

דוח מדעי סופי

סקירה ומיפוי הצעדים והדרכים להתמודדות עם אתגרי הטיפול הממושך בזקנים במדינות מפותחות

פרופ' אביעד טור-סיני, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

פרופ' נטע בנטור, אוניברסיטת תל-אביב

פרופ' דבי רנד, אוניברסיטת תל-אביב

המחקר מומן באמצעות קרן המחקרים של הביטוח הלאומי

אפריל 2023

תוכן העניינים

3	תמצית.....
4	תקציר.....
7	מבוא.....
7	מטרת המחקר ומבנה הדוח.....
8	מערך החקירה.....
11	פרק 1: מדיניות ומערכת הטיפול הסיעודי ממושך בקהילה במדינות אירופה, רפורמות ושינויים.....
20	פרק 2: מקורות מימון השירותים.....
23	פרק 3: הערכת צורכי הטיפול וקביעת הזכאות לטיפול פורמלי במימון ציבורי.....
24	פרק 4: שירותים פורמליים (ציבוריים) לטיפול בזקנים מוגבלים בקהילה ובבני משפחותיהם.....
	פרק 5: השיטות למתן השירותים : מדיניות מתן השירותים, גמלאות בכסף, זכאות לגמלה וסכום הגמלה, השימוש בגמלה.....
28	השימוש בגמלה.....
33	פרק 6: אתגרי הטיפול הממושך.....
35	פרק 7: קיימות (Sustainability) המימון של הטיפול הסיעודי בקהילה.....
38	פרק 8: השפעת מגפת COVID-19 על השירותים לטיפול ממושך בקהילה.....
40	פרק 9: דיון.....
44	ביבליוגרפיה.....

תמצית

מדינת ישראל, בדומה לרוב המדינות המפותחות, מתמודדת עם הצורך לספק שירותים וטיפול יעיל, איכותי ובר-קיימא לזקנים הגרים בביתם שבקהילה וזקוקים לעזרה בתפקוד, כדי לאפשר להם לשמור על חיים עצמאיים ככל האפשר, ולמנוע או לעכב מעבר למוסד סיעודי. בצד בני המשפחה של הזקנים, המהווים גורם מרכזי בטיפול בהם, גם שירותים המסופקים בידי המדינה ובמימונה, מהווים גורם חשוב בהבטחת רווחתו של אדם זקן עם מוגבלות בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי, התלוי בעזרת הזולת להמשך תפקודו בביתו שבקהילה. מטרתו של המחקר הנוכחי היא לספק תמונה מקיפה ומעמיקה של החקיקה, המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך במדינות מפותחות שונות. הצגת תמונה כזו עשויה לספק למערכת השירותים בישראל תובנות מעשיות, כדי להבטיח שירותים יעילים, איכותיים ובני קיימא.

המחקר מציג שורת דוגמאות של מערכת טיפול ממושך בקהילה לזקנים הזקוקים לעזרה בתפקוד, במספר מדינות אירופה אשר מייצגות משטרי רווחה שונים, תוך בחינת השינויים והרפורמות שנעשו בהן בעשורים האחרונים. בהמשך נסקרים מקורות המימון של השירותים לטיפול ממושך, מוצגות השיטות להערכת צרכי הטיפול וקביעת הזכאות לטיפול פורמלי במימון ציבורי, ונסקרים השירותים הפורמליים בקהילה שניתנים לזקנים ולבני משפחותיהם, מתוך גישה הסוברת שהזקן וכן המשפחה המשמש מטפל בלתי פורמלי מהווים יחידת טיפול אחת משותפת. בנוסף, נסקרות השיטות למתן השירותים, תוך העמקת ההבנה של מדיניות מתן גמלאות בכסף (cash-for-care), הזכאות לגמלה וסכום הגמלה, ודרכי השימוש בגמלה. עוד בוחן המחקר את האתגרים הכרוכים באספקת שירותי טיפול ממושך בקהילה, ומעמיק בבחינת סוגיית הקיימות הפיננסית והבטחת שירותים בני קיימא לטווח ארוך. חלקו האחרון של המחקר סוקר את השפעת מגפת COVID-19 על השירותים לטיפול ממושך בקהילה. במסגרת כל אחד מפרקי המחקר נערכת השוואה בין התמונה המתקבלת מהמדינות המפותחות השונות לבין התמונה בישראל.

המחקר נערך בשני שלבים. בשלב הראשון נסקרו מחקרים, מסמכי מדיניות ופרסומים שראו אור באנגלית בין שנת 2000 לשנת 2022 בנושא מדיניות הטיפול הממושך במדינות אירופה והרפורמות בהם בשני העשורים האחרונים. זאת, במטרה ללמוד לעומק על סוגי והיקף השירותים הפורמליים המסופקים בהן, השיטות למתן השירותים, תנאי הזכאות, מקורות המימון, וההתמודדות עם אתגרים. בשלב השני נבחרו שבע מכלל אותן מדינות שבהן התעמקנו במיוחד, במטרה ללמוד על הסוגיות שבמחקר. המדינות אשר נבחרו מאפיינות את משטרי הרווחה על פי המודל של Esping-Andersen (1990), כמו גם לפי המודל של Bonoli (1997).

מהמחקר עולה כי בצד הפעולות הרבות והתמשכות שנעשות בישראל לשיפור ולייעול השירותים לטיפול ממושך, מתקיימים במדינות אחרות תהליכים ופעולות שנועדו ליעל את מערכת השירותים לטיפול ממושך, ושעדיין לא מתקיימים או שמתקיימים באופן חלקי בישראל, זאת בדגש על חמישה מוקדים: צרכנות ישירה, הרחבת התפיסה והשירותים למניעת התדרדרות תפקודית ולשיקום, תמיכה במטפלים בלתי פורמליים, גמלה כספית ובחינה לעומק ביחס למבחן ההכנסות כדי למנוע פגישה בזקוקים לטיפול אשר נמנעים מכך.

תקציר

מדינת ישראל, בדומה לרוב המדינות המפותחות, מתמודדת עם הצורך לספק שירותים וטיפול יעיל, איכותי ובר-קיימא לזקנים הגרים בביתם שבקהילה וזקוקים לעזרה בתפקוד, כדי לאפשר להם לשמור על חיים עצמאיים ככל האפשר, ולמנוע או לעכב מעבר למוסד סיעודי. בצד בני המשפחה של הזקנים, המהווים גורם מרכזי בטיפול בהם, גם שירותים המסופקים בידי המדינה ובמימונה, מהווים גורם חשוב בהבטחת רווחתו של אדם זקן עם מוגבלות בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי, התלוי בעזרת הזולת להמשך תפקודו בביתו שבקהילה. שינויים דמוגרפיים, ובמיוחד העלייה במספר הזקנים ושיעורם באוכלוסייה, שינויים סוציולוגיים, פוליטיים וכלכליים שחלים בכל העולם, מעוררים חששות ביחס ליכולתה של המדינה להמשיך לספק שירותים לטיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, בהיקף שיידרש בעתיד, תוך הבטחת איכותם וקיימותם לטווח ארוך. אירועים גלובליים כמו מגפת COVID-19, הגבירו את החששות האלה, בשל הצורך להתמודד במהירות עם אירועים דרמטיים ולא צפויים, המשפיעים על מצב הבריאות והרווחה של כלל האוכלוסייה, ובאופן מיוחד על מצבם של אנשים זקנים ואנשים עם מוגבלות.

מטרת המחקר: מטרתו של המחקר הנוכחי היא לספק תמונה מקיפה ומעמיקה של החקיקה, המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך במדינות מפותחות שונות. הצגת תמונה כזו עשויה לספק למערכת השירותים בישראל תובנות מעשיות, כדי להבטיח שירותים יעילים, איכותיים ובני קיימא.

שיטת החקירה: במחקר נכללו מדינות רווחה באירופה המכירות במחויבות המדינה כלפי אזרחיה הזקנים, ובכלל זה הספקה ומימון שירותים ציבוריים לאזרחיהם הזקנים המוגבלים בתפקודם. המחקר מתמקד במדינות אירופה משום שהן דומות בתפיסת הרווחה שלהן לזו של ישראל. במטרה להקיף מגוון רחב של משטרי רווחה, נכללו במחקר מדינות המאפיינות את משטרי הרווחה על פי המודל של Esping-Andersen (Esping-Andersen, 1990), כמו גם לפי המודל של Bonoli (Bonoli, 1997).

שני משטרי רווחה שתפסו חלק משמעותי במחקר הם של מדינות ממרכז אירופה בעלות משטר רווחה קורפורטיסטי (שמרני) דוגמת גרמניה וצרפת, המאופיין בנכונות לספק שירותי רווחה רחבים במסגרת המדינה. השירותים החברתיים במדינות אלו מפותחים באופן יחסי, והמדיניות החברתית בהן מתבססת על מערכת של ריבוי הטבות לא אוניברסליות אלא ספציפיות, לקבוצה מסוימת. משטר הרווחה השני שנכלל במחקר הוא משטר רווחה קונסרבטיבי (או: פרטיקולריסטי-קליינטליסטי) הנהוג במדינות אגן הים התיכון כמו איטליה, ספרד ויוון. הוא מבוסס על ערכים מסורתיים של סיוע ותמיכה של המשפחה, ולפיו האזרחים ייעזרו במדינה רק בהיעדר משאבים אישיים. בנוסף לכך, נכללו דוגמאות ממדינות ממשטר הרווחה המזרח אירופי/פוסט-סובייטי, שגם הוא מעודד את תמיכת המשפחה וכולל מרכיבים של משטר הרווחה הסוציאלי-דמוקרטי ושל משטר הרווחה הקונסרבטיבי, אך מפותח הרבה פחות מהם. כמו כן נכללו שתי קבוצות מדינות על פי הטיפולוגיה של Bonoli (1997) הציג, הכוללות בנוסף למשטר הרווחה היבשתי ומשטר הרווחה הדרומי גם את משטר הרווחה הבריטי (אנגליה ואירלנד למשל), ומשטר הרווחה שבמדינות הנורדיות.

המחקר נערך בשני שלבים. בשלב הראשון נסקרו מחקרים, מסמכי מדיניות ופרסומים שראו אור באנגלית בין שנת 2000 לשנת 2022 בנושא מדיניות הטיפול הממושך במדינות אירופה והרפורמות בהם בשני העשורים האחרונים. זאת, במטרה ללמוד לעומק על סוגי והיקף השירותים הפורמליים המסופקים בהן, השיטות למתן השירותים, תנאי הזכאות, מקורות המימון, וההתמודדות עם אתגרים. בשלב השני נבחרו שבע מדינות שבהן התעמקנו במיוחד, במטרה ללמוד על הסוגיות שבמחקר. הצגת הממצאים מהמדינות האלה כוללת רפורמות

ושינויים שנעשו בהן בעקבות המשבר הכלכלי ב-2008, אף שהשפעתו על ישראל הייתה פחותה הרבה יותר. ואולם, הרפורמות והשינויים האלה מספקים מידע חשוב ורלוונטי על תהליכים וכלים להתייעלות השירותים ולריסון הוצאות הטיפול הממושך.

עיקרי הממצאים: המחקר מציג שורת דוגמאות של מערכת טיפול ממושך בקהילה לזקנים הזקוקים לעזרה בתפקוד, במספר מדינות אירופה אשר מייצגות משטרי רווחה שונים, תוך בחינת השינויים והרפורמות שנעשו בהן בעשורים האחרונים. בהמשך נסקרים מקורות המימון של השירותים לטיפול ממושך, מוצגות השיטות להערכת צורכי הטיפול וקביעת הזכאות לטיפול פורמלי במימון ציבורי, ונסקרים השירותים הפורמליים בקהילה שניתנים לזקנים ולבני משפחותיהם, מתוך גישה הסוברת שהזקן וכן המשפחה המשמש מטפל בלתי פורמלי מהווים יחידת טיפול אחת משותפת. בנוסף, נסקרות השיטות למתן השירותים, תוך העמקת ההבנה של מדיניות מתן גמלאות בכסף (cash-for-care), הזכאות לגמלה וסכום הגמלה, ודרכי השימוש בגמלה. עוד בוחן המחקר את האתגרים הכרוכים באספקת שירותי טיפול ממושך בקהילה, ומעמיק בבחינת סוגיית הקיימות הפיננסית והבטחת שירותים בני קיימא לטווח ארוך. חלקו האחרון של המחקר סוקר את השפעת מגפת COVID-19 על השירותים לטיפול ממושך בקהילה. במסגרת כל אחד מפרקי המחקר נערכת השוואה בין התמונה המתקבלת מהמדינות המפותחות השונות לבין התמונה בישראל.

מהמחקר עולה כי בצד הפעולות הרבות והתמשכות שנעשות בישראל לשיפור ולייעול השירותים לטיפול ממושך, מתקיימים במדינות אחרות תהליכים ופעולות שנועדו ליעל את מערכת השירותים לטיפול ממושך, ושעדיין לא מתקיימים או שמתקיימים באופן חלקי בישראל, זאת בדגש על חמישה מוקדים:

(1). צרכנות ישירה: מודלים של "צרכנות ישירה" עשויים לנוע בין זכאות מלאה להחליט כיצד להשתמש בגמלה הכספית (כמו למשל בגרמניה ואוסטריה) לבין בחירה משותפת עם מנהל טיפול מקצועי מתוך חבילת שירותים, ובניית תוכנית הטיפול (הולנד). בין שני הקצוות האלה אפשר למצוא דרגות שונות של צרכנות ישירה. תקנות חוק סיעוד בישראל עדיין מגבילות את מעורבות הזקן ומשפחתו בקבלת ההחלטות לגבי טיפול במסגרת חוק סיעוד. הסיבות לכך רבות, חלקן מוצדקות, אך נראה שראוי להרחיב את הדיון בתפיסת העולם הזו ולבחון אותה לעומקה.

(2). הרחבת התפיסה והשירותים למניעת התדרדרות תפקודית ולשיקום: מספר גובר של מדינות מספקות שירותי מניעה ושיקום בתוך הבית (דנמרק מובילה בכך), במטרה לצמצם אובדן ביכולות התפקוד, למנוע או לדחוק צורך בשירותי טיפול פורמלי בקהילה או מעבר מיסוד. במקצת מהמדינות שירותי המניעה כוללים – בנוסף לשירותים לשימור פעילות פיזית ותפקודית – גם שירותים לשימור המצב הנפשי והחברתי, כדי להתמודד עם בידוד חברתי. קיימים קשיים רבים להטמעה וליישום התפיסה הזו ולפיתוח שירותי מניעה בקהילה לאנשים עם מוגבלות. נראה שראוי לבחון לעומק את ההצעות שעלו בשנים האחרונות בישראל בהתייחס לגישת המניעה והשיקום על פני מתן טיפול בפועל, על פיהן מוצע כי לספקי השירותים למניעת הדרדרות יהיה את הידע, היכולת והפריסה הארצית לטובת אספקת השירותים באופן מיטבי, וכן תורחב מרחב הגמישות לספקים לשם התאמה אישית של סוג השירות. בנוסף, מומלץ לתת דגש מיוחד על מנגנון תמריצים כלכליים למניעת הדרדרות, אשר ידרוש השקעה משמעותית במניעת הדרדרות בקרב זקנים עם מוגבלות קלה.

(3). תמיכה במטפלים בלתי פורמליים: בעשור האחרון התפתחו בישראל תכניות מסוגים שונים שנועדו לסייע ולהקל על המטפלים אך נראה שניתן ללמוד מהעולם על אמצעים נוספים. מבחינת ההקלה בטיפול הפיזי, קיים

מקום להרחבת שירותי טיפול הפוגה Respite care הניתנים בישראל במידה מצומצמת ביותר או הטבה במזומן לתשלום עבור שירותי טיפול פורמליים לתקופה מוגבלת. מבחינה כלכלית, ניתן לשקול, כפי שקיים במדינות רבות, מתן פיצוי כספי (גמלה במזומן) למטפל הבלתי פורמלי על אובדן הכנסה מעבודה ולהבטיח כיסוי ביטוח סוציאלי כדי להקל על הלחץ הכלכלי שלו. בנוסף, אף כי תכניות חופשה מעבודה או הפחתת זמן העבודה קיימת בישראל, נראה שיש מקום להרחיב אותן ולהגביר את הידיעה על קיומן ואף לקבוע תקנות ברורות להפעלתן. כמו כן, במקצת מהמדינות קיים תגמול כספי נדיב לבני המשפחה המשמשים מטפלים בלתי פורמליים ובכלל זה קבלת משכורת מלאה או חלקית, הבטחת מקום עבודתם בתקופת ההיעדרות עקב הטיפול, כיסוי תשלומי ביטוח לאומי או הפחתה בפרמיה. נראה שאלו כלים שראוי לבחון כדי להקל על בני משפחה מטפלים ואף להגביר את מעורבותם בטיפול בזקן.

(4). גמלה כספית: בישראל, כמו בכל המדינות, מתן שירותי טיפול ממושך ציבורי מבוסס על שירותים בעין ועל גמלה כספית, ונראה כי גמלאות בכסף הן "כאן כדי להישאר". בדומה ישראל, קיימים הבדלים מבחינת אפשרויות הבחירה בסוג הגמלה (בהתאם לדרגת המוגבלות). זאת ועוד, מתן גמלאות כספיות כרוך באתגרי פיקוח ובקרה על איכות הטיפול והבטחת השימוש בהן לצורכי הטיפול בזקנים. לאור ההתפתחות מתן השירותים בישראל בעשור האחרון, נראה שראוי להמשיך לבחון את האיזון המתאים בין מתן שירותים בעין לבין מתן גמלאות בכסף. במקביל, מאחר וגמלאות בכסף מגדילות את ההוצאה על טיפול ממושך בקהילה, ובעקבות זאת מתגבר העיסוק בקיימות ארוכת הטווח באספקת הטיפול ראוי להעמיק הבחינה בסוגיה הזו.

(5). בחינה לעומק ביחס למבחן ההכנסות כדי למנוע פגישה בזקוקים לטיפול אשר נמנעים מכך: הזכאות לשירותים ולמימון הציבורי של זקנים עם מוגבלות בקהילה נקבעת בכל המדינות בהתאם לצורכי הטיפול (תפקודי וקוגניטיבי), וברובן גם בהתאם להכנסות ובכספים של הזקן. קיים טווח רחב של מבחן הכנסות במדינות שונות, ובמקצתן רק זקנים מוגבלים מאוד ועניים זכאים לטיפול פורמלי (בריטיניה למשל). בישראל, הזכאות (מלאה או חלקית) לטיפול פורמלי הזקנים עם מוגבלות הגרים בקהילה נקבעת בהתאם לצורכי התפקוד ולהכנסות. קיימות בישראל עדויות אימפריות לכך שיתכן שמבחן ההכנסות משפיע על היקף השימוש בטיפול פורמלי, וכי חלק מבעלי הכנסה בינונית וגבוה נמנעים מכך. כתוצאה מכך, עול טיפולי רב יותר נופל על בני המשפחה, דבר שעלול לפגוע במעורבותם בכוח העבודה במשק או שבני משפחה בוחרים בפתרון זול יותר ממטפלת סיעודית כמו למשל עוזרת בית וכתוצאה מכך הזקן אינו זוכה לטיפול המיטבי שהוא זקוק לו. לפיכך, ראוי לבחון לעומק את מבחן ההכנסות הנוכחי כדי למנוע פגיעה בזקוקים לטיפול ונמנעים מכך (שנור ושות', 2021).

לסיכום, אחת הדרכים להתמודד עם האתגרים הרבים והמורכבים הכרוכים במתן טיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, היא ללמוד מנסיוןן של מדינות רווחה אחרות. דוח מדעי זה מספק תמונה מקיפה של המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך במדינות מפותחות שונות. התמונה המתקבלת ממנו עשויה לספק למערכת השירותים בישראל תובנות מעשיות, כדי להבטיח שירותים יעילים, איכותיים ובני קיימא.

מבוא

מדינת ישראל, בדומה לרוב המדינות המפותחות, מתמודדת עם הצורך לספק שירותים וטיפול יעיל, איכותי ובר-קיימא לזקנים הגרים בביתם שבקהילה וזקוקים לעזרה בתפקוד, כדי לאפשר להם לשמור על חיים עצמאיים ככל האפשר, ולמנוע או לעכב מעבר למוסד סיעודי. בצד בני המשפחה של הזקנים, המהווים גורם מרכזי בטיפול בהם, גם שירותים המסופקים בידי המדינה ובמימונה, מהווים גורם חשוב בהבטחת רווחתו של אדם זקן עם מוגבלות בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי, התלוי בעזרת הזולת להמשך תפקודו בביתו שבקהילה.

שינויים דמוגרפיים, ובמיוחד העלייה במספר הזקנים ושיעורם באוכלוסייה, שינויים סוציולוגיים, פוליטיים וכלכליים שחלים בכל העולם, מעוררים חששות ביחס ליכולתה של המדינה להמשיך לספק שירותים לטיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, בהיקף שיידרש בעתיד, תוך הבטחת איכותם וקיימותם לטווח ארוך. אירועים גלובליים כמו מגפת COVID-19, הגבירו את החששות האלה, בשל הצורך להתמודד במהירות עם אירועים דרמטיים ולא צפויים, המשפיעים על מצב הבריאות והרווחה של כלל האוכלוסייה, ובאופן מיוחד על מצבם של אנשים זקנים ואנשים עם מוגבלות.

מטרת המחקר ומבנה הדוח

אחת הדרכים להתמודד עם האתגרים הרבים והמורכבים הכרוכים במתן טיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, היא ללמוד כיצד מדינות רווחה אחרות מתמודדות עם האתגרים האלה ולבחון מה אפשר ללמוד מהן. לפיכך, מטרתו של מחקר זה היא לספק תמונה מקיפה ומעמיקה של החקיקה, המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך במדינות מפותחות שונות. הצגת תמונה כזו עשויה לספק למערכת השירותים בישראל תובנות מעשיות, כדי להבטיח שירותים יעילים, איכותיים ובני קיימא.

עם זאת, אף שאין חולק על התרומה שעשויה להיות ללמידה הדדית בין מדינות ולהכרת המדיניות שאותה הן נוקטות בסוגיות חברתיות מרכזיות, ללמידה כזו יש גם מגבלות שראוי לתת עליהן את הדעת. גורמים רבים (אובייקטיביים וסובייקטיביים) עשויים להגביל את הלמידה ממדינות אחרות ואת האפשרות ליישם את דפוסי התנהלותן. להלן המגבלות העיקריות:

1. כל המדינות מבססות את מדיניותן והתנהלותן החברתית על תפיסת עולם, היסטוריה, תרבות, כלכלה ומאפיינים הייחודיים להן, ולכן קיימת שונות ביניהן. אחת הדוגמאות הבולטות לכך עשויה להיות הבדלים בין המדינות בבחינת מקום הטיפול בזקנים מוגבלים – בית או מוסד.
2. קיימים הבדלים במבנה הדמוגרפי של האוכלוסייה ובתנאים הסוציו-כלכליים בין מדינות. כך למשל, שיעור בני 80 ומעלה באירופה נע בין פחות 3.3% באירלנד לבין 7.2% באיטליה? כמו כן, הגם שבכל המדינות חלה עלייה בתוחלת החיים, קיימים הבדלים בשיעור ההזדקנות בין מדינות אירופה, ובעיקר בין מדינות דרום אירופה לבין מדינות מערב היבשת וצפונה.
3. בהיעדר מדד בין-לאומי סטנדרטי ומקובל של מוגבלות, מדינות שונות מבססות את מדיניותן והתנהלותן על הגדרות מוגבלות וצורך בשירותים. הבדלים בתפיסת מוגבלות באים לידי ביטוי במספר פעולות יום יום

- (ADL) המודדות מוגבלות, צורך בעזרה אינסטרומנטלית (IADL), ההתייחסות למוגבלות קוגניטיבית ולדמנציה, משך זמן המוגבלות ומאפיינים אפידמיולוגיים נוספים.
4. מדיניות הספקת טיפול ממושך מתבססת במדינות שונות על מקורות מידע שונים ועל כלי מדידה שונים, ולכן קשה להשוות בין שיעור הזכאים ושיעור מקבלי טיפול ממושך במדינות שונות.
5. קיימים הבדלים בין המדינות מבחינת שיעור ההוצאה מהתמי"ג על טיפול ממושך אשר קשורה ותלויה הן בגורמים שנזכרו לעיל והן בגורמים גיאוגרפיים, אפידמיולוגיים וארגוניים (במבנה שוק הטיפול הממושך למשל). כך לדוגמה, המדינות הנורדיות והולנד מקדישות יותר מ-2.5% מהתמי"ג שלהן לכיסוי ציבורי של עלויות הטיפול הממושך, יותר מכפול מאשר חלק מהמדינות בעלות התנאים הכלכליים הדומים (למשל, איטליה וחלק ממדינות מזרח אירופה). בישראל, לעומת זאת, קשה לדעת, מאחר וקיימת הפרדה בין טיפול ארוך טווח בבית ובמוסדות (ראה לוח 1).

בפרק הראשון של המחקר נציג דוגמאות של מערכת טיפול ממושך בקהילה לזקנים הזקוקים לעזרה בתפקוד, במספר מדינות אירופה אשר מייצגות משטרי רווחה שונים, תוך בחינת השינויים והרפורמות שנעשו בהן בעשורים האחרונים. בפרק השני נסקור את מקורות המימון של השירותים לטיפול ממושך ובפרק השלישי נציג את השיטות להערכת צורכי הטיפול וקביעת הזכאות לטיפול פורמלי במימון ציבורי. הפרק הרביעי יסקור את השירותים הפורמליים בקהילה שניתנים לזקנים ולבני משפחותיהם, מתוך גישה הסוברת שהזקן וכן המשפחה המשמש מטפל בלתי פורמלי מהווים יחידת טיפול אחת משותפת. בפרק החמישי נסקור את השיטות למתן השירותים, תוך העמקת ההבנה של מדיניות מתן גמלאות בכסף (cash-for-care), הזכאות לגמלה וסכום הגמלה, ודרכי השימוש בגמלה. בפרק השישי נסקור את האתגרים הכרוכים באספקת שירותי טיפול ממושך בקהילה, והפרק השביעי יוקדש להעמקת הבחינה של סוגיית הקיימות הפיננסית והבטחת שירותים בני קיימא לטווח ארוך. הפרק האחרון יסקור את השפעת מגפת COVID-19 על השירותים לטיפול ממושך בקהילה. בסוף כל פרק נשווה בין התמונה המתקבלת מהמדינות השונות לבין התמונה בישראל. להרחבה ראה אצל Colombo et al. (2011); Colombo and Mercier (2012); Dyer et al. (2019); Drzazga (2021).

מערך החקירה

אוכלוסיית המחקר

במחקר נכללו מדינות רווחה באירופה המכירות במחויבות המדינה כלפי אזרחיה הזקנים, ובכלל זה הספקה ומימון שירותים ציבוריים לאזרחיהם הזקנים המוגבלים בתפקודם. התמקדנו במדינות אירופה משום שהן דומות בתפיסת הרווחה שלהן לזו של ישראל. במטרה להקיף מגוון רחב של משטרי רווחה, כללנו במחקר מדינות המאפיינות את משטרי הרווחה על פי המודל של Esping-Andersen (1990), כמו גם לפי המודל של Bonoli (1997). זאת מאחר שהתשובה לשאלה לאיזו קבוצת מדינות משתייך משטר הרווחה בישראל אינה חד משמעית (תרשיש, 2017). אף שהמאפיינים של משטר הרווחה במדינות הים התיכון ומשטר הרווחה הליברלי נוכחים בישראל ובאים לידי ביטוי בתהליכי קבלת החלטות, נוכחנו במהלך איסוף המידע, שראוי ללמוד גם ממדינות שלא נכללו במודל של אפשטיין-אנדרסן.

שני משטרי רווחה שתפסו חלק משמעותי במחקר הם של מדינות ממרכז אירופה בעלות משטר רווחה קורפורטיסטי (שמרני) דוגמת גרמניה וצרפת, המאופיין בנכונות לספק שירותי רווחה רחבים במסגרת המדינה. השירותים החברתיים במדינות אלו מפותחים באופן יחסי, והמדיניות החברתית בהן מתבססת על מערכת של ריבוי הטבות לא אוניברסליות אלא ספציפיות, לקבוצה מסוימת.

משטר הרווחה השני שנכלל במחקר הוא משטר רווחה קונסרבטיבי (או: פרטיקולריסטי-קליינטליסטי) הנהוג במדינות אגן הים התיכון כמו איטליה, ספרד ויוון. הוא מבוסס על ערכים מסורתיים של סיוע ותמיכה של המשפחה, ולפיו האזרחים ייעזרו במדינה רק בהיעדר משאבים אישיים.

בנוסף לכך, כללנו דוגמאות למדינות ממשטר הרווחה המזרח אירופי/פוסט-סובייטי, שגם הוא מעודד את תמיכת המשפחה וכולל מרכיבים של משטר הרווחה הסוציאלי-דמוקרטי ושל משטר הרווחה הקונסרבטיבי, אך מפותח הרבה פחות מהם. כמו כן כללנו שתי קבוצות מדינות על פי הטיפולוגיה שבנולי הציג, הכוללות בנוסף למשטר הרווחה היבשתי ומשטר הרווחה הדרומי גם את משטר הרווחה הבריטי (אנגליה ואירלנד למשל), ומשטר הרווחה שבמדינות הנורדיות.

השיטות

המחקר נערך בשני שלבים. בשלב הראשון נסקרו מחקרים, מסמכי מדיניות ופרסומים שראו אור באנגלית בין שנת 2000 לשנת 2022 בנושא מדיניות הטיפול הממושך במדינות אירופה והרפורמות בהם בשני העשורים האחרונים. זאת, במטרה ללמוד לעומק על סוגי והיקף השירותים הפורמליים המסופקים בהן, השיטות למתן השירותים, תנאי הזכאות, מקורות המימון, וההתמודדות עם אתגרים.

בשלב השני נבחרו שבע מדינות שבהן התעמקנו במיוחד, במטרה ללמוד על הסוגיות שבמחקר. הן נבחרו על בסיס מודל משטרי הרווחה של אספן-אנדרסון ובתוספת המדינות מהמודל של בואיני. הצגת הממצאים מהמדינות האלה כוללת רפורמות ושינויים שנעשו בהן בעקבות המשבר הכלכלי ב-2008, אף שהשפעתו על ישראל הייתה פחותה הרבה יותר. ואולם, הרפורמות והשינויים האלה מספקים מידע חשוב ורלוונטי על תהליכים וכלים להתייעלות השירותים ולריסון הוצאות הטיפול הממושך.

מחקר זה מתייחס לשירותים לטיפול ממושך לפני מגפת COVID-19. זאת משום שהמדינות הגיבו לצרכים המידיים הדחופים שהתעוררו בעקבות המגפה וענו למצב הדרמטי שנוצר בעקבותיה, אך לא ערכו שינויים מבניים או תהליכים משמעותיות לאחריה (ראה פרק 8).

לוח 1. מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים לטיפול ארוך טווח במדינות OECD, שנת 2021

אחוז ההוצאה הציבורית לטיפול ארוך טווח מהתמ"ג (5,6)	תמ"ג לנפש (דולר אמריקאי לנפש) (4)	אחוז בני 80 ומעלה באוכלוסייה (3)	אחוז בני 65 ומעל באוכלוסייה (2)	אחוז בני 65+ אשר מקבלים טיפול ארוך טווח (Long Term Care)			
				בבית ¹	במוסדות ¹	סה"כ ¹	
0.20	61948.8	4.0	16.8	14.1	5.9	8.2	אוסטרליה
1.70	46686.4	7.2	23.7	7.9	3.2	4.7	איטליה
1.49	106879.2	3.3	14.8	11.3	3.2	8.1	אירלנד
0.61	43505.1	5.6	20.4	10.8	5.1	5.7	אסטוניה
0.82	70181.1		16.8	9.9	2.4	7.5	ארצות
2.13	58799.0	6.5	22.1	18.4	4.2	14.2	גרמניה
2.53	64914.2	4.5	20.3	14.6	3.5	11.1	דנמרק
1.00	46875.2	3.4	16.6	9.6	2.7	6.9	דרום
2.67	63369.2	4.6	19.9	11.9	4.2	7.7	הולנד
0.26	36773.3	4.4	20.4	11.8	3.0	8.8	הונגריה
1.70	44052.1	3.0	12.2	23.1	1.6	21.5	ישראל
0.99	131311.2	3.9	14.7	12.7	5.4	7.3	לוקסמבורג
1.10	43699.1	5.8	20.0	39.3	12.6	26.7	ליטא
2.94	81871.6	4.2	18.1	15.1	4.1	11.0	נורווגיה
1.50	47341.8	3.6	16.0	12.8	4.3	8.5	ניו זילנד
0.79	43981.5	5.3	20.9	11.6	4.7	6.9	סלובניה
0.03	33950.0	3.3	17.2	10.4	3.4	7.0	סלובקיה
0.86	40734.3	6.1	20.0	11.5	2.2	9.3	ספרד
0.39	37720.3	4.4	18.8	6.1	2.7	3.4	פולין
0.46	36770.3	6.4	22.6	1.9	1.2	0.7	פורטוגל
1.56	54701.7	5.5	22.9	13.4	4.3	9.1	פינלנד
1.76	51011.8	6.1	20.9	9.9	4.1	5.8	צרפת
1.93	53023.4	4.3	18.5	9.8	3.8	6.0	קנדה
2.89	60126.8	5.1	20.2	16.1	4.2	11.9	שוודיה
2.38	75969.8	5.2	18.9	23.4	5.6	17.8	שוויץ

מקורות: ¹ OECD.stat ² OECD Data, Society, Elderly population ³ OECD, Health at a Glance 2021 ⁴ OECD (2021) OECD Social Protection Committee and European Commission, Long-term care ⁵ Data, Economy, Gross domestic product Lee, S. H., Chon, Y., & Kim, Y. Y. (2023, January). Comparative Analysis of Long-Term Care ⁶ report 2021, Vol. 2 .in OECD Countries: Focusing on Long-Term Care Financing Type. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 2, p. 206). MDPI.

פרק 1: מדיניות ומערכת הטיפול הממושך בקהילה במדינות אירופה, רפורמות ושינויים

טיפול ממושך לזקנים הוא כאמור אחד האתגרים הגדולים ביותר כיום במדינות רווחה מפותחות. בעקבות הזדקנות הדור שנולד לאחר מלחמת העולם השנייה (Baby boomers), התארכות תוחלת החיים וגורמים נוספים (ירידה בילודה ועלייה ביחס התלות, למשל), חלה בעשורים האחרונים עלייה גדולה בשיעור הזקנים הזקוקים לטיפול ממושך. בעקבות זאת, ההוצאות לטיפול ממושך עלו מאוד, גבר הלחץ הכלכלי על מערכות הרווחה ומתגברים החששות ביחס לעתיד השירותים והאפשרויות לעמוד במימוןם. כדי להתמודד עם הלחצים האלה, רוב מדינות הרווחה ערכו בשני העשורים האחרונים שינויים ורפורמות במערכות השירותים לטיפול הממושך, במטרה להתאים את המדיניות לצרכים ולהוצאות הכרוכות במתן מענה עבורם. בשל ההטרונגניות הגדולה בין המדינות, נציג את השירותים לטיפול ממושך בשמונה מדינות, תוך שימת דגש על ההתפתחויות והשינויים שנערכו במדיניות הטיפול הממושך בהן. להרחבה ראה אצל: Ariaans et al. (2021); Colombo et al. (2011); Ródenas (2014); Ranci and Pavolini (2015); Rechel et al. (2013).

המדינות הנורדיות

במדינות הנורדיות (דנמרק, פינלנד, נורווגיה ושוודיה) יש מערכות שירותי רווחה ציבורית אוניברסלית, ובהשוואה לסטנדרטים בין-לאומיים הן נחשבות כמדינות הנדיבות ביותר במתן שירותי רווחה לאזרחיהן. ייחודן של המדינות הנורדיות הוא במידת המעורבות הגבוהה של המדינה, ובמיוחד של הרשויות המקומיות, בהספקת שירותים. מערכת הטיפול הממושך מבוססת על מתן שירותים בעין ועל מעט תגמולים בכסף. כדי להבטיח שהשירותים יסופקו בהקדם ובהתאם לצורכי הזקן, הם מסופקים בידי מערכת סיעודית פורמלית ומקצועית, והאחריות העיקרית לארגון, האספקה והטיפול מוטלת באופן מסורתי על המגזר הציבורי, ובעיקר על הרשויות המקומיות.

כמעט כל תוכניות הטיפול מבוססות על בחירה אישית, הנובעת מהערך שמיוחס לעצמאות הפרט ולדגשת העקרון לפיו סיוע משפחתי צריך להיות וולונטרי ולא חובה. העקרונות המנחים את מערכת השירותים לטיפול ממושך לזקנים, הם מתן שירותים ציבוריים מסובסדים וזמינים באופן נרחב, כך שיוכלו לשמש את כל הנזקקים להם, ללא קשר למשאבים כספיים ומשפחתיים. הנגישות לשירותי טיפול ממושך מבוססת על קריטריונים נדיבים של צורך, זמינים לכולם, נוחים לקבלה וגמישים, ואינם כוללים מבחן הכנסות ואמצעים. זאת במטרה לספק את הצרכים ואת העדפות הזקנים בצורה שוויונית. קריטריוני הזכאות, רמות השירות ומגוון השירותים הניתנים, נקבעים באופן מקומי, ואין חקיקה מרכזית (ברמה הלאומית) לגבי דרגות הזכאות.

אף על פי שרוב הטיפול ניתן בפועל (בעין) ישנם בחלק מהמדינות הנורדיות סוגים של גמלאות כספיות עירוניות הזמינות לבני משפחה מטפלים. הגמלאות האלה לא מסופקות באופן אוטומטי, והעיריות רשאיות להחליט אם לספק תוכנית כזו או אחרת, מה קריטריוני הזכאות, רמת התשלום וקריטריונים אחרים. סוג אחד של גמלה כספית הוא קצבת נוכחות המוענקת בנוסף לשירותים הניתנים למטופל ומשמשת לתשלום עבור עזרה מבן משפחה. הסוג השני הוא קצבת מטפלים, שאינה קצבה למעשה אלא העסקת בן משפחה תמורת תשלום, אשר עושה את עבודת הטיפול. עם זאת חשוב להדגיש כי גמלאות במזומן ממלאות תפקיד פחות מרכזי במערכת

הטיפול הממושך משום שהשירותים בעין מקבלים עדיפות על פני הטבות במזומן. מאפיין נוסף של המודל הנורדי הוא תפיסה שלפיה ראוי שלא לפגוע בהשתתפות בכוח העבודה של בני המשפחה. באמצעות המעורבות הגבוהה של המדינה והרשויות המקומיות, בני ובנות משפחה ממלאים אומנם תפקיד כמטפלים בלתי פורמליים, אך הזמן שהם מקדישים לטיפול בבן המשפחה מצומצם, בניגוד למדינות אירופה אחרות שבהן רוב הטיפול בזקן מוטל על בני משפחה.

עם זאת, בעשורים האחרונים נוצר לחץ על הרשויות המקומיות להתמודד עם שינויים בטיפול בזקנים, עקב דרישות הולכות וגדלות להשקעה בתחומי רווחה אחרים ולמתן מענה לצרכים בלתי מסופקים של אנשים עם צרכי טיפול גדולים במיוחד ותעדוף טיפול בחלשים ביותר.

במקביל חלה הפרטה של השימוש בשירותים באמצעות שירותים מבוססי שוק. כתוצאה מכך, הזקנים ובני משפחותיהם משלימים את צרכי הטיפול שניתנו באופן ציבורי באמצעות רכישת שירותים מבוססי שוק, לעיתים קרובות באמצעות החזרי מס. כמו כן, המעבר לטיפול במוסד נהיה קשה יותר, ופחות זקנים מקבלים עזרה בבית ושעות העזרה בבית מופחתות. בעוד בכל המדינות הנורדיות ניקיון הבית נחשב בעבר לחלק משירותי טיפול ביתי, כיום השירותים מתמקדים בצרכי הטיפול האישי.

התמונה המתקבלת היא שבצד מאמצים לצמצום בהוצאות בני המשפחה על טיפול ממושך ונסיון לשמור על עקרונות בסיסיים של שוויון ואוניברסליזם, לנטייה להפרטה יש השלכות על אי-השוויון החברתי, וכי שינויי המדיניות משפיעים על היקף הטיפול הציבורי וסוגיו, על ירידה באחריות הציבורית ועל עלייה בחלקה של המשפחה. עם זאת, חשוב לציין כי השינויים במודל הנורדי אינם תוצאה של רפורמות מדיניות או אידיאולוגיות פוליטיות ברמת השלטון המרכזי וברמת השלטון המקומי, אלא תהליכים מתמשכים שנועדו להתאים את תפיסת העולם לצרכים המשתנים. עם זאת, בפנילנד, ובמידה מסוימת בנורווגיה, ההתפתחויות האלה מונעות גם על ידי שינויי במדיניות, שנועדו להרחיב את תפקידם של המטפלים הלא פורמליים, באמצעות מתן גמלאות בכסף.

בנוסף לכך, השירותים לטיפול ממושך הלכו והתמקדו בזקנים מוגבלים יותר, תוך הפחתת שעות הסייעוד בבית (בשוודיה), ובמקביל חלה התמקדות רבה יותר בצרכי טיפול אישי ורפואי. כמו כן, צומצמו הקריטריונים לזכאות לשירותים מבחינת היקפם הנרחב וישנן עדויות להבדלים בין אזורים שונים, שלא ניתן להסבירם בצורך, דבר שמצביע על מגמות חדשות של אי-שוויון גאוגרפי ואי-שוויון חברתי בין אזורים עירוניים/כפריים לבין אזורים עשירים/עניים, ולפיכך להפרטה ולשיווק יש השלכות על המעמד החברתי והיכולת לשלם עבור תוספת שירותים.

לסיכום, מודל הטיפול הממושך הנורדי נמצא בהתארגנות מחודשת מתמשכת, תוך שאיפה להמשיך את מגמת האוניברסליזם, אם כי באופן מוגבל יותר. הצמצום בהיקף השירותים ובאוניברסליזם מונע מהסתגלות למציאות דמוגרפית חדשה, קיצוב במשאבים ומהצורך לתעדוף המשאבים. להרחבה ראה אצל Burström (2015); Ekman and Wilkens (2015); ESPN (2018); Ranzi and Rostgaard (2014); Rostgaard et al. (2022); Szebehely and Meagher (2018); Ulmanen and Szebehely (2015).

הולנד

הולנד הייתה המדינה הראשונה ב-OECD שבנתה כבר בשנת 1968 תוכנית ביטוח אוניברסלית לטיפול ממושך. התוכנית ממומנת באופן דומה למימון ביטוח הבריאות הממלכתי, אך נפרדת ממנה. עובדים ומעסיקיהם משלמים פרמיה (כאחוז מהשכר) לקרן ביטוח קולקטיבית המספקת כיסוי אוניברסלי לשירותי בריאות ולשירותי טיפול ממושך. בתחילה כיסתה התוכנית ההולנדית רק טיפול מוסדי, אך עם הזמן חבילת ההטבות התרחבה וכללה גם טיפול רפואי ביתי וטיפול נפשי.

עם השנים הפכה התוכנית ליקרה יותר ויותר וספגה ביקורת על הפטרנליזם שלה, על חוסר הגמישות באפשרויות הטיפול ועל הסמכות המופרזת של אנשי מקצוע בקביעת תוכנית הטיפול לזכאים. בסוף שנות ה-90 של המאה ה-20 ותחילת המאה ה-21 נעשו רפורמות בתוכנית הסיעוד ההולנדית שהובילו לאפשרות של מתן גמלאות בתשלום המשולמות משלושה מקורות: (1) הביטוח הסוציאלי אחראי לשירותי בריאות ביתיים, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ותפקידו, בנוסף לטיפול רפואי, גם לקדם עצמאות ותפקוד עצמאי ככל האפשר ושיקום במסגרת הבית; (2) העיריות אחראיות לטיפול סוציאלי ביתי והסיוע (כגון משק בית, הסעות, התאמת בית וכד') ולשירותים ותמיכה לבני משפחה, וזאת, לפי חוק התמיכה הסוציאלית; ו-(3) המדינה אחראית לטיפול ביתי אינטנסיבי (24/7) כחלופה לטיפול ממושך מוסדי.

הזכאות לגמלאות בכסף מוסדרות באמצעות מרכז הערכה עצמאי, הבודק את צורכי הטיפול של הפונים אליו, באמצעות טופס הערכה סטנדרטי לאומי. המרכז הזה גם קובע אם הזקנים זכאים לטיפול מוסדי ולהיקף הטיפול בבית, ואת מספר שעות הטיפול הדרושות. המרכז יכול לקבוע זכאות ל-10 דרגות של חומרת הצורך בטיפול, החל מצרכים בינוניים ועד גבוהים. גובה הקצבאות נע בין 1,243 אירו לדרגה 1 ל-5,964 אירו לדרגה 8. קיימת חובה על פי חוק לבנות תוכנית טיפול לזכאי לגמלה, בשיתוף פעולה עם הזקן ובני משפחתו, בהתאם למצבו, צרכיו והשירותים בסביבתו, תוך דגש על שמירת עצמאותו המרבית.

הגמלאות הכספיות יכולות לשמש את הזכאים כדי לשלם למטפלים פורמליים, כמו גם לתשלום לבן משפחה מטפל. נדרשים חוזים רשמיים עם המטפלים, באמצעות טפסים סטנדרטיים הזמינים באופן מקוון. לפני 2015, אפשרות לקבלת גמלאות כספיות חלה רק על טיפול מוסדי ועל צרכים גדולים לטיפול ביתי, אך בעקבות העלייה העצומה בפונים לתוכנית הגמלאות הכספיות, חלה עלייה מהירה בעלויות הממשלתיות, ובשל כך, ברפורמה בשנת 2015, הוכנסו אמצעים חדשים לריסון ההוצאות. הזכאויות לגמלאות כספיות הוגבלו באמצעות דרישה מהזקנים להוכיח צורך בטיפול ספציפי שלא ניתן לקבל מהספקים הרשמיים של העיריות (טיפול בעין). כמו כן נקבע שהביטוח הרפואי והעיריות ישלמו במזומן סכום של 60% עד 75% מהתשלום המרבי המשולם למטפלים הפורמליים עבור הטיפול. בנוסף לכך, השימוש בגמלאות נעשה מבוקר יותר, והוכנסו בדיקה של חוזים עם מטפלים פורמליים, גם אם המטפל הוא קרוב משפחה, ודרישה למתן דין וחשבון על כל התשלומים למטפלים לא פורמליים. כמו כן נערכת בדיקה קפדנית על אפשרות המשיכה במזומן של הגמלאות, הופעלו ביקורי בית כדי לוודא אם וכיצד ניתן הטיפול והונהגה אפשרות בחירה של השירותים, כדי להבטיח שהם יענו על צורכיהם והעדפותיהם של הזכאים ועל הקריטריונים לזכאות. בשנת 2018 הממשלה השיקה תוכנית נוספת שנועדה להתגבר על הונאות בתחום הגמלאות במזומן.

מחקר משנת 2018 מצא כי התרומה הגדולה ביותר של תוכנית הגמלאות בכסף היא לאנשים חולים כרוניים עם צרכים טיפוליים מורכבים. הזכאים לגמלאות בכסף העריכו את התוכנית באופן חיובי יותר מאשר את המטפלים

הפורמליים ומבטחי בריאות. כמו כן, לפי תפיסת המבטחים, כאשר מקבלי הקצבאות בכסף מארגנים את הטיפול לעצמם, הטיפול עשוי להיות באיכות לא גבוהה. היתרון הנתפס הנפוץ ביותר של גמלאות בכסף הוא חופש הבחירה והיכולת לשלוט ולארגן את הטיפול שהזקן מקבל. החיסרון הנתפס הנפוץ ביותר של הגמלאות הוא הנטל האדמיניסטרטיבי שמוטל על המטפלים ועל בני המשפחה.

בשנה הקרובה (2023) מתוכננת רפורמה נוספת, שנועדה להגביר את עקרונות התפקוד והעצמאות המרבית ולשדרג את תפקידי המטפלים בתשלום (כולל בני משפחה) מאחראים על פעולות מוגדרות לאחראים על שמירה על תפקודו ורווחתו הכוללת של הזקן.

להרחבה ראה אצל Bakx et al. (2015); Bakx et al. (2016); Ramakers et al. (2011); van de Camp et al. (2018).

גרמניה

עד תחילת שנות ה-90 של המאה ה-20, טיפול ממושך בגרמניה סופק בעיקר באופן לא פורמלי על ידי בני משפחה, ושירותים מקצועיים ניתנו לרוב בידי ארגוני צדקה ומומנו מהכיס או באמצעות סיוע סוציאלי. הגישה הזו שיקפה את המסורת הגרמנית של התנדבות ותמיכה משפחתית. מספר גורמים דרבנו את רפורמת הטיפול הממושך בגרמניה בשנת 1994, ובעיקר העובדה שאנשים חסרי אמצעים שנאלצו לשלם את עלות הטיפול המוסדי, צמצמו את חסכוניהם עד כדי כך שכ-80% מהאנשים במוסדות סיעודיים היו תלויים בסיוע סוציאלי. כמו כן, עיריות ומדינות פדרליות טענו שעלויות הטיפול הסוציאלי זינקו והן מקשות עליהן. במקביל, גברו החששות ביחס לנטל הטיפול הגדול שיש לבני המשפחה, במיוחד לנשים כמטפלות בלתי פורמליות, וגבר המחסור במטפלות פורמליות זמינות עם העלייה בשיעורי התעסוקה של נשים.

בשנת 1995 הושקה בגרמניה תוכנית קצבאות בכסף. היא נוספה לתוכנית הטיפול הממושך שכבר פעלה, אך במהרה הפכה למרכיב מרכזי בתוכנית הטיפול הממושך. להכללת הגמלאות בתוכנית הטיפול הממושך בגרמניה היו שלוש מטרות. א. להפוך את מערכת הטיפול לגמישה יותר ונענית יותר לצרכים, כך שהקצבאות יעניקו למקבלים שליטה גדולה יותר על הטיפול בהם ויגבירו את התחרות בין גורמי טיפול פורמליים. ב. באמצעות קביעת גמלה בכסף שתהיה פחותה מעלות הטיפול הרשמי, הייתה ציפייה להפחית את עלויות הממשלה. ג. ציפייה שהגמלאות יעודדו ויגבירו את הטיפול הבלתי פורמלי.

הזכאות לגמלה בכסף נקבעת באמצעות ועדה שמבצעת הערכות צרכים לטיפול ממושך בעזרת כלי הערכה מובנה, וקובעת את רמות המוגבלות הפיזית והקוגניטיבית של הזקנים. כמו בהולנד, ההטבות משתנות בהתאם לצורך המוערך, וסכומי הקצבאות מותאמים לצרכים של מקבלי הקצבאות, המשתנים עם הזמן. קיימות 5 דרגות זכאות, כאשר רק 4 הדרגות החמורות זכאיות לתגמול במזומן, והן נעות בין 125 אירו לחודש ל-1,995 אירו לחודש, שרק כמחציתן ניתן לקבל במזומן.

הזכאים יכולים לבחור בין שירותי טיפול פורמליים, גמלאות בכסף או שילוב בין שניהם. התוכנית הורחבה מ-3 ל-5 דרגות עם הוספת ליקויים קוגניטיביים (דמנציה).

תוכנית הגמלאות הגרמנית מאפשרת לזכאים ולבני משפחותיהם לבחור את הסדרי הטיפול המתאימים להם ביותר בהתאם לצורכיהם, תוך עידוד טיפול בבית. אין פיקוח רגולטורי על האופן שבו הזכאים משתמשים בכסף, מה שמאפשר להם להשתמש במגוון רחב של שירותים מתוך אלה שמוצעים על ידי שירותי הטיפול הביתי הפורמליים (זאת, בניגוד להולנד שבה יש הגבלות גדולות יותר על אופן השימוש). עם זאת, בדרגות 2–5 החוק מחייב התייעצות שגרתית עם נותני שירותים מקצועיים, כאשר בדרגות טיפול 2 ו-3, ההתייעצות מתקיימת אחת לשישה חודשים ובדרגות 4 ו-5 ההתייעצויות הן רבעוניות. במהלך ביקורי ההתייעצות, נותני שירותים יכולים לתת המלצות שאינן מחייבות את הזקנים והמטפלים בהם לגבי השימוש בשירותים מקצועיים.

גובה ההכנסה של הזקן לא משפיע על זכאותו או על גובה התגמול הכספי. רוב המוטבים (51.7%) בוחרים בגמלאות. השיעור הגבוה של מקבלי גמלאות בגרמניה, בהשוואה להולנד, נובע ככל הנראה מכך שיש פחות הגבלות על השימוש בכסף. בשנת 2017, ההוצאה על הגמלאות היוותה 26% (או 10 מיליארד אירו מתוך 38.5 מיליארד אירו) מסך ההוצאות של השירותים החברתיים הממושכים.

לסיכום, שתי הרפורמות במדיניות הטיפול הסיעוד הממושך, בהולנד ובגרמניה, התמקדו בעיקר בשילוב גמלאות כספיות בתוכניות הציבוריות האוניברסליות בשתי המדינות, שבהן האנשים משלמים אחוז משכרם (באופן פרוגרסיבי). שתי המדינות מציעות שילוב של טיפול מוסדי וטיפול ביתי פורמלי ובלתי פורמלי באמצעות גמלאות כספיות. עם זאת קיימים הבדלים ביניהן, כאשר בהולנד התוכנית מוסדרת בקפדנות רבה יותר מאשר בגרמניה.

להרחבה ראה אצל (2018); ESPN (2018); Bundesministerium für Gesundheit (2021); Bäcker (2016); Rothgang and Götze (2014); Rothgang and Müller (2019).

צרפת

רעיון "הטיפול הקהילתי" (soin communautaire) מעולם לא התפתח ככזה בצרפת, כנראה בגלל המודל הרפובליקני שמתקש, מאז מהפכת 1789, על הקשר הישיר בין המדינה לאזרחים. בניגוד למרכיבים מרכזיים אחרים במערכת הביטחון הסוציאלי הצרפתית, רק מאמצע שנות ה-70 של המאה ה-20 התפתח דיון חברתי ופוליטי בנוגע להזדקנותה של האוכלוסייה ולאתגר הניצב בפני המדינה בנושא. עד אז, לא הייתה מדיניות ספציפית לטיפול ממושך המפרידה בין שירותים המיועדים לאנשים עם מוגבלויות לבין זקנים. אף על פי שסוגיית הטיפול הממושך הפכה לבעיה ציבורית וסיכון קולקטיבי, רק בתחילת שנות ה-90 התקבלה החלטה על מדיניות טיפול בזקנים. מדיניות הטיפול הממושך התפתחה בהדרגה ונבנתה בתהליך של טלאי על טלאי, אשר הוביל למערכת מקוטעת ובעלת "חורים" לא מכוסים.

מדיניות הטיפול הממושך מבוססת על תגמול כספי לכל אדם בן 60 ומעלה הזקוק לסיוע בפעולות יומיומיות או זקוק להשגחה רציפה. היא החלה כקצבה ספציפית לתלות (ביטוי שננטש בגלל הדימוי הסטיגמטי שלו) במטרה לענות על צרכים שלא היו מכוסים על ידי ביטוח הבריאות. זאת, באמצעות זיהוי הצרכים של זקנים ותשלום עבור שירותי הטיפול. בשנת 2002 הפך התשלום לגמלת אוטונומיה אישית (Allocation personnalisée d'autonomie – APA).

הזכאות לגמלה כוללת 4 רמות תלות ומעניקה סכום מקסימלי המותאם לצורכי המקבל ורמת ההכנסה שלו. מתחת הכנסה של 800 אירו הזכאות מלאה, ומעל הכנסה של 3,000 אירו הזכאים מקבלים 10% מסכום הגמלה. רמת התגמול נקבעת על ידי צוות רב תחומי (אנשי מקצוע בתחום הבריאות והרווחה), לאחר הערכת הצרכים. השימוש בגמלה נמצא במעקב ומבוקר בידי צוותים רב-תחומיים.

מימון הטיפול הממושך בצרפת הוא מורכב וכולל מימון מהביטוח לאומי וממיסים של הרשויות המקומיות. מקורות המימון של ה-APA הם ממשלתיים, מתוכם 30% מקרן הסולידריות הלאומית לאוטונומיה שהוקמה ב-2004 כדי לכסות חלקית את הצרכים של זקנים, נכים ומוגבלים כאחד.

מדיניות הטיפול הממושך בצרפת היא כאמור מקוטעת, כוללת וחוצה מגזרים שונים – בריאותיים, חברתיים ורפואיים-חברתיים – ברמת המדינה, האזוריים, הרשויות והעיריות. הממשלה מגדירה מדיניות לאומית בריאותית וחברתית באמצעות חקיקה, ורמות טריטוריאליות שונות מעורבות בניהול ובמימון שני המגזרים. ממשלים אזוריים ומקומיים מבצעים מדיניות בריאות לאומית תחת פיקוח צמוד של הממשלה באמצעות מערכת הביטוח הלאומי, ואילו הרשויות המקומיות הצרפתיות המבוזרות אחראיות למדיניות החברתית. בתחום הטיפול בזקנים, על המחלקות מוטלת החובה להגדיר את המדיניות המקומיות שלהן, לממן וליישם את קצבת האוטונומיה האישית הלאומית (APA), ולהסדיר את שירותי הטיפול בשטחן. בנוסף לכך, עיריות יכולות לפתח אמצעים וולונטריים ספציפיים לתמיכה באנשים מבוגרים.

בשני העשורים האחרונים נעשו מספר תהליכי שינוי במדיניות הטיפול הממושך בצרפת. בשנת 2004 נחקק חוק לפיו מוסד לאומי חדש אחראי על מימון ויישום צעדי המדיניות המכוונים לזקנים ונכים, ובשנת 2009 נחקק חוק שיצר מוסד אזורי חדש שנועד להרחיב את מעורבות מגזר הבריאות והטיפול הסוציאלי בתיאום הטיפול, וכדי להקל על עבודה משותפת ועל רצף טיפול.

כמו כן קיימות תוכניות לתמיכה ולהקלה על מטפלים לא פורמליים המהווים מרכיב משמעותי בטיפול בזקנים. חקיקה משנת 2015 קבעה התייחסות ציבורית שמטרתה תמיכה (לא כספית) במטפלים לא פורמליים הכוללת הכשרה והדרכה, חופשת טיפול בתשלום ממקום העבודה, שירותי מידע ואמצעים נוספים. כמו כן ניתן להשתמש ב-APA כדי לשלם לקרוב משפחה (למעט בן הזוג), אך רק מעט משתמשים בו. (8% מהמוטבים בשנת 2016).

בשנת 2015 עבר בצרפת חוק המסמן נקודת מפנה בתפיסת מדיניות הטיפול הממושך אשר מנסה להתרחק מגישה מפצה ורפואית לזקנה, המתמקדת ברעיון התלות, שתחילתה בשנות התשעים, ולעבור לאוריינטציה מונעת יותר, כולל הרעיון של "הזדקנות בריאה". החוק מבוסס על הבנת אובדן אוטונומיה, מניעה ומאבק בבידוד בקרב זקנים ומתן עדיפות לטיפול בבית.

להרחבה ראה אצל Doty et al. (2015); Le Bihan (2018); Le Bihan and Martin (2018); Perdrix and Roquebert (2022); Tenand (2018).

איטליה

בשונה מהמדינות הקודמות שנסקרו, באיטליה לא נעשתה רפורמה משמעותית בשירותים לטיפול ממושך אך מתקיים בה דיון אינטנסיבי ומתמשך בדבר הצורך לרפורמה. כך למשל, רמת ההוצאה על זקנים בשנת 2016

הייתה דומה במונחים ריאליים לזו שבשנת 2005, בעוד מספר הזקנים גדל ב-17%, וההוצאה הצפויה לשנת 2025 אמורה להיות דומה לזו שבשנת 2011. בדומה למדינות ים תיכוניות אחרות (ספרד, פורטוגל), הטיפול הממושך הפורמלי בזקנים מוגבלים באיטליה מצומצם בהשוואה לטיפול המסורתי הבלתי פורמלי, המסופק בידי בני משפחה, מכרים ושכנים. עם זאת, בדומה לרוב מדינות אירופה ולישראל, מתקיים בה שילוב בין טיפול פורמלי ובלתי פורמלי.

שירותי הטיפול הממושך בוזרו באיטליה מהרמה הלאומית לרמה האזורית/מקומית, ועקב כך הם סובלים מפיצול רב ומהיעדר תיאום בין מגזרי הבריאות והרווחה (כמו בישראל). כמו כן קיימים הבדלים ברגולציה בין הרמה הלאומית, האזורית והמקומית.

רוב התמיכה הפורמלית בטיפול הממושך מבוססת על קצבאות בכסף (Companion allowance) שניתן לזכאים על ידי הביטוח הלאומי וממומן באמצעות מיסוי כללי. נדיבות הגמלאות מוגבלת, בסביבות 515 אירו לחודש בשנת 2017, ללא הבדל מבחינת רמת הצרכים. הזכאות לגמלאות נקבעת על ידי הרשויות, אך הן אינן דורשות דין וחשבון ביחס לשימוש בכסף, דהיינו, הזכאים יכולים להשתמש בקצבה החודשית ללא צורך להצדיק את אופן השימוש בה. בין השנים 2005–2016, עלות הגמלה שהמדינה משלמת לזכאים עלתה ב-25%. מלבד הגמלה, מערכת הטיפול הממושך בקהילה מספקת לבני משפחה חופשת טיפול נדיבה ומפותחת יחסית, המציעה שילוב של חופשה לטווח קצר למקרים דחופים וחופשה ארוכות יותר. החופשה מתוגמלת במלואה וניתנת לעובדים שנאלצים לטפל בקרובי משפחה או ילדים נכים קשים. חופשת הטיפול כולל זכאות לשלושה ימי עבודה בתשלום בחודש ועד שנתיים של חופשה בתשלום.

בעוד חלק גדול יחסית מהזקנים הזקוקים לטיפול מכוסים על ידי תוכנית התגמול בכסף, שיעור השירותים הפורמליים נמוך בהרבה, ואיטליה נמצאת במידה רבה מתחת למוצע מבחינת השירותים הפורמליים במערב אירופה. שירותי הטיפול הפורמלי מנוהלים על ידי רשויות אזוריות ומאופיינים בחוסר יציבות ובמשאבים מוגבלים.

בשל הצרכים ההולכים וגדלים לטיפול ממושך, היעדר מדיניות ממשלתית, שינויים מבניים, סוציו-דמוגרפיים וחברתיים, מתקיים באיטליה חיפוש רב שנים אחר שינויים ורפורמה לאומית בשירותי הטיפול הממושך שתגביר את איכות ויציבות המערכת. מומחים וקובעי מדיניות מיקדו שלושה נושאים דחופים לרפורמה:

1. חידושים ושינויים שיענו לצורכי המשתמשים ויספקו טיפול מותאם אישית בהתאם לצרכים ולהעדפות הזקנים ובני משפחתם. השינויים האלה צריכים לכלול גם שיפור האדמיניסטרציה ומתן תמיכה והדרכה לבני משפחה המוגדרים גם הם כמשתמשים.
2. פיתוח אסטרטגיות ממשלתיות מרכזיות לניהול טיפול יעיל, שיפור שיתוף הפעולה בין ארגונים וספקים, ושיפור הפעילות ומיומנויות ברמה מקומית ואזורית. בהיעדר מדיניות מרכזית ולאור האתגרים הרבים, קיימות באיטליה יוזמות בודדות, שחלקן הדגימו הצלחות שיפור באיכות הטיפול ובתיאום בין גורמי בריאות ורווחה, אולם הן נשארו ברמה המקומית ולא יושמו במקומות אחרים.
3. הרחבת שירותי המניעה, משום שבנוסף לאחריות האישית של הפרט, יש צורך בשינוי הרגלים, באמצעות הסברה וחינוך לתהליך הזדקנות בריא. פעולות מניעה וחינוך צריכות להביא בחשבון גם מתן שירותים וגמלאות בכסף, ודורשות שיתוף פעולה בין שירותים ברמות שונות. זאת ועוד, פעילויות חינוך והסברה צריכות להיעשות לא רק בקרב אנשים זקנים אלא גם בקרב המטפלים הבלתי פורמליים שלהם ובקרב

העובדים הזרים – שכן במצב בנוכחי, כ-80% מהמטפלים הפורמליים באיטליה הם מהגרי עבודה המועסקים באופן פרטי, וביחד עם המטפלים הלא פורמליים הם למעשה המרכיב הדומיננטי והמרכזי בטפול הממושך באיטליה.

כדי להשיג יעדים אלה, המומחים סוברים שיש צורך דחוף ברפורמה שתכלול הגדלה והבטחה של התקציב לטיפול ממושך מתוך התמ"ג, תכנון חוק ביטוח סיעודי המבוסס על מס, מדיניות ממשלתית מרכזית לקידום טיפול ביתי יעיל ואיכותי, כאשר אחד הנושאים המרכזיים הוא שילוב בין השירותים הפורמליים המתוגמלים ומסופקים בידי אנשי מקצוע לבין הטיפול הבלתי פורמלי המסופק בידי בני משפחה, והטיפול הנרחב הניתן בידי מהגרי עבודה.

להרחבה ראה אצל ESPN (2018); Casanova et al. (2020a); Casanova et al. (2020b); Casanova et al. (2020c); ESPN (2019); Madama et al. (2019); Luppi (2018); Ambrosini (2012); (2021).

יוון

הטיפול הסיעודי ביוון לא זכה עד כה לתשומת לב ראויה מצד הממשלות שם או קובעי המדיניות, והוא תחום מדיניות מוזנח למדי. בהיעדר תוכנית ממשלתית לטיפול ממושך, באשפוז ובקהילה, אין שירותי סיעוד פורמליים מקיפים המבטיחים כיסוי אוניברסלי, והשירות בקהילה מצומצם. מעורבותה של המדינה בתחום מדיניות זה מוגבלת למדי, וההסדרים והארגוניים אינם מספקים. לאור זאת, טיפול ממושך נותר בגדר "עניין משפחתי". בשנת 2014, יוון הקצתה רק 2% מההוצאה הכוללת על בריאות וטיפול ממושך (ביחד), נמוך בהרבה מהממוצע של האיחוד האירופי העומד על 15%.

הטיפול הסיעודי מבוסס על שלוב בין שירותים פורמליים (הניתנים על ידי גופים ציבוריים ופרטיים) ובלתי פורמלי, כאשר האחריות העיקרית לתמיכה הכספית והמעשית בזקנים מוגבלים מוטלת על המשפחה. תמיכת המדינה בזקנים כוללת קצבאות נכות ורווחה, הספקה ישירה מוגבלת של טיפול מוסדי, כיסוי של חלק מצורכי הטיפול באמצעות ביטוח סוציאלי ציבורי ומגוון שירותים מבוססי קהילה. השירותים הניתנים הם בעלי כיסוי מוגבל, והיצעם נופל בהרבה מהביקוש; הם אינם מספקים כדי לענות על הצרכים ההולכים וגדלים, ולכן ההערכה היא שטיפול בלתי פורמלי מכסה את חלק הארי של הצורך בטיפול ממושך בקרב האוכלוסייה היוונית.

לא רק שטיפול פורמלי זמין רק לחלק קטן מהזקנים המוגבלים, קיים חוסר איזון בין במתן שירותים בשל התפתחות לא אחידה מבחינה גאוגרפית של שירותים כאלה. יתר על כן, קבלת רוב שירותי הסיעוד הפורמליים הציבוריים הקיימים כרוכה בקריטריונים מחמירים לזכאות, ולכן אנשים רבים הזקוקים לטיפול – מוחרגים. איכות שירותי הסיעוד נמוכה, ועד כה לא ננקטה כל פעולה לשיפור. לפיכך, האתגר של המערכת ביוון הוא לא רק להגדיל את היקף השירותים כדי לעמוד בביקוש, אלא גם לשפר ולהבטיח איכות מספקת. ואולם בהתחשב באילוצים הכלכליים של יוון בעשור האחרון, נראה כי הבטחת משאבים כספיים נאותים למערכת הטיפול הממושך היא אתגר גדול.

להרחבה ראה אצל ESPN (2018); Lyberaki and Tinios (2018).

הרפובליקה של צ'כיה

שירותי הרווחה ברפובליקה הצ'כית מאופיין במודל המסורתי, שבו שירותי טיפול ממושך הם באחריות המשפחה, אין חובה חוקית למתן טיפול ציבורי ובני משפחה וחברים מספקים את רוב הטיפול. האחריות הממשלתית מפוצלת אנכית ומחולקת בין גורמים שונים: המדינה, האזורים והעיריות. ישנם הבדלים גדולים בעלויות הטיפול בין שירותי בריאות ורווחה כך שבעוד אנשים משלמים עבור חלק גדול מהטיפול הסוציאלי ובכלל זה טיפול ממושך בקהילה ובאשפוז, הטיפול בשירותי בריאות מכוסה כולו על ידי ביטוח בריאות ציבורי. בשל כך, לעיתים קרובות אנשים שזקוקים לטיפול סוציאלי מאושפזים בבתי חולים. חלוקת הסמכויות והמימון למספר מערכות וספקים מגדילה את הסיכון לתיאום לא מספק של השירותים, שקיפות לקויה של המערכת הן לנזקים והן לספקים, גמישות נמוכה של השירותים ואחריות לא ברורה להשגת מטרות של המשכיות טיפול. כמו כן, קיימים הבדלים אזוריים משמעותיים במשאבים וכתוצאה מכך בנגישות לטיפול.

במסגרת רפורמה משנת 2007, נחקק חוק שירותים חברתיים אשר הכיר במגוון רחב של שירותים ומוסדות חברתיים, אשר העביר חלק ניכר מכספי הציבור למקבלי השירותים החברתיים בצורה של תגמול בכסף לטיפול. הקצבה מדורגת ל-4 רמות, בהתאם למידת התלות של הזקן בצורך לתמיכה. הייתה ציפייה שהמקבלים יחליטו בעצמם על הדרך המתאימה ביותר לרכישת שירותים חברתיים ושהחלטותיהם יעצבו באופן חיובי את רשת הספקים הפורמליים של השירותים החברתיים אך ציפיות אלה לא נענו במלואן.

בשנת 2017 הייתה רפורמה נוספת, שבה הממשלה התייחסה לחשיבות הטיפול הבלתי פורמלי ובמסגרתה ניסתה לשפר את מצבם הכלכלי של בני המשפחה המטפלים בקרוביהם המוגבלים ולחזק את מעמדם בשוק רכישת הטיפול הפורמלי. אולם קצבת הטיפול לא שיפרה ככל הנראה את מצבם של הזקנים בקהילה, ולדעת מומחים, כמחצית מהזכאים לקצבאות אינם משתמשים בהן לרכישת שירותים פורמליים מספקים רשומים, והקצבה משמשת אותם לכיסוי עלויות הטיפול שלהם כמטפלים בלתי פורמליים, דהיינו כגמלה עבור הטיפול. עוד יצוין כי מערכת השירותים הפורמליים לטיפול ממושך נשענת בעיקר על תקציבים ציבוריים אלא שהתשלומים למטפלות נמוכים ועקב כך יש מחסור בכוח אדם לטיפול.

בנוסף לקצבאות לטיפול ממושך, יש גם קצבאות ספציפיות לאנשים עם מוגבלות, כמו למשל קצבת ניידות וקצבת סיוע מיוחד אך אין קצבה ספציפית המשולמת ישירות למטפלים. עם זאת, תמיכה ישירה מסוימת במטפלים קיימת באמצעות תשלום דמי ביטוח בריאות, באמצעות תקציב המדינה, עבור אנשים שמטפלים בבני משפחה ברמת בינונית (2), כבדה (3) ומלאה (4).

לסיכום, מערכת השירותים החברתיים הצ'כית, ובכלל זה השירותים לטיפול ממושך, נמצאים בשלב מעבר, מתוך מטרה לספק נגישות נאותה לשירותים והבטחת איכות, אלא שהתהליך הזה נמשך שנים רבות, ורבות מהתוכניות שנבנו בעשורים האחרונים טרם יצאו אל הפועל.

להרחבה ראה אצל (ESPN 2021).

בריטניה (אנגליה, סקוטלנד, ויילס וצפון אירלנד)

רוב הטיפול הסוציאלי בבריטניה נרכש באופן פרטי או מסופק בידי בני משפחה. האחריות המשפטית למימון ולמדיניות של טיפול סוציאלי היא באחריות ארבע המדינות המרכיבות את בריטניה. המימון מגיע מהכנסות לאומיות ומארנונה מקומית ומסחרית. הערכת הצורך בשירותים בקרב הפונים וקביעת זכאות הן באחריות הרשויות המקומיות בכל מדינה. הנגישות לשירותי רווחה במימון ציבורי תלויה בהערכות מחמירות של צורך, נכסים/עושר, הכנסה ואם קרובי משפחה/חברים יכולים לספק טיפול (אין חובה חוקית). בדרך כלל, רק אנשים עם צרכים משמעותיים או קריטיים זכאים למימון ציבורי ולעזרה.

בשל העלייה בביקוש לשירותי טיפול ממושך והעלויות המוגברות, מאז 2010 ממשלות בריטניה קיצצו באופן משמעותי בתקציבי הרשויות המקומיות, שהמרכיב המשמעותי ביותר בקיצוץ הוא הטיפול הסוציאלי למבוגרים. באנגליה יש עדויות לכך שאנשים מבוגרים לא מקבלים עזרה בפעילויות חיוניות של חיי היומיום ויש חששות גדולים ביחס ליכולת לספק טיפול ולפגיעה באיכות השירותים. ארגונים המספקים טיפול לזקנים מתקשים לגייס, להכשיר ולשמר עובדים ולעמוד בעלויות המאמירות של שכר העסקתם. כתוצאה של ספקים פורמליים מבטלים חוזים עם רשויות מקומיות ו/או מעדיפים לספק טיפול לרוכשים פרטיים שיכולים לשלם מהכיס.

התהליכים האלה מגבירים את אי-השוויון בזמינות הטיפול ובנגישות אליו.

למרות שכל ארבע מדינות בריטניה חוו עקב צנע קיצוצים בתקציבי הבריאות והטיפול הסוציאלי, ישנם כמה הבדלים ביניהן: בסקוטלנד, טיפול אישי הוא בחינם לאנשים מבוגרים; בוויילס אנשים המוגדרים כבעלי צרכים סוציאליים בכל הגילים משלמים לא יותר מ-80 אירו בשבוע, ושינויים נוספים הובילו להבדלים נוספים בין סקוטלנד לשאר מדינות בריטניה מבחינת נגישות גדולה יותר לטיפול ממושך במימון ציבורי. בצפון אירלנד שירותים סוציאליים שולבו עם שירותי בריאות, וכל האנשים הזקוקים לטיפול אישי בקהילה זכאים לקבלו חינם.

פרק 2: מקורות מימון השירותים לטיפול ממושך

אחד המרכיבים החשובים ביותר בקיומה של מערכות שירותים לטיפול ממושך הוא מקורות המימון שלה ויציבותה הפיננסית. הגידול במספר הזקנים במדינה ובשיעורם היחסי באוכלוסייה, מניעים קובעי מדיניות רווחה בעולם לבחון לעומק את מקורות המימון של השירותים האלה ולזהות אפשרויות להתייעלות וחיסכון כדי להבטיח את היציבות הפיסקלית בעתיד. להלן נסקור את מקורות המימון המרכזיים כיום, ובפרק 7 נתייחס למאמצים ולפעולות להבטחת הקיימות הפיננסית לטווח ארוך.

ארבעת מקורות המימון הציבוריים העיקריים של השירותים לטיפול ממושך הם: מיסוי כללי (אוסטריה למשל); ביטוח סוציאלי חובה או ביטוח סיעודי (גרמניה ויפן למשל); שילוב בין שניהם (צרפת והולנד למשל); תשלומים שוטפים והסדרים פרטיים. עם זאת חשוב להדגיש כבר כאן, וכפי שיפורט בהמשך, גם במדינות בעלות סל שירותים פורמליים אוניברסלי ונדיב, אשר מקצות לטיפול ממושך אחוז גבוה (יחסית לאחרות) מהתוצר הלאומי הגולמי (ראה לוח 1) – אנשים שזקוקים לעזרה בתפקודם מממנים חלק מהשירותים באופן פרטי, שכן

אף מדינה אינה מממנת את מלוא עלות השירותים, ובכל המדינות הזקנים ובני משפחתם משתתפים בכיסוי עלויות הטיפול, אם כהוצאות מהכיס ואם כהשתתפות עצמית.

מימון השירותים באמצעות מיסוי

מימון השירותים באמצעות מיסוי עשוי להיות באמצעות מיסים ייעודיים או מיסים כלליים, ולהגיע ממיסים ישירים (מס הכנסה) וממיסים עקיפים אשר נגבים ברמה לאומית או אזורית/מוניציפלית, או משניהם. חלק מהמדינות מחלקות את המיסים שנגבים ברמה הלאומית למחוזות באופן פרופורציונלי, כדי לכסות על הבדלים בשיעור הגבייה האזורית (יפן, אוסטרליה ופינלנד נוהגות כך), כדי לצמצם הבדלים בגבייה בין אזורים ולהגביר את השוויון ברמה הלאומית.

מאחר ומחסור בכסף למימון הטיפול הסייעודי עלול להוצר גם במדינות המקצות כספי מיסוי למימון השירותים, מדינות הוסיפו סוגי מיסים אחרים (צרפת, למשל, הוסיפה בשנת 2013 מס שלישי כדי לשפר את קיימות המערכת), או איחדו בין הגורם הגובה את המס לאחראי על הספקת השירותים. בפינלנד, למשל, מיסוי מקומי נגבה על ידי עיריות אשר אחראיות גם על חלק גדול ממימון השירותים לטיפול ממושך. מיסי עירייה לא ייעודיים נגבים באופן מקומי, והרשויות המקומיות מחליטות כיצד להקצות את המשאבים. גם בבריטניה, מיסוי מקומי הוא המקור העיקרי כיום למימון השירותים (עם הבדלים בין אנגליה, ויילס, סקוטלנד וצפון אירלנד). צמצום המקורות ממיסים לאומיים התפתח בבריטניה בהדרגה, עד שכיום הרשויות המקומיות הן המקור העיקרי למימון הטיפול ממושך. עם זאת, בכל אחת מארבע המדינות יש מידה מסוימת של מימון מרכזי באמצעות מיסוי כללי.

ביטוח סיעודי

בחלק מהמדינות קיים ביטוח סיעודי לטיפול ממושך בעת הצורך, המבוסס על תשלום פרמיות לביטוח דרך השכר. מערכת הטיפול הממושך הגרמנית היא דוגמה אופיינית. היא ממומנת על ידי פרמיות ביטוח סוציאלי המבטיחות כיסוי אוניברסלי ומספקת רמות בסיסיות של טיפול. הפרמיות עלו עם השנים מאחוז אחד ב-1995 ל-3.05% ב-2020, בחלוקה שווה בין העובדים למעסיקים. גם אנשים בפנסיה משלמים פרמיה, ואנשים ללא ילדים משלמים תוספת של 0.25% משום שסביר להניח שיוכלו להסתמך פחות על טיפול מבני משפחה. דוגמה אחרת לביטוח סיעודי משנת 2000 ביפן. מחצית מהמימון הציבורי לטיפול ממושך מגיע ממיסוי ומחצית מפרמיית ביטוח טיפול ממושך. פרמיית הטיפול ממושך משולמת בדרך כלל כתוספת של אחוז אחד לביטוח הבריאות, והשירותים נדיבים בהשוואה למדינות אחרות. במדינות אחרות ניתן כיסוי חלקי של השירותים לטיפול ממושך באמצעות דמי ביטוח בריאות סוציאלי חובה (צרפת, למשל). פינלנד מספקת קצבת טיפול לזקנים שהיא באחריות הביטוח הלאומי ונגבית מהשכר, בעיקר עבור שירותי בריאות. בהולנד, ההפרשות לחוק הסיעוד מבוססות על פרמיות מס הכנסה עד לתקרה שמעבר לה אין תשלום.

בחלק מהמדינות ביטוח סיעוד חובה נגבה על ידי הממשלה, בחלקן על ידי חברות פרטיות, אך ביטוחים וולונטריים נגבים רק על ידי חברות פרטיות. קרוב ל-11% מהאוכלוסייה בצרפת מבטחת באמצעות ביטוח סיעודי וולונטרי פרטי, ובגרמניה, בנוסף לכ-90% מהגרמנים המכוסים על ידי ביטוח סיעודי סטטוטורי, ל-10%

יש ביטוח סיעודי פרטי. הבחירה בסוג הביטוח ניתנת לעובדים עצמאיים, ולבעלי הכנסות גבוהות (Roland, et al. 2022).

כל המדינות מתלבטות מהי השיטה היעילה ביותר למימון הטיפול הממושך, ובכלל זה בשאלות מהותיות הקשורות לכך, כמו היקף מתן אוטונומיה ואחריות אישית, יעילות, הגינות, קיימות ואיגום סיכונים. בהתבסס על המרכיבים האלה, Barr (2010) הגיע למסקנה כי ביטוח סיעודי מנדטורי הוא האפשרות היעילה ביותר, עם אפשרות לתוספות באמצעות חיסכון פרטי או ביטוח סיעודי פרטי, וכי זהו האיזון הטוב ביותר בין יעילות, הוגנות וקיימות.

תשלומים והסדרים פרטיים

תשלומים מהכיס, כמו השתתפות עצמית או הוצאה פרטית, קיימים בכל המדינות מכיוון שהמימון הציבורי אינו מספק כדי לכסות את כל העלויות הטיפול הממושך. בכל המדינות יש מגבלה על היקף השירותים הציבוריים, על זמינותם ועל המימון שלהם. אפילו בפינלנד, המעניקה הטבות נדיבות, תשלומים פרטיים מגיעים לכ-17% ממימון השירותים. ביפן נקבעה ב-2010 השתתפות עצמית קבועה, שהתחילה ב-10% מעלויות הטיפול הממושך ועלתה ל-20% לאנשים עם הכנסות בינוניות-גבוהות, וב-2018 כ-3% מבעלי הכנסות גבוהות מאוד חייבים לשלם 30% מהעלויות הטיפול הממושך. עם זאת, קיימת תקרה חודשית להשתתפות עצמית לכולם, ומעליה העלויות מכוסות לחלוטין (Curry et al. 2019). באוסטריה הזקנים משלמים כ-25% מהעלויות הטיפול הממושך בקהילה (במוסדות ההשתתפות העצמית מגיעה לכדי 80% בממוצע). באנגליה, כסף ציבורי משמש בעיקר כרשת ביטחון לעניים ביותר או לאחר מיצוי המשאבים, בעוד בסקוטלנד יש זכאות לטיפול אישי ללא תשלום לאחר הערכת צרכים. בוויילס הטיפול חינם עד מגבלת תקרה קבועה, ובצפון אירלנד הטיפול הביתי ללא תשלום ניתן מעל גיל 75.

עם זאת חשוב לזכור כי טיפול בלתי פורמלי נפוץ מאוד וכ-80% מהטיפול בזקנים באירופה מסופק על ידי בני משפחה. נתונים ביחס לעלויות שנחסכות למדינה באמצעות טיפול שניתן בידי בני משפחה, משתנים בהתאם למתודולוגיות ולמאגרי הנתונים, אך כולם מראים ערך משמעותי. לפיכך, המדינות עושות מאמצים כדי לעודד בני משפחה להרחיב את היקף הטיפול ביקיריהם. תגמול בכסף עבור טיפול ניתן במעט מדינות (אוסטריה ופינלנד, למשל) ובאוסטריה אין מעקב אחר האופן שבו בני המשפחה משתמשים בכסף. במדינות אחרות מכירים בזמן שבני משפחה מקדישים לטיפול באמצעות החזרי מס וביטוח לאומי (גרמניה). מעניין לציין שיפן לא מעניקה תגמולים בכסף לבני משפחה, וזאת בלחץ קבוצות פמיניסטיות החוששות שזה עלול להגביר את הלחץ על נשים לספק טיפול לבני משפחה.

כאמור, בנוסף לטיפול הפורמלי שמסופק בידי המדינה ולטיפול הבלתי פורמלי שמסופק בידי בני משפחה, אנשים שזקוקים לעזרה בתפקודם מממנים חלק מהשירותים באופן פרטי בתשלום מהכיס. קיימות מספר אפשרויות המאפשרות להם לממן את השירותים לטיפול ממושך:

1. לזקן יש כסף ונכסים שהוא יכול להשתמש בהם לרכישת טיפול בתשלום.
2. הזקן מחזיק בפוליסת ביטוח פרטית לטיפול ממושך. ואולם שוק הביטוחים הפרטיים לטיפול ממושך באירופה, בדומה לישראל, עדיין מצומצם יחסית וסובל מכשלי שוק וסלקציה שלילית. פיתוח מוצרי ביטוח סיעודי ממושך עדיין מוגבל, ולמעט בכמה מדינות שבהן יש חובה לביטוח רפואי פרטי כמו צרפת, התמונה

הכוללת מלמדת שכיסוי עלויות הטיפול הממושך הוא כיום דאגה אישית ואתגר מדיניות, ואינו מבוסס על ביטוח סיעודי פרטי.

3. לזקן יש בני משפחה שמוכנים ומסוגלים לממן את הטיפול בו. לכך יש משמעות רבה משום שרבים, ובכלל זה קובעי מדיניות רווחה, תופסים כיום את הזקן ואת בן המשפחה כיחידה אחת הזקוקה לשירותים ולהתייחסות. יש הטוענים שהתגברות ההכרה בתפקידו המרכזי של המטפל הבלתי פורמלי במערך הטיפול מעודדת בני משפחה, בעיקר מבוגרים, להפחית את השתתפותם בכוח העבודה ולקחת חלק גדול יותר בטיפול הבלתי פורמלי במקום לשאת בהוצאות הטיפול.

להרחבה ראה אצל Ariaans et al. (2021); Barr (2010); Colombo et al. (2011); Curry et al. (2019); Kraus et al. (2010); Muir (2017); Ranci and Pavolini (2013); Roland et al. (2022).

פרק 3: הערכת צורכי הטיפול וקביעת הזכאות לטיפול במימון ציבורי

הזכאות לשירותי טיפול ממושך במימון ציבורי (ביטוח בריאות, ביטוח טיפול ממושך, המדינה) נקבעת בכל המדינות בהתאם לצורכי התפקוד הפיזי וברובן גם בהתאם לתפקוד קוגניטיבי וצורך בהשגחה. בחלק מהמדינות, הזכאות נקבעת גם בהתאם להכנסות המטופל, בחלקן גם על בסיס נכסיו, ובחלקן גם בהתאם לזמינות מטפל בלתי פורמלי. בעקבות מדיניות הצנע בתגובה למשבר הפיננסי ב-2008, חלק ממדינות אירופה צמצמו את הקריטריונים לזכאות לשירותים פורמליים, והגבילו את הזכאות לשירותים במימון ציבורי רק לאנשים עם צורכי הטיפול החמורים ביותר (למשל, יוון, הונגריה, אירלנד, בריטניה, שוודיה).

הערכה תפקודית

- בכל המדינות מתבצע ביקור בית שבו נעשית הערכה תפקודית לבדיקת צורכי הטיפול.
- בחלק מהמדינות נעשה שימוש בכלי הערכה מובנה הבודק את מידת התלות בטיפול (למשל, באוסטריה, בלגיה, גרמניה, ספרד, קרואטיה, הונגריה, מלטה, ליטא, לוקסמבורג, לטביה).
- בחלק מהמדינות מתבצעת הערכת צרכים ללא שימוש בכלי הערכה רשמי (למשל, בולגריה, הולנד, פורטוגל).
- בחלק מהמדינות, הזכאות לגמלה ברמה הגבוהה ביותר יכולה לקבע גם בהתאם לחומרת הליקויים, כגון נכויות נפשיות או גופניות כגון עיוורון (יוון, לטביה, מקדוניה, פולין).

הערכת אמצעים והשתתפות בתשלום

- בחלק מהמדינות, שירותי טיפול בית ניתנים ללא תשלום (למשל, לוקסמבורג, גרמניה, טורקיה) או בתשלום נמוך מאוד (למשל, מלטה, בולגריה, ספרד, סקוטלנד, ויילס וצפון אירלנד). ואולם חלק מהמומחים מתריעים על היווצרות תמריצים שליליים עקב מתן שירותים ללא תשלום או לחלופין בעלות

גבוהה. לדוגמה, בצ'יכה, הבדלים גדולים בעלויות הטיפול הביתי גורמים לעיתים קרובות לאשפוז אנשים הזקוקים לטיפול סוציאלי.

- בחלק מהמדינות נעשית הערכת אמצעים (Means test) (למשל, קפריסין, קרואיה, מלטה, טורקיה) ו/או בדיקות נכסים (למשל, בריטניה, יוון, סרביה).
- בחלק מהמדינות ניתנת הקלה לאנשים ללא תמיכה משפחתית (למשל, בריטניה, יוון, לטביה, פולין, טורקיה).
- בחלק מהמדינות יש הקלה לאנשים מעל גיל מסוים (למשל, לטיפול ביתי ביוון).
- יחד עם זאת, כמעט בכל המדינות נדרשים זקנים מוגבלים ובני משפחתם גם לתשלומים פרטיים מהכיס (Out of pocket) עבור שירותי טיפול בבית.

להרחבה ראה אצל Spasova et al. (2018).

פרק 4: שירותים ציבוריים לטיפול בזקנים והטבות לבני משפחתם

כפי שעולה מסקירת השירותים במדינות השונות, כל מדינות אירופה מספקות שירותי טיפול פורמליים לזקנים הגרים בקהילה שזקוקים לעזרת הזולת בתפקודם. ואולם בעוד חלק מהמדינות מספקות שירותים רבים תוך שמירה על עקרון האוניברסלית והשוויון בין האזרחים (המדינות הנורדיות), חלקן מספקות שירותי טיפול פורמליים מעטים ומוגבלים (דרום אירופה). ההבדלים בין המדינות מתבטאים לא רק בשירותים שניתנים לזקן עצמו, אלא גם בהתייחסות אל בני המשפחה שלהם המשמשים מטפלים בלתי פורמליים, שהרי כידוע, הטיפול בבית מתבסס בכל העולם על עזרה ותמיכה שניתנים בידי מטפלים בלתי פורמליים, מרביתם בני משפחה, בעיקר בני ובנות זוג וילדים של הזקן, אך גם שכנים וארגונים התנדבותיים. בעוד בחלק מהמדינות שוררת תפיסה שלפיה מעורבות בני משפחה בטיפול מבוססת על וולונטריות, הרי שבחלק מהמדינות, שבהן יש שירותים ציבוריים מצומצמים, רוב הטיפול מוטל על בני המשפחה (דרום אירופה). גם במדינות אחרות (מרכז אירופה) חלק משמעותי מהטיפול מוטל על המטפלים הבלתי פורמליים. לאור ההבנה בדבר חיוניות מעורבות בני משפחה בטיפול וההבנה שהם הם הבסיס למערכת טיפול פורמלית איתנה, רבים תופסים כיום את הזקן ובן המשפחה כיחידה אחת הזקוקה לשירותים. לפיכך, נצפית השקעת משאבים בבני המשפחה המטפלים ופיתוח שירותים ייעודיים עבורם (מעבר לעזרת המטפל הפורמלי), במטרה להקל עליהם, להעצים אותם ולצמצם את שחיקתם, כדי שיהיו מסוגלים לספק את הטיפול והתמיכה נפשית לבני משפחתם הזקוקים לעזרה.

בפרק זה נציג את השירותים הפורמליים הציבוריים שניתנים לזקנים הזקוקים לעזרת הזולת בתפקודם ולבני משפחתם. תחילה נציג את השירותים שניתנים ישירות לזקן ואחר כך את השירותים לבני המשפחה שמטפלים בהם. ברוב המקרים, ובעיקר בהתייחס לשירותים מרכזיים, נציין באילו מדינות הם מתקיימים.

שירותי טיפול בזקן בתוך הבית

- סיוע בפעילויות חיי היומיום (רחצה, ביגוד, אכילה, קניות, בישול וכו') – בכל המדינות.
- שירותי מזון מסובסדים (ארוחות על גלגלים או ארוחות הניתנות במרכז שירות), כמו למשל בבלגיה, דנמרק, פינלנד, הונגריה, מלטה, פורטוגל, סרביה, סלובניה).
- מערכות התראה לעת מצוקה (למשל, בלגיה, פינלנד, הונגריה, לטביה, מלטה, בריטניה).
- עזרים ומכשירים סיעודיים וטכניים כגון מיטות סיעודיות (למשל, גרמניה, דנמרק, אסטוניה, פינלנד, לטביה, בריטניה).
- תמיכה בהתאמת הבית (למשל, גרמניה, דנמרק, פינלנד, צרפת, רומניה, בריטניה).
- ייעוץ חברתי לזקן ולבן משפחתו.
- סיוע מרחוק בדומה ל-Telemedicine.
- שירותי שיפוץ.

שירותי תיאום טיפול

כדי להבטיח תיאום בין כל הספקים של שירותי טיפול הבית, בחלק מהמדינות יש שירות תיאום טיפול רב-תחומי המערב את כל השחקנים הרלוונטיים, לעיתים קרובות גם את המטפל הבלתי פורמלי ואת המטופל עצמו (למשל, דנמרק, אוסטריה, צרפת, פינלנד, ספרד, קפריסין), ויש מדינות שבהן שירותי הרווחה עוסקים גם בייעוץ לכל המעורבים בטיפול.

שירותי מניעה ושיקום

מטבעו, טיפול ממושך נועד לתת מענה לצרכים של זקנים עם מוגבלות ולסייע להם בתפקוד. ואולם בעשור האחרון מתרחבת התפיסה שלפיה ניתן, באמצעות התערבויות מתאימות, לעכב את המוגבלות בתפקוד, בעיקר בשלביה הראשונים, להניע זקנים להשתמש במרב יכולותיהם התפקודיות ובכך לדחות את תלותם באחרים או לצמצמה.

במדינות אירופה, בעיקר במרכזה ובצפונה, התפתחו תכניות והתערבויות למניעת התדרדרות תפקודית ולשיקום. חלקן ייעודיות וממוקדות בתחום מסוים, כמו למשל תכניות למניעה וצמצום נפילות, ביקור רופא אחת לשנה ועוד, וחלקן מערכתיות וכוללניות, המדגישות את חשיבות התיאום, שיתוף הפעולה וההמשכיות בין כל גורמי הטיפול בזקן. תכניות כאלה מובלות לרוב בידי מתאם (מנהל) טיפול (אחיות או עובדות סוציאליות) מתוך הבנה שללא תמיכה סוציאלית וסיעודית, סיכויי התוכנית להצליח בדחיית התלות נמוכים יותר. תפקידם של מתאמי הטיפול הוא לבסס תקשורת ישירה והסכמות בין גורמי טיפול שונים אשר לעיתים מתחרים ביניהם ומגדירים את מטרות הטיפול באופן שונה, ולהבטיח עבודה משותפת שתאפשר הפעלת תוכנית טיפול כוללת ושיתופי פעולה בין כל הגורמים המטפלים בזקן.

במטרה לממש גישת טיפול מתואמת, הוקמו בחלק מהמדינות (במסגרת הרפורמה משנת 2017 בגרמניה, למשל) מרכזי ייעוץ אזוריים, וניתנו תמריצים להגברת שיתוף הפעולה בין גורמי הטיפול השונים כדי לצמצם ולמנוע פיצול ביניהם. בנוסף לכך נעשו ניסיונות לתת הדרכה בנושא המניעה למטפלות הבית. דנמרק היא אחת המדינות המובילות בנושא, וכבר בשנות ה-80 של המאה ה-20 נעשו פרויקטים למניעת התדרדרות תפקודית. אומנם, אחד המניעים המרכזיים לכך היו תהליכים לצמצום הטיפול המוסדי והעברת הטיפול הסיעודי הממושך לקהילה, אך הם קנו להם אחיזה רחבה בתפיסת הטיפול הממושך בדנמרק. במסגרת פעולות אלה, התחילו המוסדות לספק אווירה ביתית, להגביר את עצמאות הזקנים ואת אפשרויות הבחירה שלהם ולעודד תפקוד עצמאי בהתאם ליכולת. עוד יצוין שמדיניות הטיפול בזקנים בדנמרק כוללת דרישה מהעיריות לערוך ביקורי בית מניעתיים אצל זקנים בני 75 ומעלה, שבהם נעשית הערכה רפואית, תפקודית, סיעודית, סוציאלית ורווחתית כוללת. אלא שלא קיימות הגדרות מפורטות של הביקורים, וקיימת שונות רבה בין העיריות במידה ובאופן ביצוע המדיניות.

מספר מדינות מספקות שירותי מניעה ושיקום בתוך הבית, המתמקדים בצמצום אובדן יכולות התפקוד, במטרה למנוע צורך בשירותי טיפול פורמלי (למשל, דנמרק, גרמניה, לוקסמבורג, פורטוגל, צרפת, ובריטניה). במקצת מהמדינות שירותי המניעה כוללים – בנוסף לשירותים לשימור פעילות פיזית ותפקודית – גם שירותים לשימור המצב הנפשי והחברתי, כדי להתמודד עם בידוד חברתי (למשל, דנמרק, צרפת, מלטה, פורטוגל, סרביה, איסלנד).

למרות ההבנה את תרומתם הפוטנציאלית של שירותי מניעת התדרדרות ושיקום של זקנים מוגבלים, אחד המכשולים להרחבתם הוא הקושי בהערכתם ובהדגמת יעילותם ותרומתם. עקב כך מחקרי ההערכה בתחום הזה מעטים. קיים קושי להעריך את יעילות התוכניות הן משום שמדדי התוצאה קשים להגדרה, קיימת אי הסכמה בדבר הגדרתם, מדידתם מורכבת ודורשת לרוב מעקב ארוך טווח, והן משום שלרוב לא ניתן לייחס את התוצאות אך ורק לתוכנית עצמה. זאת ועוד, חלק מקובעי המדיניות סוברים שתוכניות מניעה ושיקום דורשות משאבים עצומים כדי להתמודד עם צורכי הטיפול המיידיים ועם פעולות מניעה ושיקום כפעולות נפרדות בו זמנית. לפיכך, כמעט שאין בנמצא מחקרים שמדגימים את היעילות הכלכלית והחיסכון של התוכניות האלה.

Semi-Residential care

בחלק מהמדינות קיימים שירותי מגורים למחצה במרכזים שבהם ניתן טיפול רק במהלך היום, או במהלך הלילה. שרותי שהייה ביום נפוצים יותר בעוד שירותי מגורי לילה קיימים רק המדינות מעטות (למשל, בלגיה, דנמרק, ספרד, מלטה).

Respite care נופשון

מקום המאפשר שהייה קצרה (למספר מוגבל של ימים) של המטופל בבית אבות או במוסד סיעודי, במטרה להקל על המטפל או לאפשר לו הפסקה קצרה. לעיתים המטרה היא לספק שיקום לקשיש לאחר אשפוז או מחלה קשה (למשל, אוסטריה, בלגיה, גרמניה, ספרד, פינלנד, צרפת, ליכטנשטיין, לוקסמבורג).

דיוור מוגן

השירותים נועדו לזקנים תשושים החיים באופן עצמאי אך בסביבה מוגנת יחסית, עם רמה מסוימת של תמיכה. דיוור מוגן ציבורי ניתן בבתי אבות כמעט בכל המדינות, ובמקצתן כולל גם מרכזים לשיקום ואינטגרציה חברתית וטיפול במשפחות אומנה, שבהם זקנים תשושים גרים בקבוצות קטנות בסביבה משפחתית. אלא שבמדינות רבות השירותים האלה לא מפותחים או שקיים היצע מצומצם עקב מדיניות אל-מיסוד. במדינות רבות הביקוש עולה במידה רבה על ההיצע, ולרוב דורשים השתתפות כספית. הם בדרך כלל יכולים לקבוע את המחירים שלהם באופן חופשי ולעיתים קרובות יש פחות פיקוח עליהם.

שירותים, תנאים והטבות למטפלים בלתי פורמליים

לאור האחריות הגדולה המוטלת על בני המשפחה והנטל עליהם, מדינות רבות, ובכללן ישראל, פיתחו שירותים ותקנות שנועדו להקל עליהם, באופן ישיר ועקיף. עם זאת, קיימים הבדלים גדולים בין המדינות במידה שבה מטפלים לא פורמליים נתמכים על ידי מדיניות ציבורית.

- במקצת מהמדינות, האחריות המשפחתית בין ילדים להורים מעוגנת בחוק (למשל, לטביה) ואפילו בחוקה (למשל, ליטא והונגריה).
- מדינות אחרות מערבות את המטפל הבלתי פורמלי בתכנון תוכנית הטיפול הרב-תחומית, המפרטת את תחומי האחריות של המטפלים הפורמליים והבלתי פורמליים בתהליך הטיפול (למשל, צרפת, ספרד, לוקסמבורג). האם קיים בישראל?
- כאמור, כדי לשחרר את המטפלים הבלתי פורמליים במשך כמה ימים מאחריות הטיפול ולאפשר להם לקחת חופשות, מדינות רבות מספקות טיפול הפוגה, Respite care. הוא יכול ללוש צורה של שירותים רשמיים, כגון שהייה קצרה של המטופל במוסד, או מטפל מחליף בבית (למשל, אוסטריה, גרמניה, פינלנד, ליטא, מלטה, לוקסמבורג, הולנד), או הטבה במזומן לתשלום עבור שירותי טיפול פורמליים לתקופה מוגבלת (למשל, קפריסין וצרפת).
- קיימות תכניות המאפשרות לזקן מוגבל לספק למטפל הבלתי פורמלי פיצוי כספי על אובדן הכנסה מעבודה ולהבטיח כיסוי ביטוח סוציאלי כדי להקל על הלחץ הכלכלי של המטפל הבלתי פורמלי. התוכניות האלה מאפשרות למטפל הבלתי פורמלי לקבל גמלה במזומן (למשל, שווייץ, פינלנד, הונגריה, אירלנד, סלובקיה, בריטניה).
- התוכניות כאלה יכולות לפעול במספר דרכים: (1) להחליף הכנסה אבודה, הקשורה לכיסוי הגנה חברתית (Social protection coverage); (2) כהכרה (לעיתים קרובות סמלית) בעבודת הטיפול. התוכניות יכולות לדרוש שלמטפל הלא פורמלי לא יעבוד מחוץ לבית (למשל, בריטניה ופולין), או שיעבוד רק מספר מוגבל של שעות מחוץ לבית (למשל, הונגריה ואירלנד). בפינלנד יש לערוך חוזה בין המטפל לעירייה.
- הגמלה הכספית לבן משפחה עשויה להיות תלויה במבחן אמצעים (למשל, באירלנד וסלובקיה) או להיות מוגבלת לאנשים המטפלים בנכה קשה (למשל, סלובניה וסלובקיה).
- במדינות מסוימות ניתן לחלק את הקצבה בין שני אנשים (למשל, אירלנד).

- בנורבגיה, הקצבה ניתנת גם לאנשים המטפלים בחולה הנוטה למות.
- מאחר שבחלק מהמדינות הרשויות המוניציפליות אחראיות על הטיפול הסיעודי בקהילה, קיימת שונות רבה בקצבאות שהן מספקות, אפילו בתוך אותה המדינה.
- במדינות רבות יש תכניות של חופשה מעבודה המאפשרות לבני המשפחה לקחת חופש ממקום העבודה הקבוע שלהם או להפחית את זמן העבודה שלהם (למשל, בריטניה, אירלנד, אוסטריה, הולנד, צרפת, בלגיה ואחרות). בחלק מהמקומות בני המשפחה המטפלים זכאים לכך בתנאים קבועים מסוימים, ובמדינות אחרות אין זכאות חוקית כזו והחופשה מותנית באישור המעסיק.
- התגמול הכספי עבור חופשת טיפול שונה בין המדינות. בחלקן בני המשפחה ממשיכים לקבל משכורת מלאה (איטליה, לוקסמבורג), באחרות הם מקבלים פיצוי כספי מוגבל (למשל, אוסטריה ובלגיה). באחרות חופשת הטיפול היא ללא תשלום (למשל, צרפת, הונגריה, קרואטיה), ויש מדינות שמאפשרות חופשת טיפול חלקית (למשל, צרפת, אוסטריה) או מוגבלות בזמן (למשל, בלגיה, אוסטריה, איטליה).
- מדינות רבות מספקות, בתנאים מסוימים, כיסוי ביטוח סוציאלי למטפלים לא רשמיים או הפחתה של הפרמיה עבור ביטוח סוציאלי.
- בחלק מהמדינות מוצעים קורסי סיעוד למטפלים בלתי פורמליים (למשל, גרמניה, ספרד), וניתן לקבל מידע וייעוץ בין היתר באמצעות קווים חמים, פלטפורמות מקוונות וסיוע טלפוני (למשל, אוסטריה, הולנד, ספרד, צרפת).
- בחלק מהמדינות העיריות תומכות בארגונים וולונטריים המעורבים בפעילויות הטיפול שלהם בזקנים (דנמרק, איסלנד).

להרחבה ראה אצל Spasova et al. (2022); Yamamoto et al. (2020); Tsuchiya-Ito et al. (2020); Mauta et al. (2019); et al. (2018); World Health Organization. (2022).

פרק 5: השיטות למתן השירותים

מדיניות מתן השירותים

שתי השיטות המרכזיות לתמיכה בצורך בטיפול ממושך הם שירותים בעין וגמלאות בכסף, אך קיימות גם וריאציות המשלבות בין שתי השיטות. בחלק מהמדינות, בעיקר במדינות הנורדיות ובבריטניה, יש העדפה ברורה למתן שירותים בעין על פני תשלום כספי עבור הטיפול, בעוד במדינות מרכז ודרום אירופה שירותי הטיפול הממושך מבוססים בעיקר על תשלום גמלה בכסף. בחלק מהמדינות האלה, תשלום בכסף לאנשים עם מוגבלויות הזקוקים לטיפול, מושרש בתוכניות סוציאליות זה שנים רבות (בעיקר בדרום אירופה, ובאופן חלקי במדינות מזרח אירופה), והן הורחבו לטיפול ביתי לזקנים הזקוקים לטיפול מאמצע שנות ה-90 של המאה הקודמת. מדינות עם משטרי רווחה שונים, ובעלי תפיסה סוציאלית שונה, אימצו את שיטת הגמלאות בכסף כדי להתמודד עם אתגרי החברה המזדקנת והביקוש הגובר לשירותי טיפול ממושך. בחלק מהמדינות אפשר לבחור בין תשלום

בכסף, טיפול פורמלי או שילוב של שניהם, בעוד באחרות שילוב כזה אינו אפשרי (למשל, ספרד). ברוב המדינות, אך לא בכולן, הגמלה הכספית מיועדת לשימוש בשירותי טיפול מוגדרים בחוק ובמיעוטן ניתן להעסיק בן משפחה כמטפל פורמלי.

גמלאות בכסף (cash-for-care)

אף על פי שמטרת הגמלה בכסף היא לתת לזקנים ולבני משפחתם אפשרות לארגן את הטיפול בעצמם ולהרחיב את האוטונומיה ואפשרות בחירה שלהם, התוכניות שונות זו מזו מבחינת החזון, העקרונות והיישום. במדינות עם מסורת טיפול סוציאלי חזקה, גמלאות בכסף נועדו להגמיש את היצע הטיפול הקיים, לקדם את האוטונומיה של המשתמשים בהן ולהעצים אותם, ולהפחית את השפעתם של אנשי מקצוע תוך צמצום בעלויות הטיפול. דוגמה לכך היא התקציב האישי ההולנדי והתשלומים הישירים באנגליה. במקרים אחרים, התוכניות התפתחו כהמשך ישיר למדיניות העברת תשלומים ששימשו במקור לתמיכה כלכלית בבעלי מוגבלויות כמו באיטליה ואנגליה. במדינות שבהן מדיניות הטיפול הציבורי חלשה ורוב הטיפול בהן מבוסס על בני משפחה, תגמול בכסף נועד לתמוך במשפחה או בגורמי טיפול לא פורמלי אחרים (למשל, גרמניה ואוסטריה) או ליצור מאגר תעסוקה חדש של ספקי טיפול ממושך (למשל, צרפת).

תכניות של גמלאות כספיות המבוססות על מודל של "צרכנות ישירה" עשויות ללוש פנים שונות, כאשר בקצה אחד של המודל, הזקנים ובני משפחתם יכולים להחליט איך להשתמש בגמלה הכספית (כמו למשל בגרמניה ואוסטריה), ובקצה השני הזקנים ובני משפחתם זכאים לבחור מתוך חבילת שירותים בניהול מקצועי, כאשר הם שותפים, יחד עם מנהל הטיפול, בבחירת השירותים ובבניית תוכנית הטיפול (הולנד). בין שני הקצוות האלה ניתן למצוא דרגות שונות של צרכנות ישירה, כמו למשל תכניות המאפשרות לשלם לבן משפחה עבור הטיפול, מתן תלושים לרכישת שירותי טיפול ואחרים.

מדיניות הגמלאות הכספיות לטיפול ממושך אשר היוותה שינוי מהאספקה המסורתית של שירותים בעין, עוררה שאלות ודיונים רבים מאז הקמתה. בין הנושאים שנדונו ראוי לציין את:

- משמעות הפיכת הטיפול לסוג של "מוצר" שהצרכנים רוכשים.
- הבדלים מבחינת אפשרויות הבחירה וההשפעה האפשרית על הטיפול הפורמלי והבלתי פורמלי, במיוחד בהקשר המגדרי.
- הבדלים בקריטריונים לזכאות והבדלים בהיקף התגמולים הכספיים והלימתם לצורכי הטיפול, הן מבחינת מגוון הצרכים והן מבחינת המשאבים שהאנשים זקוקים להם כדי לרכוש את השירותים, וכתוצאה מכך ההשלכות האפשריות על רווחתם של מקבלי הטיפול ושל המטפלים הבלתי פורמליים.
- אפשרויות הבקרה והפיקוח וההשפעות של גמלאות בכסף על איכות הטיפול.
- התגברות העיסוק בקיימות ארוכת הטווח של האפשרות לספק טיפול ממושך לאור העלייה במספר הזקנים הזקוקים והזכאים לטיפול ולשירותים, נדיבות הקריטריונים לזכאות ולגמלאות.

לאור העובדה שמדיניות הטיפול הממושך ברוב מדינות אירופה מבוססת על רגולציה, שיטות מתן שירותים ותקנות שונות, לאור ההבנה שהצורך בטיפול ממושך ימשיך להתרחב ולאור הצורך לרסן את העלויות הגוברות בתחום, מתקיימת כיום באירופה בחינה מתמדת ומעמיקה של השינויים הרצויים והתאמת המדיניות לצרכים משתנים. בסדרת מחקרים שבחנו את התפתחות הגמלאות בכסף בין שנות ה-90 של המאה הקודמת לבין אמצע העשור השני של המאה הנוכחית, עולים מספר ממצאים מרכזיים (אך קצרה היריעה מלהציג את ממצאי כל המחקרים):

- כל המדינות מעוניינות להמשיך ולתת גמלאות בכסף ולהטמיע אותן במדיניות וברגולציה של הטיפול הממושך. ואולם אף על פי שהחיפוש אחר שיווי משקל בין צמצום לבין נדיבות, בין סלקטיביות לבין אוניברסליות בהענקת הגמלאות, מעסיק קובעי מדיניות בכל המדינות, אין הסכמה רחבה בסוגיה זו. מחקר שהשווה בין היקף הזכאות לתגמולים בכסף בשש מדינות (איטליה, אוסטריה, הולנד, צרפת, גרמניה ובריטניה) תוך התייחסות לרמת המוגבלות, לימד על הבדלים גדולים מאוד ביניהן מבחינת היקף הכיסוי והנדיבות שלהם. ההבדלים אלה מייצגים פער בין אוניברסליזם, סלקטיביות ויכולת מקבלי החלטות לספק תגמול בכסף במדינות שונות.
- מחקר שהשווה בין שש המדינות האלה מלמד שגמלאות בכסף אינן רק כלי לתמיכה במשפחה, וכי הן תורמות לעידוד בני משפחה לספק לזקן טיפול ישיר או עקיף, ואף מאפשרות לבני המשפחה לספק לזקן שירותים מגוונים מתוך סל שירותי הטיפול הקיימים בנמצא.
- מחקר שבחן שינויים בהקצאת משאבים לגמלאות בכסף במדינות האלה מאז שנות ה-90 ואת השילוב בין השירותים הציבוריים המסופקים לזקנים, וכלל תגמולים בכסף, שירותים בעין בקהילה ושירותים מוסדיים, הוביל לשתי דילמות בלתי פתורות: האחת – איך לאזן את המשאבים המוקדשים לתגמולים בכסף, בין היקף הכיסוי לבין האינטנסיביות שלהם; והשנייה – ואיך לאזן בין משאבים המוקדשים לתגמולים בכסף לבין טיפול בעין.
- מחקרים שבחנו את סוגיית התגמול בכסף הדגישו גם הם הבדלים בין מדינות, וציינו שגורמים המאפיינים את דפוסי הממשל, כמו למשל גודל התקציב לטיפול ממושך וחלקו של התגמול בכסף בתוכו, זמינות השירותים הפורמליים בקהילה, שיעור התעסוקה (במיוחד של נשים), תקנות הגירה ותפיסת עולם סוציאלית – משפיעים על הרגולציה, האספקה והשימוש בגמלאות בכסף, ולכן קיים קושי להשליך ממדינה על מדינה ולהגיע למכנה משותף מועיל בכל המדינות.
- במחקר אחר נבדקה תרומת גמלה כספית לזכאים וממנו עולה כי במספר מרכיבים, למקבלים גמלה כספית היה יתרון על פני זקנים דומים שקיבלו שירותים בעין, אך ההבדלים היו קטנים ולא מובהקים סטטיסטית. עם זאת, באף אחד מהפרמטרים שנבדקו לא נמצא שהזקנים שקיבלו גמלה בעין קיבלו טיפול טוב יותר, או שתנאי ההעסקה של המטפלת היו טובים יותר.
- מחקרים שהשוו בין הולנד וגרמניה, שבהן הגמלאות בכסף נפוצות, לימדו כי הטלת פחות מגבלות על אופן השימוש בגמלאות מעניקה לזקנים ולמשפחותיהם אוטונומיה רבה יותר, יכולת גמישות ואפשרות בחירה בחבילת טיפול המותאמת לצרכים וליכולות שלהם. מצד שני, גמישות כזו מביאה להוצאה ציבורית גדולה יותר ועשויה שלא לשפר את איכות הטיפול. ואכן, בשל אילוצי תקציב וחששות לגבי איכות הטיפול, הולנד הפכה לאחרונה לאגרסיבית יותר מגרמניה בהגבלת הנגישות לקצבאות והשימוש בהן.

לסיכום המחקר (שאינו רב) בתחום הזה, תכניות תגמול בכסף הפכו לאחד מעמודי התווך במדיניות הטיפול הממושך ברוב המדינות. שני נושאים שלובים זה בזה בהתייחס לגמלאות בכסף. האחד, רוב המדינות התחילו לספק אותן או הרחיבו אותן בזמנים של צנע, וכיום הן מתאמצות לבלום את עלויות הטיפול הממושך. עקב כך מתקיים בשני העשורים האחרונים חיפוש מתמשך אחר שיווי משקל בין סלקטיביות לאוניברסליות, בין קריטריונים מחמירים לבין כיסוי נדיב.

הנושא השני, הקשור לראשון, הוא העובדה שתגמול בכסף ימשיך להתקיים במדינות אירופה, וכתוצאה של כך מתקיימים שינויים ורפורמות ביחס לעקרונותיו ולשיפור היעילות שלו. תשומת לב רבה בהקשר זה ניתנת להגברת מדיניות התומכת בטיפול בלתי פורמלי להסדרת שוק מהגרי העבודה (עובדים זרים) ובשילוב ביניהם.

לאור התמונה המתקבלת מהמחקר אשר מציגה מצד אחד תפיסה של הטמעה והרחבת הגמלאות בכסף, ומצד שני הבדלים בין מדינות, להלן נציג באופן מפורט את התנהלות המדיניות השונות בנושא.

הזכאות לגמלה הכסף וסכום הגמלה

- הזכאות לגמלה בכסף תלויה במדינות השונות במספר מרכיבים והם: (1) מידת התלות בטיפול (2) הכנסה ונכסים (ו-3) גיל המטופל. לרוב, הזכאות תלויה בשילוב בין הקריטריונים האלה.
- כאמור, הזכאות לגמלה בכסף וסכום הגמלה תלויים ברוב המדינות במידת התלות של המטופל, בעוד במיעוטן הזכאות שמורה רק לאנשים עם מוגבלויות קשות (למשל, קפריסין, יוון, קרואטיה, הונגריה, מקדוניה, רומניה, סלובקיה, סרביה, טורקיה, בריטניה).
- בחלק מהמדינות, הן עצם הזכאות והן סכום הגמלה תלויים גם בהכנסות הזקן.
- בחלק מהמדינות הסכום משתנה בהתאם לגיל המקבל.
- בפולין, גמלת סיעוד (קטנה למדי) ניתנת באופן אוניברסלי לכל האנשים בני 75 ומעלה, ללא קשר לצורך שלהם בטיפול.
- בחלק מהמדינות מתקיימים במקביל שני סוגים או יותר של גמלאות אשר ממומנות ממקורות שונים, עם קריטריונים שונים לזכאות וסכומי תשלום שונים. חלק מהגמלאות ניתנות לצבירה, בעוד אחרות ייחודיות וייעודיות ומכוונות לקבוצות אוכלוסייה שונות (למשל, קבוצות בעלות כיסוי שונה מהביטוח הלאומי או בגילאים שונים). לדוגמה, בבריטניה יש אפשרות לקבל שתי גמלאות כספיות. האחת, "קצבת נוכחות" שנועדה להוצאות נלוות למוגבלות. היא מוקצית ומנוהלת באמצעות מערכת הביטוח הלאומי, אינה תלויה בהכנסותיו או בנכסיו של האדם, ואינה כוללת הנחיות ביחס לשימוש בכסף. הגמלה השנייה היא תקציב אישי המיועד לזכאים לטיפול אישי במימון ציבורי. הזכאים יכולים לקבל גמלה כספית במקום שירותים בעין כדי להעסיק מטפל, ובכלל זה קרובי משפחה. הקצבה ניתנת על ידי הרשויות המקומיות, תוך שימוש באותם כלי הערכה וזכאות (כולל מבחן הכנסה ודרישות השתתפות עצמית), אך השימוש בקצבה הזו נמצא במעקב צמוד של הרשויות המקומיות.

דפוסי השימוש בגמלה בכסף

- בחלק מהמדינות לא נקבעו קריטריונים ביחס לשימוש בגמלה (למשל, אוסטריה, איטליה, לטביה, סרביה, איסלנד סלובקיה ובריטניה עבור קצבת הנוכחות).
- בחלק מהמדינות, הכסף משמש רק לרכישת טיפול מספקים פרטיים, וזאת כדי להתגבר על המחסור בשירותי טיפול פורמליים (למשל, ספרד, לטביה, מלטה ובריטניה).
- בחלק מהמדינות, השימוש בגמלה כפוף לקריטריונים מחמירים. לרוב היא מיועדת אך ורק כדי לשלם לשירותים פורמליים ו/או עובדי משק בית (למשל, קפריסין, ספרד, צרפת, לוקסמבורג, הולנד, גרמניה, בריטניה).
- בחלק מהמדינות, השירותים משולמים ישירות על ידי הגוף המממן (למשל, בריטניה, לוקסמבורג, גרמניה ליכטנשטיין) או שהתשלום מתבצע בכפוף לשימוש מוכח במטפל פורמלי או בחוזה עם ספק שירות מורשה (למשל, ספרד, צרפת, ליכטנשטיין, הולנד, בריטניה).
- בחלק מהמדינות, סכום הכסף שניתן תלוי בסוג הטיפול, דהיינו אם הגמלה משמשת לטיפול פורמלי או בלתי פורמלי, לסוג השירותים שהגמלה משמשת (למשל, קפריסין, גרמניה, ספרד), ואף לסוגי טיפול מוגדרים במסגרת הטיפול הפורמלי (למשל, צרפת, ספרד).
- במדינות רבות, רוב הזקנים משתמשים בגמלה במזומן כדי לשלם למטפל בלתי פורמלי (למשל, אוסטריה, קפריסין, גרמניה, לוקסמבורג, ספרד), לעיתים בשילוב עם שימוש בשירותי טיפול פורמליים (למשל, אוסטריה, גרמניה, לוקסמבורג).
- בחלק מהמדינות יש צורך להציג חוזה עבודה רשמי (למשל, ספרד, קפריסין, ליכטנשטיין, מלטה, הולנד, בריטניה).
- בחלק מהמדינות, גמלאות המשמשות לתשלום למטפל לא פורמלי נעשות בכפוף לתנאים מסוימים: שקיימת מערכת יחסים ויש קשר ארוך שנים בין המטפל לבין המטופל (למשל, ספרד); שאין מספיק מטפלים פורמליים זמינים (למשל, ספרד), או שהמטפל הוא בן משפחה (למשל, טורקיה).
- בצרפת, בני זוג אינם זכאים לגמלה בכסף עבור הטיפול, ובבריטניה לא ניתן להשתמש בדרך כלל בגמלה עבור קרוב משפחה.
- הגמלה בכסף עשויה לגדול אם יש צורך ביותר מעובדת משק בית אחת (למשל, אוסטריה, קפריסין).
- במדינות שאין בהן דרישות מחמירות לגבי השימוש בגמלה, היא משמשת לעיתים קרובות לגיוס עובד זר, לא פעם כעבודה לא מוצהרת (למשל, קפריסין, איטליה, ליטא, לטביה, רומניה). לעיתים, העובד עשוי לקבל תשלום כתשלום מהכיס של המטופל.
- באוסטריה יש אינדיקציות לכך שטיפול בלתי פורמלי מנוצל במיוחד עבור אנשים עם ליקויים תפקודיים מעטים, בעוד מעל רמה מסוימת של ליקויים תפקודיים, טיפול בלתי פורמלי משלים בעיקר טיפול פורמלי.
- הגמלה הכספית משמשת בחלק מהמדינות כהכנסה נוספת למשפחה או למטפל הבלתי פורמלי (למשל, צ'כוסלובקיה, פולין, סלובניה). בצ'כוסלובקיה, מתן הגמלאות לא האיץ את פיתוח הטיפול הפורמלי, וזאת בניגוד לציפיות.

להרחבה ראה אצל Carr and Robbins (2009); Da Roit and Le Bihan (2010); Da Roit and Gori (2019); Da Roit et al. (2016); Fujisawa and Colombo (2009); Gori et al. (2016); Ranci and Pavolini (2013); Riedel and Kraus (2016).

פרק 6: אתגרי הטיפול הממושך

למרות ההבדלים הגדולים בין השירותים לטיפול ממושך במדינות שונות (ובתוכן) מבחינת תפיסת העולם, ההיסטוריה והתרבות, הזכאות והנגישות לשירותים, היקף השירותים וארגונם, מקורות המימון והשיטות למתן השירותים, וההיקף והאיזון בין הטיפול הפורמלי והבלתי פורמלי – כל המדינות המפותחות מתמודדות עם אתגרים דומים ומשותפים הנובעים מהעלייה במספר הזקנים ובעקבות זאת, באלה הזקוקים והזכאים לטיפול ולשירותים. להלן נציג את העיקריים שבהם.

נגישות והלימות השירותים

הבדלים בהיקף השירותים משפיעים על נגישות נוחה ויעילה אליהם, הן לשירותים בעין והן לגמלאות בכסף. הסיבות לכך שונות בין המדינות. אחת הסיבות המרכזיות היא העובדה שכל מדינות אירופה, ובעיקר הנורדיות והמדינות היבשתיות, משנות בעשורים האחרונים את תמהיל הטיפול בין מיסוד לקהילה. הירידה בזמינות הטיפול המוסדי משפיעה על עליית הצורך בטיפול בקהילה שאינו מדביק לרוב את הצרכים. בעוד שאל-מיסוד אינו בעיה בפני עצמו, הוא הופך למאתגר כאשר הוא אינו מתקדם במקביל ובמתואם עם עלייה מספקת בהיקף טיפול בר השגה בקהילה.

סיבה נוספת לנגישות נמוכה לשירותים בקהילה נובעת מפיתוחם המצומצם וכתוצאה של כך במחסור בשירותים. בנוסף לכך, במדינות שבהן האחריות לשירותי טיפול ממושך היא אזורית, קיימים פערים באספקת השירותים, במיוחד בהתייחס לנגישות לשירותים פורמליים בקהילה, כיוון שאינם מפותחים באותה מידה באזורים שונים באותה מדינה.

פיצול בין מערכות ובתוכן

אחד מאפיינים של מערכות הטיפול הממושך הוא פיצול תחומי האחריות בין גורמים פורמליים שונים ולעיתים גם בין גורמים אזוריים. אחת הסיבות לכך היא שטיפול ממושך בזקנים אינו תחום מדיניות חברתית מובהק, ועקב כך לעיתים קרובות יש פיצול בין השירותים הרפואיים לחברתיים. כמו כן, שירותי הטיפול הממושך ממומנים לרוב ממקורות שונים ומאורגנים ברמות שונות – אופקיות ואנכיות. מערכת הבריאות אחראית על הטיפול הניתן על ידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות, בעוד שירותים הקשורים לתמיכה בזקן הזקוק לעזרה בתפקוד, נמצאים לרוב באחריות תחומי הרווחה. רק במדינות מעטות יש שילוב אופקי בין שירותי בריאות ורווחה (למשל, דנמרק, אירלנד, פורטוגל) בעוד ברוב המדינות, הפיצול האופקי הזה מלווה גם בחלוקה אנכית של אחריות, עם סמכויות ברמות שונות: לאומיות, אזוריות ומקומיות. מטבע הדברים, הפיצול בין שירותי

הבריאות לבין השירותים הסוציאליים מוביל לעיתים קרובות לחוסר תיאום ביניהם, משפיע על משך ההמתנה לשירותים מתאימים ועל הליכים בירוקרטיים.

איכות הטיפול

אף על פי שאיכות הטיפול היא המפתח לשמירה ולשיפור איכות חייהם של הזקוקים לעזרה, הפעולות בתחום זה מוגבלות לרוב. הגישה הנפוצה ביותר לניטור איכות הטיפול היא שימוש בתקנים ותקנות מוגדרים וקבועים הנדרשים כדי לקבל רישוי לאספקת שירות ולאקראיטציה לשירותים וספקים שנרשמו באופן רשמי. אלא שהגישה הזו שגורה בשירותים מוסדיים והרבה פחות בשירותים בקהילה. לעיתים, אך לא באופן שיטתי, נערכים סקרי שביעות רצון וניתוח תלונות. אחת הסיבות למיעוט הבקרה בשירותים בקהילה היא העובדה שמדובר בשירות רב-ממדי שקשה ויקר לבדוק אותו לעומקו. נתונים זמינים לעיתים קרובות רק על בסיס אד-הוק ולעיתים קרובות מתייחסים לממדי תשומות (כוח אדם וציוד, למשל), תהליכים ותפוקות, אך לא לתוצאות הטיפול. לפיכך, גם השוואה של איכות הטיפול בין מדינות היא בעייתית.

מגבלה נוספת של מדידת איכות הטיפול היא הקשיים האובייקטיביים ליישום הממצאים. עקב האטרקטיביות הנמוכה של המגזר הזה, תנאי עבודה ירודים, הכנסה נמוכה, חוסר הכשרה, עומס עבודה פיזי ורגשי, דבר שמוביל למחסור באנשי מקצוע מוסמכים – אפילו ממצאים על ליקויים מבניים, שהם קלים יחסית למדידה, קשים לשיפור.

מחסור במטפלים

כאמור, חלק גדול מהטיפול בזקנים הזקוקים לעזרה מבוסס על טיפול לא פורמלי שבו נשים נושאת באחריות על רוב הטיפול, דבר שמשפיע לרעה על השתתפותן בשוק העבודה. במקביל, סוגיה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא תעסוקת מהגרי עבודה (בעיקר נשים) אשר ממלאים תפקיד משמעותי במתן טיפול בית במדינות רבות, עקב מחסור מתמיד במטפלים מקומיים, וצמצום מעורבותם של בני משפחה בטיפול. התהליך הזה מתאפשר על ידי זמינותן של גמלאות במזומן עבור הטיפול, שניתן להשתמש בהן באופן חופשי. כמו כן, גם הרגולציה במדינות השונות משפיעה על כך. עם זאת, למרות התפקיד החשוב שעובדים זרים ממלאים בטיפול צרכי הטיפול, העסקת עובדים זרים בתחום מעוררת לא מעט סוגיות. כך למשל, זה מעורר שאלות ביחס למימון עבודת טיפול, והימנעות קובעי מדיניות בחלק מהמדינות מלפתח פתרונות בני קיימא ארוכי טווח כדי ליצור רגולציה ותקני עבודה הוגנים ולפקח על עבודת העובדים הזרים. כמו כן, גם סוגיות כמו חוסר איזון בין הכוח של העובדים הזרים לבין מקבלי הטיפול ובני משפחתם, גורם לעיתים לכך שהם עובדים שעות רבות מעבר למותר, חווים התעללות פיזית ורגשית ואסימטריה מעמדית ומגדרית. סוגיות אלה ואחרות הן נושאים חשובים שעומדים על סדר היום ודורשים הסדרה וטיפול.

להרחבה ראה אצל Da Roit and Moreno-Fuentes (2019); European Commission (2016); European Commission (2018), Fisher (2021); Spasova et al. (2018).

פרק 7: קיימות פיננסית של הטיפול הסיעודי בקהילה

כאמור, ההוצאה על שירותים לטיפול ממושך גדלה מאוד בעשורים האחרונים בכל מדינות המפותחות, והתחזיות מצביעות על כך שההוצאה הציבורית על טיפול ממושך תמשיך לעלות (באיחוד האירופי תגדל מ-1.6% ל-2.7% מהתמ"ג) ותהווה גורם לחץ מתמיד על כספי הציבור. התחזיות לגבי הקיימות הפיננסית של השירותים שונות מאוד בין מדינות שונות. הפרק הקרוב יעסוק בכך בהרחבה.

בצד ההכרה במחויבות מדינת הרווחה לסייע לאזרחיה הזקוקים לעזרה, הרי שהזדקנות האוכלוסייה ולחצים פיננסיים גוברים, מעוררים במדינות המערב שאלות ביחס לקיימות (Sustainability) הפיננסית של השירותים לטיפול ממושך ומדרבנים אותן לחפש חלופות למימון. באופן תאורטי, ניתן היה לחשוב על הבטחת הקיימות הפיננסית באמצעות הגדלת הפיריון בשירותים או הפחתת העלויות שלהם. אלא שהאפשרויות האלה כמעט אינן ישימות, הן משום שלטיפול ממושך יש תשומות גבוהות והגדלה משמעותית בפיריון בו בעייתית, והן משום שמערכת הטיפול הממושך תלויה מאוד, כבר כיום, בבני משפחה מטפלים, דהיינו בטיפול לא פורמלי. כמו כן, תשלומים פרטיים מכסים כבר כיום חלק משמעותי מעלות הטיפול הממושך, והגדלת התשלומים עשויה להגביר את אי השוויון עד כדי השלכות חמורות של מניעת שירותים מאנשים בעלי הכנסה נמוכה. זאת ועוד, הפיכת הטיפול הממושך לתלוי בעיקר במטפלים לא פורמליים עלולה להשפיע לרעה על בריאותם, אפשרויות התעסוקה, ההשתכרות והקריירה של בני המשפחה המטפלים. יש הסוברים כי מהגרי עבודה ממדינות מתפתחות עשויים למלא את צורכי הטיפול במקום בני משפחה, אך גם אפשרות זו מעוררת בעיות, כגון שוק עבודה אפור, שכר לא מפותח ומופקר, פגיעה באיכות הטיפול ובעיות אחרות. על פי סברה נוספת, אפשר להגביר את יעילות הטיפול באמצעות שימוש רב יותר בחידושים טכנולוגיים.

למרות שכל המדינות המפותחות מתמודדות עם השאלה כיצד להבטיח את הקיימת הפיננסית של הטיפול הממושך, אף אחת עדיין לא מצאה את נוסחת הזהב לכך. סקירת ספרות רחבה הניבה שלושה נושאים מרכזיים שהמדינות מתמודדות עמן, בדרכים שונות, במטרה להגביר את הקיימות הפיננסית לטווח ארוך:

- (1) שילוב בין מימון ציבורי ופרטי של הטיפול הממושך.
- (2) צמצום הירידה בזמינות הטיפול הבלתי פורמלי.
- (3) שיפור הפרודוקטיביות ותפקיד החדשנות הטכנולוגית בהגדלת הפרודוקטיביות.

כדי לבחון את שלוש השאלה האלה, נעשה ניתוח של מספר מדינות. להלן נציג את המנגנונים שנעשה בהם שימוש במדינות שונות לשיפור הקיימות של הטיפול הממושך.

מימון ציבורי ופרטי

שאלה חוזרת ונשנית במדינות רבות היא כיצד לאזן בין מימון ציבורי לבין מימון פרטי. לאור הזדקנות האוכלוסיות והלחצים הפיננסיים הגוברים על תקציבים לאומיים, מדינות מחפשות חלופות למימון השירותים לטיפול ממושך ועקב כך יש עניין גובר בתפקיד הפוטנציאלי של מימון פרטי. יש בעצם שתי דרכים להגדיל את

המימון הפרטי. הדרך הראשונה היא להגדיל את התשלומים הכספיים הישירים מהזקוקים לטיפול ממושך, באמצעות בדיקת אמצעים (כולל הכנסות וחשכונות) או משכנתאות הפוכות. זאת משום שרבים מהאנשים אינם יכולים לממן את הוצאות הטיפול באמצעות הכנסותיהם מפנסיה. דוגמה לכך היא אנגליה שבה המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות עורכות בדיקת אמצעים (הכנסה, חיסכון והון), ובעלי אמצעים מעל לסכום שנקבע אינם זכאים למימון הרשות המקומית ועליהם לשלם את עלויותיהם באופן פרטי. אלא שהשיטה הזו לימדה כי זקנים בעלי אמצעים, אך לא גדולים, היו בסיכון לעלויות גבוהות במיוחד. הגדלת סף ההכנסות הגדילה את זכאי הטיפול הציבורי אך לא הצליחה להגן על רוב הזקנים מפני עלויות משמעותיות. כלומר, באמצעות מתן שירותי טיפול ממושך לבעלי הכנסה נמוכה, לא הצליחה המערכת האנגלית לצמצם את הנטל הכספי על קבוצה גדולה של אנשים ממעמד הביניים.

הדרך השנייה להגדלת התשלומים מהזקנים היא באמצעות ביטוח סיעוד פרטי. אלא שביטוחים סיעודיים פרטיים שגורים במעט מדינות (בעיקר בארה"ב ובצרפת), והם נידונים לכשלי שוק רבים הן בצד ביקוש (אנשים מתקשים לתכנן לאירועים רחוקים ובסבירות נמוכה לתפיסתם, מאמינים שיקבלו טיפול מהמדינה ומבני משפחה, בחירה שלילית של מבוטחים או פרמיה גבוהה, עלות הביטוח, שירותים צפויים מוגבלים) – ובצד ההיצע (שליטה בשוק הביטוח, תחרות מוגבלת, תנודתיות) וסיבות נוספות. שוק הביטוח הסיעודי הצרפתי עשוי להיות דוגמה לכך. השוק עבר הרבה תנודות בשני העשורים האחרונים אך ככלל, הניסיון הצרפתי מראה כי ניתן לבנות שוק פרטי משמעותי, אבל ביטוח סיעודי מהווה פתרון חלקי בלבד למיעוט מהאוכלוסייה ונדרשת השלמה באמצעות טיפול פורמלי ציבורי ובלתי פורמלי.

טיפול בלתי פורמלי

כידוע, טיפול בלתי פורמלי מהווה את עמוד השדרה של הטיפול הממושך, והוא האלטרנטיבה הטבעית בהיעדר טיפול פורמלי. כדי לעודד טיפול כזה, חלק מהמדינות משקיעות משאבים ציבוריים, ובכלל זה קצבאות בכסף והטבות מס למטפלים בלתי פורמליים כדי לעודד אותם לספק את הטיפול. קצבאות עשויות גם לשרת מטרות מדיניות אחרות ובכלל זה: הבטחת הכנסה למטפלים, מתן שליטה רבה יותר לזקנים על הטיפול שהם מקבלים באמצעות בחירת השירות שהם זקוקים לו, מהספקים המועדפים עליהם, על פי התנאים שלהם, ועידוד השתתפות אנשים בעלי כישורים נמוכים בכוח העבודה הפורמלי. עם זאת, פרט לכסף, מיעוט מהמדינות משקיעות בהעצמת המטפלים כמו למשל בהכשרתם ובשיפור המיומנות שלהם, מתן אפשרויות להפוגה, תמיכה ומניעת שחיקה.

אחת הבעיות המרכזיות בטיפול בלתי פורמלי הוא ירידה בזמינותם, בעיקר של בנות משפחה, ביחס לצורכי הטיפול של הזקנים מסיבות ידועות: ירידה בשיעור האוכלוסייה בגיל העבודה, ירידה בגודל המשפחה, ירידה במגורים משותפים של זקנים עם ילדיהם, השתתפות גדולה יותר של נשים בשוק העבודה, גיל פרישה גבוה יותר וירידה אפשרית בנכונות לטפל וגורמים נוספים. בעיות נוספות הן הפרעות בקריירה של בנות ובני משפחה אשר עלולות להוביל להידרדרות ההון האנושי, השפעות שליליות על הבריאות, מצוקה נפשית ובידוד.

המדינות המפותחות מתייחסות לאיזון בין טיפול פורמלי לבין בלתי פורמלי במונחים של תחלופה או השלמה, בהתאם לסוג הטיפול ולצרכיו של האדם. המדיניות במדינות רבות מכוונת לשילוב של טיפול פורמלי ובלתי

פורמלי. כך למשל, בלגיה יישמה מספר הסדרים כדי לעודד אנשים מבוגרים לחיות באופן עצמאי בבית במשך זמן רב ככל האפשר, תוך הבטחת נגישות לשירותי טיפול פורמליים חליפיים במחיר סביר. בנוסף לטיפול פורמלי ביתי מוצעים גם שירותים מגורים למחצה, כגון מעונות יום ומרכזים לשהייה קצרה. מספר מדינות מספקות מספר כלים לתמיכה במטפלים בלתי פורמליים, כדי למתן את ההשפעות השליליות של טיפול בלתי פורמלי על העבודה והבריאות. זה כולל קצבאות כספיות המשולמים ישירות למטפל כדי לסייע בשמירה על יכולתו לספק טיפול, או קצבאות הניתנות למקבל הטיפול, אך מעודדים אותו לשתף את בן המשפחה. במחקר מאנגליה נמצא כי לתקציבים אישיים יכולות להיות השפעות חיוביות על בני משפחה מטפלים, אשר דיווחו על איכות חיים מוגברת, נטו יותר להיות עסוקים באופן מלא בפעילויות לפי בחירתם, והיו בעלי סיכוי גבוה יותר לקיים חיי חברה.

הגברת הפרודוקטיביות

השכר לטיפול ממושך עולה ביחד עם השכר הכללי, גם אם הפריון בטיפול ממושך אינו עולה באותה מידה. התוצאה היא עלייה בעלויות עבור רמה נתונה של תפוקה (אפקט באומל). השילוב של הזדקנות האוכלוסייה, עלייה נמוכה יותר בפריון משאר המשק והדרישה הגוברת לטיפול, מגבירים את החשש לקשיים בקיימות הפיננסית ארוכת הטווח של הטיפול הממושך.

אחד הדברים שעולים בעבודות שונות הוא שימוש רב יותר בטכנולוגיה או בחידושים תהליכיים. עדויות מה-OECD מראות כי קיים פוטנציאל רב יותר לשימוש בטכנולוגיה, ובמיוחד בטכנולוגיית מידע. זאת משום שהיא מאפשרת מעורבות רבה יותר של הזקנים וניהול עצמי על ידי קידום יכולותיהם לנהל ביעילות את בריאותם. עם זאת, רוב המחקרים המעריכים את השימוש בטכנולוגיה בטיפול ממושך עדיין בחיתוליהם (תכניות פיילוט) ודרוש הרבה מידע נוסף. באיטליה למשל, יש כ-80 פרויקטים של שירותי הטלא-רפואה/בריאות אלקטרונית הפזורים ברחבי המדינה, אך אין תוכנית אסטרטגית לאומית לרפואה מרחוק או לבריאות אלקטרונית ואין גם מנגנוני תשלום ותמריצים לשימוש בהם.

כדי להרחיב את השימוש בטכנולוגיה, יש צורך להתמודד עם התשתיות, עלויות ההשקעה, והתנגדות לשינוי מצד עובדי רפואה, בני משפחה והזקנים עצמם. כמו כן יש חסמים הקשורים לפרטיות ואבטחה, בעיות רגולטוריות וסוגיית האחריות לניהול נתונים. עם זאת, עזרה טכנולוגית בשירותי טיפול ממושך נתפסה במידה רבה כעזרה והשלמה לכוח האדם, ולא כתחליף. רוב החידושים שפותחו בשנים האחרונות כדי לעודד פרודוקטיביות ממוקדים בסיעוד ובטיפול ביתי, כגון טכנולוגיית לניידות, אך ככלל, נראה כי הסתייעות בטכנולוגיה נמצאת עדיין בחיתוליה וכי כלים טכניים יעילים לשיפור הפרודוקטיביות בטיפול ממושך אינם זמינים עדיין.

פרק 8: השפעת מגפת COVID-19 על השירותים לטיפול ממושך

כידוע, בתחילת שנת 2020 פרצה מגפת COVID-19, אשר טלטלה את העולם. כיום, עם הצטמצמות ממדי המגפה והשפעותיה המיידיות, קיימת ציפייה לחזור לשגרת ההתנהלות והפעילות שלפני המגפה.

המגפה חשפה בעיות משמעותיות במערכת שירותי הבריאות והרווחה בכל העולם, ופגעה במיוחד באלה שזקוקים לשירותים. לפיכך, מדינות הרווחה עסוקות כיום בלמידת השפעת המגפה על האוכלוסייה שזקוקה לעזרה, ובהסקת מסקנות לעתיד. ככל הידוע לנו וככל שחיפשונו, טרם נעשו שינויים או רפורמות נרחבות במערכות הטיפול הממושך לזקנים, אך מתוך העבודות שפורסמו בשנה האחרונה אפשר ללמוד על תובנות שעולות במדינות שונות בעקבות המגפה, ושעשויות לתרום לארגון מערכת השירותים לזקנים בקהילה הזקוקים לעזרה בתפקודם.

לדוגמה, ממאמר שסקר את התמודדות מערכת הטיפול הממושך בקהילה בהולנד, דנמרק וגרמניה, עולה כי הן התמודדו עם פגיעת המגפה באופן טוב יחסית. הולנד נכנסה למגפה עם תשתית טיפול ביתי חזקה יחסית, ותיקה וממומנת היטב וקשורה למערכת הבריאות, אשר סייעה בשמירה על הנגישות לשירותים. במקביל, בני משפחה הרחיבו והגבירו את הטיפול בזקנים. בדנמרק, שבה שולטת תפיסת השירות הציבורי הנורדי, המבוסס על עקרונות אוניברסליים מקיפים, הטיפול בקהילה המשיך לתפקד ונפגע במידה מועטה. זאת ככל הנראה משום שהוא מבוסס ומופעל על ידי חקיקה וסטנדרטים לאומיים, אף על פי שהאחריות לטיפול ביתי מבוצעת מאוד. עם זאת, המגפה הגבירה את הצורך לטיפול ואת הנטל על בני משפחה. בגרמניה, תשתית השירותים הפורמליים לטיפול ממושך היא הגמישה והמקיפה ביותר, משום שהיא כוללת ביטוח סיעודי לאומי, אפשרות לקבלת תשלומים בכסף או שירותים בעין או שילוב ביניהם, וכן תשלום עבור מטפלים בני משפחה. למרות זאת, המגפה חשפה את עקב אכילס של המערכת, דהיינו העובדה שהיא נשענת על הרבה מהגרי עבודה המגיעים מדרום אירופה. בעקבות ההגבלות שהוטלו על מעבר גבולות, נחסמה במידה רבה הגעתם של מהגרי עבודה מטפלים. עקב כך, גברה הדרישה למטפלים לא פורמליים וגברה המעורבות שלהם בטיפול. לפיכך, האתגרים שעומדים כיום בפני מערכת הטיפול בגרמניה הם להבין כיצד למסד שירותי טיפול חוצה גבולות לאומיים.

להלן ריכזנו את התובנות והמסקנות המרכזיות שעולות מהמאמרים ושעשויה להיות להן תרומה לחוסן וליציבות הטיפול הממושך בקהילה בישראל.

מדיניות וחקיקה: מדינות בעלות מדיניות מעוגנת בחקיקה לאומית, ובעיקר קיומו של חוק ביטוח סיעוד לאומי, שיש אצלן מקורות מימון מוגדרים בחוק ושילוב בין כל גורמי הטיפול, ובכלל זה מערכות הבריאות והרווחה הפורמליות – הצליחו יותר מאחרות לשמר את השירותים הפורמליים לטיפול ממושך. נראה כי אלה שנכנסו למגפה עם מערכות טיפול ביתיות חזקות ומשולבות היו עמידות יותר בפני ההרס שהמגפה זרעה. לעומת זאת, במדינות שבהן אין חקיקה הקובעת את מדיניות הטיפול הממושך, אין סטנדרטים לאומיים, אין תקנים מוגדרים וחוזים עם ספקים, ואין אחריות למימון השירותים, ובמדינות שהמימון מבוסס בין גורמים לאומיים ומחוזיים – ההתמודדות עם המגפה הייתה הרבה פחות טוב. כמו כן, במדינות שבהן היה חוסר בהירות ביחס לחלוקת הסמכויות, חוסר הסכמות ודיונים ביחס לארגון השירותים, הפגיעה הייתה גדולה יותר.

מימון: בחלק מהמדינות נמצא שיש צורך להגדיל את המימון הציבורי לטיפול ממושך, להוריד את רף הזכאות ולבסס אותו יותר על צורך ולא על הכנסה. זאת משום שנגישות לשירותים אשר מבוססת על אמצעים ולא רק על זכאות, מאפשרת רק לאנשים בעלי אמצעים ליהנות משירותים בקהילה באמצעות תשלום מהכיס.

מניעה ושיקום: הרחבת שירותי מניעה ושיקום בקהילה עשויה לסייע ליותר זקנים להישאר בבית באיכות חיים טובה יותר ועצמאות רבה יותר.

מסגרות טיפול מגוונות: כדי להבטיח יותר שירותי טיפול בקהילה, מספר מדינות מציעות לפתח סוגים שונים של מסגרות טיפוליות בקהילה ובכלל זה הרחבת שירותי המיסוד החלקי, בעיקר מוסדות קטנים, דיור סיעודי "נוסף" המספק טיפול ביום או בלילה, המצמצם לא רק את צורכי הטיפול בזקן בבית אלא גם את הבידוד החברתי שלו ואת העומס על בני משפחתו.

תקנים: במדינות רבות התגלה צורך להרחיב את התקנים לטיפול ממושך בקהילה, ולקבוע מסגרת חקיקה המסדירה את יישום השירותים באמצעות ספקים מורשים. כמו כן, במדינות שבהן יש דיווח, ניטור ומעקב שקופים על השימוש בתקני הטיפול, השירותים לטיפול ממושך נפגעו פחות. בנוסף לכך, יש צורך לספק הכשרה למטפלים ולתת חשיבות להתמקצעותם בטיפול, ובמקביל לפתח מסלול קריירה בעל נגישות שקופה להכשרה ולהשתלמויות שמאפשרות גם שיפור בשכר.

מטפלים ומהגרי עבודה: מטבע הדברים, היצע המטפלים הפורמליים ככוח עבודה הוא הבסיס לטיפול ביתי פורמלי. כך למשל, בהולנד ובדנמרק, רמה גבוהה של יציבות, מקצועיות ואחריות של כוח העבודה לטיפול ביתי סייעה לקיים אותו במהלך המגפה. בגרמניה לעומת זאת, שבה יש הרבה מהגרי עבודה סיעודיים בקהילה, נפגע כוח העבודה, מה שהותיר זקנים רבים במצוקה. כלומר, אחד המאפיינים הבולטים של מידת החוסן והיציבות של הטיפול הפורמלי הממושך בקהילה בתקופת המגפה היה הבדלים במאפייני השירותים הפורמליים, ובעיקר היקף העובדים הזרים המשמשים מטפלים לזקנים. זאת מאחר ששיעורם של עובדים זרים בתחום הסיעוד גדל בהתמדה בעשורים האחרונים, והם מהווים במדינות רבות מרכיב משמעותי, לעיתים קרובות, בכוח העבודה המטפל. לפיכך, כדי להמשיך ולגייס ולהעסיק מטפלות זרות, קיימת הבנה שיש צורך בהסכמים בילטרליים בין מדינות אשר יעודדו ויסדירו הגירת מטפלות, ויקבעו מכסות הגירה באמצעות אישורים רשמיים שיאפשרו למטפלים לעבוד באופן רשמי מבלי להסתכן בעבודה לא חוקית. במקביל, מאחר שרוב מהגרי עבודה מועסקים בידי סוכנויות קבלניות ומקבלים שכר נמוך, ראוי להעלות ולהסדיר באופן חוקי את התשלום שהם מקבלים ולהבטיח להם זכויות וזכויות, כמו למשל ביטוח בריאות.

טכנולוגיה: במספר מדינות (ארה"ב, ספרד) פיתחו והגבירו את השימוש בטכנולוגיית ניטור וטיפול מרחוק, תוך שיתוף מספר שירותים

ביטוח סיעוד פרטי: מספר מצומצם של מדינות מציעות לעודד ולהרחיב את ביטוח הסיעוד הפרטי.

שמירת חוסן בני המשפחה: עקב הפגיעה בשירותי הטיפול הפורמליים, השירותים הבלתי פורמליים – דהיינו בני משפחה, שכנים וחברים – התגייסו למתן טיפול והרחיבו מאוד את מעורבותם בטיפול בזקנים בכל המדינות המפותחות. מחקרים מלמדים שהייתה לכך פגיעה בחוסנם הפיזי והנפשי, בעיקר ככל שארך משך הזמן למתן

הטיפול. עומס רב במיוחד היה על בני משפחה שמטפלים באנשים עם דמנציה, נשים, בעלי הכנסות נמוכות וקבוצות פגיעות אחרות

התייחסות לישראל: רבות מהסוגיות שהמגפה עוררה אינן חדשות, אך המגפה האירה עליהן בזרקור חזק וברור. אין להתעלם מכך שלשינויים במדיניות הטיפול הממושך בעקבות המגפה תהיה השפעה על הוצאות המדינה על טיפול ממושך, ולכן, מטבע הדברים, זהו אתגר פוליטי ותקציבי שלעיתים קרובות מרתיע. עם זאת, בעקבות המגפה, ועוד לפני, קיים בישראל צורך לבחינה מעמיקה של הטיפול הסייעודי בקהילה ולנקיטת צעדים חדשים כדי להבטיח שמערכת הטיפול הביתית תוכל להתמודד באופן יעיל עם הצרכים העכשוויים, ובעת חירום, באופן איכותי, יעיל ובר קיימא לאורך זמן.

להרחבה ראה אצל Budnick et al. (2021); Butler (2022); Stall et al. (2022); Law (2022); Lorenz-Dant (2022); Comas-Herrera (2022); World Health Organization (2022).

פרק 9: דיון

הקדמה

המדיניות הסוציאלית בישראל מכירה בצורך לספק שירותים וטיפול לזקנים הגרים בביתם שבקהילה וזקוקים לעזרה בתפקוד. לפיכך, בצד בני המשפחה של הזקנים, המהווים גורם מרכזי בטיפול בהם, המדינה מספקת ומממנת שירותים פורמליים, אשר מהווים גורם חשוב בהבטחת רווחתו של אדם זקן עם מוגבלות בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי, התלוי בעזרת הזולת כדי להמשיך לגור בביתו שבקהילה.

בדומה למדינות המפותחות אחרות, גם ישראל מתמודדת עם אתגרים רבים ומורכבים הכרוכים בהספקת שירותים לטיפול ממושך, כדי להבטיח את מימונם, איכותם, יעילותם והיותם ברי קיימא. המחקר הנוכחי מספק תמונה מקיפה ומעמיקה של המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך לזקנים במדינות מפותחות שונות.

מהמחקר עולה כי בצד הפעולות הרבות והתמשכות שנעשות בישראל לשיפור וליעול השירותים לטיפול ממושך, מתקיימים במדינות אחרות תהליכים ופעולות שנועדו ליעל את מערכת השירותים לטיפול ממושך, ושעדיין לא מתקיימים או שמתקיימים באופן חלקי בישראל.

להלן נסקור את התובנות המרכזיות שעשויות לסייע לשירותים לטיפול ממושך בישראל כדי לשפר ולהבטיח את יעילותם ואיכותם. הסקירה תציג את התובנות שנלמדו מהמחקר, לפי סדר חשיבותן והצורך ביישומן לתפיסתנו, ולא דווקא לפי סדר פרקי הדוח. בהקשר זה נתייחס גם להמלצות שניתנו בדוח "המלצות הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים" בראשותו של מר ניר קידר, בספטמבר 2022.

צרכנות ישירה

בעולם קיימת הסכמה גוברת בדבר היתרונות שיש להרחבת האוטונומיה של הזקנים ובני המשפחה בקבלת ההחלטות ביחס למרכיבי הטיפול הנדרשים להם, בחירת השירותים המתאימים להם ושיטת התגמול עבורם. מודלים של "צרכנות ישירה" עשויים לנוע בין זכאות מלאה להחליט כיצד להשתמש בגמלה הכספית (כמו למשל בגרמניה ואוסטריה) לבין בחירה משותפת עם מנהל טיפול מקצועי מתוך חבילת שירותים, ובניית תוכנית הטיפול (הולנד). בין שני הקצוות האלה אפשר למצוא דרגות שונות של צרכנות ישירה. גם ישראל עושה צעדים ראשוניים בכיוון זה ונראה שיש ניצנים לתפיסת העולם הזו אך היא טרם קנתה לה אחיזה רחבה ומספקת. תקנות חוק סיעוד בישראל עדיין מגבילות את מעורבות הזקן ומשפחתו בקבלת ההחלטות לגבי טיפול במסגרת חוק סיעוד. הסיבות לכך רבות, חלקן מוצדקות, אך נראה שראוי להרחיב את הדיון בתפיסת העולם הזו ולבחון אותה לעומקה.

הרחבת התפיסה והשירותים למניעת התדרדרות תפקודית ולשיקום

מספר גובר של מדינות מספקות שירותי מניעה ושיקום בתוך הבית (דנמרק מובילה בכך), במטרה לצמצם אובדן ביכולות התפקוד, למנוע או לדחוק צורך בשירותי טיפול פורמלי בקהילה או מעבר מיסוד. במקצת מהמדינות שירותי המניעה כוללים – בנוסף לשירותים לשימור פעילות פיזית ותפקודית – גם שירותים לשימור המצב הנפשי והחברתי, כדי להתמודד עם בידוד חברתי. קיימים קשיים רבים להטמעה וליישום התפיסה הזו ולפיתוח שירותי מניעה בקהילה לאנשים עם מוגבלות. הסיבות לכך רבות וביניהן הפיצול בין התקצוב, האחריות והסמכות של גורמי טיפול ושירות שונים, והקושי להעריך את יעילות תכניות מניעה משום שמדדי התוצאה קשים להגדרה ולא מוסכמים והן משום שהמדידה יקרה ולא תמיד ניתן לייחס את התוצאות לתוכנית עצמה.

גישת המניעה והשיקום על פני מתן טיפול בפועל, עומדת במרכזו של הדוח בראשותו של ניר קידר מסוף 2022, לפיה, ראוי להתמקד במתן שירותי מניעה לאנשים ברמות סיעוד הנמוכות (1-2) ולא בשירותי טיפול. כך, גמלת הסיעוד תהא מורכבת מקצבה חודשית כספית אשר תינתן דרך המוסד לביטוח לאומי, ללא הגבלה על אופי השימוש בקצבה, ומשירותי מניעה שירכשו על ידי הביטוח לאומי מידי קופות החולים ויסופקו על ידם. עוד מוצע כי לספקי השירותים למניעת הדרדרות יהיה את הידע, היכולת והפריסה הארצית לטובת אספקת השירותים באופן מיטבי, וכן תורחב מרחב הגמישות לספקים לשם התאמה אישית של סוג השירות. בנוסף, יושם דגש מיוחד על מנגנון תמריצים כלכליים למניעת הדרדרות, אשר ידרוש השקעה משמעותית במניעת הדרדרות בקרב זקנים עם מוגבלות קלה. במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2023 המלצות אלה לא התקבלו, נראה שראוי לבחון אותן ולבדוק את האפשרויות ליישומן. תכנית הדגמה ניסיונית מלווה מחקר הערכה עשויה להיות מסגרת מתאימה לכך.

תמיכה במטפלים בלתי פורמליים

בחינת השירותים בעולם לבני משפחה מטפלים מלמדת שרבים מהם מסופקים גם בישראל, בעצימות שונה. חלקם מתקיימים בארץ במידה מצומצמת, כמו למשל נופשון לזקנים ולבני משפחה או מגורים למחצה, וחלקם

מתקיימים במסגרת ניסיונית, כמו למשל הכשרה לצמצום התלות הפיזית ולצמצום תחושת הבדידות של הזקנים (בידי אשל), ומיעוטם אינם מתקיימים בישראל.

בעשור האחרון התפתחו בישראל תכניות מסוגים שונים שנועדו לסייע ולהקל על המטפלים אך נראה שניתן ללמוד מהעולם על אמצעים נוספים. מבחינת ההקלה בטיפול הפיזי, קיים מקום להרחבת שירותי טיפול הפוגה Respite care הניתנים בישראל במידה מצומצמת ביותר או הטבה במזומן לתשלום עבור שירותי טיפול פורמליים לתקופה מוגבלת. מבחינה כלכלית, ניתן לשקול, כפי שקיים במדינות רבות, מתן פיצוי כספי (גמלה במזומן) למטפל הביתי פורמלי על אובדן הכנסה מעבודה ולהבטיח כיסוי ביטוח סוציאלי כדי להקל על הלחץ הכלכלי שלו. בנוסף, אף כי תכניות חופשה מעבודה או הפחתת זמן העבודה קיימת בישראל, נראה שיש מקום להרחיב אותן ולהגביר את הידיעה על קיומן ואף לקבוע תקנות ברורות להפעלתן. בנוסף, במקצת מהמדינות קיים תגמול כספי נדיב לבני המשפחה המשמשים מטפלים בלתי פורמליים ובכלל זה קבלת משכורת מלאה או חלקית, הבטחת מקום עבודתם בתקופת ההיעדרות עקב הטיפול, כיסוי תשלומי ביטוח לאומי או הפחתה בפרמיה. נראה שאלו כלים שראוי לבחון כדי להקל על בני משפחה מטפלים ואף להגביר את מעורבותם בטיפול בזקן.

גמלה כספית

בישראל, כמו בכל המדינות, מתן שירותי טיפול ממושך ציבורי מבוסס על שירותים בעין ועל גמלה כספית, ונראה כי גמלאות בכסף הן "כאן כדי להישאר". בדומה ישראל, קיימים הבדלים מבחינת אפשרויות הבחירה בסוג הגמלה (בהתאם לדרגת המוגבלות). זאת ועוד, מתן גמלאות כספיות כרוך באתגרי פיקוח ובקרה על איכות הטיפול והבטחת השימוש בהן לצורכי הטיפול בזקנים. לאור ההתפתחות מתן השירותים בישראל בעשור האחרון, נראה שראוי להמשיך לבחון את האיזון המתאים בין מתן שירותים בעין לבין מתן גמלאות בכסף. במקביל, מאחר וגמלאות בכסף מגדילות את ההוצאה על טיפול ממושך בקהילה, ובעקבות זאת מתגבר העיסוק בקיימות ארוכת הטווח באספקת הטיפול ראוי להעמיק הבחינה בסוגיה הזו.

קריטריוני זכאות לשירותים

הזכאות לשירותים ולמימון הציבורי של זקנים עם מוגבלות בקהילה נקבעת בכל המדינות בהתאם לצורכי הטיפול (תפקודי וקוגניטיבי), וברובן גם בהתאם להכנסות ובנכסים של הזקן. קיים טווח רחב של מבחן הכנסות במדינות שונות, ובמקצתן רק זקנים מוגבלים מאוד ועניים זכאים לטיפול פורמלי (בריטניה למשל). בישראל, הזכאות (מלאה או חלקית) לטיפול פורמלי הזקנים עם מוגבלות הגרים בקהילה נקבעת בהתאם לצורכי התפקוד ולהכנסות. קיימות בישראל עדויות אימפריות לכך שייטכן שמבחן ההכנסות משפיע על היקף השימוש בטיפול פורמלי, וכי חלק מבעלי הכנסה בינונית וגבוה נמנעים מכך. כתוצאה מכך, עול טיפולי רב יותר נופל על בני המשפחה, דבר שעלול לפגוע במעורבותם בכוח העבודה במשק או שבני משפחה בוחרים בפתרון זול יותר ממטפלת סיעודית כמו למשל עוזרת בית וכתוצאה מכך הזקן אינו זוכה לטיפול המיטבי שהוא זקוק לו. לפיכך, ראוי לבחון לעומק את מבחן ההכנסות הנוכחי כדי למנוע פגיעה בזקוקים לטיפול ונמנעים מכך (שנור ושות', 2021).

לסיכום, אחת הדרכים להתמודד עם האתגרים הרבים והמורכבים הכרוכים במתן טיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, היא ללמוד מנסיוןן של מדינות רווחה אחרות. דוח מדעי זה מספק תמונה מקיפה של המדיניות, התהליכים והכלים להספקת טיפול ממושך במדינות מפותחות שונות. התמונה המתקבלת ממנו עשויה לספק למערכת השירותים בישראל תובנות מעשיות, כדי להבטיח שירותים יעילים, איכותיים ובני קיימא.

ביבליוגרפיה

1. שנור, י., וייס, ד., ורזניצקי, ש. (2021). מבחן ההכנסה בחוק סיעוד : בחינת השפעתו על מצבם הכלכלי של זקנים סיעודיים, דוח מספר דמ-21-848, מאיירס ג'וינט ברוקדייל.
2. תרשיש, נ. (2017). מדינות רווחה בראייה משווה : כיצד להגדיר את ישראל?, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתי בישראל.
3. Ambrosini, M. (2012). Surviving underground. Irregular migrants, Italian families, invisible welfare. *International Journal of Social Welfare*, 21 (4), 361-371.
4. Antigone Lyberaki & Platon Tinios (2018). "Long-term Care, Ageing and Gender in the Greek crisis," *GreeSE – Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*, 128, Hellenic Observatory, LSE.
5. Ariaans, M., Linden, P., & Wendt, C. (2021). Worlds of long-term care: A typology of OECD countries. *Health Policy*, 125(5), 609-617.
6. Bäcker, G. (2016). Reform of the Long-Term Care Insurance in Germany. *ESPN Flash Report 2016/43*. Brussels: European Social Policy Commission.
7. Bakx, P., C. De Meijer, F. Schut, & E. Van Doorslaer. (2015). "Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance." *Health Economics* 24: 631-43.
8. Bakx, P., R. Douven, & F.T. Schut. (2016). Does Independent Needs Assessment Limit Supply-Side Moral Hazard in Long-Term Care? CPB discussion paper 327. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-discussion-paper-327-does-independent-needs-assessment-limit-supplyside-moral-hazard-long-term-.pdf>.
9. Barr, N. (2010). 'Long-term care: a suitable case for social insurance', *Social Policy and Administration*, 44, 4, 359–74. Bennet, L. and Hump.
10. Bonoli, G. (1997). Classifying welfare states: a two-dimension approach. *Journal of social policy*, 26(3), 351-372.
11. Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 21, 1-11.
12. Bundesministerium für Gesundheit (2021). "Pflegeteleistungen zum Nachschlagen," Berlin, page 38,

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Broschuere_Pflegeleistungen_Nachschlagen_bf.pdf.

13. Burström, B. (2015). Sweden – recent changes in welfare state arrangements. *International Journal of Health Services*, 45(1), 87-104.
14. Butler, S. M. (2022). The Challenging Future of Long-term Care for Older Adults. In *JAMA Health Forum* (Vol. 3, No. 5, pp. e222133-e222133). American Medical Association.
15. Carr, S., Robbins, D., (2009). *The Implementation of Individual Budget Schemes in Adult Social Care*. Social Care Institute for Excellence, Research Briefing 20, London: SCIE.
16. Casanova, G., Principi, A., & Lamura, G. (2020a). Social innovation in long-term care: Lessons from the Italian case. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2367.
17. Casanova, G., Di Rosa, M., Fisher, O., & Lamura, G. (2020b). Between migrant care work and new occupational welfare tools: Changing home care arrangements in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5511.
18. Casanova, G., Tur-Sinai, A., & Lamura, G. (2020c). Innovating Long-Term Care Provision in Mediterranean Welfare States: A Comparison between Italy and Israel. *J. Aging Soc. Policy*, 32, 55–82.
19. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, & Tjadens F. (2011). *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.
20. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, & Tjadens F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. *Private Long-term Care Insurance: A Niche or a “Big Tent”?*
21. Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted. *Ageing and long-term care*, 17(2-3), 3.
22. Colombo, F., & Mercier, J. (2012). Help wanted? Fair and sustainable financing of long-term care services. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 34(2), 316-332.
23. Curry, N., Schlepper, L. and Hemmings, N. (2019) *What Can England Learn from the Long-Term Care System in Germany?* Research Report, Nuffield Trust, September.
24. Da Roit, B., & Gori, C. (2019). The transformation of cash-for-care schemes in European long-term care policies. *Social Policy & Administration*, 53(4), 515-518.
25. Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *Milibank Quarterly*, 88(3), 286–309.

26. Da Roit, B., Le Bihan, B., & Osterle, A. (2016). Cash for care benefits. In C. Gori, J.-L. Fernandez, & R. Wittenberg (Eds.), *Long-term care reforms in OECD countries* (pp. 143–166). Bristol: Policy Press.
27. Da Roit B, & Moreno-Fuentes FJ (2019) Cash for care and care employment: (Missing) debates and realities, *Social Policy & Administration*, 53, 4, 596-611.
28. Doty, P., Nadash, P., & Racco, N. (2015). Long-term care financing: lessons from France. *The Milbank Quarterly*, 93(2), 359-391.
29. Drzazga, B. (2021). Identification of long-term care challenges in Europe. *Social Entrepreneurship Review*, 2, <https://doi.org/10.15678/SER.2021.2.0>.
30. Dyer SM, Valeri M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, & Crotty M (2019). Review of International Systems for Long-Term Care of Older People. Flinders University, Adelaide, Australia.
31. Ekman, B., & Wilkens J. A. (2015). Literature review of the regional implementation of the Swedish government’s health care reforms on choice and privatization. *Health Economics Review*, 2015; 5:39.
32. Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
33. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Sweden (2018).
34. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany (2018).
35. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Italy (2018).
36. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Greece (2018).
37. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Czech Republic (2021).
38. European Commission (2016), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability and its country reports*, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group), Brussels: European Commission.
39. European Commission (2018), *The 2018 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
40. Fisher O. (2021), *The Impact of Micro and Macro Level Factors on the Working and Living Conditions of Migrant Care Workers in Italy and Israel—A Scoping Review*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2, (4201).

41. Fujisawa, R., & Colombo, F. (2009). *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO 44, Paris.
42. Gori, C., Fernandez, J.-L., & Wittenberg, R. (Eds.) (2016). *Long-term care reforms in OECD countries*. Bristol: Policy Press.
43. Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., & Czypionka, T. (2010). *A Typology of Long-term Care Systems in Europe*.
44. Le Bihan, B. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France (Doctoral dissertation, European Commission. European Social Policy Network (ESPN))*.
45. Le Bihan, B., & Martin, C. (2018). "French social and long-term care system", *Global Social Security Review*, Korean Institute for health and social affairs KIHASA, vol. 7, p. 5-15.
46. Lee, S. H., Chon, Y., & Kim, Y. Y. (2023, January). *Comparative Analysis of Long-Term Care in OECD Countries: Focusing on Long-Term Care Financing Type*. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 2, p. 206). MDPI.
47. Lorenz-Dant, K., & Comas-Herrera, A. (2022). *The impacts of COVID-19 on unpaid carers of adults with long-term care needs and measures to address these impacts: A rapid review of evidence up to November 2020*. *Journal of Long-Term Care*, 2021, 124-153.
48. Leon, M., Ranzi, C., & Rostgaard, T. (2014) *Pressures towards and within universalism: conceptualizing*.
49. Luppi, M. (2018). *Long-Term Care Reforms in Time of Economic Crisis. How Elderly Care Affects Family and their Private Resource in Europe*. Rome, Aracne Editore.
50. Madama, I., Maino, F., & Razetti, F. (2019). *Innovating long-term care policy in Italy from the bottom: Confronting the challenge of inclusive local care environments in Lombardy and Piedmont*. *Investigaciones Regionales-Journal of Regional Research*, (44), 125-141.
51. Maruta, M., Tabira, T., Makizako, H., Sagari, A., Miyata, H., Yoshimitsu, K., ... & Kawagoe, M. (2019). *Impact of outpatient rehabilitation service in preventing the deterioration of the care-needs level among japanese older adults availing long-term care insurance: a propensity score matched retrospective study*. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1292.
52. Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.

53. Perdrix, E., & Roquebert, Q. (2022). Does the amount of formal care affect informal care? Evidence among over-60s in France. *The European Journal of Health Economics*, 1-13.
54. Palmer, K.S., Stalteri, R., Ongolo Zogo, C., Stall, N.M., Jüni, P., & Law, S. (2022). Home Care for Older Adults During the COVID-19 Pandemic: Lessons from the Netherlands, Denmark, and Germany to strengthen and expand home care in Canada Contributions.
55. Ramakers, C., van Doorn, M., & Schellingerhout, R. (2011). Op weg naar een solide pgb. Onderzoek naar de diversiteit van budgethouders en een toekomstbestendig pgb in de AWBZ. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. <https://repository.uibn.ru.nl/bitstream/handle/2066/210378/rapport-r1869.pdf>.
56. Ranci, C., & Pavolini, E. (Eds.) (2013). Reforms in long-term care policies in Europe. New York: Springer.
57. Ranci C, & Pavolini E, editors. (2013). Reforms in long-term care policies in Europe: investigating institutional change and social impacts. New York, NY: Springer.
58. Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270-285.
59. Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
60. Riedel, M., & Kraus, M. (2016). Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 7–17.
61. Ródenas, F. (2014). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts. edited by Ranci C. and Pavolini E. 2013: New York, Springer. ISBN: 1461445019.
62. Roland, D., Forder, J., & Jones, K. (2022). What is out there and what can we learn? International evidence on funding and delivery of long-term care. *Social Policy and Society*, 21(2), 261-274.
63. Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201-210.
64. Rothgang, H., & Götze., R. (2014). “Fiscal and Social Policy: Financing Long Term Care in Germany.” In *Financing High Medical Risk*, edited by K.-P. Comanje. Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.
65. Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019 Ambulantisierung der Pflege*. Zugriff am, 31, 2020.

66. Social Protection Committee and European Commission, Long-term care report (2021). Vol. 2.
67. Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
68. Szebehely, M., & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare—weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3):294–308.
69. Tenand, M. (2018). Equity and efficiency in long-term care policies: empirical evidence from France and the Netherlands (Doctoral dissertation, Université Paris sciences et lettres).
70. Tsuchiya-Ito, R., Ishizaki, T., Mitsutake, S., Hamada, S., Yoshie, S., Iijima, K., & Tamiya, N. (2020). Association of household income with home-based rehabilitation and home help service utilization among long-term home care service users. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-16.
71. Ulmanen, P., & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24, 81-92.
72. van de Camp, L., Koster, L., Meijer, J. & van Bruggen., N. (2018). Evaluatie Zvw-pgb 2017: Doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk. Barneveld, Netherlands: Significant.
73. Waitzberg, R., Schmidt, A. E., Blümel, M., Penneau, A., Farmakas, A., Ljungvall, Å., ... & Or, Z. (2020). Mapping variability in allocation of Long-Term Care funds across payer agencies in OECD countries. *Health Policy*, 124(5), 491-500.
74. World Health Organization. (2022). Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region (No. WHO/EURO: 2022-5330-45095-64318). World Health Organization. Regional Office for Europe.
75. Yamamoto, T., Goda, A., Maki, Y., Tone, A., Kousaka, T., Arita, K., ... & Yanagibashi, K. (2022). Factors related to suspension of day-care services: an effective program for older users with declined ambulation to reduce care burden. *European Geriatric Medicine*, 13(4), 951-957.