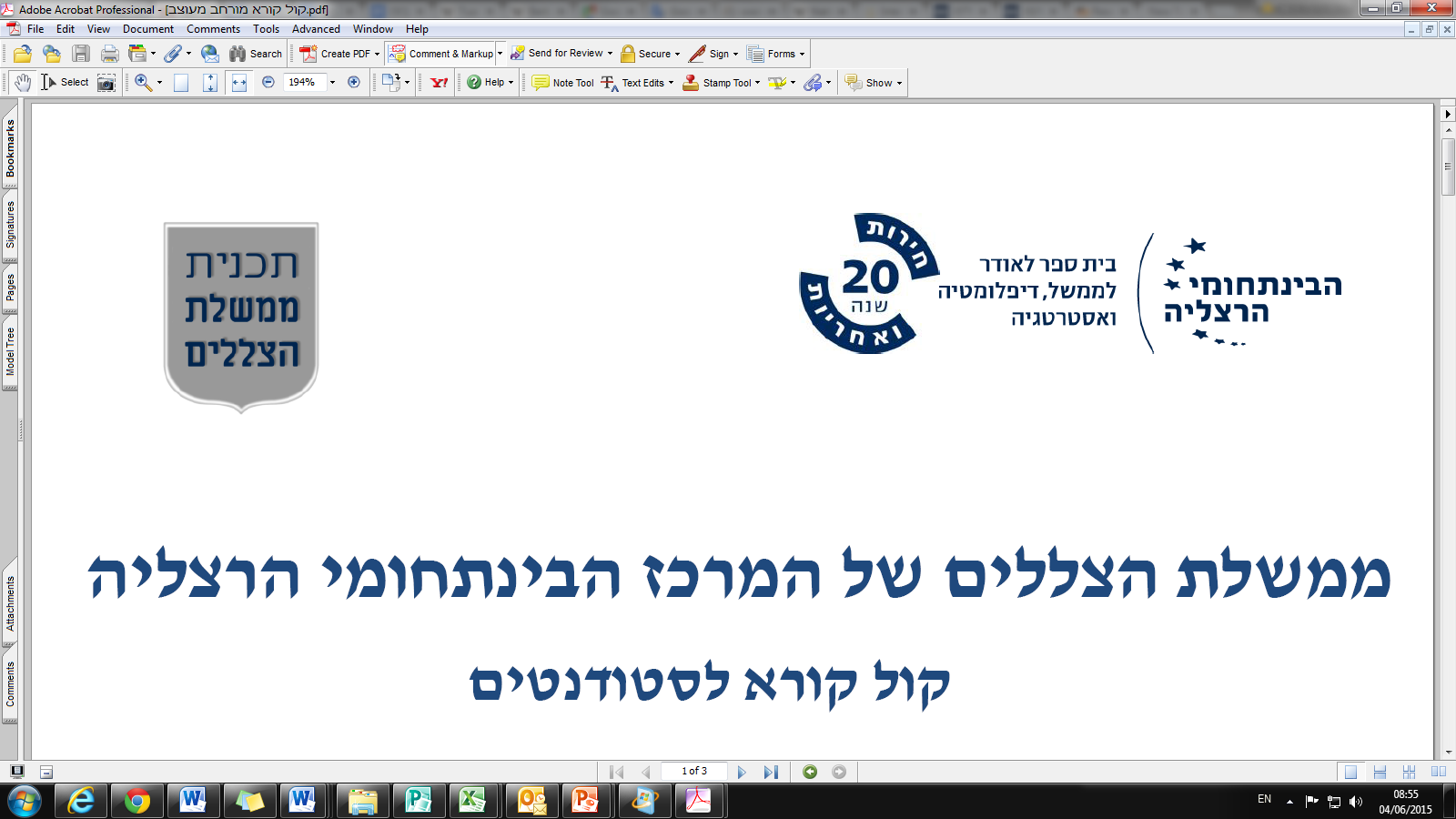


**ממשלת הצללים של הבינתחומי הרצליה**

**נייר עמדה**



**המשרד לאזרחים ותיקים**

"מבחן התלות של ביטוח לאומי"

**צוות המשרד לאזרחים ותיקים:**

ירדן קליין

ירדן סאסי

רוזליה אסי

בת אל אבן

מור בלום

לורי טננבלט

**מנחה:** הגב' גילי דקל

**יועץ אקדמי:** דר. בועז בן דוד

**יועצת מקצועי:** דר. אבי ביצור

**מרץ 2016**

**תקציר מנהלים**

נייר עמדה זה עוסק במבחן התלות שהינו המבחן המרכזי הנערך על מנת לקבוע את גודל זכאותו של אדם לסיוע מטעם הביטוח הלאומי. האוכלוסייה בה מתמקד נייר העמדה היא אוכלוסיית האזרחים הקשישים.

למבחן התלות שלושה מרכיבים: הראשון, בחינת עצמאות בביצוע הפעולות היום-יומיות הבאות: קימה ושכיבה, ניידות, רחצה, לבוש, אכילה, שתייה ושליטה על סוגריים. השני, הערכת הצורך בהשגחה אישית מתמדת והשלישי, בודק האם התובע מתגורר לבדו. קשיש שקיבל במבחני התלות מעל שתי נקודות וחצי, יהיה זכאי לגמלת סיעוד חלקית הכוללת תשע שעות ושלושת רבע. בעוד קשיש שקיבל מעל שש נקודות וחצי יהיה זכאי לגמלה מלאה הכוללת בין 18-16 שעות שבועיות. הניקוד המרבי במבחן הערכת התלות הוא 16.5 נקודות.

הביקורת הרבה כלפי מבחן התלות מתמקדת בהיבטים הבאים: המבחן דורש מהקשישים להיכשל ב"מבחן סוף חייהם, הגורמים המבצעים את המבחן אינם אובייקטיביים, המבחן לא מצליח לספק תוצאה אמינה

והקריטריונים הנבחנים אינם משקפים בהכרח את המצב האמיתי.

ההמלצות שניתנות על ידי המשרד לאזרחים ותיקים הינם: ביטול המבחן לאלתר: יש לבחון את האופציה לפיה במקום ביצוע המבחן הנוכחי תוענק הזכאות באופן אוטומטי בהתאם להמלצת רופא מקצועי שיבחן את הקשיש עם הגיעו לגיל מסוים. או במידה ואי אפשר לבטל את המבחן ההמלצות הנוספות הן: בחירת בוחנים מקצועיים ובלתי תלויים, עדכון מדדי המבחן הנבדקים וקיום המבחן ללא התראה מוקדמת



ממשלת הצללים

המרכז הבינתחומי

המשרד לאזרחים ותיקים

נייר עמדה: מבחן התלות של ביטוח לאומי

מנחה מקצועי: דר. אבי ביצור

מנחה אקדמאי: דר. בועז בן דוד

עוזרת הוראה: גילי דקל

סטודנטיות משתתפות:

ירדן קליין

ירדן סאסי

רוזליה אסי

בת אל אבן

מור בלום

לורי טננבלט

תקציר

נייר עמדה זה עוסק במבחן התלות שהינו המבחן המרכזי הנערך על מנת לקבוע את גודל זכאותו של אדם לסיוע מטעם הביטוח הלאומי. האוכלוסייה בה מתמקד נייר העמדה היא אוכלוסיית האזרחים הקשישים.

למבחן התלות שלושה מרכיבים: הראשון, בחינת עצמאות בביצוע הפעולות היום-יומיות הבאות: קימה ושכיבה, ניידות, רחצה, לבוש, אכילה, שתייה ושליטה על סוגריים. השני, הערכת הצורך בהשגחה אישית מתמדת והשלישי, בודק האם התובע מתגורר לבדו. קשיש שקיבל במבחני התלות מעל שתי נקודות וחצי, יהיה זכאי לגמלת סיעוד חלקית הכוללת תשע שעות ושלושת רבע. בעוד קשיש שקיבל מעל שש נקודות וחצי יהיה זכאי לגמלה מלאה הכוללת בין 18-16 שעות שבועיות. הניקוד המרבי במבחן הערכת התלות הוא 16.5 נקודות.

הביקורת הרבה כלפי מבחן התלות מתמקדת בהיבטים הבאים: המבחן דורש מהקשישים להיכשל ב"מבחן סוף חייהם, הגורמים המבצעים את המבחן אינם אובייקטיביים, המבחן לא מצליח לספק תוצאה אמינה

והקריטריונים הנבחנים אינם משקפים בהכרח את המצב האמיתי.

ההמלצות שניתנות על ידי המשרד לאזרחים ותיקים הינם: ביטול המבחן לאלתר: יש לבחון את האופציה לפיה במקום ביצוע המבחן הנוכחי תוענק הזכאות באופן אוטומטי בהתאם להמלצת רופא מקצועי שיבחן את הקשיש עם הגיעו לגיל מסוים. או במידה ואי אפשר לבטל את המבחן ההמלצות הנוספות הן: בחירת בוחנים מקצועיים ובלתי תלויים, עדכון מדדי המבחן הנבדקים וקיום המבחן ללא התראה מוקדמת

**"וְהָדַרְתָּ פְּנֵי זָקֵן**", (ויקרא י"ט, ל"ב).

מבוא:

בנייר עמדה זה אנו נעסוק ב"מבחן התלות", המכונה מבחן ה ADL (Activities of Daily Living), אשר הוא המבחן המרכזי הקובע את גודל הזכאות מטעם הביטוח הלאומי לה יהא זכאי הקשיש הסיעודי בישראל. תחילה נסקור את התחום הסיעודי בכללותו: מי הם הזכאים לטיפול הסיעודי וכיצד ניתן לקבלו בישראל, כולל סוגי הביטוחים הסיעודיים השונים. לאחר מכן נפרט את מרכיביו של מבחן התלות ואת דרך ביצועו כיום תוך נקודת מבט ביקורתית ומתן שיקולים בעד ונגד המבחן במתכונתו הנוכחית. נסיים בציון המלצות לשינויים במבחן ונציע חלופות אפשריות לקביעת שיעור הזכאות לאור הממצאים הבעייתיים שעולים מהמבחן.

**סקירת תחום הסיעוד:**

מקור המילה סיעוד הינו מהשורש ס.ע.ד במשמעותו כתרופה ע"י הגשת עזרה וסיוע. שירותי סעד יכולים להינתן ע"י כל אדם וניתנים לאנשים החווים קשיים מוטוריים ופיזיולוגיים בחיי היום יום. האחריות לטיפול באוכלוסיית הסיעודיים בישראל מתחלקת בין שלושה גופים עיקריים: משרד הרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי. הזכאים לסיוע סיעודי יוכלו לקבלו בשתי שיטות: טיפול מוסדי, דהיינו מעבר למוסד מיוחד לשם קבלת הטיפול או לחילופין בשיטת הטיפול הקהילתי שבה קיים יתרון בולט אשר שומר על סגנון החיים הקיים ככל שניתן. יתרון זה מקבל משנה תוקף כאשר מדובר בקשישים המתקשים לעיתים רבות להתרגל לשינויים ולכן ישנה העדפה להשאירם בקהילה ובסביבה המוכרת להם (נתן, 2011).

ישנן שתי קבוצות אוכלוסייה עיקריות הזקוקות לסיעוד או השגחה שאינה בהכרח רפואית. הקבוצה הראשונה היא אוכלוסיית בעלי המוגבלויות. ניתן לחלק את הנמצאים בקבוצה זו לבעלי מוגבלויות מלידה ולאלה שנוצרו אצלם מוגבלויות כתוצאה מתאונות שונות. מדובר על המוגדרים כנכים קשים הזקוקים לסיוע ברמות שונות, בחלק או בכל שעות היממה. הקבוצה השנייה הינה אוכלוסיית הקשישים, אשר בה נתמקד בנייר עמדה זה. מדובר בקשישים הנמצאים במצב סיעודי שעשוי להיגרם מגורמים פיזיים או נפשיים (למשל סובלים מדמנציה). קבוצה זו מהווה את הנתח המרכזי של הנזקקים לסיעוד בישראל ואף נראה כי קבוצה זו רק תגדל בשל העלייה בתוחלת החיים בעשור האחרון שצפויה להימשך. לפי מחקרים והערכות של ארגון ה-OECD , עד לשנת 2050 צפוי שיעורם של בני ה-80 ומעלה באוכלוסייה לגדול פי שניים וחצי (המוסד לביטוח לאומי, 2014).

מספר הזכאים לגמלת סיעוד במגמת עלייה ובשנת 2014 והגיע ל-159.4 אלף בממוצע חודשי, גידול של כשני אחוזים, כאשר 70.5% מתוך סך מקבלי הקצבאות הן נשים ו29.5% מתוכם הם גברים. בין השנים 2014-1991 גדל המספר פי חמש, למרות העלאת גיל הזכאות. זהו שיעור גידול גבוה ביותר, והוא גבוה באופן ניכר מהגידול במספר הקשישים באותה התקופה. הסבר אפשרי לכך עשוי להיות הגדלת שיעור מיצוי הזכאות לקצבה לנוכח עליית המודעות לגביה במהלך השנים. קשישים שנמצאו זכאים לסיעוד, יקבלו זאת בתצורת "גמלת סיעוד". כאמור מדובר בגמלה הניתנת מכוח "חוק הביטוח הלאומי" אשר נחקק בשנת 1980 ונכנס לתוקף באפריל 1988. הגמלה תינתן לקשיש הזקוק לעזרתו של אדם אחר כדי לבצע פעולות יום-יומיות בתנאי שהוא תושב ישראל שאינו מקבל כפל קצבאות (למעט קצבה ניצולי שואה שלא תחשב כקצבה לעניין זה) והוא גר בביתו ולא במוסד. תחילה ניתן היה לקבל את הגמלה באמצעות שירותים סיעודיים בלבד עד שביולי 2013 התקבל תיקון לחוק לפיו במצבים קשים במיוחד, יהיו זכאים הקשישים אשר מעסיקים מטפל צמוד במשך שישה ימים בשבוע למשך כ12 שעות ביממה, לקבל את הגמלה בכסף. גמלת סיעוד נעה בין 2,949-797 ₪ כאשר שני גורמים משפיעים על סכום הגמלה לו יהא זכאי הקשיש, סכום הכנסותיו והאם הוא מתגורר בגפו או עם בן/בת זוג (המוסד לביטוח לאומי, 2014).

נכון לשנת 2016 מדרגות הזכאות נקבעו לפי הסכומים הבאים:

יחיד ששיעור הכנסותיו עד 9,464 ₪ זכאי לגמלה מלאה.

יחיד ששיעור הכנסותיו מעל 9,464 ₪ ועד 14,196 ₪ יהיה זכאי לגמלה מופחתת בשיעור של 50%.

זוגות המתגוררים יחד בביתם והכנסותיהם עד 14,196 ₪ יזכו לגמלה מלאה, ואילו זוג שהכנסותיו מעל 14,196 ש"ח ועד 21,294 ₪ יזכו לגמלה מופחתת בשיעור של 50% (כל זכות, ללא תאריך)

בשנת 2014 סך התשלומים שהועברו למימון ביטוח סיעוד הגיע לכ-5.3 מיליארד ₪, מתוכם כ-5.0 מיליארד ש"ח הוקצו למתן השירותים לזכאים והיתר לפיתוח שירותים של מוסדות ושירותים בקהילה ולביצוע מבחני תלות. בנוסף לכך, כ-121 מיליון ש"ח הועברו למשרדי הבריאות והרווחה בעבור הגדלת מספר המאושפזים במוסדות סיעודיים. יתרה מזאת, באותה שנה גדלו התשלומים במסגרת ביטוח סיעוד ב-4.1%. תשלומי הגמלאות גדלו ב-4% כתוצאה מגידול במספר הזכאים לגמלה. רמת הגמלה הממוצעת עלתה בשנת 2014 בשיעור של 2% במונחים ריאליים. למרות העלייה חשוב לזכור שגם ההוצאות של הקשישים הסיעודיים עלו כיוון שראשית התשלום לעובד זר צמוד לשכר המינימום במשק, שעלה גם הוא, ואת ההפרש מוטל על הקשיש לשלם לעובד בעצמו. כמו כן חשוב לזכור שמלבד התשלום לעובד הסיעודי ישנן הוצאות נוספות הדרושות לקשיש סיעודי כגון: רכישת חיתולים, תרופות ואמצעים אלקטרוניים מסייעים (המוסד לביטוח לאומי, 2014).

**סקירת מבחן התלות:**

"חוק ביטוח לאומי" קובע גמלת סיעוד אשר מקנה לקשישים שירותים המסייעים בביצוע פעולות יומיומיות ובניהול משק הבית. ראשית, על הקשיש להגיש תביעה לגמלת סיעוד שלאחריה יבקר מעריך מטעם "המוסד לביטוח לאומי" בביתו וזאת על מנת לבצע בדיקה להערכת תלותו בזולת. יש לציין כי במקרים מסוימים, רשאי הקשיש לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה. בהתאם לתוצאות הבדיקה תקבע זכאותו של הקשיש ושיעור הגמלה לפי רמות א'-ג', כאשר ג' הינה הגבוהה ביותר.

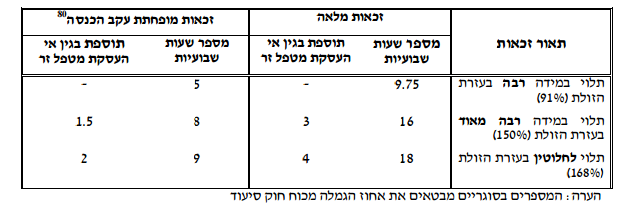
לפיכך קשישים המבקשים לקבל את הגמלה נדרשים לבצע את מבחן הADL (Activities of Daily Living) אשר מטרתו הינה לבדוק את מידת העזרה לה זקוק הקשיש. לשם כך נבדקת רמת תפקודו של הקשיש בפעולות שונות כדוגמת אכילה, רחצה וניידות. כאמור, המבחן אינו בודק את רמת הקושי של הקשיש בביצוע הפעולות אלא בוחן את מידת העזרה שלה זקוק הקשיש בעת ביצוע הפעולות בביתו (המוסד לביטוח לאומי, 2014).

מבחן הערכת תלות כולל **שלושה מרכיבים**:

הראשון, בחינת עצמאות בביצוע הפעולות היום-יומיות הבאות: קימה ושכיבה, ניידות, רחצה, לבוש, אכילה, שתייה ושליטה על סוגריים. נציין כי ניידות קשישים נבחנת באם הם נעזרים בקביים, מקל הליכה או הליכון שבהתקיים תשובה חיובית אזי יחשבו כעצמאים. זאת לעומת קשישים המרותקים למיטה או לכסא גלגלים ורק הם שייחשבו כחסרי ניידות לצורך המבחן הנ"ל. הניקוד המרבי שניתן במבחן הערכת תפקוד הADL בכל תחום הוא בין נקודה לשלוש נקודות כאשר במקסימום ניתן לצבור בין אפס נקודות לשמונה נקודות. השני, הערכת הצורך בהשגחה אישית מתמדת כאשר נבדק שימצא זקוק להשגחה מתמדת יוכל לצבור כשש נקודות וחצי. קשישים אשר זקוקים להשגחה 24 שעות ביממה יזכו לציון גבוה במבחן זה (למשל חולי אלצהיימר אשר יכולים לאבד את דרכם). קשיש שמתגורר לבדו (ללא בני משפחה נוספים) יזכה לתוספת ציון. כמו כן ניתנת תוספת נקודה באופן אוטומאטי לקשיש בודד עיוור מגיל 85 ומעלה לציונו במבחן ה-ADL. השלישי, בודק האם התובע מתגורר לבדו ולפיכך ינוקד בהתאם. כמו כן, נבדק שקיבל בהערכת התפקוד כשתי נקודות יוספו לציונו עוד כשתי נקודות וחצי נוספות.

לסיכום, קשיש שקיבל במבחני התלות מעל שתי נקודות וחצי, יהיה זכאי לגמלת סיעוד חלקית הכוללת תשע שעות ושלושת רבע. בעוד קשיש שקיבל מעל שש נקודות וחצי יהיה זכאי לגמלה מלאה הכוללת בין 18-16 שעות שבועיות. הניקוד המרבי במבחן הערכת התלות הוא 16.5 נקודות (המוסד לביטוח לאומי, 2014).

כמו כן ישנם מקרים מיוחדים בהם יינתן היתר להעסקת עובד זר לקשישים שלא עמדו בקריטריונים ולא קיבלו ציון מספיק במבחן התלות ADL: קשיש המשתחרר מבית החולים וזקוק להשגחה או טיפול, יינתן אישור זמני לשישה חודשים או במידה והקשיש חולה במחלה ממארת או מחלה קשה וזקוק להשגחה ברוב שעות היום או שהקשיש מתגורר עם נכה אחר שהינו בן משפחה (חורב, קידר והרשקוביץ 2011 ).



ניתן לקיים מבחן תלות חוזר במקרים שבהם מצבו של הקשיש מדרדר וזאת לאחר בקשתו של הקשיש או ביוזמת הביטוח הלאומי. חשוב לערוך את מבחן התלות כאשר מצבו של הקשיש מדרדר ובמקרים רבים התוצאה במבחן החוזר יכולה לגרום להפחתה או לשלילת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד (עמותת רעות-אשל/ג'וינט ישראל, ללא תאריך).

הגורמים המבצעים את מבחן התלות אצל הקשיש:

הגדרת קשיש כסיעודי נעשית על ידי מומחים מטעם ביטוח לאומי המגיעים אל ביתו של הקשיש. מדובר באנשי מקצוע טיפוליים בעלי ידע ומומחיות בבחינת יכולת התפקוד בהתאם למבחנים שעיצב הביטוח הלאומי וביניהם עובד סוציאלי, רופא, אחות מוסמכת ופיזיותרפיסט.

בשנתיים האחרונות הוקמו ועדות ערר לחוק סיעוד המורכבות מרופאים גריאטריים וממנהלי מחלקות ובהן דנים בערעורים על החלטות האחיות המעריכות (ג'וינט ישראל, ללא תאריך).

לאחר וועדה מיוחדת של הביטוח הלאומי הוחלט באוקטובר 2014 לערוך שינוי מהותי בהערכת התלות כך שנקבע שבמליאת 90 שנה לקשיש באפשרותו לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה במקום מבחן התלות (עמותת רעות-אשל/ג'וינט ישראל, ללא תאריך). לאור תלונות הקשישים ומשפחותיהם, אישרה הכנסת ב9 בינואר 2012 הצעת חוק ממשלתית לפיה תורחב אפשרות הבחירה להיבדק במבחן תלות בידי רופא מומחה בגריאטריה לבני 90-80 בשלושה אזורים למשך שנה כתכנית ניסיונית (המוסד לביטוח לאומי, ללא תאריך).

# ההבדלים בין סוגי הביטוחים:

בנוסף לזכויות המעוגנות בפרק ביטוח הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי, אדם חופשי להתקשר בחוזה ביטוח עם חברת ביטוח פרטי לרכישת ביטוח סיעודי פרטי במספר דרכים. לפיכך נציג מספר דרכים השונות בתנאיהם ובזכויות המוענקות בגינם אשר קיימות בפוליסות הביטוח השונות ומהוות חוזה מחייב בין שני הצדדים להן.

1. **ביטוח סיעודי של קופות החולים** אשר זהו ביטוח קבוצתי שנעשה במסגרת חוזה בין חברות הביטוח לקופת החולים. מכאן שהביטוח הינו זול יחסית, אך תקופת הפיצוי בו בד"כ מוגבלת לשנים ספורות וסכומי הפיצוי אינם מספיקים שכן מוענקים עד כ5,000 ₪ לחודש. עקב העובדה שהחוזים מחודשים מידי כמספר שנים יכולים תנאי התכנית ומחיריה להשתנות (עמותת רעות-אשל/ג'וינט ישראל, ללא תאריך).
2. **ביטוח סיעודי בדרך של פוליסה אישית בחברות הביטוח** המעניקות מעין ביטוח אישי על פיו המבוטח בוחר את הסכום שירצה לקבל בעתיד ולפיכך נדרש לשלם כיום בהווה את הערך הנוכחי. בדרך זו הפרמיות של הביטוח הסיעודי הפרטי הן גבוהות מאוד ובנוסף גובה הפרמיה אינו מובטח שכן חברות הביטוח יכולות לשנותו (משרד האוצר, ללא תאריך).
3. **ביטוח סיעודי קבוצתי של ארגונים ומקומות עבודה** אשר נחשבים כהטבה בשל התנאים המשופרים להם זכאים המבוטחים.
4. **ביטוח סיעודי משלים** המתקיים כפשרה בין הביטוח הסיעודי הפרטי לבין הביטוח הסיעודי של קופות החולים ובו משולמת פרמיה משתנה בהתאם לגובה הכיסוי החודשי שנבחר בהתאם לגיל הכניסה לביטוח.

לכאורה נראה כי גם הביטוחים הסיעודיים הפרטיים לא פותרים את הבעייתיות הקיימת והדבר עולה מהעובדות הבאות: ראשית, מבחן הביטוח הסיעודי הפרטי אשר מבחן התלות רלוונטי גם לצורך קבלת הכספים דרכו, כך שלמעשה ההערכה מתבצעת ע"י אותם הגורמים שנשלחים ע"י הביטוח הלאומי. לפיכך תוצאות המבחן נמסרות ישירות על ידי המוסד לביטוח לאומי ליחידת הסמך.

שנית, לגבי פוליסת ביטוח פרטית הנרכשת ישירות מחברת ביטח כלשהי, באופן די גורף ניתן לומר כי אדם סיעודי לא יכול להצטרף לביטוח סיעודי בדיעבד, לאחר שהוגדר כסיעודי. הדבר אפשרי אך ורק במעבר של מבוטח בפוליסה סיעודית דרך אחת מקופות החולים לפוליסה של קופת חולים אחרת (המוסד לביטוח לאומי, ללא תאריך).

שלישית, אדם יכול להיחשב לסיעודי בחברת הביטוח של קופ"ח ולא כסיעודי בחברת הביטוח הפרטית. נראה כי לאו דווקא מדובר על אי הגדרתו כסיעודי, אלא על סירובה של חברת הביטוח לשלם את תגמולי הביטוח. למרות שבשני המקרים ההחלטה מבוססת בעיקרה על מבחן התלות יכול להיווצר מצב אבסורדי זה. אישור מצב סיעודי דרך הביטוח הסיעודי של קופ"ח ודחיית מצב סיעודי דרך הביטוח הישיר מול חברת הביטוח יכול להתרחש למשל כאשר חברת הביטוח מסרבת לשלם את תגמולי הביטוח על בסיס אחת מהטענות הבאות: אי גילוי נאות של המבוטח, מילוי לא תקין של שאלות הבריאות בעת ההצטרפות לביטוח, מצב בריאותי קודם שהשפיע על המצב הסיעודי ולא דווח עליו מראש, אי תשלום פרמיות חודשיות, חוסר שיתוף פעולה של המבוטח עם חברת הביטוח וכיוצא באלה (חברת אופק, ללא תאריך).

**ביקורת על מבחן התלות:**

ישנן מספר **בעיות העולות מעצם קיום מבחן התלות** במתכונתו הנוכחית:

* על מנת להימצא זכאים לקבלת הסיוע הסיעודי על הקשישים להיכשל ב"מבחן סוף חייהם" קרי כישלונם במבחן שווה ערך להצלחתם בקבלתם הזכאות. לאורך חיינו אנו מחונכים וגדלים בשאיפה להצליח בעוד במבחן זה על הקשישים להיכשל באופן נחרץ. ניתן לראות בעייתיות מנטאלית בעצם הבקשה להוכחת הכישלון הפיזי לשם קבלת הסיוע הסיעודי. הקשישים נדרשים להיכשל בביצוע הפעולות היומיומיות כגון קימה, שכיבה ואכילה כדי להוכיח את היזקקותם לכספי הסיעוד.
* בעיה נוספת הכרוכה במהות המבחן היא שלילת או חיוב הזכאות על פי תוצאות המבחן ולא באיזו מידה או כמות ראוי לתת עזרה לקשיש.
* הגורמים המבצעים את המבחן: מאחר ולא מעט ביקורת הופנתה כלפי כך, הוחלט שאת המבחן יבצעו אך ורק רופאים שמתמחים בתחום הגריאטריה או אחיות לבריאות הציבור. ייקח עוד זמן מה עד שהתקנה החדשה תיכנס לתוקפה אך ניתן כבר לראות שינוי בתחום זה במספר ערים בארץ. לכאורה נראה כי קיימת בעיתיות מובנית בכך שמי שקובע את גובה הקצבה ומקיים את מבחן התלות הוא בפועל נציג של הביטוח הלאומי. ניכר כי קיים ניגוד אינטרסים בין הגוף שמהווה "ארנק" לבין אותם הקשישים הזקוקים לסיוע ולפיכך שליטתם המוחלטת במבחן הינה בעייתית בבסיסה.
* המבחן לא מצליח לספק תוצאה אמינה: מאחר ונבדקים רבים חשים מבוכה ובושה הנלווית למבחן, לא תמיד המידע המסופק לבוחן הוא אמין (כדוגמת מבחן השליטה בסוגרים). בנוסף לכך, ישנם נבדקים שמסוגלים לבצע את הפעילויות הנבדקות במבחן כאשר מכוונים אותם אך לא מסוגלים לבצע אותן ללא הכוונה דבר אשר גם כן משנה את התוצאות האמיתיות של המבחן.
* הקריטריונים הנבחנים אינם משקפים בהכרח את המצב האמיתי: ישנם קריטריונים רבים אשר נבדקים אשר אף עמידה בהם אינה מהווה אינדיקציה ממשית למצבו הנוכחי של הקשיש. לדוגמה, קריטריון הניידות קובע עצמאות לקשיש במקרים בהם הוא מסתייע בקביים, מקל הליכה או הליכון ורק בהיותו מרותק לכסא גלגלים יחשב לקשיש שאינו עצמאי.

# התומכים במבחן התלות:

על אף הביקורת שהוזכרה לעיל בנוגע לדרך ביצוע המבחן והתנהלותו, התומכים במבחן עשויים לטעון למספר סיבות להגנתו:

* מגבלת התקציב הציבורי והשיקולים הנלווים לכך יאמרו כי מדובר באלטרנטיבה ראויה, שכן התקציב המועבר לצורכי מימון הביטוח הסיעודי הינו מוגבל. אכן עולה כי סכום מכובד מהתקציב מועבר לצורך קיום המבחן עצמו. לפיכך ניתן לטעון כי אפשר לשמר את התקציב המינימאלי המושקע בקיום המבחן עצמו ביחס לתקציבים המוענקים בקצבאות אשר הינן גבוהות.
* האפשרות לקיום מבחן חוזר: התומכים במבחן יטענו כי יכולת הערעור על תוצאות המבחן מורידה את האמירה בגינה תוצאות המבחן הניתנות אינן אמינות.
* היקף הקריטריונים הנבדקים במבחן: אכן נראה כי המבחן בוחן ביצוע פעולות יומיומיות בסביבתו הטבעית של הקשיש. כמו כן, המבחן בוחן האם הקשיש זקוק להשגחה מתמדת והאם מתגורר בגפו ומעניק לכך חשיבות בהתאם תוך התחשבות ביכולותיו הכלכליות.

# המלצות אלטרנטיביות וחלופות מוצעות:

לאור היתרונות והחסרונות שאובחנו, נראה כי יש מקום לבחון אלטרנטיבות נוספות למבחן התלות ולפיכך נמליץ על מספר חלופות אפשריות:

* ביטול המבחן לאלתר: יש לבחון את האופציה לפיה במקום ביצוע המבחן הנוכחי תוענק הזכאות באופן אוטומאטי בהתאם להמלצת רופא מקצועי שיבחן את הקשיש עם הגיעו לגיל מסוים, כפי שמתקיים בשוודיה.
* בחירת בוחנים מקצועיים ובלתי תלויים: בשל הבעייתיות המובנית וניגוד האינטרסים העולה בכך שהם נציגי ביטוח לאומי ("הארנק") נמליץ על שינוי הרכב הבוחנים והגברת הגורמים המקצועיים בו (לדוגמה: רופא, עובדים סוציאליים ועובדי משרד הגמלאים). בכך תגבר נטייתם כלפי טובת הקשיש ואכן שיטה דומה מתקיימת באוסטרליה.
* עדכון מדדי המבחן הנבדקים: נראה כי הקריטריונים הקיימים אינם משקפים את האופי התפקודי של הקשיש בפועל ועל כן יש לעדכנם מחדש. להערכתנו ניתן לבחון את משך קיום הפעולות ע"י הקשיש ואת איכותן. למשל, קשיש אשר מסוגל להתקלח בכוחות עצמו אך הפעולה נמשכת זמן ארוך מהרגיל ייחשב הדבר לאי עמידה בקריטריון. כמו כן קשיש אשר מסוגל לאכול מהצלחת אך למעשה אינו מסוגל לבשל דבר לעצמו הרי שייתפס כתלוי בסביבתו ולא כעצמאי כפי שהמבחן קובע כיום.
* קיום המבחן ללא התראה מוקדמת: כיום המצב מאפשר לקשישים היודעים מראש על הפגישה להיערך אליה מראש ולשקול את התנהגותם בהתאם, בין היתר אם יסדרו את ביתם ומה ילבשו לקראת הפגישה. בכך מוצגת לבוחנים תמונת מצב שאינה בהכרח נכונה ומשקפת את חייהם. להערכתנו פתרון אפשרי הוא לקבוע מספר ימים אפשרי מיום הגשת התביעה שבמהלכם יגיעו הבוחנים לביתו בספונטניות במטרה לקבל תמונת מצב מדויקת ככל האפשר להתנהלותו ומצבו. לתפיסתנו, הדבר יפחית את הבושה הנלווית למבחן ויאפשר שיקוף אמיתי למצבו של הקשיש במציאות חייו.

# סיכום:

דנו לעיל במצב הסיעודי בישראל והתמקדנו באוכלוסיית הקשישים אשר מטופלת ע"י שלושה גופים עיקריים: משרד הרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי. כיום מוענקת גמלת סיעוד הניתנת מכוח "חוק הביטוח הלאומי" אשר לשם קבלתה נדרשים הקשישים להיכשל ב"מבחן סוף חייהם", מבחן הADL, קרי מבחן התלות. המבחן במתכונתו הנוכחית בודק את מידת העזרה לה זקוק הקשיש בביצוע פעולות יומיומיות. למעשה מבחן זה מעלה יתרונות (חלוקת תקציב מוגבל, יכולת ערעור ובחינת קריטריונים מקיפים) לצד חסרונות (דרישה מוצהרת לכישלון, בוחנים אשר הינם בניגוד אינטרסים, תוצאות לא אמינות וקריטריונים לא רלוונטיים). לפיכך הצענו מספר חלופות אפשריות למבחן התלות אשר יאפשרו מחד גיסא להעניק את הסיוע הסיעודי לקשישים, ומאידך גיסא להגביר את אמינותו של המבחן או אף לשלול את קיומו במסגרת התקציב המוגבל הקיים.

# ביבליוגרפיה:

אופק. נדלה בינואר 2016 מ [www.iofek.co.il](http://www.iofek.co.il)

ג'וינט ישראל. נדלה בינואר 2016 מ [www.eshelnet.org.il](http://www.eshelnet.org.il)

המוסד לביטוח לאומי. נדלה בינואר 2016 מ [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון: סקירה שנתית. (2014). פרק שלישי: פעילות ומגמות בתחום הגמלאות – ביטוח סיעוד. [סקירה אלקטרונית]. נדלה בינואר 2016 מאתר המוסד לביטוח לאומי: <https://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2014/Documents/siud.pdf>

חורב, ט., קידר, נ., הרשקוביץ, ע. (2011). ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד (מתווה לרפורמה). [מהדורה אלקטרונית]. נדלה בינואר 2016 מאתר הביטוח לאומי: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/aa040811.pdf>

כל זכות. נדלה ב [www.kolzchut.org.il](http://www.kolzchut.org.il)

משרד האוצר. נדלה בינואר 2016 מ [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il)

נתן, ג. (2011). הטיפול באנשים עם צרכים סיעודיים (צורכי כוח אדם ומדיניות תעסוקה בענף הסיעוד). [גרסה אלקטרונית]. נדלה בינואר 2016 מאתר הכנסת: <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02854.pdf>

רעות אשל ישראל. נדלה בינואר 2016 [www.reutheshel.org.il](http://www.reutheshel.org.il)