבת-ראש הוועדה. השאילתה שלך אני בענין הקיצוצים במשרד הסעד, ונבקש ששר הסעד יופיע בהקדם בוועדה.

הישיבה ננעלה בשעה 12.35