



רמת השירות ואיכות הטיפול במוסדות הסיעודיים בעקבות המכרז הארצי לקודים סיעודיים – דוח מסכם 2008–2015

נטע בנטור ✦ מיכל לרון ✦ אלונה פלח

המחקר מומן על ידי משרד הבריאות

רמת השירות ואיכות הטיפול
במוסדות הסיעודיים בעקבות המכרז הארצי לקודים
סיעודיים – דוח מסכם 2008–2015

נטע בנטור מיכל לרון אלונה פלח

המחקר מומן על ידי משרד הבריאות

עריכת לשון: רונית בן-נון
הפקה והבאה לדפוס: ענת פרקן-טולדנו

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

תמצית המחקר

רקע

מדינת ישראל רוכשת, באמצעות משרד הבריאות, שירותי אשפוז לחולים סיעודיים ותשושי נפש אשר נמצאו זכאים לכך. רכישת השירותים מתבצעת באמצעות תשלום ליום אשפוז במוסד. התשלום שנותן משרד הבריאות למוסד לצורך אשפוז חולה סיעודי או תשוש נפש מכונה "קוד סיעודי".

עד שנת 2007 התבצע רכש שירותי האשפוז במוסדות הסיעודיים שלא דרך מכרז, וזאת בניגוד להוראות החלות על התקשרויות הממשלה לפי חוק חובת המכרזים. לא היה תעריף אחיד לכל המוסדות, ורוב המוסדות הציבוריים קיבלו תשלום גבוה יותר בעבור יום אשפוז מאשר המוסדות הפרטיים. בשנת 2008 פרסמו משרד הבריאות ומשרד האוצר מכרז כלל-ארצי להספקת שירותי אשפוז סיעודי, המבוסס על סטנדרטים ועל תעריפים אחידים לכל המוסדות הסיעודיים – הציבוריים והפרטיים – שיש להם רישיון ממשרד הבריאות. מטרת המכרז הייתה למנוע פערים שהיו קיימים עד אז הן בדרישות והן בתגמול למוסדות. נקבעו שישה סלי אשפוז השונים זה מזה באיכות השירותים, המתקנים וכוח האדם במוסד, ובהתאם נקבעו שישה תעריפים שונים ליום אשפוז של חולים סיעודיים ושל חולים תשושי נפש.

רבים מן המוסדות סירבו בתחילה להיענות למכרז בטענה שהתעריפים עבור יום אשפוז נמוכים מדי וגירעוניים, ולכן יפגעו באיכות הטיפול במוסדות. אך בסופו של דבר, רובם הצטרפו בלית-ברירה למכרז, וזאת משום שהממשלה מממנת את רוב האשפוז הסיעודי. בד בבד, בעקבות סירוב משרד האוצר ומשרד הבריאות לשנות את תנאי המכרז הגישו ארגון בתי האבות והמוסדות הסיעודיים לבית המשפט עתירה מנהלית. בעתירה זו טענו כי המכרז מציע מחירי הפסד ולכן אינו חוקי וכי הוא פוגע ברמת השירות לאוכלוסייה ובזכות לקיום בכבוד. במאי 2011 פסק בית המשפט כי מכרז האשפוז הסיעודי יבוטל בגין חוסר סבירות קיצוני בתמחור יום אשפוז.

על פסק דין זה של בית המשפט הגישה המדינה ערעור בפני בית המשפט העליון. במסגרת הערעור טענה המדינה, בין היתר, כי לא הייתה לבית המשפט כל עילה להתערב בהוראות המכרז בנוגע למחיר שישולם בעבור יום אשפוז. ביום 23.4.12 התקיים דיון בבית המשפט ובו קיבלו הצדדים את הצעת בית המשפט ולפיה: **"ערעור המדינה נמחק נוכח העובדה שהוצא בינתיים מכרז חדש, אך כל הצדדים שומרים על טענותיהם לכל הליך אפשרי אחר. על כן נמחק הערעור בלא צו להוצאות."**

באמצע שנת 2012 הופעל מכרז חדש, שקבע תעריפים גבוהים יותר בעבור יום אשפוז. למכרז היו שתי מטרות: (1) לשפר את איכות הטיפול במוסדות ולהשוות את איכות הטיפול הניתן במוסדות הפרטיים והציבוריים; (2) להתאים את התעריפים לרמה שתאפשר טיפול נאות.

ההתייחסות לאיכות הטיפול נעשתה במכרז בשתי צורות :

- (1) קביעת סטנדרטים שקשורים לתשתיות, המכונים "הפרוגרמה" – ובהם התייחסות למבנה, לחלל, לציוד, למרחב התנועה, לבטיחות, לסביבה מעשירה ועוד. על כל מוסד לעמוד באחת משתי פרוגרמות, זו שנקבעה בשנים 1992 או 1998 ('פרוגרמה נמוכה') או זו שנקבעה בשנת 2002 ('פרוגרמה גבוהה').
- (2) קביעת שמונה סלי אשפוז המתייחסים למרכיבים שונים של רמת הטיפול במוסד : תקופת הרישיון שהוענקה למוסד על ידי משרד הבריאות, איכות הטיפול של הצוות המטפל במוסד, רמת בריאות הסביבה של המוסד, השכלת הצוות המטפל והכשרתו, מומחיות רופא המחלקה והעסקת יועצים מומחים, מומחיות גריאטריה של המנהל הרפואי, הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות וקיום רשומה רפואית ממוחשבת למקצועות הבריאות. לכל מרכיב ניתן ניקוד שונה, והניקוד הכולל האפשרי של כל הסעיפים נע בין 0-100. הציון שנקבע למוסד קובע את רמת התגמול לפי סלי האשפוז.

מטרת המחקר

בעקבות השינויים המשמעותיים ברכש האשפוז הסיעודי פנה משרד הבריאות בשנת 2008 אל מכון מאיירס-גוינט-ברוקדייל בבקשה ללוות במחקר הערכה את תהליך מכרז הקודים הסיעודיים. להלן מטרות המחקר :

- (1) לבחון את התהליכים שהמוסדות הסיעודיים עושים כדי לעמוד בדרישות המכרז.
- (2) לבחון את איכות הטיפול במוסדות ואת השינויים באיכות הטיפול לאורך זמן, תוך הבחנה בין תקופת המכרז הראשון 2008–2012 לתקופת המכרז השני 2012–2015. בחינת האיכות תקיף את כל הרכיבים של התשתיות והטיפול במוסדות ואת שביעות הרצון של בני משפחות הקשישים מאיכות הטיפול.
- (3) לבחון את התייחסות המנהלים לשני המכרזים.
- (4) לבחון את האתגרים הכרוכים בהיערכות לעמידה בדרישות המכרז החדש שאמורות להיכנס לתוקף בסוף 2016.

מערך המחקר

איסוף המידע התבסס על המהלכים שלהלן :

- ניתוח שוטף של המידע שהתקבל מן הבקורות שביצע האגף לגריאטריה במשרד הבריאות בשנים 2010–2015.
- ארבעה סקרים שנערכו בקרב מנהלי מוסדות סיעודיים בשנים 2009, 2011, 2013 ו-2015.
- שלושה סקרים שנערכו בקרב בני משפחה של זקנים שהיו מאושפזים במוסדות בשנים 2009, 2011 ו-2013.
- ראיונות אישיים עם מנהלים בכירים באגף לגריאטריה, במוסדות הסיעודיים ובארגון בתי האבות בשנים 2008–2015.

במהלך המחקר הוגשו למשרד הבריאות שלושה דוחות (2010, 2011, 2013) וממצאי המחקר בכל שלב גם הוצגו לנציגי משרד הבריאות, לנציגי החשבות במשרד האוצר ולמנהלי המוסדות. הדוחות שימשו לשיפור תהליך יישום המכרז בכל שלב ומילאו תפקיד חשוב בתכנון המכרז החדש ב-2012.

בדוח זה אנו מסתכלים בראייה אינטגרטיבית על שני המכרזים ועל כל התקופה, בדגש על התפתחויות מאז הנהגת המכרז השני.

ממצאים מרכזיים

ממצאי המחקר מלמדים כי המכרז השני, שתנאיו נכנסו לתוקף באמצע 2012, התגבר על רבים מן הקשיים וההתנגדויות שעורר המכרז הראשון. המוסדות הסיעודיים השכילו לעבוד ולהתנהל בהתאם לדרישותיו ברמת התגמול שנקבעה בו. גם מן הממצאים הכמותיים וגם מראיונות העומק עם מנהלי המוסדות עולה כי בעקבות מכרז 2012 חל שינוי חיובי ומשמעותי לא רק בהתנהלות המוסדות ובאיכות הטיפול בהם, אלא גם בהתייחסות מנהליהם למכרז וביחסים שלהם עם האגף לגריאטריה. הדברים יפורטו בהמשך.

א. שיפור באיכות הטיפול משנת 2012 ועד 2015

סוגיה מרכזית ראשונה שנבחנה במחקר היא השיפור באיכות הטיפול שהמוסדות מעניקים לזקנים. נראה כי השיפור בתעריף והתמריצים (שמונה סלי אשפוז) לשיפור איכות הטיפול אכן הביאו לידי שיפור ניכר. להלן מספר דוגמאות:

- מניית הבקורות עולה לדוגמה כי:

- 1) בשנת 2013 ירד שיעור המוסדות שמעסיקים פחות כוח אדם מקצועי מן הנדרש לפי התקן, ובהתאם עלה שיעור המוסדות שמעסיקים יותר כוח אדם מן הנדרש לפי התקן. התמונה בולטת בייחוד בכל הקשור ברופאים, באחיות, בתזונאים, במרפאים בעיסוק, בעובדים סוציאליים ובפיזיותרפיסטים. במצבת כוח העזר הסיעודי (מטפלות) נצפתה יציבות, אך הסיבה לכך קשורה ככל הנראה לקושי להשיג עובדים בתחום הזה. המצב נמשך כך עד שנת 2015.
- 2) שיעור המוסדות המאפשרים לאחיות להשתתף בהשתלמויות ובלימודים מחוץ למוסד כמעט הוכפל בין שנת 2012 לבין שנת 2015.

- מסקרי מנהלי המוסדות עולה לדוגמה כי:

- 1) בכל אחד מן הסקרים נשאלו מנהלי המוסדות אם חל שיפור, חלה הרעה או שלא חל שיפור או לא חלה הרעה בהיקף הפעילות החברתית של הדיירים במוסד בשנתיים האחרונות. בעוד 10% מן המנהלים בשנת 2009 ו-14% מן המנהלים בשנת 2011 דיווחו שחלה הרעה בהיקף הפעילות החברתית, בסקרים מן השנים 2013 ו-2015 קטן שיעור המדווחים על הרעה בהיקף פעילות הדיירים לאחוזים בודדים, וגדל מאוד שיעור המדווחים על שיפור בהיקף הפעילות.

- הן מן הבקורות והן מן הסקרים עם מנהלי המוסדות עולה לדוגמה כי:

- 1) עלה שיעור המוסדות שבהם המנהל הרפואי מומחה בגריאטריה.

- (2) עלה שיעור המוסדות המקבלים ניקוד מלא על עבודת המנהל הרפואי.
- (3) עלה שיעור המוסדות שמקבלים ניקוד מלא בעבור בריאות הסביבה.
- (4) עלה שיעור המוסדות (הכפיל עצמו בין 2012 ל-2015) שהכניסו מערכת מחשוב.

• מסקרי המשפחות עולה לדוגמה כי :

(1) השוואה בין ממצאי הסקר משנת 2009 לשנת 2011 מלמדת על ירידה ניכרת ועקיבה בשביעות הרצון של בני המשפחה בכל תחומי התשתית וכוח האדם שנבחנו. ייתכן כי יש לכך מספר סיבות נוספות מלבד המכרז, כמו למשל השפעת הרעש הציבורי שהיה בתקשורת בתקופת המכרז הראשון על תפיסת בני המשפחות.

(2) בסקר של 2013 חל שיפור מתון בתפיסת בני המשפחות את איכות הטיפול ובשביעות רצונם. סקרי המשפחה לא נמשכו לאחר שנה זו ולכן אין לנו תמונה על שביעות הרצון של המשפחות מן התקופה האחרונה.

עם זאת, יש לתת את הדעת לכך שלא בכל התחומים חל שיפור במוסדות בעקבות המכרז החדש ב-2012. התחום המרכזי שבו לא חל שינוי הוא כוח אדם סיעודי (אחיות). המוסדות עדיין מתמודדים עם קשיים בגיוס אחיות ועם תחלופה גבוהה שלהן, אף שלדברי המנהלים השכר שהם מציעים עלה בשנים האחרונות. מן הראיונות עם מנהלי המוסדות התרשמנו כי זוהי הבעיה הקשה ביותר בניהול מוסד כיום, והיא מעסיקה אותם מאוד. הקושי נובע לדבריהם מן המחסור באחיות ומן התחרות עליהן – גורמים שלכאורה אינם קשורים למכרז. ואולם, המכרז ביטל החזרים כספיים שבעבר ניתנו למוסדות לצורך תשלום הטבות ותמריצים לאחיות. בעקבות זאת הקטינו מוסדות רבים את התמריצים או ביטלו אותם לחלוטין, ובכך פחתה האטרקטיביות שלהם לעומת בית חולים וגבר הקושי למצוא כוח אדם איכותי.

ב. סגירת פערי איכות הטיפול בין מוסדות ציבוריים לפרטיים

סוגיה מרכזית שנייה היא מידת סגירת הפערים שישנם באיכות הטיפול בין מוסדות ציבוריים לבין מוסדות פרטיים. הפערים בלטו בבקורות בשנים 2009 ו-2011, לפיהן איכות הטיפול במוסדות הפרטיים הייתה נמוכה מזו שבציבוריים. נראה שהקריטריונים האחידים והתגמול האחיד שנקבעו לכל המוסדות המשתתפים במכרז הביאו לידי השגת המטרה שעמדה בבסיס שני המכרזים – שיפור איכות הטיפול במוסדות הפרטיים וצמצום הפערים. בחלק מן התחומים הפער נסגר או אף התהפך ובתחומים אחרים הפער הצטמצם מאוד. העלאת התגמול אפשרה ככל הנראה למוסדות הפרטיים מידה גדולה יותר של גמישות ויכולת להקדיש משאבים כדי לעמוד בדרישות ובקריטריונים של משרד הבריאות. להלן מספר דוגמאות :

- הניקוד הכולל שקיבלו המוסדות הפרטיים בבקורות משרד הבריאות בשנים 2012 ו-2013 עדיין היה נמוך מזה שקיבלו המוסדות הציבוריים אך מאז נמצא בעלייה. הניקוד שקיבלו המוסדות הציבוריים לעומת זאת נמצא בירידה. בשנת 2015 היה הניקוד של המוסדות הציבוריים זהה לזה של המוסדות הפרטיים.
- העלייה בשיעור המוסדות שהמנהל הרפואי בהם הוא מומחה בגריאטריה בולטת במיוחד במוסדות הפרטיים. רוב המוסדות האלה לא העסיקו מנהל רפואי בעבר.

- בחלק מן המרכיבים של "סלי האשפוז" לא קיים יותר פער בין המוסדות הפרטיים לציבוריים, כאשר לעתים ישנו יתרון למוסדות הפרטיים, ובחלק האחר הפער הצטמצם מאוד.
 - גם בנושא כוח אדם נסגרו במידה רבה הפערים. בעוד לפני מכרז 2012 היקף כוח האדם במוסדות הפרטיים היה נמוך מזה שבציבוריים, הרי שלאחר המכרז החדש היה צמצום ניכר של הפער.
 - מסקר המנהלים של 2015 עולה שנסגר הפער בשביעות הרצון של המנהלים.
- שיפור נוסף התבטא בעלייה באחוז התקציבשהפרישו מנהלי המוסדות הפרטיים לשיפוצים ולתחזוקה שוטפת של המוסדות, כך שהפער לעומת המוסדות הציבוריים נסגר.

ג. היערכות לפרוגרמת 2016

סוגיה מרכזית שלישית שנבחנה במחקר היא היערכות המוסדות הסיעודיים הבנויים בהתאם לפרוגרמה נמוכה משנת 1992 לקראת הפרוגרמה החדשה שמשרד הבריאות עתיד להפעיל בסוף שנת 2016. הפרוגרמה החדשה נועדה לשפר את איכות הטיפול בעיקר בתחומים של תשתית, מרחב ותנועה, בטיחות וסביבה מעשירה. רבים מן המנהלים הביעו דאגה בנושא, משום שלדבריהם, אף על פי שהם עושים מאמצים ופעולות כדי לעמוד בקריטריונים החדשים, הם מתקשים להתמודד עם האתגרים הכלכליים והמבניים הכרוכים בכך.

עד שנת 2011 (כלומר, במהלך המכרז הראשון) המנהלים דיווחו על ירידה בהפרשה לתחזוקה, לשיפוצים ולבנייה, אך משנת 2013 יש עלייה באחוז ההפרשה למטרות אלה.

מבחינת ההיערכות לפרוגרמה החדשה, באמצע שנת 2015 :

- כרבע מן המוסדות דיווחו שהם כבר עומדים בכל הדרישות לפרוגרמת 2016.
 - כשליש מן המוסדות דיווחו שהמבנה מותאם במידה רבה וכי הם פועלים כדי להשלים את כל הדרישות.
 - שאר המוסדות נמצאים בשלבים שונים של הכנות להתאמת המבנה. חלקם כבר בשלבים מתקדמים של בנייה או שיפוץ, אך רבים נמצאים עדיין בשלבים ראשוניים של תכנון והיערכות, כמו למשל הגשת תכניות לאישור משרד הבריאות.
 - הקשיים המרכזיים של המוסדות להתמודד עם הפרוגרמה החדשה הם : ההשקעה הכספית הנדרשת גדולה מאוד ואינה משתלמת כלכלית, היעדר יכולת כלכלית לביצוע השינויים הדרושים, מבנה ישן שלא ניתן להתאימו לדרישות החדשות והיעדר שטח להרחבת הבניין.
 - מקצת ממנהלי המוסדות דיווחו שאין להם תכנית להתאים את המוסד לפרוגרמה החדשה.
- לסיכום, ממצאי המחקר בכל אחד מארבעת שלביו, הוצגו ונדונו עם משרד הבריאות ומשרד האוצר. בעבר תרמו הממצאים להכנת המכרז השני (משנת 2012), וכיום הם תורמים להכנת מכרז חדש שיחל לפעול בשנת 2017. הממצאים מלמדים על ההשפעה של תנאי המכרזים על איכות הטיפול במוסדות הסיעודיים : המכרז הראשון גרם להרעה, ובעקבות המכרז השני חל שיפור ניכר.

תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	2. הרקע למחקר
4	3. מטרת המחקר
4	4. מערך המחקר
6	5. ממצאים
6	5.1 ממצאים מבקורות משרד הבריאות
7	א. ציון מסכם במקצועות שנבדקו
7	ב. היקף כוח האדם
11	ג. איכות העשייה הרפואית
16	ד. איכות העשייה הסיעודית
19	ה. סלי אשפוז במכרז 2012 (נספח ד')
24	5.2 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב מנהלי המוסדות הסיעודיים
24	א. היקף כוח האדם
28	ב. קשר בין שינויים בכוח האדם לבין המכרז החדש (2012)
31	ג. פעילות חברתית של הדיירים
31	ד. היערכות לפרוגרמת 2016
35	ה. התנהלות המוסד
36	5.3 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב בני משפחה על איכות הטיפול במוסדות
36	א. מאפייני בני המשפחה
37	ב. שביעות הרצון של בני משפחה מאיכות הטיפול במוסדות
41	6. רשימת מקורות

רשימת לוחות

5	לוח 1 : מספר בקורות ומספר מוסדות לפי שנים
23	לוח 2 : הניקוד שקיבלו המוסדות בכל אחד מסלי האשפוז, לפי בעלות, בשנים 2012-2015
37	לוח 3 : מאפייני בני המשפחה שרואיינו

רשימת תרשימים

פרק 5.1 ממצאים מבקורות משרד הבריאות

- תרשים 1 : ציון בקרה ממוצע בכל אחת מן השנים 2009-2015, במקצועות רפואה, סיעוד ורווחה 7
- תרשים 2 : ציון בקרה ממוצע בכל אחת מן השנים 2009-2015, במקצועות הרפואה הנלווים 7
- תרשים 3 : מצבת רופאים במוסדות לעומת הנדרש, בשנים 2010-2014 9
- תרשים 4 : מצבת אחיות במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 9
- תרשים 5 : מצבת כוח עזר סיעודי במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 9
- תרשים 6 : מצבת תזונאים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 10
- תרשים 7 : מצבת מרפאים בעיסוק במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 10
- תרשים 8 : מצבת עובדים סוציאליים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 10
- תרשים 9 : מצבת פיזיותרפיסטים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 11
- תרשים 10 : מצבת קלינאי תקשורת במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 11
- תרשים 11 : מצבת רוקחים במוסדות בהשוואה לתקן הנדרש, בשנים 2010-2014 11
- תרשים 12 : שיעור מנהלים רפואיים מומחים בגריאטריה בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד 13
- תרשים 13 : ציון ממוצע למוסדות על עבודת המנהל הרפואי בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד 13
- תרשים 14 : שיעור רופאי בית מומחים בגריאטריה במוסדות, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד 13
- תרשים 15 : ביצוע בדיקה רפואית טובה ומלאה בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד 14
- תרשים 16 : ביצוע בדיקה קוגניטיבית באמצעות כלי מתוקף, בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד 14

- תרשים 17 : ביצוע הערכה תפקודית באמצעות כלי מתוקף, בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 18 : אבחון בעיות רפואיות דחופות, טיפול תקין בהן ותייעודן המלא, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 19 : רישום דוח של אירוע חריג ומעקב אחר תוצאותיו, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 20 : היערכות למתן טיפול פליאטיבי במעורבות רופא, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 21 : קיום דיונים מקיפים על מצבי סוף החיים ועל הנחיות מקדימות, בעת קבלת דיירים למוסד או באופן תקופתי, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 22 : ביצוע אומדן כאב מקיף למי שיש להם כאב כרוני או חריף, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 23 : מתן הסבר מלא על התהליך הצפוי, לפני בדיקה או התערבות אחרת, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 24 : קיום ותייעוד של שיחות עם בני משפחה, כולל תיאום ציפיות, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 25 : השתתפות אנשי צוות סיעודי בהשתלמויות מחוץ למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 26 : השתתפות מלאה של אנשי צוות סיעודי בקונגרסים, סמינרים וימי עיון, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד
- תרשים 27 : ניקוד שניתן למוסד בעבור בריאות הסביבה, בשנים 2012-2015
- תרשים 28 : ניקוד ממוצע שניתן למוסד על השכלת הצוות הרפואי והכשרתו, בשנים 2012-2015
- תרשים 29 : ניקוד ממוצע שניתן למוסד על מומחיות רופא המחלקה ויועצים מומחים, בשנים 2012-2015
- תרשים 30 : ניקוד שניתן למוסד על היות המנהל הרפואי מומחה בגריאטריה, בשנים 2012-2015

22 תרשים 31 : ניקוד שניתן למוסד על הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות (IV), בשנים 2015-2012

22 תרשים 32 : הניקוד שניתן למוסד על מחשוב התקשורת והרשומות הרפואיות, בשנים 2015-2012

23 תרשים 33 : משך הרישיון (בשנים) שניתן למוסד בעקבות הבקרה, בשנים 2015-2010

24 תרשים 34 : ניקוד כולל ממוצע שקיבלו המוסדות בבקרה, בשנים 2015-2012, לפי בעלות על המוסד

פרק 5.2 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב מנהלי המוסדות הסיעודיים

26 תרשים 35 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם תקן הרופאים הקיים אצלכם הוא גבוה, זהה או נמוך מהנדרש מכם?", לפי שנים

26 תרשים 36 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם תקן האחיות אצלכם גבוה, זהה או נמוך מהנדרש?", לפי שנים

27 תרשים 37 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם תקן כוח העזר הסיעודי אצלכם גבוה, זהה או נמוך מהנדרש מכם?", לפי שנים

27 תרשים 38 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם אתם מאפשרים לכוח העזר הסיעודי לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות?", לפי שנים

27 תרשים 39 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם יש אצלכם תזונאים בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?", לפי שנים

28 תרשים 40 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם יש לכם מרפאים בעיסוק בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?", לפי שנים

28 תרשים 41 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם יש לכם עובדים סוציאליים בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?", לפי שנים

30 תרשים 42 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "האם חל שינוי בהיקף כוח האדם בעקבות המכרז החדש?", לפי בעלות על המוסד

30 תרשים 43 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה : "עד כמה קשה לכם להשיג אחיות מוסמכות או מעשיות?", לפי שנים

- 30 תרשים 44 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם אתם מאפשרים לאחיות לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות?", לפי שנים
- 31 תרשים 45 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם חל לדעתכם שיפור בפעילות החברתית של הדיירים?", לפי שנים
- 32 תרשים 46 : תשובת מנהלים שמוסדם אינו עומד בדרישות הפרוגרמה לשאלה: "מהו היקף ההשקעה הנדרשת כדי לעמוד בדרישות הפרוגרמה?"
- 33 תרשים 47 : תשובת מנהלים במוסדות שעדיין אינם מותאמים לפרוגרמת 2016 לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות שאתם מפרישים לשיפוצים, לבנייה ולהתאמת המוסד לפרוגרמת 2016?"
- 33 תרשים 48 : תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות הממוצע שהפריש המוסד לשיפוצים ובנייה בשנים 2009-2015?"
- 34 תרשים 49 : התפלגות תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות הממוצע שהפריש המוסד לשיפוצים ובנייה בשנים 2009-2015?"
- 34 תרשים 50 : תשובת מנהלי מוסדות על השאלה: האם בעקבות כניסתם למכרז, חל במוסד שינוי בהכנסות הכספיות, בהפרשות לשיפוצים ולתחזוקה ובתכניות להרחבת המוסד
- 36 תרשים 51 : תשובת מנהלי המוסדות לשאלה: האם בעקבות כניסתכם למכרז, חל שינוי בשביעות רצונכם מניהול המוסד, במוטיבציה ובשביעות רצון הבעלים

פרק 5.3 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב בני משפחה על איכות הטיפול במוסדות

- 39 תרשים 52 : שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מאיכות המזון והארוחות במוסדות, בשנים 2009, 2011 ו-2013
- 39 תרשים 53 : שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מן היחס, השיתוף בקבלת החלטות, והתקשורת עם אנשי הצוות בשנים 2009, 2011 ו-2013
- 39 תרשים 54 : שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" ממצבת האחיות והפעילות בשעות הפנאי בשנים 2009, 2011 ו-2013
- 40 תרשים 55 : שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מאיכות הטיפול הרפואי בשנים 2009, 2011 ו-2013
- 40 תרשים 56 : שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מן התשתית הפיזית והתחזוקה בשנים 2009, 2011 ו-2013

1. מבוא

מדינת ישראל רוכשת, באמצעות משרד הבריאות, שירותי אשפוז לחולים סיעודיים ולחולים תשושי נפש אשר נמצאו זכאים לכך. שירותי האשפוז נרכשים ממוסדות סיעודיים פרטיים וציבוריים שקיבלו רישיון ממשד הבריאות באמצעות תשלום ליום אשפוז במוסד. התשלום ממשד הבריאות למוסדות לצורך אשפוז חולה סיעודי או תשוש נפש מכונה "קוד סיעודי".

בשנת 2008 משרד הבריאות התחיל לערוך מכרז לרכישת הקודים הסיעודיים בקרב המוסדות הסיעודיים ברחבי הארץ, אשר מבוסס על סטנדרטים אחידים ועל תעריפים אחידים. בעקבות זאת, פנה משרד הבריאות למכון מאירס-גיונט-ברוקדייל בבקשה ללוות את התהליך במחקר הערכה.

2. הרקע למחקר

שירותי האשפוז לחולים סיעודיים ולחולים תשושי נפש במדינת ישראל ניתנים כפוף לקיום מקום פנוי במוסד ובהתאם למכסת מקומות האשפוז שנקבעו בתקציב משרד הבריאות לאותה שנה. היקף התקציב הממשלתי המיועד לרכישת שירותי האשפוז במוסדות סיעודיים בכל שנה נתון לשיקול דעת של המדינה. תקציב משרד הבריאות בעבור מימון האשפוז הסיעודי עמד בשנת 2014 על כ-1.5 מיליארד שקל בשנה וסייע באשפוז של כ-12,700 חולים סיעודיים ותשושי נפש. בסך הכול, יותר מ-70% מן הקשישים המאושפזים במוסדות סיעודיים מקבלים סיוע ממשד הבריאות למימון אשפוזם (תקציב המדינה – הצעה לשנת הכספים 2015, נובמבר 2014).

עד שנת 2007 התבצעה רכישת שירותי האשפוז במוסדות הסיעודיים בלי מכרז, וזאת בניגוד להוראות החלות על התקשרויות הממשלה לפי חוק חובת המכרזים התשנ"ב-1992. עד אז לא היה תעריף אחיד לכל המוסדות, ורוב המוסדות הציבוריים קיבלו תשלום גבוה יותר בעבור יום אשפוז מאשר המוסדות הפרטיים. בשנת 2006 מינה החשב הכללי במשרד האוצר ועדת מכרזים לביצוע המכרז בקרב המוסדות הסיעודיים. בשלב הראשון החליטה ועדת המכרזים לערוך מכרז "פיילוט" לשנה אחת. נקבע ששמונה מוסדות בנפת פתח תקווה ישתתפו בו במטרה לשמש שלב הכנה מקדים לקראת יציאה למכרז כלל-ארצי. במהלך שנת 2007 נערך הפיילוט שבו נבחנו מגוון היבטים הנוגעים לאופן יישומו של המכרז. את הפיילוט ביצעו גורמי מקצוע במשרד הבריאות ובמשרד האוצר, בסיוע מחקר הערכה שערך מכון מאירס-גיונט-ברוקדייל.

לקראת סוף שנת הפיילוט החליטו גורמי המקצוע במשרד הבריאות ובמשרד האוצר לפרסם מכרז כלל-ארצי, המבוסס על סטנדרטים אחידים ועל תעריפים אחידים לכלל המוסדות ברחבי הארץ. זאת במטרה להבטיח את מניעת הפערים שהיו קיימים עד אז הן ברמת הדרישות מן המוסדות והן בגובה התגמול שקיבלו (מדינת ישראל – משרד האוצר ומשרד הבריאות – מכרז פומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים. חשוון תשס"ח, נובמבר 2007).

כמו כן קבעה ועדת המכרזים כי יהיו שישה סלי אשפוז, בחלוקה לשתי רמות תשתית. לכל אחד מן הסלים נקבע תעריף מוגדר ליום אשפוז לחולים סיעודיים ותעריף מוגדר לאשפוז חולים תשושי נפש. בהתאם לרמת

התשתית נקבע שיוכו של כל מוסד לסל האשפוז המתאים לו, לפי רמת השירותים, המתקנים וכוח האדם במוסד. בהתאם לסל נקבע אחד משישה תעריפים שונים וקבועים לכל קטגוריה של שירותי אשפוז לחולים סיעודיים או לחולים תשושי נפש. התעריף הקובע ליום אשפוז הוא תעריף כולל (לרבות תשלום מע"מ ותשלומי חובה אחרים), המגלם את כלל התשלומים שהמוסד יקבל ממוסד הבריאות בעבור יום אשפוז. עוד נקבע כי התעריף יעודכן לפי חוק הפיקוח על מחירי המצרכים והשירותים התשנ"ו-1996.

רוב המוסדות סירבו בתחילה להיענות למכרז בטענה שהתעריף בעבור יום אשפוז נמוך מדי וגירעוני, ויפגע קשות באיכות הטיפול במוסדות. הם ערכו בדיקה מעמיקה של עלויותיהם ומצאו שעלות יום אשפוז סיעודי עומדת על כ-16% יותר מן התעריף הבסיסי של מוסד הבריאות. נוסף לכך הם טענו כנגד העובדה שתעריפי הסלים הוצגו ללא פירוט רכיבי התעריף ואופן החישוב לקביעתו. מנגד, משרד האוצר טען שבעקבות המכרז איכות הטיפול בקשיש בתום שלוש שנים תהיה אחידה, שווה וגבוהה יותר מאיכות הטיפול שניתן בעבר (דיוני ועדת הכספים של הכנסת. 17.6.2008). המתנגדים העיקריים למכרז היו המוסדות הציבוריים, זאת משום שלפני המכרז הם זכו על פי רוב לתעריף קוד גבוהים מאלה שקיבלו המוסדות הפרטיים. המכרז יצר האחדה של תנאי התשלום, כך שבעקבותיו עמדו שליש מן המוסדות לקבל תעריף גבוה יותר של קוד אשפוז, שליש עמדו לקבל תעריף נמוך יותר ובשליש תעריף שנשאר ללא שינוי (דיוני ועדת הכספים של הכנסת. 17.6.2008).

ואולם, רבים מן המוסדות נאלצו להצטרף למכרז, מאחר שכאמור כ-70% מן התשלום בעבור האשפוז הסיעודי מתקבל ממוסד הבריאות באמצעות קוד סיעודי, ומאחר שאי-הצטרפות למכרז הייתה מונעת מהם למכור שירותי אשפוז סיעודי למשרד הבריאות. בסיום הליכי המכרז ערך משרד הבריאות רשימת מוסדות כלל-ארצית, אשר כללה כ-160 מוסדות שמהם התכוון לרכוש שירותי אשפוז סיעודי או שירותים לתשושי נפש. ברשימה צוין שיוכו של כל מוסד לסל האשפוז שנקבע לו ומהי רמת התשתיות שבו. המוסדות שנכללו ברשימה הכלל-ארצית התחייבו לקיים את הדרישות המפורטות במכרז, ובכלל זה לעדכן את התנאים לפי הדרישות. מוסדות חדשים או מוסדות שבתחילה לא עמדו בתנאי הסף אך לאחר מועד הגשת ההצעות במסגרת המכרז עמדו בכל התנאים היו רשאים להציע הצעה מאוחרת, והוחלט שהצעתם תובא לדיון בוועדת המכרזים המתכנסת אחת לרבעון.

בין השנים 2007 ל-2012 דנה ועדת הכספים של הכנסת בהשלכותיו ובהשפעותיו של המכרז. הוא עורר דיונים ציבוריים רבים ונכתבו עליו כתבות בעיתונות ובמדיה האלקטרונית. ואולם, בעקבות סירוב משרד האוצר ומשרד הבריאות לשנות את תנאי המכרז הגיש ארגון בתי האבות והמוסדות הסיעודיים לבית המשפט עתירה מנהלית בנושא. ההטענות העיקריות של הארגון היו נגד אספקת שירותי רווחה במחירי הפסד לטענתו, הפוגעים ברמת השירות לאוכלוסייה ובזכות לקיום בכבוד. לפיכך, טען הארגון כי על המדינה לפרט כיצד נקבע תעריף יום אשפוז וכי לוח הזמנים שנקבע למכרז (כחודשיים) לא אפשר למוסדות לעמוד על פגם זה במכרז לפני הגשת ההצעות להיכלל ברשימת המכרז.

במאי 2011 פסק בית המשפט המחוזי בתל-אביב-יפו, בראשות השופטת מיכל אגמון גונן, כי מכרז האשפוז הסיעודי יבוטל בגין חוסר סבירות קיצוני בתמחור יום אשפוז. לדברי השופטת "תעריפי האשפוז שקבעה המדינה במכרז שפרסמה למוסדות סיעודיים אינם מאפשרים לחולים הסיעודיים קיום בכבוד ולוקים

בחוסר סבירות קיצוני. מחיר הפסד במכרז לרכש שירותי רווחה פותח פתח למדינה לעצום עיניה ולהשיל מעצמה אחריות לשמירה על זכויות הפרט".

על פסק דין זה של בית המשפט הגישה המדינה ערעור בפני בית המשפט העליון. במסגרת הערעור טענה המדינה בין היתר כי לא הייתה לבית המשפט כל עילה להתערב בהוראות המכרז בנוגע למחיר שישולם בעבור יום אשפוז. באפריל 2012 התקיים דיון בבית המשפט במסגרתו קיבלו הצדדים את הצעתו ולפיה:

ערעור המדינה נמחק נוכח העובדה שהוצא בינתיים מכרז חדש, אך כל הצדדים שומרים על טענותיהם לכל הליך אפשרי אחר.

ביולי 2011 החליטה ועדת המכרזים של משרד האוצר ומשרד הבריאות לפרסם מרכז חדש שהתחיל לפעול באמצע 2012 למשך שלוש שנים, עם אפשרות להארכה לחמש שנים. במכרז זה נקבעו תעריפים גבוהים יותר בעבור יום אשפוז. למכרז היו שתי מטרות עיקריות: (1) לשפר את איכות הטיפול במוסדות ולהשוות את איכות הטיפול הניתן במוסדות הפרטיים והציבוריים; (2) להתאים את התעריפים לרמה שתאפשר טיפול נאות.

ההתייחסות לאיכות הטיפול נעשתה במכרז בשתי צורות:

- (1) קביעת סטנדרטים שקשורים לתשתיות, המכונים "הפרוגרמה" – ובהם התייחסות למבנה, לחלל, לצידוד, למרחב התנועה, לבטיחות, לסביבה מעשירה ועוד. על המוסדות לעמוד באחת משתי הפרוגרמות, זו שנקבעה בשנים 1992 או 1998 ('פרוגרמה נמוכה') או זו שנקבעה בשנת 2002 ('פרוגרמה גבוהה').
- (2) קביעת שמונה סלי אשפוז המתייחסים למרכיבים שונים של רמת הטיפול במוסד: תקופת הרישיון שהוענקה למוסד על ידי משרד הבריאות, איכות הטיפול של הצוות המטפל במוסד, רמת בריאות הסביבה של המוסד, השכלת הצוות המטפל והכשרתו, מומחיות רופא המחלקה והעסקת יועצים מומחים, מומחיות גריאטריה של המנהל הרפואי, הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות וקיום רשומה רפואית ממוחשבת למקצועות הבריאות. לכל מרכיב ניתן ניקוד שונה, והניקוד הכולל האפשרי מכוח כל הסעיפים נע בין 0-100. הציון שנקבע למוסד קובע את רמת התגמול לפי סלי האשפוז.

חשוב להדגיש כי בעבור חולים שנקלטו לאשפוז בתקופת מכרז 2008 החלו המוסדות לקבל תעריפים שנקבעו במסגרת מכרז 2012, אולם בעבור חולים שאושפזו במוסדות בתקופה שקדמה למכרז 2008 ("חולים ותיקים") ימשיכו לחול התעריפים שנקבעו במסגרת ההתקשרויות וההתחייבויות הקודמות. דהיינו, התעריפים החדשים יחולו רק על חולים שנתקבלו במסגרת תקופת מכרז 2008 או כאלו שיתקבלו לאחר שיתחילו לעבוד לפי תנאי המכרז החדש, בעוד המוסדות ימשיכו לקבל תעריף נמוך יותר בעבור חולים ותיקים. לעומת זאת נקבע כי לעניין דרישות התקינה, הצידוד וכל דרישה תפעולית אחרת, יחולו תנאי המכרז החדש על כל המוסדות ועל כלל המאושפזים בהם מתחילת תקופת המכרז (יולי 2012).

בסוף שנת 2014 היו בישראל 21,179 מיטות לאשפוז ממושך, מתוכן 17,042 לאשפוז סיעודי ו-4,137 לאשפוז תשושי נפש. מספר המיטות נמצא במגמת ירידה, והוא קטן בכ-7% לעומת שנת 2010. כשלושה רבעים מכלל השחרורים באשפוז סיעודי הם פטירות והעברות לבתי חולים, לעומת שני שלישים אצל תשושי נפש. ההשייה הממוצעת בשנת 2014 עמדה על 310 ימים במחלקות סיעודיות ו-359 במחלקות לתשושי נפש. התפוסה

הייתה יציבה ועמדה על כ-93% בשני סוגי המחלקות. בסוף 2014 שיעור המיטות הסיעודיות היה 42.0 ל-1,000 בני 75 ומעלה, ירידה מ-42.8 בשנה שקדמה לה. שיעור המיטות לתשושי נפש היה 10.2 ל-1,000 בני 75 ומעלה, ירידה מ-10.6 בשנה שקדמה לה. שיעור נמוך של מיטות סיעודיות ולתשושי נפש נמצא במחוזות דרום, תל אביב וירושלים. בבחינת בעלות, 65% מן המיטות הסיעודיות ולתשושי נפש היו בבעלות פרטית, 31% בבעלות ציבורית והשאר בבעלות הממשלה וקופות החולים (קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2014, 2015).

3. מטרת המחקר

כאמור, בעקבות השינויים המשמעותיים ברכש האשפוז הסיעודי פנה משרד הבריאות בשנת 2008 אל מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל בבקשה ללוות במחקר הערכה את תהליך מכרז הקודים הסיעודיים. זאת במטרה לבחון את התהליכים המתקיימים במוסדות הסיעודיים ואת איכות הטיפול בהם, לזהות שינויים לאורך זמן ולאתר אתגרים הכרוכים בהמשך יישום מושכל של שיטת מכרז הקודים.

המטרות הספציפיות של המחקר

1. לבחון את התהליכים במוסדות הסיעודיים כדי לעמוד בדרישות המכרז.
2. לבחון את איכות הטיפול במוסדות ואת השינויים באיכות הטיפול לאורך זמן, תוך הבחנה בין תקופת המכרז הראשון 2008–2012 לתקופת המכרז השני 2012–2015. בחינת האיכות תקיף את כל הרכיבים של התשתיות והטיפול במוסדות ואת שביעות הרצון של בני משפחות הקשישים מאיכות הטיפול.
3. לבחון את האתגרים הכרוכים בהיערכות לעמידה בדרישות המכרז החדש שאמורות להיכנס לתוקף בסוף 2016.
4. לבחון את התייחסות המנהלים לשני המכרזים.

4. מערך המחקר

המחקר הזה עקב במשך שש שנים, בין שנת 2009 ל-2015, אחרי הפעילות של המוסדות הסיעודיים שמשרד הבריאות רוכש מהם שירותי אשפוז עבור חולים סיעודיים ותשושי נפש (מאושפזים בקוד). במהלך המחקר הוגשו למשרד הבריאות שלושה דוחות (2010, 2011, 2013), וממצאי המחקר בכל שלב גם הוצגו לנציגי משרד הבריאות והחשבות ולמנהלי המוסדות. הדוחות שימשו לשיפור תהליך יישום המכרז בכל שלב ומילאו תפקיד חשוב מאוד בתכנון המכרז החדש ב-2012. בדוח זה אנו מסתכלים בראייה אינטגרטיבית על שני המכרזים ועל כל התקופה, בדגש על התפתחויות מאז הנהגת המכרז השני.

איסוף המידע התבסס על המהלכים שלהלן:

- 1) ניתוח שוטף של המידע שהתקבל מן הבקורות שביצע האגף לגריאטריה במשרד הבריאות בשנים 2010–2015. להלן פירוט:

משרד הבריאות עורך דרך קבע בקרה בכל המוסדות הסיעודיים המורשים לספק טיפול סיעודי. הבקרה נעשית בידי צוותי בקרה הפועלים בששת מחוזות המשרד ברחבי הארץ. צוות בקרה כולל לרוב שמונה אנשי

מקצוע, וכל אחד מהם בודק את הנושא שעליו הוא מופקד: רפואה, סיעוד, תזונה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, עבודה סוציאלית, רוקחות ובריאות הסביבה. הבקרה נעשית לרוב פעם בשנה (אלא אם כן משך הרישוי של המוסד הוא פחות משנה) באמצעות כלים מובנים שפותחו בידי משרד הבריאות ומעודכנים מעת לעת (מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2016).

בסיום הבקרה ניתן למוסד ציון בכל אחד מן המקצועות וציון כולל. כמו כן כוללת הבקרה מידע על ההיקף וההרכב של כוח האדם במוסדות ורכיבים נוספים, למשל איכות הסביבה, אשר קובעים את רמת המוסד (בסיסית או גבוהה) ואת סל האשפוז שלו (1-8) (ר' מבוא). סיכום הבקרה, הכולל ציונים והסבר נרטיבי, נשלח אל המוסד בחתימת רופא ששימש ראש צוות הבקרה. כאשר מתגלים ליקויים מהותיים (למשל, אין אחות מוסמכת) המוסד מתבקש לתקן את הליקוי בתוך זמן קצוב ולהודיע על כך למשרד הבריאות.

נתוני המחקר על הבקרות (1,686 בקרות בשנים 2009-2015) נתקבלו ממערכת המחשוב של האגף לגריאטריה. לוח 1 מציג את התפלגות הבקרות והתפלגות המוסדות המבוקרים, לפי שנים.

לוח 1: מספר בקרות ומספר מוסדות לפי שנים		
שנה	בקרות	מוסדות
סה"כ	1,686	
2009	256	210
2010	195	175
2011	250	221
2012	246	213
2013	247	219
2014	248	222
2015	244	216

2) ארבעה סקרים שנערכו בקרב מנהלי מוסדות סיעודיים בשנים 2009, 2011, 2013 ו-2015. להלן פירוט: אוכלוסיית היעד לסקרים כללה את כל מנהלי המוסדות הסיעודיים בארץ שהשתתפו במכרזי הקודים. במהלך השנים הם רואיינו ארבע פעמים באמצעות שאלון מובנה סגור למילוי עצמי שנשלח אליהם והוחזר על ידם בדואר. השאלון כלל את הנושאים שלהלן:

- סוגיות הקשורות לכוח האדם במוסד: השוואת מצבת כוח האדם הסיעודי, הטיפול, הרפואי והפרה-רפואי לתקן; אתגרים וקשיים בגיוס כוח אדם; תחלופת עובדים ופעילות מקצועית
- תחזוקה, ציוד ושירותים (כגון חימום וקירור)
- הפרשות כסף לבנייה ולשיפוצים, היערכות לשינויים בסטנדרטים ולפרוגרמת 2016
- ניהול המוסד: איך תופסים המנהלים היבטים שונים של ניהול המוסד ואת התנהלותו בעקבות המכרז

לפני כל אחד מן הסקרים האלה רואיינו מנהלים בכירים באגף לגריאטריה במשרד הבריאות, בארגון בתי אבות ובעקבות זאת הוספו לשאלון שאלות עדכניות. בכל ארבעת הסקרים נכללה שורה ארוכה של שאלות

זהות, אשר אפשרו השוואה לאורך זמן. כמו כן, לאחר כל אחד מן הסקרים הוצגו למנהלים הבכירים הממצאים כדי ללמוד על תובנותיהם ולהעמיק את הבנת החוקרות את ממצאים.

בסקר הראשון רואיינו 121 מנהלים, בסקר השני רואיינו 120 מנהלים, בסקר השלישי רואיינו 141 מנהלים, ובסקר הרביעי רואיינו 87 מנהלים. בדיקת מאפייני המוסדות שמנהליהם רואיינו לימדה שבכל ארבעת הסקרים הם מייצגים את המוסדות הסיעודיים בארץ בשני פרמטרים מרכזיים: (1) במוסד מיטות סיעודיות ומיטות לתשושי נפש; (2) הבעלות על המוסד. עם זאת, במדגם בשנת 2013 היה מעט ייצוג-יתר למוסדות מן המרכז ומן הדרום ותת-ייצוג למוסדות ממחוז תל אביב לעומת כלל הארץ, ואילו במדגם של 2015 היה תת-ייצוג למחוז חיפה.

(3) שלושה סקרים בקרב בני משפחה של זקנים שהיו מאושפזים ונפטרו במוסדות הסיעודיים (בשנים 2009, 2011 ו-2013). בני משפחה אלו הוגדרו "המטפל העיקרי של הקשיש". הסקרים נערכו טלפונית באמצעות שאלון מובנה סגור אשר בחן את המידה שבה בן המשפחה היה שבע רצון מאיכות הטיפול ומרמת השירות במוסד. הסקרים עסקו בהיבטים האלה: המזון והארוחות, איכות הטיפול, הקשר של הצוות המטפל עם בן המשפחה ומידת מעורבותו בטיפול, הטיפול הרפואי וההתמודדות עם מצבי חירום כגון נפילות והסביבה והתשתית הפיזיות. בסקר הראשון נכללו 391 בני משפחה, בסקר השני נכללו 314 ובסקר השלישי – 563 בני משפחה.

(4) ראיונות אישיים עם מנהלים בכירים באגף לגריאטריה, במוסדות הסיעודיים ובארגון בתי האבות בשנים 2008–2015.

5. ממצאים

בפרק זה נציג את התהליכים והשינויים שהתרחשו במוסדות הסיעודיים לאורך זמן ואת איכות הטיפול בהם בעקבות מכרזי הקודים הסיעודיים. ניתן להציג את הממצאים בשתי דרכים מרכזיות: לפי נושאים או לפי מקורות המידע. אנו בחרנו להציג בדרך השנייה, בשל ההבדלים הגדולים בין שיטות איסוף הנתונים בשלושת מקורות המידע המקשים על ההצגה ועל הבנת הממצאים לפי נושאים. זאת ועוד, רק מקצת הנושאים נבחנו ביותר ממקור מידע אחד. במקרים שבהם יוצגו ממצאים באותו נושא משני מקורות, נציין זאת ונשווה ביניהם. לפיכך, פרק הממצאים יכלול שלושה תת-פרקים: ממצאים שעולים מבקורות משרד הבריאות, ממצאים שעולים מסקר הראיונות עם מנהלי המוסדות וממצאי סקר בני המשפחה.

5.1 ממצאים מבקורות משרד הבריאות

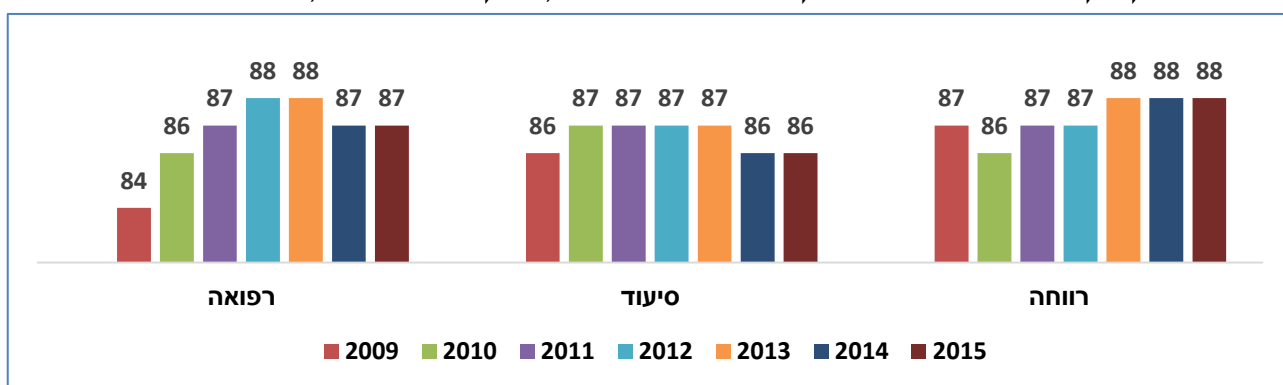
פרק זה מבוסס כאמור על בקרת האגף לגריאטריה במשרד הבריאות. יוצגו בו ציוני הבקורות שנעשו בין שנת 2009 לשנת 2015. כמו כן, על בסיס תוצאות הבקרה יוצגו היקף כוח האדם במוסדות, מאפייני העשייה הרפואית והסיעודית והתנהלות המוסד, ותיערך השוואה בין הנתונים משנת 2010 לבין הנתונים משנת 2015. שנת 2009 לא נכללה בניתוח משום שבחלק מן הנושאים חסרו נתונים רבים.

א. ציון מסכם במקצועות שנבדקו

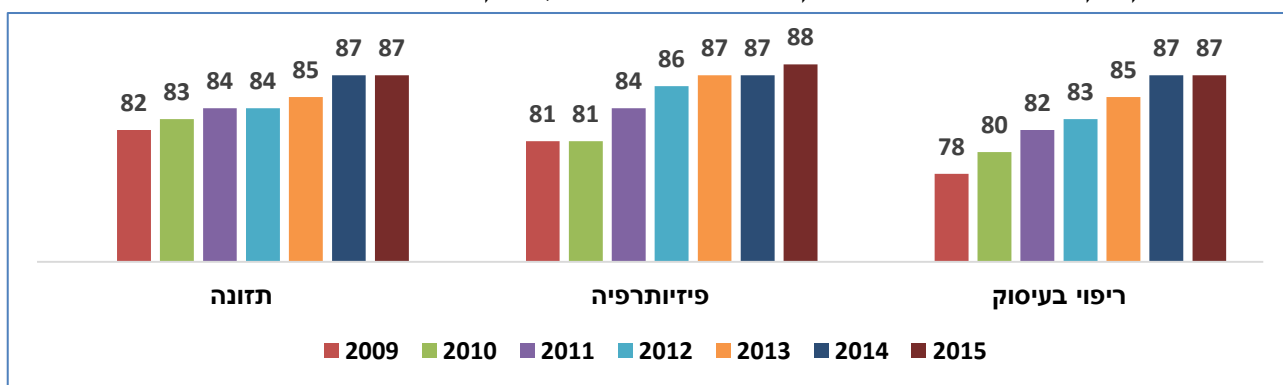
בדיקת הציון המסכם הממוצע בכל אחד מן המקצועות שנבדקו בבקרה (טווח הציונים נע בין 0 ל-100) על פני שש שנים מלמדת כי :

- ציוני הבקרה במקצועות רפואה, סיעוד ורווחה, בכל השנים, נעים בין 84 לבין 88. קיימת תנודתיות קלה בין השנים, עם מגמת שיפור לאורך זמן. (תרשים 1)
- ציוני הבקרה במקצועות הרפואה הנלווים – תזונה, ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה – נעים בין 78 לבין 88. התנודתיות בהם רבה מזו שבמקצועות הרפואה, הסיעוד והרווחה, אך ניכרת בהם מגמת שיפור ברורה יותר לאורך השנים. בתחום הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק חלה עלייה של 9 נקודות עם השנים. (תרשים 2)

תרשים 1: ציון בקרה ממוצע בכל אחת מן השנים 2009-2015, במקצועות רפואה, סיעוד ורווחה



תרשים 2: ציון בקרה ממוצע בכל אחת מן השנים 2009-2015, במקצועות הרפואה הנלווים



ב. היקף כוח האדם

בדיקה של מצבת כוח האדם במוסדות לעומת התקן הנדרש במקצועות השונים מלמדת שבאופן כללי חל שיפור עם השנים : בפחות מוסדות מצבת כוח האדם ברוב המקצועות היא מתחת לתקן הנדרש, ואילו ביותר מוסדות, מצבת כוח האדם היא מעליו. זאת למעט עובדי כוח עזר סיעודי (מטפלות), קלינאי תקשורת ורוקחים, שאצלם התמונה יציבה למדי לאורך השנים. ההשוואה להלן מתייחסת לחמש שנים בלבד, 2010 עד 2014. הנתונים לשנת 2009 ולשנת 2015 היו חלקיים, ולכן לא נכללו בניתוח.

רופאים

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות רופאים מן הנדרש לפי התקן – מ-20% ב-2010 ל-7% ב-2014. בד בבד הייתה עלייה בשיעור המוסדות שיש בהם יותר רופאים מן הנדרש לפי התקן – מ-55% ב-2010 ל-71% ב-2014 (מובהק). (תרשים 3)

סיעוד (אחיות)

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות אחיות מן הנדרש לפי התקן – מ-35% ל-13%. בד בבד חלה עלייה בשיעור המוסדות שיש בהם יותר אחיות מן הנדרש לפי התקן – מ-62% ל-73% (מובהק). (תרשים 4)

כוח עזר סיעודי (מטפלים)

עם השנים לא חל שינוי משמעותי במצבת כוח העזר ביחס לתקן הנדרש. בכ-30% מן המוסדות יש פחות כוח עזר מן הנדרש לפי התקן ובכ-70% יש יותר כוח עזר סיעודי מן הנדרש לפי התקן. (תרשים 5)

תזונה

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות תזונאים מן הנדרש לפי התקן – מ-24% בשנת 2010 ל-5% בשנת 2014. בד בבד חלה עלייה בשיעור המוסדות שיש בהם יותר תזונאים מהנדרש לפי התקן – מ-24% ל-33% (מובהק). (תרשים 6)

ריפוי בעיסוק

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות מרפאים בעיסוק מן הנדרש לפי התקן – מ-33% ל-8%. בד בבד חלה עלייה בשיעור המוסדות שיש בהם יותר מרפאים בעיסוק מן הנדרש לפי התקן – מ-26% ל-35% (מובהק). (תרשים 7)

עבודה סוציאלית

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות עובדים סוציאליים מן הנדרש לפי התקן – מ-25% ל-9%. בד בבד חלה עלייה בשיעור המוסדות המעסיקים יותר עובדים סוציאליים מן הנדרש לפי התקן – מ-51% ל-60% (מובהק). (תרשים 8)

פיזיותרפיה

עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם פחות פיזיותרפיסטים מן הנדרש לפי התקן – מ-39% ל-6%. בד בבד חלה עלייה בשיעור המוסדות שיש בהם יותר פיזיותרפיסטים מן הנדרש לפי התקן – מ-37% ל-61% (מובהק). (תרשים 9)

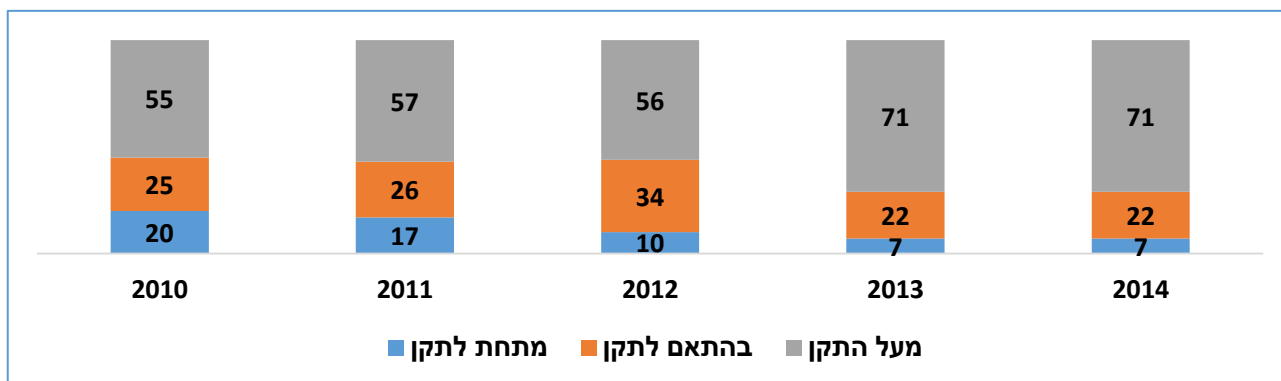
קלינאות תקשורת

בשנים 2010-2012 הייתה מצבת קלינאי התקשורת במוסדות בהתאם לנדרש לפי התקן. בשנים 2013-2014 היו בשיעור נמוך של המוסדות פחות קלינאי תקשורת מן הנדרש לפי התקן וב-3% מן המוסדות היו יותר קלינאי תקשורת מן הנדרש לפי התקן. (תרשים 10)

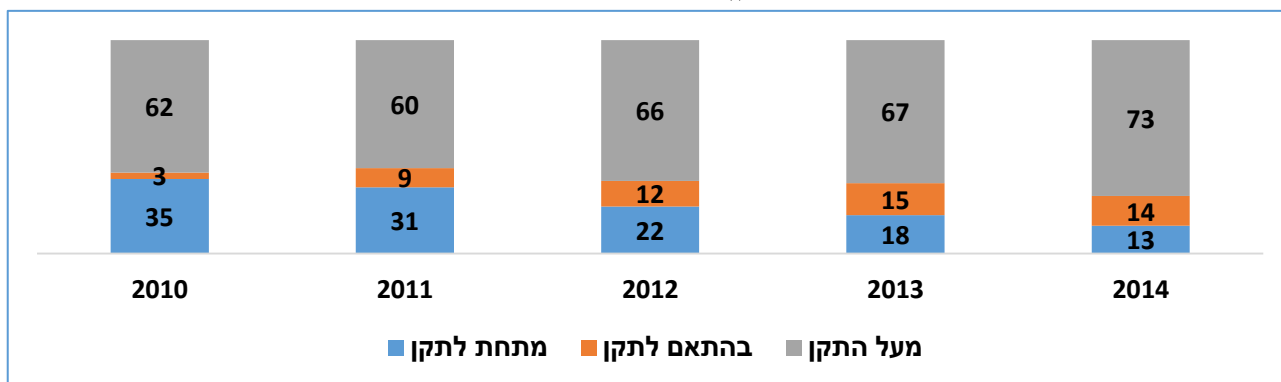
רוקחות

בשנים 2010-2011 הייתה מצבת כוח האדם בתחום הרוקחות בהתאם לנדרש לפי התקן, ובשנים 2012-2014 חלה עלייה בשיעור המוסדות שהיו בהם יותר רוקחים מהנדרש לפי התקן – מ-5% בשנת 2012 עד 19% בשנת 2014. (תרשים 11)

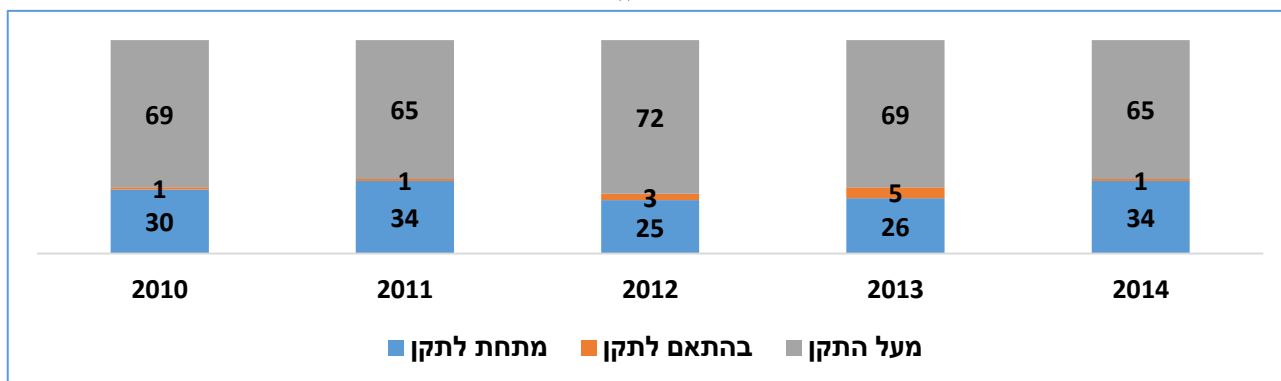
תרשים 3: מצבת רופאים במוסדות לעומת הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



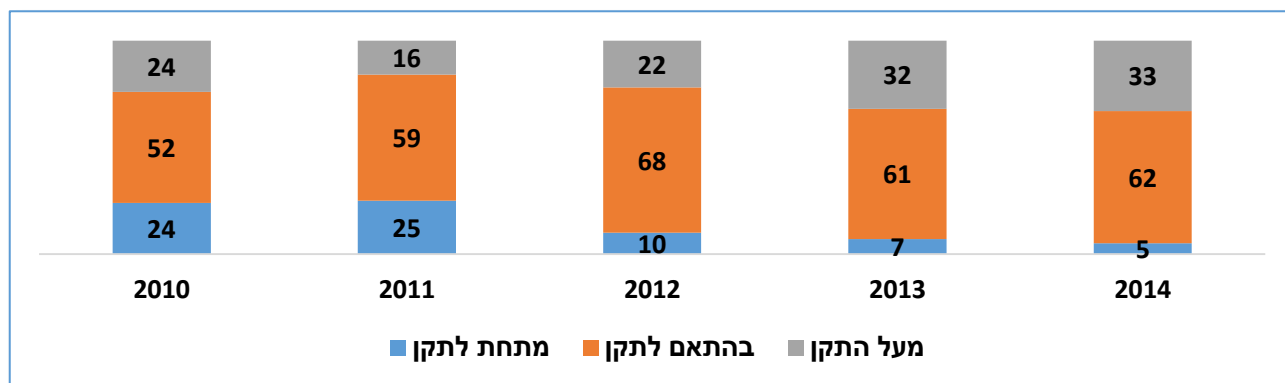
תרשים 4: מצבת אחיות במוסדות לעומת הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



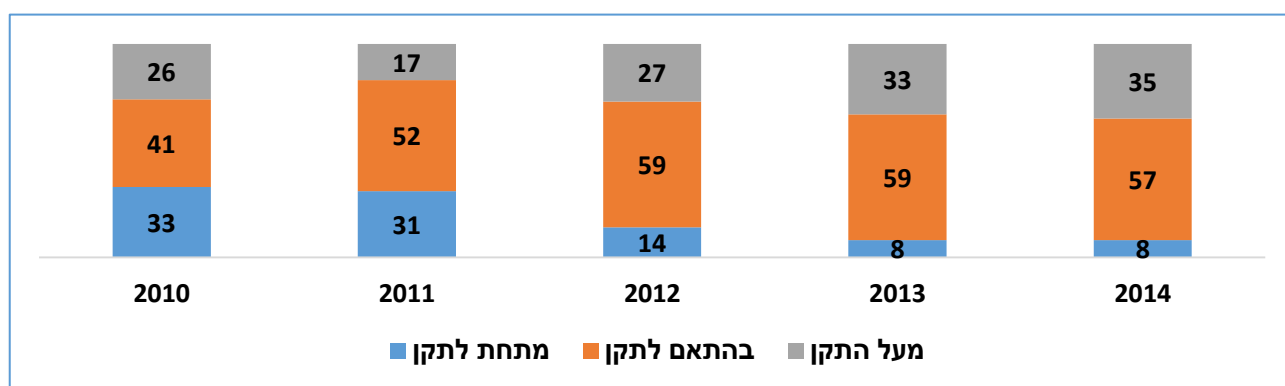
תרשים 5: מצבת כוח עזר סיעודי במוסדות לעומת הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



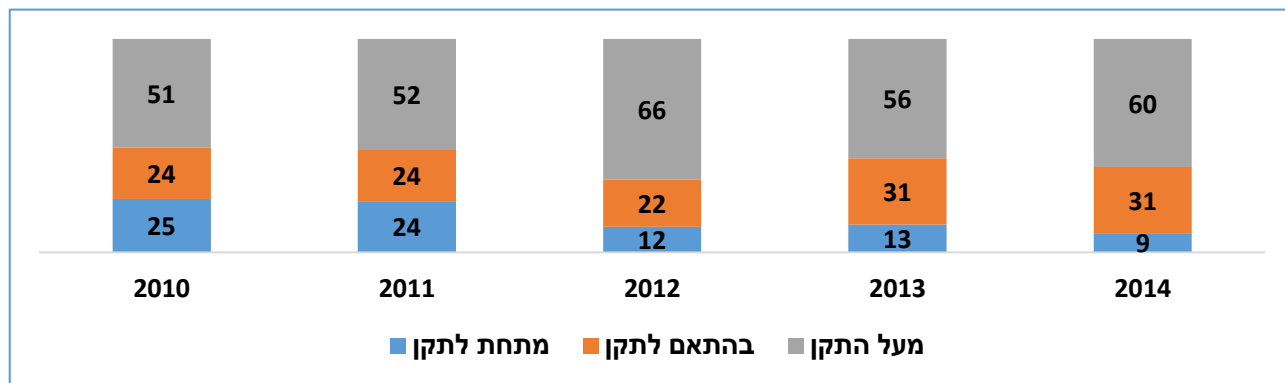
תרשים 6: מצבת תזונאים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



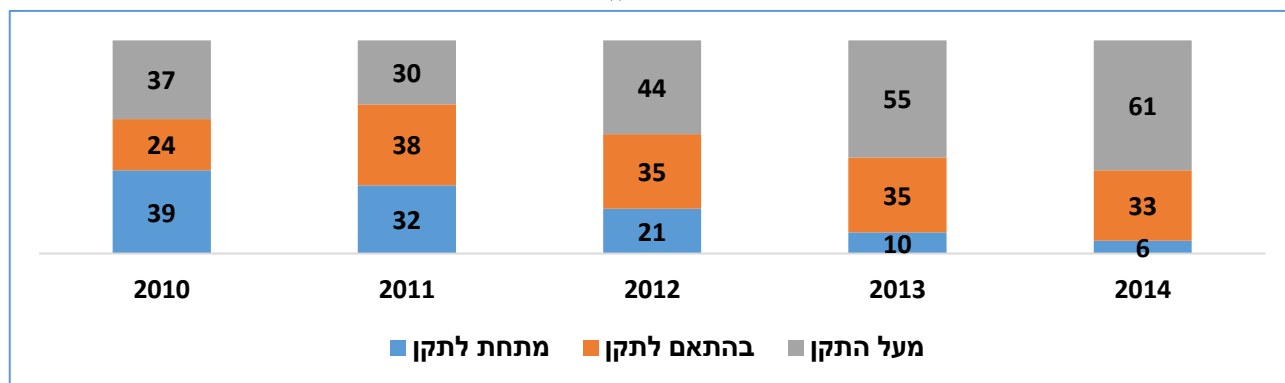
תרשים 7: מצבת מרפאים בעיסוק במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



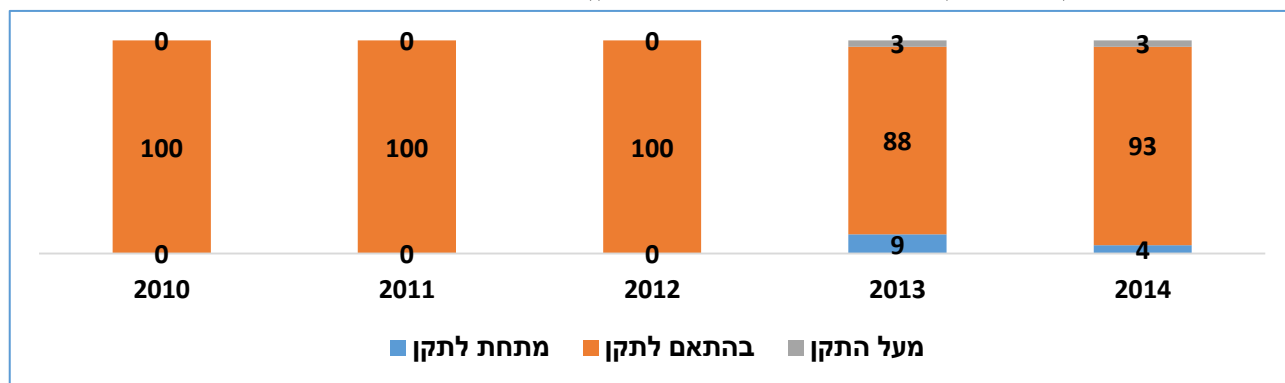
תרשים 8: מצבת עובדים סוציאליים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



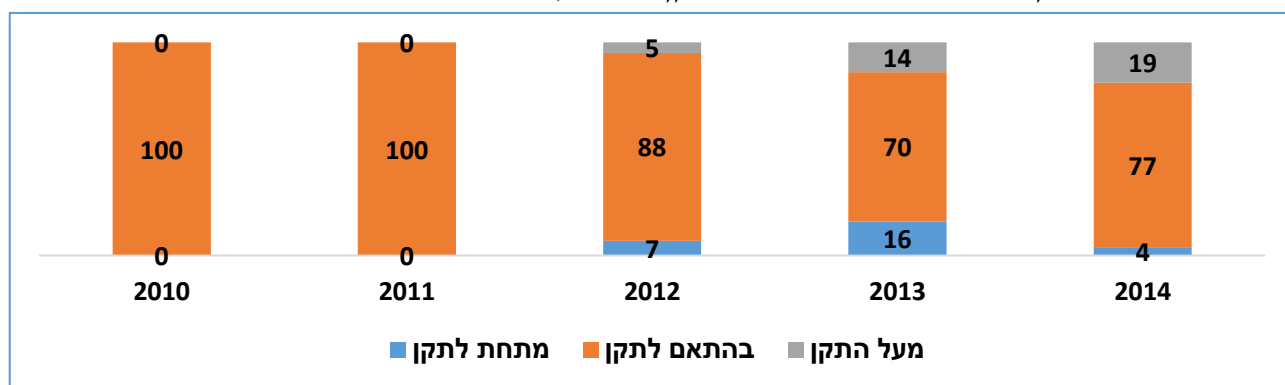
תרשים 9: מצבת פיזיותרפיסטים במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



תרשים 10: מצבת קלינאי תקשורת במוסדות לעומת התקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



תרשים 11: מצבת רוקחים במוסדות בהשוואה לתקן הנדרש, בשנים 2010-2014 (באחוזים)



ג. איכות העשייה הרפואית

כדי ללמוד על איכות הפעילות והעשייה המקצועית בקרב רופאים ואחיות בחרנו מתוך הבקורות דוגמאות המייצגות את פעילותם. להלן נציג את העשייה בכל תחום בשנת 2015 ונשווה לשלוש השנים שקדמו לה, דהיינו עד שנת 2012. לא נכללו נתונים משנים קודמות משום שחלק מן השאלות נכללו לראשונה בבקורת 2012.

מומחיות הרופאים

- בשנת 2015 היה ב-36% מן המוסדות מנהל רפואי מומחה בגריאטריה. בשנת 2012 (השנה שבה החלו לבדוק זאת) עמד שיעור זה על 28% ומאז עלה בהתמדה. העלייה בשיעור המנהלים הרפואיים המומחים לגריאטריה גדולה יותר במוסדות ציבוריים – מ-29% ל-57% – בהשוואה לפרטיים – מ-28% ל-34%. (תרשים 12)
- גם הניקוד הממוצע שניתן למוסדות על עבודת המנהל הרפואי נמצא בעלייה מתמדת לאורך השנים: בשנת 2012 עמד על 21.5 נקודות, ובשנת 2015 על 22.6 (תרשים 13). מעניין לראות שבעוד בשנת 2012 הניקוד של המוסדות הציבוריים על עבודת המנהל הרפואי היה גבוה יותר, בשנת 2015 הדביקו המוסדות הפרטיים את הפער.
- בשנת 2015 9% מן הרופאים במחלקות היו מומחים או מתמחים בגריאטריה (83% עברו השתלמות בגריאטריה ואילו 8% היו חסרי הכשרה בתחום). שיעור רופאי בית מומחים בגריאטריה נמצא בירידה, ובמוסדות הציבוריים ירד במיוחד – מ-21% בשנת 2012 ל-9% בשנת 2015. (תרשים 14)

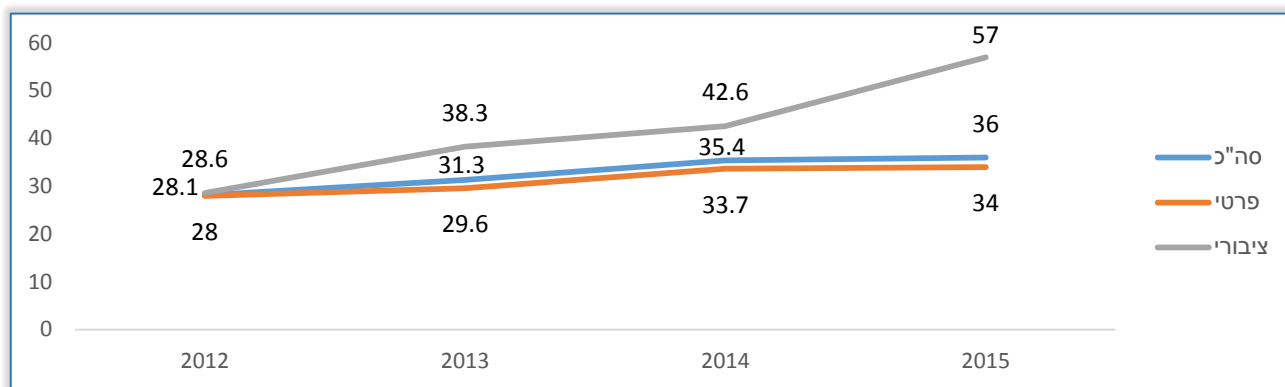
ביצוע הערכה רפואית

- בשנת 2015 נעשתה ב-96% מן המוסדות בדיקה רפואית טובה ומלאה בעת הקבלה של זקן חדש למוסד וב-4% נעשתה בדיקה חלקית, במוסדות פרטיים וציבוריים כאחד. (תרשים 15)
- בשנת 2015, בעת קבלת זקן חדש למוסד, נעשתה ב-64% מן המוסדות הערכה קוגניטיבית מלאה באמצעות כלי מתוקף. לעומת זאת, ב-35% מן המוסדות נעשתה הערכה זו על סמך התרשמות בלבד, וב-1% מן המוסדות לא התבצעה הערכה קוגניטיבית. עם השנים חלה ירידה בשיעור המוסדות המבצעים בדיקה קוגניטיבית באמצעות כלי מתוקף – מ-81% בשנת 2012 ל-64% בשנת 2015. (תרשים 16)
- בשנת 2015, בעת קבלה של זקן חדש למוסד, נעשתה ב-57% מן המוסדות הערכה תפקודית מלאה באמצעות כלי מתוקף. לעומת זאת, ב-42% מן המוסדות נעשתה הערכה זו על סמך התרשמות בלבד, וב-1% מן המוסדות לא התבצעה הערכה תפקודית. גם כאן מגמת ירידה נצפתה בשיעור המוסדות – פרטיים וציבוריים כאחד – המבצעים הערכה תפקודית מלאה. (תרשים 17)

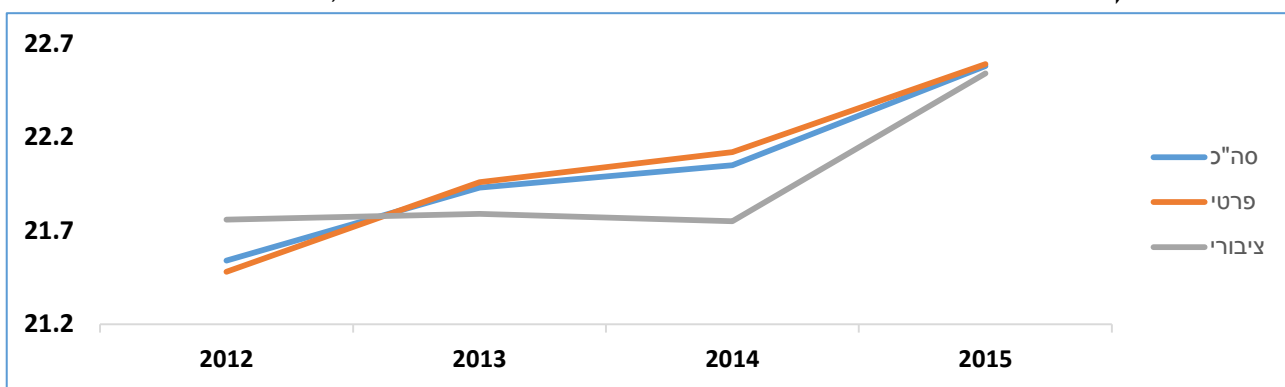
ביצוע מעקב רפואי שוטף

- במענה לשאלה בנוגע לאבחון בעיות דחופות, הטיפול בהן ותיעוד הטיפול עולה כי בשנת 2015 ביצעו 82% מן המוסדות אבחון של בעיות רפואיות דחופות, טיפלו בהן ותיעדו אותן. גם כאן נצפתה מגמת ירידה בין 2012 ל-2014. לעומת זאת בשנת 2015 חלה עלייה חדה בשיעור המוסדות הציבוריים שאבחנו בעיות רפואיות דחופות, טיפלו בהן ותיעדו אותן, אך במוסדות הפרטיים נמשכה מגמת הירידה. (תרשים 18)
- בשנת 2015, ב-83% מן המוסדות רשם רופא דוח של אירועים חריגים ועקב אחר התוצאות. לאחר ירידה בין השנים 2012 ל-2014 ברישום אירועים חריגים ובמעקב אחריהם, בשנת 2015 חלה עלייה בתחום זה, בייחוד במוסדות ציבוריים. (תרשים 19)

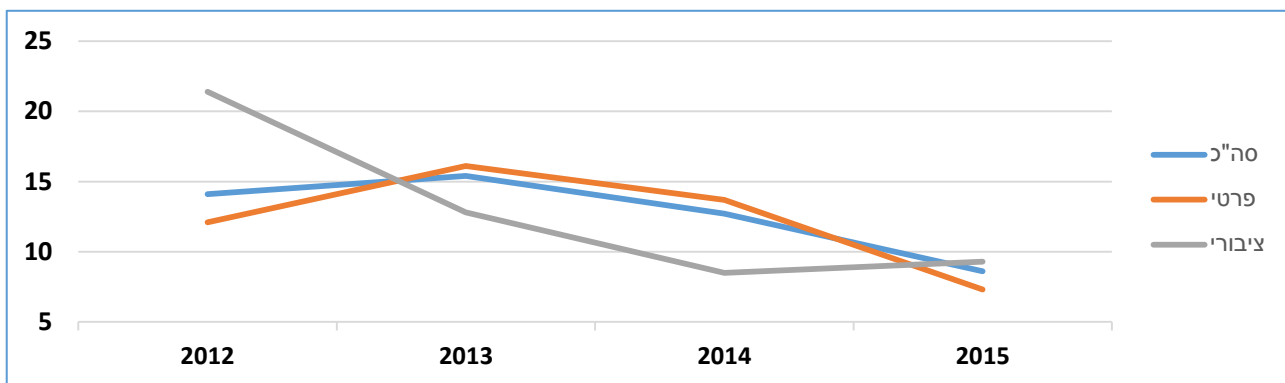
תרשים 12: שיעור מנהלים רפואיים מומחים בגריאטריה בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



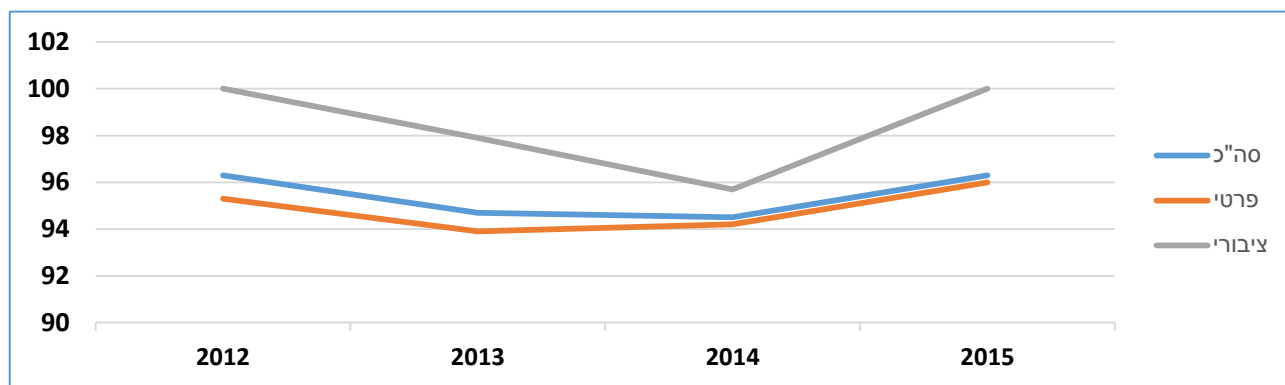
תרשים 13: ציון ממוצע למוסדות על עבודת המנהל הרפואי בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד



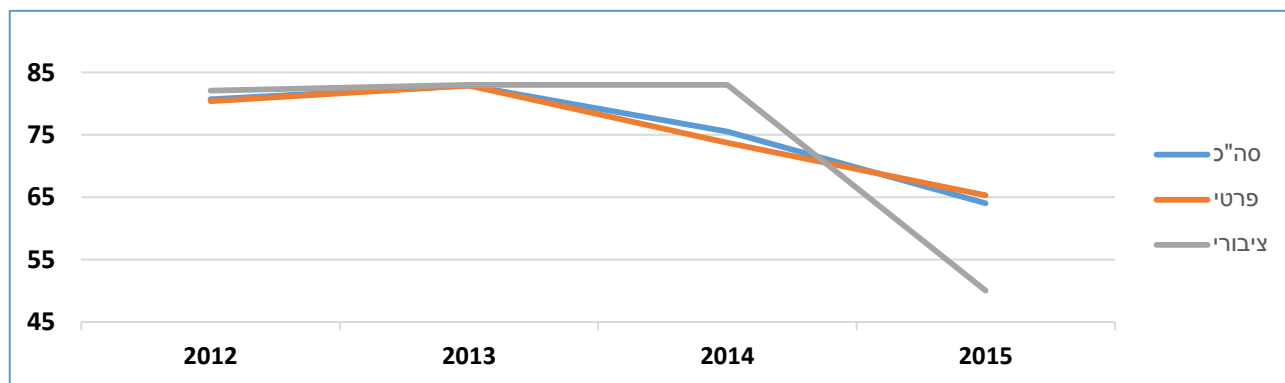
תרשים 14: שיעור רופאי בית מומחים בגריאטריה במוסדות, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד



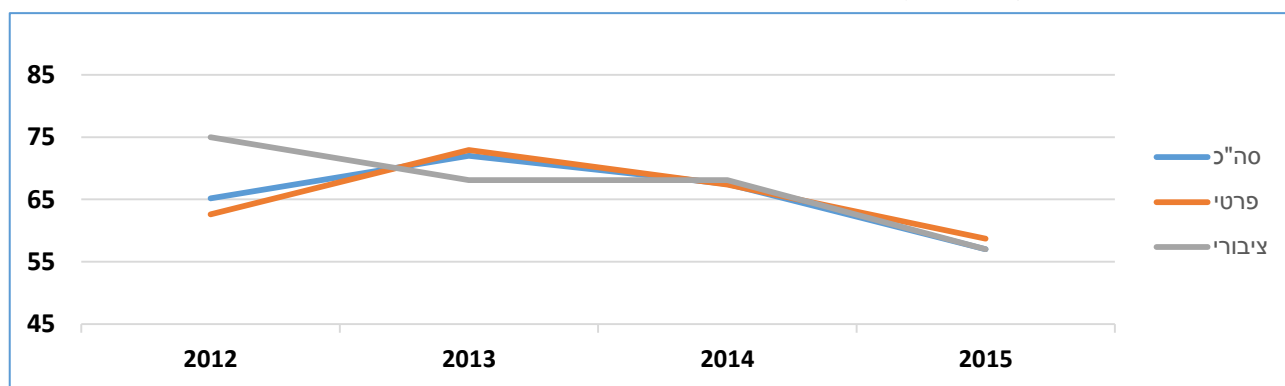
תרשים 15: ביצוע בדיקה רפואית טובה ומלאה בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



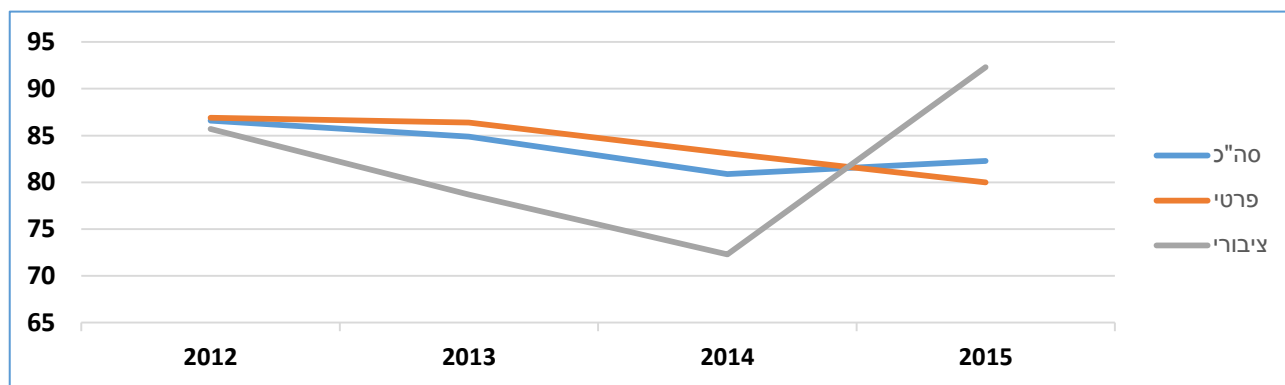
תרשים 16: ביצוע בדיקה קוגניטיבית באמצעות כלי מתוקף, בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



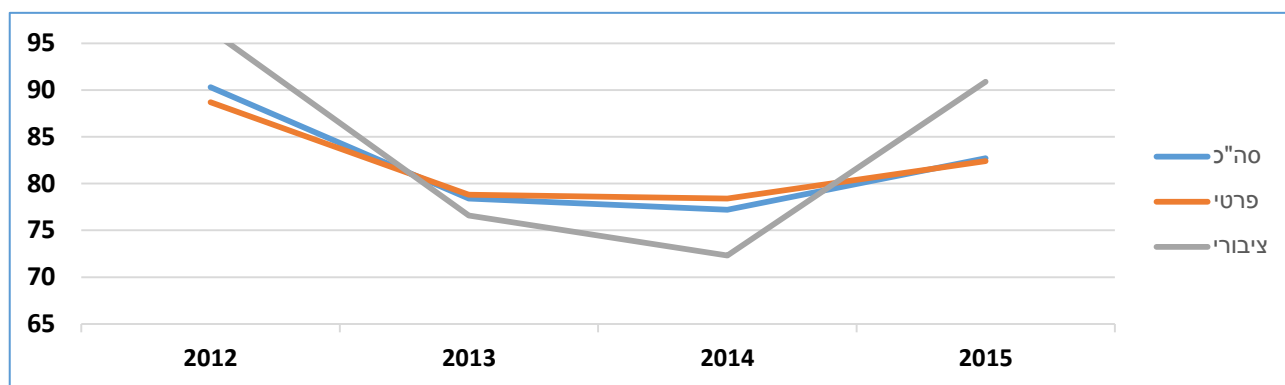
תרשים 17: ביצוע הערכה תפקודית באמצעות כלי מתוקף, בקבלה למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



תרשים 18: אבחון בעיות רפואיות דחופות, טיפול תקין בהן ותיעודן המלא, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



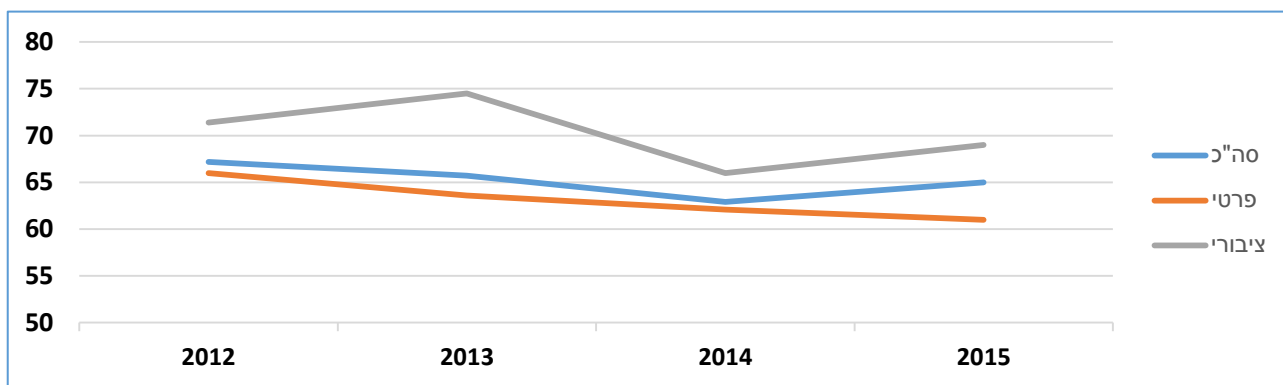
תרשים 19: רישום דוח של אירוע חריג ומעקב אחר תוצאותיו, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



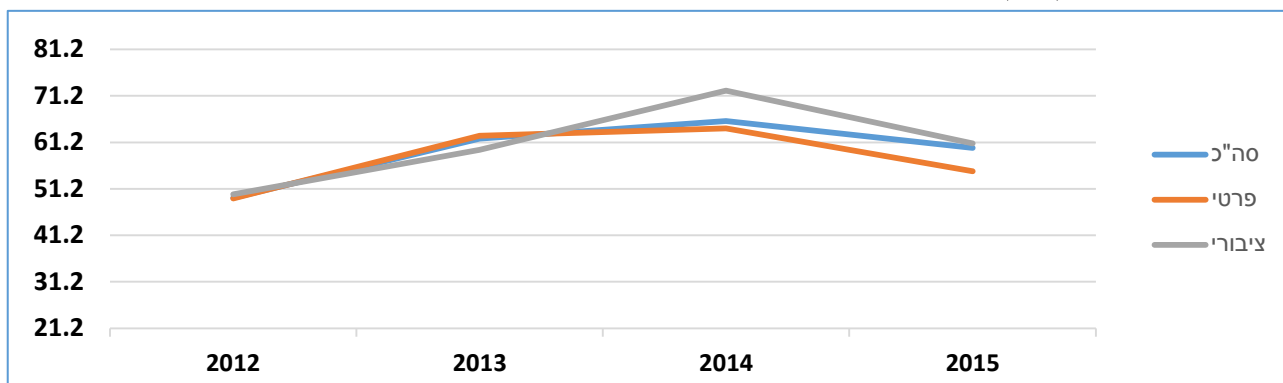
טיפול פליאטיבי

- בשנת 2015 קיימו 95 מן המוסדות תכניות היערכות למתן טיפול פליאטיבי, כולל התייחסות למדד כאב וטיפול בעקבותיו. מתוכם, ב-65% היה רופא מעורב בתכנית, ב-31% לא הייתה מעורבות רופא וב-4% לא היו תכניות כאלו. שיעור המוסדות הציבוריים שקיימו פעילות כזו גבוה משיעור המוסדות הפרטיים. (תרשים 20)
- בשנת 2015 התקיימו ב-60% מן המוסדות דיונים מקיפים על מצבי סוף החיים ועל הנחיות מקדימות, בעת הקבלה של זקנים למוסד ובאופן תקופתי. נוסף על כך, ב-38% התקיימו דיונים חלקיים או ללא תיעוד וב-2% לא התקיימו דיונים כאלה. מתרשים 21 עולה כי הייתה מגמת עלייה בשיעור המוסדות שמקיימים דיונים מקיפים (מ-49% ועד 60% בשנת 2015). מגמה זו בולטת יותר במוסדות ציבוריים מאשר בפרטיים.

תרשים 20: היערכות למתן טיפול פליאטיבי במעורבות רופא, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



תרשים 21: קיום דיונים מקיפים על מצבי סוף החיים ועל הנחיות מקדימות, בעת קבלת דיירים למוסד או באופן תקופתי, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



לסיכום, ניתן לראות צמצום בפערים בין המוסדות הציבוריים והפרטיים בהקשר לאיכות הפעילות והעשייה המקצועית הרפואית. במספר תחומים הפער התהפך ונסגר ובאחרים הוא נשאר קבוע, כאשר בשני תחומים הוא גדל במעט.

ד. איכות העשייה הסיעודית טיפול בכאב

- בשנת 2015, ב-91% מן המוסדות עשו האחיות אומדן כאב ראשוני לכל הזקנים במחלקה וב-74% הוערכה השפעת הטיפול על הכאב. הממצאים נרשמו בגיליון הרפואי.
- בשנת 2015, ב-76% מן המוסדות נעשה אומדן כאב מקיף למטופלים שיש להם כאב כרוני או חריף. בשנים 2012-2015 הייתה יציבות בשיעור סך הכול המוסדות שמבצעים אומדן כאב זה. ביצוע האומדן שכיח יותר במוסדות פרטיים מאשר במוסדות ציבוריים. (תרשים 22)

מתן הסברים

בשנת 2015 צוות הסיעוד נתן הסברים לחולה על התהליך הצפוי לפני בדיקה או התערבות אחרת ב-87% מן המוסדות. ב-11% מן המוסדות ניתן הסבר חלקי וב-2% לא ניתן הסבר כלל. יותר מוסדות ציבוריים

הקפידו בדרך זו על שמירה על זכויות החולה (למעט בשנת 2014) מאשר מוסדות פרטיים (מובהק). (תרשים 23)

קשר עם בני משפחה של הזקן

ב-2015 קיים צוות הסיעוד שיחות עם בני משפחה, כולל תיאום ציפיות, ב-74% מן המוסדות, ותיעד אותן. (תרשים 24)

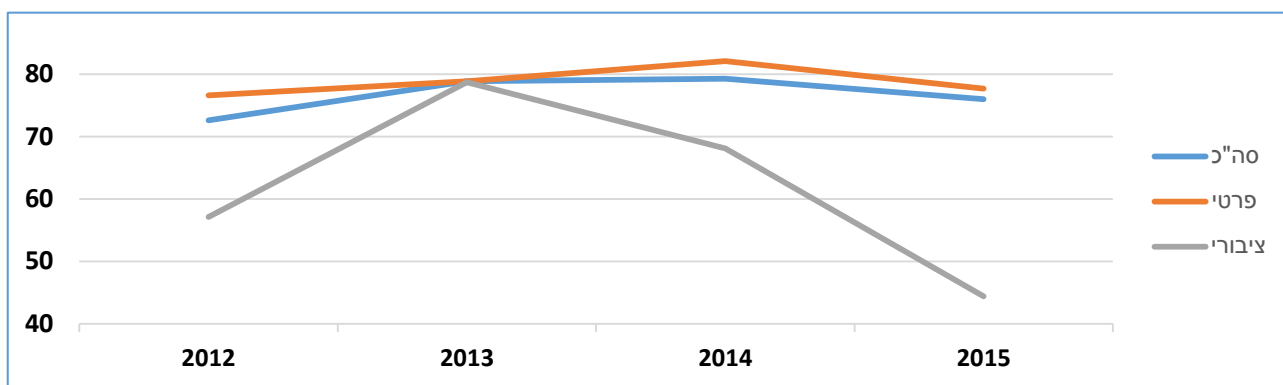
לימוד והתעדכנות מקצועית של צוות הסיעוד

בשנת 2015, ב-46% מן המוסדות יצאו אנשי הצוות להשתלמויות חוץ-מוסדיות, בעוד ב-50% מן המוסדות היציאה להשתלמויות הייתה מעטה, וב-4% מן המוסדות לא יצאו להשתלמויות. לאורך השנים עלה שיעור המוסדות המוציאים להשתלמויות חוץ-מוסדיות, גם בקרב המוסדות הפרטיים, אבל בעיקר בקרב המוסדות הציבוריים (העלייה שם היא מ-39% בשנת 2012 ל-67% בשנת 2015). (תרשים 25)

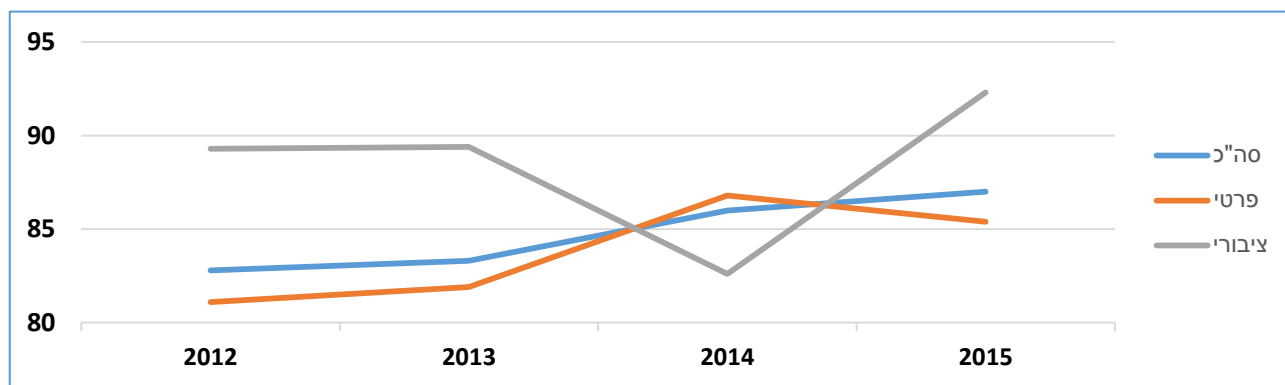
כמו כן, ב-60% מן המוסדות הייתה לאחיות ב-2015 אפשרות להשתתף בקונגרסים, סמינרים וימי עיון. ב-34% מן המוסדות הייתה להן אפשרות חלקית בלבד, וב-6% מן המוסדות ההשתתפות לא הייתה אפשרית כלל. יותר מוסדות ציבוריים אפשרו יציאה של הצוות הסיעודי לימי עיון מאשר מוסדות פרטיים (69% ו-57% בהתאמה, בשנת 2015). (תרשים 26)

לסיכום, ניתן לראות כי ברוב התחומים הצטמצם הפער בין המוסדות הציבוריים והפרטיים בהקשר לאיכות הפעילות והעשייה המקצועית הסיעודית.

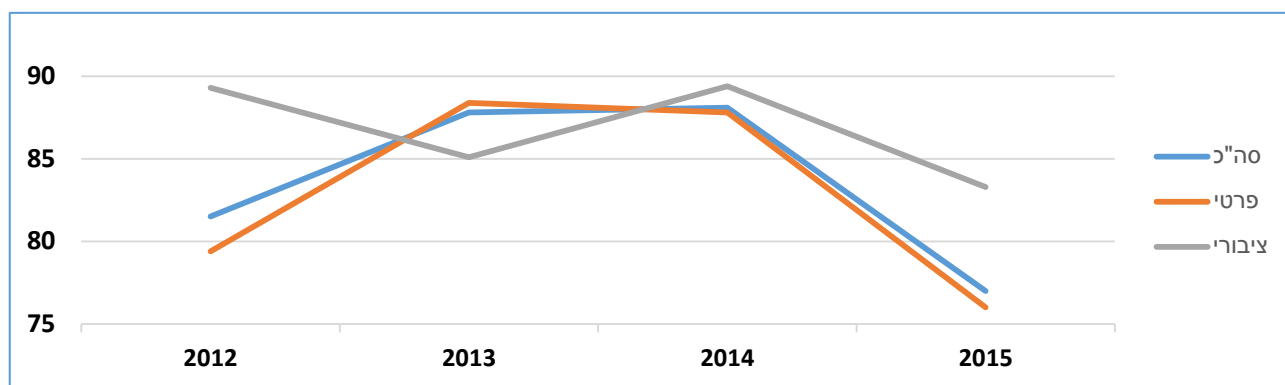
תרשים 22: ביצוע אומדן כאב מקיף למי שיש להם כאב כרוני או חריף, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



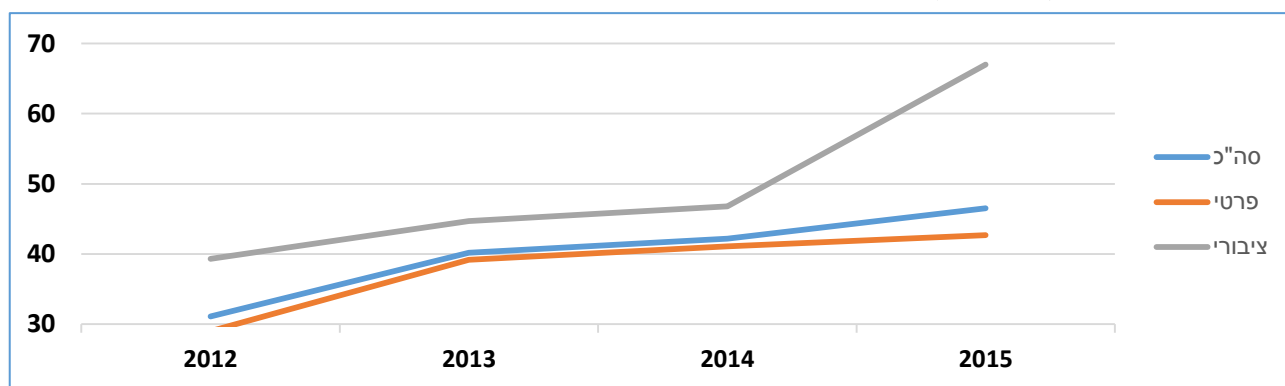
תרשים 23: מתן הסבר מלא על התהליך הצפוי, לפני בדיקה או התערבות אחרת, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



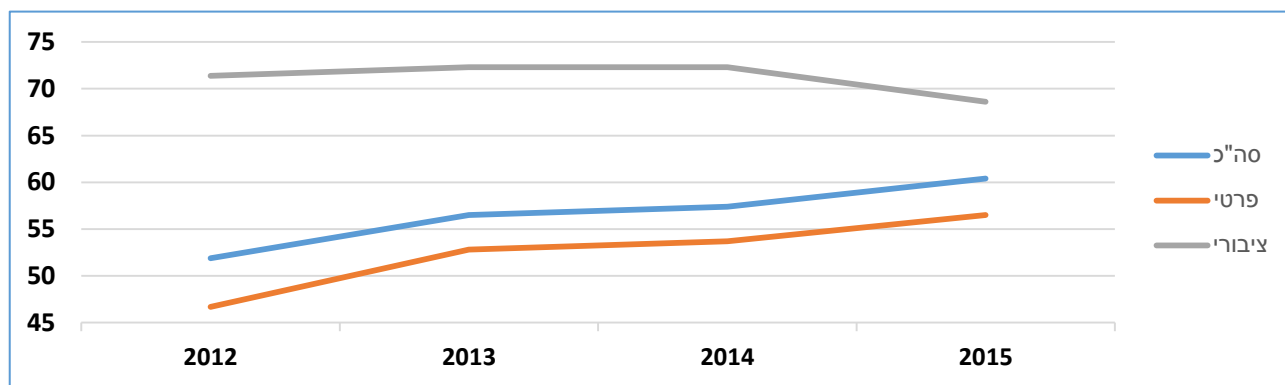
תרשים 24: קיום ותייעוד של שיחות עם בני משפחה, כולל תיאום ציפיות, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



תרשים 25: השתתפות אנשי צוות סיעודי בהשתלמויות מחוץ למוסד, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



תרשים 26: השתתפות מלאה של אנשי צוות סיעודי בקונגרסים, סמינרים וימי עיון, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



ה. סלי אשפוז במכרז 2012 (נספח ד')

עם תחילת העבודה לפי תנאי המכרז החדש בשנת 2012, נוספה לבקרה בדיקה של שמונה תחומים חדשים של רמת הטיפול במוסד, הנקראים "סלי אשפוז" ("נספח ד"). לכל אחד משמונה התחומים ניתן ניקוד שונה, והניקוד הכולל מכולם יחד נע בין 0-100. הניקוד הכולל שצבר המוסד קובע את רמת התגמול הנוסף שהוא יקבל, כך שניקוד גבוה יותר מזכה בתגמול גבוה יותר. בסעיפים ג' ו-ד' התייחסנו כבר למרכיבי איכות הטיפול של הצוות המטפל במוסד בכל אחד מן המקצועות בתחום הבריאות. להלן פירוט של יתר התחומים הנכללים ב"נספח ד" והניקוד שהמוסדות קיבלו בעבורם בשנת 2015:

(1) שיוך לפרוגרמה

- 33% מן המוסדות עמדו בתנאים ובדרישות הסף של הפרוגרמה המשופרת (משנת 2002) (קיבלו דירוג S), ואילו 67% לא היו מותאמים עדיין לפרוגרמה זו אלא עמדו רק בדרישות הפרוגרמה הבסיסית (קיבלו דירוג B).
- בין השנים 2012 ו-2015, רוב המוסדות הצליחו לשפר את הסל בתוך הדירוג שאליו הם משתייכים (לעלות בטווח שבין 1 ל-8), אך רק 3% שיפרו את הדירוג עצמו מ-B ל-S. דהיינו, רוב המוסדות לא הצליחו לשנות את סיווגם לפי הדירוג בפרוגרמה. נוסף על כך, 2% מן המוסדות ירדו בדירוג מ-S ל-B.
- שיוך לפרוגרמה לא מזכה את המוסדות בניקוד.

(2) בריאות הסביבה

בתחום זה מוסד עשוי לקבל עד 5 נקודות. תרשים 27 מראה כי בין 2012 ל-2015 ירד שיעור המוסדות (מ-10% ל-4%) שקיבלו ניקוד אפס בסעיף זה, ועלה שיעור המוסדות (מ-24% ל-44%) שקיבלו את הניקוד המקסימלי.

(3) השכלה, הכשרה והשתלמויות של הצוות המטפל

תחום זה כולל את ההכשרות וההדרכות שהצוות הרפואי מקבל, קיומם של נאמני נושא, קורסים על עניינים בסיסיים, אנשי צוות בעלי תארים אקדמיים ועוד. בתחום זה מוסד עשוי לקבל עד 19 נקודות.

תרשים 28 מראה כי בשנים 2012-2015 עלה ממוצע הציונים שניתנו למוסדות בעבור סעיף זה באופן מובהק, מ-8.27 עד ל-11.72.

(4) מומחיות רופא המחלקה והעסקת יועצים מומחים

בדומה לסעיף הקודם, גם תחום זה כולל מספר תנאים המצטברים לניקוד מקסימלי של 19 נקודות. בתרשים 29 אפשר לראות, ראשית, שבסך הכול, בכל אחת מן השנים, ממוצע הניקוד מהווה בקושי שליש מן הניקוד המקסימלי האפשרי; שנית, שהניקוד הממוצע שניתן למוסדות בתחום זה נמצא לאורך השנים במגמת ירידה, מ-6.81 עד ל-4.51 (מובהק).

(5) מומחיות בגריאטריה של המנהל הרפואי

מנהל רפואי בעל מומחיות בגריאטריה מזכה את המוסד ב-4 נקודות. תרשים 30 מראה כי בכל השנים שנבדקו, בין 60% ל-73% מן המוסדות לא העסיקו מנהל רפואי שיש לו מומחיות בגריאטריה, הן מפני שחסרו רופאים גריאטריים והן מפני שהתגמול שניתן למוסד בעבור סעיף זה היה נמוך מתוספת התשלום לרופא מומחה, ולכן לא הייתה העסקתו כדאית למוסד מבחינה כלכלית.

(6) הרשאה למתן טיפול דרך הווריד למחלות חריפות (IV)

הניקוד המקסימלי עבור סעיף זה הוא 4 נקודות: 2 נקודות בעבור ההרשאה למתן IV, נקודה נוספת בעבור רישום לפי הנוהל ונקודה רביעית בעבור מילוי התנאים הדרושים במתן ה-IV. מתרשים 31 עולה כי ליותר ממחצית המוסדות לא הייתה הרשאה למתן IV בין השנים 2012 ל-2015, אך בשנת 2015 עלה שיעור המוסדות שיש להם הרשאה, מ-26% ל-37%.

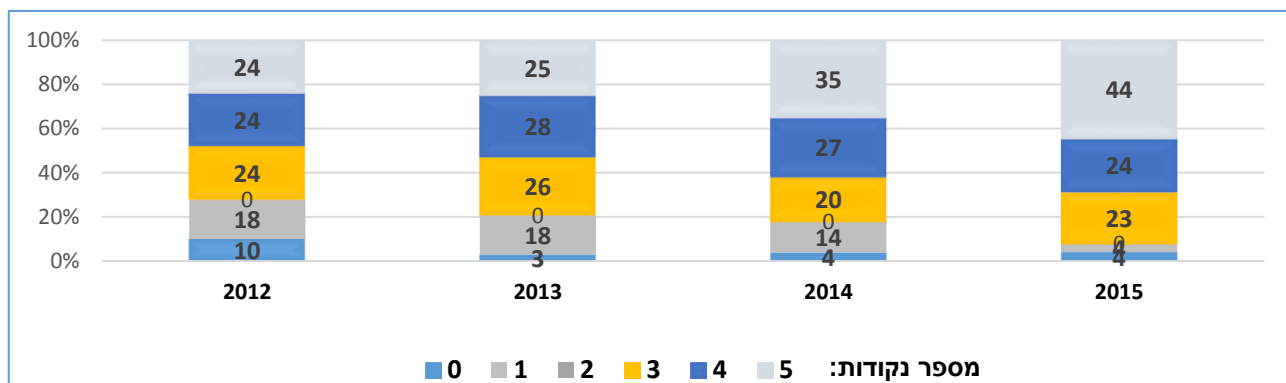
(7) קיום רשומה ממוחשבת למקצועות הבריאות

ככל שמחשוב הרשומות הרפואיות למקצועות הבריאות במוסד מתקדם יותר, וככל שיש יותר תקשורת ממוחשבת בין המקצועות יכול המוסד לקבל יותר נקודות, עד מקסימום 4 נקודות. בתרשים 32 אפשר לראות כי עם השנים עלה שיעור המוסדות שמחשבו את הרשומות הרפואיות ואת התקשורת בין המקצועות, מ-38% עד ל-70%.

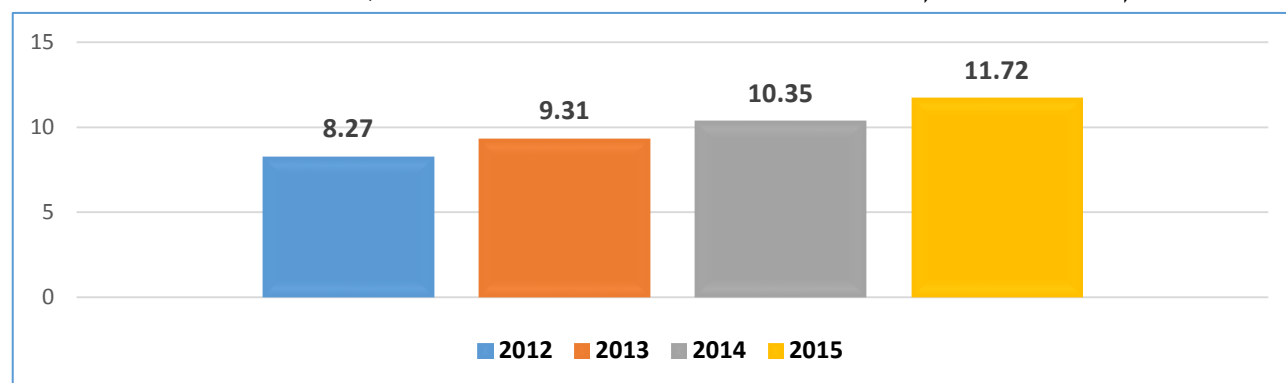
(8) משך הרישיון שניתן למוסד בעקבות הבקרה

בסיום הבקרה ניתן למוסד רישיון להמשך הפעלתו ונקבע משך זמן תוקפו של הרישיון, בין שלושה חודשים לבין שנתיים. חשוב לציין שמלבד ציון הבקרה, גורמים נוספים קובעים את משך הרישיון, למשל הימצאותה של אחות מוסמכת. מתרשים 33 עולה שבשנים 2010 עד 2015 חלה עלייה בשיעור המוסדות בעלי משך רישיון של שנתיים (להוציא את שנת 2012, השנה הראשונה של המכרז החדש, שבה הייתה ירידה בשיעור בעלי רישיון שתוקפו שנתיים, ככל הנראה בעקבות הדרישות החדשות שהוכנסו למכרז החדש), מ-41% בשנת 2010 עד 66% בשנת 2015. במקביל חלה ירידה בשיעור המוסדות בעלי רישיון לשנה – מ-40% בשנת 2010 ל-22% בשנת 2015 – ובשיעור המוסדות בעלי רישיון לחצי שנה – מ-15% בשנת 2010 ל-3% בשנת 2015.

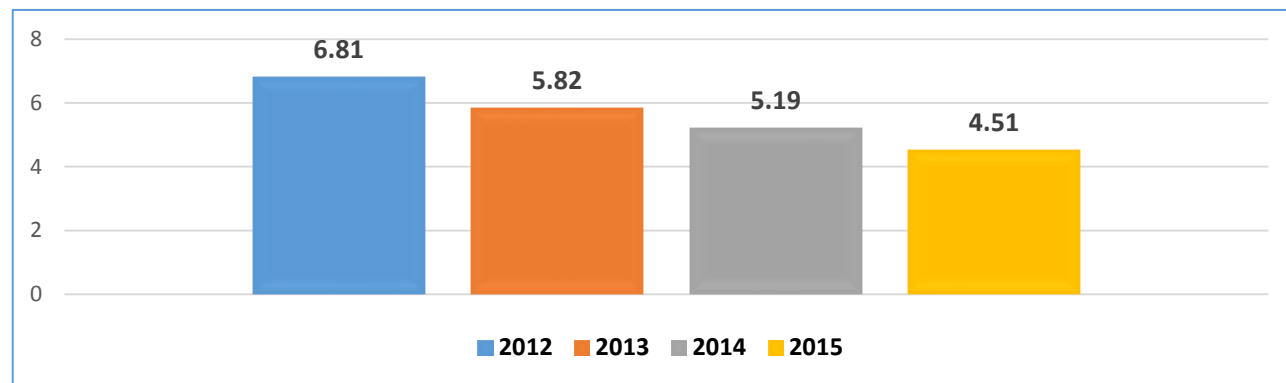
תרשים 27: ניקוד שניתן למוסד בעבור בריאות הסביבה, בשנים 2012-2015 (באחוזים)



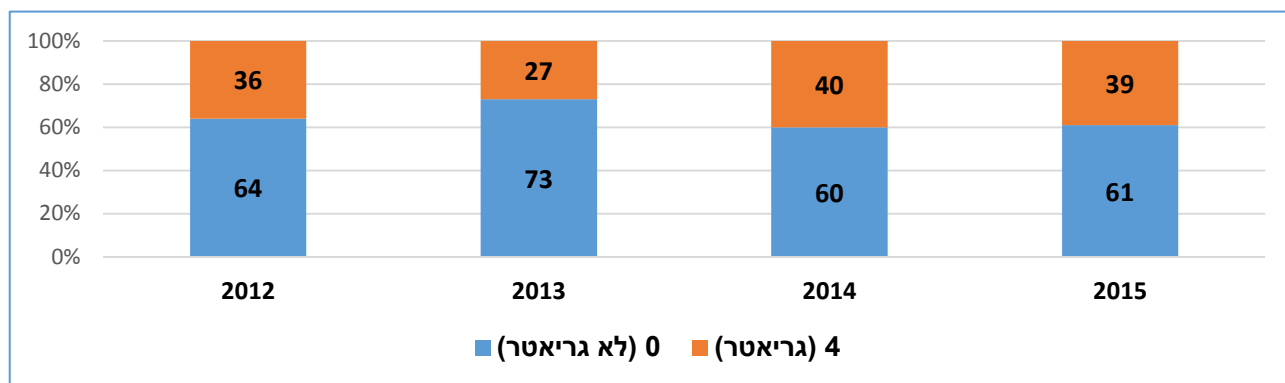
תרשים 28: ניקוד ממוצע שניתן למוסד על השכלת הצוות הרפואי והכשרתו, בשנים 2012-2015



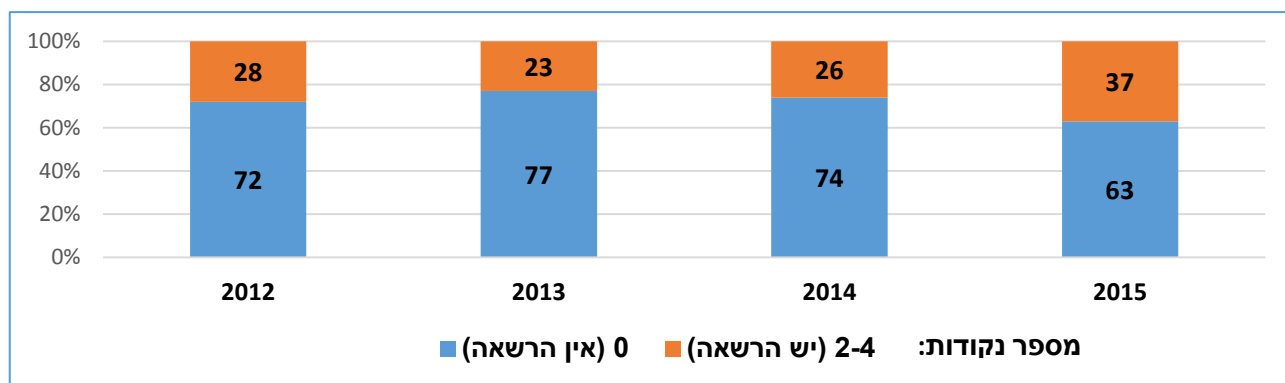
תרשים 29: ניקוד ממוצע שניתן למוסד על מומחיות רופא המחלקה ויועצים מומחים, בשנים 2012-2015



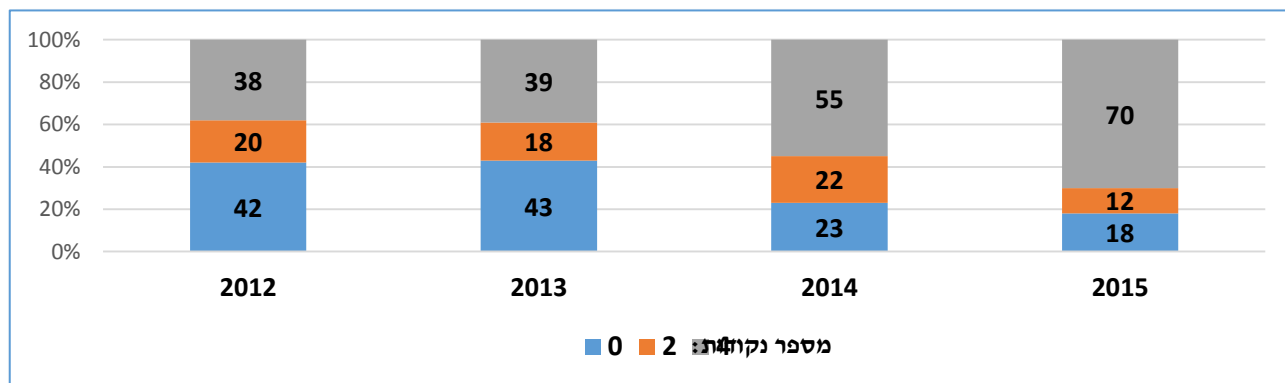
תרשים 30: ניקוד שניתן למוסד על היות המנהל הרפואי מומחה בגריאטריה, בשנים 2012-2015 (באחוזים)



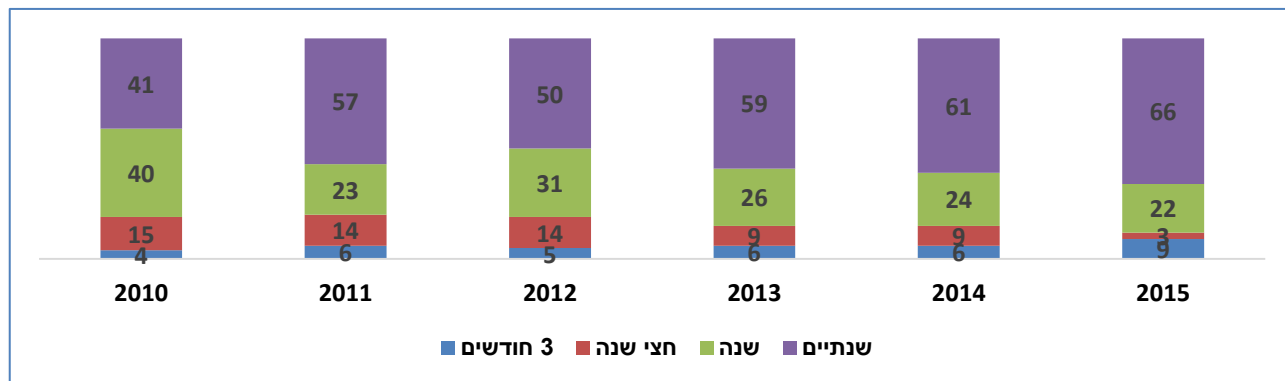
תרשים 31: ניקוד שניתן למוסד על הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות (IV), בשנים 2012-2015 (באחוזים)



תרשים 32: הניקוד שניתן למוסד על מחשוב התקשורת והרשומות הרפואיות, בשנים 2012-2015 (באחוזים)



תרשים 33: משך הרישיון (בשנים) שניתן למוסד בעקבות הבקרה, בשנים 2010-2015 (באחוזים)



לסיכום, הסתכלות על המגמות בקרב המוסדות הציבוריים והמוסדות הפרטיים וההשוואה ביניהם מלמדת כי בחלק מן המרכיבים של "סלי האשפוז" לא קיים יותר פער בין המוסדות הפרטיים לציבוריים, כאשר לעתים ישנו יתרון למוסדות הפרטיים ובחלק האחר הפער הצטמצם מאוד (לוח 2).

לוח 2: הניקוד שקיבלו המוסדות בכל אחד מסלי האשפוז, לפי בעלות, בשנים 2012-2015 (ניקוד ממוצע, או % מוסדות שקיבלו ניקוד מקסימלי)

נושא/שנה	2012	2013	2014	2015
פרטי	פרטי	פרטי	פרטי	פרטי
ציבורי	ציבורי	ציבורי	ציבורי	ציבורי
בריאות הסביבה (ציון ממוצע)	3.0	3.1	3.0	3.9
השכלת הצוות הרפואי והכשרתו (ניקוד ממוצע, טווח 0-19)	6.1	5.2	8.6	6.8
מומחיות רופא המחלקה ויועצים מומחים (ניקוד ממוצע, טווח 0-19)	2.0	1.8	1.6	1.7
% המוסדות שבהם המנהל הרפואי מומחה בגריאטריה	39	35	38	43
% המוסדות עם הרשאה למתן IV (עד 4 נקודות)	47	23	31	21
% המוסדות שקיבלו ניקוד מלא (4 נקודות) למחשוב התקשורת והרשומות הרפואיות	56	34	62	34
% המוסדות שקיבלו רישוי לשנתיים (0-15 נקודות)	59	48	64	58

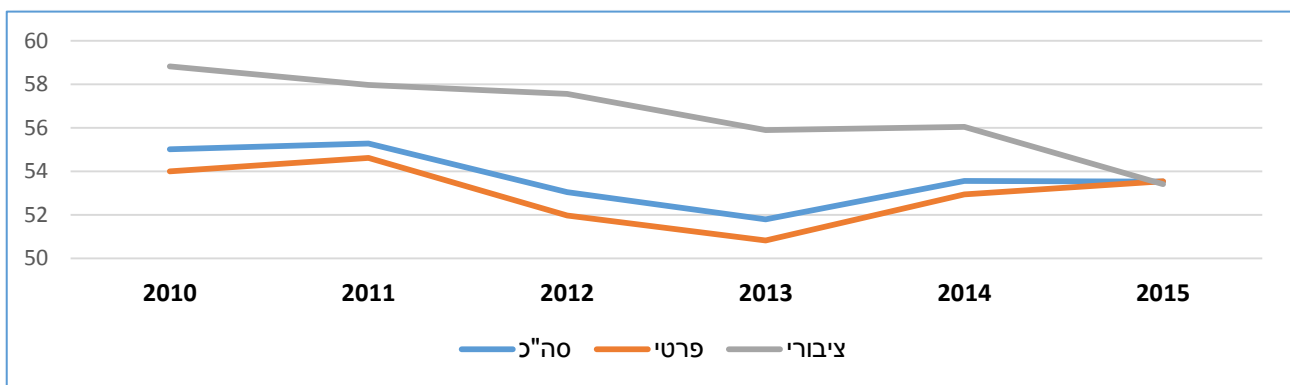
הערכה מסכמת של המוסד

ההערכה המסכמת של המוסד מתבטאת בניקוד הכולל שניתן למוסד על סמך הבקרה.

סך הניקוד שניתן למוסד בבקרה

לאחר סיכום הניקוד שניתן למוסד בכל אחד מתחומי הבקרה, מתקבל ניקוד כולל של המוסד שנע בטווח בין 0-100. בחינת הניקוד הממוצע שניתן למוסדות לפי שנים מעלה כי בשנים 2012 ו-2013 הניקוד הממוצע של המוסדות הפרטיים היה נמוך מזה של המוסדות הציבוריים אך אחר כך נמצא במגמת עלייה. הניקוד הממוצע של מוסדות ציבוריים לעומת זאת נמצא במגמת ירידה, ובשנת 2015 היה זהה לזה של המוסדות הפרטיים. (תרשים 34)

תרשים 34: ניקוד כולל ממוצע שקיבלו המוסדות בבקרה, בשנים 2012-2015, לפי בעלות על המוסד (באחוזים)



5.2 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב מנהלי המוסדות הסיעודיים

תפיסתם של מנהלי המוסדות את ההתארגנות המוסד, את התנהלותו ואת התמודדותו הכלכלית בעידן שלאחר מכרז הקודים הסיעודיים עשויה להשפיע על איכות הטיפול ועל דפוסי הפעילות של המוסדות, בבחינת תפיסת מציאות שמייצרת מציאות. שכן המנהלים הם שמקבלים את ההחלטות היום-יומיות בנוגע לניהול השוטף, ובכך למעשה אחראים באופן ישיר ומיידי לאיכות הטיפול בזקנים. נוסף על כך, מטבע הדברים הם מקבלים החלטות אסטרטגיות בנוגע לתכנית הניהולית, הארגונית והכללית של המוסד לטווח הקצר ולטווח הארוך ואחראים להמשך קיומו והתפתחותו.

בארבעת הסקרים שנערכו במהלך השנים בקרב המנהלים, נשאלו המנהלים על הסוגיות המרכזיות הקשורות לניהול המוסד, ובהן סוגיות הקשורות לכוח אדם, לתחזוקה ולציוד, למקורות הכנסה, להפרשות ולתכניות לבנייה ולשיפוצים, להתארגנות לקראת רפורמות עתידיות ולשביעות רצונם מניהול המוסד והתנהלותו. להלן הממצאים המרכזיים מן הראיונות:

א. היקף כוח האדם

מנהלי המוסדות נשאלו אם תקן הרופאים, האחיות, המטפלים ואנשי הצוות האחרים במוסד שבניהולם, גבוה מן הנדרש, זהה לו או נמוך ממנו:

רופאים

לפי דיווח המנהלים חלה עם השנים ירידה ניכרת בשיעור המוסדות שיש בהם פחות רופאים מן הנדרש בתקן – מ-25% בשנת 2009 ל-5% בשנת 2015. בד בבד חלה עלייה ניכרת בשיעור המדווחים על יותר רופאים מן הנדרש בתקן (6% ו-38% בהתאמה) (תרשים 35). התמונה העולה מדיווח המנהלים דומה מאוד לזו המתקבלת מבקרת משרד הבריאות (ר' תרשים 3).

אחיות

לפי דיווח המנהלים לא חל שינוי עם השנים במספר האחיות במוסד שבניהולם לעומת התקן הנדרש. כ-20% מן המנהלים דיווחו שהמספר נמוך מן הנדרש, כ-50% דיווחו שהמספר הוא כנדרש וכ-30% דיווחו על מספר גבוה מן הנדרש (תרשים 36). יש הבדלים בין דיווח המנהלים לבין ממצאי הבקרה של משרד הבריאות (ר' תרשים 4): לפי ממצאי משרד הבריאות חלה ירידה בשיעור המוסדות שיש בהם מספר אחיות נמוך מן הנדרש – מ-35% ב-2010 ל-13% ב-2014, בעוד שיעור המוסדות שיש בהם אחיות מעל התקן הנדרש באותן שנים עלה מ-62% ל-73%. הסיבה להבדל בין שני מקורות המידע אינה ברורה.

כוח עזר סיעודי

לפי דיווח המנהלים חל שינוי ניכר עם השנים במספר עובדי כוח העזר הסיעודי במוסדות. בעוד אחוזים בודדים דיווחו לאורך השנים על מספר נמוך מן הנדרש, חלה ירידה לא מבוטלת בשיעור המדווחים על מספר גבוה מן הנדרש, מ-58% בשנת 2010 ל-39% בשנת 2015, ובד בבד חלה עלייה בשיעור המדווחים על מספר עובדי כוח עזר בהתאם לנדרש (תרשים 37). גם כאן נמצאו הבדלים גדולים בין דיווח המנהלים לבין בקרת משרד הבריאות (ר' תרשים 5).

בעוד רק 3%-7% מן המנהלים דיווחו על שיעור נמוך מן הנדרש של כוח עזר, על פי הבקורות השיעור נע בין 25% ל-34% מן המוסדות. גם הסיבה להבדל הזה אינה ברורה, אך ייתכן כי היא קשורה לקושי העצום להשיג עובדי כוח עזר סיעודי. שכן במענה לשאלה אם המנהלים מאפשרים לעובדי כוח העזר הסיעודי לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות עולה כי בכ-75% מן המוסדות מאפשרים לעבוד שעות נוספות וביותר מ-50% מאפשרים גם משמרות כפולות, כמעט ללא שינוי בין שנת 2013 לשנת 2015. (תרשים 38)

תזונאים

עם השנים חלה ירידה ניכרת בשיעור המנהלים שדיווחו על פחות תזונאים מן הנדרש, מ-21% בשנת 2009 ל-2% בשנת 2013. (תרשים 39)

התמונה העולה מדיווח המנהלים דומה לזו המתקבלת מבקרות משרד הבריאות (ר' תרשים 6) מבחינת ירידה בשיעור התזונאים שמתחת לתקן, אך ב-2014, לפי הבקרה, ל-33% מן המוסדות היה שיעור תזונאים גבוה מן התקן לעומת 15% לפי דיווח המנהלים.

מרפאים בעיסוק

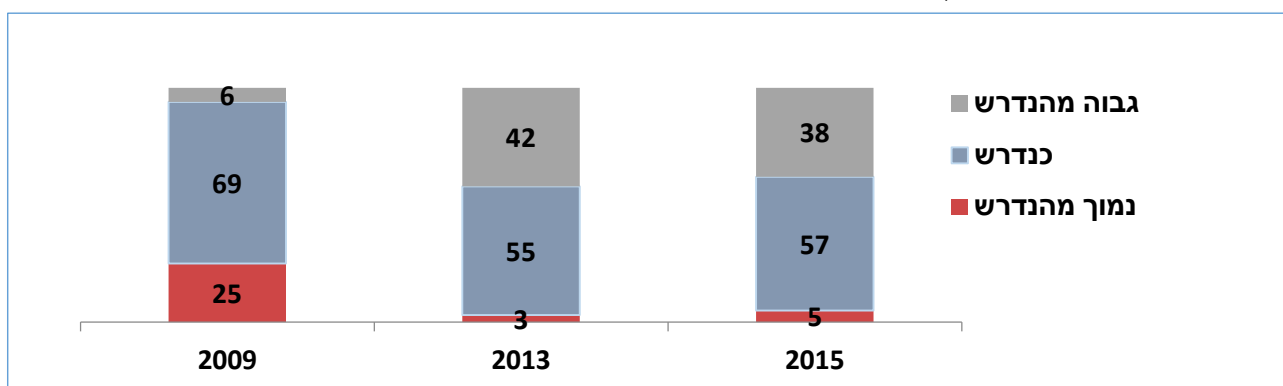
עם השנים חלה ירידה ניכרת בשיעור המנהלים שדיווחו על פחות מרפאים בעיסוק מן הנדרש, מ-24% בשנת 2009 ל-5% בשנת 2013. (תרשים 40)

התמונה העולה מדיווח המנהלים דומה לזו המתקבלת מבקורות משרד הבריאות (ר' תרשים 7) מבחינת הירידה בשיעור המרפאים בעיסוק שמתחת לתקן, אך מן הבקורות עולה כי בשנת 2013 ל-33% מן המוסדות היה שיעור גבוה מן התקן של מרפאים בעיסוק לעומת 12% לפי דיווח המנהלים.

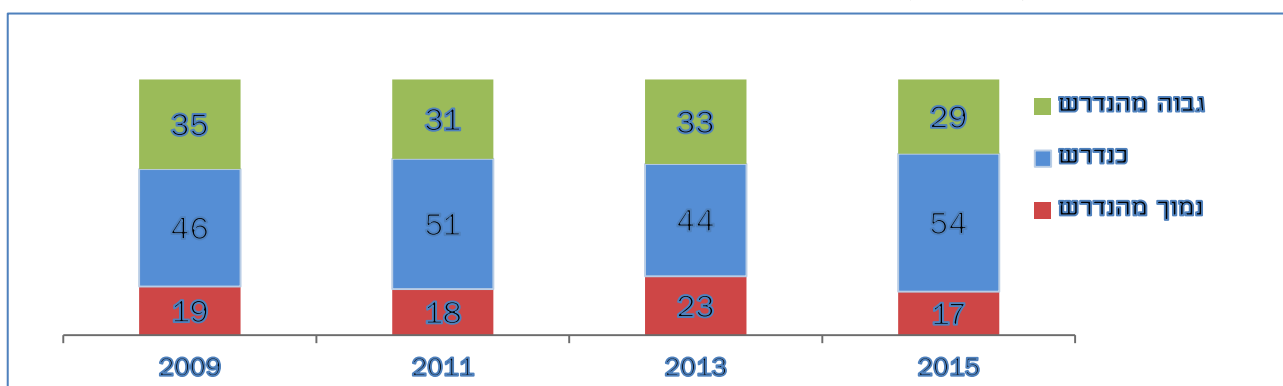
עובדים סוציאליים

עם השנים חלה ירידה בשיעור המנהלים שדיווחו על פחות עובדים סוציאליים מן הנדרש, מ-9% בשנת 2009 ל-1% בשנת 2013 (תרשים 41). התמונה העולה מדיווח המנהלים דומה לזו המתקבלת מבקורות משרד הבריאות (ר' תרשים 8) מבחינת הירידה בשיעור העובדים הסוציאליים שמתחת לתקן הנדרש. ואולם, מן הבקורות עולה כי ב-51% עד 66% מן המוסדות היו יותר עובדים סוציאליים מן הנדרש, בעוד רק 18% עד 25% מן המנהלים דיווחו כך.

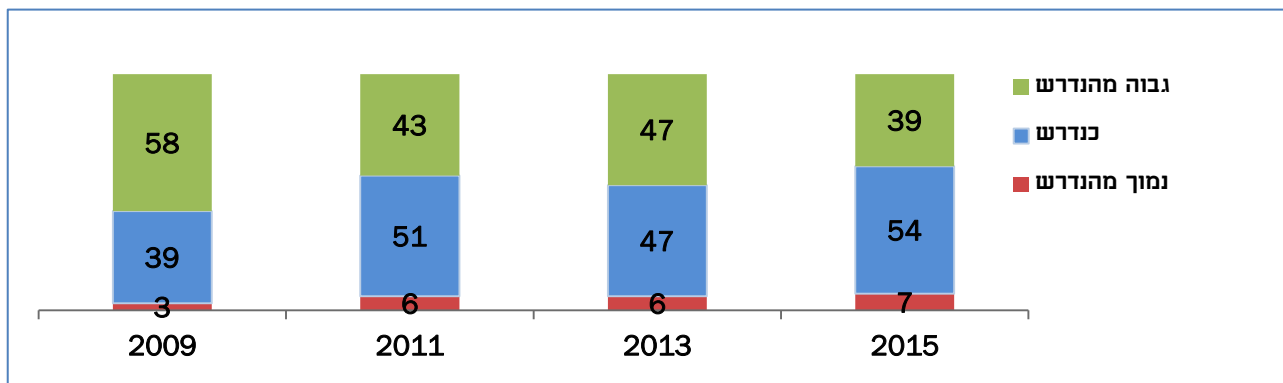
תרשים 35: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם תקן הרופאים הקיים אצלכם הוא גבוה, זהה או נמוך מהנדרש מכם?", לפי שנים (באחוזים)



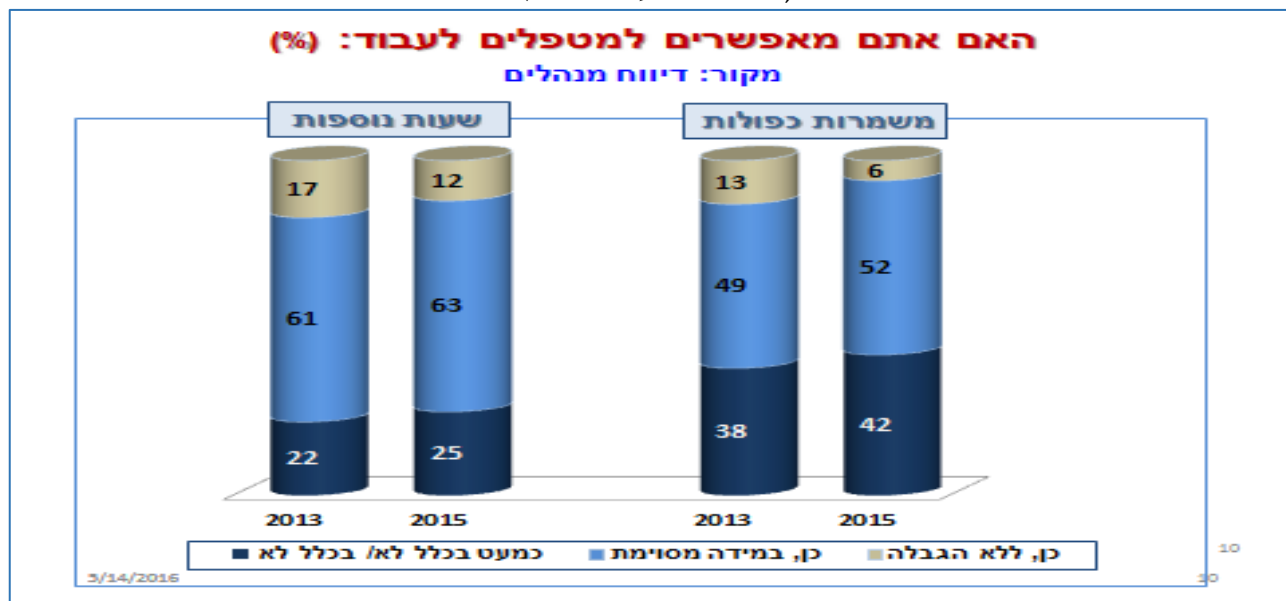
תרשים 36: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם תקן האחיות אצלכם גבוה, זהה או נמוך מהנדרש?", לפי שנים (באחוזים)



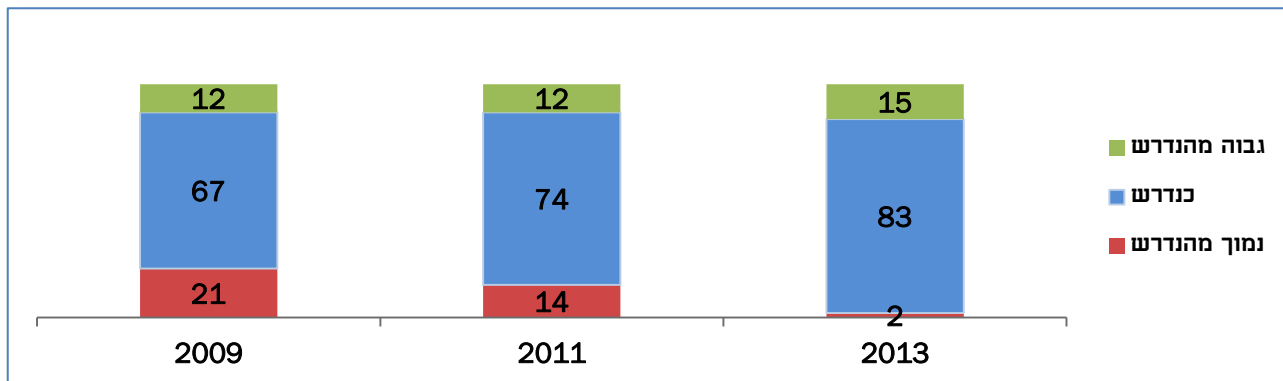
תרשים 37: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם תקן כוח העזר הסיעודי אצלכם גבוה, זהה או נמוך מהנדרש מכם?" לפי שנים (באחוזים)



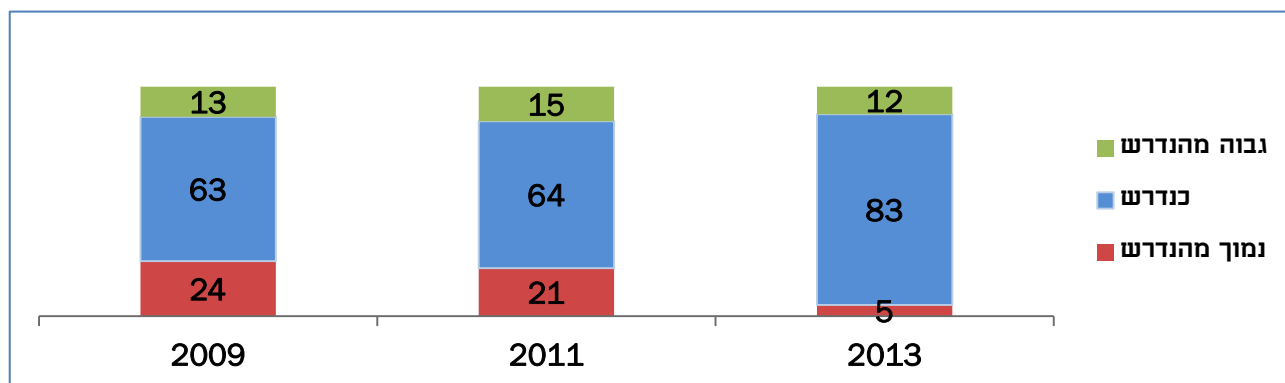
תרשים 38: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם אתם מאפשרים לכוח העזר הסיעודי לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות?" לפי שנים (באחוזים)



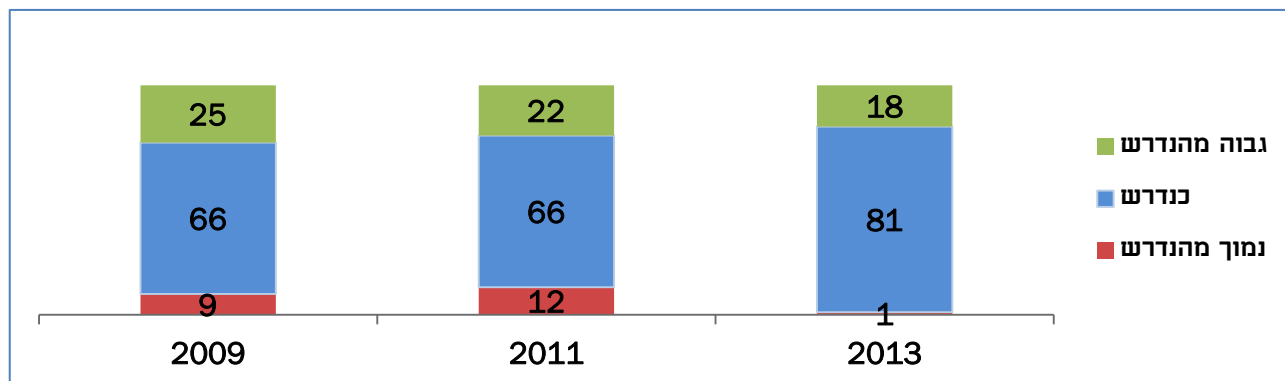
תרשים 39: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם יש אצלכם תזונאים בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?" לפי שנים (באחוזים)



תרשים 40: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם יש לכם מרפאים בעיסוק בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?", לפי שנים (באחוזים)



תרשים 41: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם יש לכם עובדים סוציאליים בהתאם לנדרש מכם לפי תנאי המכרז?", לפי שנים (באחוזים)



ב. קשר בין שינויים בכוח האדם לבין המכרז החדש (2012)

המכרז החדש העלה את התגמול בעבור יום אשפוז, אך בצד זאת גם הציב דרישות חדשות בנושא כוח אדם. לפיכך, המנהלים נשאלו איך הם רואים את השינויים בתחום זה.

שינויים בהיקף כלל כוח האדם

לדעת 53% מן המנהלים חל שיפור בהיקף כוח האדם בעקבות המכרז החדש, לדעת 7% מן המנהלים חלה הרעה, ולדעת 40% - לא חל שינוי בתחום זה. 62% מן המנהלים במוסדות הפרטיים דיווחו על שיפור בהיקף כוח האדם לעומת 19% מן המנהלים במוסדות הציבוריים. (תרשים 42)

שינויים בכוח האדם הרפואי

המנהל הרפואי

לפי דיווח המנהלים, בשנת 2015 ב-40% מן המוסדות המנהל הרפואי הוא גריאטר מומחה ובכ-36% הוא מומחה בתחום אחר (לרוב רפואת משפחה או רפואה פנימית). בשנת 2013 שיעור המנהלים הרפואיים המומחים היה נמוך יותר: ב-32% מן המוסדות המנהל הרפואי היה גריאטר וב-24% המנהל הרפואי היה

מומחה אחר, לרוב ברפואת משפחה או ברפואה פנימית. שיעור המנהלים שהם רופאים מומחים גבוה יותר במוסדות פרטיים (86%) מאשר בציבוריים (67%) כמו גם במוסדות גדולים (81%) לעומת קטנים (69%).¹

רופאים יועצים

הסקרים בקרב המנהלים מראים שב-2015 28% מן המוסדות דיווחו על עלייה בשיעור היועצים הרפואיים, (בשנת 2013 34% מן המוסדות דיווחו על עלייה). שיעור המוסדות שבהם חלה עלייה במספר היועצים הרפואיים גבוה יותר בקרב מוסדות גדולים (42%) לעומת קטנים (14%), ללא הבדל לפי בעלות.

שינויים בכוח האדם הסיעודי

בניגוד לממצאים החיוביים בבקרה, שלפיהם לאחר תחילת העבודה לפי תנאי המכרז החדש עלה שיעור המוסדות שיש בהם אחיות מעל התקן הנדרש, מנהלים רבים דיווחו בראיונות פתוחים, בשיחות בלתי פורמליות ובכנסים, על קושי עצום להשיג כוח אדם סיעודי. מאחר שהתלונות בנושא הלכו וגברו, החלטנו בסקר בשנת 2013 להעמיק את ההבנה בנושא.

מחסור באחיות

- המנהלים נשאלו בשאלה ישירה עד כמה קשה להם להשיג אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות. תרשים 43 מראה כי אכן, בשנת 2013, רובם המכריע של המנהלים דיווחו על קושי עד קושי בלתי אפשרי להשיג אחיות מוסמכות ומעשיות, ורק אחוזים בודדים דיווחו שאין קושי או קושי קל. בשנת 2015 התמונה משתפרת, אך עדיין כעשירית ויותר דיווחו על קושי כמעט בלתי אפשרי עד בלתי אפשרי.
- יצוין כי יותר מנהלי מוסדות גדולים אמרו שבלתי אפשרי או שקשה מאוד להשיג אחיות מעשיות לעומת מנהלי מוסדות קטנים (62% ו-27% בהתאמה).
- על אף הקשיים שעליהם דיווחו המנהלים, 79% מהם סבורים כי השכר הממוצע של האחיות גבוה כיום לעומת שלוש שנים קודם. היתר סבורים כי השכר נותר זהה או דומה.

קצב תחלופת אחיות

לפי 7% מן המנהלים חלה ירידה בקצב תחלופת האחיות בשלוש השנים האחרונות. לעומת זאת כ-39% מן המנהלים דיווחו על עלייה ו-61% דיווחו כי לא חל שינוי. נמצאו הבדלים לפי בעלות על המוסד: 63% מן המוסדות הציבוריים דיווחו שהתחלופה גדלה לעומת 34% מן המוסדות הפרטיים.

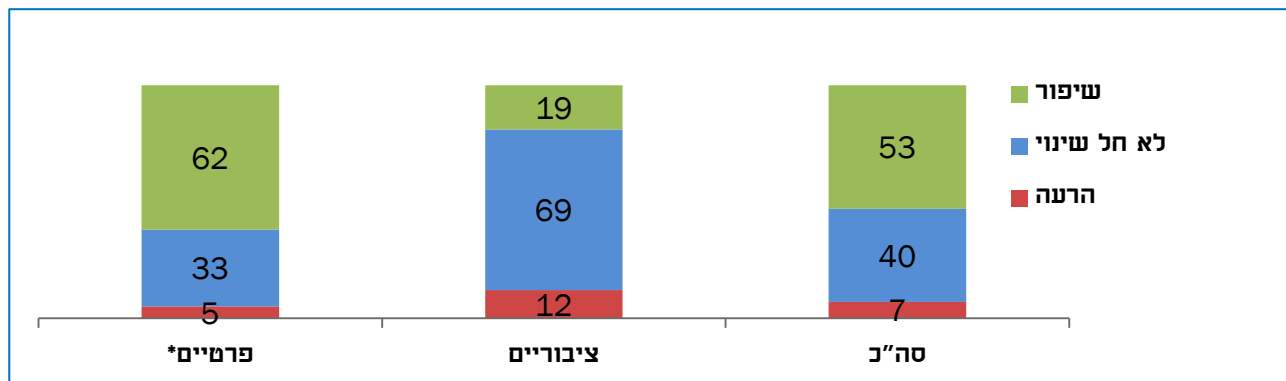
עבודת אחיות בשעות נוספות ובמשמרות כפולות

כדי לבחון כיצד המוסדות מתמודדים עם המחסור באחיות, נשאלו המנהלים אם הם מאפשרים לאחיות לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות. מתרשים 44 עולה שב-2015 כ-74% מן המוסדות אפשרו לעבוד שעות נוספות במידה מסוימת או בלי הגבלה ו-46% נהגו כך גם בנוגע למשמרות כפולות. עם זאת, התמונה

¹ מוסדות קטנים הם מוסדות שיש בהם רק מחלקה אחת.

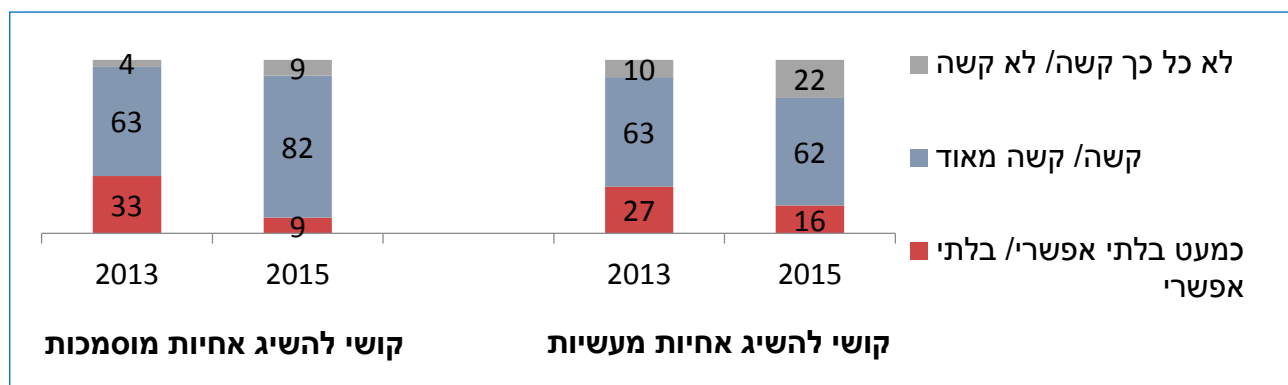
המתקבלת כאן מלמדת על ירידה בשיעור המאפשרים משמרות כפולות לעומת שנת 2013, מגמה שעולה בקנה אחד עם הירידה בקושי להשיג אחיות.

תרשים 42: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם חל שינוי בהיקף כוח האדם בעקבות המכרז החדש?", לפי בעלות על המוסד (באחוזים)

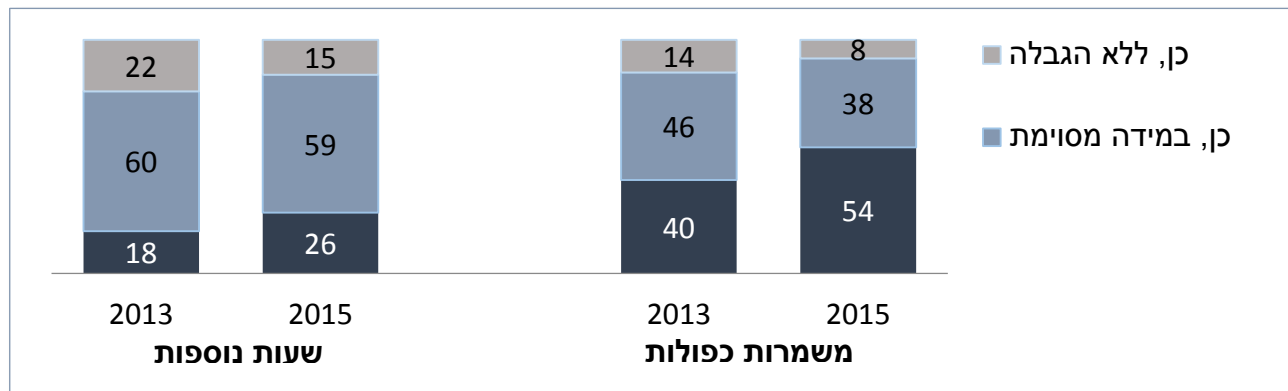


*קיבוצים נכללים במוסדות הפרטיים בהתאם לסיווגם במשרד הבריאות.

תרשים 43: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "עד כמה קשה לכם להשיג אחיות מוסמכות או מעשיות?", לפי שנים (באחוזים)



תרשים 44: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם אתם מאפשרים לאחיות לעבוד שעות נוספות ומשמרות כפולות?", לפי שנים (באחוזים)

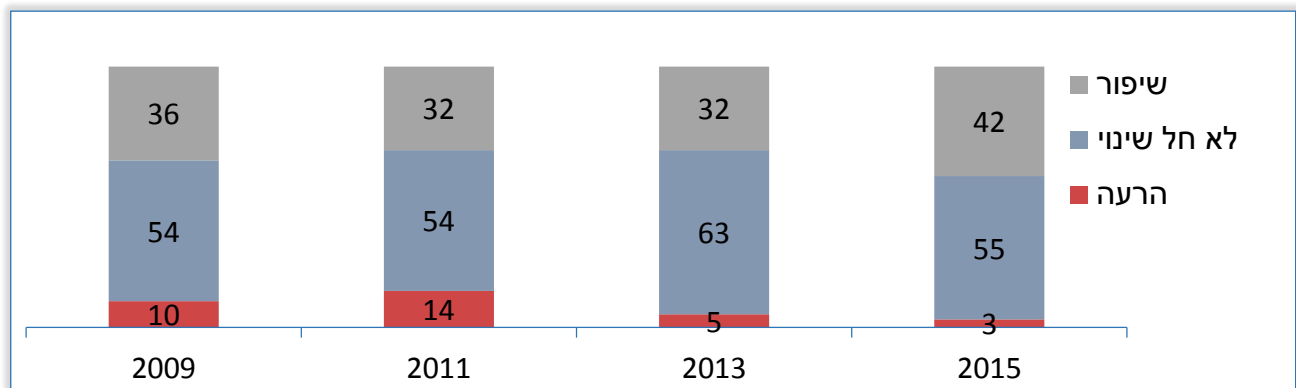


ג. פעילות חברתית של הדיירים

המנהלים נשאלו בכל ארבעת הסקרים אם בעקבות המכרז חל לדעתם שיפור בפעילות החברתית של הדיירים.

- תרשים 45 מראה כי בשנים 2009 ו-2011 סברו 10%-ו 14% בהתאמה כי חלה הרעה, ו-36%-ו 32% בהתאמה, סברו שחל שיפור. בשנים 2013 ו-2015, לאחר המכרז החדש, ירד לאחוזים בודדים שיעור המדווחים על הרעה בפעילות הדיירים. זאת ועוד, שיעור המדווחים על שיפור עלה משמעותית בשנת 2015.
- לא נמצא הבדל לפי בעלות על המוסדות וגודלם.

תרשים 45: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "האם חל לדעתכם שיפור בפעילות החברתית של הדיירים?", לפי שנים (באחוזים)



ד. היערכות לפרוגרמת 2016

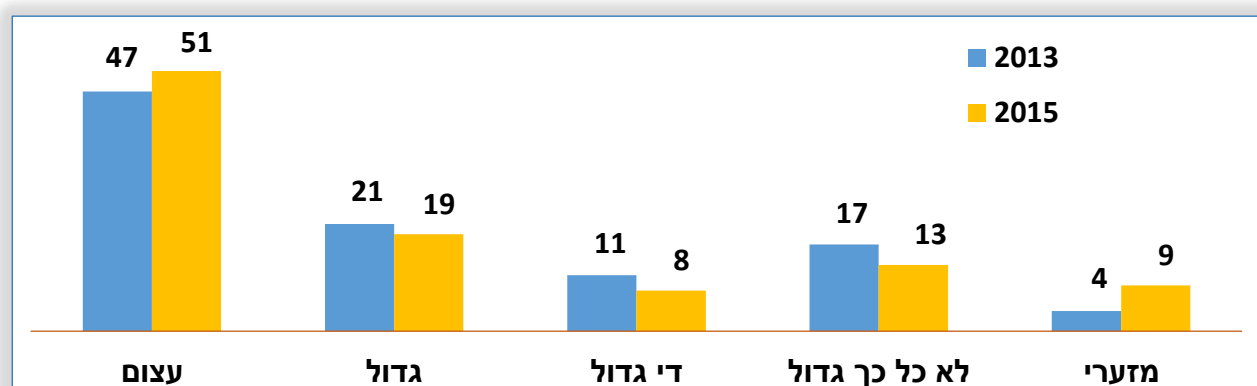
- לדברי 24% מן המנהלים, המוסד שבניהולם עומד כבר כיום בדרישות הפרוגרמה, לעומת 18% מן המנהלים בשנת 2013.
- לדברי 33% מן המנהלים, **המבנה** במוסד מותאם לדרישות הפרוגרמה, אך המוסד אינו עומד עדיין בכל הדרישות האחרות של הפרוגרמה.
- שאר המוסדות, מעט פחות ממחצית, נמצאים בשלבים שונים של היערכות והכנות לקראת התאמת המבנה לפרוגרמה החדשה, או שיש להם תכניות קונקרטיות להתאמת המוסד. מקצתם בשלבים מתקדמים כמו בנייה או שיפוץ, ומקצתם בשלבים ראשוניים כמו הגשת תכניות לאישור.
- הקשיים המרכזיים של המוסדות להתמודד עם הפרוגרמה החדשה הם: ההשקעה הכספית הנדרשת גדולה מאוד ואינה משתלמת כלכלית, היעדר יכולת כלכלית לביצוע השינויים הדרושים ומבנה ישן שלא ניתן להתאימו לדרישות החדשות והיעדר שטח להרחבת הבניין. רק מקצת ממנהלי המוסדות דיווחו שאין להם תכנית להתאמת המוסד לפרוגרמת 2016.

היקף ההשקעה הנדרש כדי להיערך לעמידה בדרישות הפרוגרמה

- מקרב מנהלים שמוסדם אינו עומד כיום בדרישות הפרוגרמה, רובם הגדול סוברים כי לצורך עמידה בדרישות נדרש היקף נרחב של השקעה (51% – עצום ו-19% – גדול). (תרשים 46)

- בהשוואה בין שנת 2013 לשנת 2015, אנו רואים כי יש אפילו עלייה קלה באלה שסוברים שהיקף ההשקעה הנדרשת עצום (47%-ו-51% בהתאמה), אך לעומת זאת עלה שיעור מנהלי המוסדות שאמרו שההשקעה הנדרשת מזערית (4%-ו-9% בהתאמה). בסך הכול אין שינוי ניכר בתפיסת ההשקעה הדרושה.

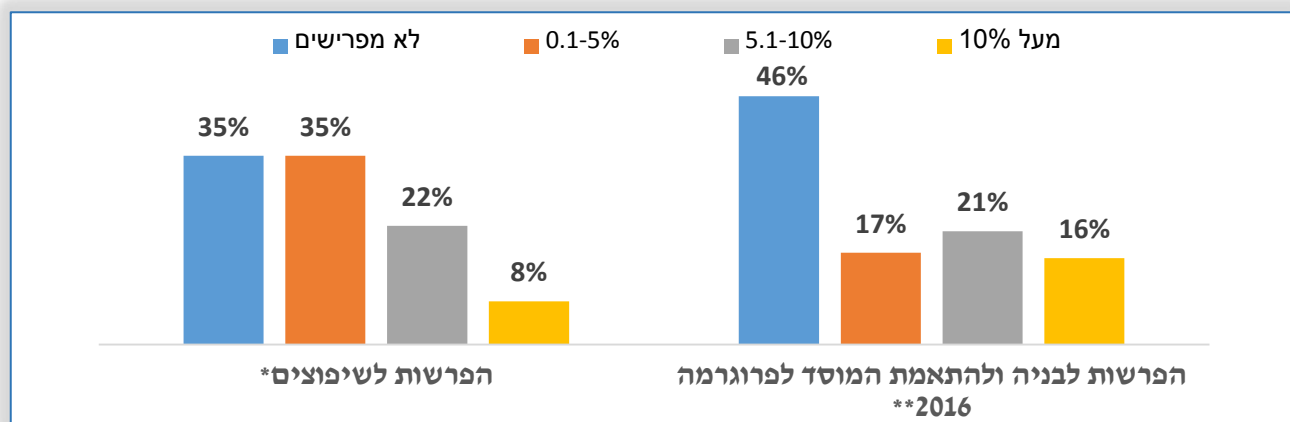
תרשים 46: תשובת מנהלים שמוסדם אינו עומד בדרישות הפרוגרמה לשאלה: "מהו היקף ההשקעה הנדרשת כדי לעמוד בדרישות הפרוגרמה?" (באחוזים)



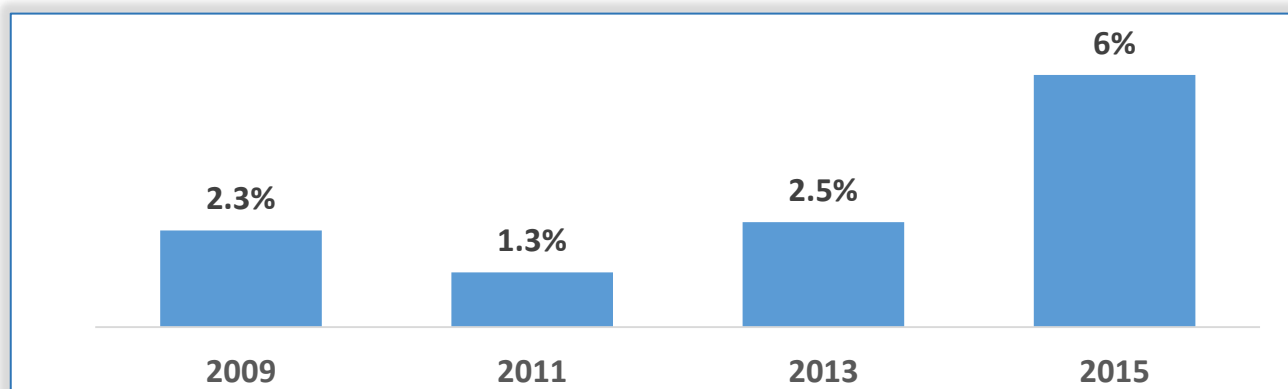
הפרשות מתוך ההכנסות לשיפוצים, לבנייה ולהתאמת המוסד לפרוגרמת 2016

- לדברי המנהלים, אחוז ההפרשה הממוצעת שלהם מתוך הכנסותיהם לצורך שיפוצים עמד בשנת 2015 על 6% (תרשים 48). 35% מן המנהלים אמרו שאינם מפרישים כיום כסף לשיפוצים, ו-8% הפרישו מעל 10% מן ההכנסות. (תרשים 47)
- 60% ממנהלי המוסדות הציבוריים אמרו שלא הפרישו באותה עת כסף לשיפוצים לעומת 21% ממנהלי המוסדות הפרטיים. כמו כן, 10% ממנהלי המוסדות הציבוריים דיווחו שהפרישו 5% או יותר מהכנסותיהם לשיפוצים לעומת 42% ממנהלי המוסדות הפרטיים (ניתוח ללא הקיבוצים).
- היקף ההפרשה הממוצעת מתוך המחזור הכספי של המוסד לבנייה ולהתאמת המוסד לפרוגרמת 2016, עמד בשנת 2015 על 4.6%. 46% מן המנהלים אמרו שלא הפרישו באותה עת כספים מהכנסותיהם למטרה זו, ו-16% הפרישו מעל 10%. (תרשים 47)

תרשים 47: תשובת מנהלים במוסדות שעדיין אינם מותאמים לפרוגרמת 2016 לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות שאתם מפרישים לשיפוצים, לבנייה ולהתאמת המוסד לפרוגרמת 2016?" (באחוזים)

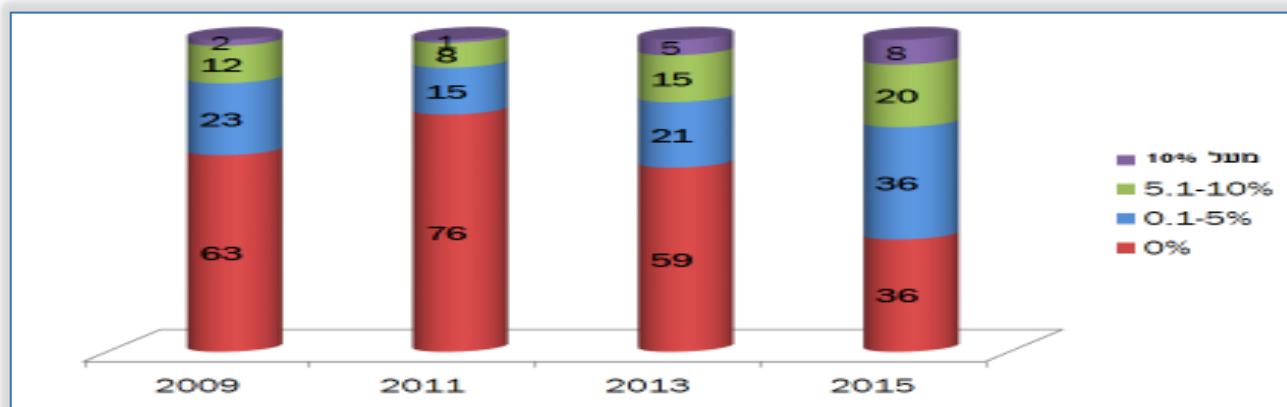


תרשים 48: תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות הממוצע שהפריש המוסד לשיפוצים ובנייה בשנים 2009-2015?" (באחוזים)



קשה לבדוק את פילוח ההפרשות לבנייה, לשיפוצים ולהתאמה לפרוגרמת 2016, משום שבסקרים הראשונים המנהלים נשאלו על ההפרשות לשיפוצים ולבנייה בשאלה אחת ולא בנפרד. מתרשים 49 עולה כי בשנת 2011 אחוז ההפרשות לבנייה ולשיפוצים יחד עמד בממוצע על 1.3%, ובשנת 2013 על 2.5%. מאז 2013 יש עלייה ברורה, וב-2015 עמדו ההפרשות על 6%. העלייה הזאת מתבטאת גם בהתפלגות אחוז ההפרשה של המוסדות לאורך זמן. הייתה ירידה ניכרת בשיעור המוסדות שלא הפרישו כספים לשיפוצים ולבנייה, מ-76% מן המוסדות בשנת 2011, ל-59% מן המוסדות בשנת 2013 ול-36% בלבד בשנת 2015. כמו כן חלה עלייה משמעותית בשיעור המפרישים יותר מ-5% מהכנסותיהם, מ-9% בשנת 2011, ל-20% בשנת 2013 ול-28% בשנת 2015.

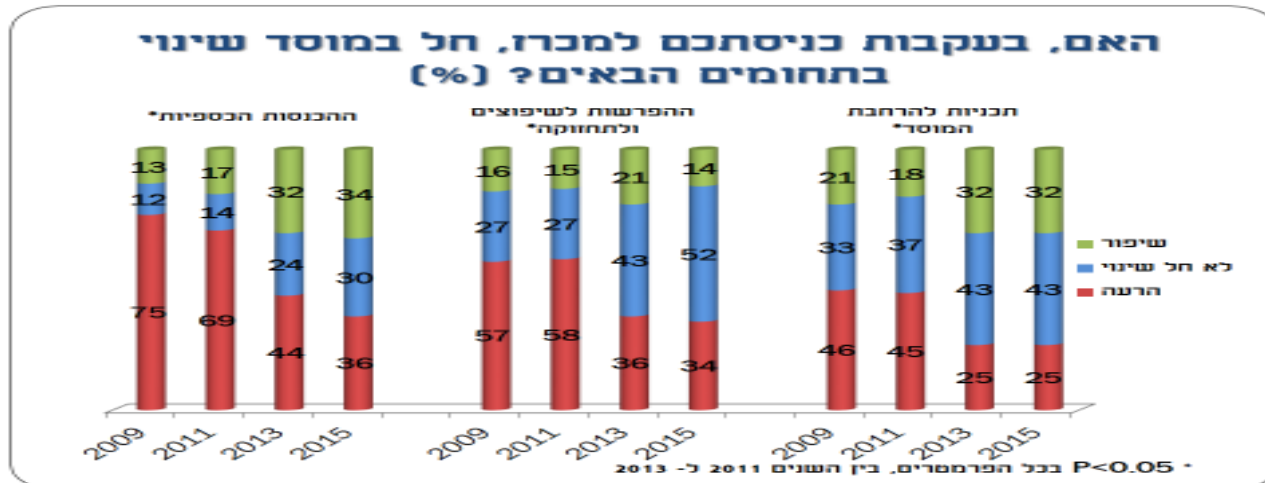
תרשים 49: התפלגות תשובת מנהלי מוסדות לשאלה: "מהו אחוז ההכנסות הממוצע שהפריש המוסד לשיפוצים ובנייה בשנים 2009-2015?"



לסיכום, המנהלים נשאלו בכל אחד מן הסקרים אם בעקבות כניסתם לרשימת המוסדות במכרז חל לתפיסתם שינוי בהכנסות הכספיות, בהפרשות לשיפוצים ובתכניות להרחבת המוסד. תרשים 50 מראה כי לפי הסקרים מ-2009 ו-2011 המנהלים סוברים שחלה הרעה משמעותית בשלושת הממדים האלה. ב-2009 דיווחו 75% מן המנהלים על הרעה בהכנסות כספיות, ו-57% על הרעה בהפרשות לשיפוצים בתחזוקה ובתכניות להרחבה. ב-2011 עמדו הנתונים על 69% ו-58% בהתאמה. ההרעה התמתנה מאוד לאחר המכרז החדש בשנת 2012. ב-2013 דיווחו על הרעה בהכנסות, 36% על הרעה בהפרשות לשיפוצים ו-25% על הרעה בתכניות להרחבה. בד בבד עלה שיעור המדווחים על שיפור בהכנסות ועל שיפור בתכניות להרחבת המוסד. מקצת המנהלים שאמרו שבאותה עת לא הפרישו כספים לבנייה ולשיפוצים אמרו שאין זה בהכרח מעיד שאינם מתכננים שיפוצים ובנייה.

מנהלי מוסדות בבעלות פרטית אמרו כי ישקלו בעתיד שימוש במשאבים פרטיים, ומנהלי מוסדות ציבוריים אמרו שהם פועלים כדי לקבל הלוואות, מענקים וכספים ממקורות אחרים למטרה זו.

תרשים 50: תשובת מנהלי מוסדות על השאלה: האם בעקבות כניסתם למכרז, חל במוסד שינוי בהכנסות הכספיות, בהפרשות לשיפוצים ולתחזוקה ובתכניות להרחבת המוסד (באחוזים)



מכשולים לעמידה בפרוגרמה

בסקר בשנת 2015 נשאלו מנהלי המוסדות מה הם המכשולים העומדים בדרכם לעמידה בדרישות פרוגרמת 2016. מחסור בכסף דווח בתור המכשול הגדול ביותר (42%). שאר המכשולים כללו קשיים ביורוקרטיים (20%), בעיה של שטח/מבנה (16%) ואי-כדאיות כלכלית (12%). תשובות בודדות היו: חוסר הסכמה בקיבוץ, תחושה שאין סוף לדרישות, הבעלים של המבנה אינם מסכימים והצורך לפנות דיירים.

נקיטת פעולות להעלאת רמת סל האשפוז שלפיו המוסד מקבל תגמול

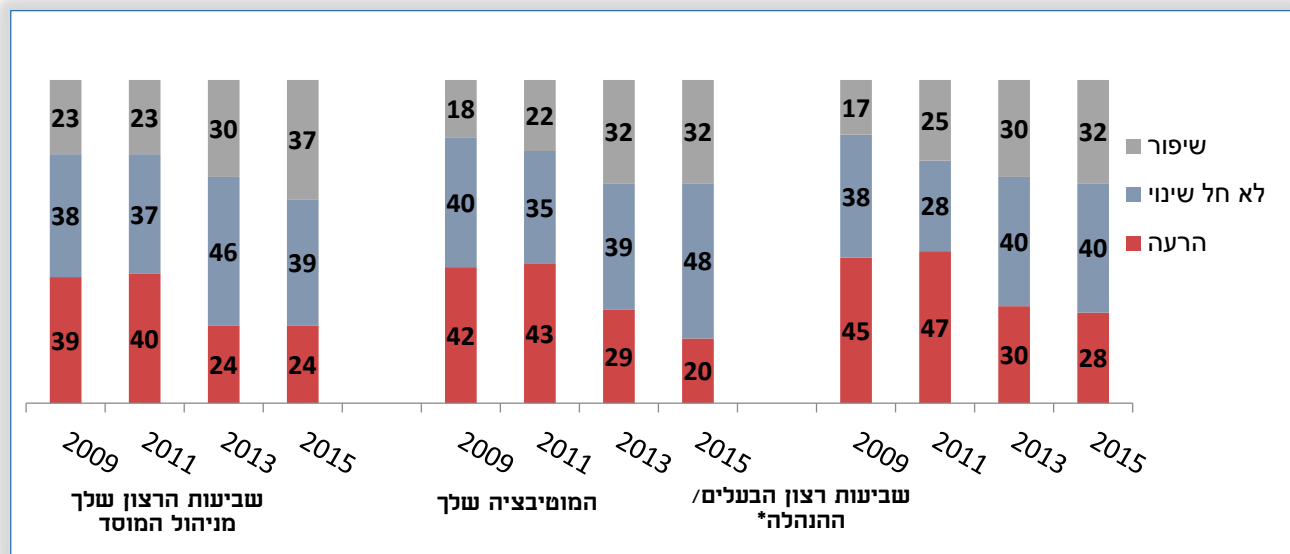
65% מן המנהלים דיווחו כי הם פועלים להעלות את דירוג סל האשפוז שלפיו הם מקבלים תגמול ממועד הבריאות. מחצית (51%) אמרו שהם פועלים להשבת כוח האדם במוסד, ובכלל זה להשלמת כוח אדם רב-מקצועי, תגבור ההכשרות וההשתלמויות ומינוי נאמני נושא; 22% אמרו שהם פועלים לשיפוץ המבנה ובנייתו בהתאם לפרוגרמת 2016; 16% אמרו שהם פועלים לשיפור כללי של איכות הטיפול; 12% פועלים לשיפור תחזוקת הבית ותנאי הסביבה; 11% הכניסו תוכנות למחשוב המידע במוסד; 7% רכשו ציוד נדרש; 5% פנו לגורמים שונים לשם העלאת ציון הבקרה; 4% קיבלו היתר למתן IV; 3% ערכו תיקונים בהתאם לנדרש בביקורת האחרונה (התשובות אינן מוציאות זו את זו ולכן מסתכמות ליותר מ-100%).

35% מן המנהלים אמרו שהם אינם פועלים להעלאת סל האשפוז, מן הסיבות האלה: 34% טענו שההשקעה הנדרשת גדולה מן התמורה ולכן אינה משתלמת כלכלית; 31% דיווחו שאין להם היכולת הכלכלית לביצוע השינויים הדרושים; 17% דיווחו שאין ביכולתם לבצע את השיפוצים הנדרשים בשל מגבלות המבנה הישן; 14% הביעו ספקנות בנוגע ליכולתם לעלות לדירוג גבוה יותר ולעמוד בדרישות משרד הבריאות; 10% טענו שאינם מעוניינים או שאינם יכולים להחליף או לשנות את כוח האדם במוסד (התשובות אינן מוציאות זו את זו ולכן אינן מסתכמות ל-100%).

ה. התנהלות המוסד

המנהלים נשאלו אם בעקבות כניסתם לרשימת המוסדות במכרז (זה של 2008 ואחר כך זה של 2012) חל במוסד שינוי לטובה או לרעה במגוון היבטים של ניהול המוסד, במוטיבציה שלהם ובשביעות הרצון של בעלי המוסד. תרשים 51 מראה כי גם בסקר בשנת 2009 וגם בסקר בשנת 2011 כ-40% עד קרוב ל-50% מן המנהלים דיווחו על הרעה בשלושת התחומים. לעומת זאת, בסקרים ב-2013 ולאחר מכן ב-2015 ירד משמעותית שיעור המדווחים על הרעה, ועמד על 24% עד 30% בשלושת התחומים. שיעור המדווחים על שיפור בתחומים אלו עלה.

תרשים 51: תשובת מנהלי המוסדות לשאלה: האם בעקבות כניסתכם למרכז, חל שינוי בשביעות רצונכם מניהול המוסד, במוטיבציה ובשביעות רצון הבעלים (באחוזים)



* P<0.05 בין השנים 2011 ל-2013

5.3 ממצאי הסקרים שנערכו בקרב בני משפחה על איכות הטיפול במוסדות

נוסף לשאלה איך תופסים מנהלי המוסדות את איכות הטיפול, בחנו גם את נקודת המבט של בן המשפחה ששימש מטפל בלתי פורמלי עיקרי של הזקן המאושפז במוסד. הריאיון עם בן המשפחה נערך כאמור לאחר מות הזקן, כדי למנוע חשש של בני המשפחה להתראיין.

א. מאפייני בני המשפחה

- בין 62%-ל-67% מבני המשפחה בשלושת הסקרים היו נשים.
- גילם הממוצע של הנסקרים היה 58 שנים (s.d.=12). רובם היו נשואים.
- כ-68% היו בנים או בנות של הזקנים, והשאר היו בני משפחה אחרים. מקצתם היו בני-זוג של הדייר במוסד (8% לפי סקר 2009, 15% לפי סקר 2011 ו-6% לפי סקר 2013).
- פחות ממחצית הנסקרים עלו לארץ אחרי שנת 1990 (51% בסקר 2009, 41% בסקר 2011, ו-44% בסקר 2013), רובם מברית המועצות לשעבר.
- שיעור בני המשפחה בעלי השכלה על-תיכונית גבוה יותר בסקר של 2013 לעומת שני הסקרים שקדמו לו (53% בסקר 2009, 66% בסקר 2011, ו-71% בסקר 2013).
- כ-60% הגדירו את מצבם הכלכלי טוב מאוד או טוב.
- הם דיווחו שביקרו במוסד לעתים קרובות, כ-33% מהם כל יום או כמעט כל יום, 53%-59% מספר פעמים בשבוע והשאר פחות מזה. (לוח 3)

לוח 3: מאפייני בני המשפחה שרואיינו (באחוזים)

סקר I, שנת 2009	סקר II, שנת 2011	סקר III, שנת 2013
מין – נשים	62	66
מצב משפחתי – נשוי	71	71
מוצא – אירופה-אמריקה	10	14
ילידי ישראל	28	30
אסיה-אפריקה	19	8
בריה"מ לשעבר	43	48
השכלה **		
עד 12 שנים	47	29
יותר מ-12 שנים	53	71
ותק בארץ *		
לפני 1990	49	56
אחרי 1990	51	44
הערכת מצב כלכלי *		
טוב מאוד	8	7
טוב	53	53
לא כל כך טוב	30	28
רע	7	10
מסרב להשיב	2	2
יחס קרבה לדייר *		
בן/ת זוג	8	6
בן/ת	69	71
אחר	23	23
תדירות ביקוריו במוסד		
כמעט כל יום	35	31
מספר פעמים בשבוע	57	59
מספר פעמים בחודש ופחות	8	10

* $p > 0.05$

ב. שביעות הרצון של בני משפחה מאיכות הטיפול במוסדות

שביעות הרצון של בני המשפחה נבחנה בחמישה ממדים מרכזיים במוסדות סיעודיים: איכות המזון והארוחות, הקשר והתקשורת עם אנשי הצוות, איכות הטיפול הסיעודי, איכות הטיפול הרפואי והתשתית הפיזית של המוסד. כל אחד מן הממדים נבדק באמצעות 3-6 שאלות, שהמענה על כל אחת מהן היה: מרוצה מאוד, מרוצה, לא כל כך מרוצה וכלל לא מרוצה. להלן נציג את שיעור המרוצים מאוד בכל אחד מן הממדים ואת השינוי בשביעות הרצון על פני זמן.

ממצאי הסקרים מלמדים על ירידה משמעותית ומובהקת בשביעות הרצון בכל השאלות ובכל הממדים בין שנת 2009 לשנת 2011, דהיינו בתקופת המכרז הראשון. בסקר השלישי שנערך בשנת 2013, כשנה לאחר המכרז השני, נצפתה עלייה חלקית ומתונה בשביעות הרצון בחלק מן הממדים. להלן פירוט:

איכות המזון והארוחות

בתחום זה נכללו ארבע שאלות על גיוון האוכל, האסתטיקה שלו, הטמפרטורה ואפשרויות הבחירה. מתרשים 52 ניתן ללמוד שבשנת 2009, 28%-37% מבני המשפחה היו מרוצים מאוד מן המזון והארוחות, אך בסקר משנת 2011 חלה הרעה בכל התחומים. בסקר משנת 2013 חל שיפור קל בשביעות הרצון מצורת הגשת האוכל. ראוי לתת את הדעת לכך שלא רק שחלה הרעה בשנת 2011 בגיוון ובאפשרויות הבחירה של האוכל – ממדים הקשורים ישירות לעלות – אלא שגם באסתטיקה ובחימום של האוכל חלה הרעה, עובדה שאינה קשורה ישירות לעלות אך ייתכן שהיא קשורה למחסור בכוח אדם.

יחס, שיתוף בקבלת החלטות ותקשורת של הצוות עם בני המשפחה

בשנת 2009 היו 42% מבני המשפחה מרוצים מאוד מן היחס והאדיבות של הצוות המטפל, 38% היו מרוצים מן המידה שבה שיתפו אותם בקבלת החלטות הנוגעות לזקן ו-44% היו מרוצים מן התקשורת שלהם עם הצוות המטפל בזקן. תרשים 53 מראה שבשנת 2011, שלוש שנים לאחר החלתו של המכרז הראשון, חלה ירידה חדה בשביעות הרצון, אך גם שלאחר המכרז השני מ-2012, החלה עלייה מעטה בשביעות הרצון.

טיפול סיעודי

בשנת 2009 כ-28% מבני המשפחה היו "מרוצים מאוד" ממצבת האחיות, ביום ובלילה, במחלקה שבה היה מאושפז בן משפחתם הזקן. שנתיים אחר כך צנח שיעור המרוצים מאוד ב-100%, ל-14% בלבד, אך כעבור שנתיים עלה במידה רבה ומובהקת לכ-20% מבני המשפחה.

באשר לפעילות פנאי, שהאחיות, עובדי תעסוקה ואנשי צוות נוספים אחראים לה, 29% היו מרוצים מאוד בסקר הראשון, אך גם כאן שיעורם צנח בסקר השני ונשאר באותה רמה בסקר השלישי. (תרשים 54)

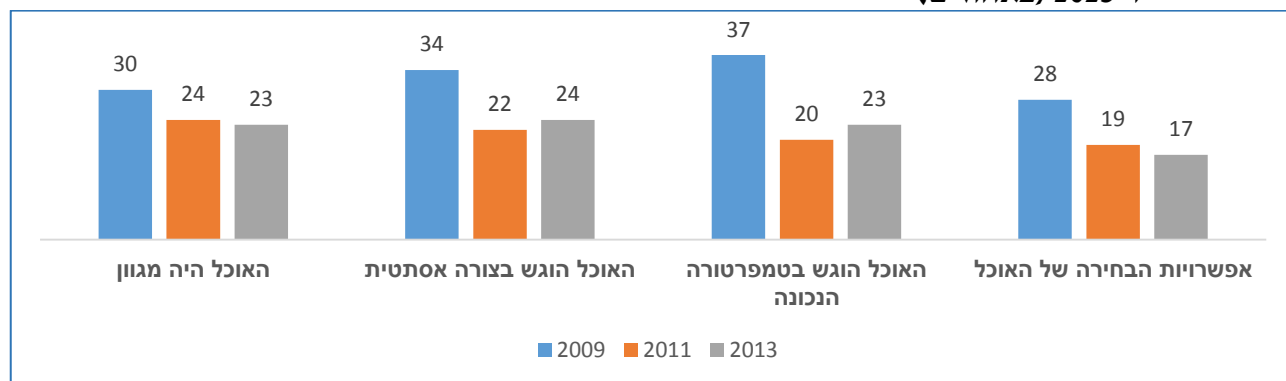
טיפול רפואי

תרשים 55 מראה כי בשנת 2009 36% מבני המשפחה היו מרוצים מאוד מאיכות הטיפול הרפואי ומן הטיפול בבעיות בשעת חירום, ושיעור נמוך יותר מאיכות הטיפול בשיניים. גם בתחום זה חלה הרעה בשנת 2011, והיא נמשכה במידה קלה גם שנתיים אחר כך.

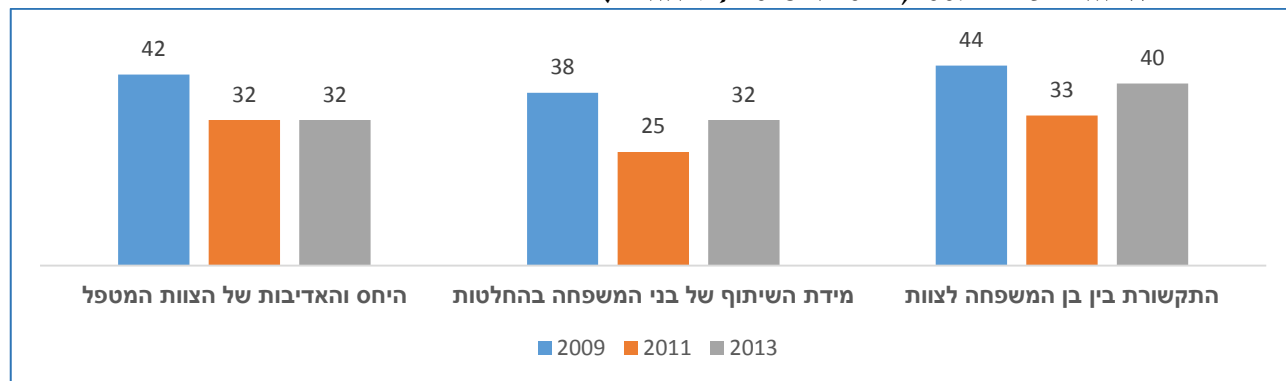
תשתית פיזית ותחזוקה

תחום זה נבדק באמצעות שישה מדדים. מתרשים 56 עולה שזהו התחום שבו חלה ההרעה הגדולה ביותר בשביעות הרצון של בני המשפחה. בעוד 37%-50% מבני המשפחה היו מרוצים מאוד בשנת 2009 מרמת הניקיון, התאורה, הטמפרטורה ומדדים אחרים, שנתיים אחר כך ירד שיעור המרוצים מאוד בחדות בכל ששת המדדים. זאת ועוד, נראה שגם לאחר המכרז החדש, רק 23%-34% מבני המשפחה מרוצים מאוד מן התשתית במוסדות.

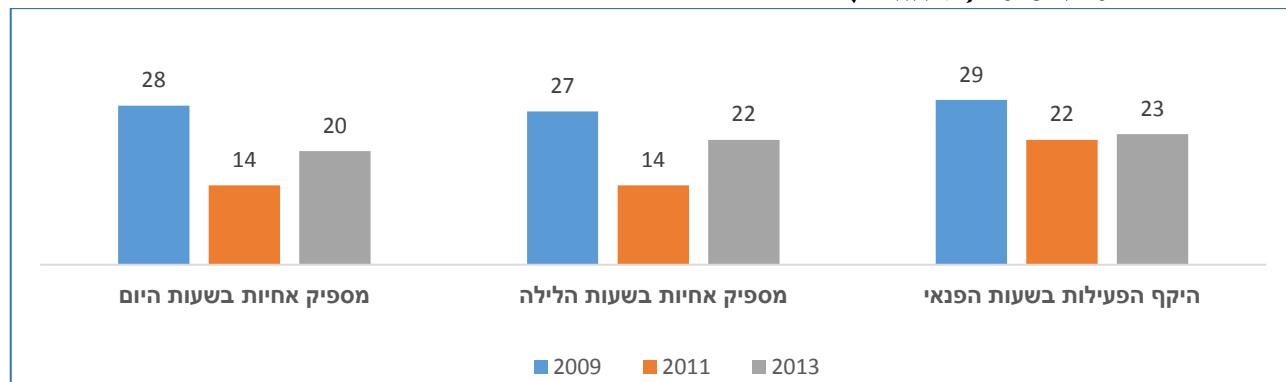
תרשים 52: שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מאיכות המזון והארוחות במוסדות, בשנים 2009, 2011 ו-2013 (באחוזים)



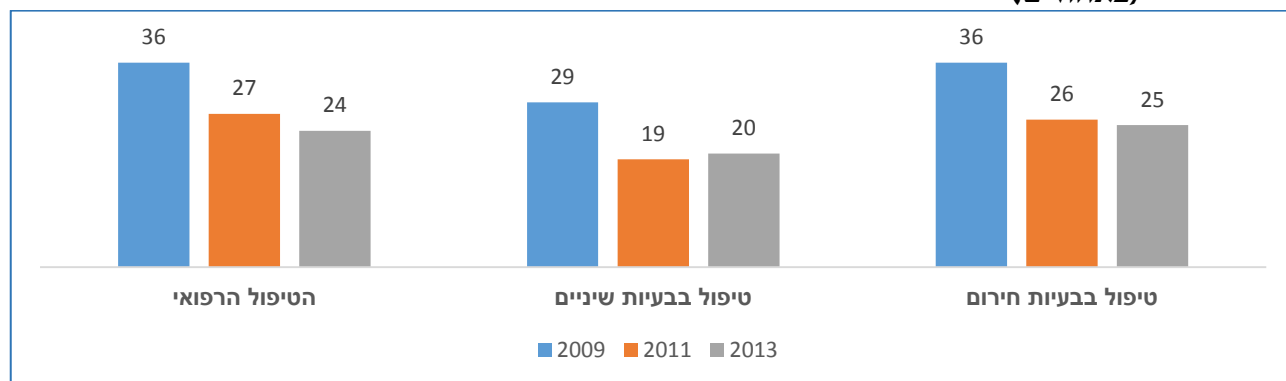
תרשים 53: שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מן היחס, השיתוף בקבלת החלטות, והתקשורת עם אנשי הצוות בשנים 2009, 2011 ו-2013 (באחוזים)



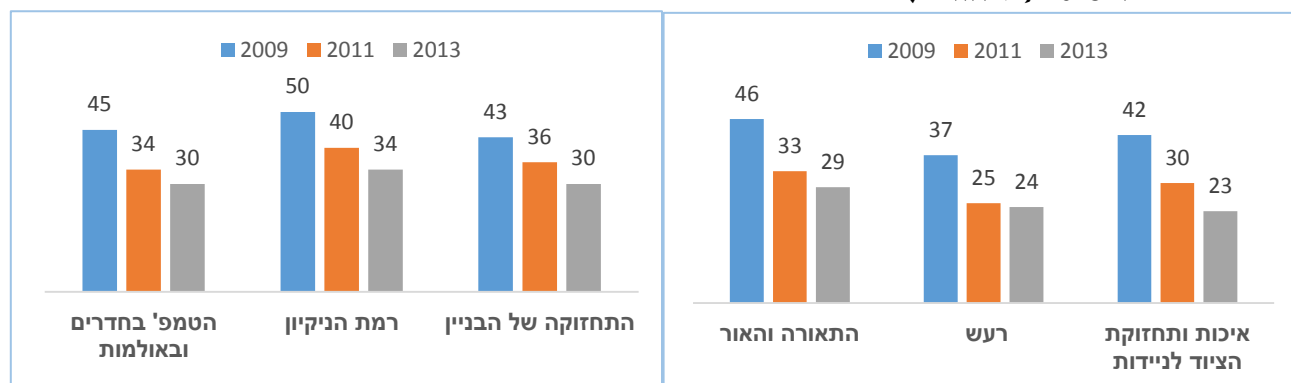
תרשים 54: שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" ממצבת האחיות והפעילות בשעות הפנאי בשנים 2009, 2011 ו-2013 (באחוזים)



תרשים 55: שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מאיכות הטיפול הרפואי בשנים 2009, 2011 ו-2013 (באחוזים)



תרשים 56: שיעור בני משפחה "מרוצים מאוד" מן התשתית הפיזית והתחזוקה בשנים 2009, 2011 ו-2013 (באחוזים)



6. רשימת מקורות

בנטור נ., ספלטור ט. 2010. **רמת השירות ואיכות הטיפול במוסדות הסיעודיים בעקבות המכרז הארצי לקודים סיעודיים. דוח ביניים ראשון**, דצמבר 2010. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

בנטור נ., לרון מ. 2011. **רמת השירות ואיכות הטיפול במוסדות הסיעודיים בעקבות המכרז הארצי לקודים סיעודיים, דוח ביניים שני**, דצמבר 2011. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

בנטור נ., לרון מ. 2013. **רמת השירות ואיכות הטיפול במוסדות הסיעודיים בעקבות המכרז הארצי לקודים סיעודיים, דוח ביניים שלישי**, ספטמבר 2013. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

משאב, אשל ומאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. 2016. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2015. פמ-74-16. ירושלים.

משאב, אשל ומאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. 2015. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2014. פמ-73-15, ירושלים.

דיוני ועדת הכספים של הכנסת, שהתקיימו בתאריכים 12.11.07, 31.12.07, 1.1.08, 28.5.08, 17.6.08, 3.6.09, 8.6.09, 21.2.11, 30.5.11, 11.7.11, 2.1.12.

<http://main.knesset.gov.il/Activity/committees/Finance/Pages/default.aspx> (נדלה: יולי, 2017)

מדינת ישראל, משרד הבריאות. 2016.

http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/prof/supevision/Pages/nursing_wards.aspx (נדלה: יולי, 2017)

מדינת ישראל. תקציב המדינה - הצעה לשנת הכספים 2015. נובמבר 2014.

http://mof.gov.il/BudgetSite/statebudget/BUDGET2015/Documents/MainBudgetFull_2015.pdf

מדינת ישראל - משרד האוצר ומשרד הבריאות, - מכרז פומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים. חשוון תשס"ח, נובמבר 2007. חוברת א.

מדינת ישראל, משרד הבריאות ומשרד האוצר. מכרז פומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים. ניסן תשע"ב, מארס 2012. מסמכי המכרז ונספחים א'-ז'.